

Методи психологічної підтримки важко поранених військовослужбовців Грендач Сергій Миколайович,

<https://doi.org/10.67242/conference-2026-41>

Зігмунд Фройд Університет Україна, Київ, Україна

Вступ. Про психологічну допомогу пораненим написано чимало – і протоколів, і методичних рекомендацій. Але якщо запитати самих поранених, що їм насправді допомогло у шпиталі, відповіді рідко збігаються з тим, що описано у посібниках. Саме ця невідповідність і стала відправною точкою цього дослідження. Важке бойове поранення – це не просто медична подія. Це момент, коли людина раптово опиняється по інший бік усього, що вважала звичним: власного тіла, звичного ритму, своєї ролі у підрозділі. Фізичний біль під час евакуації, невизначеність медичного прогнозу, думки про побратимів – усе це накладається одне на одне. І на цьому тлі психологічна підтримка або справді щось змінює, або проходить повз (Litz et al., 2009; NICE, 2018). Мета дослідження – з'ясувати, які форми підтримки реально спрацьовують у шпитальний період, а які сприймаються як формальність, на основі глибинних інтерв'ю з важкопораненими військовослужбовцями. Методи. Дослідження побудовано на якісній методології і включало проведення восьми напівструктурованих глибинних інтерв'ю з військовослужбовцями, які перенесли тяжкі бойові поранення: ампутації нижніх кінцівок, масивну крововтрату, інфекційні ускладнення, тривалі курси реабілітації. Імена замінено умовними позначеннями (Респонденти 1–8) з міркувань конфіденційності. Інтерв'ю тривали від 60 до 90 хвилин. Запитання стосувалися обставин поранення, перших тижнів у шпиталі, стосунків із медичним персоналом і рідними, ставлення до психологічної допомоги, а також того, що учасники самі вважали підтримкою. Аналіз проводився методом рефлексивного тематичного кодування (Braun & Clarke, 2006): виділялися повторювані смислові фрагменти, які потім об'єднувалися у ширші категорії. Результати. Перше, що впадає в очі при читанні інтерв'ю, – це те, наскільки різні речі допомагали різним людям. І водночас є кілька наскрізних тем. Найважливіша з них – збереження відчуття, що ти ще керуєш хоч чимось у власному житті. Респондент 1 після ампутації обох ніг розповідав, що намагався уявляти рухи відсутніми кінцівками – і це справді знижувало інтенсивність фантомного болю. Він також принципово відмовлявся від того, щоб його пропускали без черги: «Я не хочу, щоб мене жаліли. Хочу стояти, як усі». Для нього це було не примхою – це була форма утримання власної ідентичності в умовах, коли тіло змінилося назавжди. Респондент 2 описує інший сценарій. Перші тижні після поранення – поруч нікого з рідних, фізично боляче, прогноз невизначений. У якийсь момент думки стали зовсім темними. Він не пояснює цього докладно – просто каже, що не бачив сенсу. А потім приїхала дружина з маленьким сином. І все змінилося – причому, за його словами, лікарі зафіксували навіть покращення фізичних показників. Цей епізод добре показує, що соціальний зв'язок – це не «приємний додаток» до лікування, а іноді його умова. Теми, що повторювалися у розповідях Респондентів 3–8: труднощі з прийняттям нової тілесної реальності, моральне навантаження через загибель побратимів, тривалі порушення сну навіть після стабілізації стану, цінність розмов з іншими пораненими – тими, хто «теж через це пройшов» і кому не треба нічого пояснювати. Кілька учасників говорили про те, що жарти у палаті – навіть чорні – рятували від занурення у відчай. Гумор тут працює не як заперечення болю, а як

спосіб витримати його без надлому (Southwick et al., 2015). Що стосується формальної психологічної допомоги – тут картина невтішна. Більшість учасників мали лише поодинокі зустрічі з психологом або брали участь у заняттях, пов'язаних із творчою активністю. Ці формати не викликали негативної реакції, але і значущими їх ніхто не назвав. Найчастіше лунало: «Приходила, поговорили, пішла». Запит у всіх один – на справжній контакт, а не на процедуру. На когось, хто не поспішає і не дивиться у бланк (Steenkamp et al., 2015). Порушення сну – окрема і серйозна тема. Нічні пробудження, підвищена насторога, відчуття, що тіло не відпускає напруження навіть у безпечному місці, – це описував майже кожен. Жоден із учасників не отримував системної роботи з цим симптомом (Germain, 2013). Обговорення. Ці вісім розповідей не претендують на статистичну репрезентативність – але вони показують дещо важливе: реальна психологічна підтримка часто відбувається поза межами запланованих сесій. Вона відбувається, коли медсестра не квапить, коли сусід по палаті ділиться досвідом, коли вдається зберегти хоча б мінімум самостійності у повсякденних речах. Це не означає, що фахова допомога не потрібна. Навпаки – результати вказують на те, що вона критично необхідна, але у іншому форматі. Разові зустрічі не формують терапевтичного альянсу. Групова робота з людьми, які мають схожий досвід, мала б значно вищий потенціал – і учасники самі про це говорили. Також очевидною є потреба у системній увазі до якості сну та тілесних аспектів травми. Ще один висновок, який важко ігнорувати: спосіб надання підтримки важить не менше, ніж її зміст. Надмірна жалість або виокремлення через інвалідність можуть сприйматися як приниження. Рівноправна взаємодія – навпаки – підтримує відчуття гідності та дієздатності (APA, 2022). Висновки. Результати дослідження вказують на кілька практично значущих висновків. По-перше, соціальна підтримка – особливо з боку родини – є не фоновим чинником, а центральним ресурсом адаптації у шпитальний період. По-друге, збереження суб'єктності – відчуття, що людина хоч щось контролює у своєму стані та повсякденному житті – має виражений стабілізуючий ефект. По-третє, психологічна допомога, яка зводиться до разових зустрічей без тривалого контакту, не справляється зі своєю функцією. По-четверте, порушення сну потребують системної психологічної уваги, якої наразі немає. По-п'яте, груповий формат роботи з пораненими, побудований на спільності досвіду, має значний нереалізований потенціал. Якісний підхід не дає готових рецептів, але дає щось інше – розуміння того, як людина насправді переживає те, що з нею відбувається. Саме це розуміння і є точкою відліку для будь-якого ефективного втручання. Література: American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.; DSM-5-TR)*. American Psychiatric Publishing. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa> Germain, A. (2013). Sleep disturbances as the hallmark of PTSD: Where are we now? *American Journal of Psychiatry*, 170(4), 372-382. Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695-706. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder (NICE Guideline NG116)*. NICE. Southwick, S. M., Pietrzak, R. H., Tsai, J., & Krystal, J. H. (2015). Resilience: An update. *PTSD Research Quarterly*, 26(2), 1-8. Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: A review of randomized clinical trials. *JAMA*, 314(5), 489-500.