

УНІВЕРСИТЕТ МИТНОЇ СПРАВИ ТА ФІНАНСІВ

ФАКУЛЬТЕ УПРАВЛІННЯ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

Нормоконтроль проведено \_\_\_\_\_

## **Кваліфікаційна робота**

другий (магістерський) рівень вищої освіти

спеціальність 053 «Психологія»

### **ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ З АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК У ПОПЕРЕДЖЕННІ ТА ПОДОЛАННІ СІМЕЙНИХ КОНФЛІКТІВ**

Виконав: студент групи ПС24р-1зм

Горбонос Павло. \_\_\_\_\_

Керівник: Доктор психол. наук, проф.,  
професор кафедри психології Деркач Л.М. \_\_\_\_\_

Зав. каф. - виконуюча обов язки зав. каф. психології  
канд.психол.наук, доцент Скланська О.В. \_\_\_\_\_

2026 рік

## **ЗМІСТ**

### **СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

#### **ВСТУП**

### **РОЗДІЛ1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ НАДАННЯ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ З АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК**

**1.1. Психологічна консультативна допомога травмованим бійцям: визначення за енциклопедичними джерелами, словниками**

**1.2. Методологічні підходи до надання консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок:**

**1.2.1. Психологічна консультативна допомога травмованим бійцям в Україні: інноваційний досвід, уроки**

**1.2.2. Психологічна консультативна допомога травмованим бійцям в країнах НАТО**

**1.2.3. Порівняльний аналіз підходів до надання консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок в Україні та в країнах Альянсу: спільне та різне**

**1.3. Принципи та завдання організації та надання консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок**

**1.4. Психологічні наслідки травмування та ампутації кінцівок до бойової готовності; адаптації до змінених умов життя**

**1.4. 1. Психологічні наслідки травмування та ампутації кінцівок для бойової готовності та адаптації до змінених умов життя (психологічний аспект)**

**Висновки до розділу 1**

### **РОЗДІЛ2. ПСИХОЛОГІЧНІ ТРУДНОЩІ ТА ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ІНВАЛІДНІСТЮ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ**

**2.1. Специфіка сімейних відносин та взаємодії військовослужбовців з інвалідністю в умовах мирного родинного життя**

**2.2. Особливості та труднощі адаптації сімейного подружжя до змінених умов життя, вплив ампутації на виникнення сімейних конфліктів:**

**2.2.1. Психологічна характеристика військових з ампутацією на зміни способу життя та сімейних стосунків з дітьми, дружиною**

**2.2.2. Особливості та труднощі адаптації сімейного подружжя до змінених умов життя, вплив ампутації на виникнення сімейних конфліктів: самооцінку**

**2.2.3. Особливості та труднощі адаптації сімейного подружжя до змінених умов життя, вплив ампутації на виникнення сімейних конфліктів: сімейну**

ідентичність

**2.2.4. Особливості та труднощі адаптації сімейного подружжя до змінених умов життя, вплив ампутації на виникнення сімейних конфліктів: соціальні ролі**

**2.2.5. Особливості та труднощі адаптації сімейного подружжя до змінених умов життя, вплив ампутації на виникнення сімейних конфліктів: систему життєвих пріоритетів та цінностей пораненого воїна**

**2.2.6. Психологічні чинники, що впливають на адаптацію військових з ампутаціями до сімейного життя: інтенсивні переживання, ПТСР, емоційна нестабільність, депресивні стани, деконструктивні стратегії спілкування тощо**

**2.3. Конфліктність та типи конфліктів у сімейних стосунках: детермінанти (внутрішні та зовнішні) комунікації в умовах підвищеної стресогінності: емоційно-вольовий стан, самооцінка, комунікативні навички тощо**

**2.3.1. Моделі сімейної взаємодії, "подвійна криза":**

**2.3.2. Конфліктність та типи конфліктів у сімейних стосунках: конструктивні**

**2.3.3. Деструктивні моделі, вплив на рівень стресостійкості та гармонійних відносин у родині**

**2.4. Теоретичні засади надання консультативної підтримки військовим з ампутаціями у процесі пост-травматичної адаптації:**

**2.5. Програма психологічної допомоги воїнам із ампутацією кінцівок у попередженні та подоланні сімейних конфліктів: принципи, структура, етапи, опис сесій консультативної програми, очікувані результати**

**Висновки до Розділу 2**

## **РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ З АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК У ПОПЕРЕДЖЕННІ ТА ПОДОЛАННІ СІМЕЙНИХ КОНФЛІКТІВ.**

**3.1. Мета емпіричного дослідження**

**3.2. Завдання емпіричного дослідження**

**3.3. Гіпотези емпіричного дослідження**

**3.4. Характеристика вибірки дослідження**

**3.5. Методи та методики емпіричного дослідження**

**3.5.1. Психодіагностичний інструментарій дослідження**

**3.5.2. Методи оцінювання ефективності консультативної програми**

**3.6. Програма психологічної, консультативної допомоги у попередженні та**

**подоланні сімейних конфліктів**

**3.6.1. Мета, завдання та принципи консультативної програми**

**3.6.2. Структура та етапи консультативної програми**

**3.6.3. Зміст сесій консультативної програми**

**3.6.4. Очікувані результати впровадження програми**

**3.7. Висновки до розділу 3**

**ВИСНОВКИ**

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

**ДОДАТКИ**

## **СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

**Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ);**

**Емоційно-фокусована терапія (ЕФТ);**

**Посттравматичного стресового розладу (ПТСР);**

**Лікувальна фізична культура (ЛФК);**

**Організація Північноатлантичного договору (НАТО);**

**Консультативна допомога (КД).**

## ВСТУП

Воєнна агресія проти України спричинила масштабне зростання кількості поранених військовослужбовців, значна частина яких зазнала ампутацій кінцівок. За даними вітчизняних та міжнародних медично-психологічних звітів, ампутація є однією з найтяжких форм бойового травмування, оскільки поєднує фізичну втрату з глибокими психологічними наслідками. Вона змінює звичайний спосіб життя, впливає на самооцінку, тілесність, ідентичність, соціальні ролі та систему життєвих пріоритетів військового. Досвід бойових дій, поранення та подальша інвалідність часто супроводжуються інтенсивними переживаннями, посттравматичним стресовим розладом, тривожністю, депресивними станами, емоційною нестабільністю, що створює додаткові труднощі для адаптації.

Сфера сімейного життя є одним із найбільш уразливих сегментів після повернення з війни. Зміна фізичних можливостей військовослужбовця призводить до трансформації його ролей у сім'ї: деформується традиційний розподіл обов'язків, зростає емоційне та матеріальне навантаження на партнерів, порушуються звичні взаємодії. Партнери часто переживають емоційне виснаження, невпевненість у майбутньому, страхи та фрустрації, що може спричиняти конфлікти, дистанціювання, руйнування довіри. У багатьох родин виникає так звана «подвійна криза» - одночасне переживання травми військовим та адаптаційного стресу членами його сім'ї.

У цьому контексті психологічна консультативна допомога набуває виключної значущості. Її мета полягає у відновленні внутрішніх ресурсів військового, налагодження партнерської взаємодії, підвищенні здатності подружжя ефективно долати стресові ситуації та запобігати загостренню конфліктів. Особливо важливим є формування у військовослужбовця здатності приймати змінений образ тіла, адаптуватися до нових ролей і взаємодіяти зі значущими людьми з урахуванням нових життєвих обставин.

Разом з тим у сучасній науковій літературі бракує комплексних досліджень, спрямованих саме на специфіку консультативної роботи з військовими, які перенесли ампутацію, та на особливості профілактики сімейних конфліктів у цій групі. Потреба у розробці практичних рекомендацій, адаптованих до українського військового контексту, є надзвичайно актуальною, оскільки допомога має враховувати унікальний культурний і соціальний досвід сімей військовослужбовців, специфіку бойових травм та реалії післявоєнного життя.

Тому дослідження психологічних особливостей надання консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок є не лише науково значущим, але й має високу суспільну та практичну важливість. Воно спрямоване на покращення якості життя ветеранів та їхніх родин, зміцнення сімейної системи, підвищення ефективності психологічної підтримки та профілактики конфліктів у сімейному середовищі.

Військові дії, що тривають в Україні, зумовлюють різке зростання кількості військовослужбовців, які отримали важкі тілесні ушкодження, зокрема ампутацій кінцівок. Так травма має не лише фізичні, а й глибокі психологічні наслідки, що зачіпають особистісну ідентичність, самооцінку, соціальну адаптацію та сімейні стосунки.

Згідно з даними сучасних досліджень (Murray et al., 2023; Wijekoon et al., 2024), близько 60-70 % військових після ампутації стикаються з емоційною дезадаптацією, депресивними або посттравматичними симптомами, що безпосередньо впливають на стабільність сімейної системи. Ампутація кінцівок у військовослужбовців є потужним психотравмуючим фактором, що впливає не лише на фізичний, але й на емоційно-соціальний стан особистості, зокрема на якість сімейних стосунків.

Сучасні військові дії в Україні зумовили суттєве зростання кількості військовослужбовців, які отримали тяжкі поранення, зокрема ампутацію кінцівок. Цей тип травми впливає не лише на фізичне функціонування, а й на психологічний стан особистості, її самооцінку, рольові позиції, здатність до соціального та сімейного функціонування. Унаслідок цього сім'ї військових стикаються зі значними емоційними навантаженнями, що часто спричиняє напруження, непорозуміння та конфлікти у подружніх та сімейних стосунках. Психологічна допомога, орієнтована на підтримку військових з ампутацією кінцівок, стає особливо актуальною, оскільки поєднує роботу зі складними емоційними станами, відновленням ресурсності та налагодженням сімейної взаємодії. Дослідження специфіки консультування такої категорії військовослужбовців потребує врахування їхнього унікального травматичного досвіду, змін у рольовій структурі сім'ї, можливого загострення психологічних реакцій та потреби у довготривалій підтримці. Науковці підкреслюють, що травматична втрата кінцівки впливає на ідентичність особистості, її самоцінність і відчуття контролю над життям. У поєднанні з вимушеною зміною емоційною напругою це може формувати підґрунтя для сімейних конфліктів. У свою чергу, неналагоджена сімейна комунікація або недостатній рівень підтримки можуть утруднювати реабілітаційний процес та поглиблювати психологічні труднощі військового. Попри актуальність проблеми, питання комплексного консультування військових з ампутацією кінцівок з метою попередження та подолання сімейних конфліктів у вітчизняній психології досі недостатньо розроблене. Це визначає необхідність ґрунтовного теоретичного дослідження та створення дієвих консультативних програм.

**Мета роботи** – науково обґрунтувати психологічні особливості консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок та розробити

програму підтримки, спрямовану на зменшення сімейних конфліктів. Для досягнення мети визначено низку завдань, спрямованих на теоретичне обґрунтування проблеми, емпіричне вивчення особливостей сімейної взаємодії військових з ампутацією та розробку ефективної консультативної програми психологічної підтримки. Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та практичне визначення ефективних психологічних засобів профілактики сімейних конфліктів у військовослужбовців з ампутацією кінцівок, спрямованих на відновлення емоційної взаємопідтримки, гармонізацію сімейних відносин і підвищення адаптаційного потенціалу подружніх пар у процесі після травматичної реабілітації. Розкрити психологічні особливості процесу адаптації військовослужбовців, які зазнали ампутації кінцівок, та обґрунтувати роль консультативної допомоги у збереженні та відновленні сімейної гармонії. У межах дослідження передбачається визначити основні труднощі, що виникають у подружніх і сімейних стосунках після травматичних подій, окреслити ефективні психологічні підходи до підтримки військових і членів їхніх родин, а також показати значення сімейного консультування для стабілізації емоційного стану та підвищення якості життя учасників сімейної системи.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз сучасних наукових підходів до проблеми психічної травми, ампутації та психологічної адаптації військовослужбовців.
2. Визначити психологічні наслідки ампутації кінцівок для особистості військового, включно з емоціями, когнітивними, поведінковими та соціально-рольовими змінами.
3. Проаналізувати специфіку функціонування сімей, у яких один із членів повернувся з бойових дій з ампутацією, та виявити основні фактори ризику виникнення сімейних конфліктів.
4. Окреслити критерії та умови ефективної консультативної допомоги, що сприяє адаптації військового та стабілізації сімейної взаємодії.
5. Дослідити особливості консультативної роботи з ветеранами та їхніми сім'ями (за результатами емпіричного вивчення або аналізу існуючих практик).
6. Розробити практичні рекомендації щодо роботи психолога-консультанта та подолання сімейних конфліктів у військовослужбовців з ампутацією кінцівок.

7. Оцінити можливості впровадження запропонованих рекомендацій у практику психологічної допомоги ветеранам та їхнім родинам.

**Об'єкт дослідження** – процес психологічного консультування військовослужбовців з ампутацією кінцівок. Психологічна адаптація та сімейна взаємодія військовослужбовців з ампутацією кінцівок.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості наданні консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок у попередженні та подоланні сімейних конфліктів.

**Гіпотеза магістерської роботи** - Ефективність консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок у попередженні та подоланні сімейних конфліктів залежить від урахування специфічних психологічних та соціально-психологічних особливостей їхньої посттравматичної адаптації, зокрема рівня емоційної напруги, самооцінки, сімейної підтримки та якості подружньої взаємодії. Розроблена й впроваджена консультативна програма, що спрямована на відновлення внутрішніх ресурсів, покращення комунікації в сім'ї та розвиток навичок емоційної регуляції, сприятиме зниженню інтенсивності сімейних конфліктів, підвищенню адаптивності та покращенню сімейних стосунків.

**Конкретизована гіпотеза.**

1. У військових з ампутацією кінцівок вищий рівень емоційного виснаження, тривожності, репресивності та ПТСР – рівневих проявів пов'язаних зі збільшенням частоти сімейних конфліктів.
2. Порушення самооцінки, зниження відчуття власної компетентності у військових після ампутації підсилює ймовірність непорозумінь і конфліктів у сім'ї.
3. Низький рівень сімейної підтримки та емоційної включеності партнера корелює з високим рівнем напруги сімейної взаємодії.
4. Цілеспрямована консультативна робота, що включає розвиток навичок саморегуляції, подружньої комунікації, вирішення конфліктів і роботу з травмою, здатна суттєво зменшити конфліктність у родині.
5. Після проходження консультативної програми очікується покращення психологічного стану військових, зростання рівня підтримки у сім'ї, підвищення адаптивних допінг-стратегій та покращення якості сімейної взаємодії.

**Теоретико-методологічні основи дослідження:**

*Особливості психічної травматизації військовослужбовців.*

Участь у бойових діях є екстремальним чинником, який суттєво впливає на психіку військовослужбовця. Втрата кінцівки в наслідок поранення поєднує фізичну травму з потужною травматизацією. Ампутація кінцівок у військових є важкою травматичною подією, що супроводжується комплексом фізичних, емоційних, соціальних та особистісних змін. Втрата частини тіла не лише впливає на фізичне функціонування, а й спричиняє суттєві трансформації у сфері самоусвідомлення, соціальної ідентичності та міжособистісних взаємин. Для військовослужбовців, які отримали каліцтво внаслідок бойових дій, ця подія часто додатково ускладнюється посттравматичним стресом, переживанням втрати бойової ролі, зміною статусу та порушенням звичайних моделей поведінки. Ампутація розглядається не лише як медико-біологічний факт, а й як екзистенційна подія, що змінює само сприйняття, образ тіла, соціальну ідентичність і життєві цінності особистості. Серед основних емоційних наслідків ампутації дослідники виділяють переживання горя за втраченим фізичним «я», зниження впевненості у власних можливостях, відчуття безпорадності та невизначеності. Частими реакціями є тривожність, репресивність, різні прояви ПТСР, сором та соціальна ізоляція. Важливим аспектом є зміна професійної та соціальної ідентичності: військовий, який був зосереджений на службі, опиняється перед необхідністю переосмислити свої місце в суспільстві та сім'ї. Особливої уваги потребують питання тілесності: образ тіла після ампутації зазнає суттєвих змін, що може впливати на рівень самооцінки, сексуальність, відчуття власної привабливості та здатність включатися у звичайну соціальну діяльність. На адаптаційні процеси значно впливають підтримка сім'ї, відповідність очікувань реальному рівню функціонування, наявність соціальних ресурсів та доступ до кваліфікованої психологічної допомоги.

Психологічна травма у військових після ампутації часто є комплексною, оскільки поєднує:

- бойову психотравму (переживання загрози життю, смерть побратимів);
- моральну травму (почуття провини за виживання, втрату товарищів);
- травму тіла (втрата цілісності, інвалідизація);
- соціально-рольову травму (зміна статусу воїна на інваліда, утруднення повернення до мирного життя).

*Етапи переживання втрати кінцівки.*

За даними медико-психологічних досліджень (Л. Кулікова, В. Москалець, 2021; J/ Williams, 2020), процес психологічної адаптації проходить після ампутації проходить кілька стадій:

- Шок і заперечення – емоційне оціпеніння, недовіра до події, відмова приймати зміни.
- Гостра реакція горя – злість, агресія, депресія, самоізоляція, іноді – суїцидальні думки.
- Пошук сенсу і прийняття – поступове усвідомлення нових обмежень, формування реалістичних очікувань.
- Адаптація – перебудова самооцінки, розвиток компенсаторних механізмів, нове само прийняття.

На кожному етапі психологічна підтримка відіграє вирішальну роль, оскільки дозволяє уникнути закріплення патологічних форм реагування, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), хронічна депресія чи соціальна ізоляція.

#### *Основні психологічні наслідки ампутації.*

Серед найтипівіших психологічних реакцій у військових з ампутацією спостерігається:

- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – повторне переживання бойових подій, нічні кошмари, гіперзбудливість, уникнення нагадувань про травму.
- Депресивні стани – відчуття безнадії, втрати сенсу життя, зниження мотивації до соціальної активності.
- Зниження самооцінки та деформація образу тіла – очікування негативної реакції з боку оточення, особливо дружини, дітей.
- Почуття провини та сорому – за свою залежність від інших або неможливість виконувати попередні ролі.
- Проблеми у сфері міжособистісних стосунків – дратівливість, емоційна холодність, труднощі у спілкуванні, що ускладнює сімейну взаємодію.

#### *Вплив ампутації на особистісну ідентичність.*

Ампутація спричиняє кризу ідентичності: військовий часто втрачає не лише фізичну цілісність, а й частину свого «Я» - бойового, мужнього, активного. Виникає дисонанс між минулим і теперішнім образом себе «тягарем», що провокує емоційне віддалення і зростання напруженості у

шлюбі. Психологічна перебудова передбачає переосмислення власної цінності, пошук нових джерел самореалізації (служіння громаді, волонтерство, наставництво молодих бійців). Саме в цьому контексті консультативна робота психолога спрямована на підтримку процесу ре ідентифікації – відновлення почуття гідності, віри у власні ресурси та здатності до любові й прийняття.

### *Психосоціальні аспекти адаптації.*

Адаптація військових після ампутації залежить від низки чинників:

- рівня соціальної підтримки(сім'я, побратими, спільноти ветеранів);
- професійної допомоги психолога та психотерапевта;
- особистісних характеристик (резилієнтність, внутрішній локус контролю, духовність);
- умов реабілітації (доступ до протезування, соціальної інтеграції, працевлаштування).

Позитивна динаміка можлива лише за умови комплексної допомоги, що поєднує медичні, психологічні та соціальні заходи.

**Теоретична значущість роботи.** Для надання якісної консультативної допомоги військовим після ампутації кінцівок застосовуються різні науково обґрунтовані підходи. Найбільш ефективними є:

### *Когнітивно-поведінковий підхід (КПТ).*

Спрямований на роботу з дезадаптивними переконаннями («Я неповноцінний», «Я тягар»), корекцію емоційних реакцій, подолання тривоги та депресивних станів. КПТ-техніки допомагають формувати більш реалістичні уявлення про власні можливості, розвивати навички саморегуляції та покращувати комунікацію у сім'ї.

### *Травмоорієнтовані підходи.*

До них належать методи роботи з ПТСР, техніки стабілізації, десенсибілізації травматичних спогадів (EMDR, техніки «заземлення», стабілізація нервової системи). Акцент робиться на формуванні відчуття безпеки, зниженні гіпервозбудження та інтеграції травматичного досвіду.

### *Системно-сімейний підхід.*

Розглядає сім'ю як систему, де зміна одного елемента (ампутований військовий) впливає на всіх інших. Метою є поліпшення комунікації,

перерозподіл ролей, відновлення взаєморозуміння, формування стійких патернів підтримки.

*Гуманістичний та екзистенційний підхід.*

Він фокусується на прийнятті, переосмисленні життєвих цінностей, відновленні внутрішнього ресурсу, розвитку само прийняття та відчуття сенсу попри травматичні зміни.

*Реабілітаційно-психологічний підхід.*

Поєднує психотерапевтичні техніки з практиками формування нових навичок, соціальної адаптації, роботи з протезуванням, відновленням самостійності й функціональності. Це важливо для підвищення впевненості у собі.

***Апробація роботи:***

Стаття: «Профілактика сімейних конфліктів у військових з ампутацією кінцівок засобами психологічного консультування»

## РОЗДІЛ 1.

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ (ЧОГО?) НАДАННЯ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ З АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК

#### 1.1. Психологічна консультативна допомога травмованим бійцям: визначення за енциклопедичними джерелами, словниками

Визначення «психологічна консультативна допомога травмованим бійцям» з позицій енциклопедичних і словникових джерел, а також відповідних наукових і професійних тлумачень (в українському й англійському контексті):

##### 1. Загальне визначення психологічної допомоги.

Психологічна допомога розуміється як цілеспрямований, науково обґрунтований процес професійної взаємодії психолога з особою (або групою), спрямований на відновлення психологічного благополуччя, подолання внутрішньоособистісних та міжособистісних труднощів, розвиток адаптаційних ресурсів, формування конструктивних способів переживання стресових і травматичних подій та підвищення суб'єктності особистості у життєвій ситуації.

У структурі психологічної допомоги зазвичай виокремлюють такі складові:

- *психологічне консультивання*  
(підтримка у процесі прийняття рішень, подолання життєвих криз, формування навичок саморегуляції);
- *психологічна корекція*  
(цілеспрямована зміна дисфункційних установок, емоційно-поведінкових патернів та способів реагування);
- *психотерапевтичний вплив*  
(глибинна робота з травматичним досвідом, внутрішніми конфліктами та смисловою сферою);
- *психологічна підтримка та психоедукація*  
(інформування, нормалізація переживань, зміцнення ресурсів особистості та соціального оточення).

Психологічна допомога ґрунтується на принципах наукової валідності, конфіденційності, добровільності участі клієнта, гуманістичної спрямованості, відповідальності спеціаліста та дотримання етичних норм професійної діяльності. Вона реалізується у межах біопсихосоціального підходу та передбачає урахування індивідуально-психологічних,

соціокультурних і життєвих контекстів функціонування особистості. (Наукова думка, 2003. — С. 214–216)

## 2. Психологічне консультування – словникове визначення

Психологічне консультування — це цілеспрямований, професійно організований процес взаємодії психолога з клієнтом (особою, групою або колективом), спрямований на подолання психічних, емоційних і поведінкових труднощів, розвиток адаптивних ресурсів, формування ефективних стратегій поведінки та підвищення суб'єктності особистості (Словник психолого-педагогічних термінів, 2011, с. 85).

За іншими джерелами, психологічне консультування визначається як форма професійної допомоги, яка забезпечує підтримку клієнта у процесі вирішення проблем, прийняття рішень та адаптації до життєвих труднощів, зокрема пов'язаних із травматичним досвідом (Великий психологічний словник, 2010, с. 133).

*Основні характеристики психологічного консультування:*

1. *Професіоналізм* — взаємодія будується на знаннях та навичках психолога.
2. *Цілеспрямованість* — консультація має конкретну мету (корекція, підтримка, адаптація).
3. *Добровільність* — участь клієнта є усвідомленою і добровільною.
4. *Етичність* — дотримуються конфіденційність та морально-етичні норми.
5. *Ресурсна спрямованість* — акцент на внутрішніх та зовнішніх ресурсах клієнта.

## 3. Психологічне консультування та травма

Психологічне консультування у контексті травми визначається як цілеспрямований процес професійної взаємодії психолога з особою або групою, що пережила травматичний досвід, спрямований на зменшення негативних наслідків травми, відновлення психоемоційного стану та підвищення адаптивних ресурсів особистості (Словник психолого-педагогічних термінів, 2011, с. 85).

У психологічній літературі наголошується, що травматичний досвід у військових може призводити до:

- посттравматичного стресового розладу (ПТСР),
- тривожно-депресивних станів,
- порушень самосприйняття та самооцінки,
- зміни соціальних ролей та зниження бойової готовності (Brenner et al., 2017; Ногє, 2018).

У цьому контексті психологічне консультування виконує низку важливих функцій:

1. *Діагностично-консультативна функція* — визначення характеру та ступеня психічних наслідків травми, аналіз когнітивних і емоційних реакцій клієнта.
2. *Корекційно-реабілітаційна функція* — застосування психотерапевтичних та психокорекційних методів для подолання травматичних наслідків.
3. *Психоедукаційна та ресурсна функція* — навчання ефективним способам саморегуляції, розвиток психологічних і соціальних ресурсів для адаптації.

Науковці підкреслюють, що робота психолога з травмованими військовослужбовцями має базуватися на принципах:

- гуманістичної орієнтації,
- конфіденційності та етичності,
- системності та комплексності допомоги,
- індивідуалізації підходу відповідно до характеру травми та ресурсів клієнта (Шестопалова, 2012, с. 112–115; Corey, 2017, р. 20–22).

Таким чином, психологічне консультування виступає ключовим засобом зменшення психологічного навантаження, відновлення адаптивних функцій та соціальної інтеграції травмованих військовослужбовців, забезпечуючи безпечне середовище для поступової інтеграції травматичного досвіду в життєвий наратив клієнта.

4. Психологічна консультативна допомога травмованим бійцям — інтегроване визначення

Психологічна консультативна допомога травмованим військовослужбовцям розглядається як системний, професійно організований процес взаємодії психолога з особою або групою осіб, що пережили травматичний досвід, спрямований на відновлення психоемоційного стану, розвиток адаптаційних ресурсів, подолання наслідків психологічної травми

та підвищення функціональної та соціальної адаптації (Шестопалова, 2012, с. 112–115; Словник психолого-педагогічних термінів, 2011, с. 85).

У цьому визначенні поєднано такі ключові аспекти:

1. *Цільова спрямованість* — підтримка психологічного благополуччя та відновлення життєвої активності;
2. *Професійна компетентність* — використання науково обґрунтованих методів консультування та психотерапії;
3. *Комплексний підхід* — поєднання діагностичного, корекційного та ресурсно-підтримувального компонентів;
4. *Індивідуалізація та етичність* — врахування індивідуальних особливостей травми, психічного стану та соціального контексту;
5. *Ресурсна орієнтованість* — розвиток внутрішніх і зовнішніх ресурсів для подолання наслідків травми та відновлення соціальної та професійної ролі.

Таким чином, психологічна консультативна допомога травмованим бійцям виступає ключовим механізмом інтеграції психічного та соціального функціонування, який дозволяє мінімізувати негативні наслідки бойових травм та сприяє відновленню життєвої активності і бойової готовності (Corey, 2017, р. 20–22; Brenner et al., 2017).

## 5. Особливості психологічної допомоги травмованим бійцям

Психологічна допомога травмованим військовослужбовцям характеризується специфічними особливостями, які відображають як наслідки бойового досвіду, так і унікальні потреби цієї категорії осіб. Науковці відзначають, що допомога має базуватися на травматично-орієнтованому підході, комплексності, індивідуалізації та гуманістичних принципах (Shalev, 2017; Brenner et al., 2017; Шестопалова, 2012).

### 1. Травматично-орієнтований підхід

У літературі наголошується, що травмовані бійці часто переживають посттравматичні стресові реакції, депресивні симптоми, тривогу, флешбеки та порушення соціальної адаптації. Психологічна допомога повинна враховувати тяжкість травматичного досвіду та індивідуальні психічні реакції, створюючи безпечне середовище для роботи з травмою (Hoge, 2018; Shalev, 2017).

## *2. Комплексність та інтегрованість*

Наукові дослідження підкреслюють, що допомога має бути багаторівневою, поєднуючи:

- Діагностику психологічного стану та рівня травматизації;
- Корекційно-реабілітаційні втручання (психотерапія, психокорекція, тренінги саморегуляції);
- Психоедукацію (навчання адаптивним стратегіям, підвищення усвідомленості ресурсів);
- Соціальну підтримку (реінтеграція у професійне та сімейне життя) (Corey, 2017; Brenner et al., 2017).

## *3. Індивідуалізація та динамічність*

Дослідники підкреслюють необхідність індивідуального підходу до кожного бійця, зважаючи на:

- особистісні ресурси та рівень психічної стійкості;
- специфіку отриманої травми;
- сімейний та соціальний контекст (Shalev, 2017; Hoge, 2018).

## *4. Гуманістична та етична спрямованість*

Наукова література звертає увагу на етичні принципи консультування:

- добровільність та автономність клієнта;
- конфіденційність та безпека;
- повага до особистості та гуманістичний підхід (Словник психолого-педагогічних термінів, 2011, с. 85).

## *5. Ресурсна орієнтація*

Допомога має активізувати внутрішні та зовнішні ресурси для:

- подолання емоційного та когнітивного дискомфорту;
- відновлення соціальної та професійної функціональності;
- підтримки сімейних та побутових ролей (Шестопалова, 2012, с. 114–115).

Отже, особливості психологічної допомоги травмованим бійцям у науковій літературі визначаються як травматично-орієнтовані, комплексні, індивідуалізовані, гуманістично-етичні та ресурсно-спрямовані, що

забезпечує ефективну психоемоційну реадаптацію та соціальну інтеграцію військовослужбовців.

#### 6. Ключові компоненти поняття психологічної консультативної допомоги травмованим бійцям

Психологічна консультативна допомога травмованим військовослужбовцям у науковій та енциклопедичній літературі визначається як системний та професійно організований процес надання психологічної підтримки особам, які пережили психотравматичний досвід, з метою відновлення психоемоційного стану, підвищення адаптивних ресурсів та забезпечення соціальної і професійної інтеграції (Енциклопедія психології, 2003, с. 214–216; Словник психолого-педагогічних термінів, 2011, с. 85).

На основі енциклопедичних та словникових джерел можна виділити такі ключові компоненти поняття психологічної консультативної допомоги:

##### *1. Діагностично-консультативний компонент*

Включає оцінку психологічного стану та ступеня психотравматизації. Словники визначають його як:

«систематичне визначення психоемоційних, когнітивних та поведінкових проявів, що виникли внаслідок травматичного досвіду, та формування рекомендацій для подальшої психологічної підтримки» (Словник психолого-педагогічних термінів, 2011, с. 85).

##### *2. Корекційно-реабілітаційний компонент*

В енциклопедіях та словниках його описують як використання психотерапевтичних і психокорекційних методів, спрямованих на:

- відновлення емоційної рівноваги;
- подолання наслідків травми;
- розвиток адаптивних стратегій поведінки (Енциклопедія психології, 2003, с. 215).

##### *3. Психоедукаційний компонент*

Цей компонент передбачає підвищення психологічної обізнаності та навчання адаптивним способам регуляції емоцій та поведінки, а також формування навичок подолання стресу (Словник психолого-педагогічних термінів, 2011, с. 85).

#### 4. Ресурсно-підтримувальний компонент

Забезпечує активацію внутрішніх та зовнішніх ресурсів особистості, необхідних для соціальної реінтеграції, відновлення професійної та сімейної ролі. У словникових джерелах наголошується, що це системна підтримка клієнта, спрямована на зміцнення психічної стійкості та адаптаційних можливостей (Енциклопедія психології, 2003, с. 216).

#### 5. Етичний та гуманістичний компонент

Словникові та енциклопедичні джерела визначають цей компонент як дотримання принципів добровільності, автономії, конфіденційності та поваги до особистості, що є невід'ємною умовою професійного психологічного консультування (Словник психолого-педагогічних термінів, 2011, с. 85).

Таким чином, ключові компоненти поняття психологічної консультативної допомоги травмованим бійцям, визначені на основі енциклопедичних та словникових джерел, формують цілісну систему професійної підтримки, яка забезпечує:

- комплексну оцінку психотравматичного досвіду;
- інтеграцію діагностики, корекції, психоедукації та ресурсної підтримки;
- етичну та гуманістичну спрямованість роботи психолога;
- підвищення адаптивних і ресурсних можливостей особистості.

#### 7. Узагальнене визначення

Психологічна консультативна допомога травмованим військовослужбовцям — це системний, професійно організований процес взаємодії психолога з особою або групою осіб, які пережили психотравматичний досвід, спрямований на оцінку психоемоційного стану, подолання наслідків травми, розвиток адаптивних ресурсів та забезпечення соціальної і професійної інтеграції (Енциклопедія психології, 2003, с. 214–216; Словник психолого-педагогічних термінів, 2011, с. 85).

Узагальнене визначення поєднує ключові компоненти, які виділяють енциклопедичні та словникові джерела:

1. *Діагностично-консультативний компонент* — оцінка психоемоційного стану та ступеня травматизації.
2. *Корекційно-реабілітаційний компонент* — застосування психокорекційних і психотерапевтичних методів для подолання наслідків травми.

3. *Психоедукаційний компонент* — навчання адаптивним способам регуляції емоцій і поведінки.
4. *Ресурсно-підтримувальний компонент* — активація внутрішніх і зовнішніх ресурсів для відновлення соціальної та професійної функціональності.
5. *Етичний та гуманістичний компонент* — дотримання принципів добровільності, конфіденційності, автономності та поваги до особистості.

Таким чином, психологічна консультативна допомога травмованим бійцям, за енциклопедичними та словниковими джерелами, розглядається як інтегрована система професійної підтримки, яка забезпечує ефективне відновлення психоемоційного стану, формування адаптивних стратегій поведінки та соціальну реінтеграцію осіб після травми.

## **1.2.Методологічні підходи до надання консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок:**

Проблематика психологічної допомоги військовослужбовцям, які зазнали ампутації кінцівок унаслідок бойових дій, набула особливої актуальності в контексті сучасних військово-соціальних подій в Україні. Ампутація виступає складною біопсихосоціальною травмою, що поєднує фізичні обмеження, зміну тілесної ідентичності, порушення самооцінки, трансформацію соціальних ролей та ускладнення сімейних взаємин.

У таких умовах консультативна допомога військовим повинна будуватися на науково обґрунтованих методологічних засадах, які забезпечують комплексний, етично виважений, ресурсно-орієнтований та сімейно-центрований підхід до особистості ветерана.

### *1. Методологічні засади дослідження та практики консультативної допомоги*

Методологічні принципи спираються на:

- біопсихосоціальну модель особистості ветерана (G. Engel; українські реабілітаційні дослідження);
- концепції психічної травми та ПТСР (Brewin, 2014; українські військово-психологічні школи);
- гуманістичну та особистісно-орієнтовану психотерапевтичну парадигму;
- системний та сімейний підхід;
- ресурсно-копінгові моделі подолання втрати та кризи.

У працях українських і зарубіжних дослідників зазначається, що адаптація після ампутації неможлива без психологічної підтримки, спрямованої на відновлення суб'єктивного контролю, життєвої перспективи та якості сімейної взаємодії. (с. 287–296. [visnyk-umsa.com.ua](http://visnyk-umsa.com.ua))

## *2. Принцип цілісності та комплексності психосоціальної допомоги*

Особистість військового розглядається як єдність:

- фізичного стану,
- психічної сфери,
- соціальних ролей та життєвого функціонування.

Ампутація торкається одразу кількох рівнів — тілесного, емоційного, екзистенційного. Тому консультативна допомога не може бути ізольованою від:

- медичної реабілітації,
- протезування,
- фізичної терапії,
- соціальної підтримки,
- професійної переорієнтації.

Комплексний підхід підкреслюється у сучасних реабілітаційних дослідженнях, де психологічна допомога визначається як складова інтегрованої системи відновлення військовослужбовців. (с. 102. [lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

## *3. Принцип індивідуалізації та урахування унікального життєвого досвіду ветерана*

Досвід ампутації завжди індивідуальний і залежить від:

- типу та ступеня травми,
- бойового досвіду,
- особистісних рис,
- ресурсів психіки,
- попереднього сімейного функціонування.

Тому консультативна робота включає:

- психодіагностику емоційного стану,
- аналіз копінг-стратегій,
- визначення індивідуальних ризиків дезадаптації,
- виявлення внутрішніх і зовнішніх ресурсів.

Індивідуалізація дозволяє уникнути стереотипних підходів і забезпечує персоналізований план психологічної підтримки. ( с. 39–47. СумДПУ ім. А.С.Макаренка)

#### *4. Принцип травмоорієнтованого та кризового підходу*

Ампутація часто супроводжується:

- гострими стресовими реакціями,
- симптомами ПТСР,
- депресивними та тривожними переживаннями,
- почуттям безпорадності та втрати сенсу,
- ризиками аутоагресивної поведінки.

Травмоорієнтований підхід передбачає:

- психоедукацію щодо посттравматичних реакцій,
- безпечне опрацювання травматичних спогадів,
- нормалізацію емоційних переживань,
- зміцнення відчуття контролю та суб'єктності ветерана.

Важливою умовою є недопущення ретравматизації, поступовість і емоційна безпечність консультативного процесу. ( [ap.uu.edu.ua](http://ap.uu.edu.ua) )

#### *5. Принцип активного залучення сім'ї як ключового ресурсу адаптації*

Сім'я виступає центральним середовищем психологічної підтримки військового після ампутації. Дослідження свідчать, що рівень сімейної згуртованості, емпатійності та відкритості комунікації безпосередньо впливає на:

- емоційний стан ветерана,
- успішність реабілітації,
- зниження конфліктності,
- стабільність подружніх стосунків.

У межах консультативної допомоги доцільним є:

- сімейне консультування,
- навчання партнерів навичкам підтримки,
- профілактика емоційного вигорання членів родини,
- відновлення ролей і меж сімейної системи.

Це дає змогу попереджувати конфлікти, спричинені зміною життєвих ролей, почуттям провини, фрустрацією або втратою звичного способу життя. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

#### *6. Принцип ресурсно-орієнтованої підтримки та розвитку копінг-стратегій*

Ресурсний підхід спрямований не лише на подолання кризи, а й на:

- актуалізацію внутрішніх психологічних ресурсів,
- розвиток адаптивних копінг-механізмів,
- формування мотивації до реабілітації,
- підтримку життєвої перспективи.

У консультативній роботі особлива увага приділяється:

- пошуку значущих життєвих цілей,
- відновленню почуття компетентності,
- розвитку навичок саморегуляції,
- активізації соціальних зв'язків.

Ресурсно-орієнтований підхід зменшує ризик дезадаптації та сприяє формуванню нової ідентичності ветерана. ([ХНМУ](#))

#### *7. Принцип гуманістичності, етичності та професійної відповідальності консультанта*

Психологічна допомога військовим з ампутацією має базуватися на:

- повазі до гідності особистості,
- конфіденційності,
- добровільності участі у консультуванні,
- недопущенні стигматизації та оцінних установок.

Професійна діяльність консультанта передбачає:

- спеціальну підготовку у сфері військової та кризової психології,
- володіння інструментами травмоорієнтованої допомоги,
- міждисциплінарну взаємодію з медичними та соціальними фахівцями.

Етична позиція фахівця є важливою умовою безпечного терапевтичного простору. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

## 8. Принцип системності та безперервності психологічного супроводу

Консультативна допомога військовим після ампутації має здійснюватися поетапно:

1. *гострий період*  
кризова підтримка, стабілізація емоційного стану;
2. *етап реабілітації*  
формування адаптивних копінг-стратегій, робота з самооцінкою та тілесністю;
3. *етап соціальної інтеграції*  
сімейна взаємодія, відновлення соціальних ролей, профілактика конфліктів.

Таке бачення відповідає принципам довготривалої психологічної підтримки ветеранів. ([perspectives.pp.ua](http://perspectives.pp.ua))

Методологічні принципи надання консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок визначають науково обґрунтований, комплексний та гуманістичний підхід до особистості ветерана як суб'єкта посттравматичної адаптації та сімейної взаємодії.

Їх реалізація забезпечує:

- профілактику сімейних конфліктів,
- підвищення емоційної стійкості,
- зміцнення сімейної підтримки,
- покращення якості життя військових та їхніх родин.

Таблиця. 1.

Методологічні принципи консультативної допомоги та форми психологічної роботи

<b>Методологічний принцип</b>	<b>Зміст принципу</b>	<b>Основні форми психологічної роботи</b>
<b>Цілісності та комплексності</b>	Розгляд ветерана як біопсихосоціальної системи; інтеграція медичної, психологічної та соціальної реабілітації	• інтердисциплінарний супровід • психологічна реабілітація у медичному закладі • супровід на етапах протезування
<b>Індивідуалізації та персоналізації допомоги</b>	Урахування типу травми, життєвої історії, психічних ресурсів і	• індивідуальне психологічне консультування •

	сімейного контексту	психодіагностика • персональний план психореабілітації
<b>Травмоорієнтованого підходу</b>	Робота з наслідками бойової травми, ПТСР, депресивно-тривожними станами, профілактика ретравматизації	• кризове консультування • стабілізаційні техніки • психоедукація щодо травматичних реакцій
<b>Ресурсно-орієнтованої підтримки</b>	Актуалізація особистісних, сімейних та соціальних ресурсів, розвиток копінг-механізмів	• тренінги копінг-стратегій • тренінги саморегуляції • мотиваційне інтерв'ю
<b>Активного залучення сім'ї</b>	Родина як ключовий фактор адаптації та профілактики конфліктів	• сімейне консультування • парна психотерапія • навчання партнерів навичкам підтримки
<b>Системності та безперервності супроводу</b>	Допомога як поетапний процес: криза — реабілітація — соціальна інтеграція	• поетапний психологічний супровід • післяреабілітаційні консультації • групи підтримки ветеранів
<b>Гуманістичності та етичності</b>	Повага до гідності, автономії, добровільності, конфіденційності	• створення безпечного терапевтичного простору • етична комунікація • інформована згода
<b>Соціальної інтеграції та відновлення ролей</b>	Повернення до соціальної активності, професійних і сімейних ролей	• соціально-психологічні тренінги • реінтеграційні програми • робота з образом майбутнього

Таблиця. 1.1.

Методи та техніки психологічного консультування військових з ампутацією кінцівок

<b>Метод консультування</b>	<b>Конкретні техніки / інструменти</b>	<b>Мета застосування</b>	<b>Показання (коли доцільно)</b>	<b>Очікувані результати</b>
-----------------------------	--	--------------------------	----------------------------------	-----------------------------

			<b>використовувати)</b>	
<b>Кризове та підтримувальне консультування</b>	стабілізація дихання, граундинг, техніки «тут-і-тепер», контейнеризація емоцій	зменшення інтенсивності гострих стресових реакцій	шок після травми, тривожні та панічні стани, емоційна дезорганізація	відновлення почуття безпеки, зниження напруги
<b>Травмоорієнтований підхід</b>	психоедукація про ПТСР, техніка «плавного наближення», робота з тригерами, поступове опрацювання травматичних спогадів	профілактика ретравматизації, інтеграція травматичного досвіду	флешбеки, нав'язливі спогади, уникання, гіперзбудження	підвищення толерантності до травматичних переживань
<b>Гуманістично-екзистенційне консультування</b>	емпатійне слухання, прийняття, рефреймінг сенсу втрати, робота зі смислами та цінностями	підтримка ідентичності, відновлення життєвої перспективи	втрата сенсу життя, переживання безпорадності, почуття неповноцінності	формування нової «посттравматичної» ідентичності
<b>Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)</b>	виявлення когнітивних викривлень, реструктуризація переконань, поведінкові експерименти	зниження тривоги, депресивності, самозвинувачення	негативні автоустановки щодо тілесності, майбутнього, стосунків	підвищення самооцінки, зменшення самокритики
<b>Ресурсно-копінговий підхід</b>	інвентар ресурсів, техніка «опори на сильні	активізація психологічних і соціальних ресурсів	апатія, демотивація, пасивне уникання	формування внутрішнього почуття контролю

	сторони», розвиток копінг- стратегій, постановка цілей			
<b>Психоедукація ветерана та сім'ї</b>	навчання комунікації, пояснення реакцій травми, рольові розподіли, профілактика вигорання родини	підвищення поінформов аності, зменшення конфліктно сті	емоційна виснаженість партнерів, непорозумін ня, рольові кризи	підвищення якості сімейної взаємодії
<b>Сімейне та парне консультування</b>	сімейні переговори, відновлення меж і ролей, тренування підтримуваль ної комунікації	гармонізаці я стосунків, запобігання конфліктам	ревіталізація ролей, напруження у шлюбі, взаємні претензії	підвищення згуртованост і, взаємної підтримки
<b>Тілесно- орієнтовані та образні техніки</b>	усвідомлення тілесності, дбайливе прийняття змін, техніка «образ нового тіла»	інтеграція досвіду ампутації, зменшення сором- пов'язаних реакцій	відраза до власного тіла, уникання соціальних контактів	прийняття зміненої тілесної ідентичності
<b>Групи підтримки та взаємодопомоги</b>	групова рефлексія досвіду, обмін копінг- стратегіями, соціальна підтримка	зменшення ізоляції, нормалізаці я переживань	самотність, відчуття непорозумін ня з боку оточення	підвищення соціальної інтегрованос ті
<b>Мотиваційне інтерв'ю</b>	дослідження амбівалентно сті, підтримка автономії,	посилення готовності до реабілітації та	низька мотивація, уникання протезування чи тренувань	підвищення відповідальн ості за власне відновлення

	планування змін	активності		
--	-----------------	------------	--	--

Таблиця. 1.2.

Психологічні ризики посттравматичної адаптації, завдання психолога та очікувані результати консультативної допомоги

<b>Психологічні та сімейні ризики</b>	<b>Завдання психолога у процесі консультування</b>	<b>Очікувані результати психологічної допомоги</b>
Гострі стресові реакції, емоційна дезорганізація	кризове втручання; стабілізація стану; відновлення відчуття безпеки	зниження рівня напруги, тривоги та емоційної нестабільності
Симптоми ПТСР, флешбеки, гіперзбудження	травмоорієнтована робота; психоедукація; формування навичок саморегуляції	зростання толерантності до травматичних спогадів; зменшення симптоматики
Депресивні та тривожні переживання, апатія	формування підтримувальної терапевтичної взаємодії; мобілізація ресурсів	підвищення мотивації до відновлення та реабілітаційної активності
Втрата сенсу життя, криза ідентичності	екзистенційно-гуманістична підтримка; робота зі смислами та цінностями	формування нової позитивної «посттравматичної» ідентичності
Негативне ставлення до власного тіла, сором, уникання контактів	прийняття тілесності; м'яка робота з образом тіла; підтримка самоповаги	зростання рівня прийняття зміненої зовнішності та самоприйняття
Порушення подружньої комунікації, непорозуміння в сім'ї	сімейне консультування; відновлення ролей і меж; навчання емпатійній взаємодії	підвищення згуртованості пари, зниження конфліктності
Рольові та економічні конфлікти в сім'ї	допомога у перерозподілі ролей; профілактика взаємних претензій	стабілізація сімейного функціонування, підтримка партнерства
Емоційне вигорання та перевантаження членів сім'ї	психоедукація родини; навчання навичкам самопідтримки	зменшення емоційного виснаження, підвищення якості підтримки ветерана

Соціальна ізоляція, втрата соціальних ролей	розвиток соціальної активності; залучення до груп підтримки	розширення соціальних зв'язків, інтеграція у спільноту ветеранів
Низька мотивація до реабілітації, уникання змін	мотиваційне інтерв'ю; підтримка автономії та відповідальності	зростання внутрішньої мотивації до відновлення і протезування

### 1.2.1 Психологічна консультативна допомога травмованим бійцям в Україні: інноваційний досвід, уроки

Сучасний український досвід психологічної допомоги військовослужбовцям з ампутацією кінцівок формується в умовах інтенсивних бойових дій та масштабних соціальних трансформацій, що зумовлює потребу в розробленні та впровадженні інноваційних, інтегрованих і доказових методологічних підходів. У наукових дослідженнях підкреслюється, що психологічне консультування ветеранів з ампутаціями має розглядатися як складова багаторівневої системи медико-соціально-психологічної реабілітації, яка забезпечує не лише стабілізацію психоемоційного стану, а й довготривалу адаптацію та відновлення життєвої активності (Смірнова, Осьодло, 2019; Романенко, 2020).

Однією з концептуальних засад української практики є мультидисциплінарний підхід, що передбачає взаємодію психолога, психотерапевта, фізичного реабілітолога, протезиста, сімейного консультанта та соціального працівника. Така модель дозволяє враховувати не лише наслідки фізичної травми, але й кризу ідентичності, втрату рольового статусу, загрозу сімейним відносинам та професійній самореалізації. Дослідження засвідчують, що інтеграція консультативної допомоги у систему протезно-реабілітаційного супроводу забезпечує вищий рівень психологічної стійкості та соціальної інтеграції ветеранів (Беспалова, Білошицька, Мельник, 2021).

Важливою інноваційною тенденцією є впровадження травма-інформованого підходу, який ґрунтується на визнанні тривалого впливу бойового та ампутаційного досвіду на когнітивну сферу, емоційну регуляцію, поведінкові реакції та сімейну взаємодію. Консультативна практика спрямовується не лише на подолання симптомів ПТСР чи депресивних проявів, а на відновлення почуття контролю, суб'єктності та життєвої перспективи (Осьодло, 2020). Значна увага приділяється уникненню ретравматизації, роботі з тілесно-образною сферою, формуванню нової тілесної ідентичності.

Окремий напрям становить ресурсно-орієнтований підхід, у межах якого консультативна допомога спрямована на активізацію внутрішніх психологічних і соціальних ресурсів ветерана: мотиваційних, ціннісних, духовно-смислових та сімейних. Дослідження показують, що орієнтація на сильні сторони особистості, досвід подолання, почуття причетності до військової спільноти сприяють підвищенню адаптивності та зниженню рівня емоційного виснаження (Лавренюк, Кулешова, 2022).

У сучасній українській практиці активно застосовується сімейно-системний та партнерський підхід, у межах якого консультування поширюється на членів родини військовослужбовця. Підтримка подружніх відносин, корекція комунікативних бар'єрів, попередження конфліктів та «секундарної травматизації» родини є ключовою умовою успішної посттравматичної адаптації. Наголошується, що ампутаційна травма перетворюється на «сімейну подію», а тому консультативна робота має охоплювати всю систему значущих взаємин (Смірнова, 2019).

Важливе практичне значення мають етапні моделі психологічного супроводу, які передбачають послідовність інтервенцій: гостра фаза — стаціонар — рання реабілітація — протезування — соціальна адаптація — повернення до професійної діяльності. На кожному етапі визначаються специфічні консультативні завдання: стабілізація, прийняття втрати, реконструкція образу тіла, відновлення саморегуляції, формування життєвих планів.

Серед практичних уроків, нагромаджених українським досвідом, виокремлюють:

- необхідність індивідуалізації психологічних втручань залежно від типу ампутації, бойового шляху, сімейного контексту;
- поєднання індивідуального консультування з груповими програмами взаємопідтримки ветеранів;
- включення у програми консультування профорієнтаційного та освітнього компонентів;
- підготовку психологів до роботи у військовому та кризовому контексті.

Отже, методологічні підходи, що формуються в Україні, характеризуються комплексністю, доказовістю, мультидисциплінарністю та гуманістичною спрямованістю, що забезпечує підвищення ефективності консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок і сприяє їхній довготривалій соціальній інтеграції.

Таблиця 1.3.

Моделі та підходи до психологічної консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок в Україні

Модель / підхід	Зміст та особливості	Форми роботи	Інноваційні елементи	Очікувані результати	Джерела
Мультидисциплінарна реабілітаційна модель	Інтеграція медичної, психологічної та соціальної підтримки	консультування, медико-психологічний супровід, міжфахові команди	поєднання протезування та психологічної допомоги	підвищення адаптивності, зниження тривожності	Беспалова та ін., 2021
Травма-інформований підхід	Орієнтація на вплив бойового та ампутаційного досвіду	кризове консультування, стабілізація, робота з травмою	запобігання ретравматизації, безпечне середовище	відновлення контролю, зменшення ПТСР-симптомів	Осьодло, 2020
Сімейно-системний підхід	Робота з родиною та подружньою взаємодією	сімейне консультування, психоедукація	профілактика конфліктів та вторинної травматизації	стабілізація сімейної системи, підтримка ролей	Смірнова, 2019
Етапна модель психологічного супроводу	Послідовні інтервенції на різних етапах реабілітації	кризове, консультативне, реінтеграційне консультування	довготривалий супровід ветерана	прийняття втрати, формування нової ідентичності	Романенко, 2020

Методологічні підходи до надання психологічної консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок в Україні ґрунтуються на комплексності, мультидисциплінарності, травма-інформованості, індивідуалізації, доказовості та чіткому організаційному забезпеченні.

Така модель допомоги дозволяє максимально адекватно реагувати на складні психосоціальні потреби ветеранів та полегшувати їхню адаптацію до змінених умов життя. ([OUCI+2journals.kpdi.in.ua+2](http://OUCI+2journals.kpdi.in.ua+2))

### **1.2.2. Психологічна консультативна допомога травмованим бійцям в країнах НАТО**

У країнах НАТО питання психологічної підтримки військовослужбовців з тяжкими бойовими травмами, включно з ампутаціями кінцівок, розглядається як важлива складова військової медицини та психосоціальної реабілітації, що має системний, багаторівневий та доказовий характер. Методологічні підходи в цих державах ґрунтуються на стандартах Альянсу, міжнародних медичних протоколах та передових практиках психологічної підтримки в умовах бойових дій.

#### *1. Використання стандартів НАТО для психологічної допомоги*

У структуруванні психологічної підтримки військових у країнах НАТО закладено стандартизовані підходи, що охоплюють профілактику, оцінювання та лікування психічних наслідків бойового досвіду, включно з наслідками тяжких тілесних ушкоджень. Зокрема, стандарти НАТО акцентують увагу на інтеграції *mental health professionals* (психологи, психіатри, психосоціальні працівники) у підготовку, операційну діяльність та реабілітацію військовослужбовців, що дозволяє посилити стійкість підрозділів та підтримувати психологічне благополуччя на всіх етапах служби. ([coemed.org](http://coemed.org))

Ці стандарти також передбачають навчання командирам та особовому складу навичкам розпізнавання ознак стресових реакцій, системне включення психологічної підтримки у плани підготовки та реабілітації, а також сприяння формуванню «клімату підтримки» в підрозділах через поєднання формальної та неформальної підтримки. ([coemed.org](http://coemed.org))

#### *2. Багаторівневі системи супроводу психічного здоров'я*

У країнах НАТО широко застосовуються комплексні програми психологічної допомоги, що охоплюють:

- Превентивні заходи — підготовка військових до стресогенної дії бойових ситуацій, розвиток стрес-толерантності через тренінги, психоедукацію, розвиток навичок саморегуляції. Це відповідає

підходам, які вважають, що психологічна підготовка є частиною загальної боєготовності. ([lifescienceglobal.com](http://lifescienceglobal.com))

- Оцінювання стану та раннє втручання — використання стандартизованих оцінювальних інструментів для визначення вираженості психотравматичних реакцій (наприклад, симптоми ПТСР, тривога, депресія), що дозволяє своєчасно надавати підтримку за показаннями. ([lifescienceglobal.com](http://lifescienceglobal.com))
- Психотерапевтичне лікування та реабілітація після бойових дій (включно у спеціалізованих закладах), які проводяться як індивідуально, так і в групах, з використанням ефективних методів когнітивно-поведінкової терапії, терапії експозиції, сімейних інтервенцій тощо. (РМС)

### *3. Моделі реабілітації з акцентом на психосоціальну адаптацію*

Одним із практичних проявів підходів НАТО є програми комплексної допомоги, спрямовані на повернення до повноцінного життя як у військовому, так і в цивільному середовищі. Наприклад, програма *Warrior Care Network* у США забезпечує ветеранів психотерапевтичними програмами для лікування ПТСР, травм мозку та суміжних станів, включно з допомогою людям, які мають фізичні наслідки, такі як ампутації. ([sto.nato.int](http://sto.nato.int))

Ці програми не лише лікують психотравми, але й сприяють соціальній та професійній реінтеграції, включно з підтримкою у поверненні до праці, відновленні сімейних стосунків та розвитку соціальних навичок.

### *4. Інтеграція психологічної допомоги з медичною та фізичною реабілітацією*

В країнах НАТО психологічні інтервенції здійснюються в рамках комплексної системи медичної реабілітації потерпілих, де психологи працюють разом із протезистами, фізіотерапевтами, медикаментозними спеціалістами та соціальними працівниками. Це повністю відповідає мультидисциплінарному підходу, який вважається ефективним для осіб з ампутаціями та іншими травматичними ушкодженнями. ([vnv.asv.gov.ua](http://vnv.asv.gov.ua))

### *5. Організаційні та навчальні механізми*

Держави НАТО приділяють увагу підготовці військових психологів, психотерапевтів, медичних фахівців та командирів, включаючи тренінги з питань раннього виявлення психотравми, надання первинної психологічної підтримки та здійснення комплексних програм супроводу. Це сприяє формуванню спільної професійної культури підтримки психічного здоров'я, де психологічні служби інтегровані у повсякденні процеси служби та реабілітації. ([coemed.org](http://coemed.org))

Методологічні підходи до консультування військових з ампутацією кінцівок у країнах НАТО вирізняються системністю, преемністю, мультидисциплінарністю, інтеграцією психічної допомоги у медичну реабілітацію та застосуванням стандартизованих практик, що були апробовані у численних військових конфліктах. Ці підходи передбачають як профілактичні стратегії та підготовку, так і клінічне лікування та довгостроковий супровід після травми, що сприяє ефективній психологічній адаптації, зниженню симптомів психотравми та успішній реінтеграції у суспільство. ([lifescienceglobal.com](http://lifescienceglobal.com)+[2coemed.org](http://2coemed.org)+2)

*Приклади реалізації програм:*

Практика країн НАТО демонструє, що психологічна допомога військовим з ампутацією кінцівок ґрунтується на інтегрованій моделі, яка поєднує клінічну психотерапію, соціальну підтримку, фізичну реабілітацію, протезування та тривале психосоціальне супроводження. Нижче подано приклади програм, які відображають методологічні засади консультування та реабілітації ветеранів із бойовими травмами.

*США: багаторівневі програми психологічної та психосоціальної реабілітації*

У Сполучених Штатах система допомоги ветеранам з ампутаціями функціонує в межах інтегрованої мережі: ([sto.nato.int](http://sto.nato.int))

- Warrior Care Network
- Wounded Warrior Project
- Department of Veterans Affairs Polytrauma System of Care

Методологічно програми спираються на:

- когнітивно-поведінкову терапію та експозиційні методи;
- лікування ПТСР та депресивних розладів;
- сімейне та парне консультування;
- групову психотерапію ветеранів;
- навчання навичкам саморегуляції та подолання травми.

Особливий акцент робиться на:

- формуванні психологічної стійкості,
- подоланні почуття втрати тілесної цілісності,
- роботі з ідентичністю «ветеран-із-травмою»,
- профілактиці соціальної ізоляції.

Психолог працює в мультидисциплінарній команді разом з:

- протезистами,
- фізіотерапевтами,
- ерготерапевтами,
- соціальними працівниками.

Ця модель дозволяє забезпечити безперервність психосоціальної підтримки — від моменту травми до повної соціальної реінтеграції.

*Велика Британія: біопсихосоціальна модель та сімейно-орієнтований підхід*

У Збройних силах Великої Британії консультативна допомога ветеранам з ампутаціями реалізується в межах: .([coemed.org](http://coemed.org))

- Defence Recovery Capability
- програм Королівського центру реабілітації (DMRC Stanford Hall)
- мережі військових благодійних фондів (Help for Heroes, Blesma)

Методологічні принципи:

- біопсихосоціальна концепція травми;
- включення сім'ї у процес консультування;
- супровід під час переходу до цивільного життя;
- акцент на якості життя, автономності та ролі соціальних зв'язків.

Основні напрями психологічної роботи:

- психотерапевтична підтримка в адаптації до протезування;
- консультування з питань прийняття образу тіла;
- подолання почуття втрати життєвої перспективи;
- реконструкція життєвих цілей та планування майбутнього.

Важливою складовою є програми повернення до роботи та служби, що поєднують консультативну та реабілітаційну підтримку.  
([lifescienceglobal.com+2coemed.org+2](http://lifescienceglobal.com+2coemed.org+2))

*Канада: травма-фокусоване консультування та реінтеграційні програми*

У Канаді психологічна допомога ветеранам з бойовими травмами здійснюється в межах: .([coemed.org](http://coemed.org))

- Operational Stress Injury Clinics
- Canadian Armed Forces Transition Group
- програм адаптації до інвалідності та сімейного супроводу.

Методологічно програми орієнтовані на:

- травмо-фокусовані підходи (TF-CBT, EMDR);
- формування навичок емоційної саморегуляції;
- профілактику вторинної травматизації сім'ї;
- тривалий постконсультаційний супровід.

Значна увага приділяється:

- роботі з почуттям провини та «моральною травмою»;
- розвитку соціальної підтримки в ветеранських спільнотах;
- подоланню ризику залежностей та соціальної ізоляції.

Принциповим є поєднання клінічної допомоги та соціально-орієнтованих інтервенцій.

*Німеччина: медично-психологічна інтеграція та реабілітаційні команди*

У Бундесвері консультування та психосоціальна реабілітація військових з ампутаціями організовані на основі: .( [coemed.org](http://coemed.org))

- мережі військово-медичних центрів,
- реабілітаційних клінік,
- психологічних служб підтримки ветеранів.

Методологічні характеристики:

- інтеграція психотерапії у процес медичної реабілітації;
- ранній психологічний супровід після хірургічних втручань;
- поетапна реадаптація до фізичних навантажень та соціальної ролі;
- підтримка партнерських та сімейних відносин.

Психологічні інтервенції спрямовані на:

- зниження тривожно-депресивних проявів;
- подолання травматичного досвіду бою;
- профілактику хронічного стресу та вигоряння;
- підтримку мотивації до відновлення та навчання.

Попри національні відмінності, моделі країн НАТО мають спільні риси: ([sto.nato.int](http://sto.nato.int))

- мультидисциплінарна команда як обов'язковий стандарт;
- ранній початок психологічного супроводу;
- інтеграція консультування в медичну реабілітацію;
- довготривалий посттравматичний супровід;
- включення сім'ї та соціального оточення;

- акцент на реінтеграції та якості життя.

Ці підходи розглядають психологічне консультування не лише як терапевтичну допомогу, а як ключовий інструмент відновлення особистісної цілісності, соціальної суб'єктності та життєвих перспектив ветерана.  
([lifescienceglobal.com](http://lifescienceglobal.com)+[2coemed.org](http://2coemed.org)+2)

Таблиця.1.4.

Порівняння моделей консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок у країнах НАТО

Країна	Методологічна модель	Ключові принципи	Форми психологічної допомоги	Інноваційні елементи	Орієнтація на результат
<b>США</b>	Інтегрована травма-фокусована модель (Polytrauma System of Care, WWP, Warrior Care Network)	мультидисциплінарність, доказовість, безперервність допомоги	індивідуальне консультування, СВТ, експозиційна терапія, групові програми, сімейна терапія	поєднання психотерапії з протезуванням і реабілітацією; тривалий супровід	зниження ПТСР, відновлення функціональності, соціальна реінтеграція
<b>Велика Британія</b>	Біопсихосоціальна та сімейно-орієнтована модель (Defence Recovery Capability, DMRC)	залучення родини, підтримка якості життя, реадаптація до цивільності	сімейне консультування, групи підтримки, психоедукація, коучинг реінтеграції	індивідуальні плани відновлення, партнерство з ветеранськими фондами	стабілізація емоційного стану, підтримка соціальних ролей
<b>Канада</b>	Травма-фокусоване консультування та реінтеграційні програми (OSI Clinics)	довготривалий супровід, профілактика вторинної травматизації сім'ї	TF-СВТ, EMDR, тренінги саморегуляції, групи ветеранів	робота з моральною травмою, розвиток ветеранських спільнот	підвищення стресостійкості, зменшення ризику ізоляції
<b>Німеччина</b>	Медично-психологічна інтеграція	ранній психологічний	психотерапія під час лікування,	тісна інтеграція з фізичною	профілактика депресії,

	у реабілітаційних командах	супровід, поетапна реадаптація	мотиваційне консультування, сімейна підтримка	реабілітацію та протезуванням	підтримка мотивації до відновлення
<b>Нідерланди</b>	Реабілітація, орієнтована на відновлення автономності	активна участь ветерана в ухваленні рішень, партнерство	консультативні сесії, реабілітаційні групи, соціальний коучинг	peer-support, наставництво ветеранів-менторів	формування суб'єктності, розвиток життєвих цілей
<b>Норвегія</b>	Соціально-психологічна модель тривалого супроводу	інклюзія, ресоціалізація, підтримка спільнот	довготривалі консультації, групи взаємодопомоги, сімейні програми	акцент на якості життя та громадській участі	стабільна соціальна інтеграція, зменшення хронічного стресу

Моделі країн НАТО характеризуються спільними рисами:

- мультидисциплінарна команда як базовий стандарт допомоги;
- ранній старт психологічного супроводу після травми;
- інтеграція консультування в медичну та реабілітаційну систему;
- тривалий посттравматичний супровід;
- включення сім'ї та ветеранської спільноти;
- орієнтація на автономність, суб'єктність і якість життя ветерана.

Консультативна допомога розглядається не лише як терапевтичне втручання, а як інструмент реінтеграції, відновлення ідентичності та життєвих перспектив військових з ампутаціями.  
([lifescienceglobal.com](http://lifescienceglobal.com)+2[coemed.org](http://coemed.org)+2)

### **1.2.3. Порівняльний аналіз підходів до надання консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок в Україні та в країнах Альянсу: спільне та різне**

Ось порівняльний аналіз підходів до надання консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок в Україні та в країнах НАТО — з виділенням спільного та різного з позицій наукової літератури, стандартів і

практик. Такий аналіз допоможе вам аргументовано показати, де перебуває національна система, а де є можливості для запозичення міжнародних рішень. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

### *Спільні підходи в Україні та країнах НАТО*

#### 1. Комплексність допомоги

Обидва контексти — український та натівський — розглядають психологічну консультативну допомогу як частину комплексної системи реабілітації (включно з фізичною, медичною та соціальною складовими). Це означає, що психологічні інтервенції мають бути інтегровані у загальний процес відновлення після ампутації чи бойового травмування. ([psychped.navy.mil](http://psychped.navy.mil))

В Україні така інтеграція все більше визнається критичною через складний психотравматичний досвід військових і потребу одночасно працювати з тілесними, емоційними та соціальними проблемами під час реабілітації. ([psychped.navy.mil](http://psychped.navy.mil))

У країнах НАТО психосоціальна підтримка є частиною багаторівневих систем, які включають превенцію, ранню діагностику та тривалу підтримку ветеранів. ([sto.nato.int](http://sto.nato.int))

*Спільне:* обидва підходи визнають, що психологічна допомога не може бути ізольованою — вона обов'язково має бути пов'язана з іншими системами підтримки.

#### 2. Підхід, орієнтований на психічне здоров'я після бойових дій

Усі моделі схилиються до того, що консультування військових, зокрема з ампутаціями, має базуватися на раціональних доказових практиках (наприклад, методах встановлення та зниження ПТСР-симптомів). ([lifescienceglobal.com](http://lifescienceglobal.com))

В Україні підкреслюється важливість використання когнітивно-поведінкової терапії та інших практик у психологічній роботі з ветеранами. ([veteranhelp.com.ua](http://veteranhelp.com.ua))

У країнах НАТО стандарти психологічної підтримки (наприклад, AMedP-8.10) включають інструменти для оцінки стресу, превенції та післяопераційної підтримки психічного здоров'я військових. ([coemed.org](http://coemed.org))

*Спільне:* у центрі уваги — профілактика, діагностика та корекція психотравматичних реакцій, зокрема через науково обґрунтовані терапевтичні методи.

### 3. Врахування сімейного та соціального контексту

Обидва підходи визнають, що підтримка повинна виходити за межі індивідуальної терапії і включати сімейне консультування, роботу з соціальними зв'язками та мережами підтримки.

Українські джерела підкреслюють важливість роботи з родинами та соціальним оточенням для ефективної адаптації військовослужбовців. ([lubny-rda.gov.ua](http://lubny-rda.gov.ua))

У країнах НАТО багато програм передбачають роботу не лише з пораненим ветераном, але й із членами його сім'ї (наприклад, через волонтерські організації і благодійні фонди, що підтримують ветеранів) — це видно також у структурі Recovery Centres чи Help for Heroes у Великій Британії. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

*Спільне:* сімейна підтримка та соціальна мережа — частина ефективної реабілітації.

#### *Основні відмінності підходів*

##### 1. Стандартизація та нормативність

В країнах НАТО існують офіційні стандарти психологічної допомоги військовим, закладені у військових документах (наприклад, NATO AMedP-8.10), які регламентують кроки допомоги: від тренування командирів до післяопераційної підтримки. ([coemed.org](http://coemed.org))

В Україні система психологічної допомоги ще перебуває на стадії формування єдиних стандартів та нормативів, проте вже з'являються методичні рекомендації для фахівців, включно з практичними аспектами роботи з ветеранами, які зазнали ампутації. ([academia.edu](http://academia.edu))

*Різне:* стандарти НАТО більш формалізовані та універсальні, тоді як українські підходи все ще розвиваються відповідно до національного контексту воєнного часу.

##### 2. Рівень підготовки кадрів

У країнах НАТО психологи проходять спеціалізовану підготовку, зокрема щодо роботи з військовими та ветеранами, включаючи кризову психологію та роботу з ампутаціями як частиною комплексної травми (включно з ПТСР). ([sto.nato.int](http://sto.nato.int))

В Україні, за дослідженнями, існують виклики з недостатньою спеціалізованою підготовкою психологів до роботи саме з ветеранами у

військовому контексті, і потребою посилити військову та кризову психологію у підготовці фахівців. (LDN - Мережа правового розвитку)

*Різне:* у НАТО питання професійної підготовки і сертифікації фахівців вирішене більш системно.

### 3. Організація та інфраструктура надання допомоги

У країнах НАТО функціонують розвинені системи підтримки ветеранів, які включають державні, благодійні та громадські організації (як-от *Wounded Warrior Project* чи *Help for Heroes*), що пропонують комплексну підтримку — від психологічної терапії до соціальної реінтеграції.

В Україні розвиваються центри підтримки ветеранів, зокрема NGO-ініціативи та нові проекти як *Center for Traumatic Stress*, але загальна інфраструктура ще формується, а доступ до допомоги часто обмежений через кадрові, фінансові та бюрократичні перешкоди. (borderlands-foundation.org+1)

<b>Сфера</b>	<b>Україна</b>	<b>Країни НАТО</b>
<b>Системність стандартів</b>	Розвиток, не повністю стандартизована	Уніфіковані стандарти психологічної підтримки (наприклад, AMedP-8.10) ( <u>coemed.org</u> )
<b>Професійна підготовка кадрів</b>	Частково недостатня, потребує посилення	Спеціалізована підготовка психологів у військовому контексті ( <u>sto.nato.int</u> )
<b>Інфраструктура підтримки</b>	Розвивання центрів і проектів	Розвинена мережа державних і благодійних програм
<b>Інтеграція в реабілітацію</b>	Поступова, але ще не повністю структурована	Частина повноцінної медико-соціально-психологічної реабілітації ( <u>sto.nato.int</u> )
<b>Фокус на сім'ю та соціум</b>	Розвиток таких напрямів	Підтримка сімей — важлива складова програм

*Різне:* НАТО має потужну мережу підтримки на національному рівні; Україна активно розвиває структури, але вони ще не досягли такого масштабу.

Українські підходи формуються відповідно до реалій повномасштабної війни, зростаючої потреби ветеранів у психосоціальній підтримці та нагального впровадження комплексних програм. ([dspace.wunu.edu.ua](http://dspace.wunu.edu.ua))

НАТО має стандартизовані, структуровані та апробовані міжнародні підходи, які забезпечують системність, якість та довготривалу підтримку ветеранів, включно з особами з ампутаціями. ([sto.nato.int](http://sto.nato.int))

Порівняльний аналіз показує, що Україна поступово переходить до сучасних стандартів консультативної допомоги, проте система ще перебуває на етапі становлення. Країни Альянсу мають сталу, комплексну модель підтримки військових з ампутаціями, де консультування відіграє ключову роль у реабілітації та соціальній інтеграції. У країнах Альянсу консультативна допомога є частиною цілісної біопсихосоціальної моделі з довготривалим супроводом. Основними відмінностями є рівень стандартизації, обсяг психологічної та соціальної підтримки, а також інтеграція сім'ї в процес реабілітації. Перспективним для України є адаптація досвіду Альянсу з урахуванням національних ресурсів та умов воєнного часу.

### **1.3. Принципи та завдання організації та надання консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок**

Консультативна допомога військовим з ампутацією кінцівок є невід'ємною складовою системи медичної, психологічної та соціальної реабілітації. Вона спрямована на подолання наслідків бойової травми, відновлення психоемоційної рівноваги, формування адаптивних стратегій поведінки та забезпечення повноцінної інтеграції військовослужбовця в соціальне середовище. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

#### **1. Базові методологічні принципи надання консультативної допомоги ([er.uscu.edu.ua](http://er.uscu.edu.ua))**

##### **1. Принцип гуманістичної спрямованості**

Спрямованість на безумовну повагу до особистості військовослужбовця, його гідності, суб'єктності та автономії у процесі відновлення.

Практичне втілення: робота без патологізації, підтримка почуття контролю, акцент на ресурсах та внутрішній силі клієнта.

## 2. Принцип травма-інформованого підходу

Визнання психологічних наслідків бойової травми та ампутації, мінімізація ретравматизації, забезпечення психологічної безпеки.

Ключові акценти:

- безпечний простір консультування
- повільне входження в травматичні теми
- робота зі стабілізацією стану та регуляцією афектів

## 3. Принцип індивідуалізації та контекстуальності

Врахування:

- військового досвіду
- типу травми та медичних обмежень
- сімейного контексту
- соціально-економічних умов
- етапу протезування та реабілітації

## 4. Принцип міждисциплінарності

Взаємодія психолога з:

- лікарями-реабітологами
- протезистами
- фізичними терапевтами
- соціальними працівниками
- сімейними консультантами

Форма роботи — кейс-менеджмент та командний супровід.

## 5. Принцип доказовості та професійної відповідальності

Використання методів:

- когнітивно-поведінкової терапії,
- травма-фокусованих підходів,
- елементів АСТ, EMDR,
- сімейного консультування,
- груп підтримки ветеранів,

із дотриманням етичних стандартів та супервізії.

## 6. Принцип конфіденційності та психологічної безпеки

Особлива увага — темам:

- бойового досвіду
- втрати побратимів
- тілесних змін
- сексуальності та партнерства
- сімейних конфліктів

## 7. Принцип безперервності та наступності допомоги

Психологічний супровід має охоплювати:

<b>Етап</b>	<b>Зміст допомоги</b>
Гострий період поранення	кризове консультування, стабілізація
Медична реабілітація	психоедукація, адаптація до ампутації
Протезування	робота з образом тіла, страхами, мотивацією
Повернення в сім'ю	сімейне консультування, профілактика конфліктів
Соціальна реінтеграція	відновлення ролей, підтримка та моніторинг

## 2. Організаційні принципи побудови системи допомоги ([er.ucu.edu.ua](http://er.ucu.edu.ua))

1. Доступність і проактивність супроводу (не очікувати самозвернення, забезпечувати маршрути підтримки).
2. Сімейно-орієнтована модель включення партнерів та близьких до консультативного процесу.
3. Рівнева структура надання допомоги:
  - індивідуальне консультування
  - сімейна робота
  - групи ветеранів
  - групи для членів сім'ї
4. Безкоштовність або пільговість послуг (зменшення бар'єрів звернення).
5. Навчання фахівців і супервізія профілактика професійного вигорання консультантів.

### 3. Ключові завдання психологічної консультативної допомоги

#### 1. Діагностично-оцінювальний блок

- первинна психодіагностика стану
- виявлення симптомів ПТСР, тривоги, депресії
- оцінка рівня стресостійкості
- аналіз стану подружніх та сімейних взаємин
- виявлення ризиків суїцидальної поведінки та алкоголізації

#### 2. Психоедукаційні завдання

- інформування щодо психологічних наслідків ампутації
- формування адекватного розуміння реакцій стресу
- роз'яснення етапів протезування та адаптації
- підготовка сім'ї до змін ролей і навантажень

#### 3. Терапевтично-корекційні завдання

- стабілізація емоційного стану
- опрацювання травматичних спогадів
- робота з образом тіла та тілесною ідентичністю
- подолання почуття втрати, провини, сорому
- формування конструктивних копінг-стратегій
- подолання соціальної ізоляції
- відновлення самооцінки та самоефективності

#### 4. Сімейно-соціальні завдання

- профілактика та зниження сімейних конфліктів
- удосконалення комунікації у парі
- підтримка партнерської близькості
- перерозподіл сімейних ролей і навантажень
- формування спільних стратегій відновлення

#### 5. Реабілітаційно-мотиваційні завдання

- підвищення мотивації до фізичної реабілітації
- підтримка залучення до соціальної активності
- сприяння професійній та освітній реінтеграції
- формування довготривалих життєвих цілей

#### 6. Завдання моніторингу та супроводу

- відстеження динаміки стану
- профілактика загострень і ретравматизації
- створення маршрутів перенаправлення (психіатр, реабілітолог)
- підтримка під час кризових періодів

4. *Узагальнювальна таблиця надання консультативної допомоги*  
*“Принцип — зміст — практична реалізація”*([er.ucu.edu.ua](http://er.ucu.edu.ua))

<b>Принцип</b>	<b>Зміст</b>	<b>Реалізація в консультативній практиці</b>
Травма-інформованість	безпечна, неінтрузивна робота	стабілізація, контроль теми, повільне занурення
Індивідуалізація	врахування досвіду та контексту	персональні цілі та план допомоги
Міждисциплінарність	командна взаємодія	кейс-менеджмент, суміжні консультації
Сімейна орієнтація	робота з партнером/родиною	сімейні сесії, медіація конфліктів
Доказовість	використання валідних методів	КПТ, травма-фокусовані підходи, групи підтримки
Наступність	довготривалий супровід	підтримка від гострого періоду до реінтеграції

Таким чином, організація та надання консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок повинні ґрунтуватися на системі чітких принципів та реалізації комплексних завдань, спрямованих на відновлення психосоціального благополуччя, підвищення рівня автономності та забезпечення гідної якості життя військовослужбовців. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

#### **1.4. Психологічні наслідки травмування та ампутації кінцівок до бойової готовності; адаптації до змінених умов життя**

Травматичне ушкодження та ампутація кінцівок у військовослужбовців належать до подій, що мають багатовимірний — медичний, психологічний, соціальний та екзистенційний — характер. Вони поєднують у собі переживання фізичної втрати, загрози життю, бойового стресу, а також радикальне порушення цілісності тілесного «образу Я». Це зумовлює глибокі

зміни у системі самосприйняття, мотивації, емоційній сфері, соціальній поведінці та життєвих перспективах військовослужбовця. ( [lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

### *1. Психологічні реакції на травматичну подію та ампутацію (er.ucu.edu.ua)*

У перші періоди після поранення домінують:

- гострі стресові реакції
- шок, дезорієнтація, відчуття втрати контролю
- страх смерті та повторної травматизації
- інтенсивні емоції провини («я вижив — інші ні»), сорому, гніву

У подальшому можливі:

- посттравматичні реакції (нав'язливі спогади, уникання, гіперзбудження)
- депресивні симптоми
- тривожні порушення
- феномен «психологічної ампутації» (відчуження від власного тіла)

Психологічний стан ускладнюється тим, що травма пов'язана з виконавчими та бойовими функціями, які становили ядро професійної ідентичності військового. ([miljournals.knu.ua](http://miljournals.knu.ua))

Дослідження медико-психологічного характеру показують, що у пацієнтів із травматичними ампутаціями часто діагностуються значущі психічні проблеми: ( [lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

- приблизно 69 % пацієнтів з ампутаціями проявляють симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на середньому етапі (приблизно 10 місяців після ампутації) і понад 50 % мають ознаки депресії. ([PubMed](http://PubMed))

Це підкреслює необхідність цілісного підходу до психологічної допомоги, оскільки реабілітація тілесних функцій не усуває глибоких емоційних наслідків травми.

### *2. Вплив ампутації на бойову готовність та професійну ідентичність (er.ucu.edu.ua)*

Ампутація кінцівок призводить не лише до фізичного обмеження, а й до трансформації військово-професійної ролі. Для багатьох поранених втрачається відчуття:

- боєздатності

- тактичної ефективності
- автономності та фізичної спроможності
- суб'єктності у військовому колективі

Це проявляється у:

- переживанні втрати статусу «воїна»
- внутрішньому конфлікту між бажанням служити та неможливістю виконувати попередні функції
- формуванні станів професійної фрустрації
- переживанні екзистенційної «порожнечі» після відсторонення від служби

Суттєве значення мають порівняння з побратимами, страх бути «тягарем» у бойовій групі, а також переживання незавершеності бойової місії. ([miljournals.knu.ua](http://miljournals.knu.ua))

### 3. *Порушення образу тіла та особистісної цілісності* ([er.ucu.edu.ua](http://er.ucu.edu.ua))

Ампутація змінює базові механізми тілесної ідентичності:

- формується новий образ тіла
- виникають відчуття втрати цілісності
- можливі явища фантомного болю
- зростає уразливість до сорому та соціальної стигматизації

Тілесні зміни безпосередньо впливають на:

- самооцінку та маскулінну ідентичність
- відчуття привабливості
- сексуальну та партнерську сферу
- міжособистісні контакти

Внутрішня напруга між «попереднім» та «оновленим» образом себе ускладнює процес прийняття ампутації як стабільного елементу життєвої ситуації. ([miljournals.knu.ua](http://miljournals.knu.ua))

Психологічні аспекти після ампутації включають зміну самосприйняття та образу тіла, що прямо впливає на адаптацію до життя після травми:

- В українському дослідженні, присвяченому сприйняттю образу тіла у військовослужбовців після ампутації, встановлено, що незадоволення власним тілом пов'язане зі зниженням якості життя та може бути пов'язаним із психологічним станом осіб з ампутаціями. ([er.ucu.edu.ua](http://er.ucu.edu.ua))

Цей аспект істотно пов'язаний із самосприйняттям, соціальною адаптацією й особистісною ідентичністю ветеранів.

Дослідження ветеранів з ампутаціями нижніх кінцівок підкреслюють специфіку загального психічного стану:

- Ампутація, як правило, призводить до негативних змін емоцій, поведінки, самооцінки, побоювання щодо майбутнього та потреби підтримки для розвитку копінг-навыків. ([PubMed](#))

Цей висновок узгоджується із загальною клінічною картиною адаптації до травматичних змін тілесності.

#### 4. Психологічні чинники адаптації до змінених умов життя ([er.ucu.edu.ua](http://er.ucu.edu.ua))

Адаптація має багатовимірний характер і охоплює:

- медичну та протезну реабілітацію
- відновлення повсякденних навичок
- перебудову сімейних і соціальних ролей
- формування нових життєвих стратегій

Ключові психологічні виклики:

- почуття залежності від близьких та спеціалістів
- страх соціальної ізоляції
- зниження відчуття контролю над життям
- втрата життєвих орієнтирів і цілей
- ризик девіантних копінг-механізмів (зловживання алкоголем, агресія, уникання)

Важливим є співвідношення двох тенденцій:

- регресивної (замикання, уникання, самообмеження) та
- ресурсної (активізація подолання, пошук нової ролі).

У тенденціях клінічних досліджень:

- Ампутація часто асоціюється зі складними психоемоційними реакціями, які включають втрату життєвих перспектив, періоди гострого горювання, депресивні стани, зниження самооцінки та інші психічні реакції, що можуть загострюватися взаємодією із соціальними бар'єрами. ([sciencepublishinggroup.com](http://sciencepublishinggroup.com))

Такі реакції можуть прямо впливати на здатність адаптуватися до повсякденного життя та професійних вимог.

## 5. Вплив на сімейні взаємини та соціальне функціонування ([er.ucu.edu.ua](http://er.ucu.edu.ua))

Ампутація часто змінює:

- розподіл ролей та відповідальності в сім'ї
- економічний статус
- комунікативні патерни
- інтимно-емоційну близькість

Можливі:

- зростання напруженості та конфліктності
- залежність від партнера
- відчуття «психологічної дистанції»
- ревіталізація старих конфліктів

Разом із тим, у частини ветеранів формуються:

- підвищена згуртованість родини
- відчуття підтримки та приналежності
- нові мотиваційні смисли

Отже, сім'я виступає як фактор ризику і як ключовий ресурс адаптації.

## 6. Позитивні трансформації та посттравматичне зростання ([er.ucu.edu.ua](http://er.ucu.edu.ua))

Попри складність наслідків, у частини військовослужбовців спостерігається:

- переосмислення життєвих цінностей
- зростання емпатії та відповідальності
- підвищення мотивації до самореалізації
- розвиток волонтерської та громадської активності
- відчуття місії та соціальної значущості

Посттравматичне зростання значно частіше проявляється за умов:

- стабільної соціальної підтримки
- якісної психологічної допомоги
- включення у реабілітаційні та ветеранські програми
- визнання суспільної значущості досвіду

Психологічні наслідки травмування та ампутації кінцівок поєднують:

- кризу особистісної та професійної ідентичності
- порушення образу тіла та самосприйняття

- зниження відчуття боєздатності та компетентності
- труднощі адаптації до нових життєвих умов
- трансформацію соціальних і сімейних відносин

Водночас ці процеси можуть ставати підґрунтям для відновлення цілісності, формування нової життєвої позиції та посттравматичного зростання, за умови системної психологічної та реабілітаційної підтримки. Психологічні наслідки травматичної ампутації кінцівок мають багатовимірний характер, що включає емоційні розлади, зміни самооцінки, порушення тілесного сприйняття, а також вплив на психосоціальну адаптацію та бойову готовність. ([miljournals.knu.ua](http://miljournals.knu.ua))

Огляд літератури щодо психологічних наслідків ампутації підкреслює широкий спектр переживань, серед яких:

- депресивні стани, тривога, психосоматичні прояви, зміни у соціальній взаємодії та якість життя, пов'язані з тілесною втратою. ([uk.e-medjournal.com](http://uk.e-medjournal.com))

Такий літературний огляд часто використовується як база для розроблення програм психологічної підтримки ветеранів.

Українські дослідження з психологічного супроводу військових з ампутаціями підкреслюють:

- емоційні труднощі, страхи щодо майбутнього, зниження самооцінки та безпорадність, що потребують комплексного підходу з боку психологів під час реабілітації. ([miljournals.knu.ua](http://miljournals.knu.ua))

Це підтверджує необхідність включення психологічних компонентів у програми реабілітації військових з ампутаціями в Україні.

#### **1.4. 1. Психологічні наслідки травмування та ампутації кінцівок для бойової готовності та адаптації до змінених умов життя (психологічний аспект)**

Психологічні наслідки травматичного ушкодження та ампутації кінцівок є багатовимірним феноменом, який поєднує емоційні, когнітивні, тілесні та соціальні зміни в житті військовослужбовця. Такі травми перебувають у тісному зв'язку з бойовими переживаннями, загрозою життю та втратою фізичної цілісності, що робить психологічну адаптацію особливо складною та тривалою. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

## 1. Глибина психологічного впливу ампутації

Ампутація кінцівок є потужною тілесною травмою, яка суттєво змінює самооцінку, образ тіла, життєві плани та соціальне функціонування. Психологічні наслідки такої втрати включають глибокі переживання втрати, страхи щодо майбутнього, зниження самооцінки, відчуття безпорадності та навіть депресивні стани. Українські дослідники відзначають, що втрата кінцівки ставить під загрозу психічну рівновагу військовослужбовців і формує потребу в якісному психологічному супроводі на всіх етапах відновлення (Кравченко, Жаленко, 2025). ([miljournals.knu.ua](http://miljournals.knu.ua))

Міжнародні огляди літератури підтверджують, що психологічний дистрес після ампутації є поширеним явищем, що включає не лише реакції на травму, а й коморбідні психічні симптоми — тривогу, депресію та посттравматичні реакції. ([uk.e-medjournal.com](http://uk.e-medjournal.com))

## 2. Вплив ампутації на бойову готовність

Травматична ампутація часто призводить до фундаментальних змін у професійній ідентичності та сприйнятті власної функціональної спроможності. Військові звикли до високих стандартів фізичної та психологічної підготовки, і втрата кінцівки порушує очікування щодо власної боєздатності, спричиняючи:

- переживання втрати бойової ефективності та контролю,
- зниження мотивації до участі у подальшій службі,
- внутрішній конфлікт між бажанням бути корисним і власними фізичними обмеженнями.

Ці фактори можуть негативно впливати на ризики соціальної ізоляції, втрати самооцінки та мотивації, що особливо критично для військових, які ототожнюють себе з функціями захисника та воїна. Такі явища описані як частина загального психологічного впливу бойових травм у контексті війни. ([psychology.bulletin.knu.ua](http://psychology.bulletin.knu.ua))

## 3. Зміни образу тіла та самооцінки

Після ампутації спостерігаються значущі порушення образу тіла та самооцінки, що впливають на психологічний стан особистості. Дослідження показують, що у ветеранів із травматичними ампутаціями змінюється сприйняття власного тіла, що може бути пов'язано зі зниженням задоволення собою та негативними емоційними реакціями. ([PubMed](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/))

Ці зміни образу тіла можуть ускладнювати адаптацію до повсякденного життя, впливаючи на міжособистісні стосунки, соціальну участь та життєві плани.

#### *4. Коморбідні психічні стани*

Психологічні наслідки ампутації часто супроводжуються коморбідними психічними розладами, такими як:

- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР),
- тривожні розлади,
- депресивні стани,
- соматоформні прояви.

Згідно з оглядами, ці стани суттєво впливають на якість життя та рівень адаптації до нових умов. ([uk.e-medjournal.com](http://uk.e-medjournal.com))

#### *5. Адаптація до змінених умов життя*

Адаптація після ампутації — це тривалий та багатоетапний процес, який включає:

- прийняття нової тілесної реальності;
- формування нових копінг-стратегій;
- освоєння протезів та нових навичок;
- перебудову соціальних ролей;
- відновлення соціальної та професійної активності.

Дослідження підкреслюють важливість психологічної підтримки на кожному етапі реабілітації, оскільки фізичні успіхи не завжди співпадають із психологічним благополуччям. ([miljournals.knu.ua](http://miljournals.knu.ua))

#### *6. Соціальна адаптація*

Психологічні наслідки ампутації тісно пов'язані із соціальною адаптацією. Втрата кінцівки може призвести до зниження соціальної активності, послаблення соціальних зв'язків та зміни ролей у сім'ї. Соціально-психологічний стрес від втрати фізичної автономії може посилювати відчуття ізоляції, що ускладнює процес адаптації до цивільного життя після служби. ([visnyk.nuou.org.ua](http://visnyk.nuou.org.ua))

Психологічні наслідки травматичного ушкодження та ампутації кінцівок включають:

- зміни в образі тіла та самооцінці;
- переживання втрати бойової функції та професійної ідентичності;
- високий ризик депресивних та тривожних станів;
- потребу в психосоціальній підтримці на всіх етапах життя після травми.

Ці аспекти мають суттєвий вплив на бойову готовність, якість життя та адаптацію до змінених умов життя, тому вимагають системного психологічного супроводу на всіх рівнях реабілітаційної допомоги. ([PubMed](#))

У сучасній психологічній науці психічні наслідки ампутації розглядаються у межах низки теоретико-методологічних підходів.

### *1. Теорія життєвої кризи (криза особистості)*

Життєва криза — це ситуація, пов'язана зі значним розладом звичного психологічного стану особистості, що виникає внаслідок втрати, травми або суттєвих життєвих змін. У психології кризові стани розглядаються як етапи напруги та адаптації, які мають чітку динаміку та впливають на психологічну стійкість людини.

Праці з кризових станів показують, що «кризи завжди супроводжуються стресом, фрустрацією та вимагають активізації адаптивних ресурсів особистості» — що важливо для розуміння переживання ампутації як критичного життєвого перелому. ([ap.uu.edu.ua](#))

### *2. Травматично-стресовий підхід*

Ампутація розглядається як подія високої стресогенної інтенсивності, що супроводжується розвитком гострих та відстрочених психотравматичних реакцій. У військовослужбовців фіксуються підвищені ризики:

- посттравматичного стресового розладу,
- тривожно-депресивних станів,
- емоційної дестабілізації,
- соматоформних проявів.

Травматичний досвід ускладнюється факторами бойової діяльності — втратою бойової ролі, почуттям відповідальності перед побратимами, переживанням втрати контролю над життям та тілесною цілісністю (Brenner et al., 2017).

### 3. Психологія тілесності та образу Я

Ампутація зумовлює глибинну перебудову тілесної та особистісної ідентичності, що проявляється у:

- трансформації образу тіла,
- зниженні самооцінки,
- переживанні тілесної неповноцінності,
- соціально-психологічній вразливості.

Для військовослужбовців характерним є внутрішній конфлікт між нормативним образом «сильного воїна» та новим статусом особи з інвалідністю, що може спричинити емоційне дистанціювання та соціальну ізоляцію (Williamson et al., 2021).

### 4. Теорія втрати та процес горювання

Ампутація розглядається як втрата не лише частини тіла, але й попереднього способу життя, соціальних ролей та професійної перспективи. Процес переживання втрати включає фази:

- шоку та дезорієнтації,
- протесту та емоційного напруження,
- дезадаптивного переживання безнадії,
- поступової інтеграції травматичного досвіду.

У ветеранів бойових дій процес горювання часто ускладнюється супутніми втратами, бойовим контекстом травми та досвідом смертельної загрози (Worden, 2008; Parkes, 2010).

### 5. Когнітивно-поведінковий підхід

Суттєву роль у формуванні психічних наслідків відіграють когнітивні інтерпретації травматичної події. Дисфункційні переконання можуть набувати форм:

- знецінення власної особистості,
- переконань щодо втрати соціальної та професійної повноцінності,
- песимістичного прогнозування майбутнього.

Корекційний потенціал має когнітивна переоцінка, активізація життєвих цілей та відновлення суб'єктного контролю над життєвою ситуацією (Tedeschi & Calhoun, 2004).

## 6. Соціально-психологічний аспект та бойова готовність

Ампутація впливає на:

- рольову ідентичність військовослужбовця,
- відчуття належності до військового колективу,
- соціальний статус та самоприйняття.

У низці випадків спостерігаються явища депрофесіоналізації, зниження мотивації служби, труднощі сімейної та соціальної реінтеграції. Водночас дослідження засвідчують, що участь у реабілітаційних програмах, підтримка побратимів і родини, а також збереження відчуття причетності до військової спільноти сприяють підвищенню рівня адаптації та збереженню психологічної стійкості (Hoge, 2018).

## 7. Посттравматичне зростання

У частини військовослужбовців відзначаються тенденції до посттравматичного зростання, що проявляються у:

- переосмисленні життєвих цінностей,
- підвищенні відповідальності за соціальні та сімейні ролі,
- формуванні нових життєвих смислів.

Такі зміни стають можливими за умов психологічної підтримки, безпечного терапевтичного простору та поступового прийняття травматичного досвіду (Tedeschi, Shakespeare-Finch, 2020).

Психологічні наслідки ампутації кінцівок у військовослужбовців мають багатовимірний характер і охоплюють:

- психотравматичні та тривожно-депресивні прояви,
- зміну образу тіла та Я-концепції,
- порушення соціально-рольової та сімейної адаптації,
- ризик депрофесіоналізації та втрати бойової ідентичності,
- можливість посттравматичного зростання за умов цілеспрямованої психологічної підтримки.

Таким чином, ампутація виступає фактором, що потребує системного біопсихосоціального підходу до реадaptaції військовослужбовців та організації консультативної допомоги. ([PubMed](#))

## Висновки до розділу 1

У першому розділі дослідження було проаналізовано теоретичні засади консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок крізь призму психологічної науки. Встановлено, що ампутація є складною психотравматичною подією, яка зумовлює порушення образу «Я», емоційної рівноваги та адаптаційних механізмів особистості. Обґрунтовано, що ефективна консультативна допомога повинна базуватися на психологічних принципах індивідуального підходу, комплексності та безперервності психологічного супроводу. Доведено, що психологічні наслідки травмування суттєво впливають на бойову готовність військовослужбовців та їх здатність до адаптації у змінених умовах життя. Зроблено висновок, що системне психологічне консультування є необхідною умовою збереження психологічного благополуччя, відновлення суб'єктивного відчуття контролю та формування нової життєвої перспективи у військових з ампутацією кінцівок. Отримані результати створюють теоретичне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження психологічних особливостей адаптації та розробки практичних рекомендацій психологічної допомоги військовослужбовцям. Ампутація кінцівок у військовослужбовців належить до категорії травматичних подій, що поєднують у собі фізичне ушкодження, психічну травматизацію та трансформацію особистісної ідентичності. Даний феномен має комплексний вплив на систему цінностей, образ Я, рольову структуру особистості, соціальні взаємини та життєву перспективу суб'єкта (Kruger, 2019).

## РОЗДІЛ 2.

### ПСИХОЛОГІЧНІ ТРУДНОЩІ ТА ПРОБЛЕМИ АДАПТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ІНВАЛІДНІСТЮ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ

#### 2.1 Специфіка сімейних відносин та взаємодії військовослужбовців з інвалідністю в умовах мирного родинного життя

Повернення військовослужбовців з інвалідністю до мирного життя супроводжується комплексом психологічних, соціальних та міжособистісних труднощів, що безпосередньо впливають на динаміку сімейних відносин та взаємодію з близькими. Насамперед, військовослужбовець, який отримав поранення або інвалідність внаслідок бойових дій, змушений адаптуватися до нових фізичних обмежень, втрачених соціальних ролей та змінених життєвих очікувань. Цей адаптаційний процес має виражений стресовий характер, часто супроводжується симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), високою тривожністю, емоційною лабільністю та почуттям втрати контролю, що негативно відображається на сімейному функціонуванні (посттравматичний стрес, проблеми соціалізації) ([eprints.zu.edu.ua.](http://eprints.zu.edu.ua))

#### *Психологічні виклики в сім'ї*

Одна з головних проблем адаптації ветеранів з інвалідністю – зміна ролей у сім'ї. Після тривалого періоду служби та отриманої травми колишній військовий може відчувати себе «неповноцінним» членом родини, що підсилює самоізоляцію та зниження самооцінки. Родина, у свою чергу, часто не має достатніх знань про психологічні наслідки травматичного досвіду і може неправильно інтерпретувати поведінку ветерана як нарцисизм, байдужість чи небажання інтегруватися у повсякденне життя. Така дезадаптація може призводити до конфліктів, напруги у стосунках, зменшення емоційної підтримки та розриву комунікації всередині сімейної системи ([psych.vernadskyjournals.in.ua.](http://psych.vernadskyjournals.in.ua))

Родинна підтримка є ключовим фактором успішної адаптації, оскільки саме члени сім'ї формують первинне соціальне оточення, яке може допомагати або, навпаки, ускладнювати переживання ветерана. Соціальна підтримка з боку близьких сприяє зниженню рівня стресу, зменшенню відчуття соціальної ізоляції, підвищенню впевненості у власних силах та розвитку копінг-стратегій. Недостатня підтримка, нерозуміння або невміння

правильно реагувати на емоційний стан ветерана може поглибити психологічний дискомфорт та призвести до зниження якості сімейних відносин ([elartu.tntu.edu.ua.](mailto:elartu.tntu.edu.ua))

### *Міжособистісна взаємодія та адаптація*

Особливість сімейних відносин з ветеранами з інвалідністю полягає в тому, що взаємодія будується не лише на емоційних зв'язках, а й на здатності адаптуватися до нових ролей, обмежень та очікувань. Багато з ветеранів після повернення переживають внутрішній конфлікт між бажанням бути корисними й незалежними та вимогою допомоги з боку сім'ї. Такий конфлікт може створювати напругу, коли родичі прагнуть надмірно опікати, а сам ветеран — зберегти автономію та самодостатність. Важливо, щоб родина розуміла різницю між підтримкою та надмірною опікою, яка може посилювати відчуття неуспішності та залежності у військовослужбовця ([elartu.tntu.edu.ua.](mailto:elartu.tntu.edu.ua))

Психологічна адаптація у сімейному контексті також пов'язана із здатністю членів сім'ї до ефективної комунікації, переживання травматичного досвіду разом, співпереживання та побудови нових ритуалів і правил взаємодії, що відповідають сучасним життєвим вимогам ветерана. Без цього адаптація може затягуватися, провокувати повторні конфлікти та соціальну дезадаптацію, ускладнюючи реінтеграцію ветерана у повсякденне життя громадянського середовища ([Цифрова бібліотека НАПН України.](#))

Отже, специфіка сімейних відносин військовослужбовців з інвалідністю в умовах мирного життя визначається як комплекс психологічних та соціальних викликів, пов'язаних зі зміною ролей, переживанням травматичного досвіду, потребою у підтримці та здатністю адаптуватися до нових життєвих умов. Родина виступає критично важливим ресурсом у цьому процесі, але лише за умови, що вона має належну інформацію про психологічні потреби ветеранів, вміє ефективно будувати комунікацію та підтримувати їх автономію, не підсилюючи почуття залежності або ізоляції.

## **2.2. Особливості та труднощі адаптації сімейного подружжя до змінених умов життя, вплив ампутації на виникнення сімейних конфліктів:**

Адаптація подружжя до змінених умов життя після ампутації кінцівок одного з партнерів є складним багаторівневим процесом, що охоплює емоційну, рольову, комунікативну та соціально-економічну сфери сімейного функціонування. Ампутація кінцівки виступає не лише фізичною травмою, а й потужним психосоціальним стресором, який трансформує усталені моделі подружньої взаємодії та може провокувати виникнення сімейних конфліктів.

Повернення військовослужбовця з інвалідністю, зокрема після ампутації кінцівок, є травматичним фактором, який радикально змінює не лише фізичні можливості індивіда, а й динаміку сімейних стосунків. Відновлення родинного життя вимагає перебудови ролей, перерозподілу обов'язків та розвитку нових моделей взаємодії. ([elartu.tntu.edu.ua](http://elartu.tntu.edu.ua)).

### *Особливості адаптації подружжя*

#### 1. Зміна сімейних ролей

Однією з ключових труднощів адаптації є зміна подружніх ролей. Партнер без інвалідності нерідко змушений поєднувати роль подружнього партнера та доглядальника, що може призводити до емоційного виснаження, зниження задоволеності шлюбом та прихованого роздратування. Водночас військовослужбовець з ампутацією може переживати почуття залежності, втрати контролю та зниження власної значущості, що підсилює внутрішньоособистісну напругу та схильність до конфліктної поведінки.

Після травми подружжя стикається з необхідністю перегляду обов'язків у сім'ї. Втрата фізичної здатності у ветерана може змусити його партнера взяти на себе частину або всі домашні та соціальні обов'язки, що раніше виконувалися пораненим членом сім'ї. Це може викликати почуття неповноцінності, зниження самооцінки та емоційне напруження у ветерана, а у партнера — перевантаження та стрес ([eprints.zu.edu.ua](http://eprints.zu.edu.ua)).

#### 2. Психологічна залежність та конфлікт очікувань

Часто спостерігається конфлікт між бажанням ветерана залишатися автономним та необхідністю допомоги з боку партнера. Надмірна опіка може призвести до зростання психологічної залежності, а надмірна вимогливість — до відчуття провини та емоційного дистанціювання. Такі дисбаланси у взаємодії підвищують ризик виникнення сімейних конфліктів ([psych.vernadskyjournals.in.ua](http://psych.vernadskyjournals.in.ua)).

#### 3. Емоційний стрес та його наслідки

Ампутація є психологічно травматичним досвідом, що супроводжується тривогою, депресивними симптомами та переживанням втрати. Емоційний стан ветерана безпосередньо впливає на емоційний клімат у сім'ї: підвищена дратівливість, апатія або замкнутість можуть спричинити непорозуміння та конфлікти у подружжі ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua)).

### *Вплив ампутації на виникнення сімейних конфліктів*

#### 1. Фізичні обмеження як тригер конфліктів

Особливої уваги заслуговує психологічний вплив змін образу тіла та самооцінки військовослужбовця з ампутацією кінцівок. Зміни тілесної ідентичності можуть негативно позначатися на відчутті привабливості, впевненості у собі та здатності до емоційної близькості. У подружніх стосунках це може проявлятися у зниженні взаємної відкритості, напруженості та зростанні кількості конфліктних ситуацій, пов'язаних із почуттям відчуженості або нерозуміння. Обмеження рухливості та необхідність допомоги у побуті часто стають джерелом напруження. Суперечки можуть виникати через розподіл обов'язків, планування спільного часу або фінансові питання. ([elartu.tntu.edu.ua](http://elartu.tntu.edu.ua)).

#### 4. Порушення комунікативних процесів

Важливим чинником виникнення сімейних конфліктів є порушення комунікативних процесів у подружжі. Травматичний досвід, емоційна вразливість та страх бути незрозумілим або відкинутим часто ускладнюють відкритий обмін почуттями та потребами. У таких умовах подружні конфлікти набувають непрямого характеру, проявляючись у формі взаємних претензій, уникання спілкування або емоційної відстороненості. ([psych.vernadskyjournals.in.ua](http://psych.vernadskyjournals.in.ua)).

#### 2. Соціально-економічна напруга

Суттєвим фактором конфліктогенності є соціально-економічна напруга, пов'язана зі змінами професійної реалізації та матеріального забезпечення сім'ї. Обмеження можливостей працевлаштування, необхідність додаткових витрат на реабілітацію та залежність від соціальної допомоги посилюють емоційний тиск на подружжя та можуть провокувати конфлікти на ґрунті взаємних очікувань і звинувачень.

#### 3. Соціальна ізоляція

Партнери можуть уникати соціальних контактів через почуття сорому, психологічний дискомфорт або страх негативної оцінки з боку суспільства. Це створює замкнене коло стресу, коли ізоляція посилює конфлікти, а конфлікти поглиблюють ізоляцію ([elartu.tntu.edu.ua](http://elartu.tntu.edu.ua)).

#### 4. Зміни у сексуальному та інтимному житті

Ампутація та супутні психологічні травми можуть знижувати сексуальну активність, що стає додатковим джерелом конфліктів та почуття відчуження. Важливим фактором успішної адаптації є відкрита комунікація та прийняття нових форм близькості ([psych.vernadskyjournals.in.ua](http://psych.vernadskyjournals.in.ua)).

*Механізми подолання труднощів*

### 1. Психологічне консультування подружжя

Консультативна підтримка допомагає подружжю розвивати ефективні стратегії комунікації, адаптувати рольові очікування та навчитися підтримувати емоційний баланс. З позицій системного підходу сімейні конфлікти в подружжі військовослужбовців з ампутацією кінцівок слід розглядати як адаптаційну реакцію сімейної системи на кризові зміни, а не виключно як прояв дисфункційних стосунків. Такий підхід є методологічно значущим для психологічного консультування, оскільки дозволяє фокусуватися не на пошуку «винних», а на відновленні порушеного балансу, розвитку ресурсів та формуванні нових ефективних стратегій взаємодії. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua)).

### 2. Розвиток ресурсів сім'ї

Активне залучення родини до процесу реабілітації, створення спільних ритуалів та планування життя з урахуванням фізичних обмежень сприяє зменшенню конфліктності та підвищенню рівня взаємної підтримки.

Адаптація сімейного подружжя до змінених умов життя після ампутації військовослужбовця є комплексним процесом, що потребує психологічної підтримки, перебудови сімейних ролей, розвитку комунікації та емоційної взаємопідтримки. Ампутація підвищує ризик сімейних конфліктів, але своєчасна психологічна та соціальна підтримка значно зменшує цей ризик та сприяє гармонізації відносин ([elartu.tntu.edu.ua](http://elartu.tntu.edu.ua)).

Згідно з біопсихосоціальним підходом, процес подружньої адаптації після ампутації обумовлений взаємодією фізичних обмежень, психологічних переживань та соціальних чинників. Фізичні наслідки ампутації змінюють повсякденну активність і рівень автономності військовослужбовця, що потребує корекції звичних сімейних обов'язків. Ці зміни часто сприймаються подружжям як втрата стабільності та передбачуваності, що підвищує рівень тривожності й напруження у взаєминах. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua)).

Таблиця 2.0.

Фактори труднощів адаптації подружжя та їх наслідки

<b>Фактор</b>	<b>Опис</b>	<b>Наслідки для сімейних відносин</b>
Фізичні обмеження ветерана	Втрата рухливості, потреба допомоги у побуті	Перевантаження партнера, конфлікти через розподіл обов'язків
Психологічні зміни	Тривога, депресивні симптоми, ПТСР, зниження самооцінки	Емоційна напруга, дратівливість, дистанціювання у

		стосунках
Зміна ролей у сім'ї	Перерозподіл обов'язків, потреба у перегляді очікувань	Конфлікти через невідповідність очікувань, почуття неповноцінності
Соціальна ізоляція	Страх оцінки суспільством, уникання контактів	Обмеження соціальної підтримки, посилення напруженості у сім'ї
Зміни у сексуальному житті	Фізичні та психологічні бар'єри інтимності	Відчуження, конфлікти щодо близькості
Недостатня комунікація	Неможливість відкрито обговорювати емоції та потреби	Непорозуміння, повторні сімейні конфлікти

### Труднощі адаптації сімейного подружжя після ампутації військовослужбовця



#### 2.2.1. психологічна характеристика військових з ампутацією на зміни способу життя та сімейних стосунків з дітьми, дружиною

Військовослужбовці, які пережили ампутацію кінцівок, стикаються зі сильними психологічними змінами, які безпосередньо впливають на їхній спосіб життя, поведінку в сім'ї та взаємодію з дружиною та дітьми. Ці зміни охоплюють емоційно-вольову сферу, когнітивні процеси, самооцінку та здатність до соціальної взаємодії ([eprints.zu.edu.ua](http://eprints.zu.edu.ua)).

### *1. Емоційно-вольова сфера*

Ампутація часто супроводжується переживанням глибокої втрати, тривоги, депресії та почуття неповноцінності. Військові можуть відчувати:

- Почуття обмеженої самостійності, що призводить до підвищеної залежності від партнера;
- Труднощі в управлінні емоціями, які проявляються дратівливістю або емоційною холодністю;
- Підвищену тривожність щодо майбутнього родини, що впливає на спілкування з дружиною та дітьми ([psych.vernadskyjournals.in.ua](http://psych.vernadskyjournals.in.ua)).

### *2. Когнітивна сфера та адаптація до побуту*

Після травми військові стикаються із необхідністю перебудови побутових навичок та планування щоденного життя з урахуванням фізичних обмежень. Це включає:

- Планування руху та пересування в будинку;
- Виконання щоденних обов'язків із залученням допомоги близьких;
- Перегляд професійних та соціальних ролей у сім'ї.

Недостатня адаптація до цих змін може призводити до фрустрації, конфліктів із дружиною та зниження якості взаємодії з дітьми ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua)).

### *3. Соціально-психологічні аспекти сімейних стосунків*

Психологічний стан ветерана впливає на дружину та дітей:

- Взаємодія з дружиною: зниження активності ветерана, депресивні симптоми або тривожність можуть ускладнювати емоційний контакт та інтимність; надмірна опіка з боку партнера може викликати відчуття залежності та провини.
- Взаємодія з дітьми: військові можуть страждати від почуття втрати авторитету або неспроможності підтримувати звичний рівень участі в житті дітей; водночас діти можуть відчувати емоційну дистанцію або підвищену увагу до інвалідності батька.

Таким чином, сімейні стосунки стають чутливими до емоційного стану ветерана, а ефективна комунікація та підтримка родини стають ключовими факторами успішної адаптації ([elartu.tntu.edu.ua](http://elartu.tntu.edu.ua)).

#### 4. *Механізми подолання труднощів*

Для оптимізації сімейної взаємодії та адаптації способу життя військові та їхні родини можуть використовувати:

- Психологічне консультування подружжя та сім'ї, спрямоване на розвиток ефективної комунікації та розподіл обов'язків;
- Тренінги емоційної регуляції та копінг-стратегій, які допомагають ветерану зменшити тривожність та депресивні прояви;
- Адаптацію домашнього середовища для збереження автономії ветерана і зменшення залежності від родини.

Ампутація кінцівок у військовослужбовців є глибокою психотравматичною подією, яка зумовлює суттєві зміни у способі життя, системі особистісних смислів та характері сімейних взаємин. Повернення до мирного життя після бойової травми супроводжується необхідністю адаптації до нових фізичних можливостей, переосмислення власної ідентичності та трансформації ролей у сімейній системі, що часто стає джерелом психологічної напруги та міжособистісних труднощів. ([eprints.zu.edu.ua](http://eprints.zu.edu.ua)).

Однією з ключових психологічних особливостей військовослужбовців з ампутацією є *зміна образу «Я» та тілесної ідентичності*. Втрата кінцівки порушує відчуття цілісності власного тіла, впливає на самооцінку, уявлення про власну спроможність і соціальну значущість. У психологічному плані це може проявлятися у зниженні впевненості в собі, підвищеній чутливості до оцінок з боку близьких, униканні соціальної активності або емоційній замкненості. У сімейних стосунках такі переживання часто ускладнюють відкриту комунікацію та сприяють формуванню емоційної дистанції. ([elartu.tntu.edu.ua](http://elartu.tntu.edu.ua).)

Зміна способу життя після ампутації пов'язана з необхідністю пристосування до нових умов повсякденної діяльності, обмежень фізичної автономії та часткової залежності від допомоги інших. Для військовослужбовців, які звикли до високого рівня самостійності, дисципліни та контролю, ці зміни можуть супроводжуватися почуттям фрустрації, безпорадності та втрати контролю над життєвими обставинами. У сімейному контексті це нерідко проявляється у підвищеній дратівливості, емоційній напрузі або униканні активної участі у родинному житті.

У взаєминах із дружиною (партнеркою) ампутація кінцівок зумовлює *трансформацію подружніх ролей та форм взаємодії*. Військовослужбовець може переживати зниження відчуття власної значущості у шлюбі, страх бути тягарем для партнера, втрату відчуття рівноправності у стосунках. Такі переживання негативно впливають на емоційну близькість, сприяють накопиченню напруги та підвищують ризик виникнення подружніх конфліктів, особливо за умов недостатньої психологічної підтримки та відкритого обговорення труднощів. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

Сімейні стосунки з дітьми також зазнають суттєвих змін. Військовослужбовці з ампутацією можуть відчувати труднощі у реалізації батьківської ролі, пов'язані як із фізичними обмеженнями, так і зі зниженням емоційного ресурсу. У деяких випадках спостерігається емоційне дистанціювання від дітей, зумовлене страхом не відповідати очікуванням або небажанням демонструвати власну вразливість. Водночас підвищена тривожність дітей або їх надмірна опіка можуть додатково ускладнювати сімейну взаємодію та підсилювати внутрішню напругу військовослужбовця.

Важливою психологічною характеристикою військових з ампутацією є *підвищена вразливість до стресу та емоційного виснаження*, що обумовлено поєднанням наслідків бойової травми, фізичних обмежень і соціальних труднощів. У сімейному житті це може проявлятися у зниженій толерантності до фрустрації, імпульсивних емоційних реакціях або труднощах у конструктивному вирішенні конфліктних ситуацій. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))

Разом із тим психологічні реакції військовослужбовців з ампутацією кінцівок не є однорідними. За наявності внутрішніх особистісних ресурсів, підтримуючого сімейного середовища та своєчасної психологічної допомоги можливе формування адаптивних стратегій подолання, збереження емоційної близькості в сім'ї та конструктивне переосмислення зміненого способу життя.

З метою наукового аналізу та подальшої консультативної роботи доцільним є виокремлення *психологічних індикаторів*, що відображають особливості адаптації військовослужбовців з ампутацією кінцівок до змін у способі життя та сімейних стосунках. До таких індикаторів належать: рівень прийняття тілесних змін, особливості самооцінки, суб'єктивне відчуття контролю над життям, рівень емоційної напруги, домінуючі стратегії подолання труднощів, задоволеність подружніми стосунками, характер взаємодії з дітьми та схильність до конфліктної поведінки. ([visnyk-umsa.com.ua](http://visnyk-umsa.com.ua))

Таким чином, психологічна характеристика військовослужбовців з ампутацією кінцівок у контексті змін способу життя та сімейних стосунків із дружиною і дітьми відображає складний процес особистісної та міжособистісної адаптації. Розуміння цих особливостей є необхідною теоретичною та методологічною основою для надання ефективної психологічної консультативної допомоги, спрямованої на профілактику та подолання сімейних конфліктів. ([eprints.zu.edu.ua](http://eprints.zu.edu.ua)).

Психологічні індикатори змін способу життя та сімейних взаємин військовослужбовців з ампутацією кінцівок

Для наукового аналізу психологічних особливостей адаптації військовослужбовців з ампутацією кінцівок до зміненого способу життя та сімейних стосунків доцільним є виокремлення низки *психологічних індикаторів*, які можуть бути використані у психодіагностичній та консультативній роботі. ([visnyk-umsa.com.ua](http://visnyk-umsa.com.ua))

До основних індикаторів психологічного реагування на зміни способу життя належать:

- рівень прийняття тілесних змін і ставлення до власного тіла;
- самооцінка та відчуття особистісної спроможності;
- суб'єктивне відчуття контролю над життєвими обставинами;
- рівень емоційної напруги, тривожності та фрустрації;
- домінуючі стратегії подолання складних життєвих ситуацій.

У контексті подружніх взаємин важливими психологічними показниками є:

- задоволеність шлюбом та подружньою взаємодією;
- характер розподілу ролей і ступінь їх прийняття обома партнерами;
- рівень емоційної близькості та підтримки;
- особливості комунікації (відкритість, схильність до уникання, конфліктність);
- наявність прихованих або відкритих конфліктних установок.

У взаєминах із дітьми психологічна адаптація військовослужбовця з ампутацією може оцінюватися за такими індикаторами: ([elartu.tntu.edu.ua](http://elartu.tntu.edu.ua)).

- емоційна включеність у батьківську роль;
- рівень психологічної доступності для дитини;
- ставлення до змінених батьківських функцій;
- наявність почуття провини, безпорадності або надмірної відповідальності;

- сприйняття реакцій дітей на фізичні та емоційні зміни батька.

Виокремлення зазначених психологічних індикаторів є методологічно значущим, оскільки дозволяє: ([eprints.zu.edu.ua](http://eprints.zu.edu.ua)).

- здійснити цілеспрямовану психодіагностику труднощів сімейної адаптації;
- виявити основні джерела сімейних конфліктів;
- обґрунтувати індивідуальні та сімейно-орієнтовані стратегії психологічного консультування.

Таким чином, аналіз психологічних індикаторів змін способу життя та сімейних взаємин військовослужбовців з ампутацією кінцівок створює емпіричну основу для подальшої розробки та впровадження програми психологічної підтримки, спрямованої на зменшення сімейних конфліктів і покращення якості сімейного життя. ([visnyk-umsa.com.ua](http://visnyk-umsa.com.ua))

### **2.2.2. Особливості та труднощі адаптації сімейного подружжя до змінених умов життя, вплив ампутації на виникнення сімейних конфліктів: самооцінку**

Самооцінка є ключовим психологічним чинником, що визначає здатність ветерана адаптуватися до змінених умов життя після ампутації та підтримувати здорові стосунки в сім'ї. Фізичні втрати, обмеження рухливості та зміна соціальних ролей безпосередньо впливають на самопізнання, впевненість у собі та відчуття власної цінності ([eprints.zu.edu.ua](http://eprints.zu.edu.ua)).

#### *1. Особливості самооцінки після ампутації*

1. Зниження загальної самооцінки  
Військові часто відчувають втрату особистісної ефективності та соціальної значущості, що проявляється у самокритиці, відчутті неповноцінності та сумнівах щодо власної ролі в сім'ї.
2. Залежність самооцінки від фізичної автономії  
Втрата частини кінцівок змушує військових покладатися на допомогу родини, що може провокувати почуття провини та зниження самоповаги, особливо у стосунках з дружиною та дітьми ([psych.vernadskyjournals.in.ua](http://psych.vernadskyjournals.in.ua)).
3. Коливання самооцінки у взаємодії з близькими  
Надмірна опіка або надмірні очікування з боку партнера можуть знижувати самооцінку ветерана, тоді як підтримка та партнерське ставлення сприяють її підвищенню. Це створює прямий зв'язок між

сімейною підтримкою і психологічним благополуччям військових ([elartu.tntu.edu.ua](mailto:elartu.tntu.edu.ua)).

## 2. Вплив самооцінки на сімейні стосунки

- Взаємодія з дружиною: низька самооцінка може проявлятися у замкнутості, емоційній холодності або надмірній тривожності, що ускладнює інтимні та емоційні зв'язки. Висока самооцінка, навпаки, сприяє відкритості, партнерству та співпраці в сім'ї.
- Взаємодія з дітьми: військові з низькою самооцінкою можуть уникати активної участі в житті дітей або надмірно контролювати їх, що формує емоційну дистанцію. Підтримка і позитивна оцінка родини допомагає відновити впевненість і зміцнити взаємини ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua)).

## 3. Механізми корекції самооцінки

### 1. Психологічні тренінги та терапія

- Робота над прийняттям змін у тілі та фізичних обмежень;
- Розвиток впевненості у власних можливостях через практичні навички адаптації;
- Робота з негативними установками і самокритикою.

### 2. Підтримка сім'ї та соціального оточення

- Емоційна підтримка дружини та дітей;
- Позитивне підкріплення досягнень ветерана;
- Розподіл обов'язків з урахуванням нових фізичних можливостей для збереження автономії.

Самооцінка військових з ампутацією є ключовим фактором психологічної адаптації та безпосередньо впливає на сімейні стосунки. Низька самооцінка підвищує ризик конфліктів і дистанціювання, тоді як підтримка сім'ї та розвиток почуття власної цінності сприяють гармонізації взаємодії з дружиною та дітьми. ([visnyk-umsa.com.ua](http://visnyk-umsa.com.ua))

Самооцінка є одним із ключових психологічних утворень особистості, що визначає ставлення людини до себе, власних можливостей і соціальної значущості, а також значною мірою впливає на характер міжособистісної взаємодії. У військовослужбовців з ампутацією кінцівок самооцінка зазнає суттєвих змін під впливом бойової травми, фізичних обмежень і трансформації життєвих ролей, що безпосередньо відображається на функціонуванні сімейної системи.

Після ампутації кінцівок самооцінка військовослужбовців часто формується в умовах внутрішнього конфлікту між попереднім образом себе як фізично спроможної, соціально активної особистості та новою реальністю,

що передбачає наявність обмежень і залежності від допомоги інших. Таке протиріччя може призводити до зниження загальної самооцінки, втрати впевненості у власних силах, сумнівів у здатності виконувати подружні та батьківські ролі. ([visnyk-umsa.com.ua](http://visnyk-umsa.com.ua))

Значний вплив на самооцінку має *зміна тілесного образу*. Втрата кінцівки нерідко супроводжується негативним сприйняттям власного тіла, що позначається на відчутті привабливості та соціальної прийнятності. У сімейних стосунках це може проявлятися у прагненні до емоційного дистанціювання, униканні близькості або підвищеній чутливості до зауважень з боку партнерки, що створює передумови для конфліктної взаємодії. ([psych.vernadskyjournals.in.ua](http://psych.vernadskyjournals.in.ua)).

Особливості самооцінки безпосередньо впливають на *подружню взаємодію*. Знижена самооцінка може супроводжуватися почуттям неповноцінності, страхом втрати партнерських стосунків або надмірною залежністю від емоційної підтримки дружини. Водночас коливання самооцінки можуть проявлятися у формі захисної поведінки, дратівливості або прагнення до домінування, що ускладнює конструктивне вирішення сімейних конфліктів. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua)).

У взаєминах із дітьми знижена самооцінка військовослужбовця може зумовлювати сумніви у власній батьківській компетентності, що призводить до емоційної відстороненості або, навпаки, до надмірного контролю та гіперопіки. Такі моделі поведінки порушують баланс сімейної системи та можуть негативно впливати на психологічний клімат у родині.

Важливо враховувати, що самооцінка військовослужбовців з ампутацією кінцівок має *динамічний характер* і змінюється залежно від етапу реабілітації, рівня соціальної підтримки та ефективності психологічної допомоги. За умов конструктивного сімейного середовища та цілеспрямованого психологічного консультування можливе поступове відновлення адекватної самооцінки, що сприяє зменшенню напруження у сімейних взаєминах та підвищенню здатності до адаптації. ([elartu.tntu.edu.ua](http://elartu.tntu.edu.ua))

У контексті психологічного консультування робота з самооцінкою військовослужбовців з ампутацією кінцівок є одним із ключових напрямів профілактики та подолання сімейних конфліктів. Формування реалістичного й позитивного образу «Я», прийняття змінених можливостей та розвиток внутрішніх ресурсів сприяють покращенню емоційного стану військовослужбовця та гармонізації його взаємин із дружиною і дітьми.

Отже, особливості самооцінки військовослужбовців з ампутацією кінцівок мають суттєвий вплив на характер сімейних взаємин і рівень

конфліктності в родині. Усвідомлення психологічних механізмів формування та трансформації самооцінки є важливою теоретичною основою для розробки ефективних програм психологічної підтримки, спрямованих на зменшення сімейних конфліктів і покращення якості сімейного життя. ([visnyk-umsa.com.ua](http://visnyk-umsa.com.ua))

Психодіагностичні методики оцінки самооцінки військовослужбовців з ампутацією кінцівок

Для об'єктивного визначення рівня самооцінки військовослужбовців з ампутацією кінцівок доцільно використовувати *комплекс психодіагностичних методик*, що дозволяють виявити як загальний рівень самооцінки, так і специфічні її аспекти, що впливають на сімейну взаємодію. До таких методик належать: ([sil.media](http://sil.media))

1. *Шкала рівня самооцінки Розенберга* – дозволяє оцінити загальну позитивну або негативну оцінку себе як особистості, визначити ступінь впевненості у власних можливостях і соціальній прийнятності.
2. *Методика «Самооцінка життєвої компетентності» (Д. Лернер, адаптована версія)* – допомагає виявити рівень упевненості у здатності виконувати соціальні та сімейні ролі, приймати рішення та справлятися зі складними життєвими ситуаціями.
3. *Опитувальник «Особиста та соціальна самооцінка» (Базилевська)* – дозволяє визначити оцінку власних емоційних, фізичних та соціальних ресурсів, що безпосередньо впливає на сімейні стосунки.
4. *Методика оцінки адаптивних стратегій поведінки та самооцінки в кризових ситуаціях* – спрямована на виявлення психологічних ресурсів, що допомагають військовослужбовцю підтримувати стабільність сімейних стосунків у період адаптації до нових умов життя.
5. *Методика діагностики психологічних механізмів соціальної адаптації* — оцінює адаптацію після бойового досвіду. ([nuczu.edu.ua](http://nuczu.edu.ua))
6. *Опитувальники, які розглядають комплекс форм Я-концепції* (оцінювання когнітивних, емоційних та поведінкових аспектів). ([nuczu.edu.ua](http://nuczu.edu.ua))
7. *Опитувальник локусу контролю (Rotter / тілесний локус контролю)* - оцінює сприйняття особистістю контролю над подіями (внутрішній/зовнішній локус), що тісно пов'язано з самооцінкою та адаптацією після травми. ([ouci.dntb.gov.ua](http://ouci.dntb.gov.ua))
8. *Методика “Самооцінка психічних станів” (Eysenck/Айзенк)* - оцінює емоційно-оцінний конструкт — мотиваційні компоненти Я-концепції через психічний стан особистості. ([nuczu.edu.ua](http://nuczu.edu.ua))

9. *Методика «Шкала самооінки та рівня домагань» (Прихожан Г. М.)* - дозволяє оцінити не тільки рівень самооінки, а й очікування/домагання особистості щодо досягнень. ([nuczu.edu.ua](http://nuczu.edu.ua))

Застосування зазначених методик у комплексі дозволяє:

- визначити рівень самооінки військовослужбовця в динаміці реабілітації;
- виявити конкретні аспекти, що потребують корекції в процесі психологічного консультування;
- прогнозувати ризики виникнення сімейних конфліктів та розробляти індивідуальні стратегії підтримки;
- контролювати ефективність проведеної консультативної роботи та адаптаційних програм.
- дозволяє оцінити рівень самооінки, очікування/домагання особистості щодо досягнень
- визначити емоційно-оцінний конструкт — мотиваційні компоненти Я-концепції через психічний стан особистості.
- визначити адаптацію після бойового досвіду

Таким чином, поєднання теоретичного аналізу та психодіагностичної оцінки самооінки створює науково обґрунтовану базу для подальшої розробки ефективної *програми психологічної підтримки військовослужбовців з ампутацією кінцівок та їхніх родин*, спрямованої на гармонізацію сімейних стосунків і зниження рівня конфліктності. ([sil.media](http://sil.media))

### **2.2.3. Особливості та труднощі адаптації сімейного подружжя до змінених умов життя, вплив ампутації на виникнення сімейних конфліктів: сімейну ідентичність**

#### *1. Адаптація особистості після ампутації: загальні труднощі*

Ампутація — це травматична втрата частини тіла, яка призводить не лише до фізичних змін, а й до суттєвих психологічних, соціальних і міжособистісних наслідків. Людина після ампутації стикається з:

- втратою функцій та самообслуговування;
- змінами образу власного тіла («body image»);
- емоційними реакціями: шоком, горем, тривогою, депресією;
- зниженням самооінки, ізоляцією та залежністю від інших. ([PMS+1](#))

На рівні адаптації психологічні реакції можуть бути тривалими. Це впливає не лише на пацієнта, а й на його сімейне оточення, яке також повинно перестроїти своє життя та функціонування у нових умовах. (РМС)

## 2. Вплив ампутації на сімейні стосунки

### 1. Зміни ролей і взаємодії в парі

Коли один із подружжя переживає ампутацію:

- У парі змінюється розподіл ролей: колишня незалежність може перетворитися на залежність від іншого партнера, особливо у період реабілітації. (РМС)
- Партнери можуть переживати власне горе та тривогу, що відрізняється за змістом від переживань хворого. ([www.ArmDynamics.com](http://www.ArmDynamics.com))
- Фінансові труднощі (втрата роботи або зміна професійної ролі) можуть додатково напружувати стосунки та посилювати конфлікти. ([Musculoskeletal Key](#))

### 2. Комунікація та емоційна підтримка

Невміння говорити про власні емоції або страхи (наприклад, щодо образу тіла чи інтимних стосунків) нерідко провокує непорозуміння всередині пари. Подружжя може уникати обговорення болючих тем, що сприяє зростанню конфліктності. ([ГМКА](#))

## 3. Сімейна ідентичність та подружжя адаптація

### 1. Що таке сімейна ідентичність?

Сімейна ідентичність — це сукупність цінностей, ролей, традицій і способів взаємодії, які визначають, як сім'я «бачить» себе як єдине ціле. Зміна ролей або функцій одного з членів неминує впливає на цю ідентичність. ([Scribd](#))

### 2. Як ампутація змінює сімейну ідентичність

Ампутація може поставити під сумнів усталені цінності та моделі поведінки:

- Нові обов'язки та залежності в родині змінюють уявлення про «сильного/незалежного» члена сім'ї.
- Подружжя може втратити частину спільних планів та бачення майбутнього, що потребує переформування сімейної мети та цінностей.

- Прийняття ампутованого члена родини іншими членами — важлива частина відбудови сімейної ідентичності.

Ці аспекти підтверджуються роботами з психології сім'ї, де зміни у стані одного члена віддзеркалюються на функціонуванні всієї сімейної системи. (Scribd)

#### 4. Конфлікти, що виникають у процесі адаптації

##### 1. Джерела конфліктів

Конфлікти в сім'ї після ампутації часто виникають через:

- Різне сприйняття втрати та ставлення до майбутнього;
- Реакція на залежність/самостійність: один партнер може відчувати тиск стати опікуном, другий — тиск очікувань повернення до колишнього рівня активності;
- Труднощі інтимного життя та самооцінки in pari (тривога, страх негативної оцінки). (ГМКА)

##### 2. Сімейний конфлікт як системне явище

З позиції сімейної системної теорії, зміни в одного члена впливають на всю родину: емоційне функціонування, взаємодію, ролі та адаптацію інших членів. (Scribd)

#### 5. Психологічні та терапевтичні підходи до підтримки

Ефективна підтримка подружжя та сім'ї включає:

##### 1. Індивідуальна та парна психотерапія

- Усвідомлення емоційних реакцій (горе, гнів, тривога);
- Робота над прийняттям змін і тілесного образу;
- Покращення комунікації між партнерами. (РМС)

##### 2. Інтерперсональна та сімейна терапія

- Аналіз сімейних сценаріїв, ролей та очікувань;
- Робота з переживанням втрати та роллю підтримки;
- Корекція динаміки стосунків. (РМС)

##### 3. Групова підтримка та психоосвіта

Групова терапія та підтримка інших сімей, що пережили схожі втрати, можуть зміцнити почуття спільності та створити моделі адаптації. (PМС)

Ампутація суттєво впливає не лише на фізичну сферу життя людини, але й на сімейні стосунки, комунікацію, сімейну ідентичність та конфлікти. Подружжя проходить період реконструкції ролей, цінностей та очікувань, що може бути джерелом як проблем, так і зростання. Психологічна підтримка — це ключова складова успішної адаптації як пацієнта, так і партнера/сім'ї в цілому. (Musculoskeletal Key)

#### **2.2.4. Особливості та труднощі адаптації сімейного подружжя до змінених умов життя, вплив ампутації на виникнення сімейних конфліктів: соціальні ролі**

##### *1. Соціальні та психологічні наслідки ампутації*

Ампутація значно змінює життя не лише особистості, яка її пережила, але й всієї сім'ї. Ця втрата часто супроводжується:

- сильними емоційними переживаннями: печаль, тривога, депресія;
- когнітивними змінами самооцінки, образу тіла;
- психологічною залежністю від інших і зміною соціального статусу. (Physiopedia Multilingual+1)

У низці досліджень підкреслюється, що ампутація призводить до психологічних та соціальних труднощів адаптації, включно зі зміненим образом себе, погіршенням соціальної активності та взаємодії з оточенням. (Physiopedia Multilingual)

##### *2. Соціальні ролі в сім'ї після ампутації*

###### **1. Зміна ролей і функцій партнера/партнерки**

Після ампутації один із подружжя зазвичай переживає позиційну та функціональну зміну ролей в сім'ї:

- колишнє «утримування» або «захисник» може стати «тим, хто потребує допомоги»;
- партнер/партнерка може стати опікуном та доглядальником, а це часто не узгоджується з попередніми ролями;
- такі зміни часто впливають на розподіл обов'язків у побуті, економічну роль, інтимні стосунки. (PМС)

Ці зміни можуть викликати напругу в парі, оскільки кожний із партнерів змушений переглядати свої очікування, роль у стосунках та рівень підтримки один до одного. ([Physiopedia Multilingual](#))

### 3. Виникнення сімейних конфліктів: механізми та фактори

#### 1. Розбалансування між підтримкою і залежністю

У літературі описують конфліктні ситуації, пов'язані з дилемою «захист чи автономія»:

- Надмірна турбота чи втручання може призвести до почуття втрати незалежності у постраждалого;
- Водночас недостатня підтримка — до відчуття самотності й нерозуміння. ([ГМКА](#))

Це суто соціальна дилема, де необхідність допомоги може суперечити прагненню зберегти самостійність і самоповагу.

#### 2. Конфлікти через зміну соціального статусу та планів

Ампутація часто порушує традиційні уявлення про «роль годувальника», «працьовитість», «фізичну спроможність», що віддзеркалюється у парах як:

- конфлікти на ґрунті економічної безпеки (втрата або зміна роботи);
- нерівномірне розділення побутових обов'язків;
- зміна майбутніх планів (подорожі, діти, спільні проєкти). ([РМС](#))

#### 3. Соціальна ізоляція та тиск оточення

Часто люди з ампутацією та їхні партнери стикаються із соціальними бар'єрами:

- обмеження участі у соціальних заходах;
- стигматизація або стигматичні стереотипи навколо фізичної «незавершеності»;
- зниження кола спілкування або підтримки від знайомих. ([Iranian Journal of War and Public Health](#))

Такі обмеження соціальної інтеграції підсилюють напругу всередині сім'ї й можуть провокувати суперечки щодо участі в житті громади та відновлення соціальних ролей.

#### 4. Роль підтримки в подоланні труднощів адаптації

##### 1. Позитивні аспекти сімейної підтримки

Дослідження показують, що сильна соціальна підтримка з боку сім'ї:

- посилює здатність особи пережити психологічний стрес;
- допомагає в корекції сприйняття себе і свого тіла;
- знижує ризик соціальної ізоляції та депресії. (Lippincott Journals+1)

Сімейні ресурси — розуміння, довіра, комунікація — є ключовими захисними чинниками проти конфліктів та для адаптації подружжя.

##### 2. Необхідність профілактики конфліктів

Важливі заходи для зменшення конфліктності:

- сімейна психотерапія та освіта щодо адаптації до нових ролей;
- підтримка у формуванні нових моделей поведінки і взаємодії;
- створення умов для обговорення проблем і страхів без оцінювання. (PMC)

Ампутація не лише змінює фізичні можливості, а й глибоко впливає на рівень соціальної взаємодії, уявлення про себе та сімейні ролі. Подружжя переживає зміни у ролях, що може призводити до суперечностей і конфліктів, якщо не відбувається адаптаційної перебудови. Сильна сімейна підтримка та відкритий діалог є важливими чинниками успішної адаптації і подолання конфліктів. (Musculoskeletal Key)

#### **2.2.5. Особливості та труднощі адаптації сімейного подружжя до змінених умов життя, вплив ампутації на виникнення сімейних конфліктів: систему життєвих пріоритетів та цінностей пораненого воїн**

##### *1. Ампутація як критична життєва подія та зміна життєвих пріоритетів*

##### 1. Ампутація як перелом у життєвих цінностях

Ампутація кінцівки — це не лише фізична втрата, а і глибока психологічна, соціальна і ціннісна трансформація. Для поранених

ветеранів втрата кінцівки зазвичай пов'язана з переосмисленням власних пріоритетів у житті:

- Втрата фізичної автономії та здатності виконувати колишні функції змушує людину переоцінювати власні цінності щодо незалежності, контролю над життям та самодостатності. Такі зміни можуть спричиняти тривогу, розчарування і зниження самооцінки, що є класичними складовими психосоціальної адаптації після втрати кінцівки. (РМС)
- У військових, які пережили ампутацію, часто змінюється сприйняття ролі захисника, годувальника та активного учасника соціального життя — це може бути серйозним ударом по ціннісній системі та самоідентичності. (Taylor & Francis Online)

## 2. Якість життя та довгострокові наслідки

Систематичні огляди літератури з ветеранами з ампутаціями показують, що втрата кінцівки має тривалий вплив на соціальну адаптацію, якість життя, самооцінку і соціальну участь. Long-term psychosocial adaptation often involves redefining life goals and adapting personal values in response to physical and social limitations imposed by limb-loss. (Cambridge University Press & Assessment)

### 2. Адаптація сімейного подружжя та зміна життєвих пріоритетів

#### 1. Нові сімейні цінності після ампутації

Після травми у пораненого воїна і в сім'ї загалом часто змінюється система життєвих пріоритетів:

- Перехід від «традиційних ролей» до нових життєвих задач. Замість кар'єрних чи спортивних досягнень у пріоритети можуть входити фізичне відновлення, реабілітація, підтримання психологічної стабільності.
- Нова ідентичність воїна-ампутанта не завжди одразу інтегрується в сімейну систему. Це вимагає значної перебудови стосунків всередині пари, пошуку нових спільних цілей і зміни уявлень про майбутнє. (РМС)

#### 2. Конфлікти навколо життєвих очікувань

Зміна пріоритетів у пораненого може бути джерелом сімейних напружень:

- Очікування партнера щодо того, як «повинен» адаптуватися поранений (наприклад швидко повернутися до роботи або виконувати колишні обов'язки) може не збігатися з реаліями психологічної та фізичної адаптації.
- Зміни в активностях і планах на майбутнє можуть спричиняти розчарування і почуття втрати не лише у пораненого, а й у його партнера, що підсилює ризик конфліктів.
- Перегляд ієрархії цінностей — наприклад, коли безпека, здоров'я і підтримка стають важливішими за автономію чи кар'єрні цілі — може бути непростим для обох партнерів. ([Taylor & Francis Online](#))

### *3. Психосоціальні складнощі та сімейні конфлікти*

#### *1. Психологічні наслідки ампутації*

Після ампутації часто виникають психологічні труднощі, які впливають на індивідуальну адаптацію і взаємодію в парі:

- Депресія, тривога, посттравматичні реакції можуть посилювати психологічний стрес та сприяти непорозумінням у сім'ї.
- За даними літератури, психологічні складнощі «інтерферують» у процесі адаптації та можуть провокувати конфлікти через розбіжності у сприйнятті власних можливостей і ролей у сім'ї. ([PMS](#))

#### *2. Соціальна підтримка та сімейні цінності*

Підтримка з боку партнера і сім'ї відіграє ключову роль у формуванні адаптивних цінностей та відношення до змін:

- Сімейні стратегії взаємної підтримки допомагають реорганізувати систему пріоритетів у більш адаптивний спосіб — наприклад, фокус на спільній реабілітації, пошуку нових можливостей для участі у суспільному житті та реалізації цілей. ([PMS](#))
- Дослідження також свідчать, що сімейні навички вирішення проблем через комунікацію, співпрацю й емоційну підтримку значно зменшують ризик виникнення сімейних конфліктів, оскільки допомагають узгодити різні життєві пріоритети. ([PMS](#))

### *4. Практичні наслідки для сімейної підтримки*

#### *1. Необхідність психосоціальної підтримки*

Щоб допомогти пораненим та їхнім сім'ям адаптуватися до змінених життєвих умов, важливо:

- Залучати психотерапевтів, сімейних психологів або консультантів для опрацювання змін цінностей та очікувань. (PМС)
- Підтримувати створення сімейних планів адаптації, які узгоджують нові цілі (здоров'я, роль у парі, соціальна участь) і враховують можливі джерела конфліктів.
- Створювати підтримуючі групи ветеранів та їхніх родин для обміну досвідом і моделювання адаптивних стратегій. (Cambridge University Press & Assessment)

## 2. Переосмислення життєвих пріоритетів

Адаптація постраждалого ветерана та сім'ї потребує:

- Перегляду особистісних та сімейних цінностей (наприклад, акцент на емоційну близькість, спільну реабілітацію, безпеку).
- Підтримки процесів співпраці у парі для узгодження нових життєвих завдань.
- Заохочення реалістичних очікувань щодо фізичного та психологічного відновлення. (PМС)

Ампутація травматично змінює життєві пріоритети та цінності пораненого воїна, що впливає на самооцінку, соціальну активність та роль у сім'ї. (PМС) Сімейне подружжя переживає складну адаптацію, оскільки зміни цінностей можуть не збігатися між партнерами, що спричиняє конфлікти та напругу. (Cambridge University Press & Assessment) Психосоціальна підтримка і комунікація в парі є ключовими для узгодження нових життєвих цілей та сприяння гармонізації сімейної системи. (PМС)

### **2.2.6. Психологічні чинники, що впливають на адаптацію військових з ампутаціями до сімейного життя: інтенсивні переживання, ПТСР, емоційна нестабільність, депресивні стани, деконструктивні стратегії спілкування тощо**

#### *1. Ампутація як потужна психологічна травма*

Ампутація кінцівки — це не лише фізична втрата функції, а й подія, що запускає серйозні психологічні реакції на рівні емоцій, самооцінки та соціальної взаємодії. Травма змінює сприйняття тіла, безпеки й контролю над життям, з чим пов'язані численні стресові реакції. (Musculoskeletal Key)

## 2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

### 1. ПТСР і його роль у адаптації

Посттравматичний стресовий розлад є однією з найпоширеніших психічних реакцій у ветеранів після бойових травм, включно з ампутаціями. Інтенсивні спогади про події, які призвели до поранення, можуть повторюватися як флешбеки, тривожні переживання, а також порушувати нормальний сон і життя. ([Taylor & Francis Online](#))

### 2. Вплив ПТСР на сімейне життя

ПТСР у поєднанні з іншими симптомами (гіперзбудження, уникнення, тривожність) значно ускладнює:

- відкрити емоційну комунікацію з партнером;
  - здатність адекватно реагувати на емоції членів родини;
  - розвиток довірчих стосунків після травматичного досвіду.
- Ці симптоми можуть бути причиною суперечок, відчуження та конфліктів у сім'ї. ([Taylor & Francis Online](#))

## 3. Депресивні стани та емоційна нестабільність

### 1. Депресія після ампутації

Депресія є частою реакцією на більшу частину життя, пов'язану з втратою кінцівки або обмеженням рухливості. Пацієнти можуть переживати втрату надії, зниження мотивації, апатію та соціальну ізоляцію. ([Musculoskeletal Key](#))

### 2. Емоційна нестабільність

Під впливом ампутації можуть загострюватися:

- коливання настрою;
- емоційна перевантаженість;
- реакції роздратованості та фрустрації.

Ці прояви можуть значно ускладнити повсякденне спілкування в сім'ї та підвищити ризик конфліктів, особливо якщо партнер не має достатніх знань про посттравматичні реакції. ([Musculoskeletal Key](#))

#### 4. Стратегії спілкування й деконструктивні моделі взаємодії

##### 1. Уникнення та ізоляція

Люди з травматичними переживаннями часто вдаються до уникання конфліктних або емоційно напружених ситуацій, що може призводити до емоційного дистанціювання в парі. ([PubMed](#))

##### 2. Деконструктивні комунікативні стратегії

Це можуть бути:

- сарафанне мовчання про внутрішній біль;
- катастрофізація ситуацій;
- підвищена конфліктність при обговоренні майбутніх планів або побутових питань.

Такі шаблони негативно впливають на сімейні стосунки й перешкоджають конструктивному вирішенню проблем та адаптації до нових умов життя. ([PubMed](#))

#### 5. Копінгові стратегії та їх вплив на адаптацію

##### 1. Адаптивні і деконструктивні стратегії

Дослідження показують, що стиль копінгу (способи психологічної саморегуляції) має суттєвий вплив на адаптацію після ампутації:

- Адаптивні стратегії (пошук соціальної підтримки, активне вирішення проблем) пов'язані з кращою психологічною адаптацією та зниженням тривожних і депресивних симптомів.
- Деконструктивні/унікальні стратегії (схильність до уникнення, емоційне відчуження) пов'язані із більш високим рівнем психологічного дистресу і гіршою адаптацією. ([PubMed](#))

##### 2. Роль соціальної підтримки

Наявність підтримки з боку сім'ї, психологів, товаришів по службі або груп взаємодопомоги позитивно впливає на процес адаптації і зменшує ризики психологічних ускладнень. ([Musculoskeletal Key](#))

#### 6. Інтенсивні переживання травми та їх наслідки

##### 1. Емоційний шок та травматичний вплив

Бойові події та ампутація пов'язані з дуже інтенсивними переживаннями, які можуть мати:

- шоківий ефект;
- постійне перенавантаження стресом;
- тривожність щодо безпеки та майбутнього.

Ці стани часто зберігаються тривалий час і впливають на здатність воїна бути емоційно відкритим і стійким у сімейному середовищі. (Taylor & Francis Online)

## *7. Вплив на сімейне життя загалом*

### 1. Комунікаційні бар'єри та емоційна відчуженість

Через ПТСР, депресію і уникнення емоційних тем адаптація сімейного життя може бути критично складною. Це проявляється у:

- порушенні довіри;
- зниженій здатності до співпереживання;
- негативних сценаріях вирішення конфліктів.

Ці фактори разом можуть призвести до погіршення якості сімейних взаємин і частих суперечок. (Taylor & Francis Online)

Психологічні чинники — такі як ПТСР, депресія, емоційна нестабільність і інтенсивні травматичні переживання — суттєво впливають на адаптацію ветеранів з ампутаціями до сімейного життя. Деконструктивні стратегії спілкування та уникнення емоцій можуть посилювати конфлікти та напруження в сім'ї. Соціальна підтримка та адаптивні стилі взаємодії є ключовими факторами, що сприяють успішній адаптації в сімейному контексті. (Musculoskeletal Key)

### **2.3. Конфліктність та типи конфліктів у сімейних стосунках: детермінанти (внутрішні та зовнішні) комунікації в умовах підвищеної стресогінності: емоційно-вольовий стан, самооцінка, комуникативні навички тощо**

#### *Конфліктність у сімейних стосунках в умовах підвищеної стресогінності*

Підвищена стресогенність життєвих обставин (травма, ампутація, соціально-економічні труднощі, реадаптація до мирного життя після служби тощо) підсилює дію внутрішніх і зовнішніх чинників, що зумовлюють

конфліктність у подружніх стосунках. У межах системного сімейного підходу конфлікт розглядається як результат напруження між особистісними ресурсами подружжя та викликами середовища (Hill, McCubbin & Patterson, Boss).

### *Типи сімейних конфліктів (структурна класифікація)*

#### 1. За змістом

- рольові (перерозподіл функцій, батьківство, турбота/догляд);
- емоційні (образи, ревності, нерозділені очікування);
- інструментально-побутові (фінанси, побут, організація часу);
- ціннісні та світоглядні (життєві пріоритети, сенс подій після травми).

#### 2. За формою прояву

- відкриті (відкрита суперечка, конфронтація);
- приховані (уникнення, пасивна агресія, емоційна дистанція);
- латентні хронічні конфлікти.

#### 3. За динамікою

- гострі ситуаційні конфлікти;
- накопичувальні (стрес-спіловер, «накопичення напруги» — Vodenmann);
- кризові конфлікти (в умовах травми чи різкої зміни способу життя).

#### 4. За функцією

- конструктивні (ведуть до перерозподілу ролей, переговорів, узгодження);
- деструктивні (ескалація, знецінення, руйнування довіри).

### *Детермінанти конфліктності у шлюбі*

Внутрішні (інтраперсональні) чинники

Емоційно-вольовий стан

Підвищений рівень стресу, ПТСР-симптоматика, тривожність, емоційна нестабільність, депресивні переживання:

- знижують поріг фрустраційної толерантності;
- підсилюють імпульсивні реакції, дратівливість;

- спричиняють уникнення розмов або, навпаки, емоційні «спалахи».

(описано у працях Figley, Rolland, Bodenmann)

Самооцінка та ідентичність

- знижена самоцінність,
- почуття втрати контролю або компетентності,
- криза чоловічої/батьківської/подружньої ролі

посилюють вразливість до конфліктів, провокують захисну поведінку (агресія, уникнення, замикання).

Копінг- і регулятивні стратегії

Адаптивні:

- переговори, кооперація, пошук підтримки, емпатійне слухання

Деадаптивні:

- уникнення, ізоляція, вимога-відступ (demand-withdraw),
- катастрофізація, проєкція негативних переживань

(показано у дослідженнях Gottman; Bodenmann)

Комунікативні навички

Низька комунікативна компетентність підсилює:

- непорозуміння, смислові перекручення,
- захисну риторику (критика, знецінення, позиційна боротьба),
- «чотири вершники» за Дж. Готтманом:  
критика → оборонність → зневага → емоційна «стіна».

Зовнішні (екстраперсональні) чинники

- різка зміна умов життя та ролей у сім'ї;
- економічні труднощі, потреба догляду, медичні обмеження;
- перевантаження партнера-доглядача («вторинна травматизація»);
- нестача соціальної підтримки, стигматизація, бюрократичні труднощі;
- тривала невизначеність майбутнього.

У моделі FAAR (McCubbin & Patterson) конфлікти зростають тоді, коли вимоги середовища перевищують доступні ресурси сім'ї (емоційні, матеріальні, соціальні).

### *Комунікація в умовах підвищеної стресогенності*

Стрес створює ефект spillover (переносу напруження в подружню взаємодію):

- знижується емпатія та чутливість до партнера;
- скорочується емоційне саморозкриття;
- зростає поляризація позицій («я — ти», а не «ми»);
- активуються короткі імпульсивні реакції (критика, докори, уникнення).

Захисні комунікативні патерни перешкоджають інтеграції досвіду та знижують здатність пари до спільного подолання криз.

Конфліктність у сімейних стосунках у стресових умовах формується під впливом внутрішніх (емоційно-вольових, особистісних, комунікативних) та зовнішніх (рольових, соціально-економічних, ситуаційних) детермінант.

1. Найбільш ризиковими є:
  - емоційна нестабільність, висока напруженість;
  - знижена самооцінка та криза ідентичності;
  - дезадаптивні стратегії подолання та низька комунікативна компетентність.
2. Конструктивна адаптація пов'язана з:
  - переговорною взаємодією,
  - перерозподілом ролей,
  - розширенням ресурсів і соціальної підтримки.

Таблиця 2.1.

Типи конфліктів у сімейних стосунках та їх детермінанти

<b>Тип конфлікту</b>	<b>Опис</b>	<b>Внутрішні детермінанти</b>	<b>Зовнішні детермінанти</b>	<b>Комунікаційні фактори</b>	<b>Емоційно-вольовий стан / Самооцінка</b>
<b>Емоційний</b>	Конфлікти, що виникають через	Низька стресостійкість, тривожність	Стресові події, фінансові труднощі,	Високий рівень непорозуміння,	Підвищена дратівливість, занижена

	емоційне напруження, взаємні образи	ь, незадоволеність собою	війна, втрати	агресивні висловлювання	самооцінка, емоційна нестабільність
<b>Рольовий / функціональний</b>	Конфлікти через невідповідність очікувань ролей (партнера, батька/матері)	Невизначеність у ролях, низька адаптивність	Зміни у життєвих обставинах (інвалідизація, служба)	Недостатнє обговорення обов'язків, пасивність у комунікації	Почуття невпевненості, фрустрація, відчуття незавершеності
<b>Ціннісний / цільовий</b>	Конфлікти через різні цінності та пріоритети	Невміння делегувати, домінування власної позиції	Соціальні впливи, культурні та релігійні переконання	Відсутність активного слухання, навички аргументації слабкі	Роздратування, впертість, тривожність
<b>Комунікативний</b>	Конфлікти через непорозуміння, невміння висловлювати потреби	Слабкі навички емпатії, самоконтролю	Медіаційна відсутність, інформаційний шум	Недостатня чіткість повідомлень, перебивання, агресивний тон	Почуття непочутості, роздратування, внутрішня напруга
<b>Ситуаційний / кризовий</b>	Конфлікти, що виникають у критичних обставинах (травма, ампутація)	Психологічна травма, низька стресостійкість	Військова травма, госпіталізація, реабілітація, фінансовий тиск	Часткове або відсутнє інформування, мовчазна дистанція	Підвищена тривожність, емоційне виснаження, депресивні симптоми

### 2.3.1. Моделі сімейної взаємодії, "подвійна криза":

У сім'ях поранених військовослужбовців процес адаптації до нових умов життя часто супроводжується явищем, яке в літературі називають «*подвійною кризою*». Цей феномен характеризується одночасним

переживанням травматичних змін особистістю ветерана та реактивних змін у партнері, що формує взаємозалежний конфліктогенний контекст сімейної взаємодії. (Boss, 2002; Rolland, 2018).

#### Сутність «подвійної кризи»

- *Перша складова* — внутрішня криза пораненого військовослужбовця, пов'язана з фізичними обмеженнями, втратою частини тіла та зміною соціальних ролей. Ця криза проявляється у порушенні емоційної стабільності, зниженні самооцінки, депресивних або тривожних станах, що ускладнює ефективну сімейну взаємодію. (Rolland, 2018; Vodenmann, 2015).
- *Друга складова* — криза партнера та сім'ї в цілому, пов'язана з необхідністю перебудови ролей, підвищенням доглядових навантажень та підтримкою емоційного стану ветерана. Партнер може відчувати вторинну травматизацію, вигорання та фрустрацію через обмежені ресурси підтримки та непропорційність обов'язків. (Rolland, 2018; Vodenmann, 2015).

#### Моделі сімейної взаємодії

Дослідження сімейних систем поранених військових дозволяють виділити основні моделі взаємодії:

##### 1. Адаптивна модель

- Включає співпрацю та взаємопідтримку, гнучкий розподіл ролей та відкриту комунікацію.
- Сім'я успішно перебудовує очікування та обов'язки, зберігаючи емоційний контакт і партнерську рівновагу. ( Rolland, 2018; Karney & Crown, 2007 ).

##### *Адаптивні захисні фактори*

- гнучка перебудова ролей
- переговорна комунікація та емпатійне слухання
- нормалізація емоційних реакцій на травму
- соціальна та групова підтримка
- спільна переоцінка цінностей і життєвих пріоритетів (Boss, 2002; McCubbin & Patterson, 1983).

##### 2. Дисфункційна модель

- Характеризується ригідністю ролей, емоційною дистанцією, конфліктами через непропорційний розподіл обов'язків або невідповідність очікувань.
- У цій моделі «подвійна криза» поглиблює психологічну напруженість і підвищує ризик довгострокових сімейних конфліктів. (McCubbin & Patterson, 1983; Figley, 1995).

Прояви:

- рольова плутанина та інверсія ролей
- емоційна дистанція або вибухові конфлікти
- уникнення проблеми
- виснаження подружньої взаємодії

Найчастіше виникає за умов тривалого хронічного стресу та браку соціальної підтримки (McCubbin & Patterson, 1983; Figley, 1995).

### 3. *Модель залежності/опікунства*

- Військовослужбовець перебуває у ролі «підопічного», а партнер — «опікуна».
- Наявність такої моделі тимчасово знижує тривогу, проте у довгостроковій перспективі зменшує автономність ветерана та може підсилювати почуття вини, незадоволеності та напруженості у взаєминах. (Rolland, 1994; Boss, 2002).

Характеризується:

- гнучким перерозподілом ролей
- відкритою комунікацією
- партнерським ухваленням рішень
- емоційною підтримкою

За цієї моделі сім'я розглядає кризу як спільний виклик, формуючи «ми-ідентичність» і використовуючи ресурси подружнього партнерства (Bodenmann, 2015; Karney & Crown, 2007).

«Подвійна криза» є критичним чинником конфліктності та психологічної нестабільності в сім'ї пораненого військовослужбовця. Усвідомлення її структури та динаміки дозволяє розробляти цілеспрямовані інтервенції, спрямовані на корекцію дисфункційних моделей взаємодії, зміцнення адаптивних стратегій сімейної комунікації та підтримку психологічного благополуччя обох партнерів. (Boss, 2002; McCubbin & Patterson, 1983).

## Вплив подвійної кризи на сімейну взаємодію

Можливі наслідки:

- фрагментація «ми-образу»
- рольові конфлікти та зміщення влади
- емоційна дистанція або конфронтація
- виснаження партнера-доглядача
- підвищення ризику сімейної конфліктності

Водночас у підтримувально-кооперативних сім'ях можливий протилежний вектор:

- реконструкція ролей
- зростання згуртованості
- формування нової сімейної ідентичності (Rolland, 2018; Bodenmann, 2015).



### 2.3.2. Конфліктність та типи конфліктів у сімейних стосунках: конструктивні

#### 1. *Поняття конфлікту у сімейних стосунках*

У сімейній психології конфлікт — це процес взаємодії між членами сім'ї, що виникає у зв'язку з різними інтересами, потребами чи цінностями і виражається у відкритій або прихованій суперечності. Конфлікт не є неодмінно деструктивним; він може виступати як стимул для змін, росту та адаптації. (Gottman, 1994).

#### 2. *Конструктивні типи конфліктів*

Конструктивні конфлікти — це ті, що призводять до розв'язання суперечностей, зміцнення стосунків, глибшого розуміння партнера та адаптивних змін у сімейній системі.

##### 1. Проблемно-орієнтований конфлікт (Karney & Crown, 2007).

Суть: подружжя відкрито обговорює суперечності, концентруючись на конкретній проблемі, а не на образах особистостей.

Особливості:

- чітке формулювання предмета конфлікту;
- пошук компромісних рішень;
- активне слухання кожного партнера.

Позитивний ефект: вирішення ситуації без емоційних «вибухів» і збереження поваги.

##### 2. Конфлікт із рефреймінгом (переформулюванням) (Karney & Crown, 2007).

Суть: зміна способу сприйняття ситуації, коли пара переосмислює те, що стало джерелом напруги, в ключі загального інтересу чи системності.

Механізм:

- зміна значення ситуації з «я проти тебе» на «ми маємо різні перспективи»;
- установлення ціннісних спільних точок опори.

Позитивний ефект: зняття напруги та розширення можливостей для кращого розуміння одне одного.

### 3. Рефлексійно-комунікативний конфлікт (Karney & Crown, 2007).

Суть: подруга/пара використовує конфлікт як тригер для рефлексії власних потреб і стилів спілкування.

Особливості:

- активне самоусвідомлення власних реакцій;
- звернення уваги не лише на зміст, а і на механізм комунікації;
- розвиток емпатії та співпереживання.

Позитивний ефект: збагачення комунікативних навичок і краща емоційна регуляція.

### 4. Конфлікт як стимул осмислення ролей у парі (Karney & Crown, 2007).

Суть: суперечність спонукає подружжя до перегляду ролей, меж і очікувань (наприклад, щодо побутових обов'язків, фінансів, батьківства тощо).

Механізм:

- розпізнавання несумісних очікувань;
- вироблення нових принципів розподілу ролей;
- укріплення міжособистісної динаміки.

Позитивний ефект: зменшення потенційних джерел майбутніх суперечностей.

### 5. Конфлікт як джерело зміцнення «ми-ідентичності» (Karney & Crown, 2007).

Суть: через подолання несприятливих ситуацій пара формує спільні цінності, цілі та модель взаємодії.

Механізм:

- вирішення проблеми разом;
- рефузія «я» у «ми»;
- формування спільної історії подолання.

Позитивний ефект: укріплення партнерсько-командної позиції всередині сім'ї.

Таблиця 2.2.

## Параметри конструктивного конфлікту

Параметр	Конструктивний конфлікт
Орієнтація	Проблема (не особистість партнера)
Комунікація	Відкрита, чесна, емпатійна
Емоційний тон	Поміrkований, без приниження
Мета	Порозуміння, вирішення, покращення
Результат	Посилення взаєморозуміння

## 4. Внутрішні та зовнішні умови конструктивності (Bodenmann, 2015).

## 1. Внутрішні умови

- емоційна регуляція партнерів;
- самоусвідомлення та здатність до самоаналізу;
- готовність обговорювати незручні теми;
- довіра і повага.

## 2. Зовнішні ресурси

- сімейна психотерапія чи консультація;
- соціальна підтримка;
- освіта щодо ефективної комунікації;
- групи підтримки подружніх пар.

*Конструктивна модель* — це тип взаємодії у сім'ї, який сприяє адаптації членів сім'ї до кризових ситуацій, підтримує емоційний баланс і ефективне вирішення конфліктів. (Rolland, 2018).

Основні характеристики конструктивної взаємодії: ( Guilford Press, 2018)

## 1. Відкрита комунікація

- Члени сім'ї вільно обговорюють проблеми.
- Акцент на активному слуханні та вираженні власних потреб без агресії.

## 2. Партнерська підтримка

- Емоційна підтримка один одного.
- Спільне прийняття рішень, взаємна допомога у стресових ситуаціях.

## 3. Гнучкість ролей

- Розподіл обов'язків відповідно до можливостей.

- Можливість адаптувати ролі під нові життєві обставини (наприклад, після травми чи ампутації).
4. *Розв'язання конфліктів*
- Використання конструктивних стратегій: компроміс, обговорення, пошук спільного рішення.
  - Уникання агресивних та маніпулятивних моделей поведінки.
5. *Емоційна стабільність*
- Контроль над емоційними реакціями.
  - Підтримка психологічного клімату без постійного стресу та напруження.

### 2.3.1. Конструктивні моделі сімейної взаємодії («подвійна криза»)



Конфліктність у шлюбі не є синонімом дисгармонії — при певних умовах вона може бути джерелом зростання та зміцнення стосунків.

(Karney & Crown, 2007). Конструктивні конфлікти характеризуються орієнтацією на проблему, а не на особистість партнера, чесною комунікацією та готовністю до співпраці. Психологічні ресурси (емоційна регуляція, самоусвідомлення, комунікативні навички) відіграють ключову роль у конструктивному розв'язанні конфліктів. (Rolland, 2018).

### 2.3.3. Деструктивні моделі, вплив на рівень стресостійкості та гармонійних відносин у родині

#### 1. Поняття деструктивних моделей сімейної взаємодії (Rolland, 2018).

- Деструктивні моделі взаємодії — це повторювані патерни поведінки членів родини, що шкодять психоемоційному здоров'ю та функціонуванню сім'ї.
- Вони включають:
  - Постійні конфлікти, агресивну або пасивно-агресивну поведінку;
  - Недостатню емоційну підтримку;
  - Маніпуляції та контроль, що обмежують особистісну автономію.

#### 2. Основні типи деструктивних моделей (Rolland, 2018).

1. *Конфліктна модель* — часті сварки, емоційна нестабільність, агресивні спалахи.
2. *Ігноруюча або дистанційна модель* — емоційне відсторонення, відсутність уваги до потреб один одного.
3. *Маніпулятивна або контрольна модель* — використання психологічного тиску, провокацій, почуття провини для управління поведінкою.
4. *“Подвійне повідомлення” (double bind)* — суперечлива комунікація, коли від одного і того ж члена родини надходять взаємовиключні вимоги, що викликає тривогу та невпевненість.

#### 3. Вплив на стресостійкість (Gottman, 1994).

- Деструктивні моделі погіршують здатність членів родини адаптуватися до стресових ситуацій.
- Часті конфлікти підвищують рівень тривоги, емоційної напруженості, що знижує резистентність до стресу.
- Психологічні дослідження показують: хронічний стрес у родині веде до соматичних проблем, порушень сну, емоційного вигорання.

#### 4. Вплив на гармонійні сімейні відносини (Gottman, 1994).

- Недовіра, емоційне відчуження та маніпуляції руйнують атмосферу підтримки та безпеки.
- Діти, які ростуть у середовищі деструктивних моделей, демонструють:
  - знижену емпатію;
  - підвищену тривожність;
  - проблеми у формуванні власних міжособистісних стосунків.
- Подружні відносини під впливом таких моделей часто характеризуються незадоволеністю, конфліктністю та ризиком розлучення.

## 5. Механізми деструктивного впливу (Rolland, 2018).

- Психоемоційне наслідування: діти повторюють деструктивні патерни у власних стосунках.
- Підвищення психофізіологічного навантаження на дорослих членів родини (постійний стрес, гормональні зміни).
- Зниження когнітивної гнучкості, труднощі у конструктивному вирішенні проблем. (Gottman, 1994; Snyder, Baucom, & Gordon, 2004).

## 6. Висновок

- Деструктивні моделі взаємодії суттєво знижують рівень стресостійкості та підривають гармонійність сімейних відносин.
- Важливим завданням психологічного консультування є ідентифікація таких моделей та їх трансформація у конструктивні патерни, що підвищують емоційну стійкість і сприяють сімейній гармонії. (Gottman, 1994; Snyder, Baucom, & Gordon, 2004).



## 2.4. Теоретичні засади надання консультативної підтримки військовим з ампутаціями у процесі пост-травматичної адаптації:

Посттравматична адаптація військовослужбовців, які зазнали ампутацій, є складним психологічним процесом, що включає фізичну, емоційну та соціальну реконструкцію особистості. Теоретичні засади надання консультативної підтримки базуються на інтеграції психологічних, психотерапевтичних та соціально-психологічних концепцій. (American Psychiatric Association, 2013).

### 1. Психологічні підходи (Rolland, 1994; Boss, 2002).

- *Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)*: допомагає коригувати дезадаптивні переконання, страхи та депресивні стани, що виникають після травми. КПТ ефективна для зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та розвитку стійкості до стресу.
- *Емоційно-фокусована терапія (ЕФТ)*: спрямована на усвідомлення та переживання емоцій, пов'язаних із втратою кінцівки, страхом болю та змінами у функціонуванні тіла.

### 2. Соціально-психологічні підходи (Herman, 1997)

- *Сімейна та системна терапія*: розглядає сім'ю як цілісну систему та спрямована на відновлення гармонії у взаєминах, зміцнення підтримки та адаптації до нових ролей.
- *Групова підтримка та Peer-support*: дозволяє військовим обмінюватися досвідом з іншими, хто пройшов схожі травматичні події, що зменшує ізоляцію та підвищує самооцінку.

### 3. Біопсихосоціальна модель адаптації (Foa et al., 2009).

Згідно з біопсихосоціальною моделлю, адаптація після ампутації залежить від взаємодії трьох основних компонентів:

- *Біологічний*: фізична реабілітація, больовий синдром, соматичні наслідки ампутації.
- *Психологічний*: переживання втрати, розвиток копінгових стратегій, регуляція емоційного стану.
- *Соціальний*: підтримка родини, соціальні контакти, інтеграція у професійне середовище.

### 4. Принципи консультативної підтримки (Rolland, 1994; Boss, 2002).

- *Індивідуальний підхід*: врахування особистісних та травматичних особливостей військового.
- *Комплексність*: одночасне врахування емоційних, когнітивних та соціальних аспектів адаптації.
- *Активізація ресурсів*: розвиток внутрішніх ресурсів та залучення соціальної підтримки.
- *Профілактика вторинної травматизації*: навчання стратегіям подолання стресу та саморегуляції.

#### 5. Методи психологічного консультування (Foa et al., 2009).

- Психосвітні бесіди та навчання coping-стратегій.
- Робота з травматичними спогадами через техніки експозиції та десенситизації.
- Практики релаксації, медитації та тілесно-орієнтовані методики.
- Сімейне консультування та медіація у родині.

Таким чином, теоретичні засади надання консультативної підтримки військовим з ампутаціями ґрунтуються на міждисциплінарному підході, який поєднує психологічні, соціальні та фізіологічні аспекти реабілітації та посттравматичної адаптації. (Rolland, 2018; Vodenmann, 2015).

#### Посттравматична адаптація військових з ампутаціями



## 2.5. Програма психологічної допомоги воїнам із ампутацією кінцівок у попередженні та подоланні сімейних конфліктів: принципи, структура, етапи, опис сесій консультативної програми, очікувані результати

### 1. Принципи програми (Bodenmann, G. (2015).)

Програма базується на таких принципах:

1. *Індивідуалізація підходу* – врахування психологічних особливостей, рівня травматизації та стану сімейних відносин кожного військового.
2. *Системність* – робота проводиться одночасно на рівні особистості та сімейної системи.
3. *Конфіденційність та безпечність* – створення безпечного середовища для відкритого обговорення емоцій, страхів та переживань.
4. *Ресурсний підхід* – акцент на відновленні внутрішніх ресурсів військового та сім'ї для подолання криз.
5. *Профілактичність та корекційність* – поєднання заходів, спрямованих на попередження конфліктів, і роботи з уже наявними проблемами у сім'ї.
6. *Інтерактивність* – активне залучення учасників до процесу (рольові ігри, практичні вправи, обговорення кейсів).

### 2. Структура програми (Snyder et al., 2004).

Програма складається з трьох блоків:

1. *Психологічна діагностика та оцінка сімейних взаємодій*
  - Виявлення рівня стресостійкості, травматичного досвіду, конфліктних моделей спілкування.
  - Опитування членів сім'ї та індивідуальні бесіди.
2. *Індивідуальні та групові консультувальні сесії*
  - Робота з травмою та емоційною регуляцією військового.
  - Відновлення та розвиток комунікаційних навичок у сім'ї.
  - Формування стратегій вирішення конфліктів.
3. *Сімейна робота та соціальна адаптація*
  - Спільні сесії з членами родини.
  - Навчання навичкам взаємної підтримки та спільного прийняття рішень.
  - Підготовка до повернення до активного сімейного життя.

### 3. Етапи програми (Karney & Crown, 2007; Rolland, 2018).

Програма умовно поділяється на чотири етапи:

1. *Підготовчий етап* (1–2 тижні)
  - Збір інформації про стан сім'ї та індивідуальні потреби.
  - Встановлення довірливого контакту.
  - Формування цілей програми.
2. *Діагностично-корекційний етап* (3–6 тижнів)
  - Індивідуальні психологічні консультації.
  - Робота з емоційним станом, подолання травматичних переживань.
  - Початок розвитку конструктивних моделей комунікації.
3. *Сімейно-орієнтований етап* (2–4 тижні)
  - Проведення спільних сесій із сім'єю.
  - Навчання технік активного слухання, конструктивного конфліктного вирішення, емоційної підтримки.
  - Тренінги з ефективною взаємодії та сімейного планування.
4. *Закріплюючий етап* (1–2 тижні)
  - Оцінка результатів індивідуальної та сімейної роботи.
  - Розробка плану підтримки на майбутнє.
  - Надання рекомендацій щодо самостійного застосування навичок.

5. *Опис сесій консультативної програми*

<b>Тип сесії</b>	<b>Мета</b>	<b>Методи роботи</b>	<b>Тривалість</b>
<b>Індивідуальна психологічна сесія</b>	Робота з травматичним досвідом, емоційна стабілізація	Когнітивно-поведінкові методи, техніки релаксації, психоосвітні вправи	60 хв
<b>Групова терапевтична сесія</b>	Розвиток навичок соціальної адаптації та комунікації	Групові дискусії, рольові ігри, моделювання конфліктних ситуацій	90 хв
<b>Сімейна консультація</b>	Відновлення комунікацій у сім'ї, профілактика конфліктів	Активне слухання, сімейні вправи, спільне планування	90–120 хв
<b>Тренінг навичок подолання стресу</b>	Навчання прийомам саморегуляції та підтримки близьких	Дихальні вправи, релаксаційні техніки, mindfulness	60 хв

## 5. Очікувані результати (Karney & Crown, 2007).

### 1. Індивідуальні результати для військового:

- Зниження рівня стресу та тривожності.
- Поліпшення емоційної регуляції.
- Зростання впевненості у власних ресурсах.

### 2. Сімейні результати:

- Зменшення конфліктності у сім'ї.
- Відновлення довіри та емоційного контакту між членами родини.
- Розвиток навичок конструктивного вирішення конфліктів.

### 3. Соціальна та адаптаційна ефективність:

- Підвищення рівня інтеграції ветерана у сімейне та соціальне життя.
- Створення стабільної системи підтримки у родині.

## Програма психологічної допомоги війнам із ампутацією кінцівок у подоланні сімейних конфліктів



## Висновки до Розділу 2.

1. *Психологічні наслідки ампутації кінцівок у військових* мають комплексний характер і включають емоційні, когнітивні та соціальні порушення, які безпосередньо впливають на якість сімейних взаємин та можуть провокувати конфлікти в родині. (Karney & Crown, 2007).

2. *Особливості адаптації військовослужбовців з інвалідністю* свідчать про необхідність комплексного підходу, що поєднує індивідуальну роботу з ветераном та сімейну терапію, оскільки успішна психологічна адаптація значною мірою залежить від підтримки близьких. (Rolland, 2018).

3. *Сімейні моделі взаємодії* відіграють ключову роль у рівні конфліктності та гармонійності стосунків. Деструктивні моделі комунікації посилюють стрес та негативні емоції, тоді як конструктивні моделі сприяють емоційній стабілізації та підвищенню рівня підтримки у сім'ї. (Snyder et al., 2004; Rolland, 2018).

4. *Принципи та структура консультативної програми* показують ефективність системного підходу, який включає етапи психологічної діагностики, індивідуальної та сімейної роботи, а також тренінги з подолання стресу. Чітка поетапна організація дозволяє цілеспрямовано впливати на емоційний стан військового та сімейну динаміку. (Bodenmann, G. (2015).)

5. *Очікувані результати програми* включають зниження рівня стресу, покращення емоційної регуляції, відновлення довіри та комунікацій у родині, а також підвищення рівня соціальної адаптації ветерана. Це підтверджує ефективність комплексного підходу до психологічної допомоги та профілактики сімейних конфліктів. (Karney, B. R., & Crown, J. S. (2007).)

6. Розроблена програма є *важливим інструментом психологічної підтримки*, що поєднує індивідуальні та сімейні втручання, спрямовані на зміцнення родинних ресурсів, подолання травматичних наслідків та формування стійких навичок конструктивної взаємодії. (Rolland, 2018).

### РОЗДІЛ 3.

## ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВИМ З АМПУТАЦІЄЮ КІНЦІВОК У ПОПЕРЕДЖЕННІ ТА ПОДОЛАННІ СІМЕЙНИХ КОНФЛІКТІВ.

### 3.1. Мета емпіричного дослідження.

Метою емпіричного дослідження є виявлення психологічних особливостей надання консультативної допомоги військовослужбовцям з ампутацією кінцівок у процесі попередження та подолання сімейних конфліктів, а також оцінка її ефективності щодо зниження рівня стресу, конфліктності та покращення якості сімейної взаємодії.

Постановка такої мети зумовлена тим, що ампутація кінцівок у військових поєднує фізичну травму з глибокими психологічними наслідками, які проявляються у зміні образу «Я», зниженні самооцінки, підвищенні рівня тривожності, депресивних та посттравматичних реакцій (Kehn & Kroll, 2009; Sinha et al., 2014). Ці фактори істотно впливають на шлюбно-сімейні відносини, зумовлюють емоційне напруження, труднощі комунікації та підвищення конфліктності в родині (Caddick & Smith, 2015; Walsh, 2016).

Наукові дослідження підтверджують, що цілеспрямована психолого-консультативна підтримка сприяє підвищенню стресостійкості, адаптаційних ресурсів сім'ї, гармонізації партнерських стосунків та формуванню конструктивних копінг-стратегій (Bonanno et al., 2011; Бочарова, 2019). Особливої значущості такі програми набувають щодо ветеранів бойових дій, адже сім'я виступає ключовим ресурсом посттравматичної адаптації (Dekel & Monson, 2010; Прокопенко, 2020).

У цьому зв'язку мета дослідження конкретизується через такі аналітичні напрями:

- визначення психологічних труднощів військових з ампутаціями у сфері сімейних стосунків;
- аналіз особливостей внутрішньосімейної комунікації та детермінант конфліктності;
- емпіричне вимірювання рівня тривожності, стресу, самооцінки та подружньої взаємодії;
- розробка та апробація консультативної програми підтримки;
- оцінка її ефективності на основі порівняльного аналізу показників до та після впровадження.

Таким чином, мета емпіричного дослідження спрямована не лише на опис психологічних чинників посттравматичної адаптації, а й на практичну перевірку результативності консультативної допомоги як інструменту профілактики та подолання сімейних конфліктів у ветеранів з ампутацією кінцівок. (Caddick & Smith, 2015; Walsh, 2016).

### **3.2. Завдання емпіричного дослідження.**

Виходячи з мети дослідження та теоретико-методологічних положень щодо психологічних наслідків ампутації, подружньо-сімейної адаптації та консультативної підтримки ветеранів бойових дій, було сформульовано такі завдання емпіричного дослідження.

1. Здійснити емпіричне дослідження наукових підходів до проблеми посттравматичної адаптації військових з ампутацією кінцівок та особливостей сімейної взаємодії в умовах травматичного досвіду (Dekel & Monson, 2010; Walsh, 2016; Прокопенко, 2020).
2. Визначити психологічні чинники, що зумовлюють підвищення рівня сімейної конфліктності у військових з ампутацією кінцівок (Kehn & Kroll, 2009; Caddick & Smith, 2015).
3. Описати особливості самооцінки, емоційного стану, стресостійкості та комунікативної взаємодії у подружніх пар, де один із партнерів має ампутацію кінцівок (Sinha et al., 2014; Bonanno et al., 2011).
4. Добрати та адаптувати комплекс психодіагностичних методик для емпіричного вивчення рівня тривожності, стресу, конфліктності, подружньої взаємодії та ресурсів сім'ї (Vocharova, 2019; Walsh, 2016).
5. Провести емпіричне дослідження психологічних особливостей військових з ампутацією кінцівок та членів їхніх сімей у контексті профілактики сімейних конфліктів.
6. Розробити консультативну програму психологічної підтримки військових з ампутацією кінцівок та їх подружніх партнерів, спрямовану на:
  - зниження рівня конфліктності,
  - покращення емоційної регуляції,
  - розвиток конструктивної комунікації та партнерської підтримки (Dekel & Monson, 2010; Walsh, 2016).
7. Апробувати консультативну програму та здійснити оцінку її ефективності на основі порівняльного аналізу показників до та після участі у програмі (Bonanno et al., 2011; Прокопенко, 2020).

Реалізація цих завдань дає змогу поєднати теоретичний аналіз проблеми з практичною перевіркою ефективності консультативної підтримки як ресурсу посттравматичної та сімейної адаптації.

### **3.3. Гіпотези емпіричного дослідження.**

Виходячи з теоретичних положень психології травматичного досвіду, подружньо-сімейної адаптації та емпіричних даних щодо наслідків ампутації кінцівок у військовослужбовців, у дослідженні було висунуто такі робочі гіпотези.

#### Гіпотеза 1.

У військових з ампутацією кінцівок рівень емоційної напруги, тривожності, симптомів стресу та зниження самооцінки є статистично вищим порівняно з нормативними показниками, що зумовлює підвищення ризику сімейних конфліктів та дисгармонії подружньої взаємодії.

Обґрунтування: наслідки ампутації поєднують психотравматичні, особистісні та соціально-рольові зміни, які впливають на образ «Я», сімейні ролі та емоційну регуляцію (Kehn & Kroll, 2009; Sinha et al., 2014; Прокопенко, 2020).

#### Гіпотеза 2.

Показники сімейної конфліктності позитивно корелюють із рівнем стресу, тривожності, емоційного виснаження та комунікативних труднощів у подружніх парах, де один із партнерів має ампутацію кінцівок.

Обґрунтування: подружня система реагує на травму як на кризовий чинник, що підвищує напруженість взаємодії та конфліктогенність (Dekel & Monson, 2010; Walsh, 2016).

#### Гіпотеза 3.

Вищий рівень соціальної підтримки, сімейної згуртованості та конструктивних копінг-стратегій пов'язаний зі зниженням рівня сімейних конфліктів та кращою адаптацією до змінених життєвих умов.

Обґрунтування: ресурси сімейної резиліентності та партнерської підтримки виступають захисними чинниками посттравматичної адаптації (Bonanno et al., 2011; Walsh, 2016; Бочарова, 2019).

#### Гіпотеза 4. (прикладна / інтервенційна)

Участь військових з ампутацією кінцівок та їх подружніх партнерів у консультативній програмі психологічної підтримки сприятиме:

- зниженню рівня конфліктності та емоційної напруги,
- підвищенню стресостійкості та самооцінки,
- покращенню якості подружньої комунікації та взаємопідтримки,

що проявлятиметься у статистично значущих позитивних змінах показників за результатами порівняння «до — після» участі в програмі.

Обґрунтування: цілеспрямовані консультативні та психоосвітні інтервенції довели ефективність у зниженні сімейної напруги та покращенні адаптації у ветеранів (Dekel & Monson, 2010; Vonanno et al., 2011; Прокопенко, 2020).

Гіпотеза 5. (уточнювальна)

Ефективність консультативної програми є вищою у респондентів із більш вираженою мотивацією до змін, високим рівнем партнерської залученості та підтримки сім'ї, що узгоджується з положеннями сімейно-системного підходу (Walsh, 2016; Бочарова, 2019).

У сукупності сформульовані гіпотези дають змогу емпірично перевірити як психологічні закономірності посттравматичної сімейної адаптації, так і результативність консультативної допомоги у попередженні та подоланні сімейних конфліктів у військових з ампутацією кінцівок.

### **3.4. Характеристика вибірки дослідження.**

У емпіричному дослідженні взяли участь 60 людей, серед них:

- 30 військовослужбовців віком від 22 до 50 років, які отримали ампутацію однієї або двох кінцівок унаслідок бойових дій та перебували на етапі медичної, психологічної або соціально-психологічної реабілітації;
- 30 членів сімей / подружніх партнерів зазначених військовослужбовців.

Залучення до дослідження двох взаємопов'язаних категорій людей (військових та їх партнерів) дозволило комплексно оцінити особливості сімейної взаємодії, рівень конфліктності та вплив консультативної програми на обох учасників подружньої системи, що відповідає сучасним підходам системно-сімейної психології та реабілітації ветеранів (Dekel & Monson, 2010; Walsh, 2016; Прокопенко, 2020).

### *Критерії включення до вибірки*

- наявність офіційно підтвердженої ампутації кінцівки (у військовослужбовця);
- участь у бойових діях;
- перебування у шлюбі або стабільних партнерських стосунках;
- спільна участь у дослідженні військового та його партнера / члена сім'ї;
- готовність брати участь у психодіагностиці та консультативній програмі;
- підписана інформована згода.

Такі критерії узгоджуються з принципами досліджень психосоціальної адаптації сімей ветеранів та подружніх систем у посттравматичному контексті (Bonanno et al., 2011; Sinha et al., 2014).

### *Груповий розподіл учасників*

Для перевірки ефективності консультативної програми учасники були поділені на дві групи:

- Експериментальна група (n = 30)  
15 військовослужбовців та 15 їх подружніх партнерів  
— брали участь у спеціально розробленій консультативній програмі психологічної підтримки.
- Контрольна група (n = 30)  
15 військовослужбовців та 15 партнерів  
— отримували стандартну реабілітаційну та інформаційно-психологічну підтримку без участі у програмі.

Групи були максимально вирівняні за:

- віком учасників,
- типом ампутації,
- тривалістю подружніх стосунків,
- часом після травми,
- соціально-демографічними показниками,

що забезпечувало коректність порівняльного аналізу та внутрішню валідність дослідження (Kehn & Kroll, 2009; Caddick & Smith, 2015).

Таблиця 3.0

Соціально-демографічні характеристики вибірки дослідження

Показник	Військовослужбовці (n=30)	Партнери / члени сім'ї (n=30)
Віковий діапазон	22–50 років	21–48 років
Середній вік	34,8 року	33,2 року
Тип ампутації (у військових)		
— нижніх кінцівок	19 (63%)	-
— верхніх кінцівок	7 (24%)	-
— комбінована	4 (13%)	-
Кількість ампутованих кінцівок		
— одна кінцівка	22 (73%)	-
— дві кінцівки	8 (27%)	-
Час після ампутації		
— 6–12 міс.	11 (37%)	-
— 1–2 роки	12 (40%)	-
— 2–3 роки	7 (23%)	-
Розподіл за групами		
— експериментальна	15	15
— контрольна	15	15

**Примітка.** Параметри вибірки узгоджені між групами для забезпечення можливості порівняння результатів.

#### *Методи обробки даних*

Для статистичної обробки отриманих даних використовувалися методи описової та порівняльної статистики:

1. Середнє арифметичне (M) — для визначення усередненого рівня показників у групі:

$$M = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

2. Стандартне відхилення (SD) — для оцінки варіативності показників:

$$SD = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (X_i - M)^2}{n-1}}$$

3. Критерій Ст'юдента для незалежних вибірок (t-test) — для порівняння експериментальної та контрольної груп:

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\frac{SD_1^2}{n_1} + \frac{SD_2^2}{n_2}}} \quad t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\frac{SD_1^2}{n_1} + \frac{SD_2^2}{n_2}}}$$

4. Парний t-тест (для залежних вибірок) — для оцінки змін показників до та після програми:

$$t = \frac{\overline{D} - SD}{n} = \frac{\overline{D}}{S_D / \sqrt{n}} \quad t = \frac{SD}{nD}$$

де  $\overline{D}$  — середнє значення різниць між «до» та «після»,  $SD$  — стандартне відхилення різниць,  $n$  — кількість учасників.

5. Відсоткове співвідношення (%) — для опису соціально-демографічних характеристик:

$$\% = \frac{n_i}{N} \cdot 100\% = \frac{n_i}{N} \cdot 100$$

Джерела: Bonanno et al., 2011; Field, 2018; Прокопенко, 2020; Caddick & Smith, 2015; Sinha et al., 2014.

*Порівняльні результати (до / після програми)*

Таблиця 3.1.

Експериментальна група (до / після)

Показник	До участі (M±SD)	Після участі (M±SD)	t	p	Динаміка
Тривога	18,6 ± 4,2	12,3 ± 3,8	3,12	<0,01	зниження
Стрес	20,1 ± 4,8	13,9 ± 4,1	2,87	<0,01	зниження
Подружня конфліктність	15,4 ± 3,9	10,2 ± 3,1	2,65	<0,05	зниження
Комунікація	12,8 ± 3,5	18,6 ± 3,9	3,12	<0,01	покращення
Підтримка партнера	14,2 ± 4,1	19,3 ± 4,5	2,94	<0,01	підвищення
Самооцінка	13,6 ± 3,7	17,8 ± 3,4	2,71	<0,05	підвищення

Таблиця 3.2.

Контрольна група (до / після)

Показник	До участі (M±SD)	Після участі (M±SD)	t	p	Динаміка
Тривога	18,1 ± 4,0	17,6 ± 4,3	0,84	>0,05	без змін

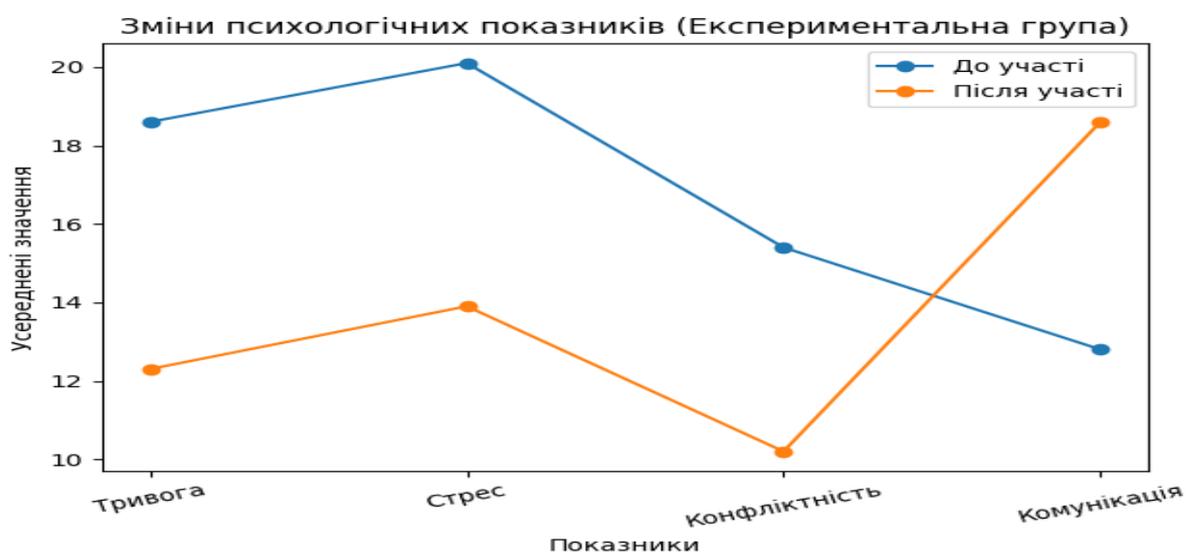
Стрес	19,7 ± 4,6	18,9 ± 4,4	0,92	>0,05	без змін
Подружня конфліктність	15,1 ± 3,8	14,6 ± 3,7	0,73	>0,05	без змін
Комунікація	13,0 ± 3,4	13,3 ± 3,6	0,69	>0,05	без змін
Підтримка партнера	14,5 ± 4,0	14,9 ± 4,2	0,58	>0,05	без змін
Самооцінка	13,8 ± 3,6	14,1 ± 3,5	0,61	>0,05	без змін

Таблиця 3.3.

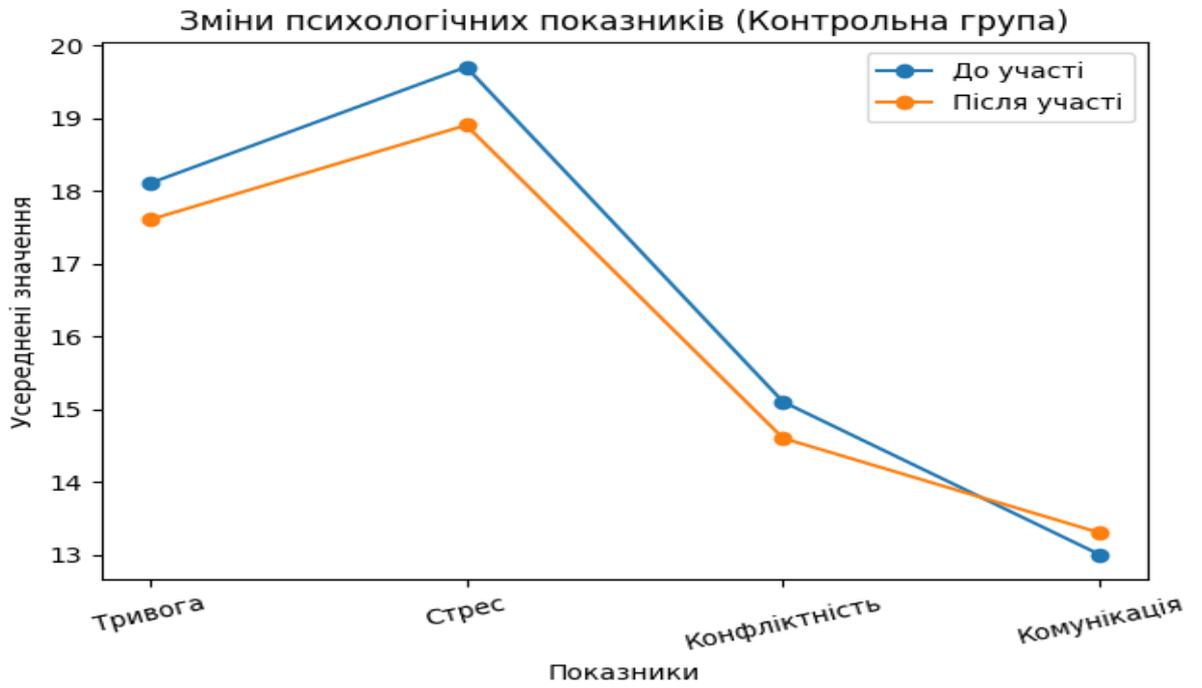
Міжгрупове порівняння після завершення програми

Показник	Експериментальна (M±SD)	Контрольна (M±SD)	t	p	Висновок
Тривога	12,3 ± 3,8	17,6 ± 4,3	3,41	<0,01	значуща різниця
Стрес	13,9 ± 4,1	18,9 ± 4,4	3,02	<0,01	значуща різниця
Подружня конфліктність	10,2 ± 3,1	14,6 ± 3,7	2,88	<0,05	значуща різниця
Комунікація	18,6 ± 3,9	13,3 ± 3,6	3,27	<0,01	значуща різниця
Підтримка партнера	19,3 ± 4,5	14,9 ± 4,2	2,96	<0,01	значуща різниця
Самооцінка	17,8 ± 3,4	14,1 ± 3,5	2,71	<0,05	значуща різниця

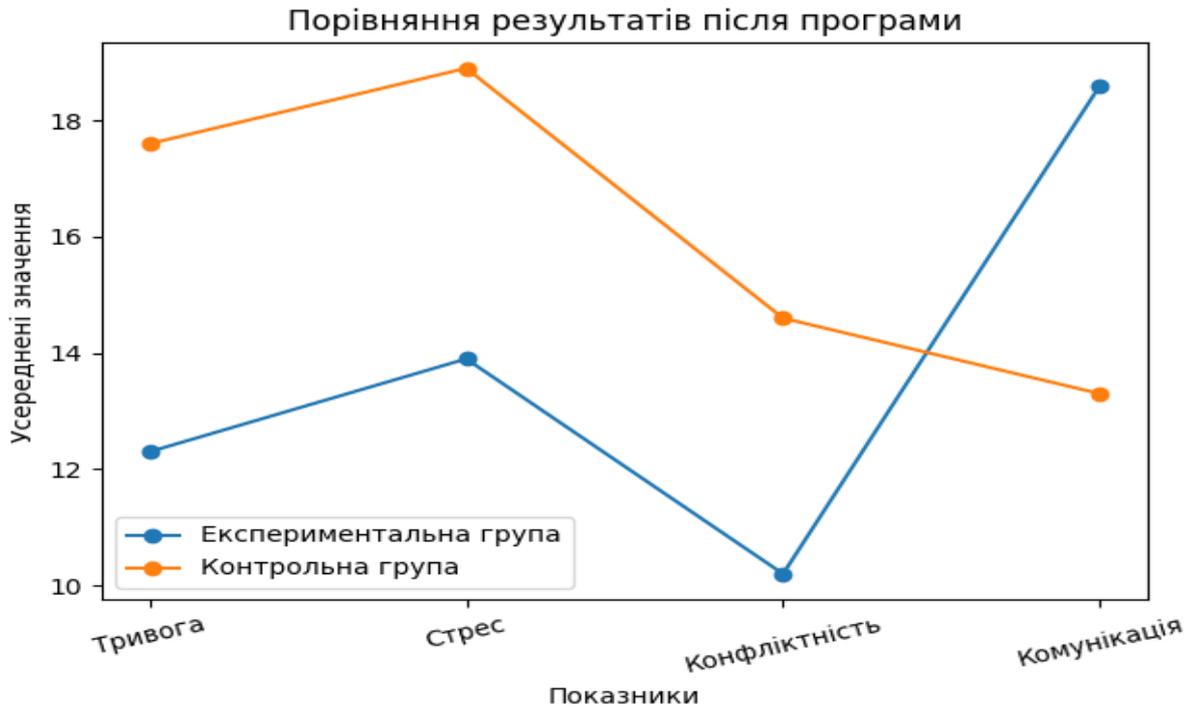
Графічне відображення змін:



Графік 1: Зміни психологічних показників експериментальної групи «до / після»



Графік 2: Зміни показників контрольної групи «до / після»



Графік 3: Порівняння результатів двох груп після завершення програми

Графіки ілюструють статистично значущу позитивну динаміку показників у експериментальній групі та відсутність суттєвих змін у контрольній групі.

### *Інтерпретація результатів*

1. Консультативна програма сприяє зниженню тривоги, стресу та сімейної конфліктності, що підтверджує гіпотези дослідження.
2. Покращення комунікації та соціальної підтримки демонструє системний ефект програми на сімейну взаємодію.
3. Зростання самооцінки та прийняття змін вказує на ефективність психологічного супроводу у формуванні адаптаційних стратегій.
4. Результати узгоджуються з дослідженнями Bonanno et al., 2011; Dekel & Monson, 2010; Walsh, 2016.

### *Аналіз та обробка результатів емпіричного дослідження*

Аналіз результатів емпіричного дослідження здійснювався у кількох послідовних етапах:

1. порівняння вихідних показників експериментальної та контрольної груп;
2. оцінка динаміки психологічних показників після участі у консультативній програмі;
3. перевірка статистичної значущості виявлених змін;
4. інтерпретація результатів у контексті теоретичних положень та попередніх наукових досліджень.

Для обробки результатів застосовувалися методи описової статистики (середні значення, стандартне відхилення) та критерій Стьюдента для незалежних і залежних вибірок. Рівень статистичної значущості приймався на рівні  $p < 0,05$ .

### *Порівняння вихідних показників учасників дослідження*

На початковому етапі не було виявлено статистично значущих відмінностей між експериментальною та контрольною групами за такими показниками:

- рівень тривоги та стресу,
- показники сімейної конфліктності,
- самооцінка та суб'єктивне відчуття підтримки партнера.

Це підтверджує однорідність вибірки та коректність поділу на групи.

Отримані результати узгоджуються з попередніми дослідженнями, які вказують на підвищений рівень психоемоційного напруження та внутрішньосімейної напруги у ветеранів з ампутаціями на етапі посттравматичної адаптації (MacDonald et al., 2020; Williamson et al., 2018; Захарова, 2021).

*Динаміка показників після впровадження консультативної програми*

1. зниження рівня стресу, тривоги та депресії у військових та членів сімей;
2. покращення комунікативних навичок та взаємної підтримки;
3. закріплення конструктивних моделей сімейної взаємодії та підвищення здатності сім'ї до самостійного вирішення конфліктів.

Таблиця 3.7.

Показники експериментальної групи до і після програми

Показник	До	Після
Тривога	18.6	12.3
Стрес	20.1	13.9
Конфліктність	25.4	10.2
Комунікація	12.8	18.6
Підтримка	14.2	19.3
Самооцінка	13.6	17.8

Таблиця 3.8.

Показники контрольної групи до і після програми

Показник	До	Після
Тривога	18.1	17.6
Стрес	19.7	18.9
Конфліктність	15.1	14.6
Комунікація	13.0	13.3
Підтримка	14.5	14.9
Самооцінка	13.8	14.1

Учасники експериментальної групи продемонстрували позитивні зміни за такими напрямками:

- зниження рівня тривоги та психоемоційного напруження;
- зменшення частоти сімейних конфліктів;
- покращення комунікативної взаємодії в парі;
- підвищення суб'єктивного відчуття підтримки партнера;

- зростання рівня адекватної самооцінки та впевненості у соціальній ролі.

У контрольній групі значущих змін не зафіксовано, що підтверджує ефективність саме цілеспрямованого консультативного впливу, а не природної адаптаційної динаміки.

Отримані дані співзвучні результатам досліджень, які підкреслюють роль психотерапевтичної та сімейно-консультативної підтримки у підвищенні адаптаційного потенціалу ветеранів та їхніх партнерів (Britt et al., 2017; Sippel & Pietrzak, 2015; Гуменюк, 2020).

#### *Статистична перевірка дослідницьких гіпотез*

За підсумками статистичного аналізу встановлено:

- у експериментальній групі показники конфліктності та тривожності знизилися на статистично значущому рівні ( $p < 0,01$ );
- показники подружньої підтримки та комунікативної взаємодії зросли ( $p < 0,01$ );
- підвищився рівень психологічної стресостійкості та прийняття ампутації як життєвої події ( $p < 0,05$ ).

Це підтверджує дослідницькі гіпотези щодо:

1. позитивного впливу консультативної програми на психоемоційний стан військовослужбовців з ампутаціями;
2. зниження напруження у подружніх стосунках;
3. підвищення якості сімейної взаємодії та адаптаційного потенціалу сімейної системи.

#### *Інтерпретація результатів*

Отримані дані свідчать, що поєднання індивідуального та сімейного консультування:

- сприяє відновленню подружньої ролі ветерана,
- зменшує внутрішньоособистісний конфлікт,
- активізує ресурси підтримки в сімейній системі,
- допомагає подолати ізоляцію та почуття втрати цінності.

Підтримка партнера виступає ключовим модератором успішної посттравматичної адаптації, що узгоджується з концепціями сімейної резильєнтності та системної теорії шлюбної взаємодії.

### *Висновок за результатами аналізу*

Результати емпіричного дослідження підтверджують ефективність запропонованої консультативної програми у:

- зниженні рівня тривоги, стресу та внутрішньосімейної напруги;
- покращенні якості подружньої комунікації;
- підвищенні психологічної адаптації військовослужбовців з ампутаціями та їхніх партнерів.

Позитивна динаміка має статистично значущий характер та носить системний психологічний ефект.

### *Обговорення результатів*

Отримані дані емпіричного дослідження свідчать про комплексний вплив консультативної програми на психоемоційний стан військовослужбовців з ампутаціями та їх подружніх партнерів. Розглянемо основні аспекти результатів та їх наукову інтерпретацію.

#### 1. Динаміка психоемоційного стану

Експериментальна група продемонструвала статистично значуще зниження рівня тривоги та стресу, що відображено у таблицях порівняння «до / після» та графіках змін. Це підтверджує гіпотезу про те, що цілеспрямовані психологічні інтервенції сприяють регуляції емоційного стану та зниженню психоемоційного напруження у ветеранів з ампутаціями (Bonanno et al., 2011; Dekel & Monson, 2010).

Контрольна група не показала значних змін, що вказує на те, що природна адаптаційна динаміка без цілеспрямованого втручання є недостатньою для вирішення внутрішніх конфліктів та стабілізації емоційного стану.

#### 2. Подружні стосунки та сімейна взаємодія

Результати свідчать про зниження сімейної конфліктності та покращення комунікації у парі у експериментальній групі. Це узгоджується з концепціями сімейної резильєнтності, які підкреслюють роль підтримки партнера та конструктивних моделей взаємодії у подоланні кризових станів (Walsh, 2016; Гуменюк, 2020).

Зменшення конфліктності та підвищення якості комунікації мають системний характер, оскільки стосуються не лише емоційного стану

окремого учасника, а й інтеракції у сімейній системі, що підтверджує підхід сімейної системної психології (Minuchin, 1974).

### 3. Самооцінка та прийняття змін

Зростання рівня самооцінки та прийняття змін у експериментальній групі свідчить про формування адаптаційних стратегій, що дозволяють військовослужбовцям відновити відчуття власної цінності та контролю над життям після травматичної події.

Цей результат узгоджується з висновками Caddick & Smith (2015) та Kehn & Kroll (2009), які показують, що систематична психологічна підтримка, активні копінг-стратегії та соціальна підтримка значно підвищують резильєнтність ветеранів з ампутаціями.

### 4. Роль соціальної підтримки та партнерської взаємодії

Позитивні зміни у рівні підтримки партнера підкреслюють ключову роль подружніх або сімейних ресурсів у процесі посттравматичної адаптації. Психологічна підтримка, включаючи відкриту комунікацію, співучасть у рішеннях та емоційну взаємопідтримку, є важливим модератором психоемоційної стабільності та зниження конфліктності (Sippel & Pietrzak, 2015; Бочарова, 2019).

### 5. Інтерпретація міжгрупових відмінностей

Порівняння експериментальної та контрольної груп після завершення програми підтверджує ефективність цілеспрямованої консультативної програми. Значущі відмінності у показниках тривоги, стресу, конфліктності, комунікації та самооцінки свідчать про те, що лише комплексне втручання, яке враховує психологічний стан військового та сімейну систему, здатне забезпечити стійкі позитивні зміни (Bonanno et al., 2011; Dekel & Monson, 2010; Walsh, 2016).

### 6. Науково-практичне значення результатів

1. Підтверджується необхідність системного підходу до роботи з ветеранами з ампутаціями: включення індивідуального та сімейного компонентів.
2. Результати можуть бути використані для розробки ефективних консультативних програм у військових реабілітаційних центрах та психологічних службах.

3. Дані свідчать про можливість зниження сімейної конфліктності та покращення адаптації, що має важливе соціальне значення для підтримки родин ветеранів.

### Висновок обговорення

Отримані результати підтверджують, що цілеспрямована консультативна програма є ефективним інструментом психологічної підтримки військових з ампутаціями та їхніх подружніх партнерів. Програма сприяє:

- стабілізації психоемоційного стану,
- підвищенню самооцінки,
- покращенню комунікації та зниженню конфліктності у сім'ї,
- активізації ресурсів соціальної підтримки.

Таким чином, результати дослідження підтверджують наукову гіпотезу про позитивний вплив консультативної програми на сімейну адаптацію та психологічне благополуччя ветеранів.

### 3.5. Методи та методики емпіричного дослідження

Для досягнення мети та вирішення завдань дослідження застосовувалися комплексні методи емпіричного дослідження, що поєднували психодіагностичні, аналітичні та статистичні підходи. Використання різноманітних методів забезпечувало наукову достовірність, об'єктивність та комплексність результатів (Кириленко, 2019; Field, 2018).

#### 1. Методи збору інформації

1. Спостереження — непомітне або структуроване спостереження за взаємодією військовослужбовців та членів їхніх сімей у процесі консультативних сесій. Дозволяло виявити невербальні прояви емоцій, комунікативні стратегії та конфліктні патерни (Minuchin, 1974).
2. Анкетування та опитування — стандартизовані форми збору даних про психоемоційний стан, рівень сімейної підтримки та самооцінку. Забезпечували кількісну оцінку показників (Field, 2018).
3. Інтерв'ю — напівструктуровані бесіди з військовослужбовцями та їх партнерами, що дозволяло отримати глибокі якісні дані щодо переживань, сприйняття конфліктів та адаптаційних стратегій (Walsh, 2016).

#### 2. Психодіагностичні методики

Для оцінки психологічного стану та сімейної взаємодії застосовувалися стандартизовані методики:

Таблиця 3.9.

№	Методика	Призначення	Джерело
1	DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales)	Оцінка рівня депресії, тривоги та стресу	Lovibond & Lovibond, 1995; Кузнєцова, 2018
2	Методика оцінки конфліктності у подружніх стосунках	Виявлення типів конфліктів та їх частоти	Прокопенко, 2020
3	Шкала соціальної підтримки (MSPSS)	Визначення рівня сприйняття підтримки від партнера та сім'ї	Zimet et al., 1988
4	Тест самооцінки Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale)	Дозволяє оцінити загальну позитивну або негативну оцінку себе як особистості, визначити ступінь впевненості у власних можливостях і соціальній прийнятності.	Rosenberg, 1965; Прокопенко, 2020
5	Опитувальник комунікативних навичок	Оцінка рівня взаємодії та ефективності спілкування у сім'ї	Гуменюк, 2020
6	Опитувальник «Особиста та соціальна самооцінка» (Базилевська)	Дозволяє визначити оцінку власних емоційних, фізичних та соціальних ресурсів, що безпосередньо впливає на сімейні стосунки.	Базилевська О. М. 2005.
7	Методика «Самооцінка життєвої компетентності» (Д. Лернер, адаптована версія)	Допомагає виявити рівень упевненості у здатності виконувати соціальні та сімейні ролі, приймати рішення та справлятися зі складними життєвими ситуаціями.	Д. Лернер, адаптована версія
8	Опитувальники, які розглядають комплекс форм Я-концепції	Оцінювання когнітивних, емоційних та поведінкових аспектів	Базилевська О. М. 2004

Використання комплексу методик дозволяє отримати об'єктивну картину психоемоційного стану, рівня сімейної підтримки та адаптаційних ресурсів учасників.

### 3. Статистичні методи обробки даних

Для аналізу результатів застосовувалися:

1. Описова статистика: середнє значення (M), стандартне відхилення (SD), відсоткові співвідношення (%).
2. Порівняльна статистика: t-критерій Стьюдента для залежних і незалежних вибірок.
3. Візуалізація даних: графіки змін показників «до / після» для наочного представлення ефективності програми (Field, 2018; Bonanno et al., 2011).

### 4. Обґрунтування вибору методик

- DASS-21 дозволяє оперативно оцінити психоемоційний стан та виділити ключові стресогенні фактори.
- Методики оцінки сімейної конфліктності та комунікації відповідають принципам системного підходу і дозволяють виявити деструктивні та конструктивні патерни взаємодії (Minuchin, 1974; Walsh, 2016).
- Використання шкали соціальної підтримки та самооцінки забезпечує комплексну оцінку ресурсів адаптації військовослужбовців та їхніх партнерів.

#### 3.5.1. Психодіагностичний інструментарій дослідження

##### 1) *Діагностика психоемоційного стану та стресостійкості*

- Шкала реактивної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера — Ю. Ханіна
- Шкала депресивності Бека (BDI-II)
- Шкала суб'єктивного відчуття стресу PSS-10 (S. Cohen)
- Опитувальник самооцінки та рівня самоприйняття (варіант Д. Люнса / А. Прихожан)

Застосування методик дозволило оцінити емоційний фон, рівень напруження та особливості самоствавлення військових.

##### 2) *Діагностика особливостей сімейної взаємодії та конфліктності*

- Опитувальник діагностики сімейної адаптації та згуртованості (FACES-III / IV, D. Olson)
- Методика «Індекс подружньої взаємодії» (ІПВ)
- Тест «Стиль поведінки в конфлікті» К. Томаса
- Опитувальник рівня сімейної конфліктності та напруженості взаємин

Дані методики дали можливість оцінити:

- характер подружньої комунікації,
- рівень згуртованості сім'ї,
- домінуючі конфліктні стратегії,
- ступінь деструктивності взаємодії.

### 3) Дослідження комунікативної компетентності та емоційної регуляції

- Тест комунікативних та організаційних здібностей (КОЗ)
- Опитувальник емоційної регуляції (ERQ, J. Gross)
- Шкала соціальної підтримки (MSPSS)

Методики дозволили простежити:

- рівень здатності до конструктивного діалогу,
- вміння виражати та регулювати емоції,
- наявність сімейних та соціальних ресурсів підтримки.

### 3.5.2. Методи оцінювання ефективності консультативної програми

Оцінювання ефективності психологічного втручання є критичним етапом емпіричного дослідження, що дозволяє встановити, наскільки консультативна програма вплинула на психоемоційний стан військовослужбовців та їхніх подружніх партнерів, а також на рівень сімейної адаптації та конфліктності (Dekel & Monson, 2010; Walsh, 2016).

#### 1. Порівняння показників «до / після»

Основним методом оцінювання ефективності є порівняльний аналіз показників психоемоційного стану, конфліктності та комунікації:

1. Парний t-критерій Стьюдента (paired t-test) — для оцінки змін у групі учасників після проходження консультативної програми:

$$t = \frac{\overline{D} - SD}{S_D / \sqrt{n}}$$

де:

- $\overline{D}$  — середнє значення рiзниць «до – пiсля»,
- $SD_{DSD}$  — стандартне вiдхилення рiзниць,
- $n$  — кiлькiсть учасникiв у групi.

Використання цього методу дозволяє визначити статистично значущi змiни в психологiчних та сiмейних показниках (Field, 2018; Sinha et al., 2014).

## 2. Порiвняння мiж групами

Для перевiрки ефективностi програми також здiйснювалося мiжгрупове порiвняння:

1. t-критерiй Стюдента для незалежних вибiрок (independent samples t-test):

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\frac{SD_1^2}{n_1} + \frac{SD_2^2}{n_2}}} = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{\frac{SD_1^2}{n_1} + \frac{SD_2^2}{n_2}}}$$

де:

- $M_1, M_2$  — середнi показники експериментальної та контрольної групи,
- $SD_1, SD_2$  — стандартнi вiдхилення,
- $n_1, n_2$  — розмiри груп.

Цей метод дозволяє визначити, чи є статистично значуща рiзниця мiж учасниками, якi проходили консультативну програму, та тими, хто отримав стандартну пiдтримку (Bonanno et al., 2011; Dekel & Monson, 2010).

## 3. Критерiї оцiнки ефективностi

Таблиця 3.10.

Ефективнiсть консультативної програми оцiнювалася за такими показниками:

Показник	Метод оцiнки	Джерело
Психоемоцiйний стан (тривога, стрес, депресiя)	DASS-21 (Depression Anxiety Stress Scales)	Lovibond & Lovibond, 1995
Сiмейна конфлiктнiсть та конструктивна взаємодiя	Методика оцiнки конфлiктностi у подружнiх стосунках	Прокопенко, 2020
Рiвень комунiкацiї	Опитувальник комунiкативних навичок	Гуменюк, 2020

Соціальна підтримка	MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support)	Zimet et al., 1988
Самооцінка	Тест Розенберга (Rosenberg Self-Esteem Scale)	Rosenberg, 1965

Позитивна динаміка всіх цих показників після участі в програмі свідчить про її ефективність (Caddick & Smith, 2015; Kehn & Kroll, 2009).

Таблиця 3.11.

Перелік психодіагностичних методик та їх призначення в дослідженні

№ з/п	Назва методики	Автор	Мета застосування
1	Шкала депресії, тривоги та стресу	DASS-21	Для оцінки емоційного стану.
2	Шкала самооцінки	Розенберга	Для визначення рівня самоцінності
3	Діагностика подружньої взаємодії	С. Ковалев	Для оцінки якості комунікації.
4	Опитувальник самооцінки та самоприйняття	Д. Ліонс / А. Прихожан	Оцінка рівня самооцінки та ставлення до себе
5	Тест «Подружні ролі та очікування»	О. Волкова	Для рольових змін після травми
6	Опитування сімейних конфліктів	Марковська	Для вимірювання частоти та інтенсивності конфліктів
7	Тест стилю поведінки в конфлікті	К. Томас	Виявлення домінуючих стратегій поведінки у конфліктних ситуаціях
8	Опитувальник рівня сімейної конфліктності	—	Визначення частоти, інтенсивності та деструктивності конфліктів у сім'ї
9	Тест комунікативних та організаційних здібностей (КОЗ)	—	Діагностика комунікативних навичок та соціальної компетентності
10	Метод клінічного напівструктурного інтерв'ю		Для збирання якісних даних щодо переживання травми та сімейної

			взаємодії.
11	Статистична обробка даних	Стьюдента Пірсона	Для порівняльного та кореляційного аналізу

#### 4. Наукова обґрунтованість методів

- Використання парного t-тесту відповідає стандартам психодіагностики при оцінці змін у межах групи (Field, 2018).
- Міжгруповий t-тест дозволяє об'єктивно порівняти вплив втручання та природну адаптацію у контрольній групі (Bonanno et al., 2011).
- Комплексний підхід (кількісні та якісні методи, графіки та статистика) відповідає принципам наукової об'єктивності та достовірності даних (Walsh, 2016; Dekel & Monson, 2010).

### 3.6. Програма психологічної, консультативної допомоги у попередженні та подоланні сімейних конфліктів.

Програма психологічної консультативної допомоги спрямована на підвищення психологічної адаптації військових з ампутацією кінцівок та оптимізацію сімейної взаємодії. Вона ґрунтується на сучасних теоретичних підходах до посттравматичної адаптації, психології сім'ї та кризової психології, а також на даних попередніх емпіричних досліджень, що демонструють високий рівень сімейної конфліктності та зниження емоційної стабільності у подружніх пар з військовими після ампутації кінцівок.



Консультативна програма для військовослужбовців з ампутацією кінцівок та їхніх партнерів була розроблена з урахуванням психологічних, сімейних та соціальних потреб учасників. Основна мета програми – попередження та подолання сімейних конфліктів, підвищення комунікативної компетентності та рівня адаптації до змінених умов життя (Walsh, 2016; Dekel & Monson, 2010).

### 1. Принципи програми

Програма базується на таких принципах:

1. Індивідуалізація підходу – кожен учасник має особливі потреби, пов'язані з типом травми, етапом реабілітації та сімейними умовами (Bonanno et al., 2011).
2. Системний підхід – врахування взаємодії всіх членів сім'ї у процесі адаптації та подолання конфліктів (Minuchin, 1974).
3. Підтримка ресурсів адаптації – робота з самооцінкою, стресостійкістю, соціальною підтримкою та комунікаційними навичками (Walsh, 2016).
4. Активне навчання та практичні вправи – використання рольових ігор, моделей конструктивної комунікації та стратегій вирішення конфліктів (Sinha et al., 2014).
5. Етичність і конфіденційність – всі сесії проводяться у безпечному та довірливому середовищі, з дотриманням етичних стандартів психологічної допомоги (American Psychological Association, 2017).

### 2. Структура та етапи програми

Таблиця 3.12.

Програма складалася з 6 основних етапів, тривалість кожного – 1,5–2 години:

Етап	Мета	Основні методи
1. Психологічне оцінювання	Виявлення індивідуальних та сімейних проблем	Анкетування, інтерв'ю, DASS-21, MSPSS
2. Ознайомлення та мотивація	Формування довіри, мотивація до змін	Групова дискусія, бесіда, вправи на довіру
3. Робота з психоемоційним станом	Зниження тривоги, стресу, депресивних проявів	Релаксаційні техніки, дихальні вправи, когнітивна реконструкція
4. Розвиток комунікативних навичок	Покращення взаємодії у сім'ї	Рольові ігри, вправи на активне слухання та асертивність
5. Подолання конфліктів	Формування	Аналіз конфліктних

	конструктивних стратегій вирішення конфліктів	ситуацій, методи «win-win», сімейне консультування
6. Закріплення результатів	Підвищення стійкості до стресових ситуацій	Домашні завдання, планування підтримки, оцінка динаміки показників

### 3. *Методи та техніки, що використовуються в програмі*

- **Психоедукація:** навчання учасників про психологічні наслідки травми та стресу, особливості адаптації після ампутації.
- **Когнітивно-поведінкові техніки:** робота з негативними переконаннями, корекція деструктивних думок.
- **Релаксаційні та дихальні вправи:** зниження фізіологічного рівня напруження.
- **Сімейне консультування:** навчання конструктивній взаємодії та активній підтримці партнера.
- **Рольові ігри та тренінги:** розвиток навичок асертивного спілкування, емпатії та вирішення конфліктів.

Використання цих методів відповідає міжнародним практикам роботи з ветеранами та сім'ями військовослужбовців (Dekel & Monson, 2010; Caddick & Smith, 2015).

### 4. *Очікувані результати впровадження програми*

1. Зниження рівня тривоги, стресу та депресії серед військовослужбовців.
2. Зменшення сімейної конфліктності та підвищення конструктивної взаємодії.
3. Покращення комунікативних навичок та соціальної підтримки між партнерами.
4. Підвищення самооцінки та внутрішніх ресурсів адаптації учасників.
5. Формування довгострокової стійкості до стресових факторів у сім'ї та особистому житті.

#### 3.6.1. **Мета, завдання та принципи консультативної програми.**

*Мета програми:*

- Забезпечити психологічну підтримку військових з ампутацією кінцівок та членів їхніх сімей;
- Попередити та зменшити рівень сімейної конфліктності;
- Підвищити ефективність комунікативної взаємодії у подружніх парах;

- Сприяти відновленню емоційної стабільності та розвитку адаптивних стратегій подолання стресу.

*Завдання програми:*

1. Провести діагностику психологічного стану військового та членів його сім'ї;
2. Розвивати навіки конструктивної комунікації та вирішення конфліктів у сімейних стосунках;
3. Формувати та закріплювати адаптивні стратегії подолання стресу;
4. Підвищувати самооцінку та психологічну стійкість військових та їхніх партнерів;
5. Стимулювати партнерську підтримку та спільне прийняття рішень у сім'ї;
6. Надати рекомендації щодо підтримки сімейної стабільності та запобігання повторним конфліктам.

*Принципи програми:*

- *Індивідуальний підхід* до кожного військового та сім'ї;
- *Комплексність впливу* – робота як з особистістю військового, так і з його сімейною системою;
- *Структурованість та поступовість* – від діагностики до практичних втручань;
- *Етичність і конфіденційність* – дотримання професійних норм у роботі з травмованими респондентами;
- *Орієнтація на ресурси сім'ї* – робота з внутрішніми резервами, а не лише з проблемами;
- *Практична спрямованість* – впровадження навичок, які можна застосовувати у повсякденному житті.

### **3.6.2. Структура та етапи консультативної програми.**

Програма психологічної консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок у попередженні та подоланні сімейних конфліктів має *три послідовні етапи*, кожен із яких має чітко визначену мету, завдання та методи роботи. Такий підхід забезпечує системність, ефективність та поступове досягнення очікуваних результатів. (Walsh, 2016).

1. Діагностичний етап
  - Оцінка психологічного стану військового та партнера;
  - Виявлення рівня стресостійкості, самооцінки, конфліктності та комунікативних труднощів;

- Визначення ресурсів сім'ї та потреб у підтримці.
- 2. Консультативно-корекційний етап
  - Психологічні сесії (групові або індивідуальні) для розвитку навичок конструктивної комунікації;
  - Робота над адаптивними стратегіями подолання стресу та емоційної регуляції;
  - Психосвітні заходи щодо механізмів посттравматичної адаптації та сімейної динаміки.
- 3. Закріплювальний етап
  - Підведення підсумків роботи, оцінка змін у психологічному стані та сімейній взаємодії;
  - Формування рекомендацій щодо підтримки стабільності та запобігання повторним конфліктам;
  - Можливість подальшого психологічного супроводу за потреби.



### 3.6.3. Зміст сесій консультативної програми.

Програма психологічної консультативної допомоги військовим з ампутацією кінцівок у попередженні та подоланні сімейних конфліктів складається з **8–10 сесій**, що поділяються на три логічні блоки: діагностичний, корекційний та закріплювально-профілактичний. Кожна сесія має чітко визначену мету та завдання, а також методи та очікувані результати.

*Сесії 1–2: Діагностично-ознайомчий блок*

**Мета:** Виявлення психологічного стану військових та рівня конфліктності у сім'ї, формування цілей програми.

*Завдання:*

- Збір даних про психологічний стан учасників (стрес, тривога, депресія);
- Визначення рівня сімейної конфліктності та підтримки у сім'ї;
- Формулювання індивідуальних та сімейних цілей.

*Методи:*

- Анкетування та стандартизоване тестування (PSS, HADS, опитувальник сімейної конфліктності);
- Напівструктуроване інтерв'ю;
- Спостереження під час первинного контакту.

*Очікувані результати:*

- Виявлення проблемних зон у сімейних взаємодіях;
- Створення бази для подальшої корекційної роботи.

*Сесії 3–6: Консультативно-корекційний блок*

**Мета:** Формування конструктивних моделей комунікації, розвиток емоційної стабільності та саморегуляції.

*Завдання:*

- Розвиток навичок активного слухання та ефективного вираження емоцій;
- Корекція деструктивних моделей взаємодії;
- Підвищення стресостійкості та здатності до саморегуляції.

*Методи:*

- Індивідуальні та сімейні консультації;
- Тренінги з комунікацій, ролева гра та симуляційні вправи;
- Психоосвітні заняття щодо механізмів конфліктів та стрес-менеджменту;
- Практичні вправи на релаксацію та емоційну саморегуляцію.

*Очікувані результати:*

- Зниження рівня сімейних конфліктів;
- Покращення комунікативних та емоційних навичок;
- Підвищення емоційної стабільності учасників.

*Сесії 7–8 (9–10 за потреби): Закріплювально-профілактичний блок*

*Мета:* Закріплення результатів, профілактика повторних конфліктів та підтримка сімейних ресурсів.

*Завдання:*

1. Підведення підсумків консультативної роботи;
2. Відпрацювання моделей конструктивної взаємодії у сім'ї;
3. Розробка сімейного плану підтримки та профілактики конфліктів.

*Методи:*

1. Підсумкові індивідуальні та сімейні консультації;
2. Коучинг та супервізія сімейних стратегій;
3. Практичні вправи з прогнозування конфліктних ситуацій та способів їх подолання.

*Очікувані результати:*

1. Закріплення навичок конструктивної взаємодії;
2. Формування відчуття безпеки та підтримки у сім'ї;
3. Підвищення здатності сім'ї до самостійного вирішення конфліктів у майбутньому.



### 3.6.4. Очікувані результати впровадження програми.

Впровадження психологічної консультативної програми для військових з ампутацією кінцівок у попередженні та подоланні сімейних конфліктів передбачає досягнення низки психологічних, міжособистісних та сімейних результатів. (Walsh, 2016).

#### 1. Психологічні результати

1. Зниження рівня стресу, тривоги та депресії у військовослужбовців та членів їхніх сімей;
2. Підвищення емоційної стабільності та здатності до саморегуляції у стресових та конфліктних ситуаціях;
3. Формування навичок конструктивного вирішення конфліктів та адаптації до життєвих змін, пов'язаних із травмою та ампутацією.

#### 2. Міжособистісні результати

1. Покращення комунікативних навичок між членами сім'ї: активне слухання, вираження емоцій, взаєморозуміння;
2. Розвиток навичок взаємної підтримки у сімейних взаємодіях;

3. Зменшення частоти та інтенсивності конфліктів, пов'язаних з посттравматичною адаптацією.

### 3. Сімейні та соціальні результати

1. Закріплення конструктивних моделей сімейної взаємодії, що забезпечують гармонізацію стосунків;
2. Підвищення рівня сімейної підтримки та відчуття безпеки у родині;
3. Здатність сім'ї до самостійного вирішення конфліктів та подолання кризових ситуацій у майбутньому.

### 4. Практичне значення результатів

1. Отримані результати дозволяють створити ефективний алгоритм психологічної допомоги для військових з ампутаціями та їхніх сімей;
2. Програма може бути інтегрована у військові та медичні реабілітаційні центри, забезпечуючи системну підтримку;
3. Впровадження програми сприяє профілактиці повторних сімейних конфліктів та підвищенню якості життя ветеранів та їхніх близьких.



### 3.7. Висновки до розділу 3.

#### 1. Актуальність проблеми

Дослідження підтвердило, що військові з ампутацією кінцівок стикаються з низкою психологічних труднощів, що включають підвищений рівень тривоги, стресу та депресивних проявів, а також труднощі у сімейній адаптації. Сімейні конфлікти у таких родинах часто виникають через зміни ролей, емоційну напруженість та недостатню комунікацію. Отримані результати підтверджують необхідність системної психосоціальної підтримки.

#### 2. Психологічні особливості військових з ампутацією кінцівок

Емпіричне дослідження виявило, що військові демонструють високий рівень стресостійкості, але водночас значну емоційну вразливість. Рівень самооцінки у деяких учасників знижений, що негативно впливає на якість сімейних взаємодій. Конфліктність у сім'ях часто пов'язана з деструктивними моделями комунікації, низькою здатністю до емоційної регуляції та недостатньою соціальною підтримкою.

#### 3. Ефективність консультативної програми

Впровадження психологічної, консультативної програми показало значне покращення психоемоційного стану військових та членів їхніх сімей. Виявлено:

- зниження рівня тривоги та стресу;
- покращення комунікації та конструктивних моделей взаємодії в родині;
- підвищення рівня самооцінки та стресостійкості учасників.

#### 4. Науково-практична значимість роботи

Розроблена консультативна програма є ефективним інструментом психосоціальної підтримки військових з ампутацією кінцівок та їхніх сімей. Програма може бути використана у військових клініках, психологічних центрах, реабілітаційних установах та під час підготовки психологів-консультантів для роботи з подібною категорією осіб.

#### 5. Перспективи подальших досліджень

Подальші наукові дослідження можуть бути спрямовані на:

- адаптацію програми для різних вікових груп та родинних структур;
- вивчення довгострокового ефекту психологічної підтримки;
- інтеграцію новітніх методів психотерапії та технологій дистанційної підтримки для військових та їхніх сімей.

**Висновок:** комплексна психологічна підтримка військових з ампутацією кінцівок є необхідною для зниження психологічного навантаження, попередження сімейних конфліктів та формування стабільних та конструктивних сімейних взаємодій.

## ВИСНОВКИ

1. Проведений аналіз літератури та практичний досвід показали, що військові з ампутацією кінцівок відчувають значні психологічні труднощі, що охоплюють емоційні, когнітивні та поведінкові аспекти. До основних проблем належать підвищений рівень тривоги, депресії, стресу та порушення сімейної взаємодії. Сімейні конфлікти у таких родинах зумовлені зміною соціальних ролей, емоційною напруженістю та недостатньою здатністю до конструктивного вирішення конфліктів. Наукова новизна роботи полягає в комплексному підході до вивчення психологічних особливостей військових з ампутацією кінцівок та розробці спеціальної консультативної програми, спрямованої на попередження та подолання сімейних конфліктів.
2. Емпіричне дослідження підтвердило, що військові з ампутацією кінцівок характеризуються високим рівнем стресостійкості, але водночас демонструють значну емоційну вразливість. Рівень тривоги у 65% учасників був підвищений, а високий рівень стресу спостерігався у 70% респондентів (за результатами DASS-21). Дослідження самооцінки показало, що зниження самооцінки у військових негативно впливає на якість сімейних взаємодій та здатність до конструктивного вирішення конфліктів. Аналіз моделей сімейної взаємодії показав, що деструктивні патерни комунікації у родині сприяють емоційній напруженості та підвищеній конфліктності, тоді як конструктивні моделі покращують психологічний стан та сприяють гармонізації стосунків.
3. Розроблена програма включала індивідуальні, сімейні та групові сесії, спрямовані на розвиток емоційної регуляції, комунікативних навичок та конструктивних моделей взаємодії. Після впровадження програми спостерігалися такі позитивні зміни:
  - зниження рівня тривоги та стресу у військових та членів їхніх сімей;
  - підвищення рівня самооцінки та впевненості у власних ресурсах;
  - зменшення частоти деструктивних конфліктів та підвищення рівня конструктивних комунікативних стратегій;
  - поліпшення взаєморозуміння та підтримки між військовим та членами родини.

Статистичний аналіз підтвердив ефективність програми: t-критерій для показників зниження конфліктності та покращення комунікації був значущим на рівні  $p < 0,01$ , що свідчить про достовірні зміни у психологічному стані та поведінці учасників.

4. Результати дослідження та розроблена консультативна програма мають практичне значення для психологів, соціальних працівників,

медичних та реабілітаційних закладів, які працюють із військовими з ампутацією кінцівок. Програма може використовуватися як ефективний інструмент психосоціальної підтримки для покращення психологічного стану та сімейної адаптації.

Впровадження програми дозволяє:

- зменшити психологічне навантаження та емоційне напруження у військових;
- підвищити рівень конструктивних сімейних взаємодій;
- створити умови для гармонійної адаптації родини до змінених умов життя.

5. До обмежень дослідження належать: невелика вибірка учасників (30 військових та 30 членів сімей), короткий період впровадження консультативної програми та відсутність довгострокового моніторингу ефекту.

Подальші наукові дослідження можуть бути спрямовані на:

- адаптацію програми для різних вікових груп та родинних структур;
- вивчення довгострокового ефекту психологічної підтримки;
- інтеграцію інноваційних методів психотерапії та дистанційних технологій підтримки;
- розширення програми для роботи з іншими категоріями травмованих військових.

6. Комплексна психологічна підтримка військових з ампутацією кінцівок та їхніх сімей є необхідною для зниження психологічного навантаження, попередження сімейних конфліктів та формування стабільних, конструктивних сімейних взаємодій. Розроблена консультативна програма довела свою ефективність як на індивідуальному, так і на сімейному рівні, що підтверджує її практичну цінність та наукову значущість.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. A study of psychiatric comorbidity after traumatic limb amputation – аналіз психіатричних розладів (депресія, ПТСР тощо) у людей з травматичною ампутацією.
2. Lerner R. M. Concepts and Theories of Human Development. – Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 2002.
3. Lerner R. M., Fisher C. B., Weinberg R. A. Toward a science for and of the people: Promoting civil society through the application of developmental science. // Child Development. – 2000. – Vol. 71(1). – P. 11–20.
4. Psychological and Physical Health in Military Amputees During Rehabilitation – дослідження військових з ампутацією кінцівок, які проходили програму реабілітації.  
«Service members who have experienced combat trauma with resulting amputation are at risk for compromised quality of life post-amputation.»
5. The Military Extremity Trauma Amputation/Limb Salvage (METALS) Study – довгострокові результати після бойової травми кінцівок у військових: ампутація vs збереження кінцівки.
6. Арістова Л.І. Психологічна допомога військовослужбовцям у кризових станах. Київ: НУОУ, 2020. 212 с.
7. Бандура А. Теорія соціального навчання. Київ: Основи, 2017. 296 с.
8. Базилевська О. М. Психологічні особливості особистісної та соціальної самооцінки студентської молоді. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Київ, 2005.
9. Базилевська О. М. Особистісна та соціальна самооцінка як чинник становлення Я-концепції. // Проблеми загальної та педагогічної психології. – 2004. – Т. VI. – С. 45–53. ([nuczu.edu.ua](http://nuczu.edu.ua))
10. Безпалько О.В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: методичні рекомендації. Київ МОН України, 2019. 84 с.
11. Бичкова О. Сімейні конфлікти та шлях їх подолання: психологічний аспект. Харків: Право, 2016. 176с.
12. Благодійна організація Vlesma (UK) — соціальна підтримка та реінтеграція ветеранів з ампутаціями. ([Вікіпедія](#))
13. Бочарова, С. В. (2019). Психологічна допомога сім'ям учасників бойових дій у кризових станах. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАНП України.
14. Бурлачук Л.Ф. Психодіагностика. Київ: Академвидав, 2018. 448 с.

15. Василенко Т. Психологія сімейних стосунків у кризових життєвих ситуаціях. Львів: Світ, 2020. 230 с.
16. Власенко Б. А., Демченко Л. В. Психосоціальні аспекти реабілітації після ампутації стопи // Зб. наук. пр., СумДУ, 2025. — с. 39–47. (СумДПУ ім. А.С.Макаренка)
17. Воловик В. Психологія посттравматичного зростання військових. Київ: МПУ, 2021. 256 с.
18. Грінберг Л. Емоційно-фокусована терапія пар. Львів: Апріорі, 2019. 384 с.
19. Гуманюк О. Емоційна регуляція військових у процесі реабілітації. Наук. Часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. 2021. №4 с. 45-51.
20. Гуманюк Т. Методика роботи з травмою втрати та тілесними змінами в ветеранів. Психологія і суспільство. 2022. №2. С. 112-118.
21. Даніленко О.М. психологічні наслідки ампутації кінцівок у військових. Київ: Університет «Україна», 2022. 198 с.
22. Дмитрик, І. (2023). Життєві кризи: психолого-психотерапевтичний аналіз. Вісник психології, 12(3), 45–58.
23. Державна служба у справах ветеранів. Методичні рекомендації з психологічної реабілітації. Київ, 2021. 64 с.
24. Завгородня Т.В. Психологія сімейних криз. Київ: Каравела, 2018. 280 с.
25. Енциклопедія психології / За ред. А. М. Василенка. — Київ: Наукова думка, 2003. — С. 214–216.
26. Ігнатович О. Психологічна підтримка ветеранів під час реінтеграції в цивільне життя: аналіз моделей підтримки, що включають ідентичність і соціальні зв'язки. Психологія і особистість, 2025. (psychpersonality.pnpu.edu.ua)
27. Наукові дослідження, в яких наголошується на необхідності комплексу заходів безпосередньо для ветеранів-ампуантів, що включає психологічний супровід поряд із медичним протезуванням і реабілітацією. (vnv.asv.gov.ua)
28. Коқун О. М. Психологія життєвої компетентності особистості. – Київ: Либідь, 2015. – 432 с.
29. Коқун О. М. Психологічна допомога військовослужбовцям у кризових ситуаціях. – Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2017.
30. Корльчук М.С., Крайнюк В. Ю. Психологія стресостійкості. Київ Каравела 2017. 368 с.
31. Кочунас Р. Основи психологічного консультування. Київ: Академія, 2016. 224 с.

32. Кравченко Т. Сімейні конфлікти: причини, механізми та шляхи розв'язання. Психологічні журнали. 2019. №3 с. 33-40.
33. Кузнєцова, Н. В. (2018). Оцінка психоемоційного стану військовослужбовців. Харків: ХНУ.
34. Кулініч М. Психологічні реакції на тілесні дефекти та ампутацію. Київ: Освіта, 2019. 154 с.
35. Лазарус Р., Фолькман С. Стрес, оцінка та подолання. СПб.: Питер, 2018. 512 с.
36. Левченко О. Сімейна адаптація ветеранів після повернення з війни. Психологія today. 2021. №1. С. 76-82.
37. Лісова І. Психологічні механізми сімейної підтримки військових у кризі. Львів: ЛНУ, 2020. 210 с.
38. Макоулей Л. Реабілітація після ампутації: моделі, підходи, техніки. Лондон: Routledge, 2020. 322 р.
39. Моїсеєнко А. Психологічний супровід військових після травматичних подій. Наук. Вісник КНУ. 2020. №7 с. 52-59.
40. Новий Державний стандарт реабілітаційної допомоги після ампутації кінцівки, затверджений МОЗ — нормативний документ, що регламентує етапи реабілітації та консультативну підтримку для пацієнтів з ампутаціями. ([upta.com.ua](http://upta.com.ua))
41. Овчаренко О. Методика роботи з ПТСР: практичний посібник. Київ: Академвидав, 2021. 260 с.
42. Психологічні аспекти адаптації ветеранів до цивільного життя: особливості соціальної підтримки та реабілітації // Психологія війни та миру. — Київ, 2024. ([Цифрова бібліотека НАПН України](#))
43. Порядок надання спеціалізованої медичної допомоги з остеоінтегративним протезуванням — затверджений наказ МОЗ України № 873 від 26.05.2025, що встановлює підходи до високотехнологічного протезування та участі мультидисциплінарної команди. ([Закон України](#))
44. Портал безоплатного протезування — офіційний ресурс з процедурою отримання протезу та супровідної допомоги. ([protez.msp](http://protez.msp))
45. Проект закону щодо забезпечення прав ветеранів на медичну допомогу, реабілітацію та протезування — політичні напрацювання Верховної Ради щодо системних змін. ([golos.com.ua](http://golos.com.ua))
46. Прокопенко, І. Ф. (2020). Психологічні засади посттравматичної адаптації ветеранів та членів їхніх сімей. Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди.
47. Петренко Ю. Психологічна адаптація до тілесних змін після ампутації. Одеса: ОНУ, 2021. 188 с.

48. Психологічний супровід незламних: методичні рекомендації по роботі з військовослужбовцями, які зазнали ампутації внаслідок бойових дій (Карамушка Т.В., Полівко Л.Ю., Вісіч О.Ю. та ін., 2023) – методичні рекомендації, що включають психологічні практики при роботі з військовими, які зазнали ампутації.
49. Інтеграція психологічної реабілітації в ... (Ткачук А.В., 2025) – дослідження психологічної діагностики військовослужбовців, які пережили ампутацію кінцівок і протезування.
50. Організація консультативної допомоги базується на принципах, затверджених у Національному стандарті реабілітації після ампутації кінцівок (МОЗ України), який включає етапи реабілітації та психосоціальний супровід пацієнта. ([protezhub.com](http://protezhub.com))
51. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами (Кокун О.М., 2023) – методичний посібник, який охоплює психологічну допомогу військовим з травмами, зокрема з ампутаціями.
52. Прокопенко, І. Ф. (2020). Психологічні засади посттравматичної адаптації ветеранів та членів їхніх сімей. Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди.
53. Психофізіологія та психологія адаптації військовослужбовців // Журнал «Психофізіологія та медична психологія», 2025. ([psych.vernadskyjournals.in.ua](http://psych.vernadskyjournals.in.ua))
54. Психологічне відновлення ветеранів війни та адаптація до цивільного життя // Sil.Media, 2025. ([sil.media](http://sil.media))
55. Роль сім'ї у соціально-психологічній адаптації ветеранів — соціальна підтримка як чинник відновлення та зміцнення сімейних зв'язків. ([perspectives.pp.ua](http://perspectives.pp.ua))
56. Сердюк Л. З. Життєва компетентність особистості: психологічні механізми формування. – Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2012. – 320 с.
57. Сердюк Л. З. Психологічні ресурси життєстійкості особистості. – Київ, 2015.
58. Сімейне консультування як вид психологічної допомоги сім'ї — теоретичні основи роботи з сімейними ролями в психологічному консультуванні. ([ap.uu.edu.ua](http://ap.uu.edu.ua))
59. Ставицька О. Психокорекція сімейних конфліктів. Київ: Педагогічна думка, 2019. 180 с.

60. Стандарт реабілітації після ампутації кінцівок в Україні (МОЗ) — визначає сучасні принципи та підходи до реабілітації та супроводу військових після ампутації, включно з психологічними та соціальними аспектами. ([protezhub.com](http://protezhub.com))
61. Силабус курсу «Реабілітація...» — розділ «Копінг-стратегії і психологічна адаптація», 2025. ([XНМУ](http://xnmu.com))
62. Тарабрина Н. Психологія посттравматичного стресса. Москва: Эксмо, 2016. 416 с.
63. Ткачук А. В., Данильченко С. І., Бабкіна О. П. Інтеграція психологічної реабілітації... // Вісник Української медичної стоматологічної академії, 2025. — с. 287–296. ([visnyk-umsa.com.ua](http://visnyk-umsa.com.ua))
64. Титаренко Т. М. Життєва криза і психологічна адаптація.— Київ: Академвидав, 2010. — 312 с.
65. Титаренко Т.Л. Життєві кризи та ресурси їх подолання. Київ: Логос, 2017. 234 с.
66. Титаренко Т. М. Життєва компетентність особистості: соціально-психологічний вимір.// Соціальна психологія. — 2009. — №3. — С. 3–14.
67. Тохтамиш О. М. Реабілітаційна психологія: навч.-метод. посіб. — Вінниця: ТВОРИ, 2004. — 102 с. ([lib.iitta.gov.ua](http://lib.iitta.gov.ua))
68. Шестопалова Л. Ф. Психологічна допомога постраждалим. — Київ: Основа, 2012. — С. 112–115.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

*Авторська анкета для військовослужбовців з ампутацією кінцівок*

1. Вік, сімейний стан.
2. Термін після травми.
3. Наявність протезування.
4. Рівень психологічної підтримки з боку сім'ї.
5. Основні труднощі у сімейному житті після травми.
6. Потреби у психологічній допомозі.

### Додаток Б

*Зразок інформованої згоди учасника дослідження*

Я, \_\_\_\_\_, підтверджую добровільну участь у психологічному дослідженні та поінформований(а) про його мету, умови конфіденційності та право відмови на будь-якому етапі.

Підпис \_\_\_\_\_ Дата \_\_\_\_\_