

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ЧЕРНІГІВСЬКИЙ КОЛЕГІУМ»
ім. Т.Г. ШЕВЧЕНКА
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ
ТА СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ

Кваліфікаційна робота
освітнього рівня «магістр»
на тему
**«ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ
ЯКІ ОТРИМАЛИ БОЙОВУ ПСИХОЛОГІЧНУ ТРАВМУ»**

Виконав:

магістрант II курсу, 61 групи
спеціальності 053 «Психологія»

Свириденко Михайло Петрович

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук, доцент
Ющенко Ірина Миколаївна

Захищено з оцінкою _____

Голова ЕК _____

Чернігів 2024

Студент _____

(підпис) (прізвище та ініціали)

Науковий керівник _____

(підпис) (прізвище та ініціали)

Рецензент _____

(підпис) (прізвище та ініціали)

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри

загальної, вікової та соціальної психології

протокол № _____ від «____» _____ 2024 року. Студент (ка)

допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри _____

(підпис) (прізвище та ініціали)

ЗМІСТ

<i>Вступ.....</i>	<i>3</i>
<i>Розділ 1. Теоретичний аналіз феномену бойової психологічної травми та методів психологічної допомоги при її виникненні.....</i>	<i>5</i>
1.1. Бойова психологічна травма, як психологічне явище.....	5
1.2. Причини і чинники бойової психологічної травми.....	12
1.3. Поняття про психологічну реабілітацію військовослужбовців та методи психологічного відновлення осіб, які зазнали психологічного травмування	16
Висновки до Розділу 1	21
<i>Розділ 2. Розробка та впровадження програми психологічної реабілітації військовослужбовців, які отримали бойову психологічну травму.....</i>	<i>23</i>
2.1. Методи та процедура первинної діагностики військовослужбовців, характеристика вибірки.....	23
2.2. Зміст та структура програми психологічної реабілітації військовослужбовців, методи психологічної реабілітації.....	26
2.3. Результати впровадження програми.....	34
2.4. Висновки до Розділу 2	37
<i>Висновки.....</i>	<i>39</i>
<i>Література.....</i>	<i>41</i>
<i>Додатки.....</i>	<i>44</i>

ВСТУП

Актуальність теми Однією з «чорних» дат у історії нашої країни, стала дата початку повномаштабного вторгнення російської федерації. На захист територіальної цілісності і недоторканності нашої держави стали вчорашні слюсарі, сантехніки, електрики та інші представники цивільних професій різного напрямку, які ніколи не пов'язували своє життя з армією. В умовах повномаштабної війни відсутня можливість повноцінної психологічної підготовки військовослужбовців, що в свою чергу відбивається на психологічній готовності та як наслідок прояві ознак гострих стресових розладів. Сучасні умови ведення бойових дій призводять до виснаження як фізичних так і психологічних ресурсів людини. Висока інтенсивність бою, умови і неготовність людини до дії на її організм факторів бойового стресу, тривалий період перебування у зоні боїв, сімейні проблеми на фоні стресових подій високої інтенсивності викликають у людини гострі стресові реакції на ненормальні події бойової обстановки.

Проблема бойового стресу, негативних психічних та психологічних наслідків, до яких він призводить, досить добре розроблена у психологічній науці (Блінов О.А. [6], Колесніченко О.С. [11], Кокун О.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О., Агаєв Н.А. [12], Лебедева С. Ю. [15]). У низці зарубіжних та вітчизняних досліджень висвітлено та узагальнено досвід психологічної реабілітації військовослужбовців (Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення [12], Джурінська, М. Ю. Психологічна реабілітація учасників військових дій [9], Крук І.М., Григус І.М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом [13], Goodwin J. The etiology of combat-related post-traumatic stress disorders [27], Post-Traumatic Stress Disorder of the Vietnam Veteran. Ed. by T. Williams. Cincinnati, Disabled American Veterans, Glover H. Four syndromes of post-traumatic stress disorders: Stressors and conflicts of the traumatized with special focus on the Vietnam combat veteran) [30]. Не дивлячись на це, численні аспекти

даної проблеми все ще потребують висвітлення, опрацювання, подальшої розробки та впровадження.

Саме тому розробка методів, засобів, технологій психологічної допомоги учасникам бойових дій є, наразі, надзвичайно актуальною і соціально значущою проблемою сучасної психології, що й зумовило вибір теми даної роботи.

Метою даної роботи є розробка та апробація програми психологічного відновлення військовослужбовців, які отримали бойову психологічну травму.

Об'єктом дослідження є бойова психологічна травма.

Предмет дослідження – технологія психологічного відновлення військовослужбовців, які отримали бойову психологічну травму.

Розроблена і впроваджена нами програма психологічної реабілітації військовослужбовців є складовою реабілітаційної програми, що включає в себе такі реабілітаційні блоки: психологічний (кризове консультування, психоедукація, прийоми саморегуляції, біосугестивна терапія, арт терапія, екзистенціальна терапія), фізичний (лікувально-фізична культура, масаж), культурно-просвітницький (виступ авторських колективів, перегляд відеофільмів, екскурсія у м. Чернігів), соціальний (соціальне інформування та безоплатна правова допомога), духовно пасторської опіки (бесіда з капеланом). Метою даних заходів психологічного відновлення є зменшення проявів симптомів гострих стресових розладів та корекція психологічних станів військовослужбовців з подальшим поверненням їх у війська для виконання бойових завдань.

Структура даної роботи відповідає змісту і складається із вступу, двох розділів, висновків, переліку літератури та додатків.

Розділ 1. Теоретичний аналіз феномену бойової психологічної травми та методів психологічної допомоги при її виникненні

1.1. Бойова психологічна травма, як психологічне явище

Бойовий стрес та його наслідки відомі спеціалістам уже багато років. Перші свідчення про вплив бойового стресу на організм людини належать Геродоту, батьку історії. Описуючи Марафонську битву 490 р. до н.е., він згадував про афінського воїна Епізелосе, якій втратив зір після бою. Ця подія сталася після побаченої ним сцени загиблі солдата, хоча сам Епізелосе не отримав явних фізичних ушкоджень.

Також, описує той же Геродот, спартанський цар Леонід, у битві при Ферпопілах, звільнив своїх солдат від бою, так як вони були «душевно виснажені», після важкої битви [6, с. 7].

Незважаючи на наявність проблеми психічних розладів у солдат, які брали безпосередню участь у бойових діях, ці явища почали *систематично* вивчати лише наприкінці XVII ст. Швейцарський лікар Дж.Хофер у 1688 році вперше використав термін «ностальгія». У своїх наукових працях він описував це явище наступним чином. Ностальгія – потенційно фатальна форма туги за домівками, характерна «меланхолією, тугою за рідним домом, безсонням, відсутністю апетиту, тривогою, прискореним серцебиттям, ступором і лихоманкою» [28, с. 359-368].

Поширеність психологічних травм під час ведення Громадянської війни в США дозволили американцю Г. Хартшоноу пояснити ці явища «виснаженням серцевого м'яза», який згодом отримав назву «кардіального неврозу». Згодом був введений термін «солдатське серце», описувався він як комплекс, що включав «біль у грудях, тахікардію, головний біль та запаморочення, слабкість та діарею, пильність і лякливість» [6, с. 9].

На сьогоднішній день, поняття бойового стресу, має три напрямки досліджень.

Перший напрямок (С.Литвинцева, В.Шамрей, А.Резник, Л.Кандибович, О. Караяні, І.Сиромятников) *акцентує увагу* на адаптаційній активності людського організму, напрузі механізмів реактивної саморегуляції і закріпленні пристосувальних психофізіологічних змін.

Другий напрямок (І.Приходько, К.Кравченко, О.Тімченко, Ю. Широбоков) *розглядає бойовий стрес* з психологічних позицій безпеки і виникнення неспецифічних доклінічних психологічних проявів, специфічних нозологічних проявів психічних розладів, переживань, які мають місце у вигляді емоційних, інтелектуальних, фізичних та поведінкових реакцій.

Третій напрямок пов'язаний з уявленнями про бойовий стрес спеціалістів НАТО, які вважають його індивідуальним відображенням бойової стресової реакції [6, с. 63].

Підсумовуючи дані підходи приходимо до висновку, що бойовий стрес є стан психічного напруження військовослужбовців у процесі їх адаптації до умов бойової діяльності з використанням ресурсного потенціалу.

Під дією внутрішніх і зовнішніх стрес факторів відбувається адаптація військових до нових специфічних умов бойової діяльності. І у цьому аспекті ключову роль грає існуючий рівень фізіологічних та психологічних ресурсів людини.

Неможливість пристосування психіки людини до подій високої інтенсивності, за рахунок наявних і неї психологічних ресурсів, формує інший адаптаційний механізм – бойову психологічну травму.

Якщо сила та інтенсивність зовнішніх стресових факторів перевищать індивідуальні можливості адаптації психіки людини відбувається «злам адаптаційного бар'єру» та відповідно її психічне травмування. Саме тут ми можемо говорити про отримання людиною психологічної травми.

Згідно з «Загальним підручником психіатрії» (Comprehensive Textbook of Psychiatry) тотожним до психологічної травми є відчуття «інтенсивного

страху, безпорадності, втрати контролю загрози смерті або каліцтва» [26, с. 918-924].

Важкість травматичної події не можна раціонально осмислити, так як це призводить до безглузвих порівнянь різних жахів між собою. Проте, маємо змогу говорити про певний досвід, переживання якого збільшує імовірність травматизації. Маються на увазі ситуації, коли особа захоплена з незнацька, потрапляє в пастку або стрес має пролонгований характер і людина доведена до виснаження. Також сюди можемо віднести реальний страх смерті або каліцтва, коли людина стає свідком екстремального насильства або жахливої смерті (результати бою).

Травматичні події викликають глибокі та тривалі зміни у фізіологічному тонусі, емоціях, сприйнятті та пам'яті. Травмована людина може переживати сильні емоції, не пам'ятаючи самої події, або ж спогади можуть бути присутні, але без емоцій. Людина може перебувати у стані постійної тривожності та дратівливості [8, с. 60].

Абрам Кардінер наступним чином описував основні порушення при бойових травмах: «Увесь апарат узгодженої та цілеспрямованої діяльності розлітається на друзки. Сприйняття стає нечітким та просякнутим жахом, відмовляють узгоджувальні функції судження та розпізнавання органи чуттів можуть взагалі припинити працювати... Агресивні імпульси стають дезорганізованими та втрачають зв'язок з поточною ситуацією. Функції автономної нервової системи також можуть ставати дисоційованими від решти організму» [8, с. 45].

Поет Роберт Грейвз згадував: «Я розумово та нервово усе ще був налаштований на війну. Опівночі на моєму ліжку вибухали бомби, хоча поряд зі мною на ньому була Ненсі; у незнайомців на вулиці були обличчя вбитих друзів. Коли мені стало сил піднятися на пагорб за Гарлеком та відвідати мій улюблений край, я мимоволі бачив у ньому майбутнє поле битви» [8, с. 45].

У наш час існує декілька підходів до розуміння причин виникнення бойової психологічної травми.

Так, А. Свядощ бачить психологічну травму результатом впливу психотравмуючих подразників, сила яких визначається значимістю патогенної інформації для даного індивіда [19, с. 9].

Ф.Бассін, В. Рожнов і М.Рожнова відзначають, що психологічний захист грає роль спонтанного усунення психічних травм, а саме травми обумовлені порушенням психологічного захисту [5, с. 34-43].

Ю.А. Олександровський з колегами розглядає травматизацію з точки зору концепції індивідуального бар'єру психічної адаптації. Відповідно до цієї концепції психотравмуючі фактори викликають напругу активності даного бар'єру. В результаті цього відбувається порушення «психічного гомеостазу» і зниження рівня адаптації, що згодом може призвести до психологічної травми [2, с. 38-40].

Е. Сендеков вважає бойовою психологічною травмою паталогічний стан центральної нервової системи, особливості патогенезу та феноменологія якого визначає специфічність зовнішніх етіологічних причин і внутрішніх умов, які змінюються під їх впливом [20].

З. Фройд вважав травму, як прорив певного захисного шару психіки зовнішнім фактором (агентом), який проник всередину психіки і дезорганізував її роботу [24, с. 227-238].

На думку О.А. Блінова, бойова психологічна травма – це паталогічний стан центральної нервової системи, що формується в наслідок дії бойового стресу. Відбувається пошкодження захисних механізмів саморегуляції та прорив бойовим стрес-фактором захисту психіки особистості в результаті чого відбувається перевищення її адаптивних можливостей та зміна поведінки [6, с. 239].

Водночас, Блінов О.А. вважає, що бойовий стрес буває двох видів: мобілізуючий, направлений на відновлення гомеостазу та деструктивний, який руйнує організм та нервову систему.

Для наочного пояснення процесу психотравматизації військовослужбовців Бліновим О.А. з колегами була розроблена модель формування бойових стресових розладів «Хрест», що складається з наступних складових елементів (Рис.1.1):

- факторів бойового стресу (тривалість, інтенсивність, потужність);
- онтогенетичних факторів, які в свою чергу складаються з двох блоків – фізіологічного та психологічного. У фізіологічний блок входить спадковість, вік, спосіб життя, поранення, травми, захворювання та ін. У психологічний блок входить: спрямованість особистості, темперамент, ціннісні орієнтації, характер, здібності, мотиви, інтереси, оцінка, переконання, потреби, освіта, виховання, психологічні механізми захисту та ін.
- психосоціальних факторів, таких як: патріотизм, рівень бойової та психологічної підготовки, упевненість у кваліфікованій і своєчасній медичній допомозі, належна вогнева підтримка, довіра до командирів, емоційні відносини, відповідальність, достовірність інформації, вміння швидко приймати рішення, матеріальна забезпеченість, наявність сім'ї та ін.;
- індивідуального бар'єру психологічної адаптації;
- рівнів бойового стресу;
- проявів бойової психічної травми;
- резервів психіки особистості [6, с. 240-242].

Слід зазначити також, що ж саме відбувається з нашим тілом та мозком при отриманні людиною психологічної травми.

Стрессова подія, спрямована на виведення організму із стану «гомеостазу», спричиняє певну реакцію, яка виражається у низці нейронних та ендокринних змін, які направлені на те, щоб людина пережила певні події та на відновлення організмом стану «гомеостазу».

Критично важливі процеси, що відбуваються у мозку, визначають початок відповіді на стрес. Стрессова подія активізує мигдалеподібне тіло, яка попереджує нас про небезпеку та ініціює реакцію організму на стрес,

забезпечуючи оборонну поведінку; нейрони мигдалеподібного тіла стимулюють нейрони стовбура мозку, які надалі гальмують парасимпатичну і включають симпатичну нервову систему, вивільняючи гормони стресу (адреналін, норадреналін).

Мигдалина також слугує зв'язковою ланкою для іншої основної гілки стресової реакції, бо активізує паравентикулярне ядро (ПВЯ) гіпоталамуса. А ПВЯ спрямовує проєкції до основи гіпоталамуса, де секретується кортикотропін-релізінг-гормон,



Рис. 1.1 Модель формування бойових стресових розладів «Хрест» [6, с. 240].

що стимулює гіпофіз до вивільнення адренокортикотропного гормону, який стимулює секрецію глюкокортикоїдів з надниркових залоз.

Глюкокортикоїди разом з симпатичною нервовою системою дають організму можливість пережити фізичний стресовий чинник, бо активізують класичну реакцію «бийся або тікай» [18, с. 111-112].

Якщо людині вдається виконати активні дії, спрямовані на порятунок, або коли людина опиняється в безпеці, стресова реакція в мозку та тілі стихає і організм відновлює «гомеостаз». Це звільняє розум для того, щоб людина змогла осмислити пережите. Але у разі, коли «гомеостаз» з якихось причин відновити не вдається, або неможливо активувати реакцію «бий або біжи», або ж подія має тривалий характер, людина може застрягати у болісній ситуації і припиняє рух уперед, тому що не може інтегрувати пережитий досвід у своє життя. Внаслідок цього вона організовує своє життя таким чином, ніби травматичний досвід триває, зовсім не змінюючись з плином часу, бо кожен новий досвід уже спотворений минулим (Рис.1.2) [7].

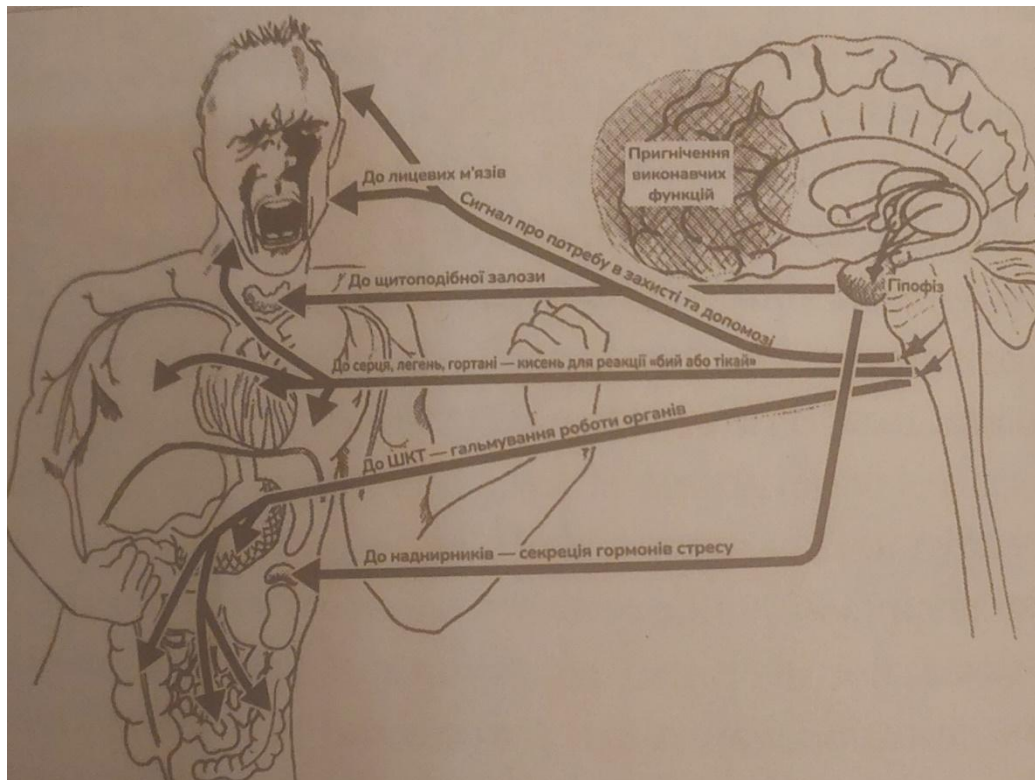


Рис.1.2 Дія травми на організм людини [7, с.79].

Після травми людина продовжує жити та сприймати реальність із зовсім іншою нервовою системою та психікою. Вся енергія використовується організмом на боротьбу з внутрішнім хаосом.

Травма вражає весь людський організм: тіло, мозок та свідомість. Тіло травмованої людини продовжує захищатись від небезпеки, яка давно залишилася у минулому [7, с. 82].

1.2. Причини і чинники бойової психологічної травми.

Військовослужбовець, приймаючи участь у бойових діях, знаходиться у ситуації, яка сприяє екстремальному психотравматичному впливу. На військовослужбовців у зоні бойових дій діють низка психотравмуючих чинників, які можуть викликати ряд порушень психічної діяльності, як у вигляді реактивних станів, так і відтерміновані у часі більш глибокі реакції. Фактор бойового стресу виникає ще до прямого контакту з вітальною загрозою і триває аж до виходу з зони бойових дій.

Стресовий механізм допомагає закріпити нові поведінково-емоційні навички та стереотипи, які мають першочергове значення для збереження життя. Усвідомлений і неусвідомлений рівні психосоціального стресу охоплюють увесь адаптаційний потенціал особистості. Його брак призводить до дезінтеграції психічної діяльності, формуванню неефективних форм адаптаційних реакцій.

Основні фактори, що впливають на стійкість психічного здоров'я (або отримання бойової психологічної травми) умовно прийнято об'єднувати у кілька груп: специфічно-професійні, ситуаційно-психогенні, соціально-психологічні і особистісні (біологічні та індивідуально-психологічні) [11].

До специфічно-професійних належать: бойові дії – реальний страх смерті, результати бойових дій (вид трупів і спотворених тіл), контактний вогневий бій з противником, небезпечна робота (стосується особового складу, який не приймає безпосередньої участі у бойових діях, але знаходиться у секторі виконання завдань біля лінії фронту), ізоляція, тривале

виконання службових завдань (у штабних військовослужбовців тощо), надання допомоги пораненим, робота з загиблими.

Фізичні ситуаційно-психогенні чинники включають: умови місцевості, перегрівання, переохолодження, високу вологість, пил, гуркіт, гул, акустичний удар, удари повітряної хвилі, струс, падіння, погану видимість (туман, темрява), загазованість і задимленість, спрямовану енергію від озброєння, тривалі пересування у повній амуніції. Вище перераховані умови у сукупності з психотравмуючими факторами бою спричиняють виснаження компенсаторних ресурсів, що в свою чергу збільшує ризик отримання бойової психологічної травми.

До соціально-психологічних чинників відносять пролонгований період ізоляції від родини, непопулярність військових дій у суспільстві, обмеженість емоційних та інтелектуальних контактів своєї статево-вікової групи, безуспішність військових дій, великі втрати, засоби інформаційно-психологічного впливу противника, національність військовослужбовців, етнічно-близька національності громадян у зоні бойових дій, схожість віросповідання з релігією однієї зі сторін збройного конфлікту, чуже етнокультурне середовище, ставлення місцевого населення і кримінальна обстановка (мародерство, бандитизм), конфліктні ситуації в сім'ї, важке матеріальне становище військовослужбовця та його родини, низька соціальна підтримка ветеранів після їх повернення із зони бойових дій.

Фактори біологічного рівня – це порушення фізіологічного ритму сну, недосипання, сенсорне перевантаження або депривація, дефіцит харчування і, як наслідок, зневоднення та виснаження, одноманітна їжа, нестача вітамінів, погані гігієнічні умови, фізичні перевантаження або недостатня рухливість, інфекційні захворювання, загострення хронічних хвороб, поранення або каліцтво, сексуальна фрустрація, залежність від психоактивних речовин, дитячі психологічні травми та ін.

Індивідуально-психологічні чинники включають два аспекти: когнітивний та емоційний.

Когнітивний аспект полягає, наприклад, в усвідомленні, що світ несправедливий; що противник має більший бойовий досвід та мотивацію; ідентифікація померлого з собою; непередбачуваність поточної обстановки і невпевненість у результатах війни; необхідність прийняття швидких рішень в умовах екстремальних ситуацій та ін.

Емоційний аспект – це біологічний страх; дезінтеграційний страх (насильницька смерть); соціальний страх (прояв боягузтва); моральний страх (полон, втрата здатності себе захистити); переживання горя у зв'язку з втратою товаришів; почуття провини; злість і лють; туга за домівкою; тривога очікування небезпеки; дефіцит позитивних емоційних переживань; внутрішньо-особистісні та міжособистісні конфлікти; становище новачка в колективі, ізоляція або неможливість усамітнення [11].

На погляд А.І. Адаєва на військовослужбовців під час виконання бойових завдань за призначенням у зоні ведення бойових дій впливають дезорганізація життя в регіоні (паніка, біженці), інформаційний тиск, чуже етнокультурне та релігійне середовище, вороже ставлення місцевого населення, несприятлива обстановка в підрозділах (невисокий авторитет командирів).

На думку А.А. Кашаніна, коли певний підрозділ прямує до зони бойових дій, керівництво не завжди враховує ступінь авторитету і ставлення бійців до призначених командирів, що спричиняло конфліктні ситуації.

Є.О. Іванов зазначає, що негативний вплив на психічний стан військовослужбовців спричиняє тривале перебування в пунктах тимчасової дислокації підрозділів, неможливість забрати тіла загиблих побратимів з поля бою і відсутність інформації про зниклих безвісти [11, с. 31-34].

Також слід відмітити велику роль особистісних особливостей у розвитку психологічної травматизації військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях.

Велику роль відіграє мотиваційна складова у плані психологічної готовності та високого рівня стресової стійкості військовослужбовців учасників бойових дій.

Поведінка людини майже завжди є полімотивованою, проте її дії можна прогнозувати за провідними мотивами (основною мотиваційною тенденцією), що залежить від ціннісних орієнтацій, власного досвіду, соціокультурних та інших факторів.

Ціннісна орієнтація – це складна система принципів, що визначають світогляд, смисложиттєві орієнтири, спрямованість особистості і моральні критерії поведінки.

Цінності особистості та вмотивована поведінка, підкреслює С.Ю. Лебєдєва, задають найважливіші смисли людської життєдіяльності і можуть мати як універсальну, так і культурно-специфічну природу [15].

Позитивна психологія пропонує досить цікаву концептуальну основу для розуміння адаптації людини до виключних умов бойової обстановки. Зростаючий об'єм емпіричних даних свідчить, що сильні сторони характеру грають велику роль в адаптації військовослужбовців у небезпечних ситуаціях бойової обстановки.

Основою позитивного психологічного підходу, який має вирішальне значення для розуміння менталітету та мотивації воїнів, є класифікація сильних сторін характеру людини. Згідно з Петерсеном та Селигманом, які виокремили 24 сильні риси характеру, які є універсальні для людського виду, є шість «основних моральних чеснот»:

- мудрість та знання (творчість, відкритість, любов до навчання, перспективність).
- мужність (хорообрість, наполегливість, цільність, життєва сила).
- людяність (кохання, доброта, соціальний інтелект).
- справедливість (громадянська позиція, справедливість, лідерство).
- помірність (благорозумність, саморегуляція, прощення та милосердність, примирення).

- трансцендентність (надія, духовність, почуття краси, гумор) [29].

Відповідно до концепції BASIC Ph М. Лаада, у людини існує шість основних каналів, які «надають допомогу» при виході зі складної кризової ситуації, а саме: віра, емоції, спілкування, уява, розсудливість, фізична активність [14].

Ступінь сформованості ціннісних орієнтацій говорить про сформованість особистості або її недорозвиненість. Життєва стратегія в цілому формується за рахунок цінностей особистості, а також формують напрям професійного розвитку та результатів професійної діяльності.

Дж. Аткинсон розробив концепцію трудової мотивації, за якою мотивація досягнення (як спосіб самоактуалізації особистості) обумовлює конфліктуюче прагнення домагатися успіху при цьому уникаючи невдачі, у результаті чого формується мотивація, що виявляється у професійній поведінці.

У своїх дослідженнях Ю.В. Бессонова встановила, що ефективність екстремальної діяльності пов'язана із загально-трудовою мотивацією, яка характеризується високим рівнем мотиваційних установок на “результат праці”, “альтруїзм” і “свободу”, а також професійною мотивацією – прагненням до “пізнання”, “спілкування”, “безпеки” та “професійного успіху”. Провідні цілі професійної діяльності такі: досягнення високого соціального статусу і професійних результатів, самопізнання, особистісне і професійне вдосконалення [11, с. 37].

На думку Д. О. Леонтьєва, стресостійкість особистості багато в чому визначається співвідношенням змістовно утворених мотивів із певними поведінковими шаблонами (способами здійснення діяльності) [16].

1.3. Поняття про психологічну реабілітацію військовослужбовців та методи психологічного відновлення осіб, які зазнали психологічного травмування.

Сьогодні багато військовослужбовців, повертаючись із зони проведення активних бойових дій, страждають від величезної ноші психологічних переживань, зміни стилю поведінки, пов'язаної з рефlekсами, яких вони набули у ході виконання бойових завдань за призначенням. Успішна реабілітація ґрунтується на трьох основних діях: спілкування (кризове консультування), прийняття ветерана таким, який він є, робота на корекцію станів використовуючи психологічні засоби (психоедукація, техніки саморегуляції, біосугестивна терапія, арт терапія, екзистенціальна терапія).

У військовій психології вперше поняття «психологічна реабілітація» було введено В.Є. Поповим. Згідно його досліджень «психологічна реабілітація» визначається як «відновлення здатності дисгармонійно розвиненої особистості до нормальної діяльності шляхом створення психологічних умов для її реадaptaції до звичайних умов» [17, с.4].

У процесі відновлення військовослужбовця Попов виокремлює наступні складнощі: перекладання відповідальності за успіх і неуспіх ефективності запропонованих заходів реабілітації на особовий склад центрів, небажання йти на контакти із психологом, закріплення девіантних форм поведінки, соціопатія та зниження самокритичності, завзятий опір щодо соціалізації у суспільство [17].

Згідно з Р.А. Абдурахмановим, психологічна реабілітація – це процес організованого психологічного впливу, спрямований на допомогу військовослужбовцям у подоланні негативних психологічних наслідків пережитого ними психотравмуючого стресу військової діяльності, для забезпечення такого стану психічного здоров'я військовослужбовців, який дозволяє їм досить ефективно вирішувати бойові та службові завдання [1, с. 86].

М.В. Костинський та В.В. Черній під психологічною реабілітацією військовослужбовців, учасників бойових дій розуміють систему медико-психологічних заходів, спрямованих на відновлення функціонального стану

організму, нормалізацію емоційної та мотиваційної сфер, досягнення оптимального рівня особистісної адаптації та оптимізації професійно-важливих якостей цих осіб. Головною метою реабілітаційних заходів виділяється забезпечення соціалізації особи та відновлення її до попереднього рівня. Наголос ставиться саме на соціальному статусі, морально-психологічній рівновазі та впевненості у собі [25].

Під час перебування військовослужбовця у зоні активних бойових дій, в наслідок дії факторів бойової обстановки і травматизації, адаптивний потенціал значно знижується вже через місяць. Навіть у військовослужбовців, які пройшли психологічну підготовку та мають високий рівень опірності щодо бойового стресу, через місяць цей показник знижується втричі [21].

Говорячи саме про тривалість та динаміку розвитку афективних та поведінкових розладів найпоширенішими траєкторіями є: траєкторія опору (resistance) і траєкторія відновлювання (resilience). Опір передбачає здатність психіки опиратися стресовим подіям високої інтенсивності з найменшими втратами психологічного ресурсу. Відновлення у свою чергу це здатність людини повернути собі психологічне здоров'я та відновити адаптивні механізми психіки до попереднього рівня і навіть за рахунок позитивної динаміки вийти на більш якісні показники [21].

Заходи реабілітації своєю дією саме і спрямовані на траєкторію відновлення. Об'єднання разом блоків соціально-психологічного, медичного, культурно-просвітницького та духовно-пасторської опіки та їх дія в динаміці на траєкторію відновлення психіки військовослужбовців і є інструментом відновлення боєздатності та адаптивних механізмів психіки.

Ефективні стратегії подолання наслідків посттравматичних подій базуються [21, с 14-15]:

- на формуванні навичок позитивної переоцінки складної ситуації;
- на стимулюванні спроб осягнути пережити у найрізноманітніших контекстах;

- на активації конструктивного переосмислення власних переживань і можливостей, пов'язаних з травмою;
- на розвитку вміння акцентувати увагу на світлій стороні речей.

Використовувати відновлювальну траєкторію найкраще вдасться людям, які чітко усвідомлюють свою життєву мету, можуть спиратися на власний внутрішній ресурс та вірити в нього, люди, які мають раніше набутий досвід екстремальних ситуацій та ті, які отримують соціальну підтримку від рідних, друзів тощо.

Дослідження лабораторії інституту соціальної та політичної психології засвідчують те, що живі кризи та події високої інтенсивності не тільки руйнують екзистенціальну складову світосприйняття, складову цінностей та стосунків але і можуть бути рушійною силою конструктивної особистісної перебудови. Події високої інтенсивності стимулюють до переосмислення цінностей та пошуку власної ролі на життєвому шляху. Вдало проходячи життєві випробування людина вчиться приймати основні життєві рішення більш самостійно та відповідально, правильно вибирати життєві орієнтири та бути вірним їм [21]. Саме маючи на увазі цих людей можна використати термін «посттравматичне зростання».

У чому проявляється посттравматичне зростання?

- По-перше, у більш глибоких і щирих стосунках людини із значущими для неї людьми.
- По-друге, у кращому розумінні себе, своєї чутливості і сили, сміливості і витривалості.
- По-третє, у вмінні цінувати кожен прожитий день, радіти простим повсякденним дрібницям.
- По-четверте, у бажанні проявляти і розвивати власні здібності, робити те, до чого відчуваєш схильність [21, с. 17-18].

Говорячи про критерії підтримання та відновлення психологічного здоров'я особистості важко не погодитись із дослідженнями Т.М. Титаренко і колег. Вони визначають наступні критерії збереження психологічного

здоров'я людини. Базовим є готовність особистості до життєтворення, життєконструювання. Складовими базової готовності є допоміжні критерії. Для їх виділення Т.М. Титаренко розділяє найбільш значущі особистісні структури: сфера ставлення особистості до самої себе; ціннісно-мотиваційна сфера; сфера самореалізації та сфера стосунків з оточуючими [21, с. 30].

Т.М. Титаренко вважає, що сфера саморозуміння, самоідентифікації стосунків є однією з найважливіших сфер життя особистості. Під час травматичної події людина втрачає відчуття власної цілісності так, як тривали стрес розриває зв'язки між я-минулим, я-теперішнім і я-майбутнім [21, с. 30].

Першим критерієм власного психологічного здоров'я є відновлення цілісності і безперервності шляхом реконструкції каузального зв'язку минулого, теперішнього і майбутнього та вибудовання нових життєвих перспектив, це відновлення віри в себе, без якої неможлива необхідна підтримка і самодопомога [21, с. 30].

Також за даними Т.М. Титаренко з колегами, подовжена фаза дії стресового фактора на людину негативним чином впливає на мотивацію. Гальмуються актуальні бажання, інтереси виходять із фокусу уваги. Втрачається емоційна забарвленість при здійсненні намірів. Ціннісна складова також зазнає змін. Людина втрачає цілеспрямованість у житті [21, с. 31].

Отже, другим критерієм відновлення психологічного здоров'я, на думку Т.М. Титаренко – це можливість посилення потребоно-мотиваційних, ціннісно-смыслових ресурсів особистості, що забезпечують особистісну динаміку, задають горизонти самозмін та є джерелом психологічного ресурсу у процесі зростання [21, с. 31].

Третім критерієм відновлення психологічного здоров'я за Т.М. Титаренко – це можливість підтримування продуктивності і самоефективності особистості, оновлення здатності до самореалізації підвищення креативності у ставленні до власного життя [21, с. 31].

Четвертим критерієм відновлення психологічного здоров'я за Т. М. Титаренко – це можливість відновлення відповідного рівня емоційного інтелекту

і комунікативної компетентності, що передбачає здатність налагоджувати і підтримувати продуктивні стосунки з оточенням [21, с. 31-32].

Отже, спираючись на дослідження Т.М. Титаренко з колегами [21, с. 32-33], визначаємо основні вектори спрямування комплексу заходів реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій, а саме: розвиток самоусвідомлення; розвиток загального доброзичливого ставлення до оточення, прагнення до розгортання власного потенціалу, віднайти власне призначення; різноманітні способи взаємодії; сприйняття своєї тимчасової дезорганізованості, розвиток готовності змінюватися, пошук себе у нових життєвих обставинах.

Висновки до розділу 1.

Отже, підсумовуючи вище сказане, приходимо до наступних висновків. Бойова психологічна травма є порушенням цілісності захисного шару психіки (порушення гомеостазу) та нездатність адаптивних механізмів відновити гомеостаз або ж опрацювати і прийняти новий травматичний досвід.

Процес реабілітації військовослужбовців спрямований, насамперед, на вироблення ефективних копінг стратегій опрацювання травматичного досвіду, тобто на допомогу психіці адаптуватись до нових життєвих обставин. Основними інструментами для побудови необхідних стратегій є зацікавлення людей використовувати свої хобі та інтереси у повсякденному житті, за рахунок налагоджування діалогу між військовослужбовцями та психологом і створення безпечного простору спілкування.

У груповій роботі взявши за інструменти феноменологічний підхід та емпатію, з використанням технік когнітивно-поведінкової терапії, екзистенціальної терапії, арт-терапії, біосугестивної терапії та технік саморегуляції процес реабілітації спрямований на здійснення корекцій психологічних станів тим самим допомагаючи психіці вибудувати адаптаційні механізми.

Загальною метою цієї комплексної роботи, яка включає в себе окрім психологічного блоку, ще і соціальний, медичний, культурно-просвітницький

та блок духовно-пасторської опіки є корекція психологічних станів за для використання відновлювальної траєкторії повернення до власної саморегуляції.

Розділ 2. Розробка та впровадження програми психологічної реабілітації військовослужбовців, які отримали бойову психологічну травму

2.1 Методи та процедура первинної діагностики військовослужбовців, характеристика вибірки.

Заходи психологічного відновлення було проведено з двома групами військовослужбовців, учасниками бойових дій, що знаходяться безпосередньо на вогневих позиціях передової лінії оборони піхотних підрозділів. Загалом це дві групи по 30 чоловік, термін перебування кожної групи на відновленні складає 14 діб. Період виконання завдань за призначенням у зоні бойових дій – до 6 місяців. Вік військовослужбовців від 30 до 50 років.

Анкетування проводилось у бланковому форматі у центрі відновлення боєздатності, в присутності військових психологів. Анкетування анонімне.

Для діагностики військовослужбовців були використані наступні методики.

1) «The Mississippi Scale», військовий варіант – спрямована на виявлення ознак ПТСР, у військовослужбовців після виконання бойових завдань. Методика складається з 35 питань. 30 питань утворюють три шкали, які відносяться до симптомів ПТСР. Це симптоми груп: «вторгнення» - 11 питань, «уникнення» - 11 питань, «збудливості» - 8 питань. Остача п'ять питань описують симптоми пов'язані з почуттям провини та суїцидальної схильності.

2) методика О.С. Колесніченка – на виявлення рівня стресостійкості до бойової психологічної травматизації. Дана методика складається з 45 питань і має такі шкали, як «очікування від участі в бойових діях», «подолання стресової ситуації», «реалізація набутого бойового досвіду». Дана методика описує стійкість до бойової психологічної травматизації особистості на різних етапах участі у бойових діях. Починаючи з очікування участі, сама участь у бойових діях і асиміляція набутого досвіду з виробленням

ефективних стратегій подолання наслідків дії факторів бойового стресу. Загальний показник «Стійкість до бойової психологічної травматизації» розраховується як сума балів, отриманих за трьома шкалами.

3) Експрес опитувальник «Деадаптивність», (І.І.Приходько, Я.В. Мацегора, О.С. Колесніченко, М.С. Байда) спрямований на виявлення ознак деадаптивності особистості. Дана експрес-методика, дозволяє виявити деадаптивні порушення у військовослужбовців, що беруть участь в бойових діях. Методика широко застосовується процедурах психологічного супроводження бойової діяльності військовослужбовців частин і підрозділів Сухопутних військ в під час ведення бойових дій.

Текст опитувальника складається із 45 питань і має такі шкали, як:

- 1) Порушення поведінкової регуляції (порушення регулюючої функції емоційно-вольової сфери та самооцінки);
- 2) Вірогідність вчинення суїцидальних спроб (зневіра в собі, у своїй здатності долати життєві труднощі, звуження перспективи життя);
- 3) Порушення моральної нормативності (втрата стійкості моральних переконань, існує вірогідності делінквентної поведінки);
- 4) Втрата комунікативного потенціалу (втрата почуття ліктю товариша, зменшення можливості розраховувати на допомогу свого колективу, як антистресовий потенціал).

Узагальнююча шкала «Деадаптивність» розраховується, як сума балів за шкалами «Порушення поведінкової регуляції», «Вірогідність вчинення суїцидальних спроб», «Порушення моральної нормативності» та «Втрата комунікативного потенціалу». Відповідно до вираженості показників за даною шкалою деадаптивні порушення можуть бути виявлені на високому, середньому, низькому рівні або на рівні, що свідчить про відсутність деадаптивних порушень.

За результатами проведення первинного діагностування за методикою «The Mississippi Scale» було виявлено, що 23,33% та 6,67% відповідно мають явно виражені ознаки ПТСР, 73,33% та 83,33% відповідно є схильними до

психологічного травмування, 3,33% та 10% відповідно є добре адаптованими (Табл. 2.1).

Таблиця 2.1.

***Загальна оцінка посттравматичного стресового розладу у
військовослужбовців, у %***

Вираженість, у %	ПТСР	Психічні розлади	Добре адаптовані
Група 1	23, 33	73, 33	3,33
Група 2	6, 67	83,33	10,0

Рівень стійкості до бойової психологічної травматизації, згідно з методикою О.С. Колесніченка склав переважно низький та середній рівень: середній рівень 36,67% та 50% відповідно, низький рівень 63,33% та 50% відповідно (Табл. 2.2).

Таблиця 2.2

***Рівень стійкості до бойової психологічної травматизації у
військовослужбовців***

Рівень	Кількість, у %	
	Група 1	Група 2
Низький	63, 33	50,0
Середній	36, 67	50,0
Високий	0,0	0,0

Нормальні показники особистісного адаптивного потенціалу 0% та 3,33% відповідно, дезадаптивні порушення низького рівня 10% та 6,67% відповідно, дезадаптивні порушення середнього рівня 16,67% та 33,33% відповідно, дезадаптивні порушення високого рівня 73,33% та 56,67% відповідно (Табл. 2.3)

Таблиця 2.3

Рівень дезадаптивних порушень у військовослужбовців

Рівень порушень	Кількість, у %	
	Група 1	Група 2
Високий	73, 33	56, 67
Середній	16, 67	33,33
Низький	10,00	6, 67
Відсутність ознак порушень	0	3,33

Отже, як свідчать результати первинної діагностики, більшість військовослужбовців мають ознаки розладів адаптації на фоні стресу та ознаки гострого стресового розладу. Також більшість військовослужбовців можуть виконувати бойові завдання лише на низькому рівні, що пов'язано в першу чергу з їх психологічним станом.

З цією метою була розроблена та впроваджене програма психологічної реабілітації військовослужбовців.

2.2. Зміст та структура програми психологічної реабілітації військовослужбовців, методи психологічної реабілітації.

Програма психологічної реабілітації військовослужбовців поділяється на наступні блоки: психологічний, соціальний, медичний, культурно-просвітницький, духовно-пасторської опіки.

По приїзду до центру реабілітації групи військовослужбовців, керівником групи призначається офіцер психолог, в задачу якого входить проведення заходів психологічного відновлення у форматі занять з елементами тренінгу.

Заняття з елементами тренінгу проводяться кожного дня окрім неділі. Час проведення занять з 9.00 до 12.00.

Блок психологічного відновлення включає в себе наступне:

Вступна бесіда «Знайомство».

Дане заняття являється дуже важливим і базовим для всієї подальшої роботи з військовослужбовцями. Окрім збору очікувань від перебування у центрі реабілітації дуже важливим елементом є встановлення контакту з групою. Налагодження діалогу включає в себе розуміння офіцером-психологом потреб військовослужбовців, їх емоційного стану і при цьому вміння в діалозі з групою мотивувати військовослужбовців на використання інтересів які може запропонувати реабілітаційний центр. А саме: риболовля, катання на велосипедах, прогулянки по лісу, перегляд відеофільмів у кінотеатрі, відвідування сауни, ігри в більярд, настільний теніс, волейбол, футбол, відвідування тренажерного залу.

Використання вправ практичного методу «майндфулнесс».
Психологічна діагностика.

Не менш важливим елементом на перших етапах роботи є приведення людини в стан «тут і тепер», через «я усвідомлення». Дуже важливо щоб людина усвідомлювала безпечність середовища в якому вона перебуває. В цьому напрямі спрацьовують вправи «Я усвідомлюю що...», «5,4,3,2,1» та вправи практичного методу «майндфулнесс».

Психологічна діагностика проводиться за методиками: : "The Mississippi Scale" – на виявлення ознак посттравматичного стресового розладу, методика О.С. Колесніченка – на виявлення рівня стресостійкості до бойової психологічної травматизації, експрес опитувальник «Дезадаптивність», І.І. Приходько, Я.В. Мацегора, О.С. Колесніченко, М.С. Байда на виявлення ознак дезадаптивності особистості.

Психоедукаційна частина, в якій взяте за основу техніки Когітивно-поведінкової терапії, теоретична частина психології стресу та навчання прийомам саморегуляції.

Психоедукація являє собою психологічну просвіту, метою якої є навчання людей необхідним знанням про власне психічне здоров'я, які можуть бути психологічні негаразди та їх наслідки. На цьому етапі проводиться

психоедукаційне заняття на тему: «Поняття стрес. Можливі наслідки психічної травматизації».

За рахунок отримання певної інформації, щодо нормальних реакцій на ненормальні події, спрацьовує психологічний механізм, який і забезпечує оптимальну дію психоедукації на людину.

Результатом психологічного просвітництва має бути по-перше, формування уявлення про можливе виникнення симптомів нормальних реакцій на стрес та готовність до сприймання та прийняття реальності, яка є «тут і тепер». І, по-друге, розуміння, що те, що учасник відчуває, є нормальними реакціями на ненормальні події. Тоді людина почувається менш ушкодженою та менше буде відчувати втрату саморегуляції.

Наступним етапом роботи є психоедукаційне заняття на тему: «Копінг-стратегії у подоланні стресових ситуацій». Метою якого є ознайомлення з копінг-стратегіями у стресових ситуаціях. Знаходження ефективних стратегій вирішення життєвих стресових ситуацій з ефективним відновленням психологічного ресурсу.

Наступним кроком є навчання прийомам саморегуляції.

Техніка релаксації «Безпечне місце» включає в себе прийоми візуалізації з використанням уяви. Людина може уявити «безпечне місце» тим самим підвищивши свій психологічний ресурс.

Релаксація, за своєю суттю, є розслабленням тіла та звільненням від зайвої емоційної напруги. В процес релаксації покладений принцип пов'язаності тіла та психіки. Тобто, коли розслабляється тіло, лімбічна система людини реагує певним чином, провокуючи виділення у кров серотоніну та дофаміну.

Метод самонавіювання допомагає нам трансформувати наші уявні образи у слова. Слова, що несуть у собі певну мотиваційну складову, певним чином сприймаються на емоційному рівні і, відповідним чином, утворюють певний емоційний фон. Базою для цього емоційного фону є ставлення, намір, установка. Прикладом можуть служити наступні вислови: «Я спокійний і

впевнений у собі», «Я впевнений у своїх товаришах, вони ніколи не підведуть», «Я рішучий і сміливий», «Я як сталева пружина – потужна, пружна, незламна» тощо.

Морально-комунікативна складова відновлення, за основу якої взято поняття про стратегії поведінки в конфлікті та «включеність» як частина діалогу у гештальт підході.

«Включеність» має на меті певне сприймання досвіду іншої людини та прийняття іншої людини такою, якою вона є. При цьому інструментом є саме феноменалогічний підхід за виключенням механізму емпатії, оскільки емпатія тлумачиться як сприйняття досвіду іншої людини через звернення до власного. Наразі, досвід іншої людини сприймається, як власне «інакший». Таким чином, основою включеності є бачення відмінностей іншої людини від себе і прийняття іншої людини такою як вона є.

На цьому етапі проводиться групове заняття з елементами тренінгу на тему «Стратегії подолання у конфліктних ситуаціях».

Ціннісно-смилова складова, в основу покладано техніки екзистенціальної терапії В. Франкла.

Під час виконання завдань у зоні бойових дій військовослужбовці дуже часто задаються певними питаннями сенсу перебування їх у надскладних умовах дії факторів бойового стресу. Чи є сенс терпіти нелюдські умови бойових дій? Чому саме я? Чому це відбувається саме зі мною? В чому сенс життя, коли людина знаходиться так близько від смерті? Відповісти на ці питання може екзистенціальна терапія, основоположником якої вважається В. Франкл.

«Людина стає тим, ким вона є, завдяки справі, яку вона робить своєю», вважає К. Ясперс. Лише у тій мірі, в якій людині вдається здійснити сенс, який вона знаходить у зовнішньому світі, вона здійснює і себе. Якщо ж людина має намір актуалізувати себе замість здійснення сенсу, сенс самоактуалізації втрачається. Людину спонукає не насолода і щастя, як такі, а, скоріш, те, що їх породжує, будь то здійснення особистого сенсу, спілкування з іншою людиною або спілкування з Богом [22].

Прагнення до осмислення свого власного життя не є обов'язком, це свобода кожної людини намагатися стати тим ким вона хоче стати, цей вибір це наша свобода і це наша відповідальність, яка в свою чергу інерціально співвідноситься з двома речами: з сенсом, за здійснення якого ми відповідальні, та з тим, перед ким ми несемо цю відповідальність [22].

Що стосується цінностей то Франкл відзначав, що це є: творчість, яка реалізується через працю. СENS праці полягає у тому, що людина дає, як особистість, своїй роботі. Кохання – це взаємини на рівні духовного, сенсового рівнів, переживання іншої людини в її неповторності та унікальності, пізнання її глибинної сутності. Цінності стосунків, до яких людина приходить, коли тяжіють обставини, які вона не може змінити. Але при будь яких обставинах людина може зайняти осмислену позицію стосовно них та знайти у своїх стражданнях глибокий життєвий сенс [22].

Необхідною умовою психічного здоров'я є певний рівень напруги, що виникає між людиною, з одного боку, та локалізованим у зовнішньому світі об'єктивним сенсом, який їй належить здійснити, з іншого. Насамперед, вважав Франкл, фундаментальним феноменом для розуміння людини є самотрансценденція людського існування. За цим поняттям стоїть той факт, що людське буття орієнтоване назовні, на щось, що не є ним самим, на щось або на когось: на сенс, який необхідно здійснити, або на іншу людину, до якої ми тягнемось з любов'ю. У служінні справі або у любові до іншого людина здійснює саму себе, саме це і є ключем до лікування [23].

На цьому етапі проводиться два групових заняття з елементами тренінгу: «Шлях до мети» та «Цінності життя». Метою цих занять є визначити цілі щодо майбутнього життя; виявити реальні перспективи і можливі наслідки своїх дій; сформувати почуття особистої відповідальності за виконання поставлених цілей; сформувати вміння долати життєві труднощі на шляху до виконання поставлених життєвих цілей; сформувати здатність підтримувати особисту мотивацію при досягненні своїх цілей. Усвідомлення

найголовніших життєвих цінностей та їх значення. Формування вміння долати життєві негаразди та труднощі.

Ресурсна частина включає в себе техніки біосугестивної терапії та арттерапії

Автором методу біосугестивної терапії є лікар-психотерапевт О. Стражний. Метою метода є корекція психологічних станів, психосоматичних розладів: розлади сну, головні болі, хронічна втома, роздратування, тривоги, панічні атаки.

На сеансі біосугестивної терапії терапевтом відтворюється текст аудіозапису. Під час сеансу виконується тілесна інтервенція, за рахунок якої увага клієнта акцентується на тій ділянці тіла про яку в даний момент йде мова.

Основною метою арт терапії є робота з внутрішнім емоційним фоном, в наслідок підвищується ресурсна складова.

Техніки арт-терапії направлені на роботу з несвідомим, і переведення певної проблеми на свідомий рівень, при цьому робота відбувається з емоціями, перехід від низькоенергетичної емоції печалі до високоенергетичної емоції радості. Це відбувається за рахунок образів та творчої діяльності.

А. Хілл вказує на те, що образотворче мистецтво має цілющий ефекти за рахунок відволікання пацієнта від «негативних переживань» [28].

Е. Крамер вважала, що арт терапія дає змогу пережити заново внутрішні конфлікти і вирішити їх, за рахунок процесів художньої творчості [4].

М. Андерсон-Уоррен розуміє арт-терапію, як турботу про емоційне самопочуття за рахунок засобів творчої діяльності [3].

У творчому процесі задіяна права півкуля мозку, яка в повсякденному житті не так часто використовується. Гармонійний розвиток особистості передбачає задіяння обох півкуль головного мозку з нормальною міжпівкульною взаємодією.

Арт-терапія працює з внутрішніми ресурсами людини, які тісно пов'язані з творчістю. Відмінною рисою людини є здатність і потреба у відображенні свого

внутрішнього світу. Ця особливість дозволяє активно переробляти інформацію, яка надходить ззовні. Результатом є адаптивні механізми психіки [10].

Метою тренінгової програми є побудова необхідних стратегій подолання кризових ситуацій та використання позитивної траєкторії повернення до власної саморегуляції.

Підведення підсумків. Рефлексія. Психологічна діагностика.

Метою є усвідомлення важливості та сенсів проходження програми реабілітації для кожного військовослужбовця. Усвідомлення свого стану «тут і тепер» у порівнянні зі станом на початку програми. Усвідомлення важливості отриманих знань та вмінь.

Насамкінець групової роботи дуже важливим є те, щоб процес став завершеним. Завершення через усвідомлення та прийняття того факту, що групова робота завершена і асиміляція набутого досвіду на етапі рефлексії, через усвідомлення того чи збулись очікування, що вдалось а що ні за ці два тижні. Усвідомлення змін у своєму психоемоційному стані.

Психологічна діагностика проводиться за методиками: "The Mississippi Scale" – на виявлення ознак посттравматичного стресового розладу, методика О.С. Колесніченка – на виявлення рівня стресостійкості до бойової психологічної травматизації, експрес опитувальник «Дезадаптивність», І.І. Приходько, Я.В. Мацегора, О.С. Колесніченко, М.С. Байда на виявлення ознак дезадаптивності особистості.

Програма реабілітації військовослужбовців містить заходи соціальної підтримки, фізичної реабілітації, культурно-просвітницькі заходи та духовно-пасторську опіку.

Блок соціальної підтримки,

Програмою передбачені наступні заходи:

Інформування на тему: «Алгоритм дій військовослужбовця у разі поранення, травми чи захворювання». Інформування на тему: «Соціальний захист військовослужбовців та членів їх сімей». Дані заходи мають на меті інформаційну підтримку військовослужбовців, що до їхніх прав.

Також військовослужбовці можуть звернутися у безкоштовний центр правової допомоги де можуть отримати інструментальну підтримку, у разі порушення їх прав.

Блок фізичної реабілітації.

Програмою передбачені наступні заходи:

Масаж, метою якого є релаксація тіла, за рахунок прибирання неврологічного шуму та розслаблення нервової системи. Розслаблення та відновлення кровообігу у м'язах.

Виконання діафрагмального дихання, метою якого є зниження тривоги, нормалізація акту дихання, гармонізація стресової системи організму.

Релаксація хребта на ролах, метою є зняття неврологічної симптоматики та відновлення фізичного стану.

Культурно-просвітницький блок.

Програмою передбачені наступні заходи:

Дві лекції: *«Пропаганда у архітектурі та мистецтві»*, метою якої є розуміння пропагандистського впливу країни агресора, через архітектуру, пам'ятники та інші витвори мистецтва. *«Історія українського козацтва»*, метою якої є усвідомлення своєї культурної приналежності до українського козацтва та національної ідентичності, підвищення мотиваційної складової. Лекції проводяться один раз на тиждень (на третій і одинадцятий день перебування військовослужбовців) з 14.00 до 15.20.

Екскурсія у м. Чернігів, метою є культурне просвітництво, розуміння приналежності до історії, яка веде свій початок з часів Київської Держави. Екскурсія проводиться кожної неділі, тривалість екскурсії з 10.00 до 16.00.

Перегляд відеофільмів починаючи з розважального напрямку і закінчуючи фільмами про сильних особистостей та особистісне зростання. Метою є приведення до ресурсного стану, використовуючи мистецтво кінематографу з подальшим зростанням мотиваційної складової. Кінофільми демонструються у кінозалі з використанням великого екрану, кожного дня з 19.00 до 21.00.

Спортивно-масові заходи. Організація змагань з настільного тенісу, більярду, дарцу, шашок, футболу та баскетболу. Метою є підвищення командного духу та волі до перемоги. Змагання проводяться два рази на тиждень, кожної п'ятниці з 14.00 по 17.00.

Блок духовно-пасторської опіки.

Програмою передбачені наступні заходи:

Бесіда з капеланом на тему: «Молитва, як спілкування з Богом і з самим собою». Бесіда з капеланом на тему: «Духовний меч». Метою заходів є пошук мети та сенсів життя за рахунок віри в Бога. Підвищення стресостійкості та психологічного ресурсу, використовуючи духовну складову.

Велике значення має блок духовно-пасторської опіки, який займає своє значне місце у екзистенціальній частині відновлювальної роботи. Дуже важливою складовою частиною цієї роботи є усвідомлення військовослужбовцями права вибору і відповідальності за наслідки свого вибору.

Для згуртування групи проводились спортивно масові заходи спрямовані на формування команди.

Не менш важливим елементом роботи є поза програмне особисте консультування військовослужбовців.

К. Роджерс разом з прихильниками теорії та практики особистісно-центрованого консультування, вважають, що надання психологом допомоги клієнту у вигляді психологічного консультування є не тільки необхідна, а і достатня умова для конструктивної корекції станів. Саме допомога надається шляхом емпатійного розуміння, уважного ставлення до вибору клієнта свого життєвого шляху, щирості та «активного слухання» [30].

2.3. Результати впровадження програми.

Перед початком програми реабілітації була проведена первинна діагностика військовослужбовців. Після проходження програми реабілітації

була проведена вторинна діагностика. Порівняння отриманих даних показало наступне.

Порівняння рівнів ознак посттравматичного стресового розладу у досліджуваних за методикою «The Mississippi Scale» наведено у наступній таблиці (Табл. 2.4)

Таблиця 2.4

Рівень ознак посттравматичного стресового розладу у досліджуваних військовослужбовців за методикою «The Mississippi Scale» до і після впровадження програми психологічної реабілітації, у відсотках

№ групи	Рівень прояву	Кількість військовослужбовців, у %	
		до	після
Група №1	Добре адаптовані	3,33	13,33
	Схильні до травмування	73,33	80,0
	Ознаки ПТСР	23,33	6, 67
Група №2	Добре адаптовані	10, 0	10,0
	Схильні до травмування	83,3	86, 66
	Ознаки ПТСР	6,7	3,33

Як впливає з наведеної таблиці кількість військовослужбовців з ознаками ПТСР зменшилась в обох групах, а кількість тих, хто відчувається добре адаптованими зростає. Водночас, на кілька відсотків в обох групах зростає і кількість тих, хто схильний до психологічного травмування. На нашу думку, це потребує додаткового дослідження.

Таблиця 2.5

Рівень показника стресостійкості до бойової психологічної травми за методикою О.С. Колесніченка, до і після впровадження програми психологічної реабілітації, у відсотках

№ групи	Рівень прояву	Кількість військовослужбовців у %	
		до	після
Група №1	Високий рівень стійкості	0,0	10,0

Закінчення таблиці 2.5

Група №1	Середній рівень стійкості	36,67	46,66
	Низький рівень стійкості	63,33	43,33
Група №2	Високий рівень стійкості	0,0	0,0
	Середній рівень стійкості	50,0	63,33
	Низький рівень стійкості	50,0	36,66

Наведені в таблиці дані показників стресостійкості (Табл. 2.5) свідчать про збільшення загального рівня стійкості щодо бойового травмування, оскільки в обох групах спостерігається підвищення частки досліджуваних із середнім рівнем стійкості та зменшення частки тих, хто має низький рівень.

Таблиця 2.6

Рівень загального показника ознак дезадаптивних порушень за експрес-опитувальником «Дезадаптивність» до і після впровадження програми психологічної реабілітації, у відсотках

№ групи	Рівень прояву дезадаптивних порушень	Кількість військовослужбовців, у %	
		до	після
Група №1	Відсутність порушень	0,0	3,33
	Порушення низького рівня	10,0	26,67
	Порушення середнього рівня	16,67	26,67
	Порушення високого рівня	73,33	43,33
Група №2	Відсутність порушень	3,33	3,33
	Порушення низького рівня	6,67	16,66

	Порушення середнього рівня	33,33	33,33
	Порушення високого рівня	56,67	46,66

Наведені в таблиці дані показників рівня прояву дезадаптивних порушень (Табл. 2.6) свідчать про позитивну динаміку адаптаційного процесу, оскільки в обох групах спостерігається зменшення частки досліджуваних з дезадаптивними порушенням високого рівня.

Висновки до розділу 2.

За результатами проведення психологічного діагностування після проведення реабілітаційних заходів було встановлено наступне. Показники явно виражених ознак ПТСР вдалось знизити до 6,67% та 3,33% відповідно, 80% та 86,66% відповідно є схильними до психологічного травмування, 13,33% та 10% відповідно є добре адаптованими (За даними В.Ю. Шаніна).

Отже, у результаті впровадження програми реабілітації вдалось знизити показники ознак явно вираженого ПТСР в обох групах та збільшити процент досліджуваних, які є добре адаптовані у групі №1, у групі №2 цей процент залишився сталим. На нашу думку дані результати є показником ефективності програми у напрямку зменшення розвитку ПТСР. Процес має явно виражену направленість по використанню позитивної траєкторії виходу з негативних психологічних станів. Однак, збільшення проценту досліджуваних схильних до травмування, на нашу думку потребує окремого дослідження.

Рівень стійкості до бойової психологічної травматизації склав: високий рівень підвищився до 10% у групі №1, у групі №2 залишився на рівні 0%, середній рівень вдалося збільшити до 46,66% та 63,33% відповідно, низький рівень вдалося зменшити до 43,33% та 36,66% відповідно.

Отже, виходячи з даних дослідження можемо зробити висновок, що кількість досліджуваних з низьким рівнем стресостійкості до бойового травмування зменшилась, а за рахунок цього зменшення зросла кількість

досліджуваних з середнім рівнем стресостійкості до бойового травмування. Враховуючи те, що дослідження проводиться не в бойових умовах, а після виходу підрозділу з зони ведення бойових дій, робимо висновок, що програма є ефективною по набуванню військовослужбовцями навичок адаптації та асиміляції уже набутого бойового досвіду.

Нормальні показники особистісного адаптивного потенціалу вдалось збільшити до 3,33% у групі №1, у групі № 2, цей показник залишився на рівні 3,33%, дезадаптивні порушення низького рівня 26,67% та 16,66% відповідно, дезадаптивні порушення середнього рівня 26,67% та 33,33% відповідно, дезадаптивні порушення високого рівня вдалось зменшити до 43,33% та 46,66% відповідно.

Отже, за результатом дослідження рівня прояву дезадаптивних порушень в обох групах спостерігається зменшення проценту досліджуваних з дезадаптивними порушеннями високого рівня. Що в свою чергу свідчить про ефективність програми що до процесу повернення досліджуваних до власної саморегуляції, за рахунок усвідомлення власного стану та вироблення ефективних адаптивних стратегій відновлення.

ВИСНОВКИ

Військовослужбці, беручи участь у бойових діях, зазнають екстремального психотравматичного впливу та ризикують отримати бойову психологічну травму.

Сутність бойової психологічної травми є порушення цілісності захисного шару психіки та нездатність адаптаційних механізмів опрацювати і приймати новий травматичний досвід.

На стійкість психічного здоров'я (або отримання бойової психологічної травми) впливає низка чинників, серед яких: специфічно-професійні, ситуаційно-психогенні, соціально-психологічні та особистісні (біологічні та індивідуально-психологічні).

Процес реабілітації військовослужбовців спрямований, насамперед, на вироблення ефективних стратегій опрацювання травматичного досвіду, тобто на допомогу психіці, яка зазнала травмування, адаптуватись до нових життєвих обставин.

Проведений теоретичний аналіз проблеми дозволяє виокремити основні вектори спрямування заходів психологічного відновлення військовослужбовців-учасників бойових дій, а саме: розвиток самоусвідомлення; розвиток загального доброзичливого ставлення до оточення, прагнення до розгортання особистісного потенціалу, пошук власного призначення у житті; оволодіння різноманітними способами взаємодії з оточуючими; сприйняття своєї тимчасової дезорганізованості, розвиток готовності змінюватися, пошук себе у нових життєвих обставинах.

Відповідно до сучасних досліджень була розроблена програма психологічної реабілітації, спрямована на використання військовослужбовцями позитивної траєкторії виходу з негативних психологічних станів та повернення до власної саморегуляції шляхом асиміляції набутого досвіду і вироблення ефективних адаптаційних механізмів.

У психологічному блоці програми реабілітації ґрунтуючись на «теорії self» гештальт терапії (П.Гудман) вдалось використати цикл контакту, що створило атмосферу довіри у відносинах з військовослужбовцями, учасниками програми.

На основі створення довірливих відносин, вдалось зацікавити та мотивувати військовослужбовців використовувати свої інтереси при проходженні програми, працювати зі своїм тілом і усвідомлювати зміни (робота мультидисциплінарної команди по фізичній реабілітації), які відбуваються при цьому.

В процесі роботи у психологічному блоці вдалось ефективно використати психологічне просвітництво та екзистенціальну теорію В.Франкла, техніки біосугестивної та арт-терапії, які були направлені на відновлення психологічного ресурсу.

Результатами впровадження програми психологічного відновлення свідчать про її ефективність. Згідно з отриманими результатами впровадження, військовослужбовці-учасники бойових дій здійснили суттєві кроки по відновлювальній траєкторії повернення до власної саморегуляції, що у подальшому зменшує ризики розвитку у них ПТСР, ГСР та інших дезадаптивних розладів на фоні стресу.

Список використаної літератури

1. Абдурахманов Р. А. Стрессовые состояния в боевой обстановке и их психологические последствия. Мир психологии. 1998. № 2. С. 86 – 88.
2. Александровский Ю. А., Лобастов О. С., Спивак, Л.И., Щукин, Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991. 96 с.
3. Андерсен-Уоррен М., Грейнджер Р. Драматерапия. СПб.: Питер, 2001. 288 с.
4. Арт-терапия женских проблем / под. ред. А. И. Копитина. М.: Когито-Центр, 2010. 270 с.
5. Бассін Ф.В., Рожнов В.Є., Рожнова М.А. Психологическая травма. Ташкент, 1979. 620 с.
6. Блінов О.А. Бойова психологічна травма : монографія. Київ : Талком, 2019. 699 с.
7. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік. Як залишити психотравми в минулому. Х.: Віват, 2023. 624 с.
8. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів, 2022. 419 с.
9. Джурінська, М. Ю. Психологічна реабілітація учасників військових дій : бібліографічний опис. Одеса : Одеський національний університет імені І.І. Мечнікова, 2017. 77 с.
10. Калька Н., Ковальчук З. Практикум з арт-терапії. Навчально-методичний посібник. Львів: ЛьвДУВС, 2020. 232 с.
11. Колесніченко О.С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Харків : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
12. Кокун О.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О., Агаєв Н.А. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій. Практичний посібник. КНТ, 2023. 168 с.
13. Крук І.М., Григус І.М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. Rehabilitation & Recreation. 2023. Вип.15. С. 50-56.

14. Кучеренко Е., Мороз Р., Цуканова Т. Преодоление боевого стресса и его психологических последствий. Николаев.: КВИТ, 2014. 64 с.
15. Лебедева С. Ю. Сучасні напрямки та організація психологічної допомоги при кризових станах особистості. *Вісник Національної академії оборони України*. 2009. Вип. 2. С. 90 – 93.
16. Леонтьев Д.А. Очерк психологии личности. М.: Смысл, 1997. 64 с.
17. Попов В. Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий (на материале землетрясения в Ленинкане, межнационального конфликта в Фергане и боевых действий в Афганистане). М., 1992. 171 с.
18. Сапольські Р. Біологія поведінки причини доброго і поганого в нас. К.: Наш формат, 2023. 672 с.
19. Свядощ А.М. Неврозы и их лечение. -М.: Медицина, 1982. 386 с.
20. Снедков Е.В. Психогенные реакции боевой обстановки (клинико-динамическое исследование на материале афганской войны). Санкт-Петербург, 1992. 20 с.
21. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій. Практичний посібник / за науковою редакцією члена-кореспондента НАПН України Т.М. Титаренко. Кропивницький, 2019. 220 с.
22. Франкл В. Лікар та душа. Основи логотерапії. Харків, 2023. 320 с.
23. Франкл В. Человек в поисках смысла. Москва, 1990. 363 с.
24. Фройд З. Вступ до психоаналізу. Нові висновки. Тернопіль, 2021. 552 с.
25. Черней В.В., Костицький М.В., Сусарев С.Д. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції: матеріали міжвід. наук.-прак. конф., 30 бер. 2016 р. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2016. С. 31-34.
26. Andreasen N.C., Posttraumatic Stress Disorder, in Comprehensive Textbook of Psychiatry, 4 th ed., ed. Williams and Wilkins, 1985. ст. 918-924.
27. Goodwin J. The etiology of combat-related post-traumatic stress disorders. URL:

<http://www.trauma-pages.com/a/goodwin.php>.

28. Jing W. Nostalgia as content creativity: Cultural industries and popular sentiment. *International Journal of Cultural Studies*. 2006. Val. 9, №3. P. 359-368. URL:

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1367877906066881?icid=int.sj-abstract.similar-articles.8>.

29. Peterson C., Seligman M. Character Strengths and Virtues. A Handbook and Classification. Oxford University Press, 2004. 815 c.

30. Post-Traumatic Stress Disorder of the Vietnam Veteran. Bd. by T. Williams. Cincinnati, Disabled American Veterans, Glover H. Four syndromes of post-traumatic stress disorders: Stressors and conflicts of the traumatized with special focus on the Vietnam combat veteran).

31. Rogers C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality. University of Chicago. Editor's Note. This article is a reprint of an original work published in 1957 in the *Journal of Consulting Psychology*, Vol. 21, pp. 95–103.