

ДМИТРИШИНА ВЛАДИСЛАВА ЮРІЇВНА

Допускається до захисту:  
Завідувач кафедри психології,  
д.психол.н, професор  
Оверчук В.А.  
«\_\_\_» \_\_\_\_\_ 202\_ р.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З  
ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Спеціальність 053 Психологія ОП Реабілітаційна психологія в надзвичайних  
ситуаціях

Кваліфікаційна (Магістерська) робота

Науковий керівник:  
Міщук С.С., старший викладач  
(консультант: Афанасьєва Н.Є.,  
д.психол.н., професор,  
професор кафедри)

Оцінка: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(бали за шкалою ECTS/за національного шкалою)

Голова ЕК: \_\_\_\_\_  
(підпис)

## АНОТАЦІЯ

**Дмитришина В.Ю.** Психологічна реабілітація учасників бойових дій з посттравматичними розладами.

У магістерській роботі проаналізовано проблему посттравматичного розладу в учасників бойових дій на етапі реабілітації. Уточнено сутність поняття «посттравматичний стресовий розлад» та підходи «психологічної реабілітації», які використовуються дослідниками, згідно з теоретико-методичним опрацюванням матеріалів. Створено та реалізовано план емпіричного дослідження. Визначено ефективні етапи психологічної реабілітації для учасників бойових дій з посттравматичним стресовим розладом зважаючи на аналіз емпіричних матеріалів.

Створено програму психологічної реабілітації для учасників бойових дій із симптомами посттравматичних розладів.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, психологічна реабілітація, профіль особистості, діагностика, профілактика, поведінка при посттравматичному стресовому розладі.

Табл. 4. Бібліограф.: 72 найменувань.

**Dmytryshyna V.** Psychological rehabilitation of combatants with post-traumatic disorders.

The master's thesis analyzes the problem of post-traumatic disorder in combatants at the stage of rehabilitation. The essence of the concept of "post-traumatic stress disorder" and the approaches of "psychological rehabilitation" used by researchers were clarified, according to the theoretical and methodological study of the materials. An empirical research plan was created and implemented. Effective stages of psychological rehabilitation for combatants with post-traumatic stress disorder are determined based on the analysis of empirical materials.

A program of psychological rehabilitation for combatants with symptoms of post-traumatic disorders was created.

Keywords: post-traumatic stress disorder, psychological rehabilitation,

personality profile, diagnosis, prevention, behavior in post-traumatic stress disorder.

Table 4. Bibliography: 72 references.





## ЗМІСТ

ВСТУП .....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ПІДХОДІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ .....	12
1.1. Теоретичний аналіз підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу та його симптомів.....	12
1.2. Підходи до психопрофілактики посттравматичного розладу. Психологічна реабілітація як метод зниження рівня впливу симптомів посттравматичних розладів на учасників бойових дій.....	20
Висновки до розділу 1 .....	31
РОЗДІЛ 2 МЕТОДОЛОГІЯ І ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ЯК ЕТАП ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	33
2.1. Характеристика основних етапів дослідження методом інтерв'ю .....	33
2.2. Підходи психологічного діагностування військовослужбовців методом тестування .....	43
2.3. Характеристика основних етапів дослідження та опис вибірки .....	45
Висновки до розділу 2 .....	47
РОЗДІЛ 3 АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ .....	48
3.1. Дослідження рівня прояву посттравматичних розладів в учасників бойових дій .....	48
3.2. Аналіз впливу програми психологічної реабілітації на учасників бойових дій з посттравматичними розладами .....	58
Висновки до розділу 3 .....	59

ВИСНОВКИ.....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТКИ.....	71



## ВСТУП

Починаючи з лютого 2014 року внаслідок російської агресії мільйони громадян України зазнали впливу важких стресогенних факторів різного ступеня інтенсивності. З лютого 2022 року вплив стресових факторів охопив все населення України через початок повномасштабної війни та вторгнення російських загарбників.

**Актуальність.** В Україні практично в кожній родині є учасник бойових дій - чоловік, жінка, батько, брат, син, друг, близький родич, товариш. Тому вже зараз актуальним є питання психологічної реабілітації українських воїнів. Це необхідно для їх успішного повернення до мирного та якісного життя. Нехтування даним питанням може мати наслідки як для самих військових, так і для всього суспільства вцілому.

Відомі факти коли ветерани бойових дій вчиняють самогубства та не можуть знайти своє місце у цивільному житті. Все це є важкими наслідками війни.

За 9 років війни існує безліч питань та викликів, які потребують негайних вирішень.

За даними Міністерства у справах ветеранів України передбачено, що допомоги з психологічної реабілітації потребуватимуть понад 20 тисяч військовослужбовців, які брали участь у війні. Це має важливе значення не лише для самих воїнів, а й для всього українського суспільства. Відповідно є необхідність в дослідженні оперативної оцінки стану військових, прогнозу розвитку розладів, проведення всіх можливих лікувальних і реабілітаційних заходів [36].

Важливе значення в реалізації таких заходів має затверджений Міністерством оборони України Наказ про проведення психологічної реабілітації учасників бойових дій. Документом схвалено механізм організації проведення зазначеної реабілітації структурними підрозділами з питань соціального захисту населення обласних, міських, районних



держадміністрацій, виконавчих органів міських, районних у містах (у разі їх утворення) рад [37].

Зважаючи, що наслідки військових дій мають вплив не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, але й на психічні складові психіки особистості (психологічна врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісні орієнтації) психологічні травми потребують комплексного підходу з боку фахівців. Робота психолога з учасниками бойових дій потребує розуміння симптомів посттравматичного розладу та навичок регуляції та стабілізації станів військових. Фахівці з психічного здоров'я повинні як найкраще розуміти формування подібних розладів та вміти доступно для бійців провести психоедукаційну роботу що також є одним з елементів стабілізації стану.

В той же час психологічна реабілітація повинна передбачати комплексний підхід, який включатиме роботу не лише з самим військовим, а й з сім'ями ветеранів. Рідні мають бути морально готові до повернення військового з фронту. Адже сім'я – один з головних ресурсів соціалізації для учасника бойових дій. Доведено, що усвідомлена сім'я, яка працює з ветераном, – це майже 100% успіх. При цьому важливо навчити сім'ю. Рідні військового мають знати які проблеми можуть бути у людини після війни та як на них реагувати. Психологічну роботу з сім'ями зараз проводять за підтримки міжнародних донорів громадські організації України.

Симптоми травматичного розладу можуть проявлятися у людей і без клінічного діагнозу. Це називають посттравматичними наслідками, і від них не застрахований жоден військовий після повернення додому. Ознаки розладу можуть проявитись через певний проміжок часу.

Система реабілітації має охоплювати всіх: від ветеранів з незначними психічними розладами до пацієнтів із постконтконтузійним синдромом. Зі складними випадками захворювання має працювати спеціалізована клініка, яка здатна зібрати спеціалістів різних профілів та забезпечити мультидисциплінарний підхід у лікуванні. Станом на 26 жовтня 2022 року

визначено 31 державний заклад, які включені до Реєстру постачальників послуг із психологічної реабілітації. Такі заклади є в кожній області України. Наразі в регіонах існує не лише потреба в спеціалізованих реабілітаційних центрах, а й в кваліфікованих спеціалістах.

Учасник бойових дій після війни має відчувати, що не просто так віддав своє здоров'я, захищаючи країну. Байдужість до психологічної реабілітації та невиявлений вчасно посттравматичний розлад збільшить кількість злочинів, та самогубств ветеранів.

Психологічна реабілітація в Україні лише починає свій розвиток й потребує досліджень з різними підходами й методами для як найшвидшого повернення військових до якісного життя.

**Об'єкт дослідження:** Посттравматичний розлад.

**Предмет:** Психологічна реабілітація учасників бойових дій.

**Гіпотезою** є припущення про те, що впровадження програми психологічної реабілітації знизить рівень вираженості симптомів посттравматичного розладу.

**Мета дослідження:** Дослідити вплив програми психологічної реабілітації на учасників бойових дій із симптомами посттравматичного розладу.

Для досягнення поставленої мети необхідно вирішити такі завдання:

- Проаналізувати й узагальнити існуючі в науковій літературі підходи до дослідження посттравматичного розладу та підходи в психологічній реабілітації.
- Розглянути та підібрати ефективні інструменти, які будуть використані для розробки програми психологічної реабілітації учасників бойових дій з посттравматичними розладами.
- Здійснити емпіричне дослідження вираженості посттравматичних розладів в учасників бойових дій.
- Розробити програму роботи з учасниками бойових дій з посттравматичними розладами.



- Провести дослідження можливих змін та вираженості симптомів посттравматичних розладів в учасників бойових дій внаслідок застосування програми психологічної реабілітації.

Мета та гіпотеза зумовили вибір наступних методів дослідження:

1. Використано теоретичні методи: (аналіз, синтез, узагальнення та систематизація наукових даних щодо поняття психологічної реабілітації в Україні, симптоми та прояви посттравматичного розладу).

Теоретико-методологічну основу дослідження психологічної реабілітації складають праці таких дослідників, як: Попелюшко Р.П.; Католик Г.В.; Левин П.; Колк Б.; Корнієнко І.Л.; Животовська Л.О.; Бобрик Л.Д.; Беш Л.Н.; Кокун О.М.; Агаєв Н.А.; Пішко І.О.; Лозінська Н.С.; Романчук О.І.; Віктор Алещенко; Катерина Явна; Горбунова В.В., Карачевський А.Б.; Климчук В.О.; Нетлюх Г.С.

Дослідження аспектів посттравматичного розладу базується на працях Васильєва С.П.; Зубовського Д.С.; Мартіна Мюлера; Лаада М.; Хадомі Е.; Леві О.; Пінчук І.Я.; MB Powers; MJ Gray; Fava GA; Ruini C; Rafanelli C; Моніка Мукерье.

2. Емпіричні (психодіагностичні методики: опитувальник для військових; PHQ-9 - опитувальник пацієнта про стан здоров'я - шкала самооцінки депресії, GAD-7 - опитувальник пацієнта про стан здоров'я - шкала самооцінки тривоги, Місісіпська шкала посттравматичних розладів.

3. Математично-статистичний аналіз: В даній роботі буде здійснено експериментальне дослідження, яке передбачатиме участь двох груп учасників бойових дій. В одній з груп передбачено проведення роботи згідно розробленої програми психологічної реабілітації військових із симптомами посттравматичних розладів. Інша група учасників бойових дій також із симптомами посттравматичних розладів буде контрольною й вплив програми з реабілітації на неї не здійснюватиметься. Друга група стане засобом перевірки ступеня експериментального впливу. Метод статистичного аналізу U-критерій Манна-Уїтні використано для визначення відмінностей у оцінках

груп пілотажного дослідження та для перевірки відповідності експериментальних і контрольних груп.

4. Використано інтерпретаційні методи для формулювання висновків та розробки програми психологічної реабілітації учасників бойових дій з посттравматичними розладами.

**Наукова новизна.** У магістерській роботі на основі здійсненого теоретичного аналізу систематизовано визначення та симптоми посттравматичного розладу; досліджено вплив на учасників бойових дій із симптомами посттравматичних розладів створеної програми з психологічної реабілітації.

Практичне значення отриманих результатів: одержані результати стануть підґрунтям для проведення ефективної роботи з психологічної реабілітації учасників бойових дій, які мають симптоми посттравматичного розладу.

**Апробація роботи.** Основні положення дослідницької роботи було представлено на першій всеукраїнській студентській науково-практичній конференції (18-19 травня 2023 року м. Вінниця). На конференції був представлений матеріал Дмитришиної Владислави Юріївни “Психологічна реабілітація учасників бойових дій: ізраїльський досвід” у збірнику “Актуальні проблеми сучасної психології у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, нові концепції та перспективи” на сторінках 54-56.

Основні ідеї і результати відображено в публікації Дмитришиної Владислави Юріївни: “Психологічна реабілітація учасників бойових дій з посттравматичними розладами” (III Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми реалізації адаптаційного потенціалу особистості в сучасних умовах життєдіяльності» 16-17 листопада 2023 рік, м.Вінниця) на сторінках 202-205.

Впровадження отриманих знань, основних ідей і створеної програми психологічної реабілітації проводилося на базі “Вінницьке казенне експериментальне протезно-ортопедичне підприємство”, та громадської

організації “Асоціація українських психологів і психотерапевтів”.

**Структура роботи.** Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, чотирьох додатків, списку використаних джерел, що налічує 72 найменування (із них 9 – іноземною мовою). Основний зміст роботи викладено на 74 сторінках. Загальний обсяг становить 93 сторінки.





## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ТА ПІДХОДІВ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

#### 1.1 Теоретичний аналіз підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу та його симптомів

В умовах природних катаклізмів, війн у світі та зокрема в Україні науковці все більше досліджують посттравматичний стресовий розлад у пошуках ефективних методів та підходів його лікування та реабілітації внаслідок отриманого травматичного розладу.

Згідно історичних даних посттравматичний стресовий розлад спостерігався й в стародавні часи. Найдавніший опис впливу травматичних факторів на людську психіку відбувався в період Шумерської державності та походить з часів панування третьої династії Ур. Жорстокі війни відбувалися між 2112 роком до н. е., та 2003 роком до н. е. У текстах тих часів описано почуття тривоги, безпорадності, порушення сну в мешканців держави [19, с. 216].

Психіатр Абрам Кардінер у 1941 році опублікував «Травматичні неврози воєнного часу» де описав свої спостереження за ветеранами Першої світової війни. Його пацієнти були охоплені почуттям спустошення; вони ставали замкнутими і відстороненими, навіть якщо раніше вели активне життя. Те, що Кардінер називав «травматичними неврозами», сьогодні називається посттравматичним стресовим розладом [9, с. 33]. Лікар зазначив, що посттравматичний стрес не просто знаходиться «у людини в голові», а має певну фізіологічну основу. Кардінер зрозумів, що природа симптомів криється в реакції всього організму на отриману психологічну травму [9, с. 35].

Вчений Ганс Сельє, який протягом 50 років розглядав фізіологічний стрес як відповідь на будь-які вимоги, переконаний, що з якими б труднощами не зіштовхнувся організм людини, з ними можна впоратися

двома типами реакцій: активною, або боротьби; пасивною, або втечі від труднощів; заперти або готовності терпіти їх. Сельє не вважав стрес шкідливим, а розглядав його як реакцію, що допомагає організму вижити. [60]. Шкідливий чи неприємний стрес Сельє називає дистресом. Хороший і корисний стрес — еустресом (від грец. εὖ — «добре»). У виснажливій реадaptaції Сельє бачить головну причину дистресу. [56, с. 12].

У монографії 1945 року "Людина в умовах стресу" психіатри Грінкер і Шпігель перерахували симптоми, які окреслили як "військовий невроз". Агресія, підвищена втомлюваність, підозрілість, депресія, скарги на пам'ять, алкоголізм, порушення концентрації уваги, нічні кошмари, фобії - симптоми, що спостерігались в солдат після полону. Згідно даних Л. Етінгера і А. Строма (1973 рік) схожі розлади спостерігалися і у в'язнів концентраційних таборів. [19, с. 217].

Зацікавленість симптоматикою посттравматичного стресового розладу виникла у зв'язку з військовими конфліктами, природними та техногенними катастрофами, що трапилися в останні десятиліття. Зокрема війна у В'єтнамі послужила потужним стимулом для досліджень американських психологів та психіатрів. В 1980 році Марді Горовіц запропонував виділити самостійний синдром, назвавши його "посттравматичний стресовий розлад". Пізніше група авторів на чолі з Горовіцом розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американської класифікації психічних захворювань (DSM - III), а пізніше практично без змін увійшли до МКХ-10 [DSM-5; ICD-10, 1998] [19, с. 218].

Стрессова ситуація - це завжди нова, незрозуміла ситуація, а травматичний стрес - ненормальний стрес (реакція на ненормальні події життя - нетипові, раптові, неможливі). Він переживається як удар, травма, ураження - ситуації, які викликають біль. Це природні катаклізми, військові, бойові та терористичні дії, сплески насилля. Людина реагує стресовим станом і він має свою специфіку [44, с. 15].

Участь у бойових діях практично завжди супроводжується стресовою реакцією організму, яка без відповідної своєчасної кваліфікованої допомоги може призвести до несприятливих наслідків, як для самого військовослужбовця, так і для суспільства в цілому [44, с. 15].

При постратравматичному стресовому навантаженні йдеться про затяжну або довготривалу реакцію на екстремальну загрозу у катастрофічному вимірі. Травму можна тоді розглядати як рану в душі людини. При екзистенційній загрозі тіло має реакцію у екстремальному випадку, що, у свою чергу може, призвести до невиліковного шраму. Такий чутливий шрам стосується тіла, психіки і спілкування людей між собою. Травма може проявлятися довгостроково у трьох сферах: тіло потрапляє знову і знову у стан сильного збудження, психіку поглинає страх, а зовні поведінка людини нагадує напад чи втечу або ж, навпаки, людина перебуває у стані повного заціпеніння стосовно навколишнього світу [44, с. 16].

Психіатр Марді Горовіц: “Травма - за своєю природою приголомшливий досвід”. Він містить багато нової інформації, яку важко прийняти чи зрозуміти і яка не узгоджується з поглядом людини на світ або про самих себе. Автор пояснює, що люди намагаються пояснити те, що навколо них. Таким чином їх психіка вибудовує внутрішні схеми, які пояснюють те, що відбувається навколо в стосунках зі світом. Коли люди переживають травму, згадані схеми руйнуються або стають крихкими. У спробі зрозуміти що сталося - мозок постійно повертається до травматичних подій. Таким чином організм намагається впоратися з важкими переживаннями або усвідомити їх. Цей механізм працює при різних стресових подіях в житті людини. Однак через високий рівень дистресу через спогади про травму думки та почуття відштовхуються людиною, щоб захиститись від цього дистресу. Людина починає уникати нагадувань про травматичну подію. Пам'ять про цю подію фрагментована та не цілісна, а базова потреба в завершеності стимулює постійний рух вперед-назад - від нав'язливих думок про травму до заціпеніння під час флеш-беків [53, с. 27].



Травмуючі ситуації переживаються як більш-менш гостра необхідність реконструкції ставлення до себе, власного минулого, сьогодення і майбутнього. Порушується спонтанність буття, зростає відчуття внутрішнього та зовнішнього хаосу, втрачається структурованість життєвого світу. Людина не в змозі усвідомити власних проблем [58, с. 74].

Загалом можна узагальнити основні риси травмуючої ситуації:

- вона є новою реальністю для людини і принципово відрізняється від повсякденних умов;
- висуває перед людиною дилему життя і смерті та впливає на картину світу особистості й переживання фундаментальної невразливості;
- характеризується подвійністю, оскільки, з одного боку, несе загрозу, небезпеку, руйнування для особистості, а з другого — апелює до стійкості, мужності, має можливості для конструктивних змін;
- руйнує цілісність життєвого світу людини, поділяючи її на життя до ситуації, що сталася, часовий відрізок, пов'язаний з безпосереднім впливом екстремальних факторів, та життя після;
- під впливом травмивної події особистість людини трансформується, можлива фрагментація самоідентичності;
- під час події утруднюються реалізація прогнозу подальших подій та розуміння подій, що відбуваються;
- обмежує здійснення самореалізації особистості та ускладнює можливості в задоволенні потреб;
- обмежує можливості активного впливу травмивної події на людину, але при цьому відкриває нові способи активності;
- детермінує роботу з пошуку сенсу того, що відбувається;
- супроводжується появою тріадичної структури “розлад — адаптація — розвиток” [7, с. 17].

На переконання дослідників О. Євсюкова та В. Садкового, психотравмуючими є ті події, які викликають переживання інтенсивного

страху та безпорадності [44, с. 205].

За Американською класифікацією хвороб DSM—IV, травматичною можна назвати таку подію, яка пов'язана зі смертю, загрозою смерті, важким пораненням або іншою будь-якою загрозою фізичної цілісності. Але інколи психологічна травма виникає через те, що людина стає свідком загрозової події, поранення або смерті зовсім чужої людини [28, с. 27].

Травматичний досвід має здатність акумулюватись (накопичуватись), а психологічна травма та пов'язаний із нею досвід мають багато форм [22, с. 168].

Однак не у всіх людей, які пережили психотравмуючу подію, розвинеться посттравматичний стресовий розлад. Ризик розвитку цього розладу залежить від багатьох факторів [25, с. 37].

1. Характеристики травми – вид і «доза» травми: чим більша загроза життю, фізична близькість, непередбачуваність і неконтрольованість травматичного чинника, тим більший ризик. Свою роль відіграє також і фактор жорстокості. Згідно численних досліджень травми, заподіяні людині людиною, частіше призводять до посттравматичного стресового розладу, ніж стихійні лиха та техногенні катастрофи. Причому сексуальне насильство у більшості потерпілих призводить до посттравматичного стресового розладу, ніж насильство фізичне. Підвищує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу також безпосередня вина жертви у нещасному випадку, загибелі близьких людей, а також присутність фактора зради. Множинні травматичні події (особливо в дитинстві) становлять найвищий ступінь психотравмуючого впливу і пов'язані з ризиком розвитку так званого комплексного посттравматичного стресового розладу [25, с. 39].

2. Характеристики потерпілої особи та копінгу з травмою: особливості суб'єктивного сприйняття травми (наприклад, як заслужена кара тощо), особливості копінгу з травмою (самоізоляція, вживання алкоголю та ін.), наявність інших психічних захворювань до моменту травми, особистісна незрілість зі схильністю до самозвинувачень, негативним самосприйняттям,

перенесені й не інтегровані травми в дитинстві (у такому разі недавня травма може відкрити «скриньку Пандори» з минулого). З іншого боку, наявність внутрішніх ресурсів збільшує опірність до травмуючого впливу. Виявлені певні гени, наявність яких збільшує ризик посттравматичного стресового розладу після перенесеної психотравми [25, с. 39].

3. Характеристики соціального оточення потерпілої особи: брак соціальної підтримки, самотність, нездорові реакції з боку рідних (відкинення, звинувачення, замовчування факту травми, стигматизація тощо). Знову ж таки, навпаки: наявність соціальних ресурсів є сильним проєктивним фактором [25, с. 40].

4. Інші фактори: наприклад, чи травма торкнула одну людину, чи цілу спільноту; наявність супутніх життєвих стресів і проблем, спричинених травмою, так і тих, що існували до травматичної події; доступність форм психологічної допомоги, превентивних програм тощо [25, с. 40].

Для розуміння механізмів, які спричиняють розвиток посттравматичного стресового розладу варто знати роботу механізмів пам'яті та те як травматична подія закарбовується в мозку. В людини є два види пам'яті: імпліцитна та експліцитна. При посттравматичному розладі травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті й не відбувається її інтеграція в автобіографічну нарративну пам'ять [50, с. 32]. Вмикається так званий захисний механізм дисоціації. Тобто відбувається «роз'єднання» нейрональних мереж, що відповідають за різні складові свідомості людини: таким чином, та мережа нейронів, яка береже записані у формі імпліцитної пам'яті спогади про травматичну подію та відповідний, пов'язаний з цією подією емоційний стан, відмежовується з «поля свідомості». Метафорично це можна порівняти з утворенням певної ширми-перегородки у свідомості, яка відгороджує «звичну зону» від травматичного минулого, від якого хочеться «втекти і сховатися, бо воно надто болюче». Дисоціативний «бар'єр» утримується активним уникненням і намаганням не згадувати травмівну подію вважаючи, що вона забудеться сама собою. Така



поведінка призводить до блокування процесу інтеграції травматичної пам'яті й відповідно з цього походять симптоми посттравматичного стресового розладу [50, с. 34].

Симптоми посттравматичного стресового розладу за механізмом розвитку можна умовно поділити на дві групи:

- перша пов'язана з тим, що травматична пам'ять не інтегрується, залишається у формі імпліцитної, відповідно спогади не «архівуються», а періодично «вискакують» у свідомість людини, спричиняючи виражений дистрес – це так звані позитивні дисоціативні симптоми. Людина, всупереч бажанню постійно переживає травматичну подію у формі інтрузивних спогадів (візуальних, соматосенсорних). Ці спогади носять усі характеристики імпліцитної пам'яті: людина немов «провалюється» в минуле, має таке відчуття, наче знову переживає травматичну подію, відповідно, активуються всі емоції, пов'язані з травмою. Ці спогади можуть також бути присутніми в снах людини, можуть переслідувати страхітливі сновидіння. Спогади можуть «виринати» самостійно або викликатися певними «тригерами» – ситуаціями чи стимулами, які нагадують про травматичну подію. Зазвичай такі прояви супроводжують вираженою поведінкою уникнення. Така поведінка спричинена намірами зменшити контакт із тригерами та спогадами [50, с. 35].

- Друга група спогадів пов'язана з відсутністю, втратою певних аспектів психічного життя, що зумовлено утворенням дисоціативних «бар'єрів». До цих симптомів може відноситися втрата пам'яті щодо травматичної події чи окремих її деталей, загальне емоційне «оніміння», почуття загального «відчуження». [50, с. 36].

Людина з посттравматичним стресовим розладом, особливо при комплексних його формах, пов'язаних з досвідом хронічної травматизації у дитинстві, може поступово маргіналізуватися як у зовнішньому так і внутрішньому світі [50, с. 36].

Комплексний посттравматичний стресовий розлад характеризується додатковими симптомами які виражаються в порушенні регуляції емоцій (дисфорія, порушення контролю злості, самопошкоджуюча поведінка як форма емоційної саморегуляції), порушення свідомості (тривалі стани дереалізації-деперсоналізації), самосприйняття (відчуття власної безпомічності, ідентичність жертви, виражений сором та відчуття власної дефективності тощо), виражені порушення у сфері соціальних стосунків (соціальна ізоляція, виражена недовіра людям), порушення у системі цінностей [64, с. 447].

В захисників, які беруть тривалу участь у бойових діях, закріплюється пам'ятний слід нових поведінкових навичок та стереотипів, які мають важливе значення для виживання та виконання поставлених задач. Серед них: сприйняття навколишнього середовища як ворожого; гіперактивація уваги; тривожна настороженість; готовність до імпульсного захисного відреагування на загрозовий стимул у вигляді укриття, втечі, агресії та фізичного знищення джерела небезпеки; звуження емоційного діапазону, прагнення до «ухилення» від реальності та оцінки низки моральних проблем; ефективна міжособистісна взаємодія в мікрогрупі, що включає здатність до колективної індукції; здатність до моментальної повної мобілізації сил із наступною швидкою релаксацією; відповідне екстремальному режиму психічного функціонування [29, с. 22].

Адаптація до бойових умов закріплює у характері деяких захисників підвищену вразливість, недовірливість, відгородженість, розчарування та страх перед майбутнім, порушення соціальної комунікації, схильність до агресивної, саморуйнівної поведінки та зловживання нарковмісними речовинами. [29, с. 24].

У наслідках переживання людиною травматичних подій для психічного здоров'я виділяють два аспекти. Перший – на поверхні, – руйнівний, виражений у вигляді «розладів, що пов'язані з травмою та стресором» (відповідно до DSM-5, серед яких найпоширеніші – «гострий стресовий

розлад» (ГСР) і «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР), а також у вигляді інших розладів (ускладнене або травматичне горе, депресія, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, дисоціативні розлади, розлади із соматичними симптомами, конверсійний розлад, короткі психотичні розлади, зловживання психоактивними речовинами). Другий аспект впливу травми – це те, що Дж. Бріер називає «посттравматичним зростанням». Воно виявляється тоді, коли людина здужала «пройти» через травму, пережити її [29, с. 13-14].

Окреме місце займають фізичні травми, які військовослужбовці отримали, беручи участь у бойових діях, та проблема перебування в полоні, особливо в тих з них, хто зазнав катувань чи насильства. [63, с. 24].

Посттравматичний стресовий розлад – це клінічне захворювання, яке має різні форми, види що супроводжується комплексом важких симптомів і потребує особливого лікування [33, с. 13].

Розлад може бути діагностований не лише у військових, а й в будь-якої людини, яка стала жертвою насилля, звалтування, теракту, ДТП тощо. Складність діагностування посттравматичного розладу в тому, що хвороба може проявитись через місяці або роки після психотравмуючої події. [22, с. 84].

Вище перераховані розлади суттєво впливають на рівень психологічного благополуччя людини, якість її життя, стосунки з близькими людьми, часто призводячи до соціальної ізоляції та навіть інвалідизації, хронічних психопатологічних змін особистості та відстрочених реакцій на бойовий стрес [22, с. 180].

## **1.2 Підходи до психопрофілактики посттравматичного розладу. Психологічна реабілітація як метод зниження рівня впливу симптомів посттравматичних розладів на учасників бойових дій**

Важливе значення для розвитку та перебігу посттравматичних розладів мають вторинні фактори, серед яких комплекс соціально-психологічних



чинників посідає провідне місце, тому що часто те, що відбувається з людиною після травми, впливає на неї сильніше, ніж власне травма [34, с. 15].

Прихильники цього підходу Н.А. Агаєва, Є.К. Агеєнкової, Л.М. Балабанової, І.В. Беленчук, О.В. Бойка, І.М. Єлісеєвої, І.С. Єлокової, Ю.Л. Жукової, О.М. Кокун, Т.В. Лернер, Н.С. Лозінської, І.Г. Малкіної-Пих, Т.Ю. Матафонової, Н.В. Оніщенко, І.О. Пішко, К.О. Хабердій в наукових працях та практичних розробках виділили умови, які сприяють профілактиці розвитку посттравматичного стресового розладу та пом'якшують його перебіг. Згідно психологічних досліджень, у 80 % людей, які пережили травматичні події та пройшли відповідну психологічну підготовку, ПТСР не розвивається [18, с. 54].

Система профілактики посттравматичного стресового розладу складається з таких компонентів:

- психологічної підготовки (розвиток психологічної готовності та психологічної стійкості, управління психічними станами) [18, с. 54];
- У межах психологічної підготовки психологічна готовність та стійкість при виконанні професійної діяльності у звичайних та особливих умовах досягається за рахунок інформування особистості про механізми формування професійного стресу, особливості перебігу психічних процесів під час стресу, динаміці розвитку посттравматичних стресових розладів, навчанню їх методам самодіагностики, саморегуляції та управління психічними станами [18, с. 54];
- психологічної корекції (подолання негативних психічних станів). Під психологічною корекцією розуміють сукупність заходів, спрямованих на подолання порушень психічних функцій або реакцій на травматичний стрес. До них належать: методи саморегуляції; методи корекції за участю психотерапевта; індивідуальна робота з психотерапевтом; групова робота з психотерапевтом; екстрена корекція; планова корекція [18, с. 55];
- психологічної реабілітації (відновлення, корекція і компенсація) [47,

с. 134]. Психологічна реабілітація — система психологічних заходів, що сприяють відновленню, корекції та компенсації порушень психічних функцій, станів, соціального статусу людини [47, с. 37].

Під первинною профілактикою посттравматичного стресового розладу розуміється робота з популяцією умовно здорових людей, в якій існує певна кількість людей із груп ризику. Використовується система заходів, спрямованих на формування позитивних стресостійких форм поведінки, розвиток особистісних ресурсів і копінг-механізмів з одночасною корекцією дезадаптивних їх форм [61, с. 361].

Вторинна профілактика спрямована на пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом з метою попередження рецидивів захворювання та його хронізації розвитку коморбідних розладів (депресій, хімічних залежностей), формування хронічних змін особистості внаслідок пережитої катастрофи [61, с. 362].

Якщо допомогу (дебрифінг) надати людині, що зазнала гострого стресу внаслідок травматичної події протягом перших 48 годин - її стан може нормалізуватись. До цього людина дезорганізується й переживає шок (як ступор), заперечення - нормальна реакція на виклик життя або здоров'ю. Після стану шоку можливі бурхливі емоційні реакції. Вони дозволяють усвідомити та позбавитись зайвої напруги. Це сприяє переходу до аналізу та осмислення ситуації, реструктуризації свого світу з метою повернення контролю над ситуацією та відчуття власної сили й впевненості у собі [29, с. 17-19].

Якщо гострий емоційний стан до місяця не опрацьовується та триває, людина замикається в собі, дезорієнтується. Перебування в такому стані до двох місяців може сприяти процесу формування травматичного стресу [38, с. 97].

При отриманні травматичного стресу важливо вчасно та:

- негайно розпочата психосоціальна терапія з постраждалим, яка надасть йому можливість активно ділитися своїми переживаннями;

- рання та довгострокова соціальна підтримка;
- соціально-професійне відновлення приналежності потерпілого до суспільства (реабілітація та реадаптація) та реанімування почуття (відчуття) психологічної безпеки;
- участь потерпілого у психотерапевтичній роботі разом з йому подібними; відсутність повторної травматизації тощо [23, с. 68].

Психологічна реабілітація вирішує широке коло завдань психологічної допомоги учасникам бойових дій. Перш за все, таких як:

1. Нормалізація психічного стану.
2. Відновлення порушених (втрачених) психічних функцій.
3. Гармонізація Я-образу ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісною ситуацією (поранення, інвалідизація та ін).
4. Надання допомоги у встановленні конструктивних відносин з референтними особами та групами [24, с. 115].

Дану концепцію можна розглянути через термін “якість життя”, який міститься в міжнародній реабілітології. Сам термін пов’язаний зі станом здоров’я. “Якість життя” розглядають як інтегральну оцінку і ефективність реабілітації. ВООЗ пропонує оцінювати “якість життя” за такими параметрами:

- фізичні: енергійність, втома, фізичний дискомфорт, сон, відпочинок;
- психологічні: самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні переживання, мислення;
- ступінь незалежності: повсякденна активність, працездатність, залежність від ліків і лікування;
- життя в суспільстві: повсякденна активність, соціальні зв’язки, дружні зв’язки, суспільна значимість, професіоналізм;
- довкілля: житло та побут, безпека, дозвілля, доступність інформації, екологія (клімат, забруднення, густозаселеність);
- духовність і особистісні переконання.[60].

Виконання службово-бойових завдань військовослужбовцями досить



часто відбувається в екстремальних умовах. Тривале їх виконання в екстремальних умовах (більше ніж 60 діб) значно знижує психологічну безпеку та пружність військовослужбовців. Зважаючи на цей факт їх психологічна підготовка має бути більш ґрунтовною, ніж у пересічної цивільної особи, і передбачає навчання здатності диференціювати найбільш вірогідні для їх діяльності негативні психічні реакції та стани і надавати допомогу з урахуванням визначених особливостей [11, с. 9].

Військовослужбовцям важлива здатність диференціювати такі негативні психічні реакції та стани, як:

- агресивна поведінка;
- паніка;
- рухове збудження;
- істерика;
- нервові тремтіння;
- ступор (заціпеніння);
- страх (жах);
- апатія;
- плач;
- гостра реакція горя при втраті близької людини (товариша);
- галюцинаційні переживання та марення;
- вчинення спроби суїциду [17, с. 17].

При ідентифікації цих станів важливим моментом є навички надання першої психологічної допомоги. Вона надається в безпосередній близькості від місця події одразу після вирішення більш важливого питання – забезпечення особистої безпеки (життя та здоров'я) постраждалого, в тому числі і надання йому першої медичної допомоги [4, с. 49].

Після надання першої психологічної допомоги для відновлення військовослужбовцям потрібна подальша стороння допомога (наприклад, масаж біологічно-активних точок для розслаблення), штучне створення умов спокою і безпеки та усвідомлення набутого досвіду (цілеспрямоване

обговорення пережитого, наприклад, при дебрифінгах, індивідуальному консультуванні, роботі у психологічних групах). Таке усвідомлення досвіду стає ключовим моментом у коригуванні стану учасників бойових дій та знижує ризики виникнення посттравматичного стресового розладу [4, с. 73].

Завданням психолога також є навчання заходам першої (екстреної) психологічної допомоги та самопомоги учасників бойових дій. Відповідні навички мають профілактичну функцію щодо виникнення негативних психічних станів, збільшує вірогідність швидкого і повного відновлення. Сформована впевненість в тому, що він сам та оточуючі знають, як справлятися зі стресом дає відчуття контролю у будь-яких екстремальних ситуаціях, актуалізує пошукову активність щодо способів оволодіння своїм станом [41, с. 17].

Тіло – це індикатор психологічного стану особистості. Тому в кризових ситуаціях саме через тілесну поведінку проявляються перші ознаки психологічних змін людини. Більшість реагування негайного типу у момент самої «травматичної події» – закономірна та природна реакція на нетипові обставини та умови. Природні реакції нервової системи: «Бий (Атакуй)»; «Втікай»; «Завмири» [25, с. 26].

Цілком зрозуміло та закономірно, що в умовах військових дій, бійці проявляють природні стратегії для виживання. Вони можуть проявлятися через збентеження; фізичне або емоційне збудження; тривогу; виснаження; смуток; заціпеніння; дисоціація; притуплення реакції на зовнішні подразники; сплюснення афектів [30, с. 62].

Більшість згаданих реакцій соціально прийнятні та очікувані, оскільки проявляються в переважній більшості постраждалих. Водночас люди більше знають або чули про них і тому готові сприймати їх як нормальні, психологічно ефективні та, головне, самообмежені. Існують техніки, завдяки яким військових виводять з різних подібних станів [18, с. 72].

Проте психологічна травма за своєю природою вибиває людину із колії, позбавляючи здатності виразно висловлювати свої думки. Психіатр,

письменник, дослідник та викладач Бессел Ван дер Колк у своїй книзі “Тіло веде лік” описав роботу головного мозку людини під дією психологічної травми. Він зауважив, що внаслідок травми в головному мозку зменшується майже до відключення зона Брока, яка відповідає за відтворення мови. Відповідно активується робота іншої ділянки мозку під назвою поле Бродмана 19. Ця область зорової кори реєструє образи, коли вони вперше потрапляють у мозок. Активною ця область головного мозку може залишатись довгий час після пережитої травми. Зазвичай необроблені образи, зареєстровані в полі 19, швидко розподіляються по решті мозку, які намагаються осмислити побачене. Під дією тригерів ця ж ділянка мозку запалюється, наче людина переживає свою психологічну травму прямо зараз [9, с. 134].

Тому внаслідок деструктивних подій учасники бойових дій можуть погано спати, бачити жахіття уві снах та не можуть позбутись спогадів про травматичний досвід. Так може тривати кілька днів та тижнів. Й перші дві доби та першій тиждень є вкрай важливими для фізичного та психологічного відновлення та одужання. В цей період важливою є й підтримка друзів та родини. Під час опрацювання травмивного досвіду прийнятні будь-які стратегії - це розповідь того, що відбулось товаришам; буває так, що розповідати не хочуть й це теж нормально до певного періоду. Значна частина військових оговтуються та виходять зі складного стану переживань використовуючи, десь інтуїтивно ті прийоми, які колись вже допомагали долати певні труднощі. Та згідно даних науковців, близько 20% учасників бойових дій, що пережили травматичну подію, страждають від посттравматичного стресового розладу [12, с. 117].

Люди з посттравматичним розладом часто намагаються виштовхнути зі своєї свідомості спогади про подію, не думати та не обговорювати її деталі, особливо найгірші моменти. Стратегія уникнення – одна з провідних поведінкових стратегій при формуванні дезадаптивної, псевдодолаючої поведінки. Вона спрямована на подолання або зниження дистресу людиною.



Використання цієї стратегії обумовлене недостатністю розвитку особистісно-середовищних копінг-ресурсів і навичок активного розв'язання проблем. Описуючи копінг-механізм уникнення М. В. Косцова зазначає, що людина може використати пасивні способи уникнення, наприклад, відхід в хворобу або вживання алкоголю, наркотиків, може зовсім «піти від рішення проблем», використавши активний спосіб уникнення – суїцид [59, с. 127].

З іншого боку, є люди, які забагато роздумують над питаннями, що заважають їм примиритися з подією (наприклад, про те, чому подія відбулася саме з ними, про те, як їй можна було б запобігти, або про можливу помсту) [59, с. 130].

Люди з посттравматичним стресовим розладом також відчувають симптоми надмірного збудження, включаючи гіпер настороженість щодо загрози, лякливність, дратівливність, труднощі з концентрацією уваги. Інші особи з ПТСР також скаржаться на симптоми емоційного оніміння. До них належать: відсутність здатності відчувати емоції, відчуття відсторонення від інших людей, відмова від видів діяльності, які раніше були важливими, і втрата пам'яті стосовно важливих частин події [7, с. 33].

При посттравматичному розладі зруйнована довіра до світу - база й фундамент. Важливо повернення до травмуючої події з відновленням найдрібніших деталей, аналізом та динамікою руху в бік стабілізації стану. В зоні бойових дій і при потраплянні під обстріли гинуть люди, які для цієї людини є необхідними. Це є додаткові фактори й вони рівнозначні по своїй силі з самими обстрілами. Почуття провини має й позитивну функцію при виході на критичне мислення з пошуку винних. Якщо це військові дії - винна країна, винні командири, винні начальники, винних сторонніх людей, які були й не сказали; може переводитись на аутоагресію - якби я...говорить про безпомічність бо не можемо усі як... врахувати. Від реакції безпомічності потрібно перейти до прийняття своїх обмежень [6, с. 8].

Може додатись ще й фізичне травмування та втрачання частини тіла. Цей фактор посилює стрес й потребує додаткових ресурсів для адаптації.

Вигода від травми - позиція жертви - ця позиція дуже зручна - всі жаліють й уникають повтору. Людина несвідомо ховається за цією травмою уникаючи росту й розвитку далі. Насправді людиною керує страх [15, с. 14].

Посттравматичний стресовий розлад ускладнює здатність розслабитися. Людина постійно перебуває в стані “бойової готовності”; передчуває ймовірну майбутню небезпеку. Відповідний стан ускладнює можливість звикнути до будь чого. Симптоми можуть проявлятися в таких проявах як:

- труднощі в засинанні та підтримуванні сну;
- надмірна стартова увага;
- дратівливість або спалахи гніву;
- складність концентрації;
- постійний стан готовності до небезпеки [23, с. 39].

При посттравматичному стресовому розладі людина переживає почуття безпомічності, безпорадності, сила внутрішнього “я” серйозно похитнулась, переживання нападів страху, тривоги, серцебиття. Оточуючі мають дати такій людині відчуття безпеки. Коли людина розповідає одне й те саме більше 3 місяців - змінити розповіді - розповісти детальніше, відновити нюанси. Стимулювати людину до конкретних дій та допомоги іншим - активізувати рухи [62, с. 24].

Значна частина з тих, в кого діагностовано посттравматичний стресовий розлад, як супутній розлад мають депресію. Стан супроводжується щоденними спадами та піднесеннями настрою [22, с. 160].

Люди майже весь час відчувають себе пригніченими та млявими. Вони втрачають радість та апетит, відбуваються зміни харчування та ваги. Відчай може бути настільки глибоким, що людині здається ніби ніколи нічого не налагодиться. В такому стані до особи можуть приходити думки про смерть та самогубство [26, с. 42].

Посттравматичний стресовий розлад пригнічує імунні систему та здатність організму боротись з інфекціями. Часто може супроводжуватись

головними болями, розладами шлунково-кишкового тракту, болями в грудях і запамороченнями. Після травмівних подій людей може продовжувати супроводжувати фізичний біль, і як наслідок трансформуватись в хронічний [69, с. 19].

Намагання пристосуватись до болючих проявів часто супроводжується вживанням алкоголю та наркотиків. Таким чином люди з посттравматичним стресовим розладом прагнуть відволіктись від симптомів хвороби. Такий метод дає особі хибне уявлення полегшення адже дозволяє тимчасово розслабитись, поспати, забутись. Зловживання алкоголем та наркотиками надалі може стати окремою проблемою та ще більше сприяти розладу сну та погіршенню настрою [62, с. 73].

Ще одним із супутніх розладів є гнів відносно себе та інших. Він часто виникає у випадках коли особі здається ніби посттравматичний розлад контролює її життя. Людині вбачається, що події які відбулись з нею є несправедливими щодо неї та агресія стає звичним способом вирішення проблем. Така поведінка призводить до труднощів як в соціальному середовищі, так і в родинному колі. Внаслідок цього особа втрачає таку необхідну для себе підтримку [65, с. 1100].

Ознакою травматичних спогадів є також їх “замороження в часі”. Тобто те, як людина думала в момент травми (наприклад “Я помру”) продовжує супроводжувати її навіть коли після травмівної події минули десятиліття. На перший план у відновленні виступає набуття контролю над кожною окремою ланкою, яка є пошкодженою внаслідок посттравматичного стресового розладу. Як тільки відбувається усвідомлення того, що підтримує симптоми можна знайти способи управління ними [8, с. 276].

На першій фазі здійснення психологічної реабілітації учасників бойових дій з посттравматичним стресовим розладом зазвичай відбувається налагодження співпраці між клієнтом та психологом (зняття неактуальної напруги, агресії, недовіри, вивчення їх психологічних особливостей та специфіки психологічної проблеми) [23, с. 31].



Логіка такого підходу полягає у тому, щоб спочатку підготувати учасників бойових дій, інвалідів до активного психологічного співробітництва [23, с. 32].

При роботі з посттравматичним стресовим розладом здебільшого використовують психоосвіту про стресові реакції та нормалізацію симптомів посттравматичного розладу. Також цілі таких втручань – підсилення внутрішнього ресурсу особистості та заохочення досліджувати власні копінг-стратегії, які люди типово використовують для опанування досвіду життєвих подій чи обставин [60, с. 4].

Психоосвіта або психоедукація в психологічній реабілітації також необхідна для проведення навчання пацієнтів базовим технікам самопомоги при появі інтрузивних спогадів, тривоги тощо. Велика роль відводиться й вирішенню «поточних» проблем та досягненню базової соціальної стабілізації. Важливим має стати залучення рідних з якими попередньо необхідно провести також психоедукацію. Саме родинне середовище, як підтвердили численні дослідження, проведені в Ізраїлі та США сприяють зціленню учасників бойових дій, які зазнали травмивного впливу внаслідок війни [22, с. 160].

На етапі навчання учасників бойових дій методам психічної саморегуляції, проводяться психофізичні тренування зі зняття м'язових затискачів, неактуальної психічної напруги. Велике значення має працетерапія, яка показана з моменту іммобілізації пошкоджених кінцівок, розширюючи та ускладнюючи її надалі, надаючи трудовим процесам професійну спрямованість. Важливо, щоб робота була осмисленою і корисною [41, с. 16].

Особливу ефективність трудотерапія має при ушкодженнях верхніх кінцівок. Тут хороший ефект може дати і арт терапія, ліплення). Головну увагу слід приділити тому, щоб процес залучення пошкоджених кінцівок у трудовий процес відбувався поступово. Для інвалідів з пошкодженням нижніх кінцівок важливим реабілітаційним актом є дозована лікувальна

ходьба (за каталкою, з милицями, з ключкою та ін). Ходьба збільшує можливості для розширення соціальних контактів, знімає відчуття «прикутості», «безрухомості», безпорадності. Проводиться робота на досягнення певної «внутрішньої» стабілізації та «накопичення ресурсу» [24, с. 112]. На другому етапі здійснюється вирішення психологічних проблем реабілітованих. Третій етап присвячується особистісному зростанню, розвитку комунікативної компетентності та активності, формування «смаку» до соціальних контактів [24, с. 125].

Як психологічні наслідки психотравмуючого стресу часто спостерігаються симптоми порушення балансу вегетативної нервової системи (група симптомів гіперактивації). Це такі симптоми як порушення сну, тремор кінцівок, головний біль, неприємні відчуття у шлунку, загальна м'язова скутість тощо. Для зняття подібних порушень найбільш адекватними та ефективними є методи психічної саморегуляції: нервово-м'язова релаксація (метод Джекобсона), арт-терапія, техніки на уяву, вплив на біологічно-активні точки, техніки заземлення, регуляції емоційного дистресу та активації ресурсів [38, с. 134].

Достатньо тривалою в часі може бути робота при складних дисоціативних розладах, пов'язаних з комплексною травматизацією у дитинстві. На цій фазі відбувається опрацювання внутрішніх «часток» (скривджена дитина, караюча частка, самоушкоджуюча і т. д.) – робота над стабілізацією внутрішньої системи. При комплексних формах посттравматичного стресового розладу фаза з набуття нових навичок та формування нових звичок може бути достатньо тривалою. [57, с. 96].

### **Висновки до розділу 1**

За результатами аналізу підходів до означеної проблеми, ми визначили, що до теми посттравматичного розладу з прадавніх часів й до сьогодні прикута увага фахівців та вчених з пошуку дієвих механізмів покращення якості життя людей, які зазнали розладів внаслідок участі у військових діях.

Аналіз останніх досліджень свідчить що симптоми посттравматичного стресового розладу можуть проявлятися відразу після травматичної події, але в деяких людей (менше 15% всіх постраждалих) симптоми можуть з'явитися пізніше. Зважаючи на такий факт важливим постає потреба якомога раніше почати проведення психологічної реабілітації та роботу з проявленими симптомами. Однак в реаліях, люди з симптомами посттравматичного стресового розладу можуть не звертатися за допомогою протягом декількох місяців або й років після появи симптомів, незважаючи на значний дистрес, який вони відчувають. Більшість керується тим, що якось усе саме мине та налагодиться. Відповідно затягування виявлення розладу призводить до його хроніфікації. Попри це посттравматичний стресовий розлад є виліковним розладом навіть через багато років після травматичної події.

Таким чином, етапи психологічної допомоги та реабілітації є особливо важливими для відновлення адекватної психологічної безпеки особистості військовослужбовця; налагодження та покращення якості його життя. Сприяє й повернення до соціальної взаємодії; пошуку, усвідомлення та відновлення власного "Я"; визначення орієнтирів у житті та повернення до відчуттів радості та щастя.



## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДОЛОГІЯ І ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ЯК ЕТАП ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

#### 2.1 Характеристика основних етапів дослідження методом інтерв'ю

Як зазначалося раніше, основною метою нашого дослідження є вплив програми психологічної реабілітації на учасників бойових дій із симптомами посттравматичного розладу. На всіх етапах дослідження основною гіпотезою є припущення про те, що впровадження програми психологічної реабілітації знизить рівень вираженості симптомів посттравматичного розладу в учасників бойових дій.

Також в теоретичній частині на основі розгляду праць дослідників з проблеми посттравматичного розладу ми розглянули вплив психологічної реабілітації на покращення якості життя військових.

Мета й гіпотеза роботи зумовили вибір та використання методів та методик, які наведено нижче.

Одним з найважливіших складових психологічної реабілітації є діагностика симптомів посттравматичного розладу, які можуть привносити дискомфорт в життя учасників бойових дій.

Відповідно основним завданням психологічної допомоги на першому етапі є психологічна діагностика. Вона призначена для визначення психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей людини шляхом застосування сукупності стандартизованих валідних інструментів та процедур вимірювання, опрацювання та інтерпретації результатів, а також встановлення необхідності та оптимальних шляхів психологічного втручання [11, с. 20].

Діагностика посттравматичного розладу з можливою наявною травмою психіки відбувається за допомогою спеціально підбраного комплексу психологічних методик. Зазвичай військовий, який зазнав впливу травмівної

події не усвідомлює зв'язок симптомів свого стану з травматичним впливом [11, с. 3]. Як вже зазначалось в попередньому розділі вплив психічної травми відбувається двома основними шляхами: або це постійні нав'язливі думки і переживання про подію, що травмувала, або старання їх уникнення [3, с. 4]. Відбуваються зміни в поведінці осіб, які страждають на посттравматичні розлади. Ці зміни проявляються в підвищеній збудливості, напруженні, перебільшеній обережності, раптових вибухах гніву, неконтрольованій агресивності, проблемах зі сном, втраті зацікавленості в житті, занедбанні професійних та інших обов'язків, інтимних та сексуальних проблемах [30, с. 120].

Згідно з визначенням DSM-5 [2013], посттравматичний розлад з'являється після травматичної події, під час якої особа зазнала: смерті, загрози смерті, реального або загрозового серйозного ушкодження або фактичного або загрозового сексуального насильства такими способами:

- прямий вплив;
- спостереження за травмою,
- дізнання про те, що родич або близький друг зазнав травми,
- непрямий контакт з неприємними деталями травми, як правило, під час виконання професійних обов'язків [25, с. 43-44].

Симптоми посттравматичного розладу розподіляють за чотири кластери:

- інтрузивні симптоми - кластер В. Особа повинна підтвердити 1 або більше симптомів, які вона пережила повторно:
  - думки у відповідь на нагадування про травму
  - фізіологічні реакції у відповідь на нагадування про травму;
  - напливи спогадів, що змушують вірити, ніби людина повернулася в момент травми (флешбеки)
  - повна втрата усвідомлення поточного оточення [33, с. 26].

Варто наголосити, що інтрузивні симптоми більш специфічні для посттравматичних розладів, ніж симптоми кластеру уникнення чи



гіперзбудження, які можуть проявлятися й при іншій психічній патології

- уникнення - кластер С [33, с. 26]:

- докладання зусиль з метою уникнення думок або спогадів, що пов'язані з травмою;

- прагнення уникнення нагадувань (розмов, дій, місць), що пов'язані з травмою

- негативні думки чи почуття - кластер D. Рекомендовано підтвердити 3 або більше з потенційних характеристик [33, с. 26]:

- нездатність запам'ятати важливий аспект травматичної події;

- стійкі та перебільшені негативні переконання чи очікування щодо себе, інших чи світу;

- постійні спотворені уявлення про причину або наслідки травматичної події, що змушують людину звинувачувати себе чи інших;

- стійкий негативний емоційний стан;

- помітно знижений інтерес до участі у важливих заходах;

- почуття відстороненості або відчуженості від інших;

- стійка нездатність відчувати позитивні емоції.

- збудження і реактивність - кластер E. Необхідна наявність 2 або більше симптомів [33, с. 27]:

- дратівливість або агресивність;

- ризикована або деструктивна поведінка;

- гіперпильність;

- посилена реакція переляку чи збентеження;

- труднощі з концентрацією

- труднощі зі сном [33, с. 28].

Симптоми мають бути присутні впродовж 1 місяця або більше, щоб відповідати критеріям посттравматичного розладу. Крім того, також має бути очевидним наявність клінічно значущого дистресу та порушення в соціальній, професійній або інших сферах діяльності [33, с. 28].

Специфікації посттравматичних розладів:



- «гострий» посттравматичний розлад – при прояві симптомів в періоді від 1 до 3 місяців;
- «хронічний» посттравматичний розлад – за тривалості більше 3 місяців [21, с. 31].

Ще розглядають специфікатори в залежності від наявності супутньої дисоціативної симптоматики:

- деперсоналізація – постійний або повторюваний досвід відчуття відстороненості від своїх психічних процесів або тіла;
- дереалізація – постійне або періодичне відчуття нереальності оточення

Симптоми можуть з'явитися відразу, а іноді через деякий час, через місяці або навіть роки після травматичної події [21, с. 18].

Оцінювання психічного стану людини має включати:

- інтерв'ю;
- самооцінку;
- дослідження інформації з інших джерел;
- звіти поліції;
- медичну документацію;
- записи про військову службу [20, с. 105].

Також існує низка показань для скерування на психологічну реабілітацію (у разі поєднання декількох негативних ознак):

- 1) перенесена гостра реакція на стрес під час психотравмуючої ситуації (ступор або збудження, паніка);
- 2) тривалий стан емоційної напруги, зокрема висока тривожність, постійне пригадування психотравмуючої події та фіксація на зазначеній події, порушення сну, уникнення соціальних контактів, погіршення загального самопочуття, наявність соматичних виявів (у такому разі необхідне медикаментозне лікування);
- 3) дратівливість, спалахи гніву, агресивність, конфліктність, зміни особистості, що призводять до порушення соціальної адаптації, але збережена здатність до критичного мислення та регулювання своєї

поведінки;

- 4) соматичні вияви й іпохондрична фіксація (біль у ділянці грудної клітки, у серці, головний біль, коливання артеріального тиску, запаморочення, нудота, неприємні відчуття в різних частинах тіла без органічної патології);
- 5) значне зниження маси тіла (на 15 % і більше);
- 6) розлади з боку шлунково-кишкового тракту (понад дві доби), з виключенням органічної та інфекційної патології;
- 7) біль в органах і кінцівках, у місці перенесеної травми, поранення або захворювання, що не спричиняють стійкого порушення функції;
- 8) стани, обумовлені впливом несприятливих чинників навколишнього середовища під час виконання службових завдань у зоні проведення бойових дій (переохолодження, тривале вимушене перебування в одному положенні тощо) [67, с. 34].

Психологічна діагностика може здійснюватися в груповій або індивідуальній формі [39, с. 20]. На сьогоднішній день дослідження посттравматичних розладів проводиться в таких основних формах: клінічне інтерв'ю, контрольні листи самозвітів, психометричні та психофізіологічні вимірювання [52, с. 17].

На першому етапі проведення діагностики особливе значення та увагу ізраїльські фахівці приділяють саме поглибленому психосоціологічному інтерв'ю для учасників бойових дій з можливими посттравматичними розладами. Психосоціологічне інтерв'ю – це структуроване інтерв'ю для вивчення історії заявника до моменту травматичної події, характеристик події та її обставин, а також впливу події на поточну функцію заявника [66, с. 411]. Інтерв'ю, яке в клініках Ізраїлю називається “прийом” проводиться протягом двох або трьох сеансів з одним спеціалістом з перервами між сеансами в один тиждень. Кожен сеанс в середньому триває близько півтори години [66, с. 412].

Перший етап співбесіди називають «етапом налаштування атмосфери». Під час цього етапу акцент робиться на створенні атмосфери, яка дозволить



побудувати довіру між психологом і військовим, що призведе до створення почуття впевненості в людині, яка звернулась за допомогою [66, с. 413].

В Ізраїлі надважливу увагу приділяють жестам, мові тіла, словам того, хто зустрине точно та вчасно згідно призначеного часу в приймальні військового. Далі ця людина проводить учасника бойових дій до кімнати психолога, яка має приємний і неформальний вигляд такий собі куточок для відпочинку [66, с. 413]. Ізраїльські фахівці дослідили та дійшли висновку, що професійна та гуманна поведінка, яку висловлює людина, що першою зустрічає особу з посттравматичним розладом є першим кроком до повернення основного почуття впевненості, яке військовий втратив внаслідок пережитої травматичної події [66, с. 413].

Під час сесії психолог зазвичай представляє себе та окреслює процес інтерв'ю, його цілі та природу («Я представляю запитання, на які вас просять відповісти з метою розуміння суті проблеми та можливих шляхів її вирішення...»). Військовому пояснюється різниця між сеансами діагностичного інтерв'ю та сеансами лікування. Ця сесія виражає людський жест, який уособлює базову людську повагу. Така впевнена поведінка психолога разом з окресленням чітких, структурованих та послідовних дій також демонструє його готовність допомогти учаснику бойових дій. Це створює попереднє відчуття надії, яке є важливим для початку зустрічі та готовності й бажання військового працювати в напрямку покращення якості свого життя [66, с. 414].

Структуроване психологічно-соціологічне інтерв'ю базується на серії запитань, які відповідають життєвому шляху людини. Він починається з основних соціально-демографічних даних, які записуються в анкеті. На наступному етапі військового просять описати симптоми, від яких він зараз страждає, їх тяжкість, тривалість і характер, а також їхній вплив на його функцію. Психолог дозволяє учаснику бойових дій описати симптоми своїми словами та відповідно до свого сприйняття без втручання, щоб отримати перше враження про тяжкість дистресу та його характер [66, с. 414].



На наступному етапі, психолог зосереджується на сім'ї, її складі, його положенні серед братів і сестер, стосунках між батьками та дітьми та стосунках між братами і сестрами. Особливий акцент приділяється стосункам між військовим та його батьками, братами і сестрами, щоб визначити емоційну атмосферу в сім'ї, її цінності, норми життя та рівень функціонування. Крім усього цього, проводиться з'ясування травм, які мали місце в сім'ї, в тому числі наявність серйозної психопатології в сім'ї [66, с. 415].

Далі в інтерв'ю відбувається зосередження на рівні навчання з акцентами на переходах між школами, дозвіллі, стосунках із групою однолітків, проблемах із дисципліною, вживанні наркотиків та алкоголю та зв'язках із законом. Вони проливають світло на процеси наполегливості, здатність приймати відповідальність і повноваження, труднощі адаптації та характеристики особистості (інтроверсія проти екстраверсії тощо), важливі змінні для розуміння характеристик травми та її тяжкості в даний час [57, с. 82]. Наприклад, якщо військовий характеризувався труднощами в наполегливості та пристосуванні в підлітковому віці, які виражалися також у військовій системі, то відповідна поведінка може призвести до того, що учасник бойових дій сумнівається у своїй здатності продовжувати лікування та брати на себе відповідальність за свою психологічну проблему зараз [57, с. 82]. Після завершення цієї частини процесу діагностичного інтерв'ю психолог зосереджується на адаптації та інтеграції військового у військову систему. На цьому етапі акцент робиться на професійній та соціальній інтеграції у військовій системі, і перш за все на розумовій інтеграції. Учасника бойових дій просять описати травматичну подію, яку він пережив, щоб зрозуміти її характер, тяжкість, тривалість, рівень небезпеки, якій він піддавався, та симптоми, що розвинулися після події. У цьому контексті психолог запитує, коли почалися симптоми та як довго вони тривають [57, с. 83].

Коли обставини події та її тривалість з'ясовані, військовому

пропонують описати історію свого життя після закінчення строкової військової служби. Ця частина проливає світло на процеси вибору в галузі навчання, набуття професії та професійної інтеграції, а також вибору партнера та створення сім'ї. Це є основою для вивчення адаптації, наполегливості та функції на професійному та сімейному рівнях [57, с. 87]. Якщо учасник бойових дій має функціональні труднощі, його просять оцінити внесок травми в його функціональні труднощі. Це дає перспективу щодо зрілості військового [57, с. 87].

Під час індивідуальної бесіди також звертається увага на зовнішній вигляд, особливості особистої поведінки, скутість (зайва розкутість) пози, немотивовані рухи руками й ногами, часте моргання, посмикування повік, закушування губ, почервоніння шкіри обличчя та шиї, підвищену пітливість, а також мотивацію, товариськість, вольові якості, що дозволяє спрогнозувати схильність до девіантної поведінки (сукупність протиправних вчинків та злочинів, які не відповідають формально зафіксованим соціальним та юридичним нормам) [57, с. 94]. У ході бесіди, яка як правило будується у вигляді вільного спілкування двох співрозмовників, взаємну інформацію отримує кожен з них [57, с. 97].

Всі питання повинні бути простими і зрозумілими, ставити їх потрібно так, щоб вони сприяли розгортанню єдиної цілісної розповіді військовослужбовця про себе, свою життєдіяльність, труднощі проходження військової служби, передбачувані ним чи такі, що вже мали місце [42, с. 102].

Бесіда не повинна вилитися в просте опитування. Попередньо намічені питання не можуть обмежити зміст розмови – вони слугують лише основними орієнтирами її загальної спрямованості [42, с. 104].

Всю отриману інформацію про особливості особистості обстежуваного, свої висновки слід записувати тільки після проведення бесіди. За результатами проведення бесіди психолог оцінює не тільки потреби, мотиви, схильності, інтереси, риси характеру, пізнавальні процеси, а й виявляє особисті переживання воїна, які можуть ускладнити проходження



військової служби [42, с. 103].

Під час спостереження за військовослужбовцями особливу увагу слід звернути на характерні особливості поведінки: дратівливість, нестриманість, метушливість, театральність, демонстративність, відлюдкуватість [42, с. 111]. Слід урахувати, що ці прояви можуть свідчити як про виразну наявність акцентуацій характеру (надмірна вираженість окремих рис характеру та їх поєднання, які являють собою крайні варіанти норми) й темпераменту, так і про певний рівень нервово-психічної нестійкості військовослужбовця [42, с. 115].

Під “нервово-психічною нестійкістю” (НПН) розуміють схильність до зривів нервової системи при значних фізичних і психічних навантаженнях, яка суттєво перешкоджає нормальному проходженню військової служби. При виявленні такої поведінки військовослужбовця бажано провести його додаткове психологічне діагностування для більш чіткого визначення рівня НПН та прийняття відповідних рішень (застосування заходів) [41, с. 43].

На основі вивчення документів, проведеної індивідуальної бесіди та спостереження психолог також виявляє військовослужбовців, які мають:

- низький рівень інтелектуального та фізичного розвитку, військово-професійної спрямованості, стійкості до бойового стресу;
- схильність до розладів особистості;
- незадовільний рівень НПН (нервово-психічної нестійкості);
- дезадаптаційні порушення;
- схильність до девіантної та делінквентної (такої, що відхиляється від норми) поведінки, до вживання спиртних, наркотичних та інших токсичних речовин;
- схильність до скоєння суїциду [10, с. 8-9].

Таких військовослужбовців слід віднести до “групи посиленої психологічної уваги” (ГППУ). До ГППУ також відносяться військовослужбовці, які мають:

- сімейні негаразди (важка хвороба або смерть когось із близьких родичів, складні побутові умови проживання сім’ї, погані взаємини із батьками,



дружиною (чоловіком) чи дівчиною (хлопцем) та інші складні сімейні обставини);

- проблеми зі здоров'ям (військовослужбовці, які перенесли травми голови, захворювання нервової системи, перебували на обліку в психоневрологічних диспансерах тощо);
- порушення поведінки кримінального характеру;
- лідерство у мікрогрупах негативного спрямування;
- конфлікт або несприйняття колективу (є об'єктами насмішок, словесних чи фізичних образ з боку товаришів по службі);
- конфлікт із командирами чи начальниками за результатами службової діяльності [10, с. 11].

До основних діагностичних блоків необхідної інформації про військовослужбовця при проведенні бесіди відносять:

1. Біографічні дані.
2. Стосунки в сім'ї, з товаришами.
3. Склад, умови проживання членів сім'ї.
4. Переважаючі настрої в зв'язку з відривом від сім'ї.
5. Обізнаність в подіях, що відбуваються в країні, за кордоном.
6. Час, місце і характер навчання або роботи за фахом.
7. Наявність споріднених військово-облікових спеціальностей.
8. Досвід служби в Збройних Силах.
9. Навички організаторської роботи.
10. Захоплення військовослужбовця.
11. Звички.
12. Порушення поведінки в минулому (хуліганство, випивки, приводи в міліцію тощо).
13. Перенесені захворювання і травми.
14. Наявність скарг на стан здоров'я, порушення сну, апетиту тощо.
15. Найбільш неприємні події минулого життя і реакція на них (думки про самогубство).

16. Ставлення до труднощів служби в Збройних Силах [7, с. 39].

## **2.2 Підходи психологічного діагностування військовослужбовців методом тестування**

Одним з найбільш прийнятних та ефективних методів для проведення психологічного діагностування військовослужбовців є метод тестування.

Проведення тестування умовно поділяється на три етапи:

1. Підбір тестових методик, зумовлений метою тестування.
2. Проведення тестування.
3. Інтерпретація результатів тестування [7, с. 93].

Наступним етапом після знайомства та виявлення хоча б декількох ознак можливих психічних розладів проводять скринінгове опитування за діагностиками для підтвердження та повноти збору анамнезу. На першому етапі використовують такі діагностики:

- GAD-7 - опитувальник пацієнта про стан здоров'я - шкала самооцінки тривоги з 7 пунктів (Додаток А).
- PHQ-9 - опитувальник пацієнта про стан здоров'я - шкала самооцінки депресії з 9 пунктів (Додаток Б).

Пацієнтам з вірогідністю посттравматичного розладу (та особливо при будь-якій позитивній відповіді на питання 9 шкали PHQ-9) потрібно проводити аналіз суїцидальних думок за допомогою запитання: “Чи часто протягом останнього місяця вас турбували думки про здійснення самогубства?”). У випадку позитивної відповіді необхідно одразу повідомити рідних, командирів та медичний персонал [7, с. 51-52].

Важливою на етапі психологічної реабілітації є робота психолога в складі мультидисциплінарної команди та співпраця з усіма лікарями, які також причетні до відновлення учасника бойових дій. Відповідна співпраця дозволяє у разі виявлення достатньої кількості симптомів звернутись до психіатра для застосування у разі необхідності медикаментозної підтримки військового та для більш ретельної діагностики посттравматичного розладу



[26, с. 115].

Психіатр за результатами проведеної діагностики визначає подальшу лікувальну корекцію та проведення наступних діагностичних тестів. Зокрема психологу можуть бути запропоновані для діагностування військового такі тести:

- "Міні-мульти" - скорочений багатофакторний опитувальник для дослідження особистості. Методика дозволяє оцінити рівень нервово-емоційної стійкості, ступінь інтеграції особистісних властивостей, рівень адаптації особистості до соціального оточення. Розрахована на обстеження дорослих осіб зі збереженим інтелектом. Опитувальник Міні-мульти являє собою скорочений варіант ММРІ, містить 71 питання, 11 шкал, з них 3 - оцінні. Перші 3 оціночні шкали вимірюють щирість досліджуваного, ступінь достовірності результатів тестування і величину корекції, що вноситься надмірною обережністю. Решта 8 шкал є базисними й оцінюють властивості особистості [6, с. 7].

- Місісіпська шкала посттравматичного розладу (Додаток В) - створена з урахуванням ММРІ. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи "вторгнення", 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи "уникнення", 8 питань третьої шкали описують симптоми "збудливості". П'ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов'язані з почуттям провини і суїцидальні схильності [43, с. 187].

- тест на акцентуацію Шмішека - призначений для діагностики типу акцентуації особистості, є реалізацією типологічного підходу до її вивчення. Методика складається з 88 питань, на які потрібно відповісти «так» або «ні» [45, с. 176]. Результати даних тестів дають підстави психіатру для встановлення діагнозу.

Наступний етап роботи з учасником бойових дій формується на основі розробленої реабілітаційної програми. В процесі проведення психологічної реабілітації також може використовуватися опитувальник для терапевтичної



динаміки посттравматичного розладу - treatment outcome ptsd scale" (top-8). Це шкала посттравматичного стресового розладу, яка складається з восьми пунктів: оцінка результату лікування посттравматичного стресового розладу. У цьому попередньому звіті описано нову коротку оцінку посттравматичного стресового розладу на основі короткого інтерв'ю з використанням шкали посттравматичного стресового розладу. ТОП-8 було розроблено з ширшої шкали оцінки посттравматичного стресового розладу, заснованої на пунктах, які часто зустрічалися в популяції та які значною мірою реагували на лікування протягом тривалого часу. 8 елементів, які стали результативними в лікуванні були взяті з усіх кластерів симптомів посттравматичного розладу. Згідно з даним опитувальником відповідь на роботу з психологічної реабілітації проводиться раз на тиждень. За результатами визначається динаміка стану учасника бойових дій із симптомами посттравматичного розладу [42, с. 157].

### **2.3 Характеристика основних етапів дослідження та опис вибірки**

Як зазначалося в попередньому розділі, основною метою нашого дослідження є створення програми психологічної реабілітації та визначення її ефективності під час роботи з учасниками бойових дій.

В теоретичній частині на основі аналізу праць дослідників щодо посттравматичного розладу та підходів до психологічної реабілітації ми окреслили симптоми, які можуть погіршувати якість життя військових.

Для реалізації дослідження ми відібрали загальну вибірку осіб із числа учасників бойових дій із симптомами посттравматичних розладів. Випадковим чином розділимо учасників на дві групи та на одній з них дослідимо вплив програми з психологічної реабілітації на симптоми посттравматичних розладів. Учасники беруть участь добровільно згідно з законодавчою базою, етичним кодексом роботи психолога та вимогами бази практичного дослідження.

На першому етапі відбувається знайомство, налагодження контакту та

збір інформації. На другому - діагностика для відбору учасників бойових дій, які за даними опитування мають симптоми посттравматичного розладу.

Діагностика відбувається в форматі ненав'язливої бесіди за діагностиками GAD-7 та PHQ-9 - для відбору учасників до груп із симптомами депресії та тривог. У разі виявлення за GAD-7 в учасників бойових дій середній та високий рівень тривожності; за PHQ-9 - помірно важку та важку депресію провести наступне опитування. Відібрані для участі в дослідженні учасники бойових дій далі діагностуються за Місісіпською шкалою з оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант). В результаті двох етапів проводиться:

- рандомне розподілення учасників за групами;
- проведення оцінки відмінності між групами за U-критерієм Манна-Уїтні.

Після розподілення учасників, з однією з груп проводиться робота за розробленою програмою психологічної реабілітації (Додаток Г). Протягом усієї роботи клієнтам/пацієнтам важливо демонструвати взаємодію "рівний-рівному"; проявляти емпатію замість жалості; давати впевненість людині в тому, що вона/він спроможний впоратись й в нього/неї є для цього абсолютно все. Зацікавленість в людині як в особі, що викликає повагу та має внутрішні сили пройти цей шлях. Тобто застосовувати протягом усієї роботи салютогенний підхід замість патогенного.

Допомога постраждалим не вичерпується тільки психологічною підтримкою. Може бути, що людина в процесі консультування чітко прояснить свої потреби й бажання і для їх вирішення можна буде залучити ще якісь служби чи організації. Така увага може сприяти зниженню напруги, розумінню ситуації, розширення бачення, навички висловлювати свої думки чітко, ясно, коротко та зрозуміло для інших.

Створення довірливих стосунків допоможе в задоволенні нагальних потреб людини, а як результат покращення ментального здоров'я та якості життя.

За результатами роботи як другій групі так і в першій, де робота не



проводилась, відбувається діагностування за Місісіпським опитувальником. Здійснюється оцінка відмінності між першою та другою групами за U-критерієм Манна-Уитні та перевіряється висунута гіпотеза в даній магістерській роботі.

## **Висновки до розділу 2**

Ми побудували план дослідження зважаючи на теоретично й методологічно обґрунтовані особливості роботи з учасниками бойових дій в яких виявлені симптоми посттравматичного розладу.

Для реалізації плану сформовано вибірку серед учасників бойових дій, які зазнали значного впливу на ментальне здоров'я та внаслідок участі в бойових діях мають симптоми посттравматичного розладу.

Посттравматичний розлад характеризується набором симптомів, які впливають на якість життя військового. В даній частині магістерської роботи ми прослідкували, що діагностика і реабілітація може сприяти учасникам бойових дій усвідомити причинно-наслідковий зв'язок симптомів страждання з травматичним переживанням і намагатися інтегрувати це в його свідомість. Також дійшли розуміння того, що набуті психологом знання сприяють якісній психоедукації та донесення до клієнта/пацієнта розуміння, що вибір людини може сприяти зміні звичок, які в свою чергу впливають на зміну якості життя військового.

Разом з тим обстеження та діагностування посттравматичного розладу може становити значні труднощі, оскільки багато людей ухиляються розповідати про свої проблеми, хоча скаржаться на дискомфорт. Окремі військові скептично відносяться до участі в психологічній реабілітації сподіваючись, що симптоми минуть з плином часу. При цьому варто пам'ятати, що здебільшого реакції на травматичні події – це варіанти природного відновлення чи опанування нового досвіду, навіть якщо вони супроводжуються відчутним дискомфортом.



### РОЗДІЛ 3

## АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

### 3.1. Дослідження рівня прояву посттравматичних розладів в учасників бойових дій

Як зазначалось в попередньому розділі під час перших консультацій та встановлення довірливого контакту з військовим важливим є збір інформації, ретельний аналіз і діагностика стану .

Зокрема збір інформації повинен містити:

- функціональний стан на вихідному рівні;
- психічний стан;
- історія хвороби, включаючи будь-яке ушкодження (наприклад черепно-мозкову травму, втрата/ампутація кінцівок тощо);
- застосування лікарських засобів (призначені/харчові добавки/безрецептурні засоби);
- наявність психічних розладів/ лікування психічних розладів в минулому/госпіталізація з приводу депресії або суїцидальності [21, с. 48].

Діагностика психічного стану учасників бойових дій повинна містити:

- зовнішній вигляд та поведінка;
- мова/манера розмовляти;
- процес мислення (слабкі асоціації, румінація, нав'язливі думки) та його зміст (марення, ілюзії, галюцинації);
- настрої (суб'єктивна оцінка);
- стан афекту (включаючи інтенсивність, масштаб та відповідність до ситуації та процесу мислення);
- рівень свідомості;
- когнітивне функціонування [21, с. 49].

Психосоціальна оцінка включає:

- психічні захворювання, лікування/госпіталізація в минулому;
- проблеми в минулому або зараз з тривожністю, імпульсивністю, зміною настрою, напруженні/нестабільні міжособистісні стосунки, суїцидальність та галюцинації;
- вживання наркотиків/алкоголю/тютюну/кофеїну;
- соціальна підтримка (сім'я, друзі, наявність/відсутність житла, участь у суспільному житті та фінансовий статус);
- втрати (почуття тяжкої втрати, пошкодження або смерть друга чи члена сім'ї, втрата роботи, моральна травма/зрада);
- військовий та професійний досвід;
- ресурси, зумовлені навколишніми умовами;
- навички подолання стресу;
- фактори, що впливають на вираженість та інтенсивність симптомів посттравматичних розладів;
- юридичні питання;
- релігійні/духовні передумови [21, с. 51].

Участь у первинній діагностиці з тривожності та депресивного стану взяли 20 учасників бойових дій.

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (General Anxiety Disorder - GAD-7) (Додаток А) - шкала рівня тривожності з семи пунктів в результаті проведення діагностики показала різний рівень тривожності у військових, наявний протягом крайніх двох тижнів [3, с. 194].

Серед опитаних учасників бойових дій присутній помірний, середній та високий рівень тривожності. Опитані з м'якою, помірною та низьким рівнем середньої тривожності в подальшій дослідній роботі участь не брали.

Для наступного етапу дослідження відібрано 14 учасників бойових дій в яких було виявлено переважно середню, високу та помірну тривожність. Для таких військових характерним є стан переживання тривоги, нервозності, відчуття “на межі зриву”; труднощі розслаблення; дратівливість, нестриманість; тривожне відчуття лякаючих, загрозливих подій. Такі прояви

згідно проведеного опитування турбують військових майже постійно або часто. Інколи учасники бойових дій відмічали відсутність можливості контролювати тривогу, непосидючість та сильне занепокоєння з різноманітних приводів.

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire - PHQ-9) (Додаток Б) - шкала, яка визначає рівень депресії з дев'яти пунктів також показала різний рівень депресії в учасників бойових дій, наявний протягом крайніх двох тижнів [47, с. 158]. Серед опитаних присутня м'яка, помірна, помірно-важка та важка депресія.

Для наступного етапу дослідження було відібрано 14 учасників бойових дій в яких було виявлено переважно помірну, помірно-важку та важку депресія. Для таких військових характерним є стан дуже низької зацікавленості або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити); поганий настрій та відчуття безпорадності; труднощі із засинанням й переривчастий або занадто тривалий сон; почуття втоми або знесилення (занепад сил); труднощі концентрації уваги (наприклад важко зосередитись на читанні газети чи перегляді телепередач). Такі прояви згідно проведеного опитування здебільшого турбують військових майже кожного дня або більшу частину усього часу. Протягом декількох днів з діагностованих дво тижневого проміжку учасники бойових дій відмічали наявність поганого апетиту або переїдання; погані думки про себе (вважали себе невдахою/ розчаровані в собі та своїх діях/ не виправдали сподівань своєї родини); рухи були занадто повільні або настільки метушливі, що є неприйнятним діагностованому; думки про те, що краще померти або заподіяти собі шкоду будь-яким чином.

Після проведення діагностики за GAD-7 та PHQ-9 чотирнадцять учасників бойових дій рандомним образом розподілені на дві групи по 7 військових. В кожній з цих груп проведено наступне опитування за «Місісіпською шкалою оцінювання посттравматичного стресового розладу (для військових та ветеранів бойових дій)» (Додаток В) [47, с. 168].



Методика була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Keane T. M., et al., 1987,1988). В даний час вона є однією з широко використовуваних методик для вимірювання ознак посттравматичних розладів. Вміщені в опитувальнику пункти входять до 4 категорії, три з них співвідносяться з критеріями DSM: 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів вторгнення, 11 - уникнення і 8 питань відносяться до критерію фізіологічної збудливості. П'ять інших питань спрямовані на виявлення почуття провини і суїцидальності. Як показали дослідження, Місісіпська шкала володіє необхідними психометричними властивостями, а високий підсумковий бал за шкалою добре корелює з діагнозом «посттравматичний стресовий розлад» [47, с. 169-170].

Згідно опрацьованих діагностичних даних в обох групах учасників бойових дій виявлені психічні розлади та симптоми посттравматичних розладів. Військові відзначили, що до участі в війні мали більше друзів, ніж зараз та це коло друзів змінилось значною мірою. Характерною стала імпульсивна та агресивна поведінка та ймовірне застосування сили відносно інших осіб, якщо хтось виведе воїна з терпіння. Значно поширене серед опитаних миттєвий вихід зі стану рівноваги, втрата самовладання й вибух навіть через дрібниці. Через такі зміни учасники бойових дій зазначають, що люди, навіть близькі та ті, які добре їх знають почали боятись спілкування. Самі ж військові теж помічають ці зміни й зізнаються в зменшенні, уникненні та відстороненні від спілкування з людьми щоб не спричинити їм якоїсь шкоди та не зазнати відчуття болю знову самому. В опитуванні військові відмітили, що уникають натовпів, зустрічей та подій, які раніше приносили радість та задоволення. Відповідно така поведінка може трактуватись іншими людьми, як бездушна і “черства” з втратою відчуття емпатії та співчуття.

Переважає більшість опитаних відчувають почуття провини за те, що робили під час служби та не хочуть це згадувати. Військові зазначають, що

повертаючись в цивільне життя постійно в думках згадують події, які відбувались на війні. Також мають величезну потребу в спілкуванні з побратимами/посестрами, які продовжують службу й більшість денного часу таки переписуються або спілкуються. В той же час відзначають, що дратує тиша та розмірене й безтурботне життя на відносно мирних територіях; поведінка цивільних і їх спілкування мовою агресора; святкування та заповнені ресторани в містах. Ніби війна відбувається лише в певній частині України й не стосується інших територій.

Учасники бойових дій зізнаються, що присутнє відчуття провини за те, що досі живі в той час коли їх близькі друзі, батьки, побратими/посестри загинули перебуваючи поруч із ними. Військові зазначають, що такі події навіть попри бажання постійно згадується в найменших деталях. Часто події повторюються в різних інтерпретаціях у кошмарних снах. Прокидаючись вночі він таких снів, учасники бойових дій надалі уникають подальшого засипання. Військові зазначають, що бояться спати та своїх снів, які дуже реалістичні. Характерним для опитуваних є відчуття того, що вони більше не витримують й виникають думки про те, що їх рідним буде краще та легше без них й можливе закінчення життя самогубством. До цього ще додається втрата спроможності та сил щось робити, працювати, втрата зацікавленості до попередньої роботи та діяльності; нестача сил та бажання опанувати щось нове. Немає ані бажання, ані мотивації - “кому це потрібно та навіщо”. Відзначають учасники бойових дій і те, що окремі події та певні деталі не пам’ятають. Опитувані переконані, що ніхто не може та не зможе їх зрозуміти відповідно немає бажання комусь щось розповідати.

Наступним після опитування, аналізу та підрахунку результатів було проведено порівняння отриманих між собою результатів досліджень у двох незалежних вибірках. Для цього використано U-критерій Манна-Уїтні [33, с. 61].

Застосувавши критерій Манна-Уїтні ми дізнаємося, наскільки статистично показники контрольної та експериментальної групи не

відрізняються до проведення роботи за програмою психологічної реабілітації [33, с. 74].

Отже, ми маємо дослідження, в якому:

$$O1 \rightarrow X \rightarrow O2$$

$$O^* \rightarrow \rightarrow \rightarrow O^*$$

де:  $X$  – вплив (психологічні консультації за програмою психологічної реабілітації);

$O1$  та  $O2$  – опитування учасників бойових дій відносно самопочуття експериментальної групи (групи, з якою проводилися психологічні консультації) до та після дослідження;

$O^*$  та  $O^*$  – опитування учасників бойових дій відносно самопочуття контрольної групи (групи, з якою не проводилися психологічні консультації за програмою психологічної реабілітації) до та після дослідження [51, с. 62].

Необхідною умовою вдалості дослідження є відсутність відмінностей між експериментальною та контрольною групами до проведення роботи за визначеною програмою психологічної реабілітації [51, с. 62].

Саме тому перевірка рівності  $O = O^*$  є обов'язковою. Здійснимо перевірку за  $U$ -критерієм Манна-Уїтні та розмістимо дані в **Таблиці 3.1** в якій також визначимо та зазначимо середні значення показників:

Таблиця 3.1 - Середні показники груп до проведення дослідження

n1 та n2	Рівні розладу адаптації (до консультування за програмою психологічної реабілітації)	
	Експериментальна група	Контрольна група
1	131	147
2	138	123
3	86	133
4	127	125
5	132	119



6	140	95
7	141	129
	$\bar{x}_1=127,85$	$\bar{x}_2=124,43$

Розв'язання: Виходячи з середніх показників можна припустити, що в обох групах рівні розладу адаптації приблизно однакові.

Для того, щоб перевірити це припущення, висунемо дві гіпотези:

$H_0$  – відмінності між  $\bar{x}_1$  та  $\bar{x}_2$  випадкові (або їх взагалі не існує). Отже, обидві групи подібні і можна взяти вибрану групу як контрольну.

$H_1$  – відмінності між  $\bar{x}_1$  та  $\bar{x}_2$  достовірні, значимі. Вони можуть бути викликані великим розмахом значень індивідуальних показників, і тоді необхідно буде змінити або контрольну, або експериментальну групу.

Перевіримо висунуті гіпотези:

1. Для перевірки дані обох груп об'єднаємо таблицю, та розташуємо їх в порядку збільшення показників (**Таблиця 3.2**). Показники експериментальної групи кодуємо літерою Е, а контрольної групи – К.

2. Кожному значенню отриманого ряду присвоюємо його ранг.

3. Знаходимо суму рангів окремо для експериментальної ( $\Sigma R_1$ ) і контрольної ( $\Sigma R_2$ ) груп:  $\Sigma R_1=60$ ;  $\Sigma R_2=45$

4. Обчислюємо значення U-критерію за **формулою 3.1**:

$$U = n_1 \cdot n_2 + nR_{max}(nR_{max} + 1)/2 - R_{max} \quad (3.1)$$

де:  $n_1$  – кількість досліджуваних в 1 групі;  $n_2$  – кількість досліджуваних в 2 групі;

$nR_{max}$  – кількість досліджуваних у групі із більшою ранговою сумою;

$R_{max}$  – найбільша рангова сума.

$$U = 7 \cdot 7 + 7(7 + 1)/2 - 60 = 17$$

Таблиця 3.2 - Розподіл даних груп за рангами до проведення дослідження

No	Група	Рівні розладу адаптації	Ранг	No	Група	Рівні розладу адаптації	Ранг
1	Е	86	1	8	Е	131	8
2	К	95	2	9	Е	132	9
3	К	119	3	10	К	133	10
4	К	123	4	11	Е	138	11
5	К	125	5	12	Е	140	12
6	Е	127	6	13	Е	141	13
7	К	129	7	14	К	147	14

5. За таблицею U-критерію знайдемо критичні значення U-критерію (при  $p=0,05$ ) для  $n_1=7$  і  $n_2=7$ :  $U_{\text{крит}}=11$  ; (при  $p=0,01$ ) для  $n_1=7$  і  $n_2=7$ :  $U_{\text{крит}}=6,0$  [51, с. 97].

Оскільки  $U=17 > U_{\text{крит}}=11$  та  $U=17 > U_{\text{крит}}=6$ , то приймаємо гіпотезу  $H_0$ . Отже, відмінності між нашими групами незначні, тому вибрану групу можна взяти як контрольну.

З учасниками експериментальної групи, які мають симптоми посттравматичного розладу протягом трьох тижнів проведено роботу за програмою психологічної реабілітації (Додаток Г).

Після трьох тижнів один з учасників контрольної групи вибув та не зміг взяти участь в подальшому діагностуванні, яке також проводилось за «Місісіпською шкалою оцінювання посттравматичного стресового розладу (для військових та ветеранів бойових дій)» (Додаток В) [47, с. 168]. Результати підсумкового діагностування в контрольній групі показали, що стан учасників бойових дій змінився дуже несуттєво, а в двох учасників показники дещо зросли.

В експериментальній групі не пройшли програму консультування двоє учасників та відповідно не взяли участі в підсумковому діагностуванні.

Результати опитування показали значні зміни в чотирьох учасників групи, а в одного - рівень розладу залишився практично без особливих змін.

Військові в яких зміни відбулись в діагностуванні зазначили покращення сну та повернення довіри до рідних та близьких. Вони стали менше здригатись через різні шуми та часткове зниження рівня агресивності.

Стан учасників бойових дій після завершення роботи з психологічного консультування експериментальної групи за програмою психологічної реабілітації після трьох тижнів має такі показники окреслено в **Таблиці 3.3**:

Таблиця 3.3 - Середні показники груп після дослідження

n1 та n2	Рівні розладу адаптації (після консультування за програмою психологічної реабілітації)	
	Експериментальна група	Контрольна група
1	93	133
2	105	122
3	89	118
4	91	117
5	110	122
6		147
	$\bar{x}_1=97,6$	$\bar{x}_2=126,5$

Середні показники обох груп відрізняються, тоді можна припустити, що рівні розладу адаптації після проведеної роботи за програмою психологічної реабілітації в експериментальній групі знизилась не випадково, а завдяки проведеному експерименту. Для того, щоб перевірити це припущення, висунемо дві гіпотези:

$H_0$  – відмінності між  $\bar{x}_1$  та  $\bar{x}_2$  випадкові. Експеримент не вдавсь.

$H_1$  – відмінності між  $\bar{x}_1$  та  $\bar{x}_2$  достовірні, значимі. Отже, зниження рівня розладів адаптації учасників бойових дій в експериментальній групі зменшився завдяки роботі психолога [34, с. 27].



Перевіримо висунуті гіпотези за алгоритмом, що вже використовували та відобразимо це в таблиці 3.4:

Таблиця 3.4 - Розподіл даних груп за рангами після дослідження

No	Група	Рівні розладу адаптації	Ранг	No	Група	Рівні розладу адаптації	Ранг
1	Е	89	1	7	К	118	7
2	Е	91	2	8	К	122	8,5
3	Е	93	3	9	К	122	8,5
4	Е	105	4	10	К	133	10
5	Е	110	5	11	К	147	11
6	К	117	6				

Знаходимо суму рангів окремо для експериментальної ( $\Sigma R_1$ ) і контрольної ( $\Sigma R_2$ ) груп:  $\Sigma R_1=15$ ;  $\Sigma R_2=51$

Обчислюємо значення U-критерію за формулою 3.2:

$$U = n_1 \cdot n_2 + nR_{max}(nR_{max} + 1)/2 - R_{max} \quad (3.2)$$

де:  $n_1$  – кількість досліджуваних в 1 групі;  $n_2$  – кількість досліджуваних в 2 групі;

$nR_{max}$  – кількість досліджуваних у групі із більшою ранговою сумою;

$R_{max}$  – найбільша рангова сума.

$$U = 5 \cdot 6 + 6(6 + 1)/2 - 51 = 0$$

За таблицею U-критерію знайдемо критичні значення U-критерію (при  $p=0,05$ ) для  $n_1 = 5$  і  $n_2=6$ :  $U_{крит}=5,0$ ; (при  $p=0,01$ ) для  $n_1 = 5$  і  $n_2=6$ :  $U_{крит}=2,0$  [32, с. 97].

Оскільки  $U=0 < U_{крит}=5$  (при  $p=0,05$ ), то приймаємо гіпотезу  $H_1$ . Згідно даної гіпотези відмінності між нашими групами достовірні і значимі. Отже, вплив програми психологічної реабілітації знизив рівень вираженості симптомів посттравматичних розладів.

### **3.2. Аналіз впливу програми психологічної реабілітації на учасників бойових дій з посттравматичними розладами**

Як було зазначено в попередньому розділі, в учасників бойових дій, які були рандомно розподілені в експериментальну групу відбулись зміни після роботи психолога. В роботі з військовими застосовано підходи, описані в розробленій програмі психологічної реабілітації.

Психоедукація, активне слухання та емпатія - сприяють встановленню довірливих стосунків “психолог-військовий”. Відповідно надалі довіра грає вирішальну роль в самій роботі з військовими й участі в роботі над подальшими етапами роботи програми. З 7 учасників експериментальної групи лише один погодився вести щоденник та потім зазначав, що іноді забував робити там записи.

П'ятеро учасників бойових дій схвально та із зацікавленістю провели роботу щодо організації порядку денного. Вони зазначили, що раніше були більш організовані та підкреслили важливість даного етапу роботи. Підкресливши, що й після завершення роботи з психологом будуть намагатись продовжувати приділяти увагу організації дня та ефективному розподілу часу. Двоє з учасників експерименту скептично віднесли до організації дня адже на їх думку в час війни все дуже нестабільне й звикли керуватись своїми минулими звичками щодо хаотичного наповнення дня та ночі.

На етапі роботи програми з техніками “дистанціювання” від негативних думок двоє учасників відмовились брати участь та ще 5 - в тій чи іншій мірі все-таки вважали запропоновані техніки малоефективними. Так все ж під час аналізу різних думок військовим вдалось виділити ті, які несуть користь та ті, які могли бути руйнівними для них.

Усі 7 учасників програми - хто в більшій мірі, а хто в меншій обізнані та чули про техніки заземлення. Особливо більшість говорили про дихання. Однак, як виявилось майже ніхто з них особливо цими техніками не користується. Всі погодились опробувати кожну запропоновану техніку та

висловили свої спостереження відносно самопочуття. Шість учасників бойових дій в минулому мали більш активну фізичну активність, ніж зараз. В усіх учасників - основна зайнятість полягає в іграх на телефонах або відвідування соцмереж. Після проведеної психоедукації 5 з них погодились розв'язувати кросворди, приділити увагу музиці, читанню книжок та акцентувати увагу на бажанні щось смачне з'їсти чи випити.

На четвертому етапі роботи з техніками регуляції емоційного дистресу всі учасники експериментальної групи отримали коло спектру емоцій. Четверо були збурені, що спектр російською мовою та їм було запропоновано допомогти в перекладі на українську. На що всі погодились та відразу почали перекладати, закреслювати й писати назви українською. Таким чином вдалось більш поглиблено підійти до питання вивчення спектру емоцій та проговорити емоційні стани в момент роботи.

Усі учасники бойових дій зазначили, що вони перебувають в постійному напруженні та погодились разом із психологом зробити техніку м'язової релаксації. Лише двоє військових погодились виконати вправу "Настрій" та один - техніку "Стирання інформації".

На п'ятому етапі - вправу вдячності виконали четверо учасників бойових дій та шість - зробили "колесо життєвого балансу". В той же час відмовились від бачення себе навіть в короткому майбутньому.

Програма психологічної реабілітації сприяла поверненню контролю військовим за маленькими ділянками життя, а це вселяє віру в подальші зміни.

### **Висновки до розділу 3**

Нами реалізовано план дослідження зважаючи на методологічно обґрунтовані особливості роботи згідно з діагностичними даними посттравматичних розладів та когнітивних стилів для ефективної оцінки досліджуваних параметрів.

Діагностовано посттравматичний розлад та статистично



проінтерпретовано його. Нами досліджено дві групи учасників бойових дій та зміни, які відбулись в учасників дослідження в групах. Досліджено та

проаналізовано вплив програми психологічної реабілітації на військових з експериментальної групи. В її учасників відбулось покращення сну завдяки якісній організації дня, зниження рівня напруги та візуального бачення й розуміння життєвих процесів. Відповідна візуалізація може сприяти подальшій роботі військового в напрямку підвищення якості життя.

Також проведено аналіз стану військових в контрольній групі. В учасників даної групи також відбулись зміни та вони є меншими порівняно з експериментальною.

Завдяки математично-статистичним обрахункам доведено гіпотезу відносно впливу програми психологічної реабілітації на зниження інтенсивності симптомів посттравматичних розладів.

## ВИСНОВКИ

Основні результати дослідження було узагальнено в **висновках**.

Теоретичний аналіз проблеми посттравматичних розладів визначив характер дослідження посттравматичних розладів. Аналіз досліджуваного розладу показав історичний аспект та процес змін даного розладу в учасників бойових дій та визначив напрям дослідження. Аналіз літератури та досліджень дозволив здійснити теоретично обґрунтування дослідження.

Визначено та окреслено складність посттравматичних розладів зважаючи на різні обставини в яких опинявся військовий; на рівень стресостійкості, навичок та підготовки, акцентуації. Визначено значний вплив посттравматичних розладів та когнітивну складову, що відображається на поведінкових реакціях та діях. Учасники бойових дій, які мають симптоми посттравматичних розладів намагаються здійснити втечу та або сховатись від стану спричиненого посттравматичним розладом. А це призводить до ще більшого загострення як когнітивного, так і поведінкового.

Окреслено сучасні діагностичні підходи в роботі з учасниками бойових дій з посттравматичними розладами. Важливе значення має також стан та поведінка військового в процесі діагностування.

Аналіз дослідницьких матеріалів показав, що військові з посттравматичними розладами потребують підтримки особливо родини.

Окреслено важливість просвітницької психоедукаційної роботи, яка значною мірою впливає на перебіг розладу в комбатанта. Визначено, що якісна психоедукаційна робота за принципом “рівний-рівному” здатна значною мірою знизити рівень напруги в учасника бойових та сприяє зниженню гостроти симптомів посттравматичних розладів. Розуміння когнітивних та поведінкових реакцій військовим знижує його рівень тривожності та дозволяє вибудувати довіру з фахівцем в робочому процесі.

Створено та опробовано програму психологічної реабілітації учасників бойових з посттравматичними розладами. Для доведення окресленої в роботі

гіпотези рандомно створено дві групи з комбатантів, які мають симптоми посттравматичних розладів. Проведена за програмою психологічної реабілітації робота з експериментальною групою сприяла зниженню рівня вираженості симптомів посттравматичних розладів в учасників бойових дій. Відповідні показники доведено та продемонстровано в роботі завдяки математично статистичним підрахункам. Гіпотезу, висунуту на початковому етапі даного проекту, доведено.

Робота над магістерською сприяла спілкуванню з фахівцями й дозволила краще орієнтуватись та обирати і застосувати валідні та надійні методи наукового дослідження та/або доказові методики і техніки практичної діяльності. Більш впевнено здійснювати практичну діяльність (тренінгову, психотерапевтичну, консультаційну, психодіагностичну та іншу залежно від спеціалізації) з використанням науково верифікованих методів та технік.

Завдяки роботі підвищено навички організовувати та реалізовувати просвітницьку та освітню діяльність у сфері психології та ефективно взаємодіяти з колегами в моно- та мультидисциплінарних командах.

Підсилено здатність приймати фахові рішення у складних і непередбачуваних умовах, адаптуватися до нових ситуацій професійної діяльності; оцінювати межі власної фахової компетентності та підвищувати професійну кваліфікацію.

Завдяки роботі над проектом посилено:

- навички організовувати та проводити психологічне дослідження із застосуванням валідних і надійних методів;
- узагальнювати емпіричні дані та формулювати теоретичні висновки;
- розробляти просвітницькі матеріали та освітні програми, впроваджувати їх, отримувати зворотній зв'язок, оцінювати якість;
- доступно і аргументовано представляти результати досліджень у писемній та усній формах, брати участь у фахових дискусіях.



## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. Клініко-психологічні аспекти переживання втрати та діагностики ускладненого горювання / О. С. Аврамчук // Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені І. Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. - №45. - 2019. - С. 11-39
2. Агаєв Н., Кокун О., Герасименко М., Пішко І., Лозінська Н. Досвід роботи в армії США та арміях інших країн щодо недопущення втрат особового складу з причин, не пов'язаних із виконанням завдань за призначенням. Київ. 2018. С.156
3. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
4. Агаєв Н.А. Скрипкін О.Г. Дейко А.Б. Поливанюк В.В. Еверт О.В. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України – К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. – 147 с.
5. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. Психологічний журнал. Умань. 2019. №3. С. 11-26
6. Алещенко В. І. Посттравматичний стрес військовослужбовців – учасників бойових дій: психологічний аналіз. Вісник. Київ. Нац. ун-ту ім. Т. Шевченка. Військ.-спеціальні науки. К., 2015. Вип. 1(32). С. 5–10.
7. Алещенко В. І., Хміляр О. Ф. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навч. посіб. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.
8. Ахмедов Т.І. та ін. Керівництво з немедикаментозної реабілітації та психотерапії хворих у психоневрології: Навч. посібник. — Харків: ВАТ

«Видавництво «Прапор», 2007. — 524 с

9. Б. ван дер Колк, Тіло веде лік. Як лишити психотравми в минулому: Віват, 2022, 624 с.

10. Васильєв С. П. Зубовський Д. С. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. Український психологічний журнал. Київ. 2016. №1. С 6-15

11. Васильєв С. П., Зубовський Д. С., Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, Український психологічний журнал №1, 2016, 6-16 с.

12. Васківська С.В. П'ять вимірів психологічного консультування: навч. посібн. Київ. Ніка-Центр. 2019. 400 с.

13. Вовк А. О. Методичні рекомендації для вивчення курсу «Тілесно-орієнтовані методи в психологічній реабілітації та психокорекції» для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти. – Львів: ЛНУ імені Івана Франка, 2021. – 28 с

14. Галич М. Ю. Литвин В. В. Загальна характеристика посттравматичного стресового розладу в умовах воєнного часу: діагностика та профілактика. Юридична психологія. 2022. № 1 (30). - 22-28 с.

15. Гершанов О. М. Ed Методичний посібник для фахівців, що працюють із травмою. Ізраїльська Коаліція по роботі з Травмою. 2022. 23 с.

16. Голідей Р. Генсільман С. Зберігайте спокій. Київ. 2019. С. 472

17. Головне Управління по роботі з особовим складом Збройних Сил України, Управління психологічного забезпечення, Пам'ятка психологу для психологічного супроводження військовослужбовців в екстремальних умовах, 2016. - 20 с.

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. Гунько Б.А. Вінницький національний медичний університет імені М. І.



Пирогова, кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом наркології та психіатрії ФПО - лікарів, Посттравматичний стресовий розлад - в розрізі часу, "Вісник Вінницького національного медичного університету" 2015, №1, Т.19, 216-219 с.

20. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ. 2016. С 219.

21. Інститут психічного здоров'я Українського Католицького Університету. Видавнича серія "Психологія. Психіартія. Психотерапія." Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE). Львів. 2015. С. 64

22. Католик Г., Корнієнко І., Животовська Л., Бобрик Л., Беш Л. Психологічна допомога очевидцям і постраждалим від техногенних катастроф // Галецька І., Сосновський Т. Психологія здоров'я: теорія та практика. – Львів: Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2006. – 338 с. – С. 159-186.

23. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. Київ. 2015. С. 170

24. 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. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.

25. Кокун О. М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. С. 310

26. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. Методичний посібник. 2019. С. 206

27. Кокун О.М. Лозінська Н.С. Пішко І.О. Практикум з формування стресостійкості військовослужбовців до раптових змін бойової обстановки : Методичний посібник: НДЦ ГП ЗС України, 2020. 70 с.



28. Коkun О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с.
29. Коkun О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.
30. Комар З. Психологічна стійкість воїна. Підручник для військових психологів. Київ, 2017. 185 с.
31. Корнійчук С. Протоколи надання психологічної допомоги військовослужбовцям ЗСУ в бойових (екстремальних) умовах, 2021. 48 с.
32. Климчук в.о. математичні методи у психології. Навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей. — К.: Освіта України. — 2009. — 288 с.
33. Кременська Я., Пономаренко Л., Лемик М., Романчук О., Явна К. Протокол з діагностики та терапії ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE) Issued: March 2005 NICE clinical guideline 26, 64 с.
34. Літнарів Р . М. Основи математичної статистики у психології. Частина 3. навчальний посібник. – МEGУ, Рівне, 2006, – 49 с.
35. Лукомська С. О., Задорожний С. В., Кульчиковський Е. М. Психологічна допомога учасникам АТО в системі реабілітаційного відділення госпіталю для ветеранів війни. Наука і життя: сучасні тенденції. Київ. 2015. №5. С. 14-16
36. Міністерство у справах ветеранів України. Психологічна реабілітація для ветеранів. URL: <https://mva.gov.ua/ua/veteranam/likuvannya-ta-reabilitaciya/psykholohichna-reabilitatsiya-dlya-veteraniv> (дата звернення 16.03.2023)
37. Міністерство оборони України. Наказ N 237/28367 “Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних

Сил України та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах”. 2016. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/RE28367>

38. Мукерье М., Голоктіонова А., Легкова А., Дубіна А., Конопкіна О., Касянчук Л. Управління проблемами плюс (УП+): Індивідуальна психологічна допомога для дорослих у стані дистресу в громадах, що знаходяться під впливом несприятливих обставин. Всесвітня організація охорони здоров'я. 2016. С. 142

39. Наказ МОЗ №199 від 15.04.2008 Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу - <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0577-08#Text>

40. Наказ МОЗ №702 від 09.12.2015 Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах - [https://zakononline.com.ua/documents/show/365299\\_648812](https://zakononline.com.ua/documents/show/365299_648812)

41. Несенюк Н., Чудаєва Н., Мурашкевич О. Травматичні події: психологічна підтримка та самодопомога. Київ. 2022. С. 92

42. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О.М. Коқун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.

43. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. – Київ, 2018. – 240 с.

44. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія



- і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. – Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2017. – 540 с.
45. Опанасенко Л.А. Основи психологічного консультування: у схемах і таблицях – Миколаїв : Гліон, 2019. – 134 с.
46. Попелюшко Р.П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації / Р.П. Попелюшко // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка. – Київ, 2015. – Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 13. – 207 с.
47. Пророк Н., Запорожець О., Джошуа Креймеєр, Гридковець Л., Царенко Л., Ковальчук О., Невмержицький В. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ. 2018. С. 208 с.
48. Прайтлер Б. На їхньому боці. Львів. 2022. С. 156
49. Практикуємо Разом. Збірник практичних вправ в інтегративному підході для роботи психолога / за ред. К. В. Мітченко. - , 2023. – 58 с.
50. Романчук О. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. НЕЙРОNEWS. 2011. С. 30-37
51. Руська Р.В.: Теорія імовірності та математична статистика в психології: Навч.посіб.– Тернопіль.– 2020. –с. 112
52. Сантандер Х. Рьокхольт Е. Г. Селнес А. Групи психологічної підтримки дорослих, які втратили близьких людей внаслідок різних обставин: метод. посібник: Центр психологічної підтримки людей, які втратили близьких, Університетська клініка округу Акерсгус, 2017. - 151 с.
53. Сафін О. Д. Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадаптації учасників антитерористичної операції. Наука і оборона, 2016. № 1. С. 24–30.
54. Сидоренко Е. В. Методи математичної обробки в психології. - С-Пб., 2002.
55. Соколовський Д. Сучасні перспективи терапії пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом: За матеріалами Науково-практичної



конференції з міжнародною участю «Сучасний науково-практичний досвід у кардіології та психотерапії» (5 травня 2023 р.), тематичний номер «Неврологія. Психіатрія. Психотерапія» № 2 (65) 2023. 34 с.

56. Сторожук Н. А., Мась Н. М., Покотило В. В. Сучасний стан системи психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Зб. наук. пр., Нац. ун-т ім. Т. Шевченка. Військ.-спеціальні науки. К., 2016. Вип. 1(34). С. 34–38.

57. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. Омельченко М., Лазос Г. П. ; за ред. Кісарчук З. Г. – Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.

58. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. – 160 с. – Бібліогр.: 160 с.

59. Туркова Д. Взаємозв’язок тілесного Я з копінг-механізмами, Психологія і особистість. 2020. № 1 (17), 122-131 с.

60. Устінов О.В. Первинна допомога при посттравматичному стресовому розладі. Український медичний часопис. Видавництво Моріон.

61. Хомуленко Т. Б., Крамченкова В. О., Туркова Д. М. Тілесний локус контролю як копінг. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя: матеріали V Міжнародної науково-практичної конференції (28 лютого – 1 березня 2019 року, м. Суми) / Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2019. С. 361–363.

62. Царенко Л., Вебер Т., Войтович В., Гриценко Л, Кочубей В , Грідковець Л.. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.

63. Широбоков Ю. Дисертація - Психологія військовго полону. Харків. 2020. С. 473

64. Bremner J. D. Traumatic stress: effects on the brain. Dialogues in clinical

neuroscience, 8(4), 2006. 445–461 p.

65. Dyer, K.F.W., Dorahy, M.J., Hamilton, G., Corry, M., Shannon, M., MacSherry, A., McRobert, G., Elder, R. and McElhill, B. (2009), Anger, aggression, and self-harm in PTSD and complex PTSD. *J. Clin. Psychol.*, 65: 1099-1114 p.

66. El-Solh A. A. (2018). Management of nightmares in patients with posttraumatic stress disorder: current perspectives. *Nature and science of sleep*, 10, 409–420.

67. Lukashenko M. Traumatic Experience of Military Action as a Factor of Deviant Behavior. *Ūridična psihologiã*. 2019. No. 24 (1). - 32–38 P.  
[P.<https://doi.org/10.33270/03192401.32>](https://doi.org/10.33270/03192401.32)

68. NICE guideline. Post-traumatic stress disorder. UK. 2018. p 54 - <https://www.nice.org.uk/>

69. Rebecca K. Sripada, Frederick K. Blow, Sheila AM Rauch, Dara Ganochi, Rani Hoff, Ilan Harpaz-Rotem, Kipling M. Boehnert. Examining the phenomenon of nonresponse: factors associated with treatment response in a national sample of veterans receiving inpatient treatment for PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*. V. 63. 2019. p 18-25

70. Sherin, J. E., & Nemeroff, C. B. (2011). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(3), 263–278.

71. Szuhany, K. L., Malgaroli, M., Miron, C. D., & Simon, N. M. Prolonged Grief Disorder: Course, Diagnosis, Assessment, and Treatment. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 19(2), 2021. 161–172 p.

72. Swaab Dick. *Wir sind unser Gehirn: Wie wir denken, leiden und lieben/ Dick Swaab*. - München : Droemer Verlag, 2011. - 512 s.



## ДОДАТКИ ДОДАТОК А

### GAD-7 Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (General Anxiety Disorder-7) – шкала самооцінки тривоги з семи пунктів, ефективна в діагностиці ГТР, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

Прізвище, ім'я по батькові		Дата			
№ п/п	Як часто за останні два тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «V»)	Не турбували взагалі	Інколи	Часто	Майже постійно
1	Переживання, тривоги, нервозності, відчуття «на межі зриву»	0	1	2	3
2	Відсутність можливості контролювати тривогу	0	1	2	3
3	Сильне занепокоєння з різноманітних приводів	0	1	2	3
4	Труднощі розслаблення	0	1	2	3
5	Непосидючість	0	1	2	3
6	Дратівливість, нестриманість	0	1	2	3
7	Тривожне відчуття лякаючих, загрозливих подій	0	1	2	3
<b>Сума:</b>					

**Загальний бал = \_\_\_\_\_**



## ДОДАТОК Б

**PHQ-9 Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я**

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire-PHQ-9) – шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів, ефективна в діагностиці **ВДР**, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів

Прізвище, ім'я по батькові		Дата			
№ п/п	Як часто за останні два тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «V»)	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
2	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3	Трудності із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5	Поганий апетит чи навпаки переїдання	0	1	2	3
6	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7	Труднощі концентрації уваги (наприклад, важко зосередитись на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3
9	Думки про те, що вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
<b>Сума:</b>					

Загальний бал = \_\_\_\_\_

## ДОДАТОК В

Регістраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_

Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_

Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_

Спеціальність \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_

Інструкція: "Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від "1" до "5". Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, вказавши в кружечок цифру у відповідній клітинці".

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді невірно	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосував фізичну силу).	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.	1	2	3	4	5
6. Я здатний вступити в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.	1	2	3	4	5

7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним.	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.	1	2	3	4	5

14. Мої сні настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15. Я відчуваю, що більше не можу. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи слюзи, мене не зачіпають. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17. Мене досі радують ті самі речі, що і раніше. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		19. Я виявив, що мені працювати незважно після демобілізації. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		20. Мені важко зосередитися. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		21. Я без причини плачу. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		22. Мені подобається бути в товаристві інших людей. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		23. Мене лякають мої прагнення і бажання. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		24. Я легко засинаю. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		27. Я легка, спокійна, врівноважена людина. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		29. Часом я вживаю алкоголь або сподіюся, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		32. Я боюся засинати. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
		35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей. <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>



## ДОДАТОК Г

### **Програма психологічної реабілітації учасників бойових дій з посттравматичними розладами**

Розроблена програма передбачає проведення психоедукації, яка є первинним засобом в роботі з військовими та має потужний вплив на роботу кожного етапу програми [23, с. 34].

Психоедукація є спеціальною частиною реабілітаційного комплексу, який дозволяє пришвидшити повернення воїнів у мирне життя. Першочерговим завданням психолога є донесення до учасника бойових дій розуміння того, що з ними зараз відбувається. Психоедукація полягає в аналізі, поясненні етапів психологічних змін при психотравмуючих впливах. Такі знання допомагають військовим та їх рідним з розумінням ставитись до свого стану, а це в свою чергу дозволяє легше його пережити. Отже, психоедукація – це пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості [23, с. 35].

Психоедукація дозволяє стабілізувати та розпочати процес повернення контролю військовим за своїм психологічним станом. Як психологічний метод подолання посттравматичних розладів, психоедукація – це метод в основі якого лежить партнерство та співпраця між психологом та учасником бойових дій. Психолог представляє воїну не лише у лаконічній, доступній формі сучасні знання про його психологічну травму, її причини та наслідки, але і допомагає вибудувати когнітивну модель подолання травми в родині, на роботі, що стає свого роду картою його соціалізації. Психолог знайомить воїна з методами, які дозволяють вийти з кризи та сприяють виявленню та залученню його сильних особистісних властивостей, пошуку ресурсів для уникнення рецидиву і покращення психологічного здоров'я на довгостроковій основі. При кращому розумінні людиною власної проблеми, вона краще може жити з цим станом, адже для подолання посттравматичних

розладів воїну деякий час доведеться жити з симптомами нервового та психологічного розладу [23, с. 38].

Потребують психоедукації також близькі та родичі учасника бойових дій, які є першою та головною ланкою у відновленні воїна. Інформація про наслідки психологічної травми, її симптоми та особливості протікання, повинна сприйматися близькими не як дефект, або хвороба військового, а як тимчасова особливість, яка потребує допомоги та підтримки [23, с. 42].

Програма психологічної реабілітації містить чіткі та послідовні етапи які передбачають:

1. Поведінкову активацію - організацію ритму щоденного життя та активностей [7, с. 17]:

2. Техніки “дистанціювання”
3. Техніки “заземлення”
4. Техніки регуляції емоційного дистресу
5. Техніки активації та адсорбції ресурсів
6. Багато стосунку та підтримки

Під час впровадження програми учасникам бойових дій психологом пропонується ведення щоденника із внесенням записів зранку або ввечері що свого стану. Воїнам окреслено, що ведення щоденника - це їх особиста справа та ця діяльність може покращити стан завдяки самоаналізу. Психологом також підкреслено, що в даній роботі важливо помічати будь-які зміни особливо дрібні та маленькі. При цьому важливо бути чесним та відвертим із собою. Озвучення змін в станах, їх деталізація й обговорення з психологом відбувається за бажанням учасника бойових дій [48, с. 78].

**1. Поведінкова активація** передбачає організацію ритму щоденного життя та активностей. На даному етапі роботи передбачено психоедукація щодо важливості організації порядку денного військового де б він не перебував. Психологом проводиться обговорення та розуміння щоденної активності воїна - його ритуали та догляд за собою. Тобто яким чином організовано день людини та наскільки в цьому дні задоволено перші базові

потреби такі як спроможність їсти, пити, спати, гігієнічні процедури. Ознайомлення з наповненням інших годин дня - зайнятість когнітивна, фізична, перебування на свіжому повітрі; спілкування з людьми (друзі, побратими, рідні); час на перебування із собою; заняття улюбленими справами [23, с. 84].

На даному етапі роботи психологом з'ясовується чи усе подобається учаснику бойових дій, можливо він/вона хотів би щось змінити. Воїну пропонується скласти список діяльностей, які подобаються та того, що хотів би робити, яка діяльність приносить задоволення або є важливою чи корисною саме для нього. Це можуть бути:

- спілкування
- читання книги
- приготувати їжі
- прогулянка
- співати пісні тощо

Навички організації робочого дня та внесення структури, порядку та дисципліни в кожен день сприяють поверненню відчуття контролю за дотриманням та організацією забезпечення базових потреб [7, с. 17].

**2. Техніки “дистанціювання”** від негативних думок. На даному етапі робота психолога розпочинається з психоедукації та нормалізації того, що в кожної людини в голові багато думок. Ці думки іноді можуть заважати організації продуктивного робочого дня та виконанню щоденних задач. Психологом пропонується учаснику бойових дій техніку, яка дозволяє на певний період відкласти думки, які можуть заважати [30, с. 48].

**Техніка дистанціювання:** Кожного разу, коли помічено зниження настрою, можна задавати собі запитання “Про що я зараз думаю?”

Крок 1. Виявити думки, дати їм назву (наприклад: ага, до мене прийшли “депресивні думки”, “О, знову радіо депресія звучить”).

Крок 2. Після усвідомлення думок та назви нагадати, що вони наразі не є корисними та шкодять.



Крок 3. Спробувати відпустити (не проганяти) думки. Уявити як: їх зносить течією, вони як хмари пролітають, як радіо грають на фоні та запропоновано перемикачем їх перемкнути; відкласти в сейф на певний період до часу повернення до них щоб побути з ними й зрозуміти навіщо вони щоразу повертаються та що хочуть донести; визначити певний час для повернення до цих думок, коли вирішено військовим з ними працювати.

Крок 4. Переключити увагу на те, що є наразі (тут і зараз) важливим, приємним, корисним - може бути запропоновано щось із того, що є в списку діяльностей з роботи в попередній зустрічі.

Крок 5. Кожного разу, коли думки повертаються (негативні/неприємні думки), спробувати дистанціюватися від них та переключати увагу [30, с. 12-114].

Вченими доведено, якщо мозок людини нічим не зайнятий, то він завжди буде щось продукувати. Важливо зрозуміти, що думка — це лише думка, а не сама людина. Думки, незалежно від того, наскільки вони потужні,— проходять і з'являються, бо людина так звикла [31, с. 27];

- Варто також запам'ятати: кожен господар своїх думок і кожен може їх викликати та відпускати, тобто контролювати [31, с. 28].

Психолог також зазначає воїну, що важливо помічати думки, які не несуть користі та переключати увагу на щось корисне, важливе або приємне [31, с. 27].

Робота з думками сприяє поверненню учасника бойових дій в проживання життя тут і зараз; дозволяє розширити можливості людини контролювати та впливати на когнітивну функцію [31, с. 27].

**3. Техніки “заземлення”** - це інструменти, які використано психологом для саморегуляції в моменти стресу і тривоги. Вони нагадують та повертають людину в сьогодення - в зосередження над виконанням справ в теперішньому моменті. Ці техніки допомагають зменшити відчуття тривоги та пригніченості; дозволяють відчувати землю під ногами та побачити різні форми, предмети, кольори навколо себе; відчувати смаки, запахи та на дотик

різні поверхні [49, с. 32].

Техніки заземлення відбуваються через органи чуття, які забезпечують такі основні види чутливості: зір, слух, нюх, смак, дотик, рівновагу та відчуття положення тіла у просторі (пропріоцепцію) [31, с. 27].

Дотик — це сприйняття форми, розміру, щільності, температури різних предметів. У слизових оболонках шкіри містяться дотикові рецептори. Найбільше їх на губах, кінчику язика, пальців, а також на долоні. Користуючись дотиком, людина може визначити фізичні властивості предметів, такі як форма, твердість, м'якість, характер поверхні, тепло або холод, орієнтуватися в темряві, блискавично реагувати на загрозову небезпеку [61, с. 361].

Нюх — це сприйняття запахів різних речовин. Велика кількість нюхових рецепторів міститься в слизовій оболонці порожнини носа. За запахом людина відрізняє недоброякісну їжу, вловлює появу в повітрі шкідливих для її здоров'я домішок [57, с. 69].

Смак — це сприйняття смакових особливостей речовин, що потрапляють в ротову порожнину. Смак допомагає людині визначити якість їжі, сприяє виділенню травних соків і проходження процесу травлення в цілому [57, с. 70].

Слух — вухо як орган слуху забезпечує сприйняття звукових коливань. Завдяки слуху розрізняють звуки довкілля. Людина спроможна визначити напрямок звуку з джерела, що дає змогу орієнтування в навколишньому середовищі, а також висоту, тембр, силу звуку. Слух є одним із чуттів людини, які сприяють психічному розвитку повноцінної особистості. Зі слухом пов'язані звукові, мовні спілкування [57, с. 70].

Рівновага — функція регуляції положення тіла в просторі і рівноваги. Коли змінюється положення голови або людина рухається, рецептори збуджуються, виникають нервові імпульси. Завдяки аналізатору контролю рівноваги і положення тіла забезпечується прямоходіння [57, с. 72].

Зір — відчуття (сенсорне відчуття), що дозволяє сприймати світло;

колір та зовнішню структуру навколишнього світу у вигляді зображення або картини [57, с. 76].

Техніки заземлення допомагають зменшити відчуття тривоги та пригніченості; дозволяють тілу заспокоїтися і подати сигнал про відсутність реальної загрози. Методи заземлення спрямовані на те, щоб виключити частину мозку (амигдалу), яка включає червону кнопку «бий або біжи» [61, с. 362].

#### - Дихання

Існують різні варіації цієї вправи. Психологом пропонується воїну згадати дихальні вправи, які він/вона можливо вже використовував. Також запропоновано інші методики дихальних вправ:

а) нюхаємо квітку-задуваємо свічку

б) дихання по квадрату (або колу чи будь-якій іншій фігурі): вдих на три рахунки й видих — на шість. Під час дихання уявляти перед собою цю фігуру [60].

в) починати дихання з глибокого видиху через рот - потім вдих носом (коротший за видих) - знову глибокий видих ротом (ізраїльська техніка)

г) дихання з концентрацією на живіт - виконується лежачи на спині, можна покласти на живіт маленьку подушку й дихаючи спостерігати за підніманням і опусканням предмету [27, с. 47].

д) дихання 4-7-8 (рекомендують військові психологи). На рахунок 4- вдих носом; рахунок до 7-затримка дихання; на 8-видих ротом (язик при цьому приліплено до верхніх зубів) [49, с. 29].

#### - фізична активність та навантаження (зважаючи на дихання)

Це ефективний спосіб повернення у власне тіло. Присідання, стрибки на місці або коротка пробіжка, фізичні вправи. Важливо, що усі фізичні активності були без надлишкового перевантаження. При виконанні вправ воїну пропонується слідкувати за диханням та відчувати свій стан. Виконання вправ проводиться до втоми та супроводжується рівним диханням. Прискорення дихання свідчить, що необхідний перепочинок та



перехід до іншої вправи [49, с. 44].

- Звернення уваги на власні почуття за допомогою вправи «5, 4, 3, 2, 1». Підхід полягає в тому, щоб відокремити 5 об'єктів, 4 звуки, 3 текстури, 2 запахи і 1 смак [4, с. 76].

- Увага на відчуттях. Пропонується зосередження на певному відчутті, наприклад, триманні кубика льоду та відчуття, які супроводжують процес. Або процесі варіння собі кави та концентрації на її ароматі [4, с. 84].

Заземленню сприяють також:

- розв'язання кросвордів та головоломок
- рахунок меблів навколо
- дозована гра на телефоні або комп'ютері
- дозований перегляд улюблених серіалів, фільмів чи шоу
- проведення уявної інвентаризації всього, що оточує людину, наприклад, кольорів і візерунків, які можна побачити, звуків, які можна почути, і запахів, які відчуті.
- спілкування з рідною або близькою людиною чи другом
- прослуховування звуків природи, співу птахів або шуму хвиль
- читання вголос
- прослуховування улюбленої пісні
- відчуття насолоди від улюбленої їжі (наприклад, шоколаду)
- жування гумки чи смоктання ледяника
- погладжування домашнього улюбленця
- торкання до пледа або шпалер, звертаючи увагу на текстуру
- масаж скроні
- тримання рук під проточною водою
- приймання контрастного душу
- танці
- пробіжка
- потягування рук, шиї і ніг [4, с. 96]



протягом 7 секунд. Потім різко відпустити кулак і відчутти зниження напруги. Зосередитись на цьому відчутті розслаблення близько 10 секунд.

Сконцентруватися на ділянці правої руки від ліктя до плеча, а потім впертись ліктем у підлокітник. Затриматись в такій нарузі 7 секунд, а потім розслабитись на 10 секунд. Те саме повторити з лівою рукою [30, с. 57].

Далі зосередитись на лобі та шкірі голови. Підняти брови так високо, як можна, і затриматись в такому стані 7 секунд. Потім розслабитись на 10 секунд [30, с. 58].

Перевести увагу на щелепи. Дуже сильно стиснути її та відвести куточки рота максимально назад. Триматись в такій нарузі 7 секунд, а потім розслабитись протягом 10 секунд [30, с. 58].

Потім - увага на шию. Опустити підборіддя так, ніби торкаючись. Затриматись у такій нарузі на 7 секунд і розслабитись протягом 10 секунд [30, с. 58].

Сконцентруватись на грудях, плечах та спині. Зробити дуже глибокий вдих і після цього відвести лопатки назад так, ніби вони от от торкнуться одна одної. Тримати в такому положенні 7 секунд, а потім розслабитись 10 секунд [30, с. 59].

Перевести увагу на живіт. Втягнути живіт усередину настільки глибоко, наскільки можна, і тримайте його в такому положенні 7 секунд. Потім максимально розслабити живіт і сконцентруватися на відчуттях протягом 10 секунд [30, с. 59].

Тепер увага на правому стегні. Випрямити ногу перед собою, трохи піднявши її в повітрі, і напружити м'язи стегна на 7 секунд так сильно, як тільки можна. Потім розслабити протягом 10 секунд [30, с. 59].

Перейти до литки правої ноги. Вперти праву ногу в підлогу і тягнутися носочками назад у напрямку голови. Завмертир у цьому положенні на 7 секунд і потім розслабитись протягом 10 секунд [30, с. 60].

Тепер концентрація на стопі. Сильно зігнути пальці ніг та повернути стопу всередину. Тримати 7 секунд, а потім розслабити протягом 10 секунд.



Те саме зробити з лівою ногою [30, с. 60].

Насамкінець зробити кілька глибоких вдихів. Через деякий час дослітити самопочуття після вправи і наскільки вдалось знизити напруження [30, с. 60].

На даному етапі роботи учаснику бойових дій також запропоновано вправи, які можуть вплинути на його емоційний стан. Зокрема:

***Вправа «Настрій»:***

За допомогою фломастерів розслаблено, лівою рукою намалювати абстрактний малюнок: кольорові нитки, лінії-сюжети, фігури. Важливо при цьому воїну повністю зануритись у власні переживання, вибрати колір і провести лінії так, як хотілося б, щоб вони цілком збігалися з настроєм.

Намагатися уявити, що відбувається перенесення стан на папір. Коли малюнок завершено, перегорнути аркуш і на звороті написати 5—7 слів, які відображають настрій, почуття та емоції. Довго при цьому не думати і не намагатись бути ввічливими: необхідно, щоб слова виникали спонтанно, без спеціального контролю [4, с. 86-87].

Після цього ще раз подивитися малюнок, ніби заново переживаючи настрій, перечитати слова, і з задоволенням, емоційно, розірвати аркуш, викинути його в кошик [4, с. 87].

***Вправа «Стирання інформації»***

Розслабитись. Заплющити очі. Уявити перед собою чистий аркуш паперу, олівці, гумку. Подумки намалювати на аркуші негативну ситуацію, яку б хотілося забути. Це може бути реальна картинка, образна ситуація. Подумки взяти гумку й послідовно «стерти» з аркуша цю негативну інформацію, доки не зникне картинка. Знову заплющити очі й уявити той самий аркуш паперу. Якщо картинка не зникла, знову взяти гумку й стерти в уяві до її повного зникнення [49, с. 38].

Такі методи використано для зниження концентрації уваги на стресогенному чиннику.

Саморегуляцію емоційного стану воїн не свідомо вже міг

використовувати раніше. Тому також необхідно поцікавитись які дії раніше допомагали воїну заспокоїтись. Адже в кожного є свої дієві методи та підходи - важливо в консультуванні несвідомі дії перевести в усвідомлені. Прикладом такої регуляції є хороший сон, спілкування з навколишнім середовищем та тваринами, смачна їжа, водні процедури (відвідування басейну, приймання ванни), масаж та самомасаж [45, с. 35].

До природних прийомів регуляції організму відносять: сміх, гумор; спостереження за природою; розглядання елементів приміщення, фотоальбомів тощо; засмагання; свіже повітря; водні процедури [4, с. 121].

### **5. Техніки активації та адсорбції ресурсів**

В кожному віковому періоді у людини існують певні внутрішні ресурси, щоб оптимально справлятися з життєвими труднощами, проте ці ресурси часто можуть залишитися незапитуваними, якщо навмисно не сфокусувати увагу на їх виявленні та розвитку. Важливим етапом роботи психолога постає привернення уваги воїнів до власного внутрішнього світу, розвиток навичок долати негативні переживання та використовувати власну енергію для продуктивної життєдіяльності [38, с. 87].

Вченими доведено, що добрі справи та висловлювання вдячності має прямий вплив на відчуття задоволення в людини. Більше того, вчені дослідили, що такі відчуття покращують роботу імунної системи. Позитивні почуття від того, що людина була доброю до когось мають здатність змінювати негативні думки, підвищувати впевненість [38, с. 93].

Даний етап роботи передбачає проведення відповідної вправи:

**Вправа вдячності:** Сісти зручно, зробити глибокий, повільний вдих та видих, заплющити очі, якщо це комфортно для людини. Подумки пригадати 5 осіб. За що воїн можете бути їм вдячним? Намагатись конкретизувати якомога більше того, що ці люди зробили для воїна або ким вони є у його житті. Сфокусуватись на позитивних моментах та подумки висловити їм подяку. Спробувати почати з фрази «Я тобі вдячний(а) за...». Звернути увагу на особисті почуття. На те, як тепла хвиля піднімається десь всередині

людини та поступово розростається, як тепло вдячності наповнює тіло, аж до кінчиків пальців [38, с. 115].

Для найсміливіших, можна запропонувати написати лист та особисто передати його людині якій він адресований.

Вважається, що добрі справи мають робитись без очікування чогось навзаєм. Вибір бути добрішим це особистий вибір людини, який вона робить в першу чергу для себе. Звернути увагу воїна на те, що не потрібно допомагати тим, хто не хоче допомоги [38, с. 117].

### ***Вправа "Колесо життєвого балансу":***

Запропонована вправа виконується за допомогою **Рисунку Г.2.** Вона дає змогу поглянути людині на себе трохи з іншого боку. Більш цілісно, звернути увагу на різні сфери життя та відкрити можливості для розвитку. Відомо, що колесо ототожнюється з гармонією, спокоєм, балансом. Тому саме цей образ застосовано в практиці [38, с. 82].

Для виконання вправи, пропонується взяти аркуш білого паперу та зробити в середині крапку, а потім провести 8 променів від неї. Так, щоб можна було утворити 8 рівних секторів. Приблизно, як на малюнку нижче. Підписати кожен сектор, або позначити так, щоб воїну було зрозуміло.

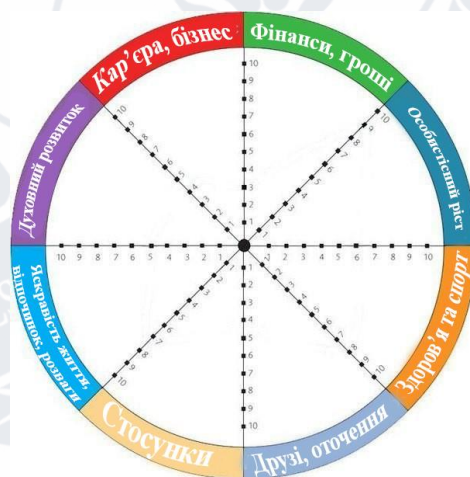


Рисунок Г.2 Колесо життєвого балансу

Найбільш розповсюдженими варіантами підпису є:

**Здоров'я:** самопочуття, зовнішній вигляд, рухливість, активність, енергія, настрій, бадьорість, харчування, режим, спорт, сон.

**Фінанси:** Доходи, витрати, умови життя, забезпеченість, борги,



інвестиції, додаткові джерела доходу.

Кар'єра: робота, покликання, бізнес, професія, зайнятість, соціальний статус, перспективи.

Особистісний ріст: навчання, самовдосконалення, тренінги, книги, курси.

Духовний розвиток: віра, творчість, мистецтво.

Оточення: рідні, колеги, партнери, сусіди, опоненти, друзі.

Яскравість життя: розвага, відпочинок, хобі, подорож, враження.

Стосунки: сім'я, дружба, любов, секс, спілкування.

Крапка в центрі - це точка відліку, нуль, початок. Остання поділлка 10 - є максимальною [38, с. 82-84].

Учаснику бойових дій пропонується прислухатись до себе, на якій відмітці він себе відчуває та якою є ступінь його/її задоволеності. Зробити позначку у кожному секторі. При цьому бути відвертим із собою і пам'ятати, що перша відповідь, яка спала на думку, швидше за все і є вірною [38, с. 85].

Вправу можна виконувати оцінюючи задоволеність на даний момент і те, як хотілось би відчувати себе, скажімо, через рік. Достатньо заштрихувати сектори різним кольором [38, с. 85].

Колесо, як ми вже писали вище є образ гармонії. І щоб досягти її потрібні певні зміни в житті. Заштрихувавши певні зони людина може звернути увагу на те, які саме сфери потребують доопрацювання, щоб отримати в результаті гармонійне коло.

Отже, після опрацювання колеса запропоновано закінчити речення наступною фразою: «Дивлячись на Колесо мого Життя, я думаю, що мені варто...» та запитує військового відносно того, що він/вона може додати у цю фразу щоб зробити власне життя більш насиченим, гармонійним і збалансованим? У якому напрямку далі рухатись? Які специфічні сфери життя потребують більшої уваги і яким чином можна досягти в них результатів? Що може зробити в найближчі дні, щоб досягти цієї мети? [38, с. 86].

## 6. Багато стосунку та підтримки

Протягом усієї роботи учасникам бойових дій важливо демонструвати взаємодію “рівний-рівному”; проявляти емпатію замість жалості; давати впевненість в тому, що вона/він спроможний впоратись й в нього/неї є для цього абсолютно все [23, с. 132].

Продемонстровано зацікавленість в людині як в особі, яка викликає повагу та має внутрішні сили пройти цей шлях. Тобто важливо протягом усієї роботи застосування салютогенного підходу замість патогенного [23, с. 134].

Допомога воїнам не вичерпується тільки психологічною підтримкою. Може бути, що людина в процесі консультування чітко прояснить свої потреби й бажання і для їх вирішення можна буде залучити ще якісь служби чи організації. Така увага може сприяти зниженню напруги, розумінню ситуації, розширенню бачення, підвищити спроможність висловлювати свої думки чітко, ясно, коротко та зрозуміло для інших. На кожному етапі роботи психологу необхідно підкреслювати важливість комунікації та завдяки психоедукації дати учаснику бойових дій зрозуміти, що кожен одне й те саме речення чує по-різному. Тому важливо усім сторонам комунікативного процесу розвивати навичку прояснення, уточнення, здатність ставити короткі та зрозумілі запитання для розуміння того, чи вірно його почула інша людина [23, с. 137] .

Створення довірливих стосунків може допомогти в задоволенні нагальних потреб людини, а як результат покращення ментального здоров'я та якості життя.