

Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т.Г.Шевченка
НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ ПСИХОЛОГІЇ ТА
СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ
Кафедра загальної, вікової та соціальної психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
освітнього ступеня «магістр»
на тему:

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ Є
УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ

Виконала:

студентка 6 курсу 61 групи
напрямку підготовки 053 Психологія
Гавриленко Наталія Петрівна

Науковий керівник:

Дяченко Вікторія Анатоліївна
кандидат психологічних наук, доцент

Захищено з оцінкою _____

Голова ЕК _____

Чернігів 2024

Студентка	_____	_____
	Підпис	П.І.Б.
Наук. керівник	_____	_____
	Підпис	П.І.Б.
Рецензент	_____	_____
	Підпис	П.І.Б.

Кваліфікаційна робота розглянута на засіданні кафедри загальної, вікової та соціальної психології, протокол № _____ від «___» _____ 20__ року. Студентка допускається до захисту даної роботи в екзаменаційній комісії.

Завідувач кафедри _____

ЗМІСТ

Вступ	3
Розділ 1. <i>Теоретичні аспекти психологічної реабілітації військовослужбовців, які є учасниками бойових дій</i>	7
1.1. Сутність поняття «психологічна реабілітація» у наукових дослідженнях	7
1.2. Характеристика посттравматичного стресового розладу як психологічного феномену	12
1.3. Посттравматичний стресовий розлад: причини виникнення та механізми розвитку учасників бойових дій	16
1.4. сновні напрямки психологічної реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом	22
Висновки до розділу 1	29
Розділ 2. <i>Емпіричне дослідження особливостей психічного стану військовослужбовців, які є учасниками бойових дій</i>	31
2.1. Організація та методики дослідження	31
2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих даних	34
2.3. Програма психологічного супроводу військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом	45
Висновки до розділу 2	56
Висновки	56
Список використаних джерел	59
Додатки	67

ВСТУП

Проблема збереження та відновлення здоров'я працівників, які беруть участь в екстремальних видах діяльності в сучасному світі, набуває все більшого значення. Особливо це стосується осіб, що беруть безпосередню участь в активних бойових діях, пов'язаних зі збройною агресією сусідньої держави-терориста, що означає неминуче збільшення навантаження та змісту професійних обов'язків, одночасно збільшуючи вимоги до їх психологічного здоров'я та благополуччя. Ця проблема є вкрай актуальною для професії військовослужбовця в останні роки і потребує комплексного вирішення на сучасному рівні розвитку всіх науково-практичних можливостей щодо їх реабілітації та адаптації до нових умов соціального буття.

Умови праці військових вважаються екстремальними та небезпечними для здоров'я через високу інтенсивність праці, постійний ризик для життя, який призводить до психоемоційного напруження, дізрегуляційних порушень інтегративних систем організму та розвитку професійно обумовленої психосоматичної патології.

Починаючи з 2014 року, десятки тисяч українських військовослужбовців взяли участь у бойових діях на Сході України, демобілізувалися та розпочали свій шлях реадаптації до цивільного життя. Станом на 2020 рік в Україні нараховувалось 1 022 903 ветеранів війни, а на осінь 2021 року, за даними Міністерства соціальної політики в Україні налічувалося понад 481,6 тисячі учасників бойових дій. З початком повномасштабної агресії і тривалістю бойових дій, ця чисельність буде суттєво збільшуватися. Тривалий воєнний конфлікт на території України, загострює потребу пошуку шляхів підтримки морального і психологічного стану як діючих військовослужбовців, так і ветеранів бойових дій.

Група дослідників особливостей реабілітації учасників бойових дій відзначають, що у ста відсотках випадках особи з посттравматичним стресовим розладом (що часто зустрічається після повернення із зони

активного військового конфлікту), наголошують на багатьох соціальних та психологічних проблемах.

Зарубіжними та вітчизняними авторами у багатьох їх дослідженнях було виявлено, що перебування у травматичних ситуаціях згубно впливає на людину і може надалі призвести до нестандартних змін у психіці (М. Грейс, Б. Грін, В. Лесков, Дж. Ліндлі, К. Литвиненко, М. Хоровітц та ін.).

Не дивлячись на технічний прогрес в армії, ключовою фігурою так і залишається людина. Від їх здібностей оцінювати ситуацію, приймати важливі рішення, брати на себе відповідальність за перебіг військових операцій, за життя інших людей, залежить результативність службово-бойових завдань. Результатом реагування психіки військовослужбовців, що брали участь у локальних війнах на ці дії є бойовий стрес, психологічна травма. Тому необхідно працювати з подібними порушеннями та виробляти конструктивні механізми психологічних захистів виходу із стресових ситуацій з метою максимальної адаптації комбатантів та екскомбатантів до умов соціального життя.

Отже, актуальність і важливість психологічної реабілітації військових у процесі їх адаптації до умов мирного життя є складним шляхом пристосування до нових умов існування і тому набуває поглиблене вивчення, що і зумовило вибір теми нашого дослідження: ***«Психологічна реабілітація військовослужбовців, які є учасниками бойових дій».***

Об'єкт дослідження: психологічна реабілітація військовослужбовців.

Предмет дослідження: особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які є учасниками бойових дій.

Мета дослідження полягає у теоретичному та практичному визначенні особливостей психологічної реабілітації військовослужбовців, які є учасниками бойових дій.

Згідно з поставленою метою було визначено **основні завдання дослідження:**

1. Проаналізувати сутність «психологічної реабілітації» у науково-психологічних дослідженнях.
2. Охарактеризувати поняття «посттравматичний стресовий розлад», причини та механізми його виникнення серед військовослужбовців.
3. Емпірично дослідити особливості психічного стану військовослужбовців, які є учасниками бойових дій.
4. Розробити програму психологічного супроводу військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом.

Методологічна та теоретична основа дослідження. Проблемами надання психологічної допомоги особам, що постраждали внаслідок різних екстремальних ситуацій займалися такі науковці як О. Бондаренко, І. Дороніна, А. Єлізаров, І. Корнієнко, М. Крюкова, В. Лисенко та ін. Вплив травматичних подій на особистість є об'єктом досліджень Л. Бондаревської, О. Туриної та ін. Такі вчені як В. Лесков, І. Литвиненко, А. Руденко, В. Шевченко та ін. вивчали проблеми проведення психотерапевтичних заходів з військовослужбовцями, які є учасниками бойових дій.

Методи дослідження:

1. Теоретичні: аналіз та синтез наукових підходів щодо основних понять дослідження, узагальнення, класифікація та конкретизація дефініцій та підходів щодо розуміння сутності посттравматичного стресового розладу, психологічної реабілітації військовослужбовців;
2. Емпіричні методи – психодіагностичні (авторський опитувальник для визначення основних демографічних характеристик та особливостей соціальної діяльності респондентів, шкала оцінки впливу травматичних подій, опитувальник Міні-мульт (Скорочений Багатофакторний Опитувальник для дослідження Особистості (СБОО)), методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) (Шкала зниженого настрою - субдепресії (ШЗНС))
3. Методи математичної обробки даних – описова статистика, порівняльний та кореляційний аналізи.

Структура роботи зумовлена логікою дослідження і складається зі вступу, двох розділів, списку використаних джерел). У першому розділі проаналізовано основні поняття дослідження: психологічна реабілітація, посттравматичний стресовий розлад, а також проаналізовано його особливості реабілітації військовослужбовців. У другому розділі наведено дані емпіричного дослідження особливостей психічного стану екскомбатантів, на основі яких розроблено рекомендації психологічного супроводу військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. Загальний обсяг роботи – 75 сторінок. З них основного тексту – 58.

Розділ 1.

Теоретичні аспекти психологічної реабілітації військовослужбовців, які є учасниками бойових дій

1.1. Сутність поняття «психологічна реабілітація» у наукових дослідженнях

Негативні події життя – хвороба, стресові події, інвалідизація призводять до руйнування суб'єктивної «картини» світу, що вже склалася. Вони не просто змінюють становище людини у світі, але часто ставлять її перед проблемою виживання: не тільки фізичного, але ще більшою мірою виживання особистості, здатної керувати своїм психічним життям.

Складні ситуації, до яких відносяться і безпосередня участь у бойових діях, загострює і оголює багато рис, властиві людині й у стабільніші періоди її життя, але часто приховані, які у згладженої формі. Стрессова подія часто дозволяє виявити, розкрити багато людських особливостей і можливостей. Для одних, розвиток особистості в цих умовах йтиме шляхом подальшого збагачення та ускладнення внутрішнього світу, інших – неконструктивний і навіть патологічний, що багато у чому дестабілізує соціальну ситуацію розвитку особистості.

У людському суспільстві феномен реабілітації існував завжди, хоча як соціальне явище виникло і оформилося тільки в середині XX ст., що сприяло появі низки нових професій: психотерапевт, психолог-консультант, спеціаліст з психосоціальної роботи тощо. У зв'язку з цим виникла потреба чіткішого визначення меж професійної компетенції фахівця та наукової диференціації поняття «психологічна реабілітація».

Термін «реабілітація» з'явився лише наприкінці 1800-х років. Після Другої світової війни в Англії та Сполучених Штатах були розроблені принципи, які згодом стали основою концепцій реабілітації хворих і осіб з

інвалідністю у багатьох країнах по всьому світу. Сам цей термін визначається як використання різних можливостей для зменшення впливу факторів, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідизації; забезпечення особам із певними порушеннями можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції [30].

Реабілітація - це не просто поєднання заходів або ж механічна сума кількох методів. У програмах реабілітації ефективність кожного компонента значною мірою залежить від інших складових. Наявність у програмі реабілітації особистості будь-якого важливого компонента (клінічного, психологічного, фізичного, соціально-трудоного та ін.) підвищує ефективність інших компонентів.

На думку О. Бондаренко [8, с. 18], поняття «психологічна реабілітація» - це діяльність, спрямована на відновлення психічних функцій і особистісного статусу людини, які були порушені психотравмуючими факторами. Її зміст полягає у забезпеченні емоційної, смислової та екзистенційної підтримки (повернення довіри до світу, встановлення відкритих та щирих відносин) людині у важких ситуаціях, що виникають у ході їх життєдіяльності. Така допомога надається в тому випадку, коли людина не може впоратися з труднощами, стабілізувати власний психічний стан, набутти внутрішньої гармонії.

Водночас існує низка таких життєвих ситуацій (екстремальні, критичні, стресові), які є тимчасовими або довготривалими, внаслідок яких порушується звичний спосіб життя людини, погіршується її самопочуття та психічна рівновага. Якщо важка життєва ситуація тривала або її наслідки для людини занадто важкі й нестерпні, виникає потреба в особливій допомозі — кризовій психологічній реабілітації.

Розглядаючи дефініцію психологічна реабілітація в різних наукових джерелах, знаходимо такі визначення:

1. сфера практичного застосування психології, орієнтована на підвищення соціально-психологічної компетенції людей, подолання різних психологічних проблем та формування психологічного здоров'я [8, с.15].

2. професійна допомога спеціаліста у вирішенні психологічних проблем, що виникають у людей різних вікових категорій (дітей, батьків, педагогів). Основні способи надання допомоги - індивідуальне консультування та групові форми роботи психопрофілактичної та психокорекційної спрямованості.

Таким чином, можемо сказати, що психологічна реабілітація проводиться з метою впливу на психічну сферу людини для формування таких якостей у пацієнта та його оточення, що сприяли б максимальній адаптації до соціального середовища в умовах порушеного здоров'я та подолання у його свідомості уявлення про недосяжність реабілітації.

Психологічна реабілітація ґрунтується на наступних принципах:

1. індивідуальний підхід – реабілітаційна програма для кожного клієнта будується з урахуванням порушення, його давності, віку, характерологічних особливостей пацієнта;

2. комплексність проведених психологічних заходів – реабілітація включає заходи, створені задля пристосування до соціальної дійсності, корекцію негативних емоційних проявів, роботу з особистісними сімейними проблемами, профілактику розвитку супутніх порушень;

3. активну участь у реабілітації самого пацієнта, залучення до реабілітаційного процесу його близьких та рідних [1].

Основними видами психологічної реабілітації є:

1. Кризова психологічна допомога – негайна допомога людям, які опинилися у складному/нестерпному для них моменті часу. У її полі знаходяться дебрифінг, первинна допомога при психічній травматизації, катастрофі, при безпосередній загрозі суїциду та ін.

2. Психологічне консультування – має завдання вирішення фокусних чи ситуативних запитів (таких як опрацювання питань взаємодії

людей, дитячо-батьківських відносин, психічного здоров'я та ін.), прояснення психологічних процесів. Консультування може практикуватися в різних напрямках - позитивної психології, клінічної, глибинної та ін. І мати легкий терапевтичний ефект. Робота зазвичай короткострокова (1 – 10 зустрічей).

3. Психотерапія – лікування або «турбота про душу». Ставить за мету полегшення страждання загалом, позбавлення від симптомів зокрема. Має справу з емоційними порушеннями, неврозами, залежностями чи особистісними розладами, із психосоматичними проявами. До психотерапії також можуть звернутися люди, які перебувають у важких життєвих обставинах або мають складнощі у взаєминах, що переживають кризові ситуації, горе, які потребують психологічної підтримки або терапії наслідків психічних травм. Психологічний вплив проводиться із застосуванням методів обраного психологом підходу (це можуть бути діалогові форми терапії, тілесно-рухові, арт-терапевтичні та ін.). Короткострокова терапія – 20 – 40 сесій, довгострокова – до кількох років. Тривалість залежить від індивідуального запиту та ступеня вираження проблем [6].

Психологічна реабілітація включає такі напрямки:

1. психологічна діагностика та обстеження клієнтів;
2. психологічне консультування: індивідуальне та сімейне;
3. психотерапевтична допомога клієнтам;
4. психологічна корекція (нейропсихологічна корекція, проведення трансовомедитативних сеансів (гіпнотерапія), психологічних тренінгів, занять у сенсорній кімнаті) тощо.

Психологічний аспект реабілітації реалізується через конкретну психокорекційну роботу. Під психокорекцією у реабілітації розуміють діяльність спеціаліста (психолога, психотерапевта) з трансформації (корегування) мотиваційної сфери особистості, її внутрішньої моделі поведінки на вирішення конкретних реабілітаційних завдань. Метою психокорекції є оптимізація індивідуального потенціалу особистості – тобто

створення максимальних передумов прийняття ним оптимальних рішень та дій щодо досягнення реабілітаційних цілей [3].

Основним завданням психокорекції є зниження ауто психологічного дискомфорту, корекція мотивації, установок тощо. Звідси виходить, що основними напрямками психокорекційної роботи є формування оптимального контакту; корекція стану фрустрації; корекція внутрішньої моделі поведінки (соціальної проблеми); корекція мотиваційної сфери особистості. Фахівець допомагає людині у пошуку та мобілізації всіх резервних механізмів з метою найбільш повної його реадaptaції у соціумі.

Враховуючи наш науковий інтерес, а саме психологічна реабілітація військовослужбовців, вважаємо за доцільне проаналізувати сутність такої допомоги, яка визначається як кризова. Так, метою роботи спеціалістів є:

- мінімізація негативних психічних як наслідків психотравмуючих подій;
- створення психологічної обстановки, що забезпечує оптимальні умови проведення екстрених робіт (за умови екстреної допомоги в надзвичайних ситуаціях).

Основними завданнями психологічної реабілітації в таких ситуаціях є:

- нормалізація актуального психічного стану постраждалих;
- зниження ризику виникнення негативних реакцій;
- профілактика виникнення у осіб віддалених психічних наслідків внаслідок впливу травмуючої події [11, с. 32].

Надання цілеспрямованої психологічної допомоги постраждалим від воєнних дій є не лише цілісною системою заходів, що прямо чи опосередковано впливають на їх психічний стан, але й частиною всього комплексу заходів щодо подолання психотравмуючих наслідків збройної агресії.

Важливо звернути увагу на те, що завдання, що стоять перед психологами, неможна вирішувати ізольовано. Рішення одного завжди є частиною вирішення інших завдань.

Тобто мається на увазі, що наслідки воєнних дій для конкретної особистості можуть бути різними, і відповідно спеціалісти мають спільно взаємодіяти для вирішення конкретних завдань, з метою допомоги особі.

Практика надання кризової допомоги постраждалим від воєнних дій, види та форми роботи мають свою специфіку, обумовлену особливостями стану постраждалих, обставинами, що склалися внаслідок такої ситуації, а також перебігом та наслідком подій.

Здійснення психологічної реабілітації є не лише невід'ємною частиною допомоги населенню в умовах війни, а й незамінним етапом у цілісній системі збереження психічного здоров'я населення. До надання психологічної допомоги також залучаються і фахівці психологи організацій та відомств, що входять до структури єдиної державної соціальної системи. Силами цих фахівців реалізується психологічний супровід постраждалих, які потребують пролонгованої психологічної допомоги.

1.2. Характеристика посттравматичного стресового розладу як психологічного феномену

Емоційні стреси мають соціальне походження, проте стійкість до них у різних людей неоднакова. Вивчивши літературу з цієї теми, ми можемо сказати, що будь-який стрес стає травматичним після того, як вплив стресора на людину викликає специфічні порушення в його психічній сфері. Такий вплив за своєю силою та значущістю можна порівняти з фізичними порушеннями. У людини спотворюється когнітивна модель світу, неврологічні механізми, управляючі процесами навчання, дають збій. У таких ситуаціях травмуючі події можуть виступати як стресор - екстремальні кризові ситуації, що мають сильні негативні наслідки, ситуації, що загрожують життю для нього самого або для близьких. Такі події порушують почуття безпеки людини. Сам факт переживання такого стресу для великої

кількості людей є фактом прояву у них у майбутньому посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Аналізуючи теоретичні джерела можна дійти висновку, що перший з наукових дослідників цього явища був А. Карднер в 1941г. Він назвав його «хронічний військовий невроз». Науковець дав такий опис симптоматики:

- збудливість та дратівливість;
- нестримний тип реагування на раптові подразники;
- фіксація на обставинах події, що травмувала;
- ухиляння від реальності;
- схильність до некерованих агресивних реакцій [31].

Актуальність і необхідність подібних досліджень було усвідомлено американським суспільством в середині 70-х років XX століття, коли вперше зіткнулися з поведінкою колишніх учасників війни у В'єтнамі. Серед цього контингенту людей було виявлено множину самогубств, актів насильства та проблем у сімейному і суспільному житті. Все це змусило владу держави вжити заходів щодо реабілітації ветеранів В'єтнаму.

П. Борн був одним із перших, хто вивчав узагальнюючий характер цього явища. Він виділив один із загальних симптомів - «повторювані нав'язливі спогади», що набувають переважно форми яскравих емоційно-сенсорних репрезентацій («ретроспективних кадрів»).

Зазвичай такі спогади супроводжувалися страхом, депресією, сомато-вегетативними розладами, моторошними снами бойового характеру, почуттям провини [6].

В основі психологічної травми знаходиться ситуація, що виходить за рамки життєвого досвіду, тому кожна травма має свій генезис і не існує універсального зразка її опрацювання.

У зарубіжній психології будь-який травматичний розлад вважається звичайною та нормальною реакцією на ненормальні впливи ззовні. У вітчизняній психології набула розвитку зовсім інша теорія.

В. Лесков, І. Литвиненко, А. Руденко, В. Шевченко вважали, що порушення у психіці людини, викликані сильними травматичними подіями, є хворобою, яка потребує лікування.

Український психоаналітик і психолог Бараннік В. визначив кілька теорій, які поєднують у собі пояснення походження ПТСР:

а) реактивна (біхевіоральна концепція: теорія Б.Колодзіна, нейропсихологічна теорія Л. Колба);

б) диспозиційна (теорія переживання Ф. Васшижа);

в) інтеракційна (нейропсихологічна теорія еріксоніанського) гіпнозу);

г) особистісно-середовищний підхід (Дж. Вілсон).

Вченими, які вивчали цю проблему, виділено дві групи:

а) психологічна модель;

б) біологічну модель.

Психологічні моделі - це психосоціальні, психодинамічні та когнітивні моделі.

Біологічні моделі спрямовані на вивчення нейроендокринних, нейроанатомічних та інших аспектів цього розладу [12].

ПТСР – це «віддалена та/або затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, що може спричинити дистрес практично у будь-якої людини». Основні фактори, такі як особливості особистості або наявність у неї нервового захворювання в анамнезі можуть істотно знизити поріг для розвитку цього синдрому або, навпаки, ускладнити його перебіг, але вони ніколи не є головними чи достатніми для пояснення його появи [22].

Грунтуючись на теоретичні джерела, можна стверджувати, що основними факторами виникнення ПТСР без яких воно не могло б виникнути є саме стресові події [23].

У своїх роботах багато вітчизняних авторів виділяють, що симптомами ПТСР є: підвищена тривожність, прокручування в голові епізодів психотравми та переживання їх повторно, як реальні, нічні кошмари,

безсоння, небажані спогади. Також мають місце депресії, емоційна притупленість, агресія та дратівливість.

Мелтник А. [33] у своїх роботах виділяв такі відмінні особливості цих станів:

- 1) формуються в кілька етапів, тому мають пролонгований перебіг;
- 2) визначаються різноманітною психопатологічною структурою;
- 3) завершуються стабільними залишковими станами у 6–20% випадків із виразною тривалою дезадаптацією.

Аналізуючи роботу Кокуна О. [30] можна зробити висновок, що за характером прояву посттравматичний стрес поділяється на гострий, хронічний та відстрочений. Гострий посттравматичний стресовий синдром діагностується, коли симптоми з'являються протягом трьох місяців після психотравми. При відстроченому ПТСР ознаки з'являються після латентного періоду, що настає після шести місяців і більше.

Мушкевичем М. [38] було виділено чотири типи симптомів, які найчастіше зустрічаються при хронічній течії ПТСР:

1. Тривожний тип ПТСР відповідає клінічним проявам досліджуваного синдрому. Він вважається стандартом хронічного розладу. Для цього типу характерний високий рівень суверенної та психічної тривожності, яка не обтяжена нав'язливими спогадами про подію, що травмує. Пацієнти можуть пригнітити ці спогади, зайнявши себе будь-якою діяльністю.

2. Дисфоричний тип ПТСР. Як і тривожний тип, також має певний набір та яскраву вираженість симптоматики. Існують раніше невластиві людині риси: дратівливість, агресивність, гнівливість. Домінування сумно-апатичного настрою є ознакою депресії.

3. Астенічний тип ПТСР. Для цього типу характерним є домінуючі та нав'язливі спогади. У свідомості вони проявляються з помірним ступенем виразності. Поведінка характеризується пасивністю.

4. Соматоформний тип ПТСР. Для такого типу характерні симптоми ПТСР, що виникають через півроку після травмуючих психіку подій. Таким чином, можна стверджувати, що випадки належать до відстроченого варіанту розладу, де спостерігається практично повна відсутність низки симптомів. Наприклад, значне почуття напруженості та тривожності або, навпаки, пригніченості та апатії в ситуаціях, які нагадують психотравмувальну подію.

Таким чином, вивчивши наукову літературу з цієї теми, ми з'ясували, що стрес є травматичним внаслідок впливу стрес-факторів на людину і характеризується порушенням у її психічній сфері. Такий вплив за значимістю та силою можна порівняти з фізичними порушеннями. Факт переживання такого травматичного стресу для багатьох людей є основою подальшого виникнення ПТСР.

Говорячи про посттравматичний розлад, варто зазначити, що виділяють два види ПТСР – гострий та хронічний прояв. Симптоми ПТСР формуються за рахунок ступеня тяжкості травми, її локалізації та індивідуальної здатності людину впоратися зі стресом і взяти його до уваги.

1.3. Причини виникнення та механізми розвитку посттравматичного стресового розладу серед учасників бойових дій

Один з найбільш поширених психологічних наслідків бойових дій - це посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Цей розлад характеризується негативними емоційними реакціями на травматичні події, які військовослужбовці пережили під час служби. Симптоми ПТСР можуть включати повторювані спогади про події, емоційну відстороненість та тривожність.

Наслідком перебування в зоні бойових дій є психотравмуючий вплив від екстремальних ситуацій, в які потрапляє учасник бойових дій. Пережитий ним досвід неодмінно впливає на його психологічний стан не тільки

безпосередньо після стресової ситуації, а й набагато пізніше. Гострі стресові ситуації є неминучими для учасника бойових дій – з огляду на специфіку виконуваної діяльності він стикається з чималою їх кількістю [1].

Військовослужбовці-учасники бойових дій переживають морально-психологічні, фізичні навантаження, що руйнують звичне сприйняття та емоційні реакції, змінюють поведінку. В низці досліджень автори дійшли висновку, що приблизно 25–30% військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, переживають хронічні посттравматичні стани, що спричинені впливом стресових факторів [9].

Зовнішні негативні чинники – війна, матеріально-економічні обмеження, невпевненість у завтрашньому дні, безробіття тощо – як правило, тільки загострюють сімейні конфлікти, виявляють дійсні їх причини. Серйозні розходження в сімейно-шлюбних установках можуть залишатися прихованими досить довго, але в переломні, вузлові моменти розвитку сімейного життя чи під впливом зовнішніх труднощів з'ясовується, що подружжя дотримується різних моделей сім'ї (егалітарних чи патріархальних), має різні погляди на виховання дітей (іноді такі, що кардинально не співпадають), емоційні, побутові, фінансові проблеми тощо.

Особливої уваги заслуговують можливі психологічні травми внаслідок участі у бойових діях або знаходження в безпосередній близькості до зони бойових дій. Стресові розлади (як у військових, так і у цивільних членів сім'ї, які постраждали внаслідок війни) провокують порушення сімейних відносин і руйнування сім'ї. Саме сімейні проблеми, що безпосередньо пов'язані з війною, вирізняють сім'ї колишніх військовослужбовців. Поряд із цим, війна актуалізує гостроту типових сімейних проблем, які раніше ігнорувалися чи недостатньо усвідомлювалися подружжям [21].

Військовослужбовці, як і будь-які інші особи, використовують різні стратегії копінгу для того, щоб впоратися зі стресом та травматичними подіями. Деякі з них можуть звертатися до соціальної підтримки, інші – до самоізоляції або уникання неприємних спогадів. Розуміння та сприяння

розвитку ефективних стратегій копіngu може сприяти полегшенню психічного стану військовослужбовців.

Важливу роль у психічному здоров'ї військовослужбовців відіграють військові травми, такі як поранення, стресові ситуації на полі бою та втрати товаришів, можуть мати серйозний вплив на психічне здоров'я військовослужбовців. Ці травми можуть призвести до розвитку різних психічних розладів, включаючи депресію, тривожність та власне ПТСР.

У колективній монографії [13] було подано низку досліджень, які проводилися на базі військових комісаріатів Волинської області із демобілізованими учасниками АТО. Українські науковці виявили, що кількість військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій на сході нашої країни, значно зменшилася щодо переживання ознак ПТСР. Умовно ми позначили рівні вираження ПТСР кольорами, де червоний колір вказує на виражені ознаки ПТСР, жовтий колір - на частково виражені ознаки, зелений - на відсутність ознак, а сірий колір ми використовували для анкет тих учасників АТО, які відмовилися давати відповіді на запропоновані методики. Усього було проаналізовано результати відповідей 1696 демобілізованих учасників АТО. Зазначено, що 184 особи (10,9%) характеризуються наявністю ознак ПТСР (червоні), 652 особи (38,4%) проявляють окремі ознаки ПТСР (жовті), 770 осіб (45,4%) не виявили ознак ПТСР (зелені); ще 90 військовослужбовців (5,3%) відмовилися взагалі заповнювати адаптовані опитувальники [13, с.256].

Було виявлено, що демобілізовані бійці характеризуються такими переживаннями:

1. Гостре переживання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) проявляється у військовослужбовців, коли вони намагаються багато разів розповісти про свої переживання, проте це стає для них важкою задачею. Вони можуть відчувати себе відстороненими, поглибленими в себе, і мають труднощі відповісти на прості запитання або виконати прості завдання. Деякі військовослужбовці можуть відчувати неспокій,

метушливість та бажання до частого спілкування з іншими [13, с.265].

2. Хронічний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) відрізняється від зміни активності, яка проявляється у порушенні поведінкової сфери. Легкість або складність подальшої адаптації залежить від того, як людина поводиться і наскільки вона бере на себе відповідальність за своє життя.

3. Відсутність бажання спілкуватися свідчить про переживання, коли люди або не схильні, або не дозволяють собі, або намагаються, але залишаються невислуханими. Така ситуація може призвести до збільшення тривоги і часто сприяє появі бажання помститися або відплатити. Навіть зовсім безшкідлива поведінка інших людей, при зростанні тривоги, може сприйматися як загрозна і викликати у військовослужбовців неадекватні агресивні реакції, які стають досить поширеними. Для такої людини, зазвичай, постійним емоційним фоном стає депресія з важким відчуттям надзвичайної втоми. Сфера інтересів порушується. У свідомості раптово і яскраво виникає психотравмуюча подія. Дуже часто виникають проблеми у взаємини з найближчими людьми, які щиро хочуть допомогти. Поступово у людини формується бажання «втекти від дійсності». Як форми «втечі від дійсності» у військовослужбовців можуть використовуватися алкоголь, наркотики або імпульсивний секс.

4. У відстроченій стадії посттравматичного стресового розладу (ПТСР) виявляються стійкі симптоми, такі як підвищена втома, денна сонливість, тремтіння в руках і ногах, постійне очікування нещастя, підвищена вразливість і образливість. Людина, яка пережила травму, може відчувати себе безсиллям перед душевним болем, непотрібною та нічого не вартою, але водночас вона не може цього прийняти. Депресія поглиблюється, спалахи пережитого у свідомості стають частішими, нічні кошмари не залишають. Спроби заглушити біль алкоголем або наркотиками можуть вести до фізичної і психічної залежності від них. Людина втрачає контроль над своїм життям і стає імпульсивно-агресивною. Деякі віддаляються від

оточення, стаючи відлюдниками. Основними симптомами відстроченої стадії ПТСР є депресія, відчуття безсилля, фізичні болі, низька самооцінка і відчуття непотрібності [13, с.266].

Вплив ситуації війни на психосоматичний стан людини визначається безліччю факторів. Під час бою солдат переживає фізіологічний, емоційний і соціальний стрес. За класифікацією В. Ю. Шаніна, бойові психосоматичні травми поділяються на:

1. Легкого ступеня, що проявляються у надмірній дратівливості, замкнутості, втраті апетиту, головних болях, швидкій стомлюваності;
2. Середнього ступеня, характеризовані легкими істеричними реакціями, агресивністю, тимчасовою втратою пам'яті, депресією, підвищеною чутливістю до шуму, сильним страхом, втратою почуття реальності дій;
3. Тяжкого ступеня, що проявляються порушеннями слуху, зору, координації рухів і психоруховими розладами від безглуздих вчинків до ступору [13, с.16].

Л. Китаєв-Смик розробив типологію відповідно до ступеня вираженості наслідків впливу травматичних подій [8]:

1. «Зламани». Головна характеристика "зламаних" - страх, який перетворився на муку, тугу, сором, і супроводжує їх як увідень, так і у сні. Сни про напади кошмарів із жахливими сценаріями боїв викликають непокійність як уночі, так і вдень, сплутуючи воєнну реальність з реальністю. Вони втрачають ілюзії про майбутнє, бо вважають, що перед ними тільки смерть. Навіть при поверненні до цивільного життя, вони несуть у своїх душах та психіці біль війни та спогади про жахи бойових дій. Психологи та психіатри діагностують їх стан як невроз, невротичний стан або реактивну депресію. Ці післявоєнні стани важче лікувати, ніж аналогічні хвороби мирного періоду.

2. «Дурашливі» - це тип солдатів із психологічними проблемами. Вони постійно жартують, але часто неадекватно, часто з еротичним підтекстом.

Їхні жарти не викликають сміху, а дратують інших. Постійне запитування вводить їх у похмурий настрій. Вони уникають серйозних тем про майбутнє та минуле, прикриваючись іронічністю. Цей тип поведінки викликається стресом і називається реактивною інфантилізацією. У бойових умовах вони не можуть оцінити небезпеку та приховатися від неї, але в госпіталі поведінка стає нормальною. Після війни вони можуть виявити психологічну слабкість у стресових ситуаціях, але суїцидальна поведінка мало ймовірна. Важливо надавати їм психологічну допомогу.

3. «Оскаженілі» - це солдати, які відрізняються стійкою злостивістю та агресивністю під час боїв. Вони демонструють неприязнь до інших солдатів, старшого командування, місцевих мирних мешканців та полонених. Їхня злість заміщає страх і позбавляє їх обережності у бойових умовах, роблячи їх легшими мішенями для ворожих атак. Гнів мобілізує їх фізичні сили та зменшує чутливість до болю. Повернувшись до цивільного життя, вони швидко відмирають озлобленість, але раптовий гнів може виявлятися в будь-якій стресовій ситуації, навіть вдома. Після таких спалахів вони можуть відчувати каяття, що може призвести до поглиблення психічної депресії і, в крайньому випадку, до суїциду [13, с.16-17].

У військовослужбовців з тривожними станами спостерігаються спалахи нервозності та дратівливості, зазвичай спрямовані на себе. Ці особи часто скаржаться на запаморочення, головний біль, зміни в шкірі, коливання артеріального тиску, швидкий пульс, оніміння або похолодання кінцівок, приливи жару або холоду, пітливість, утруднене дихання, відчуття коми у горлі, і нудоту. Також спостерігається виражена астенична симптоматика, проявляюча себе у вигляді неувважності, розбитості, дратівливої слабкості та швидкої втомлюваності [13, с.17].

У роботі М. Горовіца, який вивчав пацієнтів з ПТСР було виявлено, що у 75 % пацієнтів спостерігаються головні болі і відчуття слабкості в різних частинах тіла, у 56% відзначалися нудота, болі в області серця, у спині, запаморочення, відчуття тяжкості в кінцівках, оніміння в різних частинах

тіла, «ком у горлі» і, нарешті, 40 % обстежених турбувало утруднення дихання [13, с.18 [24].

Дослідження проведені Дніпропетровською медичною академією МОЗ України показали, що після перебування в зоні АТО у бійців спостерігається збільшення головних болей, погіршення пам'яті, збільшене вживання алкоголю та снодійних препаратів. Тільки 26% військовослужбовців відзначили, що не помітили жодних змін у своєму психологічному та фізичному стані після перебування в зоні АТО. В основному ці особи є контрактниками, на другому місці - офіцери, а на третьому - солдати. Це підкреслює важливість всебічного вивчення загального психічного стану учасників АТО. У наступному параграфі буде надано опис діагностичного інструментарію для симптоматики ПТСР та реакції адаптації, який виявився ефективним у психологічній роботі [13, с.18].

Психологічна характеристика військовослужбовців є складним і багатограним аспектом, який вимагає уважного аналізу та розуміння. Розуміння психічного стану військовослужбовців може допомогти вдосконалити підхід до їхнього психологічного підтримки та реабілітації.

1.4. Основні напрямки психологічної реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом

Вплив психотравмуючих подій, надзвичайних ситуацій, що зумовлені збройною агресією держави-терориста мають вплив на психологічний стан всіх людей. Проте найбільш критично такі події впливають на осіб, що безпосередньо виконують професійні обов'язки в зоні підвищеного ризику – військовослужбовці.

Власне психологічна реабілітація військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, проводиться в комплексі з медичною та соціальною реабілітацією і є процесом організованого психологічного впливу,

спрямованого на відновлення такого стану психічного здоров'я військовослужбовців, який дозволяє їм досить ефективно вирішувати бойові та службові завдання у подальшому, а також повернутися до суспільно прийняттого соціального життя.

Основними засадами проведення психологічної реабілітації є:

- 1) оперативність як доцільність надання психологічної допомоги найближчим часом після закінчення впливу психотравмуючих стресорів бойових дій;
- 2) системність як використання методів, що дозволяють здійснювати комплексний та взаємопов'язаний вплив на психіку військовослужбовців, виходячи зі структури основних форм прояву негативних наслідків психотравмуючого бойового стресу;
- 3) гнучкість як своєчасна зміна форм та методів психологічного впливу залежно від психічного стану військовослужбовців та умов проведення психологічної реабілітації;
- 4) багатоступінчастість як оперативне використання пунктів та центрів психологічної реабілітації різних рівнів залежно від складності розв'язуваних у процесі реабілітації завдань.

Завданнями вивчення психічного стану військовослужбовців, які зазнали впливу психотравмуючого бойового стресу, є:

- 1) визначення наявності, складу та ступеня вираженості виявлених нервово-психічних перевантажень психотравмуючого бойового стресу;
- 2) з'ясування причин їх виникнення та збереження;
- 3) встановлення ефективності та способів подолання військовослужбовця з нервовопсихічними навантаженнями психотравмуючого бойового стресу;
- 4) визначення доцільності використання тих чи інших методів психологічного впливу з метою надання допомоги конкретному військовослужбовцю.

Психологічна реабілітація включає чотири основні етапи:

1) діагностичний, що починається з вивчення характеру наявних у військовослужбовців психологічних проблем, ступеня впливу цих проблем на їхнє психічне здоров'я та життєдіяльність і, виходячи з цього, визначення способів психологічного впливу, необхідних для психологічної допомоги конкретному військовому, який проходить реабілітацію;

2) психотерапевтичний, що передбачає цілеспрямоване використання конкретних форм і методів впливу на психіку військовослужбовців, які проходять реабілітацію, до майбутньої військової діяльності та міжособистісної взаємодії з оточуючими людьми;

3) реадаптаційний, який здійснюється переважно під час проведення специфічної реабілітації;

4) етап супроводу, що включає спостереження за військовослужбовцями, їх консультування, і, у разі потреби, надання їм додаткової психологічної допомоги у після реабілітаційному періоді [55].

Нині у практиці психокорекційної роботи є два методологічних підходи. Перший базується на ідеї можливості успішної корекції психічних порушень лише за точного знання етіології та патогенезу виникнення цих порушень, зокрема, психоаналіз та патогенетична психотерапія. Другий підхід виходить із положення, що досягти загального поліпшення психічного стану можна через вплив на конкретні прояви психічних порушень (техніки NLP).

Як було зазначено на Першій Європейській конференції з проблеми травматичного стресу під час рятувальних, миротворчих та гуманітарних операцій (Великобританія, 1996 р.), сучасна наука не знає точної етіології та механізмів виникнення ПТСР.

Таким чином, науковцями вважається, що найбільш доцільним при психокорекційній роботі є виявлення структурних компонентів травматичного стресу – конкретних посттравматичних станів (як правило, це прохання чи скарги учасників екстремальних ситуацій з приводу порушень сну, тремору кінцівок, головного болю, неприємних відчуттів в

епігастральній ділянці, загальної м'язової скутості), - з метою впливу на кожен такий стан найбільш адекватним природі його виникнення психокорекційним методом. Практичне застосування такого підходу полегшується за умови застосування на етапі діагностики опитувальника травматичного стресу (розробник - І. Котенєв), який спрямований не так на діагностику наявності/відсутності у випробуваного травматичного стресу, а на виявлення структури постстресового стану. Таким чином, деякі автори наголошують на тому, що раціональніше працювати не з посттравматичним синдромом в цілому, а з конкретними і цілісними психічними порушеннями, що виникають у процесі його формування, станами щодо яких власне і надходить запит (тобто коли людина скаржиться на відчуття «втрати смаку життя» – необхідно коригувати погіршення її емоційного стану, якщо він скаржиться на безсоння або на регулярні кошмарні сновидіння – потрібно наголошувати на корекції підвищеної тривожності. Примирити людину з її минулим - сенс більшості методів психотерапії та психокорекції при ПТСР.

Перші програми медико-психологічної допомоги комбатантам з'явилися ще на початку XX ст. Так, наприклад, під час Великої Вітчизняної війни найбільш ефективними способами психотерапії істеричних розладів визнавалися методи, що поєднують пряме і непряме навіювання з ефірною маскою Свядоща, кальцієвим ударом, судомною психотерапією. Більше того, в роки війни вітчизняними психологами проводилася велика робота з відновлення пам'яті, мовлення та письма після бойових травм та поранень (Е.Бейн, А.Занков, А.Лурія та ін.).

У процесі надання психотерапевтичної допомоги американським солдатам у роки Другої світової війни, Р.Грінкер та Д.Шпігель розробили систему комплексного психотерапевтичного впливу. Складовими елементами цієї системи були:

- наркосинтетичний метод (використання снодійних для полегшення досягнення катарсису);

- психотерапія з обмеженою кількістю сесій (brief psychotherapy);
- судомна шокова психотерапія;
- терапія тривалим сном;
- працетерапія;
- групова психотерапія та загальна атмосфера психологічного комфорту для пацієнтів.

В даний час психологічна допомога учасникам бойових дій у подоланні відстрочених реакцій на вплив стрес-факторів бойової обстановки ґрунтується на поняття посттравматичних стресових реакцій. Центальною завданням психотерапевта, у даному випадку, є створення умов для поступової асиміляції психотравмуючого досвіду. Це може досягатися за допомогою різних методів та технік (розроблених у таких напрямках психотерапії, як психодинамічна, поведінкова, когнітивна, гіпносуггестивна, гештальт-терапія, нейролінгвістичне програмування, клієнтцентована, особистісно-орієнтована, процесуально-орієнтована, телесноорієнтована, трансмедитативна терапія, терапія мистецтвом і творчим самовираженням, логотерапія, трансактний аналіз, психосинтез, психодрама, наркосинтетична, плацеботерапія та ін), а також форм психотерапії (індивідуальної, групової, сімейної).

Психологічна допомога учасникам бойових дій може мати терміновий характер (crisis intervention), мати обмежений термін (brief psychotherapy) або бути розрахованою на тривалий період (long term PTSD intervention) [33].

Термінова психотерапія проводиться у найближчий термін після отримання психічної травми (як правило, у безпосередній близькості до району бойових дій) з метою відновлення внутрішньої психічної рівноваги пацієнта та недопущення дезадаптивної реорганізації особистості.

Завданням психотерапії, розрахованої на короткий термін, на думку Вольнової Л., є допомога комбатанту у поверненні до нормального процесу відновлення після травматичної події. Вона розрахована на пацієнтів, які мають відстрочені реакції на травматичний стрес не набули хронічної форми.

До основних принципів психологічної допомоги у подоланні відстрочених реакцій на травматичний стрес, розрахованої більш тривалий період Р.Скерфілд відносить:

- встановлення довірчих відносин між пацієнтом та психотерапевтом;
- ознайомлення пацієнта з необхідною інформацією щодо процесу подолання посттравматичного стресу;
- контроль за станом пацієнта та редукція підвищеної напруги;
- повернення до повторних переживань, що стосуються психічної травми;
- інтеграція травматичного досвіду.

Дуже ефективним за результатами є метод раціональної психокорекції. У основі методу лежить правильне, доступне розуміння людини трактування характеру і причин виникнення травматичного стресу, прогноз розвитку та мобілізація специфічні захисні механізми. Основними методиками тут є: логічна аргументація, роз'яснення, навіювання, емоційний вплив авторитетом. Ціль корекційної роботи – роз'яснення постраждалому характеру, причин та механізмів виникнення постстресових станів для того, щоб переконати його, що такі стани є нормальною, природною реакцією людини на ненормальні обставини. Про цей метод як один із найбільш ефективних при корекції психогенних розладів зазначає, зокрема, Тохтамиш О. [55].

Застосування методу поведінкової психотерапії - імплзії (занурення пацієнта в уяві у травматичну ситуацію) Т.Кін та співавторам, дозволило знизити у військових рівень тривожності, депресивності, зменшити повторюваність нав'язливих переживань. У той же час не вдалося підвищити емоційну чутливість та подолати відчуженість. На підставі отриманих результатів науковці зробили висновок про необхідність поєднання даного підходу з іншими видами психотерапії та підвищенні у пацієнтів компетентності у міжособистісних відносинах.

Все більшого поширення набувають також різні форми групової психотерапії. Підкреслюючи у 1944 році роль групового підходу у підвищенні ефективності реабілітації комбатантів, Г.Роум виділив кілька факторів, що сприяють ефективності його використання:

- подібність психологічних проблем у членів групи;
- зниження внутрішньої психічної напруженості;
- подолання почуття неповноцінності;
- довірчі відносини між психотерапевтом та пацієнтом;
- контрольоване емоційне розкриття;
- контрольований глибинний аналіз проблем;
- доповнення групової роботи (за потреби) індивідуальною.

Не менш важливе місце у системі психологічної допомоги учасникам бойових дій зарубіжними психологами відводиться сімейній психотерапії (К. Фіглей, Т. та С. Уільямс, Т. Скарано та ін.) Найбільш ефективною, на думку С.Вільямс та Т.Вільямс, є мультимодальна форма сімейної психотерапії, що включає: індивідуальне та сімейне консультування; групову психотерапію окремо з учасниками бойових дій та їх дружинами; заняття у групах, що включають кілька сімейних пар з метою вдосконалення комунікативної компетентності, створення взаємної системи соціальної підтримки.

М.Стентон та Ч.Фіглі розглядаючи міжособистісні відносини в бойовій обстановці як одне з джерел посттравматичного стресу, вважають, що сімейна психотерапія може мати ключову роль психологічної допомоги комбатантам.

Перелік та опис існуючих підходів та конкретних технік роботи з ПТСР можна продовжувати, всі вони визначаються технологією та підходом психолога, визначенням проблем та траєкторії роботи з військовослужбовцем.

Підсумовуючи, слід зазначити, що з усієї гостроти і очевидної актуальності багато питань психологічної реабілітації осіб з посттравматичними стресовими розладами, у тому числі і комбатантів, залишаються відкритими – не існує єдиної методологічно коректної, теоретично обґрунтованою та ефективно функціонуючої на державному рівні програми допомоги таким пацієнтам. Головне те, що людина, яка пережила стан важкого травматичного стресу, відкрита для будь-якого виду психологічної допомоги, прагне її одержання, і чим раніше така допомога їй буде надана, тим вищий відсоток успіху в нормалізації її психічного стану та повернення до активного соціального життя.

Висновки до розділу 1

Таким чином, на основі узагальнення наукових підходів до визначення проблеми можемо сказати, що психологічна реабілітація – це цілеспрямований вплив психолога на клієнта, що проводиться з метою впливу на психічну сферу людини для формування таких якостей, що сприяли б максимальній адаптації до соціального середовища в умовах порушеного здоров'я та подолання у його свідомості уявлення про недосяжність реабілітації.

Посттравматичний стресовий розлад – це віддалена та/або затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію виключно загрозливого чи катастрофічного характеру, що може спричинити дистрес практично у будь-якої людини.

Всі військовослужбовці, які були учасниками активних бойових дій знаходяться у зоні ризику щодо виникнення даного розладу, який може проявитися як одразу, так і через певний час.

Питання психологічної реабілітації військовослужбовців – не нове, і почало виникати ще у роки Другої світової війни. На сьогодні існує багато різноманітних форм, методів роботи з комбатантами, проте не має єдиного

уніфікованого підходу, оскільки особистість унікальна, симптоми та прояви у військових можуть відрізнятися і відповідно ефективність програми реабілітації визначається об'єктивністю діагностики та визначенням правильної траєкторії роботи з кожним військовослужбовцем з метою повернення його до нормального соціального життя.

Таким чином, подальший науковий інтерес для нас становить проведення емпіричного дослідження особливостей психічного стану військовослужбовців, які є учасниками бойових дій, а також розробки програми супроводу осіб з ознаками ПТСР.

Розділ 2.

Емпіричне дослідження особливостей психічного стану військовослужбовців, які є учасниками бойових дій

2.1. Організація та методики дослідження

На основі аналізу теоретичних положень варто зазначити, що основним етапом психологічної реабілітації військовослужбовців, які є учасниками бойових дій, є діагностика їх актуального психічного стану. Таким чином, метою емпіричного дослідження є визначення актуального психічного стану військовослужбовців, наявність посттравматичного стресового розладу, депресій та інших порушень, що є основою розробки подальшого індивідуального маршруту психологічної реабілітації.

Охарактеризуємо етапи емпіричного дослідження.

На першому етапі було створено вибірку сукупність, що включає респондентів, які відповідає такому головному критерію відбору як участь у активних бойових діях та демобілізація. Вибірку респондентів склали учасники реабілітаційної програми благодійної організації «TMS Rehabilitation Center», більш детально буде охарактеризована далі.

На другому етапі дослідження для вивчення психічного стану екскомбатантів було розроблено гугл-форму з психодіагностичними методиками, що будуть описані нижче. Так, проведення он-лайн опитування, на нашу думку, сприяє його об'єктивності, оскільки респонденти мають змогу заповнити її у зручний для себе час. Опитувальник представлений за посиланням: <https://forms.gle/j4zdY3G9wjb58pZ38>.

Третій етап був спрямований на ґрунтовному аналізі отриманих результатів. Обробка даних здійснювалася методами математичної статистики з використанням описової статистики, порівняльний аналіз відмінностей у вимірюваних показниках за U-критерієм Манна-Уїтні (для

двох категорій) і Краскела-Уолеса – для більшої кількості порівняльних критеріїв. Для математико-статистичної обробки застосовувався пакет прикладних програм статистичної обробки SPSS Statistica 23.0.

На четвертому етапі дослідження, отримані в ході емпіричної обробки дані, були проаналізовані, результати інтерпретовані. Аналіз результатів супроводжувався представленням ілюстративним матеріалом (таблиці, діаграми).

І останній етап передбачає розробку програми психологічного супроводу військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом.

Опишемо діагностичний інструментарій.

1. Авторська анкета для визначення особливостей соціальної адаптації військовослужбовців, які є учасниками бойових дій, що передбачає як паспортичку (загальні демографічні дані екскомбатантів), так і дані щодо соціальної адаптації, особливості емоційного стану та наявності підтримки та допомоги. Анкета передбачає якісний аналіз отриманих даних та необхідна для проведення подальшого порівняльного аналізу. Текст анкети представлений у Додатку А.

2. Шкала оцінки впливу травматичних подій спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості. Методика містить 22 твердження, які респонденти мають оцінити за ступенем прояву. За допомогою методики можна визначити особливості реакції респондентів на стресові події – вторгнення, уникнення та збудливість.

3. Опитувальник Міні-мульти (Скорочений Багатофакторний Опитувальник для дослідження Особистості (СБОО)). Була розроблена шведським психологом Кінканнон та адаптована пізніше Макаренко П. Цей метод дозволяє оцінити нервово-емоційну стійкість, інтеграцію особистісних властивостей і адаптацію особистості до соціального середовища. Опитувальник Mini-Multi є скороченим варіантом MMPI, який містить 71 питання та одинадцять шкал, з яких три є оцінними. Три оціночні шкали

оцінюють щирість досліджуваного, ступінь достовірності результатів тестування та ступінь корекції надмірної обережності. Останні вісім шкал є основними та оцінюють характеристики особистості.

4. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т.І. Балашової) (Шкала зниженого настрою - субдепресії (ШЗНС)). Її метою є оцінка рівня депресії пацієнтів і ступеня депресії. Тест включає двадцять факторів, які визначають чотири рівні депресії. У тесті є десять питань, які є позитивно сформульованими, а також десять питань, які є негативно сформульованими. Кожне питання отримує бал від 1 до 4 з відповідями «ніколи», «іноді», «часто», «постійно». Результати шкали можуть варіюватися від двадцяти до восьмидесяти сирих балів.

Таким чином, визначені методики дозволять нам оцінити психічний стан респондентів. Далі перейдемо до характеристики вибірки респондентів.

У дослідженні взяли участь 61 респондент. Демографічні дані, які на нашу думку є важливими для дослідження респондентів представлені на рис. 2.1.- 2.4.

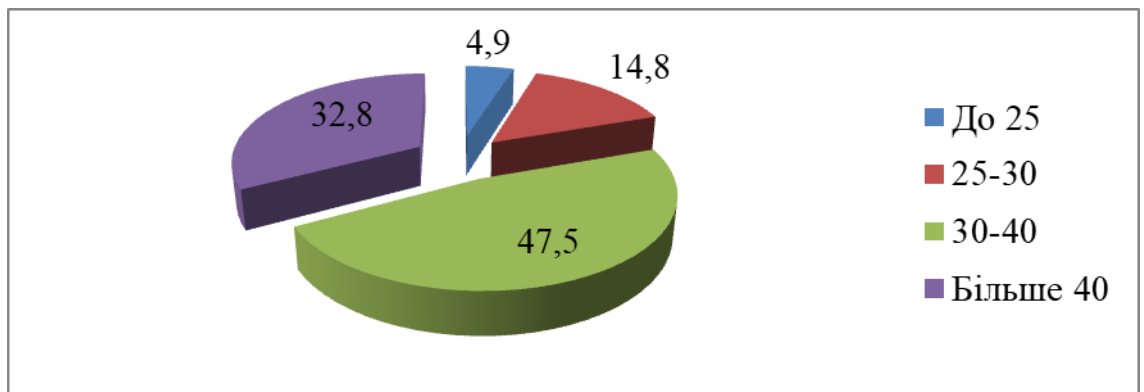


Рис. 2.1. Віковий розподіл респондентів

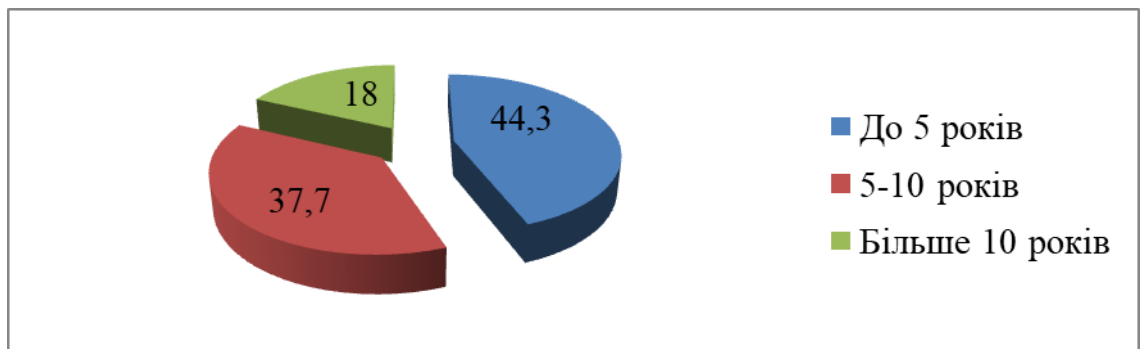


Рис. 2.2. Стаж військової служби

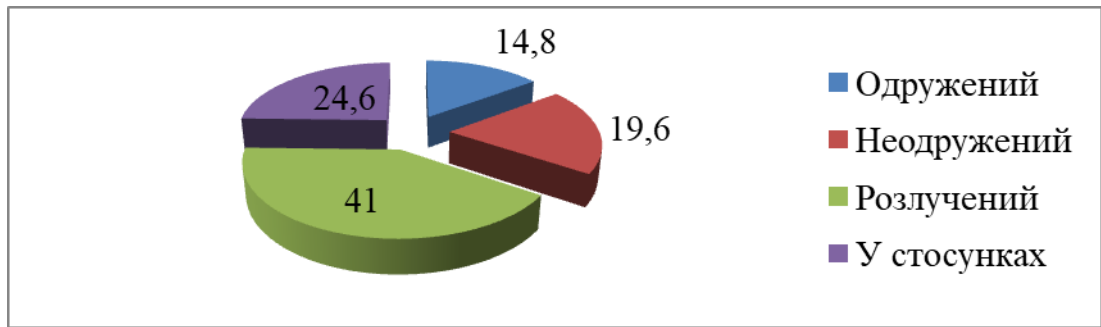


Рис. 2.3. Розподіл респондентів за сімейним станом

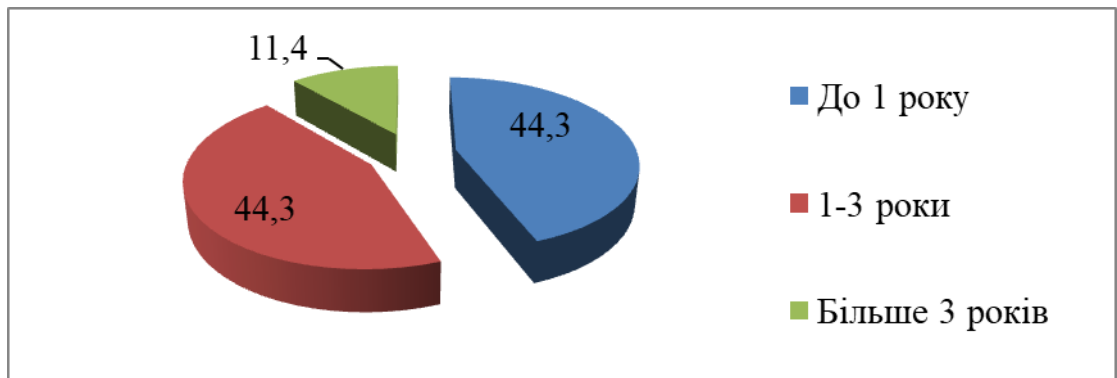


Рис. 2.4. Розподіл респондентів за терміном повернення з зони бойових дій

Таким чином, бачимо, що більшість респондентів представлена особами у віці 30-40 років, найменша кількість до 25 років. Стаж військової служби переважно до 5 років або ж 5-10 років. В основному термін повернення з зони активних бойових дій у період повномасштабного вторгнення (до 1 року – 44% і від 1 до 3 – 44%). Також більшість респондентів розлучені (41 %), що може свідчити про наявність проблем з соціальною адаптацією ветеранів війни.

Подальше дослідження передбачає інтерпретацію отриманих даних за методиками дослідження.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих даних

Першочергово проаналізуємо результати, отримані за допомогою аваторської анкети. Узагальнені дані представлені у Додатку Б, графічно дані – рис. 2.5-2.7. Так, за параметром соціальної адаптації, в який ми включили такі аспекти як труднощі у сімейних стосунках та при взаємодії з іншими, відчуття самотності та ізоляції, маємо наступні показники: 27,9 % респондентів мають високий рівень дезадаптації, 55,7 % - середній рівень, і, відповідно 16,4 % мають низький рівень дезадаптації, тобто відчувають найменше проблем у соціальній сфері життєдіяльності.

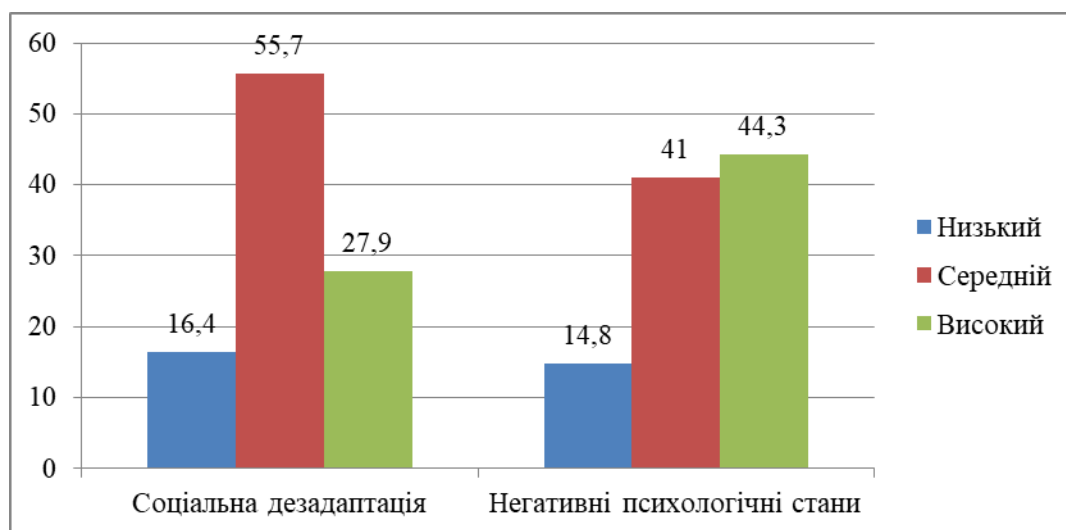


Рис. 2.5. Розподіл респондентів за проявом соціальної дезадаптації та частотою виникнення негативних психологічних станів

Наступне питання стосувалося частоти прояву негативних емоційних станів таких як тривога, дратівливість, втома і апатія. Так, більшість респондентів відчувають такі стани постійно (44,3 %), 41 % екскомбатантів – періодично, і 14,8 % - рідко.

Щодо способів подолання стресу, то 45,9 % осіб обирають негативні способи, такі як алкоголь, паління цигарок і вживання інших заборонених речей). 54,1 % обирають суспільно корисні способи – прослуховування музики, спорт, прогулянки з родиною тощо.

Наступні питання стосувалися отримання допомоги респондентами: 52,5 % вже зверталися до психолога і 44,3 % зверталися за допомогою до волонтерських організацій. При цьому більшість респондентів оптимальною формою психологічної допомоги для себе вважають групову (42,6%), тренінгові – 26,2 %, спілкування з ветеранами (групи самопомоги) – 24,6 % і найменш ефективною екскомбатанти вважають саме індивідуальну підтримку (6,6 %).

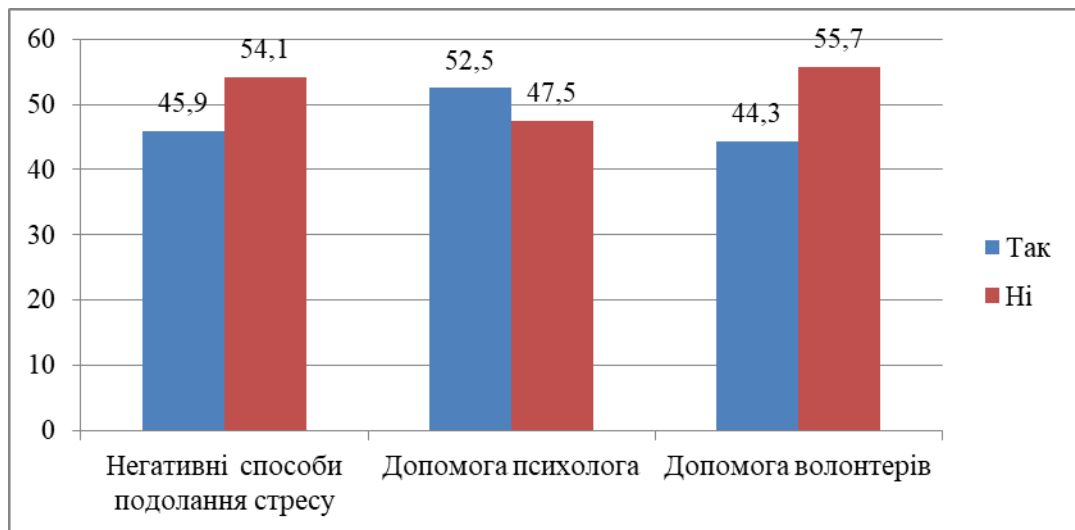


Рис. 2.6. Розподіл респондентів за способом подолання стресу та зверненням по допомогу

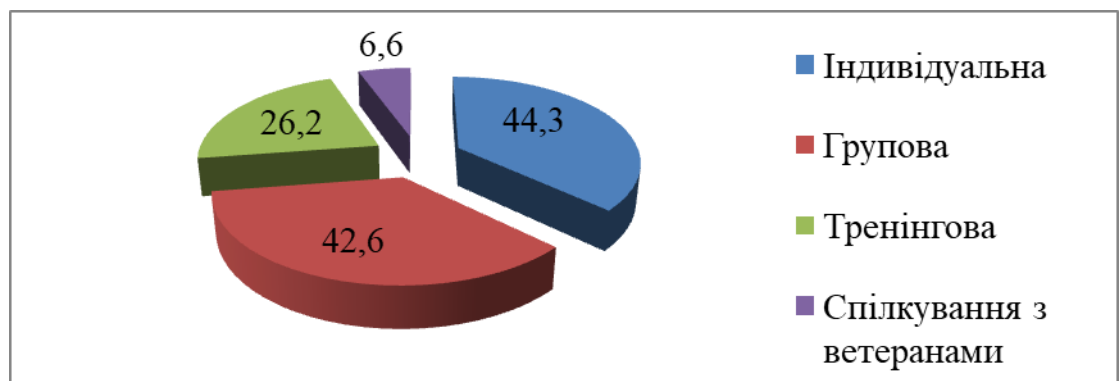


Рис. 2.7. Розподіл респондентів за визначенням ефективності виду допомоги

Далі перейдемо до аналізу показників за шкалою оцінки впливу травматичних подій, що спрямована на виявлення симптомів

посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості. Узагальнені дані – Додаток, графічно дані – рис. 2.8.

Так, перший параметр, вторгнення, який оцінює ступінь нав'язливості думок, спогадів про травматичну подію на високому рівні характерним є для респондентів 31,1 % респондентів, на середньому – 60,7 % і на низькому – 8,1. Так, екскомбатанти з високим рівнем прояву даного показника дуже часто переживають несподівані флешбеки чи інтенсивні емоційні реакції при нагадуванні про травму.

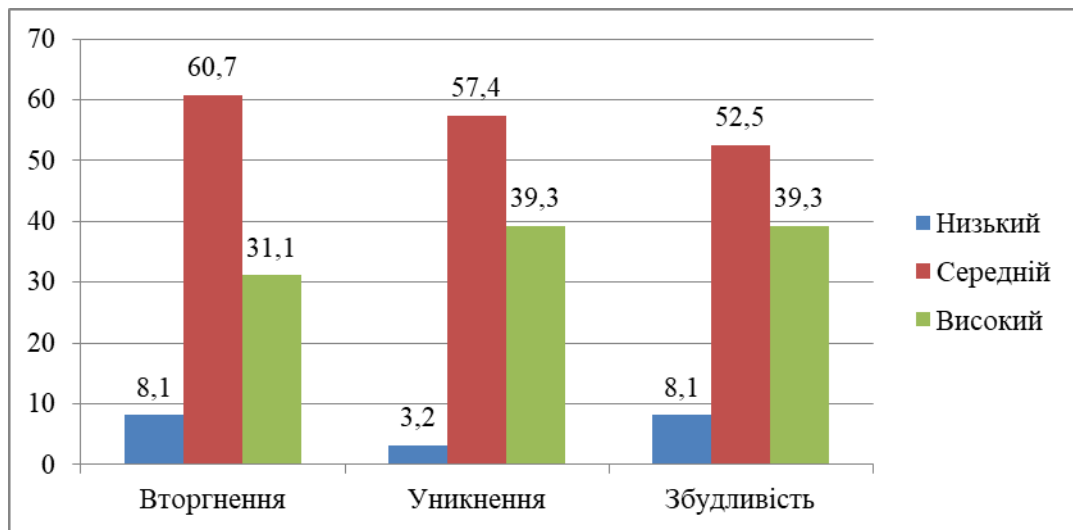


Рис. 2.8. Розподіл респондентів за способом подолання стресу та зверненням по допомогу

Другий параметр – уникнення - визначає тенденцію уникати ситуацій, думок або емоцій, пов'язаних із травматичним досвідом. Так, на високому рівні даний параметр проявляється у 39,3 % осіб, на середньому – 57,4 % і на низькому – 3,2 %. Особи з високим рівнем уникнення характеризуються відмовою від обговорення травматичних подій, емоційне дистанціювання, труднощі із запам'ятовуванням деталей травми.

І третій параметр – збудливість, що визначає рівень фізіологічної та емоційної активації, пов'язаної з травмою на високому рівні характерний для 39,3 % респондентів, на середньому – 52,5 і на низькому – 8,1 %. Високі значення по даному параметру відображають хронічну “готовність до небезпеки” та характеризуються такими станами як підвищена тривожність,

роздратованість, безсоння, труднощі з концентрацією, гіперчутливість до зовнішніх стимулів.

Наступні дані представлені за методикою «Опитувальник Міні-мульт». Загальні показники по шкалам та результати представлені на рис. 2.9. (Зведена таблиця даних – Додаток В).

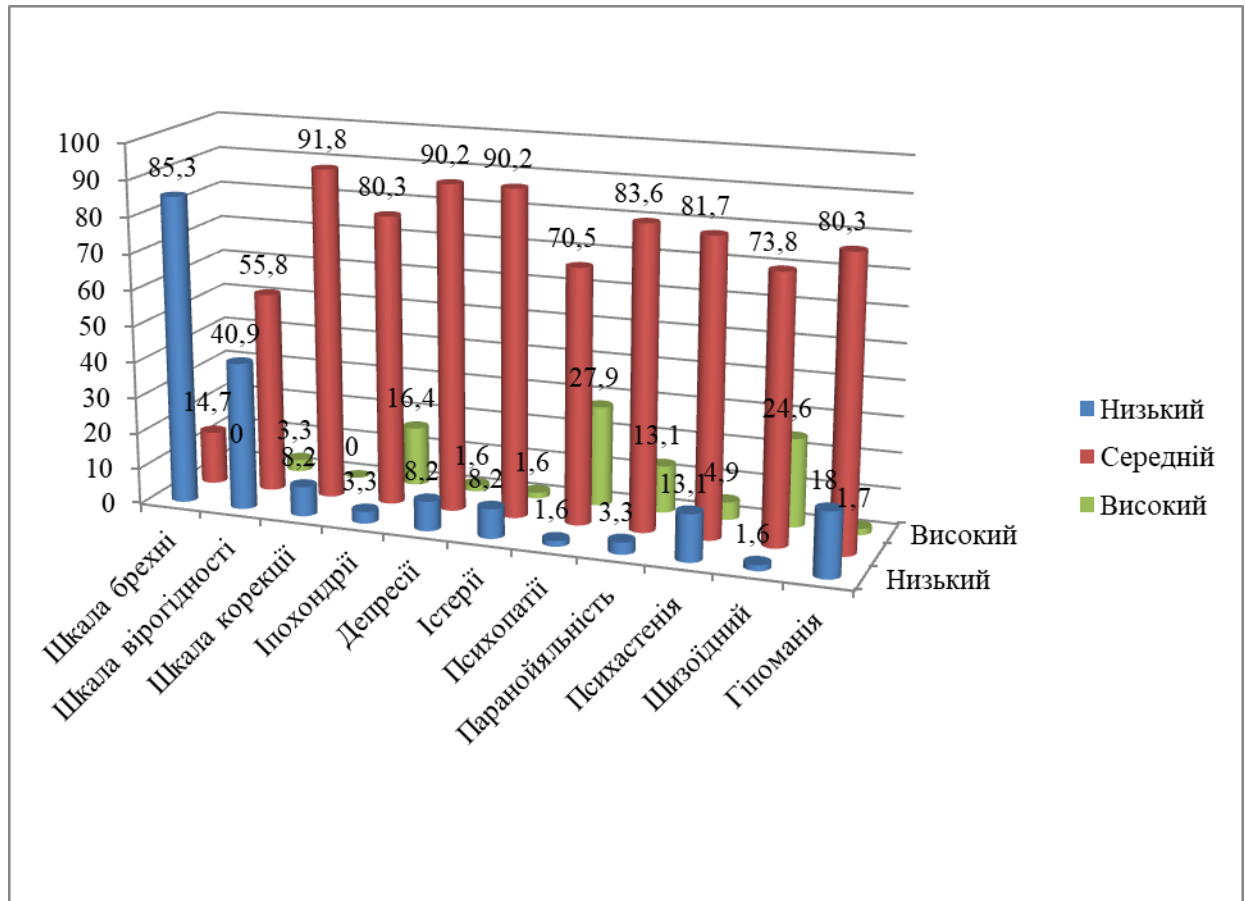


Рис. 2.9. Показники за параметрами дослідження особистості за методикою Міні-мульт

За даними, отриманими у результаті опрацювання відповідей респондентів за цією методикою, бачимо, що більшість респондентів мають середні показники прояву тих чи інших патологій.

Так, за шкалою брехні 85,3% мають низькі показники (більшість), що говорить про те, що відповіді респондентів є достовірними.

Домінування середніх значень за шкалою вірогідності свідчить про те, що відповіді частково прикрашені. Проте їх можна вважати валідними. В

цілому такі значення по даному параметру характеризує респондентів як таких, хто має труднощі у міжособистісних контактах, виражена тривожність і потребу в допомозі з боку оточуючих.

Високий показник за шкалою корекції, що притаманний для 3,3 % і середній (55,8%) означає, що особистість може керувати своєю поведінкою на основі соціального схвалення та свого соціального статусу. Діагностується схильність заперечувати будь-які труднощі в міжособистісних відносинах або нездатність контролювати власну поведінку, прагнення дотримуватися прийнятих норм поведінки та не критикувати оточуючих, якщо їхня поведінка відповідає прийнятим нормам.

91,8% респондентів мають середні показники за шкалою іпохондрії – характеризується тим, що тривожність суб'єкта характеризується у першу чергу через стан свого фізичного здоров'я, а не наявністю соціальних порушень. Відзначається емоційна значимість для досліджуваного його соматичних відчуттів: загальне самопочуття, працездатність, порушення соматичних функцій, больових відчуттів, що є характерним проявом ПТСР.

Депресивний стан на середньому рівні характерний для 90,2 % - такі респонденти характеризуються оточуючими як песимістичні, замкнуті, мовчазні, сором'язливі та надмірно серйозні. Вони можуть здаватися самотніми і уникати людей. Тим не менш, вони у більшості насправді відчувають потребу в глибокій і стійкій взаємодії з іншими людьми. У ситуаціях фрустрації вони демонструють більш типові інтрапунітивні реакції, включаючи почуття провини, гнів, спрямований на себе, агресію до самогубства. У складних конфліктних ситуаціях можуть проявлятися симптоми дезадаптації, такі як апатія, інертність, пасивність і відмова від виконання егоцентричних установок.

Істерії також для 90,2% респондентів характерні на середньому рівні. Це характеризує респондентів як таких, що прагнуть витіснити із сідомості тривогу та негативні нав'язливі спогади.

Психопатії на середньому рівні притаманні для 70,5% респондентів і на високому – 27,9%. Таких осіб можна у більшості випадків охарактеризувати як емоційно нестійких, з високим рівнем тривожності та депресивними реакціями.

Паранойяльність на середньому рівні діагностовано у 83,6% респондентів. Для таких людей певним чином притаманні підозрілість, образливість, завзятість у досягненні мети, педантизм, схильність звинувачувати інших у недружньому ставленні, ворожість і схильність до систематизації накопиченого досвіду.

Психастенія на середньому рівні – 81,7 % респондентів. В даному випадку мова також йде про наявність таких характеристик як страх, тривога, невмотивовані побоювання, невпевненість у собі і у своїй компетентності, знижена самооцінка, нав'язливість.

Шизоїдність характерна на високому рівні для 24,6 % і на середньому для 73,8% респондентів. Такі показники за даною шкалою свідчать про орієнтацію респондентів у більшості на внутрішні стандарти, втрата здатності глибоко зрозуміти оточуючих і програвати їхні ролі, а також порушення адекватного емоційного реагування. Для респондентів важко, а часом неможливо поглянути на себе з іншої точки зору та вписатися в оточення. Поведінка часто дивна, без емоцій або гордовита.

І за параметром гіпоманія 80,3% мають середній показник. Такий показник свідчить про часткову знижену соціальну активність, вибірковість соціальних контактів.

Аналізуючи середньостатистичні показники по кожній шкалі, бачимо, що мінімальні значення знаходяться переважно у межах середнього рівня. Максимальні значення – у межах високого рівня прояву певних порушень. Найвищі показники маємо по шкалам вірогідність, психопатії та шизоїдність. Середні значення по шкалам варіюються у межах середнього рівня прояву.

Таким чином бачимо, що у більшості випадків екскомбатантам важко приймати свої психологічні проблеми, частково вони намагаються їх скрити (середні значення по шкалам брехні і ймовірності), проте варто зазначити, що в цілому всі негативні їх прояви – симптоми ПТСР.

Далі проаналізуємо дані за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга. Так, загальні дані представлені на рис. 2.10.

На основі отриманих даних ми бачимо, що для більшості респондентів характерним є значне зниження настрою, схильність до депресивних станів. При цьому 34,4 % вже мають прояви депресії. Середні значення по даному параметру також перебувають у межах значного підвищення схильності до депресії.

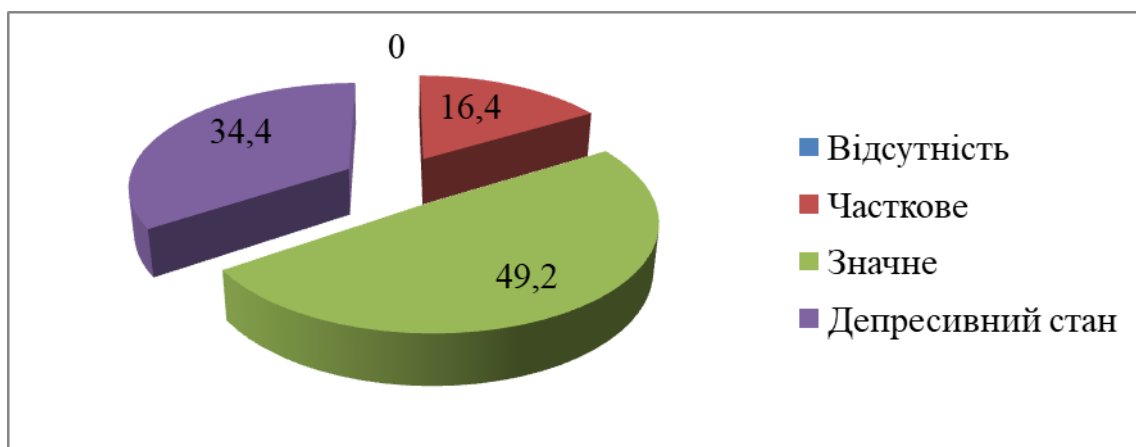


Рис. 2.10. Показники за параметром діагностики депресивних станів

Таким чином, на основі аналізу даних можемо сказати, що більшість екскомбатантів характеризуються помірними та високими проявами соціальної дезадаптації, посттравматичного стресового розладу, емоційної нестабільності, а також депресивними станами, що підкреслює необхідність комплексної психологічної підтримки. Подальше дослідження передбачає проведення порівняльного аналізу відповідно до демографічних або ж соціальних особливостей респондентів.

Проведемо порівняльний аналіз отриманих даних за методиками дослідження психологічних особливостей респондентів за допомогою двох

критеріїв: Мана-Уїтні (для двох незалежних вибірок) та Краскела-Уоллеса (для декількох незалежних вибірок). Загальні дані представлені статистичного аналізу представлені у Додатку Д.

Так, на основі отриманих даних бачимо, що статистично значимі відмінності за такими параметрами як вік, сімейний стан, час повернення з зони бойових дій та стаж служби відсутні, що вказує на унікальний та нестандартний вплив бойового досвіду на психіку незалежно від цих факторів.

Разом з тим, якщо проаналізувати отримані значення, то можемо простежити певні особливості пов'язані зі стажем служби та часом повернення з зони бойових дій (таблиця 2.1.)

Таблиця 2.1.

Порівняльні дані досліджуваних параметрів за показниками стажу служби та часу повернення з зони бойових дій

СтажСл ужби		Кількіст ь	Рангове значенн я	Час поверне ння з ЗБД	Кількіст ь	Рангове значенн я
Вторгнення	До 5 років	27	30,89	до 1 року	27	30,35
	5-10 років	23	33,96	1-3 роки	27	33,81
	Більше 10 років	11	17,73	Більше 3 років	7	22,64
	Total	61		Total	61	
Уникнення	До 5 років	27	30,52	до 1 року	27	29,44
	5-10 років	23	28,76	1-3 роки	27	31,54
	Більше 10 років	11	36,86	Більше 3 років	7	34,93
	Total	61		Total	61	
Збудливість	До 5 років	27	30,48	до 1 року	27	29,98
	5-10 років	23	32,89	1-3 роки	27	30,00
	Більше 10 років	11	28,32	Більше 3 років	7	38,79
	Total	61		Total	61	
Депресивність	До 5 років	27	33,96	до 1 року	27	31,39
	5-10 років	23	28,85	1-3 роки	27	29,50
	Більше 10 років	11	28,23	Більше 3 років	7	27,57
	Total	61		Total	61	
Іпохондрія	До 5 років	27	30,24	до 1 року	27	31,65
	5-10 років	23	34,13	1-3 роки	27	29,56

	Більше 10 років	11	26,32	Більше 3 років	7	27,21
	Total	61		Total	61	
Депресія	До 5 років	27	31,78	до 1 року	27	30,33
	5-10 років	23	33,54	1-3 роки	27	32,76
	Більше 10 років	11	27,95	Більше 3 років	7	26,79
	Total	61		Total	61	
Істерія	До 5 років	27	31,72	до 1 року	27	30,63
	5-10 років	23	32,89	1-3 роки	27	31,93
	Більше 10 років	11	25,27	Більше 3 років	7	28,86
	Total	61		Total	61	
Психопатія	До 5 років	27	30,69	до 1 року	27	30,43
	5-10 років	23	32,93	1-3 роки	27	32,39
	Більше 10 років	11	22,82	Більше 3 років	7	27,86
	Total	61		Total	61	
Паранояльність	До 5 років	27	30,74	до 1 року	27	30,87
	5-10 років	23	33,30	1-3 роки	27	32,07
	Більше 10 років	11	19,45	Більше 3 років	7	27,36
	Total	61		Total	61	
Психастенія	До 5 років	27	30,54	до 1 року	27	33,56
	5-10 років	23	33,13	1-3 роки	27	28,91
	Більше 10 років	11	20,32	Більше 3 років	7	29,21
	Total	61		Total	61	
Шизоїдність	До 5 років	27	31,63	до 1 року	27	31,80
	5-10 років	23	34,11	1-3 роки	27	30,91
	Більше 10 років	11	22,95	Більше 3 років	7	28,29
	Total	61		Total	61	
Гіпоманія	До 5 років	27	26,19	до 1 року	27	26,76
	5-10 років	23	37,63	1-3 роки	27	33,54
	Більше 10 років	11	28,95	Більше 3 років	7	37,57
	Total	61		Total	61	

Вищий ступінь прояву нав'язливих думок та спогадів про травматичну подію притаманний особам зі стажем від 5 до 10 років, та такі, які повернулися з зони бойових дій у проміжку від 1 до 3 років. Уникати думок про травмуючи ситуацію прагнуть екскомбатанти з досвідом служби більше 10 років та демобілізувалися більше трьох років назад. Збудливість характерна для людей зі стажем 5-10 років та які повернулися з ЗБД більше 3

років тому. Таким чином можемо сказати, що особливості прояву симптомів посттравматичного стресового розладу залежать від тривалості військового стажу та часу, що минув з моменту повернення з ЗБД, що має враховуватися спеціалістами при побудові маршруту психологічної реабілітації.

Вищий рівень депресивності спостерігаємо серед військових, які вступили на службу не більше 5 років тому та нещодавно повернувся з зони бойових дій.

Далі проаналізуємо показники емоційного стану респондентів. Так, найвищі прояви депресії, істерії, психопатії, паранойальності та гіпоманії характерні для осіб зі стажем служби від 5 до 10 років та поверненням з зони бойових дій у проміжку від 1 до 3 років. Таким чином, визначена група є найбільш вразливою до інтенсивних емоційних проявів та розладів, о у свою чергу свідчить про доцільність посиленої психологічної підтримки.

Гіпоманія, або ж стан емоційного піднесення характерний для осіб, які більше трьох років не беруть участь в активних бойових діях.

І щодо таких емоційних патологій як іпохондрія, психастенія та шизоїдність більш характерні для осіб, як і нещодавно (до 1 року) повернулися з ЗБД. Це може бути ознакою початкових етапів психологічної дезадаптації, що проявляються підвищеною тривожністю щодо стану здоров'я, нав'язливими думками, емоційними ізоляціями та проблемами з соціальною інтеграцією.

Аналіз показав, що вплив бойового досвіду на психіку військових є універсальним, проте його прояви залежать від стажу служби та часу, що минув після повернення з зони бойових дій. Найбільш вразливими до емоційних розладів є військові зі стажем 5-10 років та ті, хто повернулися з бойових дій 1-3 роки тому, тоді як для осіб, які нещодавно демобілізувалися, характерні ознаки тривожності та дезадаптації. Ці особливості необхідно враховувати під час розробки психологічної реабілітації, забезпечуючи цільову підтримку різним групам військових.

2.3. Програма психологічного супроводу військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом

Метою програми психологічного супроводу військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом є сприяння відновленню психічної рівноваги, розвитку адаптивних механізмів та інтеграції травматичного досвіду для підвищення якості життя військовослужбовців із ПТСР.

Завдання програми:

1. Надання фахової психологічної підтримки.
2. Зменшення вираженості симптомів ПТСР.
3. Відновлення соціальних функцій та зв'язків.
4. Інтеграція травматичного досвіду в загальний життєвий досвід.
5. Навчання методам саморегуляції й розвитку стресостійкості.

Початковий етап: Діагностика

На першому етапі проводиться оцінка стану клієнта і визначення характеру та особливостей ПТСР. Важливими компонентами є:

1. Скринінгове опитування: використання стандартизованих інструментів, таких як CAPS-5 або PCL-5, для виявлення рівня симптоматики, пов'язаної з травматичним досвідом.
2. Особистісна бесіда: детальний аналіз індивідуального та соціального контексту клієнта, оцінка впливу травматичного досвіду на його психоемоційний стан.
3. Індивідуальний план підтримки: розробка персоналізованого підходу до терапії, який включає рекомендації щодо вибору методів лікування, психоедукації та соціальної допомоги.

Діяльність військовослужбовців, що відбувається в зонах активних бойових дій характеризується як над екстремальна та має різноманітний вплив на психіку, особистість та поведінку людини. Війна є для ветеранів бойових дій надзвичайно важким життєвим випробуванням, що залишає глибокі фізичні, емоційні та психологічні наслідки. Психологічна підтримка

та реабілітація екскомбатантів при наданні кваліфікованої та спеціалізованої допомоги виступають як необхідний компонент ефективної соціально-психологічної роботи, адже травматичний досвід кожного має складну суб'єктивну структуру. Вона включає негативні переживання, поведінкові програми, сформовані в процесі адаптації до бойової обстановки, когнітивну оцінку психотравмуючої ситуації та виснаження ресурсів. І на початкових етапах має проводитися індивідуально.

Індивідуальна терапія

Етап індивідуальної терапії спрямований на глибоку роботу з психологічними наслідками травми. Основні складові:

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ):
 - Робота з дисфункціональними когніціями: ідентифікація і корекція переконань, таких як «я винен», «мене не врятують», «я завжди в небезпеці».
 - Формування позитивних стратегій поведінки у стресових ситуаціях, які сприяють стабілізації емоційного стану.
2. Метод десенсибілізації та переробки рухами очей (EMDR):
 - Інтеграція травматичних спогадів за допомогою методів обробки емоційних, когнітивних і сенсорних компонентів травматичного досвіду.
 - Використання керованих стимулів, таких як рухи очима, тактильні сигнали чи звуки, для зменшення емоційного навантаження.
3. Техніки релаксації:
 - Практики аутотренінгу та контрольованого дихання (наприклад, метод "4-7-8" чи прогресивна релаксація м'язів за Джекобсоном) для зняття фізичного й емоційного напруження.
4. Психоедукація:
 - Інформування клієнтів про природу ПТСР, фізіологічні та психологічні реакції організму.

– Обговорення тригерів стресу, важливості їхньої своєчасної ідентифікації та використання ефективних стратегій управління.

Індивідуальний корекційний вплив спрямовується на осіб, з виявленими у процесі психодіагностики відхиленнями від функціональної психологічної норми, що перешкоджають соціальній адаптації у військовому колективі, засвоєнню професійних знань та умінь. При цьому розрізняють корекцію інтелектуального розвитку, корекцію особистісних особливостей та профілактику невротичних станів та неврозів.

Для того, щоб правильно організувати психологічне консультування військовослужбовця психологу необхідно знати:

- які цілі та завдання психологічного консультування та які мотиви звернення військовослужбовця за психологічною консультацією;
- у чому суть процесу, що виникає між людиною – військовослужбовцем, який опинився у важкій ситуації і потребує психологічної допомоги (клієнтом) та людиною, що її надає (консультантам);
- які прийоми та техніки можуть використовуватися консультантом у процесі надання допомоги;
- яка динаміка процесу психологічного консультування;
- який потенціал, позитивний досвід, внутрішні сили можуть бути актуалізовані у процесі консультування;

У ході консультації робота психолога, що працює з військовими будується на таких положеннях:

- робота з досвідом переживань клієнта, переживань сьогоденних, на даний момент за часом та місцем;
- антропологічне бачення клієнта, погляд на людину як на вищий і найдосконаліший твір природи;
- вияв психологом здатності позитивно сприймати все, що переживає військовослужбовець в даний момент і відповідним чином повідомити про них іншій людині;

- безумовне прийняття клієнта, розуміння його, що включає як проникнення думки, а й почуття людини, вміння дивитися проблему з його позиції, вміння стати його місце;

- кожна людина, у тому числі і клієнт вільний у прийнятті відповідальності за свої вчинки, вона сама створює свою систему особистісних конструкторів;

- багато почуттів виникають у клієнта в момент консультації, необхідність використання моменту «тут і зараз» у пошуках свого справжнього «Я», звернення до потоку переживань;

- на початку консультації локус оцінки перебуває переважно у психолога, під час консультації переміщається до клієнта, клієнт сам знає, що робити.

Починаючи роботу з військовослужбовцем психолог має знати:

- історію виникнення проблеми (коли і у зв'язку з чим вона з'явилася);
- відносини клієнта з усіма діючими в його житті особами, їх відношення до проблеми;

- уявлення про те, в чому саме складність проблеми з погляду самої людини та оточуючих людей;

- чим саме викликано звернення до консультанта, чому воно відбувається саме зараз, а не відбулося раніше чи пізніше.

Основними стратегіями роботи з психологічної корекції негативних станів військовослужбовців є:

Стратегія № 1 – «Інтеграція внутрішнього світу» - спрямована на відновлення психологічної цілісності особистості, що передбачає опрацювання травматичного досвіду, емоційну інтеграцію, розвиток самоприйняття та відновлення сенсів життя.

Стратегія № 2 – «Включення напрацьованих під час бойових дій поведінкових програм» у контексті соціально-прийнятних видів діяльності, тобто перенесення сформованих навичок та звичок в мирне життя, тобто відбувається трансформація бойового досвіду у подальший розвиток.

Стратегія № 3 – «Відновлення цілісності, гармонійності когнітивної моделі світу» характеризується усвідомленням особистістю травматичного досвіду справжніх причин та значення травматичної події з погляду звичайного життя, що дозволяє переоцінити минулий досвід.

Стратегія №4 – «пошук і відновлення ресурсів» - через використання різних технік саморегуляції, і навіть включення людини у зовнішню діяльність, що як така створює передумови системи регуляції, оскільки у процесі витрачання ресурсів паралельно виробляється механізм їх поповнення.

В залежності від стратегії мають використовуватися наступні методи індивідуального психокорекційного впливу:

1. Переконавання. Переконавання починається з з'ясування того, що знає клієнт про свої проблеми та як він їх розуміє. Потім психолог обговорює і погоджує з клієнтом цілі та завдання психокорекції, і лише після того, як клієнт погодиться, починає роботу з ним. Психолог докладно повинен роз'яснити клієнту, що, як і чому він робить, а також – якщо в цьому є необхідність – пояснює причини виникнення та спосіб позбавлення від недоліків.

Використовуючи метод переконання, психолог користується такими прийомами:

1. З'ясовує власне ставлення клієнта до психологічних і поведінкових проблем, що турбують його, встановлює причини, внаслідок яких він дотримується тієї чи іншої позиції.

2. Виходить з того, що в розумінні своєї проблеми клієнт має рацію. Психолог, заздалегідь не відкидаючи і не заперечуючи можливу правоту клієнта, не намагаючись відразу і повністю переконати його, запрошує його вислухати і зважити різні точки зору. Клієнт, який довіряє психологу, зазвичай, погоджується з ним і висловлює готовність визнати правоту спеціаліста.

3. Пропонує клієнту самотійно прийняти рішення про те, яким рекомендаціям слідувати та яким – не слідувати. Перш ніж надати клієнту таку можливість, необхідно домовитися з ним про те, що він і психолог перебувають один з одним у рівнопартнерських відносинах і мають право не лише ставити одне перед одним питання, а й робити цілком самотійні висновки, приймати незалежні рішення.

4. Поділяє проблему, що обговорюється з клієнтом, на низку окремих питань і послідовно підштовхує клієнта до відповідей на ці питання. Розмову з клієнтом у даному разі доцільно будувати від простіших до складніших питань. Тут застосовується техніка «психологічного погладжування». Для того, щоб переконати клієнта у власній правоті, необхідно поставити ряд питань, на які клієнт вимушено відповідає «так», потім кілька питань, на які клієнт відповідає «може бути, і потім переходити до тих питань, на які клієнт спочатку готовий був відповісти «ні», але під впливом відповідей «так» і «можливо» він вже не є таким критичним.

2. Навіювання.

Користуючись навіюванням, можна швидше досягти потрібного результату, тому що цей метод не вимагає тривалих роз'яснень та тривалих дискусій психолога та клієнта. У основі навіювання лежить механізм прямого впливу психолога на підсвідомість клієнта, використання як розуму, так й почуттів, емоцій. Найкращою умовою для навіювання є ситуація, коли клієнта вводять у стан повного розслаблення. адаптація, як адекватне включення індивіда до соціальної ситуації, впливає розвиток особистості та ефективність діяльності. Завдання корекції – формування в індивіда адекватних форм спілкування з соціальним оточенням після тривалого перебування в зоні бойових дій. З метою корекції соціальної депривації необхідно забезпечити широкий досвід позитивних контактів з соціальним оточенням. У разі глибокої дезадаптації корекція здійснюється у групах соціально-психологічного тренінгу.

Корекція емоційних порушень здійснюється безліччю психотерапевтичних прийомів, що забезпечують зміну афективного стану військовослужбовця, що дозволяють досягти загальної релаксації, зняття патологічної напруги, зменшення тривоги, збільшення активності, вирішити афективні проблеми ситуації (десенсибілізація страху, припинення агресивних реакцій...). Для цього розроблено системи аутотренінгів, оперантного регулювання поведінки. Проте будь-яке корекційне втручання в афективну сферу впливає не лише на безпосередньо небажаний прояв, а й змінює співвідношення в усій структурі емоційної регуляції. Отже, підходити до корекції емоційних порушень слід, орієнтуючись на власні резерви й механізми емоційної сфери суб'єкта, враховуючи структуру рівнів емоційної регуляції. При корекції страхів використовують варіанти класичної психодрами або десенсибілізації (поступового звикання до фактора, що лякає).

Як примітивна, не завжди адекватна форма емоційного реагування часто проявляється агресія. Агресивні тенденції можуть проявлятися у вигляді самоагресії та агресивних дій по відношенню до об'єктів оточення або людей, набувати форм фізичної агресії або агресивних розрядів у вербальному та символічному плані, носити епізодичний нестійкий характер, або бути найбільш частим способом реагування суб'єкта на вплив оточення або ж вигляд патологічний потяг.

При спробах психологічної корекції агресії необхідно ретельно проаналізувати, яку роль вона виконує у конкретній ситуації. Тактика психокорекційних впливів має будуватися залежно від природи агресії. Корекційні заходи можуть бути від виховних до використання психодрами.

Особливості перебігу часу психологічної консультації як процесу взаємодії психолога і клієнта та процесу особистісних змін, скоріш за все, не в послідовності лінійного часу – минуле – сьогодення – майбутнє.

Часто вже в процесі роботи, думка екскомбатанта змінюється, він готується до прийняття нового погляду на себе і оточуючих, іншої концепції того, що відбувається.

Існують принципи для відбору ситуацій:

1. Вибираються ситуації мають бути тісно пов'язані зі змістом основних скарг клієнта, з тими моментами міжособистісних відносин, які є складними, проблемними.

2. Обговорювані ситуації мають типовими, часто які у житті клієнта, щоб у них можна було будувати висновки про особливості взаємовідносин загалом.

3. Бажано, щоб ці ситуації були досить розгорнутими, що описують цілісні моменти взаємодії. е. негативні, позитивні та нейтральні характеристики відносин.

Після індивідуальної терапії або подолання негативних емоційних проявів військовослужбовців можна залучати до групової психотерапії, яка допомагає їм соціалізуватися, більше взаємодіяти в групі та обмінюватися досвідом. Групова терапія дозволяє військовослужбовцям створити підтримуюче середовище, де вони можуть відчувати себе частиною спільноти, яка розуміє їхні проблеми. Це також допомагає навчитися спілкуватися ефективно, зменшувати тривожність і зміцнити емоційну стійкість.

Групова терапія

Групова терапія забезпечує підтримку з боку соціального середовища, сприяє формуванню нових соціальних навичок та обміну досвідом.

1. Психотерапевтичні групи:

– Створення безпечного простору для клієнтів, де вони можуть поділитися переживаннями та отримати підтримку від інших учасників.

– Навчання технік активного слухання і розвитку емпатії.

2. Арттерапія:

- Використання творчих методів, таких як малювання, ліплення чи музикотерапія, для висловлення складних емоцій.

- Організація групових творчих проєктів, які посилюють командний дух та комунікаційні навички.

3. Навчання соціальних навичок:

- Практика невербальної комунікації, подолання труднощів у спілкуванні.

- Моделювання складних ситуацій для освоєння технік ефективного вирішення конфліктів.

Відновлення та ресоціалізація

Останній етап передбачає інтеграцію клієнтів у повсякденне життя та сприяє їхньому професійному і соціальному зростанню.

1. Професійна реабілітація:

- Проведення тренінгів, які дозволяють перенести військові або інші професійні навички у мирне середовище.

- Навчання основам малого бізнесу чи правилам успішного працевлаштування.

2. Соціальна інтеграція:

- Модуль "Нове життя": допомога у плануванні майбутнього, розвиток адаптивного мислення.

- Наставництво з боку людей, які вже адаптувалися після травматичних подій.

4. Розвиток стресостійкості:

- Впровадження практик майндфулнес, які сприяють формуванню позитивного мислення та емоційної рівноваги.

- Використання технік когнітивної реструктуризації для зміни негативних патернів мислення.

Методи роботи, що можуть застосовуватися при груповій роботі:

- психологічне просвітництво – розширення знань про закономірності та умов сприятливого психічного розвитку людини.
- арттерапевтичні методи – вплив засобами мистецтва (музикотерапія, малювання), які допомагають відчувати і зрозуміти самого себе, висловити свої думки, почуття, звільнитися від конфліктів та сильних переживань.
- релаксаційні техніки, – які допомагають регулювати напругу, зупиняти та розслаблятися за власною волею, бажанням
- психогімнастичні вправи – в ході яких учасники набувають досвіду, що дозволяє усвідомити різноманітні вербальні та невербальні засоби встановлення контакту.

Для того, щоб забезпечити ефективну психічну підтримку військовослужбовцям, необхідний комплексний підхід, який включає як індивідуальні, так і групові методи роботи, щоб допомогти солдатам адаптуватися, інтегрувати травматичний досвід і відновити психологічну стійкість. Здійснення цих дій сприяє соціалізації, стабільності емоцій і відновленню мирного життя.

Висновки до розділу 2

Отже, в ході емпіричне дослідження нами було проведено діагностичне обстеження 61 військовослужбовця, які є учасниками бойових дій, що дало нам змогу визначити наступне.

На основі аналізу отриманих даних можемо сказати, що більша частина військовослужбовців має певні проблеми з соціальною дезадаптацією, що характеризується наявністю труднощів у взаємодії з оточуючими, відчуттям самотності та емоційній ізоляції. Також значна частка респондентів має стійкі прояви посттравматичного стресового розладу, що характеризується наявністю нав'язливих спогадів, значній емоційній збудливості, що у свою

чергу може супроводжуватися середнім та високим рівнем тривожності, збудливості, дратівливості та, як наслідок зниженням соціальної активності.

Порівняльний аналіз отриманих даних свідчить про те, що значна статистично значима різниця у негативних психологічних проявах екскомбатантів відсутня, проте можемо сказати, що респонденти зі стажем служби від п'яти до десяти років і ті, хто повернувся з зони бойових дій у проміжку від одного до трьох років демонструють найвищі рівні емоційної збудливості, депресії, істерії, психопатії та паранойальності. Ця група є найбільш чутливою до інтенсивних розладів і емоційних проявів, що вказує на те, що програми посиленої психологічної підтримки повинні бути обов'язковими для цих груп.

Таким чином, нами були розроблені практичні рекомендації для психологів, щодо здійснення психологічного супроводу військовослужбовців, які повернулися з зони активних бойових дій. Визначено, що індивідуальні методи психокорекції мають бути спрямовані на глибоке опрацювання бойового травматичного досвіду, інтеграцію емоційного стану та відновлення особистісної цілісності. Групові методи, такі як арттерапія, релаксаційні методи та тренінги, дозволяють людям взаємодіяти, ділитися досвідом і створювати підтримуюче середовище.

ВИСНОВКИ

Отже, відповідно до мети та завдань дослідження можемо зробити наступні висновки.

1. На основі аналізу науково-психологічної літератури можемо зазначити, що психологічна реабілітація – це комплекс заходів, що проводиться з метою впливу на психічну сферу людини для формування таких якостей у пацієнта та його оточення, що сприяли б максимальній адаптації до соціального середовища в умовах порушеного здоров'я та подолання у його свідомості уявлення про недосяжність реабілітації. Вона є необхідним етапом у збереженні психічного здоров'я населення, особливо в умовах воєнного стану та систематичних бойових атак. Особливістю психологічної реабілітації є її багатокomпонентність та комплексність, що передбачає роботу як з емоційним станом та особистісною сферою, так і з соціальною адаптацією особистості.

Психологічна реабілітація ґрунтується на принципах індивідуального підходу, комплексності та активної участі як людини, так і її близького оточення у визначеному процесі. Особлива увага приділяється кризовій допомозі, яка спрямована на мінімізацію ризику розвитку психічних розладів та допомагає стабілізувати психоемоційний стан.

В умовах війни даний вид реабілітації набуває все більшої актуальності, оскільки визначається як вагомий інструмент подолання наслідків психотравмуючих подій, що прямо впливають на психічний стан та соціальну інтеграцію особистості. Особливо такого виду допомоги потребують військовослужбовці, які брали участь в активних бойових діях та зазнали значного стресу, перебуваючи в максимально екстремальних умовах.

2. Постравматичний стресовий розлад – психічне порушення, що виникає внаслідок впливу травматичних подій та має різні форми прояву: гострий, хронічний, відстрочений. ПТСР має різну симптоматику, що

визначається як індивідуальними особливостями особистості, так і інтенсивністю травми.

Основними проявами даного розладу серед військовослужбовців, які брали участь в активних бойових діях є депресія, нав'язливість спогадів, підвищений рівень тривожності, емоційна відстороненість та порушення соціальної адаптації. Ступінь прояву зазначених ознак визначається інтенсивністю бойового досвіду, рівня стресостійкості особистості та наявності підтримки зі сторони соціального оточення.

Системна психологічна підтримка, що передбачає діагностику симптомів, терапію, створення ефективних стратегій копінгу та залучення соціальних ресурсів, є необхідною для успішної реабілітації та адаптації військовослужбовців. Для вдосконалення методів реабілітації та зменшення негативного впливу війни на психічне здоров'я є критично важливим розуміння психічного стану екскомбатантів.

3. Діагностичне обстеження актуального психічного стану військовослужбовців є основою їх ефективної психологічної реабілітації актуального. Так, у дослідженні взяли участь 61 респондент, більшість з яких особи у віці 30-40 років, нещодавно повернулися з зони активних бойових дій (від 1 до 3 років). Використання комплексного психодіагностичного інструментарію дало можливість оцінити емоційний стан респондентів та зробити наступні висновки.

Значна частина військовослужбовців стикаються з проявами соціальної дезадаптації такими як емоційна відчуженість та ізоляція. Більшість осіб мають симптоми посттравматичного стресового розладу такі як емоційна збудливість та нав'язливі спогади, частина респондентів прагнуть їх уникати.. Також можемо визначити схильність до приховування проблем та намагання себе презентувати у кращому світлі (значення по шкалам корекції та брехні). В цілому емоційний стан військовослужбовців характеризується як емоційно нестабільний, тривожний та депресивний, замкнутий, що значно впливає на зниження соціальної активності.

При проведенні порівняльного аналізу були відсутні статистично значимі різниці у показниках за такими параметрами як вік, сімейний стан, час повернення з зони бойових дій та стаж служби, що вказує на унікальний та нестандартний вплив бойового досвіду на психіку незалежно від цих факторів. Проте, на основі ґрунтовного аналізу все ж таки можемо простежити певні відмінності та сказати, що особи зі стажем служби від 5 до 10 років та ті, які повернулися з зони бойових дій у проміжку від 1 до 3 років, демонструють найвищі рівні емоційної збудливості, депресії, істерії, психопатії та паранойальності. Ця група є найбільш вразливою до інтенсивних емоційних проявів та розладів, що вказує на необхідність пріоритетного залучення таких осіб до програм посиленої психологічної підтримки.

4. Таким чином, на основі отриманих даних нами було розроблено програму для психологів щодо здійснення психологічного супроводу військовослужбовців, які є учасниками активних бойових дій. Так, психологічна реабілітація включає в себе як індивідуальну, так і групову роботу. Індивідуальні методи психокорекції мають бути спрямовані на глибше опрацювання травматичного досвіду, інтеграцію емоційного стану та відновлення особистісної цілісності. Групові методи, такі як арттерапія, релаксаційні методи та тренінги, дозволяють людям взаємодіяти, ділитися досвідом і створювати підтримуюче середовище.

Комплексна психологічна підтримка, яка враховує соціальні та емоційні потреби екскомбатантів, зменшує рівень тривожності та депресії та допомагає їм пристосуватися до мирного життя. Системна робота психологів, що базується на індивідуальних підходах і чітких стратегічних цілях, є єдиним способом ефективної реабілітації.

Перспективами подальших досліджень є розробка, впровадження та перевірка ефективності програми підтримки військовослужбовців, які мають посттравматичний стресовий розлад.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А. Негативні психічні стани військовослужбовців у бойових умовах: класифікації, визначення, ідентифікація. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2016. No 2 (4). 268 с.
2. Агаєв Н.А. Соціально-психологічні аспекти адаптації особистості в умовах військової діяльності. *Проблеми загальної та педагогічної психології: Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*. За ред. С.Д. Максименка. Київ: ГНОЗІС, 2005. Т. VII. Вип. 5, С. 6-10.
3. Акімов О. Аналіз проблем психологічної готовності до професійної діяльності на державній службі в умовах європейської інтеграції. *Збірник наукових праць «Ефективність державного управління»*. 2014. Вип.38 Веб-сайт. URL: <http://ep3.nuwm.edu.ua/5969/1/%D0%90%D0%BA%D1%96%D0%BC%D0%BE%D0%B2%20%D0%9E.%D0%9E.%20%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BB%.pdf> (дата звернення: 15.08.2024)
4. Актуальні проблеми соціальної адаптації військовослужбовців та членів їх сімей. / Під. Ред. Рубцова. Київ. 2011. 346 с.
5. Білик Н. П. Сімейна терапія у роботі з ветеранами АТО: методи і підходи. *Український журнал психотерапії*. 2021. № 2. С. 27–39.
6. Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям. *Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць*. 2014. Вип. 4 (41). Київ : НУОУ
7. Бойко О. М. Психологічна допомога учасникам АТО та їхнім родинам. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка, 2017. 256 с.

8. Бондаренко О.Ф. Психологічна допомога особистості. Харків: Фоліо. 2006. 219 с.
9. Бриндіков Ю.Л. Теорія і практика реабілітації військово-службовців - учасників бойових дій в системі соціальних служб: автореф. дис. д-ра пед. наук: 13.00.05. Тернопіль. 2019. 39 с.
10. Буряк О. О., Гіневський М. І. Соціальна адаптація армії України до нових умов існування. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил*, 2014. Випуск 4. С. 160-166
11. Васильєва Г.В., Колеснік Н.В. Емоційні та поведінкові порушення в наслідок ПТСР. *Габітус*. 2021 Вип. 30. С. 65–69.
12. Вербицька В. О., Кузьміна Н. Ю. Практичні аспекти реабілітації ветеранів війни: психологічний та соціальний контексти. Львів: Львівський національний університет, 2019. 196 с.
13. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / Організаційно-методичні вказівки розглянуто та схвалено Вченою радою Української військово-медичної академії : протокол № 192 від 07.11.2017 року. 76 с.
14. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. Київ; Харків : ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». 2014. С.89-94
15. Герц Г. Ю. Використання арт-терапії у роботі з ветеранами війни. *Психотерапія сьогодення*. 2021. № 4. С. 44–50.
16. Гнатюк О. В. Травма війни: Психологічна підтримка ветеранів АТО. Львів: Світ, 2018. 184 с.
17. Головченко М. І. Психологічна реабілітація ветеранів: виклики та перспективи. *Соціальна робота в Україні*. 2018. № 5. С. 12–17.
18. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С.,

Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.

19. Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ. 2018. 142 с.

20. Давиденко С. О. Вплив бойового досвіду на психіку військовослужбовців. *Науковий вісник психології*. 2020. № 1. С. 11–18.

21. Журавльова Н.Ю. Особливості формування підтримуючих стосунків у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів. *Особливості стосунків “психотерапевт – клієнт” у сучасному соціокультурному середовищі: монографія*. Київ: Видавничий Дім “Слово”, 2017. С. 129-154

22. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. / за ред.. Н. Агаєв, О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

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

24. Зміст та організація військово-соціальної роботи у підрозділі : навч. посіб. / В. В. Рютін, В. С. Афанасенко, О. Ю. Бурківський, Е. П. Дуб та ін. Харків : ХВУ, 2003. С. 324–330.

25. Інструкції з організації психологічної підготовки у збройних сил України. Веб-сайт. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1088-22#Text> (дата звернення 21.03.2023)

26. Кириченко І. В. Особливості адаптації ветеранів АТО до мирного життя. *Психологія і суспільство*. 2019. № 4. С. 45–58.

27. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Корня Л. В. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України : метод. посіб. Київ : ФОП Маслаков, 2019. 288 с.

28. Кокун О. М., Пішко І. О. Особливості динаміки психофізіологічного стану військовослужбовців впродовж шести місяців

виконання завдань в районі АТО. *Психологічне здоров'я*. Київ, 2019. № 1(2). С. 132–152.

29. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Особливості динаміки рівня військово-професійної адаптивності військовослужбовців залежно від терміну виконання завдань в районі АТО. *Особистісні та ситуативні детермінанти здоров'я : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф.* (м. Вінниця, 22-23 листопада 2018 р.). Вінниця, 2018. С. 90–94.

30. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

31. Корольчук М. С. Психологія праці у звичайних та екстремальних умовах : навч. посіб. Київ : КНТЕУ, 2015. 651 с.

32. Кучеренко С., Хоменко Н. Організаційні особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, до умов мирного життя. *Проблеми екстремальної та кризової психології*: зб. наук. пр. Харків : НУЦ-ЗУ, 2017. Вип. 21. С. 66–74.

33. Мельник А.П. Психологічні підходи до реабілітації військовослужбовців, що перебували в умовах бойових дій. *Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні* / за заг. ред. М.І. Мушкевич. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. С. 75-81.

34. Методичні рекомендації з надання психологічної допомоги ветеранам АТО. Київ: Міністерство у справах ветеранів України, 2020. 80 с.

35. Миронець С. М. Негативні психічні стани та реакції працівників аварійно-рятувальних підрозділів МНС України в умовах надзвичайної ситуації : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Харків, 2007. 22 с.

36. Мозговий В. І. Дослідження поняття психологічного супроводу військовослужбовців на різних етапах службової діяльності. *Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія»*. Вип. 63. 2017. с. 58-63

37. Мусійчук О. В. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії у подоланні ПТСР у ветеранів. *Вісник психології*. 2020. № 3. С. 19–30.
38. Мушкевич М.І., Федоренко Р.П., Мельник А.П., Шкарлатюк К.І., Грицюк І.М., Коширець В.В., Дучимінська Т.І. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: кол. моногр. / за заг. ред. М.І. Мушкевич. Вид. 2-ге, змін. та доповн. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 356 с.
39. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
40. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с.
41. Невмержицький В. М. Практичні аспекти здійснення психологічної підготовки військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. Київ, 2013. 3 (34). с. 260- 265
42. Олексюк Н. Позитивна спрямованість сімейних взаємин як вагомий чинник життєдіяльності сімей військовослужбовців Збройних Сил України. *Проблеми сучасної психології*. 2009. Вип. 4. С. 249–258.
43. Орловська О. А. До проблеми сімейної адаптації учасників бойових дій. *Молодий вчений*. 2020. №7 (83). С. 26-29.
44. Орловська О. А. Сімейна адаптація учасників бойових дій: проблема психологічних чинників. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 6. Т. 1. С. 132-136.
45. Основи військової психології : навч. посіб. / Г. В. Бондарев, П. П. Круть ; Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272 с.
46. Панок В. Г., Чаплак Я. В., Андрєєва Я.Ф. Основи психологічної допомоги: теорія та практика психоконсультації : навч. посібник. Чернівці : Чернівець. нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2019. 142 с.
47. Панченко Т. В. Соціальна адаптація військовослужбовців після участі у бойових діях. *Соціальна психологія*. 2018. № 3. С. 23–35.

48. Психологічна адаптація військових до мирного життя: монографія / за ред. І. А. Коваленко. Дніпро: Дніпровський національний університет, 2019. 228 с.
49. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції : *матеріали міжвідом. наук.-практ. конф.* (Київ, 30 берез. 2016 р.) : у 2 ч. / [ред. кол.: В. В. Черней, М. В. Костицький, О. І. Кудерміна та ін.]. Київ : Нац. акад. внутр. справ, 2016. 248 с.
50. Психологічна підтримка ветеранів АТО: практичний посібник / за ред. О. М. Василенко. Харків: Фоліо, 2019. 212 с.
51. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах : метод. реком. / Я. В.Мацегора, І. В.Воробйова, О. С.Колесніченко, І. І.Приходько. Харків : НАНГУ, 2015. 69 с.
52. . Онлайн видання. Львів : Видавництво «Друкарські куншти».
53. Рука допомоги: методичний посібник для соціальних працівників. Київ: ОБСЄ, 2021. 95 с.
54. Симоненко Т. В., Васильєва С. В., Петриченко А. П. Психологічна реабілітація ветеранів війни: методичні рекомендації. Харків: Права людини, 2016. 98 с.
55. Тохтамиш, О. М. (2014) Реабілітаційна психологія. Навчально-методичний посібник. Вінниця: ТОВ Віндрук
56. Шевчук А. І. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців. Київ: Науковий світ, 2020. 152 с.
57. Gewirtz A.H. et al. Promoting parenting to support reintegrating military families: After deployment, adaptive parenting tools. Psychological Services, 2011.
58. Grossman D. On Combat: The Psychology and Physiology of Deadly Conflict in War and Peace. Warrior Science Publications, 2009. 403 p.
59. Hoge C. W. Once a Warrior Always a Warrior. Globe Pequot Press, 2010. 304 p.

60. Lester P. et al. The long war and parental combat deployment: Effects on military children and at-home spouses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2010
61. The Official Guide to Military Rehabilitation / ed. by J. W. Hall. New York: Springer, 2018. 347 p.
62. Van Der Kolk B. A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. Penguin Books, 2014. 464 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Авторська анкета для визначення особливостей соціальної адаптації
військовослужбовців, які є учасниками бойових дій

Блок 1: Загальна інформація

1. Ваш вік:
 - до 25 років
 - 26-35 років
 - 36-45 років
 - 46 і більше
2. Сімейний стан:
 - Одружений/одружена
 - Неодружений/неодружена
 - У стосунках
 - Розлучений/розлучена
3. Час повернення з бойових дій:
 - До 1 року
 - 1-3 роки
 - Більше 3 років
4. Досвід військової служби:
 - 1-3 роки
 - 3-5 років
 - Більше 5 років

Блок 2: Соціальна адаптація

1. Чи відчуваєте труднощі у спілкуванні з людьми (за 5-бальною шкалою, де 1 – ніколи, 5 – завжди)?
2. Чи відчуваєте труднощі у сімейних стосунках (за 5-бальною шкалою, де 1 – ніколи, 5 – завжди)?

3. Наскільки часто відчуваєте самотність чи ізоляцію (за 5-бальною шкалою, де 1 – ніколи, 5 – завжди)?
4. Чи відчуваєте ви труднощі з соціальною адаптацією (за 5-бальною шкалою, де 1 – ніколи, 5 – завжди)?

Блок 3: Емоційний стан та стрес

7. Чи відчуваєте:
 - Тривогу (за 5-бальною шкалою, де 1 – ніколи, 5 – завжди)
 - Дратівливість (за 5-бальною шкалою, де 1 – ніколи, 5 – завжди)
 - Втому чи апатію (за 5-бальною шкалою, де 1 – ніколи, 5 – завжди)
8. Як справляєтесь зі стресом? (Відкрите питання)

Блок 4: Допомога та підтримка

9. Чи зверталися до:
 - Психолога? (Так/Ні)
 - Ветеранських організацій? (Так/Ні)
10. Яка форма допомоги для Вас найбільш ефективна?
 - Індивідуальна терапія
 - Групова терапія
 - Тренінги чи воркшопи
 - Спілкування з іншими ветеранами

Додаток Б

Узагальнені дані за результатами методик (авторська анкета)

Вік	Стаж військової служби	Сімейний стан	Час повернення з ЗБД	Соціальна адаптація	Емоційний стан	Як справл. зі стресом	Чи зверталися до психолога	Чи зверталися до волонтерських організацій	Яка форма допомоги підходить
3	2	3	2	9	5	2	1	1	2
3	1	2	2	7	7	2	1	2	3
4	3	2	1	8	5	1	1	1	2
3	2	1	1	9	4	2	1	2	3
2	1	3	2	9	7	2	1	1	2
1	1	4	1	8	5	2	1	2	4
2	2	4	3	6	6	2	1	2	2
4	3	1	1	9	5	2	2	2	2
4	3	4	1	8	8	2	1	2	2
1	1	3	2	6	6	2	2	1	2
3	2	3	2	9	6	2	1	1	3
4	3	4	1	4	7	1	1	1	3
3	2	3	3	8	8	2	1	1	2
3	1	3	2	6	6	2	1	2	4
4	3	3	1	5	5	1	1	2	4
3	2	3	3	8	7	2	1	2	4
4	1	2	2	4	6	2	1	1	2
4	3	2	1	4	7	2	2	2	3
2	2	4	1	9	6	1	2	2	4
3	1	4	1	6	7	2	1	1	2
3	1	4	2	8	6	2	2	2	3
1	1	1	1	7	7	2	1	1	4
3	2	4	2	9	5	1	1	2	2
3	1	3	1	5	6	1	1	1	1
4	3	3	1	9	4	2	1	2	2
3	3	4	2	8	6	2	1	1	3
4	1	1	1	6	7	1	1	2	4
3	3	2	3	9	5	2	1	2	2
4	2	1	1	15	8	2	1	2	3
2	1	3	2	12	13	1	2	1	2
4	2	3	1	11	14	1	1	1	1
3	2	2	1	11	11	1	2	2	2
3	2	3	2	12	12	1	2	2	2
3	2	3	2	14	14	1	1	1	1

2	1	2	2	11	11	1	2	2	3
3	1	1	2	12	12	1	2	1	4
3	1	1	2	15	13	2	2	2	4
2	1	1	2	19	11	1	1	1	4
3	1	2	2	14	12	2	2	2	2
4	2	2	1	11	13	1	2	1	3
3	2	1	1	17	12	1	2	1	3
4	1	2	1	18	13	1	2	1	2
4	1	3	2	15	12	2	1	1	4
2	1	3	1	13	11	1	1	2	2
3	2	2	2	16	9	2	2	2	1
2	1	3	1	12	10	1	2	2	3
3	1	3	3	11	11	2	2	2	4
3	2	4	2	13	10	1	2	2	2
2	1	3	2	16	10	1	1	1	3
3	1	4	3	18	12	2	2	2	4
3	2	3	1	12	12	2	2	1	2
3	2	2	1	19	13	2	2	2	2
4	3	3	2	17	14	1	1	2	2
4	1	3	3	13	13	2	2	2	2
4	1	3	1	15	12	1	2	1	3
3	2	4	2	12	12	2	2	2	4
4	3	4	2	15	13	2	1	1	2
3	1	4	2	18	12	1	2	1	3
4	2	3	2	12	11	1	2	2	4
4	2	4	1	14	11	1	2	1	3
3	2	3	1	11	10	1	2	2	2

Додаток Б

Узагальнені дані за результатами методик (шкала оцінки впливу травматичних подій спрямована на виявлення симптомів, методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга)

Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Депресивність
12	13	15	56,25
13	21	11	65
12	13	19	52,5
14	19	9	62,5
16	13	21	63,75
14	15	22	75
15	12	24	63,75
16	15	22	72,5
14	22	15	71,25
13	15	25	62,5
16	21	17	58,75
13	11	22	61,25
12	17	25	62,5
9	19	13	68,75
7	21	23	61,25
7	25	13	70
7	27	13	66,25
13	24	11	60
15	22	11	62,5
17	16	12	71,25
12	13	12	51,25
13	21	15	62,5
15	13	23	57,5
13	22	18	62,5
12	23	11	72,5
12	22	9	56,25
16	21	7	63,75
7	21	11	66,25
7	22	14	53,75
24	13	15	76,25
14	15	21	55
25	17	14	61,25
16	13	15	67,5

26	25	16	66,25
23	17	13	67,5
24	14	15	71,25
25	19	13	71,25
14	15	21	60
16	17	21	75
25	18	11	73,75
24	13	13	76,25
23	15	14	63,75
25	12	12	68,75
26	11	14	62,5
20	9	22	77,5
19	7	23	71,25
18	13	24	50
18	19	23	67,5
17	26	19	72,5
21	25	13	61,25
15	11	22	71,25
21	14	14	66,25
22	16	13	62,5
14	16	22	76,25
12	13	24	77,5
14	12	22	57,5
13	18	21	77,5
21	24	9	66,25
23	24	9	70
24	17	13	67,5
14	12	22	71,25

Додаток В

Узагальнені дані за результатами методик (міні-мульти)

L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Pa	Pt	Sc	Ma
63	32	51	39	47	47	57	56	38	63	54
63	34	55	39	50	44	52	61	51	60	38
32	26	62	59	53	53	68	41	51	67	54
33	37	62	52	53	53	68	41	56	60	38
63	35	55	52	50	44	62	61	38	63	43
31	35	59	62	47	53	68	61	60	70	49
46	26	55	62	47	59	52	61	64	63	54
54	25	51	45	40	47	41	51	38	60	43
31	43	59	59	50	50	41	36	47	52	43
31	46	62	62	40	53	62	66	60	70	49
32	47	62	49	43	53	57	46	51	56	43
29	46	43	42	47	38	47	46	33	45	43
54	50	44	66	50	59	83	51	60	85	59
26	34	62	56	50	47	62	71	60	70	38
46	32	32	49	50	41	41	61	42	52	38
63	26	66	45	40	38	52	46	51	60	49
25	36	62	49	47	47	41	31	51	49	49
16	43	62	56	47	44	52	41	33	52	33
29	23	44	59	43	62	78	66	69	77	43
34	54	62	49	37	41	52	41	47	49	33
32	23	62	56	43	47	62	41	47	63	33
32	34	66	59	53	56	73	66	73	70	33
25	46	55	49	37	41	62	56	56	60	43
46	43	59	52	30	47	62	61	56	67	43
29	23	55	66	53	59	89	46	60	70	49
63	19	47	42	40	38	41	56	29	49	49
63	21	62	59	53	53	68	66	60	74	59
63	34	43	49	37	38	57	46	25	45	59
37	43	59	42	40	41	83	71	69	74	64
54	48	55	59	57	45	78	56	57	62	43
54	45	55	62	43	48	67	76	57	70	53
37	46	51	52	57	45	78	86	52	73	53
63	64	36	48	43	48	46	56	35	37	53
71	36	51	72	63	63	72	76	52	73	64
46	37	36	48	50	40	72	51	43	59	53
71	27	51	52	47	54	62	56	57	55	43
54	56	43	55	60	48	67	61	52	59	48
71	58	70	72	67	69	88	66	70	87	74
63	57	62	69	73	60	88	66	79	87	69
63	58	59	66	63	66	88	61	70	77	69
54	61	40	78	47	45	51	51	48	66	53
63	66	47	55	57	54	57	51	48	52	38
71	81	55	62	37	57	62	51	43	55	48
63	63	59	59	57	51	62	66	61	62	32
63	58	55	72	57	63	57	46	52	62	69
71	81	59	72	60	54	57	66	70	70	48

71	66	51	59	60	51	67	66	66	73	69
63	64	43	79	60	51	51	61	48	55	48
46	65	43	48	43	48	57	71	43	66	53
71	65	55	55	57	54	72	61	52	66	38
71	64	62	78	53	51	51	56	70	66	43
54	64	59	66	63	63	62	71	66	77	64
63	64	70	79	63	69	72	56	83	80	64
79	61	47	69	50	48	35	56	43	48	48
63	41	55	66	50	57	51	56	66	70	53
63	40	51	78	57	43	83	66	57	73	48
54	44	59	69	63	66	67	76	70	77	59
63	44	62	69	57	72	78	46	61	80	69
63	46	47	59	60	60	67	56	52	70	69
54	30	55	52	53	54	83	51	57	62	59
54	40	40	78	53	48	46	61	48	52	53

Додаток Д

Результати порівняльного аналізу даних

Test Statistics^{a,b}

	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Депресивність	Брехня	Вірогідність	Корекція	Іпохондрія	Депресія	Істерія	Психопатія	Паранояльність	Психастенія	Шизоїдність	Гіпоманія
Chi-Square	4,837	2,549	3,625	,597	6,042	1,246	4,150	,492	1,119	2,115	2,224	6,846	4,190	2,039	1,300
df	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,184	,467	,305	,897	,110	,742	,246	,921	,772	,549	,527	,077	,242	,564	,729

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Вік

Test Statistics^{a,b}

	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Депресивність	Брехня	Вірогідність	Корекція	Іпохондрія	Депресія	Істерія	Психопатія	Паранояльність	Психастенія	Шизоїдність	Гіпоманія
Chi-Square	7,560	1,599	,540	1,366	4,020	5,003	2,995	1,541	,402	1,457	2,878	5,799	4,887	3,016	5,410
df	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,023	,450	,763	,505	,134	,082	,224	,463	,818	,483	,237	,055	,087	,221	,067

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: СтажСлужби

Test Statistics^{a,b}

	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Депресивність	Брехня	Вірогідність	Корекція	Іпохондрія	Депресія	Істерія	Психопатія	Паранояльність	Психастенія	Шизоїдність	Гіпоманія
Chi-Square	2,284	,580	1,535	,297	8,174	,611	1,257	,067	,707	,188	,417	,403	1,010	,220	3,091
df	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Asymp. Sig.	,319	,748	,464	,862	,017	,737	,533	,967	,702	,910	,812	,817	,604	,896	,213

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: ЧасПовернення

Test Statistics^{a,b}

	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Депресивність	Брехня	Вірогідність	Корекція	Іпохондрія	Депресія	Істерія	Психопатія	Паранояльність	Психастенія	Шизоїдність	Гіпоманія
Chi-Square	,480	,927	6,327	,783	4,306	4,252	,722	1,183	2,355	,110	1,743	2,816	1,673	,824	2,539
df	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Asymp. Sig.	,923	,819	,097	,853	,230	,235	,868	,757	,502	,991	,627	,421	,643	,844	,468

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: СімейнийСтан

Test Statistics^a

	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Депресивність	Брехня	Вірогідність	Корекція	Іпохондрія	Депресія	Істерія	Психопатія	Паранояльність	Психастенія	Шизоїдність	Гіпоманія
Mann-Whitney U	223,500	338,000	431,500	312,500	323,000	300,500	323,500	301,000	292,000	378,000	451,000	454,500	425,500	442,500	418,500
Wilcoxon W	751,500	773,000	959,500	840,500	851,000	828,500	758,500	829,000	820,000	906,000	979,000	982,500	953,500	970,500	946,500
Z	-3,487	-1,827	-,472	-2,194	-2,076	-2,364	-2,053	-2,363	-2,500	-1,245	-,189	-,139	-,557	-,311	-,661
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000	,068	,637	,028	,038	,018	,040	,018	,012	,213	,850	,890	,577	,755	,508

a. Grouping Variable: ДопомогаПсихолог