

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Психолого-педагогічний факультет
Кафедра практичної психології

«Допущено до захисту»

В.о. завідувача кафедри

_____ Чаркіна О.А.

« ____ » _____ 2024 р.

Реєстраційний № _____

« ____ » _____ 2024р.

СКЛАДОВІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ – УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Кваліфікаційна робота студента

групи ПП-20

ступінь вищої освіти бакалавр

спеціальності 053 Психологія

Пономаренка Романа Джонійовича

Керівник канд.психол.наук, старш. викл.

кафедри практичної психології

Сошина Ю.М.

Оцінка:

Національна шкала _____

Шкала ECTS ____ Кількість балів ____

Голова ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

Члени ЕК _____

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

(підпис) (прізвище, ініціали)

Кривий Ріг – 2024

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, **Пономаренко Роман Джонійович**, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно, не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавав(ла) і не одержував(ла) недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело. Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомлений(а). Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

ЗМІСТ

ЗМІСТ.....	3
ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	6
1.1. Поняття психологічної реабілітації та її типи	6
1.2. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій	14
1.3. Фактори, що впливають на ефективність психологічної реабілітації військовослужбовців.....	23
1.4. Методи і техніки психологічної реабілітації	33
Висновки до 1 розділу	38
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	40
2.1. Організація та методи дослідження	40
2.2. Аналіз результатів дослідження психологічного стану військовослужбовців.....	44
2.3. Розробка програми тренінгу психологічної декомпресії військовослужбовців.....	47
Висновки до 2 розділу	60
ВИСНОВКИ.....	61
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	64
ДОДАТКИ	73

ВСТУП

Актуальність. Психологічно «травма» означає досвід, який є емоційно болісним, тривожним або шокуючим, і який часто має довгострокові негативні психічні та фізичні (включаючи неврологічні) наслідки. Вважається, що подія викликає травматичну реакцію, коли стрес, спричинений цією подією, переважає психологічну здатність людини впоратися [59; 62].

Те, що може бути травмуючою, руйнівною для однієї людини подією, може мати мінімальний вплив на іншу. Така диференційована реакція ґрунтується на багатьох факторах, включаючи вік людини, гендерну ідентичність, преморбідну силу его, попередній травматичний досвід, хронічність травми, сімейну історію травми, поточні життєві стреси, соціальну підтримку, а також культурні, релігійні особливості людини або духовне ставлення до нещастя [45].

Психологічна реабілітація військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, проводиться разом з медичною та соціальною реабілітацією і є складним та активним процесом, який спрямований на відновлення психічного здоров'я військовослужбовця, щоб він міг успішно реалізувати свій фізичний та психічний потенціал у вирішенні бойових і службових завдань. Імовірність негативних психологічних наслідків по завершенню дії бойових факторів вища у тому випадку, якщо військовослужбовці пережили досить сильний бойовий стрес.

Саме тому дослідження складових психологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій залишається актуальним та перспективним.

Мета дослідження: визначення особливостей психологічної реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях

Завдання дослідження: аналіз проблеми психологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій; визначення психологічні наслідків участі у бойових діях для військовослужбовців, такі як посттравматичний стресовий розлад, тривожність, депресія, суїцидальність тощо, розробка програми тренінгу для психологічної декомпресії військовослужбовців;

Об'єкт дослідження: психологічна реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій.

Предмет дослідження: особливості психологічної реабілітації військовослужбовців.

Методи дослідження: на підготовчому етапі було використано теоретичні методи – аналіз та узагальнення психологічної літератури; для отримання емпіричних даних були використані психодіагностичні методи –PHQ-9; Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант); Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу; для кількісного та якісного аналізу результатів дослідження використовувалися методи математичної та статистичної обробки.

Структура і обсяг роботи: робота складається зі вступу, двох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (74 позиції), додатків. Загальний обсяг роботи становить 59 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Поняття психологічної реабілітації та її типи

Мета психологічної реабілітації полягає в тому, щоб допомогти людям із стійкими та серйозними психічними захворюваннями розвинути емоційні, соціальні та інтелектуальні навички, необхідні для життя, навчання та роботи в суспільстві з найменшою професійною підтримкою. Хоча психологічна реабілітація не заперечує існування чи впливу психічних захворювань, реабілітаційна практика змінила сприйняття хвороб. Надання людям із стійкими та серйозними психічними захворюваннями можливості жити нормальним життям у суспільстві спричиняє зміщення уваги від моделі хвороби до моделі функціональної інвалідності [32].

Загальна філософія психологічної реабілітації при психічних розладах складається з двох стратегій втручання. Перша стратегія орієнтована на особистість і спрямована на розвиток навичок пацієнта щодо взаємодії зі стресовим середовищем. Друга стратегія є екологічною та спрямована на розвиток ресурсів навколишнього середовища для зменшення потенційних стресорів. Більшість людей з обмеженими можливостями потребують поєднання обох підходів.

Відправною точкою для адекватного розуміння реабілітації є те, що вона стосується окремої людини в контексті її чи її специфічного середовища. Регулярно проводиться психологічна реабілітація в умовах реального життя. Таким чином, реабілітологи повинні брати до уваги реалістичні життєві обставини, з якими постраждала особа може зіткнутися у своєму повсякденному житті [33].

Другим необхідним кроком є допомога у визначенні особистих цілей. Це не процес, коли ці люди просто перераховують свої потреби. Мотиваційні інтерв'ю забезпечують більш витончений підхід до визначення особистих витрат і переваг, а також відповідно до перерахованих потреб. Це також робить необхідним оцінити готовність пацієнтів до змін [56].

Згодом процес планування реабілітації зосереджується на сильних сторонах пацієнта. Незалежно від ступеня психопатології даного пацієнта, практикуючий психолог повинен працювати з «здоровою частиною его», оскільки завжди існує неушкоджена частина его, на яку можна спрямувати зусилля з лікування та реабілітації. Це призводить до тісно пов'язаної концепції: мета повернути надію людям, які зазнали серйозних невдач у самооцінці через свою хворобу.

Психологічна реабілітація не може бути нав'язана. Навпаки, психологічна реабілітація зосереджується на правах людини як шанованого партнера та підтримує її або її участь і самовизначення щодо всіх аспектів процесу лікування та реабілітації. Ці реабілітаційні цінності також включені в концепцію відновлення [43]. У рамках концепції одужання терапевтичний альянс відіграє вирішальну роль у залученні пацієнта до його чи її власного планування догляду [64]. Важливо, щоб пацієнт міг покластися на розуміння та довіру свого психолога, оскільки більшість хронічно психічно хворих та людей з обмеженими можливостями втрачають близькі, інтимні та стабільні стосунки під час хвороби [34]. Нещодавні дослідження показали, що соціальна підтримка пов'язана з одужанням від хронічних захворювань, більшою задоволеністю життям і покращеною здатністю долати життєві стреси [66]. Corrigan та інші [40] виявили, що найважливішим фактором, який сприяє одужанню, є підтримка однолітків.

Люди з психічними розладами та особи, які за ними доглядають, воліють бачити себе споживачами психологічних послуг з активним інтересом до вивчення психічних розладів і вибору відповідних підходів до лікування. Консьюмеризм дозволяє сприймати точку зору постраждалих людей і серйозно розглядати шляхи дій, які мають значення для них.

Як правило, люди з психічними розладами, як правило, мають ті самі життєві прагнення, що й люди без обмежень у своєму суспільстві чи культурі. Вони хочуть, щоб їх поважали як автономних особистостей і вели якомога нормальне життя. Таким чином, вони здебільшого бажають:

- 1) власного житла;
- 2) адекватної освіти та значущої трудової кар'єри;
- 3) задовільних соціальних та інтимних стосунків;
- 4) повноправної участі в суспільному житті.

Сприятливий вплив роботи на психічне здоров'я відомий протягом століть. Тому професійна реабілітація була ключовим елементом психологічної реабілітації з самого початку. Професійна реабілітація базується на припущенні, що робота не тільки покращує активність, соціальні контакти тощо, але також може сприяти здобуткам у суміжних сферах, таких як самооцінка та якість життя, оскільки робота та зайнятість є кроком убік від залежності та крок до інтеграції в суспільство. Підвищена самооцінка, у свою чергу, покращується ставлення до реабілітації [58].

Програми професійної реабілітації в суспільстві передбачають серію кроків для сприяння вступу на роботу або повторному вступу. Для людей використовуються короткі та цілеспрямовані методики, щоб навчити, як вони можуть знайти роботу, заповнити заявки та провести співбесіди при працевлаштуванні [49]. Під час перехідної зайнятості надається тимчасове робоче середовище для навчання професійним навичкам, що повинно дозволити постраждалій особі перейти до конкурентоспроможної роботи. Але надто часто розрив між перехідною та конкурентною зайнятістю є настільки великим, що люди залишаються на тимчасовій роботі.

В останні роки навчання соціальним навичкам у психологічній реабілітації стало дуже популярним і широко поширене. Найвидатнішим прихильником навчання навичкам є Роберт Ліberman, який із середини 1970-х років розробив систематичне та структуроване навчання навичкам. Ліberman і його колеги розмістили навчання навичкам у формі модулів з різними темами. Модулі зосереджені на управлінні симптомами, зловживанням психоактивними речовинами, базовими навичками спілкування, вирішенням міжособистісних проблем, дружбою та інтимністю, відпочинком та дозвіллям, входженням (повторним) в громаду та залученням сім'ї. Кожен модуль складається з областей навичок. Области навичок викладаються у вправах із демонстраційними відео, рольовими іграми та вправами з вирішення проблем, а також у природних умовах та домашніх завданнях [55].

Ефективна психологічна реабілітація потребує індивідуального та спеціалізованого лікування, яке має бути включене в комплексну та скоординовану систему реабілітаційних послуг.

Під час розробки систем підтримки громади стало очевидно, що існує потреба координувати та інтегрувати надані послуги, оскільки кожна з них залучала про професійний зосереджується на різних аспектах того самого пацієнта. Таким чином, як ключовий координуючий та інтегруючий механізм, виникла концепція кейс-менеджменту (КМ). КМ зосереджується на всіх аспектах фізичного та соціального середовища. Основними елементами КМ є оцінка потреб пацієнтів, розробка комплексних планів обслуговування пацієнтів та організація надання послуг [67].

Психологічна реабілітація за своєю природою є мультидисциплінарною через велику кількість необхідних компетенцій [54]. Контроль симптомів не обов'язково має найвищий пріоритет, оскільки деякі побічні ефекти фармакологічного лікування можуть послабити здатність людини виконувати свої соціальні ролі та погіршити професійну реабілітацію.

Програма реабілітації, незалежно від особливостей реабілітаційного центру та специфіки проблем учасників програм реабілітації, має бути не менше 3 місяців та включати послідовні періоди та етапи. Як правило, найбільш ефективні вітчизняні програми психологічної реабілітації складаються з 4 етапів (передреабілітаційного, реабілітаційного, ресоціалізаційного та амбулаторного). У свою чергу, етапи поділяються на періоди. Так, передреабілітаційний етап складається з інформаційного періоду (за перші 1-2 тижні персонал центру встановлює контакт з пацієнтом та його сім'єю, інформує про діяльність реабілітаційного центру та його програму; здійснюються заходи щодо формування мотивації пацієнта на самостійне прийняття рішення про проходження реабілітації в центрі) та мотиваційного періоду (протягом 2-4 тижнів учасники реабілітації знайомляться з правилами, розпорядком дня, основними принципами реабілітації, а також мотивуються для свідомого рішення про перебування у центрі).

Реабілітаційний етап складається з адаптаційного періоду (1,5 місяця відводиться на зміцнення прийнятого рішення за допомогою смирення та слухняності щодо персоналу та реабілітаційної групи, навчання новим необхідним поведінковим та комунікаційним навичкам), інтеграційного періоду (2-3 місяці – відбувається поступова інтеграція пацієнта у програму реабілітації, в режим роботи центру; пацієнт засвоює та інтеріоризує відповідні норми та правила, установки реабілітаційної програми, просувається по «ієрархічних сходах», забезпечується активна участь пацієнта в груповій терапії та трудових процесах, підвищується рівень психофізичної регуляції – зрештою адекватної поведінки у конфліктних ситуаціях, формуються умови та внутрішні стимули для загального розвитку, збалансованості особистості, закріплюються навички протистояння хвороби) та стабілізаційного періоду (за 3 місяці пацієнт переводить свій індивідуальний план реабілітації в цілісний план життя, готується до формального завершення реабілітаційної програми, відносини пацієнта з програмою переходять більш високий рівень, взаємодія з персоналом – до рівня «дорослого»).

Етап ресоціалізації ділиться на 2 стадії, кожна з яких триває 3 місяці. На першій стадії відбувається професійне самовизначення пацієнта, формується план його подальшої трудової діяльності, а також формуються можливості та умови для самостійного життя на самостійно зароблені кошти, будуються контакти та взаємини з людьми з середовища, не пов'язаного з військовими діями, багато пацієнтів стають волонтерами у реабілітаційному центрі. На другій стадії пацієнт активно готується до виписки із центру, намагається реалізувати свої плани на життя та працевлаштування. Наскільки успішно відбувається здійснення його власних планів, пацієнт може проаналізувати, відвідуючи групи само- та взаємодопомоги, групи амбулаторного постреабілітаційного супроводу. У групі пацієнт може опрацьовувати конкретні помічені їм проблеми, обмеження, бар'єри тощо.

Завершує реабілітаційний процес амбулаторний постреабілітаційний етап, заходи якого в кожному окремому випадку визначаються суто індивідуально та залежать від рівня реабілітаційного потенціалу пацієнта, його особистісних особливостей та рівня мотиваційної можливостей і т. п. Даний етап включає закріплення під час реінтеграції в суспільство отриманих в процесі реабілітації навичок, поведінкових реакцій і установок, а також профілактику рецидивів.

В процесі формування залежності у пацієнтів спостерігаються такі патопсихологічні синдроми: зниження соціально-психологічного функціонування, психологічна дезадаптація, порушення сфери смисложиттєвих орієнтацій, порушення значущих відносин особистості (до себе, до інших, до психотерапії), макіавелізм особистості, порушення емпатійних відносин, порушення вольового самоконтролю, порушення збалансованості тимчасової перспективи.

Виходячи з цього, на кожному етапі психологічної реабілітації має бути здійснено психодіагностичне тестування наявності/відсутності зміни даних психологічних показників, оскільки утримання від прийому психоактивних речовин є важливим, але не єдиним критерієм успішної реабілітації. Як основні критерії ефективності реабілітаційної програми виступають такі показники:

- завершення повного курсу реабілітації (утримання в програмі);
- формування пацієнтами адекватної самооцінки;
- набуття навичок профілактики рецидивів ПТСР;
- прийняття ідеї абстиненції та ведення здорового способу життя;
- активізація позитивних життєвих поглядів та уявлень;
- подолання егоцентризму та вироблення активної життєвої позиції;
- подолання почуття «неповноцінності»;
- участь у волонтерській допомозі;
- набуття та реалізація нових трудових навичок;
- розширення кола знайомих і прийняття позитивного досвіду інших людей.

1.2. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій

Травматичні події передбачають зіткнення з війною, насильством, катастрофами, раптовою втратою, серйозною хворобою та іншими приголомшливими та тривожними подіями. Згідно з психологічними класифікаціями (Міжнародної класифікації хвороб Всесвітньої організації охорони здоров'я (МКБ-11) та Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів, п'яте видання (DSM-5)), травматична подія визначається як вплив таких подій: смерть, загроза смерті, реальне або загрозливе серйозне ушкодження або фактичне або загрозливе сексуальне насильство [31; 73].

Феноменологічно така подія може характеризуватися надзвичайним відчуттям безсилля, а також руйнуванням переконань і очікувань. Особа втратила контроль над ситуацією і значною мірою стала жертвою обставин та/або інших людей (тобто кривдника). Почуття невразливості, уявлення про доброзичливість світу, уявлення про те, що іншим людям можна довіряти, спустошені. Очевидна достовірність життя зникла. Уявлення про себе та навколишнє середовище більше не відповідають новій ситуації [50].

Вплив травматичних подій не є рідкістю, як постійно виявляють епідеміологічні дослідження. Всесвітнє дослідження психічного здоров'я дорослих було проведено серед майже 70 000 учасників із 24 країн із низьким економічним статусом [51]. Ці дані показали, що колись у своєму житті 70,4% респондентів пережили принаймні один вид травматичної події. Конкретні показники були такими: 14% зазнали насильства з боку інтимного партнера або сексуального насильства, 34,3% – нещасних випадків або травм, 22,9% – фізичного насильства, 13,1% – подій, пов'язаних з війною, 34,1% – несподіваної або травматичної смерті близької людини, а 35,7% – зазнали травм, що трапилося з близькими (наприклад, важка хвороба дитини).

Поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) сьогодні настільки часто використовується, що воно домінує у більшості думок про наслідки насильства, катастрофи та перебування в біженстві.

Діагноз посттравматичний стресовий розлад безпосередньо пов'язаний із переживанням або спостереженням за травматичною подією, такою як стихійне лихо, серйозна аварія, терористичний акт, війна/бойові дії, зґвалтування чи інший насильницький напад. Відповідно до DSM-5 [31], ПТСР складається з чотирьох категорій симптомів. Повторне переживання травматичної події проявляється в таких симптомах, як нав'язливі спогади, тривожні сни, спогади, або дистрес або фізіологічні реакції на вплив сигналів травми. Інші категорії включають симптоми уникнення нагадувань про травму, зміни в спогадах або настрої, пов'язані з травмою, і, нарешті, чіткі зміни у фізіологічному збудженні та реактивності [36].

Щодо точки зору суспільного психічного здоров'я, дуже важливо розуміти, що у більшості людей, які зазнали серйозних подій, розлади не розвиваються. Однак це не означає, що вони не страждатимуть від симптомів і труднощів. Більшість людей відчуватимуть такі реакції, як кошмари, реакції здивування та заціпеніння [52].

Хоча DSM-5 визнає можливість виникнення гострого стресового розладу (ГСО) у перші дні після події, діагнозу, який збігається з ПТСР, цей діагноз зрідка використовується в клінічній практиці та дослідженнях. Пацієнти з ГСР зазвичай повідомляють про заціпеніння, проблеми з пам'яттю, сном і концентрацією, дратівливість, страхи або занепокоєння та часто повторюють події. Корисність гострого стресового розладу як класифікації викликає суперечки в літературі [38]. Різниця між нормальною реакцією на серйозну життєву подію та посттравматичним стресовим синдромом, окрім критерію часу (ГСР можна використовувати лише для розладів у перші 4 тижні після переживання), ще не підтверджена належним чином.

Насильство, катастрофи, аварії та війни також є стресовими подіями для суспільства. Отже, вплив травматичних подій виходить за межі тих, хто безпосередньо зазнає впливу події, і впливає на близькі стосунки, соціальне середовище та суспільство в цілому. Виявлення того, що у більшості людей, які стикаються з екстремальними життєвими подіями, не розвиваються такі розлади, як посттравматичний стресовий розлад, викликало інтерес до феномену стійкості. Ця концепція широко використовується в останні роки в науковому та клінічному світі. Стійкість передбачає позитивну адаптацію до обставин перед обличчям значних труднощів [57]. Також стійкість можна розглядати як якість, особисту рису, процес і результат. У той час як, наприклад, деякі дослідники сприймають стійкість як множинно детермінований процес розвитку, який не є фіксованим, інші використовують показники стійкості рис, що сприяє припущенню, що стійкість є атрибутом особистості [69].

Для громадських ініціатив у сфері охорони психічного здоров'я важливо усвідомлювати, з одного боку, важливість стійкості постраждалих людей, а з іншого – також той факт, що розлади можуть тривати дуже довго. Труднощі не завжди зникають з часом. Іноді вони можуть тривати дуже довго. У Всесвітньому дослідженні психічного здоров'я [51] також було виявлено, що симптоми посттравматичного стресового розладу зазвичай були досить стійкими.

Ці результати підкреслюють довгострокові наслідки травматичного досвіду. Цей висновок також актуальний для багатьох біженців, які мігрували до Європи в останні роки. У галузі психотравматології тривають дискусії щодо того, наскільки діагностичні критерії ПТСР адекватно охоплюють посттравматичну симптоматику, яку відчують особи, які зазнали тривалих, повторюваних та міжособистісних травматичних подій, таких як випадки домашнього насильства, війни і катування [71]. Ця симптоматика є більш складною, серйознішою та інвазивнішою, ніж та, що фіксується класичним діагнозом ПТСР. Цей прояв психопатології називають складним ПТСР (СПТСР).

Психологічна реабілітація військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, проводиться разом з медичною та соціальною реабілітацією і є складним та активним процесом, який спрямований на відновлення психічного здоров'я військовослужбовця, щоб він міг успішно реалізувати свій фізичний та психічний потенціал у вирішенні бойових і службових завдань. Імовірність негативних психологічних наслідків по завершенню дії бойових факторів вища у тому випадку, якщо військовослужбовці пережили досить сильний бойовий стрес. Несприятливі психологічні наслідки бойового стресу високої інтенсивності, які надали травмуючий вплив на психіку учасників воєнних дій, ускладнюють післявоєнну адаптацію військовослужбовців. На субклінічному рівні несприятливі психологічні наслідки бойового стресу, які надали травмуючий вплив на учасників бойових дій, можуть виражатися в нав'язливих спогадах, переживаннях, відчуттях, які нагадують ситуації бойових зіткнень, що травмували психіку індивіда. Дані спогади з'являються раптово і справляють досить сильне враження на військовослужбовців тим, що мають високу схожість з подіями, які переживалися реально. У моменти таких спогадів учасники бойових дій можуть переживати різке зниження працездатності та продуктивності діяльності, може спостерігатися зниження дієвості самовладання та саморегуляції [2].

У військовослужбовців, які брали участь у бойових зіткненнях і пережили бойовий стрес, змінюються принципи та життєва перспектива. Поведінка індивіда може бути мотивована і впорядкована цінностями, але це впорядкування не відбивається у свідомості людини. Формування мотивів відбувається у процесі онтогенезу у вигляді щодо стійких оцінних відносин особистості до довкілля. Кожна людина відрізняється окремим виразом тих чи інших мотивів, які можуть відрізнитися за характером та силою. У певний момент поведінка індивіда може бути мотивовано дієвим мотивом, тобто найвищим із усіх, за допомогою якого у конкретній ситуації можна досягти необхідну мету. Даний мотив буде зберігати статус «дієвого» до тих пір, поки мета не буде досягнута або поки дієвим не стане інший мотив під впливом умов, що змінилися.

Процес психологічної допомоги учасникам військових дій може відбуватися як індивідуально, так і в групі, сім'ї, колективі, який складається з невеликих груп по 11-13 осіб. Під час психологічної допомоги військовослужбовцям, які пережили бойовий стрес, можуть бути використані різні психотерапевтичні методи та техніки, які були розроблені в когнітивній, поведінковій, гештальт-терапії особистісно-орієнтованої, тілесно-орієнтованої терапії, логотерапії та терапії мистецтвом. Таким чином, методи і техніки, які застосовуються під час психологічної реабілітації, спрямовані на допомогу учасникам бойових дій у розумінні та прийнятті події, що є підставою для їх актуального психічного стану. Психологічна реабілітація спрямована не тільки на усвідомлення військовослужбовцями того, що сталося, прийнятті його як частини їхнього життєвого досвіду, а й на вдосконаленні власної поведінки, яка потрібна для того, щоб справлятися з негативними психологічними наслідками та адаптуватися до умов життєдіяльності [4].

Коли військовослужбовці повертаються у мирну обстановку, вони модернізуються потреби, які мають універсальний характер, але в даній ситуації вони матимуть винятковий рівень прояву. По-перше, більшість учасників військових дій має досить яскраве бажання бути зрозумілим оточуючими. Вони хочуть отримувати від тих, що оточують реакцію, яка підтверджувала б, що їхня участь у бойових діях морально виправдана і соціально корисна. По-друге, військовослужбовці, за результатами психологічних досліджень, мають високу потребу бути соціально визнаними. Таке бажання набуває особливої цінності і є природним – учасники бойових дій хочуть почуватися особистістю, отримувати високу оцінку в оточуючих своїх дій. По-третє, військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, хочуть бути прийнятими в соціальні відносини мирного життя, проте з більш високим соціальним статусом порівняно з тим, що був до участі в бойових зіткненнях. Цей факт можна пояснити тим, що діяльність, яку вони здійснювали «там», більш значуща, ніж та, якою займаються військовослужбовці на постійному місці служби. Саме тому військовослужбовці, які брали участь у бойових сутичках, чекають особливого ставлення до себе з боку оточуючих. По-четверте, учасникам бойових дій після повернення у мирне життя буває важко звикнути до того факту, що оточуючі не помітили їх відсутності, а в країні, армії не відбулося якихось змін, поки вони ризикували своїм життям. Також у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, може бути викликаний стан психічного шоку і відчуття ворожості оточення через те, що їм здається, що суспільство має розділяти їхні погляди на цілі, характер і способи ведення військових дій, проте насправді це не так. По-п'яте, важливою психологічною характеристикою учасників бойових зіткнень є ослаблення порога чутливості до соціальних впливів. Військовослужбовці стають більш вразливими стосовно будь-яких впливів із боку суспільства.

Основними факторами деформації та змін ідентифікувати типи Я-концепцій інвалідів – «Творча», «Руйнівна», «Застрягла», «Споживча». «Творча» Я-концепція спрямовано реалізацію ідей досягнення цілей, вкладених у майбутнє. Дана Я-концепція може бути виражена в наступних висловлюваннях: «я буду викладачем», «я стану батьком, чоловіком». Завдяки «Творчій» Я-концепції відбувається формування своєї життєвої перспективи та особистості у військовослужбовця. Вектором «Споживчої» Я-концепції є майбутнє і сьогодення, проте переважає пасивний характер спрямованості. Військовослужбовець з даною Я-концепцією чекає, що суспільство відшкодує йому втрату, він сподівається, що соціальне оточення гідно оцінить його жертвність (виражене в таких фразах, як «мені належить», «знову не дадуть», «я отримаю»). «Руйнівна» Я-концепція в учасників бойових дій має вектор у військове минуле. Дана Я-концепція постійно спрямовує людини у минуле, яке він визнає цінним («найкращим, що було в житті»), правильним, значущим. «Застрягла» Я-концепція націлена в минуле, а також характеризується відмовою від справжнього. Військовослужбовець постійно згадує, «яким щасливим було минуле», переживає травму. Людина віддалена від реальності. Я-ідеальному характерно присутність почуття «провини вцілілого» – військовослужбовець досить часто переживає спогади про те, «як раніше все було краще» [6].

1.3. Фактори, що впливають на ефективність психологічної реабілітації військовослужбовців

Існує багато різних видів травм, починаючи від того, що Ф. Шапіро, ініціатор підходу до лікування десенсибілізації рухів очей (EMDR) [68], великі та малі травми, останні також називають «мікротравмами». Великі травми можуть вплинути на окремих осіб, сім'ї, групи та спільноти та включати природні катаклізми, такі як урагани, повені, лісові пожежі або ядерні катастрофи, а також катастрофи, спричинені людиною, такі як смертельні автомобільні аварії, індивідуальне та масове насильство та інші одноразові травматичні події. Великі травми також можуть включати «комплексні травми» або розладами надзвичайного стресу (DESNOS – розлади надзвичайного стресу) – травми, які включають події тривалої тривалості або численних травматичних подій [72]. Складні травми також називають травмою типу II, що включають постійне міжособистісне насильство, фізичне або сексуальне насильство над дітьми протягом кількох років, безкінечні війни або постійні терористичні акти.

Невеликі або мікротравми є найбільш поширеними травмами, з якими стикаються багато людей. У той час як великі травми легко ідентифікувати, багато мікротравм, таких як знущання в школі чи на робочому місці, переслідування з боку когось, життя у важких умовах, бідність, народження дитини або особиста дискримінація через расу, релігію, гендерну приналежність чи сексуальну орієнтацію часто залишається невизнаною. Проте ці мікротравми все ще можуть спричинити сильний психічний біль і завдати шкоди на все життя [30; 48; 70].

Нещодавнє визнання того, що травматичні реакції можуть виникати в результаті реакції на події, відмінні від війни, такі як сексуальне насильство, жорстоке поводження з дітьми, домашнє насильство та нещасні випадки, зробило посттравматичний стресовий розлад широко визнаним розладом у всьому світі [72]. Важливість посттравматичного стресового розладу як діагностичної категорії відображено в DSM-5 [31], де посттравматичний стресовий розлад і пов'язані з ним стани більше не перераховуються в розділі «Тривожні розлади» або «Розлади адаптації», як раніше, а розташовані в окремому розділі під назвою «Розлади, пов'язані з травмами та стресовими факторами».

Хоча досвід травми є звичайним явищем, діагноз ПТСР зустрічається відносно рідко. Приблизний рівень поширеності ПТСР протягом життя в США коливається від 6 до 12%, що становить у середньому близько 9% населення [31]. Однак початкові показники поширеності серед військовослужбовців на дійсній службі, які зазнали воєнних умов, і серед тих, хто пережив масову травму, може досягати 30% і більше [42]. Нещодавні дослідження, проведені в США, засвідчують вищі показники ПТСР серед афроамериканців, латиноамериканців та американських індіанців, ніж серед білого чи азійського населення [31]. Вважається, що міжнародні річні показники поширеності дещо нижчі, ніж у США [53], хоча дослідження в районах із триваючим конфліктом, наприклад в Ізраїлі та на палестинських територіях, вказують на показники, які подібні до тих у США серед осіб, які були або все ще зазнають бойових дій [41].

Також травма має різний вплив залежно від віку, статі та психосоціальних факторів.

Як визнається в діагностичному та статистичному посібнику DSM-5 [31], хоча травма має глибокий вплив на всіх людей, її вплив на маленьких дітей унікальний і особливо згубний. Мільйони дітей у всьому світі наразі зростають у травматичному середовищі – вони зазнають сексуального та фізичного насильства вдома, знущань у школі та травмовані у своїх громадах [44]. Багатьом не вистачає достатньої їжі та жила, а деякі живуть у небезпечних громадах і зонах бойових дій, стаючи свідками насильства, яке відбувається над друзями та родиною, включаючи зґвалтування, тортури та вбивства. Нині вважається, що наслідки впливу травми впливають на немовля ще до народження.

Дослідження виявили, що дорослі чоловіки та жінки дуже по-різному переживають травму з дещо різними наслідками [65]. Наприклад, у той час як чоловіки мають набагато більшу ймовірність отримати травму, у жінок більша ймовірність розвитку ПТСР [31]: на кожного травмованого чоловіка три жінки мають рівень поширеності ПТСР протягом життя [45]. Крім того, чоловіки вдвічі частіше, ніж жінки, зазнають травми через фізичне насильство, а жінки в п'ятнадцять разів частіше розвинули посттравматичний стресовий розлад [74].

Здійснюючи довгі дослідження молоді, автори виявили [35; 37; 39], що ті молоді люди, які, будучи дорослими, змогли досягти задовільного життя, незважаючи на жахливе дитинство, відображали три загальні характеристики:

1. Віра в те, що людина може впливати на своє оточення (самоефективність),
2. Здатність керувати своїми думками та почуттями (когнітивно-поведінкові навички).
3. Здатність формувати турботливі стосунки.

Важливо відзначити, що ця травмована, але стійка молодь не показала нормативного розвитку. Їхнє життя було нелегким; вони робили, здавалося б, нерозумний вибір і часто потрапляли в соціальні та юридичні проблеми. Однак їх характерною рисою була здатність вчитися на досвіді. Автори зазначають, що стійкість не полягає ні в компетенції, ні в стосунках; вона полягає в розвитку компетенції або стосунків там, де їх раніше не існувало [46]. Саме здатність вчитися на своєму травматичному досвіді та досягати того, що зараз називають посттравматичним зростанням, є кінцевою метою ефективного лікування травми.

Термін «стрес» у сучасній психологічній літературі вживається для позначення стану людини в екстремальних умовах на біохімічному, біологічному, психологічному рівнях [9; 24].

У подальшому вивченні особливостей стресових станів та стресостійкості на психологічному рівні займалися такі українські дослідники, як О. К. Кравцова, М. Г. Ткалич, Т. В. Зайчикова, В. О. Татенко, В. М. Крайнюк, С. В. Солдатов, С. Д. Максименко, Л. М. Карамушка, А. П. Поплавська та інші [15].

Хоча різні ситуації, як правило, викликають різні моделі реакцій на стрес, існують також індивідуальні відмінності в реакціях на стрес на ту саму ситуацію. Ця тенденція демонструвати особливу модель стресових реакцій на різноманітні стресори називається «стереотипом відповіді». У різних ситуаціях деякі люди схильні виявляти реакції на стрес, пов'язані з активним подоланням, тоді як інші, як правило, виявляють реакції на стрес, більш пов'язані з відразливою пильністю [3; 22].

Канадський фізіолог Ганс Сельє ввів термін «стрес» для позначення неспецифічної реакції організму. На побутовому рівні стресом часто називають відповідь на будь-який надсильний вплив. Теорія стресу, запропонована Г. Сельє, може бути узагальнена у чотирьох положеннях. Усі біологічні організми мають вроджені механізми підтримки внутрішньої рівноваги (гомеостаз). Стресори (сильні зовнішні подразники) порушують його. Переважними стрес-факторами є психологічні фактори (професійні та сімейні конфліктні взаємини) [9].

На думку Г. Сельє, стрес (загальний адаптаційний синдром) – це неспецифічна реакція організму у відповідь на будь-який несприятливий вплив. Тобто, це комплекс змін, які відбуваються в організмі у разі небезпеки: різко збільшується рівень адреналіну в крові, підвищується тиск, частішає пульс, кровоносні судини розширюються, зростає інтенсивність діяльності мозку та м'язового апарату, пригнічується почуття голоду і відбувається близько 1400 інших психофізіологічних змін. Стрес існує як апарат для виживання. В залежності від вираженості стрес може мати як позитивний вплив, так і негативний (до її повної дезорганізації) на діяльність [9].

У науковій літературі виділяють поняття «психологічний стрес», або «емоційний стрес», що характеризується станом яскраво вираженого психоемоційного переживання людиною конфліктних життєвих ситуацій, які гостро чи довго обмежують задоволення її соціальних чи біологічних потреб.

Стрес – це тривала системна (психологічна та гормональна) реакція організму на життєві ситуації, які людина вважає загрозливими для свого благополуччя і не бачить можливості для їх швидкого вирішення.

Фактори, що викликають стан стресу, називають «стресорами», а сукупність змін, що відбуваються в організмі під дією стресів, – загальний адаптаційний синдром.

У сучасній літературі існують різні класифікації стресів:

1. Повсякденний стрес – реакція організму на дрібні та незначні події, що з'являються у повсякденному житті, але які негативно впливають на індивіда, наприклад, поточні проблеми зі здоров'ям, брак грошей на одяг, проблеми з приготуванням їжі тощо.

2. Емоційний стрес – реакція у відповідь на перенапруження нервової системи.

3. Професійний стрес – різноманітний феномен, що виражається у психічних та фізичних реакціях на напружені ситуації у трудовій діяльності людини.

4. Інформаційний стрес – стан, що виникає внаслідок інформаційних навантажень, із якими людина неспроможна справлятися і приймати рішення на поставленому темпі.

Зокрема виділяють три типи стресу за здатністю людини впливати на нього:

- 1) стреси, які залежать від нас;
- 2) стреси, на які ми можемо реально вплинути;
- 3) стреси, які є результатом нашої власної уяви [14].

Слід розрізняти два види стресу:

1. еустрес – нормальний стрес, що слугує цілям збереження та підтримки життя;

2. дистрес – патологічний стрес, що проявляється симптоматично.

До причин стресу у людей найчастіше відносять втрату близьких, проблеми зі здоров'ям, зіпсовані відносини з іншими, спілкування з неприємними людьми, фінансові труднощі, безробіття, брак часу та нестача відпочинку, змагання чи публічні виступи [21; 60].

За характером індивідуальних реакцій людей на стресові фактори виділяють два психологічні типи. У першого типу виявляється велика вразливість перед стрес-фактором, низький стресовий поріг. Показники працездатності та самопочуття знижуються навіть за невеликої інтенсивності стрес-фактора. Цьому типу притаманні схильність до конкуренції, боротьби, високий рівень домагань, прагнення бути завжди на висоті, завищені вимоги та нетерпимість до оточуючих. У такої людини можна спостерігати такі деструктивні реакції: агресію, невиправдані поступки, уникнення ситуації, знецінення її, зациклення на негативних почуттях, регресію. Емоція автоматично спричиняє реакцію.

Для другого психологічного типу характерна менша схильність до впливу стрес-факторів, високий поріг до стресів, схильність до компромісу, здатність швидко адаптуватися до ситуації (гнучка, різноманітна поведінка), здатність до самоаналізу (уміння аналізувати програш), спокійне і розумне відношення до інших [21].

У кожній ситуації людина реалізує (свідомо чи несвідомо) ту чи іншу потребу, намір. За сприятливих умов потреба реалізується насичуючись, «розчиняючись», втрачаючи свою актуальність. На психіку людини негативно впливають нереалізовані наміри, плани, бажання. Стресогенними є не самі по собі події (ситуації, особистісні особливості), а пов'язані з ними перешкоди для реалізації людиною значної потреби, втрата досягнутої життєвої позиції [19].

У разі тривалого стресу виснаження призводить до нервового зриву, а іноді й до серйозних фізіологічних порушень [12; 26].

У сучасних умовах серйозні психоемоційні навантаження значно актуалізують проблему стресу та психологічної адаптації, оскільки за їх тривалого впливу з'являються різноманітні поведінкові порушення, соціально-психологічна дезадаптація, зниження мотивованості до праці, особистісна та професійна деградація, проблеми в особистому житті [10].

У людини стрес виявляється напруженістю, що виникає під впливом зовнішніх впливів. Якщо будь-який подразник (зазвичай це якась надзвичайна подія, яку суб'єкт починає внутрішньо оцінювати і наслідки якої передбачаються негативними) призводить організм у стан підвищеної напруги, то виникає стрес. Стрес є станом підвищеної напруги організму, що викликається будь-яким подразником, а також розглядається як неспецифічна реакція організму на будь-яку вимогу [5].

З одного боку, стрес – це особливий нервовий стан людини, що з'являється при суттєвій відмінності в сприйнятті навколишньої дійсності від очікувань, що викликає неприємні відчуття, їхнє переживання (спогад і продовжене в уяві переосмислення) стає причиною нервово-психічних розладів. З іншого боку, стрес – психологічний процес пристосування організму до цього стану, що сприяє його самозбереженню [26].

Виділяють три стадії розвитку стресу:

1. Стадія напруги (поява відчуття небезпеки, усвідомлення травмуючих факторів за неможливості їх усунення, почуття безвиході, тривоги).

2. Стадія опору (виникнення неадекватного емоційного реагування: черствість, байдужість, економія емоцій на роботі та вдома; зниження складності при виконанні професійних обов'язків).

3. Стадія виснаження (поява відчуття емоційної відстороненості та байдужості, робота в «автоматичному режимі», повна або часткова втрата інтересу до людей, нездатність співпереживати та допомагати, хворобливі відчуття в організмі, безсоння, страх) [60].

Виділяють фізіологічний стрес, що з'являється внаслідок накопичення критичної втоми або інших впливів на організм людини (шкідливі випромінювання, гучні звуки, отруєння алкоголем тощо), та психологічний, який поділяють на емоційний – при переживаннях людини в ситуація загрози, небезпеки, несподіваної радості – та інформаційний, пов'язаний із надлишком чи нестачею інформації [18].

Структура механізму розвитку стресу включає чотири основних елементи:

- 1) зовнішній вплив (негативний або позитивний);
- 2) стан напруженості (виникає під впливом зовнішнього впливу);
- 3) активну дію (реакція на зовнішній вплив);
- 4) розслаблення (або релаксація) [5].

Максимальна напруга людського організму – це стрес, а радикально протилежний йому стан – повне розслаблення чи релаксація. Стрес та релаксація не піддаються візуальному спостереженню. Щоб відстежити реакцію організму на стрес, вимірюють температуру рук та активність потових залоз шкіри, а оцінити можна лише наслідки стресу (зміни у м'язах, складі крові, характері реакцій тощо) [10; 17; 18].

Вчені виявили, що психічний стан людини (щодо стійкого душевного явища, що підвищує або знижує активність особистості в конкретній обстановці) залежить від умов її життєдіяльності і при зміні умов може суттєво змінюватися. Вже досить добре вивчені особливості психічного стану людини в екстремальних та відповідальних ситуаціях, при знаходженні людини у натовпі (паніка, масовий психоз) тощо [7; 61; 63].

Ситуації, в яких людина втрачає можливість задовольняти основні соціальні чи фізіологічні потреби, стають стресогенними [26; 27]. Це призводить до стану напруженості, різкого підвищення вимог до механізмів психічної адаптації та у разі їх часткової або повної неспроможності – до різних соціальних конфліктів, дезадаптації у професійному та соціальному житті, тяжких захворювань, зниження ефективності діяльності.

1.4. Методи і техніки психологічної реабілітації

Сучасна концепція реабілітації хворих інвалідів сформувалася у Великій Британії та США під час Другої світової війни. Реабілітація є складним процесом, у якого постраждалого формується активне ставлення до порушення його здоров'я та відновлюється позитивне сприйняття життя, сім'ї та суспільства [23; 25; 28; 29].

Психологічні методи використовуються в рамках реабілітаційної психокорекції, до завдань якої входить: зниження психоемоційної напруги, відновлення функціонального стану організму, відновлення морально-моральної сфери, підвищення характеристик особистісного адаптаційного потенціалу, формування стереотипу поведінки для подальшої професійної діяльності та особистого життя, розвиток комунікативних основним методам психологічної саморегуляції. Основними формами психокорекції є: індивідуальна раціональна психотерапія, групова психотерапія, соціально-психологічний тренінг [8].

Одним із важливих напрямів медичної реабілітації є медико-психологічна реабілітація. Медико-психологічна реабілітація – система медико-психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій, станів, особистісного та соціально-трудоного статусу хворих та інвалідів, а також осіб, які перенесли захворювання, які отримали психічну травму внаслідок різкої зміни соціальних відносин, умов життя і т. д. В основі медико-психологічної реабілітації лежить уявлення про хворобу як про руйнівний процес в організмі людини, що характеризується не лише поганим фізичним самопочуттям хворого, а й зміною його особистості, зрушеннями в емоційній сфері. Повернення до здоров'я, з погляду такого підходу, передбачає усунення наслідків переживань, небажаних установок, невпевненості у своїх силах, тривоги з приводу можливості погіршення стану та рецидиву хвороби тощо. втрачених професійних та соціально-адаптивних якостей. Здійснення медико-психологічної реабілітації потребує створення психологічних умов, що сприяють збереженню позитивного ефекту лікування (наприклад, організація дозвілля, спілкування, диспансеризація). Розвиток теорії та практики медико-психологічної реабілітації безпосередньо пов'язане з вирішенням проблем психопрофілактики, психотерапії та клінічної психології [11].

Розрізняють медико-психологічну реабілітацію, що проводиться в умовах стаціонару, в амбулаторно-поліклінічних умовах (включаючи денний стаціонар) та в санаторних умовах (включаючи спеціалізовані реабілітаційні центри). В даний час військово-медичною службою Збройних Сил України приділяється підвищена увага вдосконаленню системи медико-психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебувають на стаціонарному лікуванні з приводу бойових поранень та захворювань, отриманих під час виконання службових обов'язків. Це зумовлено тим, що понад 70% військовослужбовців, які перебувають на стаціонарному лікуванні з приводу бойових поранень, крім симптоматичного лікування потребують спеціалізованих психотерапевтичних та психокорекційних заходів. Так, у ряді військових госпіталів поряд з проведенням традиційних лікувальних заходів у процесі лікування хворих та поранених застосовується комплекс психофізіологічних та психологічних методик з метою нормалізації психічного статусу та психологічного стану військових фахівців [13].

В даний час особливою перспективністю та динамічністю розвитку відрізняються методи медико-психологічної реабілітації, засновані на інформаційних (комп'ютерних) технологіях. Ці методи можна поділити на існуючі (апробовані) та перспективні. До перших відносяться засновані на взаємодії пацієнта з комп'ютером: комп'ютеризована психічна саморегуляція, комп'ютеризовані системи зворотного біологічного зв'язку.

Другу групу складають методи, засновані на зануренні пацієнта у віртуальні середовища. Одним із напрямків медико-психологічної реабілітації є розробка спеціальних комп'ютерних ігор. Новозеландські вчені з Оклендського університету розробили SPARX – інтерактивну тривимірну комп'ютерну гру, в якій гравець повинен подолати серію кількох випробувань, щоб відновити баланс сил у віртуальному світі, де домінують «GNAT» (похмурі негативні автоматичні думки). При застосуванні SPARX кількість пацієнтів віком 12-19 років, що повністю позбулися депресії, склала 44%, тоді як у групі зі звичайною терапією – всього 26%. Хоча звичайні комп'ютерні ігри мають суттєвий адиктивний потенціал і не зовсім ясну педагогічну цінність, в даному випадку можна говорити про ігри, дуже корисні для психічного здоров'я [20].

Добре зарекомендував себе метод біологічного зворотного зв'язку, що давно застосовується в психіатрії та неврології. За своєю суттю, біологічний зворотний зв'язок – це апаратно-опосередкована психічна саморегуляція. Пацієнту за допомогою зовнішнього ланцюга зворотного зв'язку, організованого за допомогою мікропроцесорної або комп'ютерної техніки, пред'являється інформація про стан та зміну його власних фізіологічних процесів (температура та опір шкіри, ЧСС, АТ, ЧД, тонус м'язів, ЕЕГ та ін.). В основу методу лягло відкриття J. Kamiya (1968) здатності досліджуваних довільно змінювати параметри своєї електроенцефалограми за наявності зворотного зв'язку (візуального або слухового) про їх поточні значення. За допомогою цього методу людина спочатку набуває навичок саморегуляції фізіологічних функцій, а потім ці навички переносяться в область психічних функцій. У медико-психологічній реабілітації військовослужбовців метод біологічного зворотного зв'язку можна вважати одним із пріоритетних [16].

Віртуальна реальність, штучна реальність, електронна реальність, комп'ютерна модель реальності (англ. virtual reality, VR) – створений технічними засобами світ (об'єкти та суб'єкти), що передається людині через її відчуття: зір, слух, нюх, дотик та інші. В даний час віртуальні середовища використовуються в основному в ігрових цілях, проте вже проведено дослідження їхньої застосовності з метою професійного навчання.

Терапія віртуальної реальністю (VRT, VRIT, SFT), також відома як терапія віртуальною реальністю занурення (VRIT), імітаційна терапія (SFT), експозиційна терапія віртуальною реальністю (VRET) в даний час є одним з ефективних методів реабілітації пацієнтів з ПТСР. Найвіддаленішою є перспектива застосування нейрокомп'ютерних мозкових інтерфейсів – brain-computer interface. Компанія Emotiv представила розробку пристрою, за допомогою якого відбувається зчитування сигналів, що супроводжують мисленнєву активність користувача. Пристрій може визначити близько 30 різних станів користувача, включаючи захопленість, збудження, напруженість, розчарування, фрустрацію; мімічні – посмішку, сміх, підморгування, похмурі та здивовано підняті брови. Розрізняються також команди рухової активності «штовхати», «тягнути», «підняти», «кинути», «повернути» та інші. Отримані дані бездротового зв'язку надсилаються в комп'ютер, де використовуються для управління ігровим процесом. Зазначений напрямок також викликає інтерес фахівців у галузі психічного здоров'я і заслуговує на наукові дослідження [47].

На завершальному етапі медико-психологічної реабілітації для кожного військовослужбовця формуються та доводяться для нього індивідуальні рекомендації щодо характеру, обсягу та інтенсивності психічних та фізичних навантажень, оптимальних для нього видів професійної діяльності та реально досяжних життєвих цілей, які знаходять відображення у відповідній медичній документації.

Висновки до 1 розділу

Зміст психологічного компонента реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових зіткненнях, не вивчено повною мірою, хоча розгляду його аспектів приділено достатньо уваги. Психологічні наслідки участі у бойових діях різноманітні за змістом, формою та динамікою прояву. Закріплюючись в особистісних структурах та поведінці індивідів, вони визначають їхню поведінку. Психологічна реабілітація є важливим етапом відновлення військовослужбовців після повернення у мирну обстановку, вона допомагає військовослужбовцям в усвідомленні та осмисленні подій, що послужили причиною їх актуального психічного стану, у прийнятті мирного життя та адаптації до неї, а також сприяє зміні вектора типів Я-концепції від дезорганізованих до «Творчої».

Стрес – це напружений стан організму, тобто, неспецифічна відповідь організму на стресову ситуацію. Під впливом стресу організм людини відчуває стресове напруження, завдяки якому людина здатна практично миттєво мобілізувати всі свої внутрішні ресурси та подолати перешкоду. Але трапляється так, що стресова ситуація стає хронічною, і тоді настає стадія виснаження, що призводить людину до емоційного вигорання та психосоматичних захворювань. саме тому важливий підбір відповідних методів саморегуляції та відновлення допоможе гармонізувати тілесний та психоемоційний стан людини.

РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Організація та методи дослідження

Аналіз наукової літератури щодо складових психологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій визначає потребу в дослідженні. Тому завданнями дослідження були:

1. Провести емпіричне дослідження та визначити психологічні стани військовослужбовців учасників бойових дій.
2. Проаналізувати отримані результати та сформулювати висновки за наслідками проведеного дослідження.

У дослідженні взяли участь 50 респондентів – військовослужбовців учасників бойових дій віком від 18-59 років. Збір даних відбувався у лютому - квітні 2024 року.

Нами були використані такі методики дослідження:

1. PHQ-9. Опитувальник для самодіагностики депресії пацієнта.

Досліджуваному пропонуються оцінити твердження, як часто протягом останніх двох тижнів його турбували будь які з перерахованих проблем.

Якщо пацієнт набрав більше 1 бала, попросіть його оцінити, наскільки важко йому було працювати, займатися домашніми справами або спілкуватися з людьми через зазначені проблеми.

Інтерпретація результатів:

1-4 бали – Відсутність або мінімальний рівень депресії.

5-9 балів – Легка депресія, рекомендована консультація психолога.

10-14 балів – Помірна депресія, рекомендована консультація психолога, психотерапевта.

15-19 балів – Важка депресія, необхідна консультація психотерапевта, психіатра.

20-27 балів – Вкрай тяжка депресія, необхідна термінова консультація психіатра [1].

2. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі 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.

Ключ:

Відповідь	Номери тверджень
Сума пунктів, які вважаються у прямих значеннях ($\Sigma 1$):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які вважаються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів:

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$.

Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Підраховується сума відповідей на затвердження (сумуються відповіді респондента на «прямі» затвердження та відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані таким чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Інтерпретація результатів:

Отримана сума дозволяє поділити піддослідних тих, які мають ПТСР і тих, які мають ПТСР:

- добре адаптовані – 76 ± 18 ;
- психічні розлади – 86 ± 26 ;
- ПТСР – 130 ± 18 [1].

3. Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) - використовується для визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги. Це анкета з 14 пунктів, в якій людину просять вказати своє ставлення до ряду тверджень, використовуючи наступну шкалу оцінок: «постійно», «часто», «час від часу», «зовсім ні»

Оцінка результатів:

0-7 балів → «норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії)

8-10 балів → «субклінічно виражена тривога/депресія»

11 балів і вище → «клінічно виражена тривога/депресія» [1].

4. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу.

Результат слід розглядати «позитивним», якщо респондент відповів «так» на будь-які три або більше запропонованих варіантів. Позитивна відповідь не обов'язково означає, що респондент має посттравматичний стресовий розлад, але вказує, що може мати ознаки ПТСР або проблеми пов'язані з травмою і має бути проведена подальша психодіагностика.

2.2. Аналіз результатів дослідження психологічного стану військовослужбовців

За результатами використання опитувальника для самодіагностики депресії пацієнта (PHQ-9) нами були отримані такі результати:



Рис. 1.1. Результати використання опитувальника для самодіагностики депресії пацієнта (PHQ-9)

З 50 військовослужбовців учасників бойових дій у 5 осіб (10%) – відсутність або мінімальний рівень депресії, у 15 осіб (30%) – легка депресія, рекомендована консультація психолога, у 22 осіб (44%) – помірна депресія, рекомендована консультація психолога, психотерапевта, у 8 осіб (16%) – важка депресія, необхідна консультація психотерапевта, психіатра.

За результатами Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) нами були отримані такі результати:

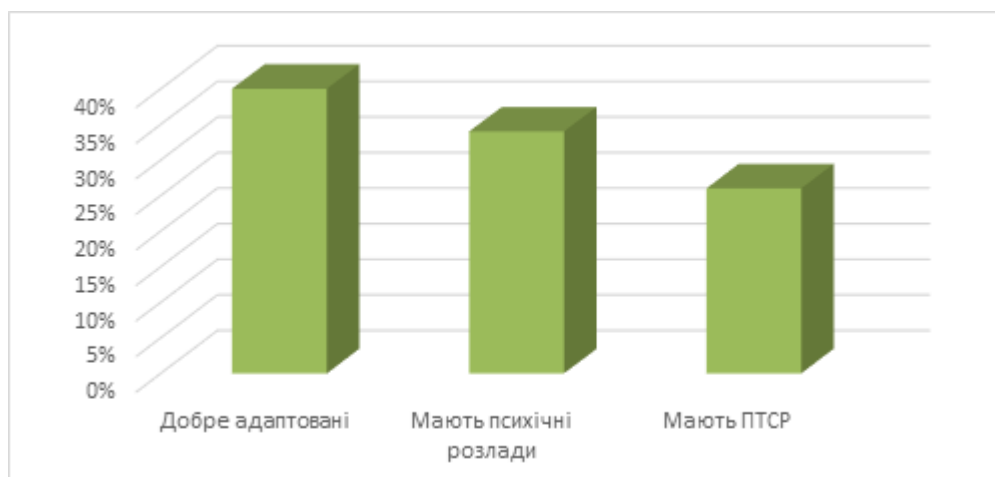


Рис. 1.2. Результати використання Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

З 50 військовослужбовців учасників бойових дій 20 осіб (40%) – добре адаптовані, у 17 осіб (34%) – мають психічні розлади, у 13 осіб (26%) – мають ПТСР.

За результатами Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) нами були отримані такі результати:

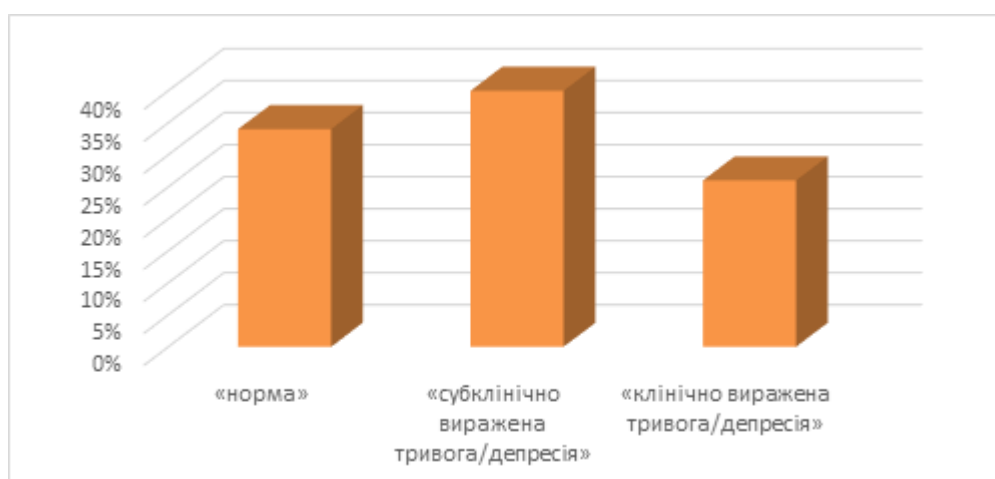


Рис. 1.3. Результати використання Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS)

З 50 військовослужбовців учасників бойових дій 17 осіб (34%) – мають показник «норма», у 20 осіб (40%) – мають «субклінічно виражену тривогу/депресію», у 13 осіб (26%) – мають «клінічно виражену тривогу/депресію».

За результатами Первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу нами були отримані такі результати:

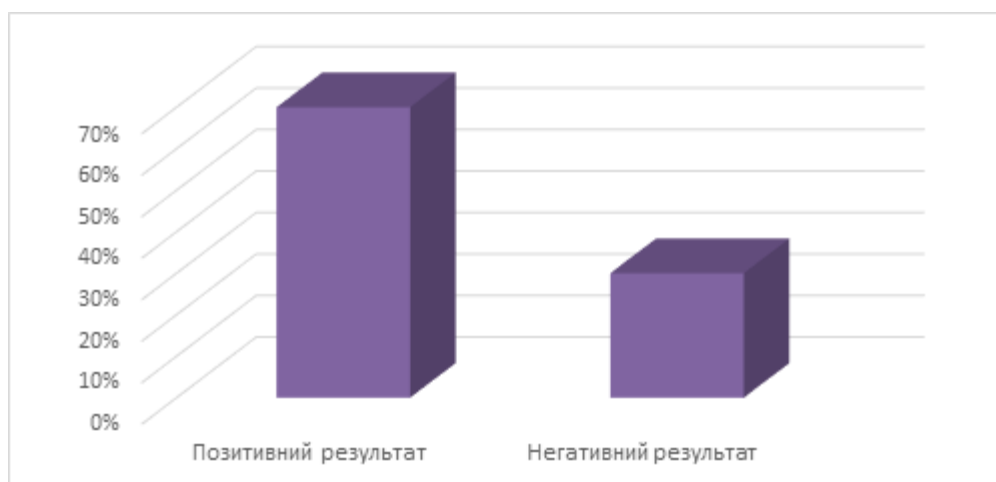


Рис. 1.4. Результати використання Первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу

З 50 військовослужбовців учасників бойових дій 35 осіб (70%) дали «позитивний» результат, тобто, вони можуть мати ознаки ПТСР або проблеми пов'язані з травмою.

2.3. Розробка програми тренінгу психологічної декомпресії військовослужбовців

Метою програми психологічної реабілітації є створення умов зміни стану військовослужбовця після бойових дій та розвиток конструктивних способів психологічних захистів.

Завдання:

- 1) встановлення довірчих відносин у групі та з кожним із учасників;
- 2) розвиток конструктивних методів психологічних захистів;
- 3) актуалізація тенденцій уникнення та вторгнення травматичної події з метою прийняття військовослужбовцями факту наявності у них ПТСР;
- 4) зміни стану військовослужбовця, зняття тілесної та емоційної напруги.

Найважливіше завдання – стимулювати військовослужбовців до складання повного та детального опису травматичного досвіду.

На основі результатів проведеного дослідження було розроблено програму психологічної реабілітації, спрямовану на роботу з військовослужбовцями в рамках когнітивно-поведінкового підходу.

Методи спрямовані на:

1. прийняття, розуміння та усвідомлення подій, що стали причиною досліджуваного психічного розладу;
2. відсилання до переживань, тісно пов'язаних із спогадами про психотравмуючі події бойової професійної діяльності;
3. усвідомлення того, що трапилося як неминучого відрізка життєвого шляху;
4. ревізія поведінки, яка необхідна для опрацювання негативного результату бойового стресу і адаптування до внутрішнім і зовнішнім умовам, що змінилися.

Програму психологічного супроводу було проведено протягом 2,5 тижнів по 2 заняття на тиждень. Загалом було проведено 5 занять, по 2 години кожне. У заняттях брало участь 50 військовослужбовців, учасників бойових дій.

1. Заняття. 1 день

Завдання 1: встановлення довірчих відносин групи.

Вправа: «Знайомство».

Мета: створення позитивного настрою та довірчих відносин на спільну продуктивну роботу. Важливо, щоб у процесі заняття кожен учасник міг встановити контакти з іншими.

Інструкція: всіх учасників розбивають на групи. У нас вийшло 2 групи по 5 осіб та 1 по 4 особи. Кожна група продумує ситуацію встановлення контакту. Потім ці ситуації промовляються та обговорюються (футбольні вболівальники, лазня, новий робочий колектив, батьківські збори). Психолог намагається стежити, щоб можливість висловитись була у всіх. Можна ставити запитання. Тривалість обговорення кожної групи – 2-3 хвилини.

Завдання 2: розвиток конструктивних методів психологічних захистів.

Вправа: «Не сміятися».

Мета: це тренування навичок регуляції своєї поведінки. Найефективніший спосіб виконання цієї вправи – внутрішньо відсторонитися від того, що відбувається, сконцентрувавши увагу на будь-якій сторонній думці.

Інструкція: учасники колективно здійснюють будь-які дії, які негайно викликають сміх. По бавовні ведучого всі учасники підносять руку до обличчя, роблять «довгий ніс» і кажуть хором: «Я Піноккіо». Це триває з інтервалом у 2-3 секунди. Психолог по черзі ставить учасникам питання будь-якого змісту, а ті мають відповідати на них «Котик». («Що у Вас надіто поверх сорочки?» – «Котик» тощо). Виконувати подібні дії необхідно зберігаючи абсолютно серйозний вираз обличчя і в жодному разі не сміятися. Хто посміхнеться чи засміється – вибуває з гри до закінчення раунду (хоча може будь-якими способами смішити тих, хто ще грає). Перемагають ті учасники, які залишаються у грі найдовше. Тих, хто залишився у грі найдовше, просять поділитися, якими саме способами їм вдалося досягти цього, що їм допомогло відволіктися від спроб їх розсмішити.

Обговорення: де ще допоможе така навичка?

Завдання 3: актуалізація тенденцій уникнення та вторгнення травматичної події з метою прийняття військовослужбовцями факту наявності у них ПТСР.

Вправа: «Телефонна розмова».

Інструкція: Одного з учасників просять зателефонувати для пред'явлення проблемної ситуації. Вибирається другий у приватник групи для участі кривдника. Психолог просить описати місце, де знаходиться телефон, набрати номер, тримати в руці трубку і розпочати розмову такими словами: «Алло, кажіть... Дзвоню тобі, щоб... Учасника спонукають говорити все, що спадає на думку, навіть більш відкрито, ніж у реальному спілкуванні. Розмова триває близько 10 хвилин. Ця розмова не є повторенням реальних розмов у минулому. Згодом інші учасники.

Обговорення: задаються та обговорюються питання, в чій позиції було легше, чому?

Завдання 4: зняття емоційної та тілесної напруги.

Вправа: «Я у променях сонця».

Мета: підвищення самооцінки, настрої, настроїв на позитив.

Інструкція: На аркуші намалюйте сонце так, як його малюють діти – з гуртком посередині та безліччю променів. У гуртку напишіть своє ім'я. Біля кожного променя напишіть щось добре про себе. Завдання – згадати якнайбільше хорошого. Носіть сонце з собою або зберігайте його у певному місці. Додайте промені. А якщо стане особливо погано на душі і здасться, що ви ні на що не придатні, дістаньте сонце, подивіться на нього і згадайте про що думали, коли записували ту чи іншу свою якість.

Заняття 2. День 2

Завдання 1: встановлення довірчих відносин групи.

Вправа: «Поміняйтеся місцями».

Мета: згуртування колективу, перебування спільного серед учасників.

Інструкція: час проведення: 10-15 хв. Учасники розбиваються на групи з 5-6 осіб. Групи беруть участь по черзі. Ведучий стоїть у центрі кола і говорить ознаку, яка ставитиметься до кількох учасників, наприклад: «Поміняйтеся місцями ті, хто сьогодні прокинувся рано!» Хто не встигає зайняти місце – водить. На початку гри один стілець забирається. Обговорення: обмін враженнями після гри: у яких випадках всі мінялися місцями? Коли вставало кілька людей? Коли вставала лише одна людина?

Завдання 2: розвиток конструктивних методів психологічних захистів.

Гра «Конспект».

Мета: формування конструктивних стратегій вирішення конфлікту.
Інструкція: у грі беруть участь 2 особи. Інструкція першому учаснику: Ви разом готувалися до заліку, і один писав конспект, а другий ні. Ти здаєш залік сьогодні, і спитав конспект у товариша, бо він здає завтра. Ти здав залік, дуже зрадів і, йдучи, забув забрати конспект. Коли повернувся, то в аудиторії нікого не було і конспекту теж». Інструкція обом учасникам: «Ви зустрічаєтеся в коридорі і повинні поводитися так, як зазвичай робите в житті».

Обговорення: спочатку висловлюються спостерігачі, а потім учасники. Необхідно з'ясувати, яку поведінку учасники вважають конструктивною і наскільки вона реалізована у грі.

Завдання 3: актуалізація тенденцій уникнення та вторгнення травматичної події з метою прийняття військовослужбовцями факту наявності у них ПТСР.

Вправа «Лінія життя».

Мета: дотик до травматичних подій.

Інструкція: учасникам пропонується намалювати на аркуші лінію свого життя від народження до сьогодення. На осі координат по горизонтальній лінії відзначаються роки, а по вертикальній вище нульової позначки - позитивні події. Нижче від нульової позначки – негативні події. Питання для обговорення: у якому віці були негативні події та з чим вони пов'язані? Як змінилося ваше спілкування з людьми через те, що сталося?

Завдання 4: зняття емоційної та тілесної напруги.

Аутогенне тренування «Ключ».

Інструкція: зафіксуйте погляд на одній точці і дайте собі установку: «Зараз я подумки порахую від одного до п'яти і в мене автоматично настане стан глибокого м'язового розслаблення та відпочинку. Повіки обтяжують і закриваються. По всьому тілу розіллється приємна теплота і важкість. Всі сигнали, що відволікають – шум, сторонні думки, світло тільки посилюватиме почуття наростаючого спокою, поглиблюватиме стан підвищеної самонавіяння. Стан глибокого спокою та відпочинку припиниться, як тільки я автоматично порахую від п'яти до одиниці. Моя голова при цьому проясниться, я відчую свіжість та легкість. За рахунку «один! очі мої розплющуються, я відчую себе добре відпочившим і повним сил». За допомогою «ключа» можна не тільки відпочивати, але також можна програмувати себе на майбутню діяльність.

Обговорення: проговорити з учасниками їх стан, що вони відчули, Чи легко далася ця техніка.

Заняття 3. День 3

Задача 1: встановлення довірчих відносин у групі.

Вправа «Мій настрої».

Мета: створення позитивного настрою.

Інструкція: порівняти свій настрої з якимось кольором (як варіант може бути порівняння з овочем, фруктом, погодою). Кожен по черзі висловлюється, пояснюючи свій вибір.

Завдання 2: актуалізація тенденцій уникнення та вторгнення травматичної події з метою прийняття військовослужбовцями факту наявності у них ПТСР.

Вправа: «Малюнок – трилогія».

Мета: усвідомлення змін, що відбулися, пошук внутрішніх ресурсів.

Інструкція: учасникам пропонується намалювати малюнок із трьох частин:

1. «Я» до інтолерантної (травмуючої) ситуації;
2. «Я» під час психотравмуючої ситуації;
3. «Я» після психотравмуючої ситуації.

Кожен малюнок учасника обговорюється у загальному колі. Запитання для обговорення: Як через образ ми спостерігаємо ті зміни, що відбулися із «Я»? Які почуття ви відчували і які думки виникали у вас, коли інші ділилися своїми враженнями про ваш малюнок? Що може бути для «Я» джерелом підтримки?

Завдання 3: зняття емоційної та тілесної напруги.

Вправа «Зняття напруги у 12 точках».

Мета: зняти м'язову напругу.

Інструкція: почніть з плавного обертання очима – двічі на один бік, два – на другий. Зафіксуйте увагу на віддаленому предметі, а потім переключіть його на предмет розташований поблизу. Похмуріться, напружуючи біля очні м'язи, а потім розслабтеся і широко позіхніть кілька разів. Розслабте шию, спочатку похитавши головою, а потім покрутивши нею з боку на бік. Підніміть плечі якнайвище і повільно опустіть їх, розслабте зап'ястя і посувайте ними. Стисніть і розтисніть кулаки, розслабляючи руки. Зробіть три глибокі вдихи. Потім м'яко прогніть у хребті вперед – назад і з боку в сторону. Покрутіть ступнями, щоб розслабити кісточки. Стисніть пальці ніг так, щоб ступні зігнулися вгору, повторіть тричі.

Заняття 4. День 4

Завдання 1: встановлення довірчих відносин групи.

Вправа: «Колективна казка».

Мета: сприяти подальшому згуртуванню групи.

Інструкція: час проведення: 10-15 хв. Групі дається завдання вигадати казку. При цьому перший говорить одну пропозицію, другий друге, що є продовженням казки, і т.д. по колу. У результаті має бути завершена історія. Коротке обговорення виконання завдання.

Завдання 2: розвиток конструктивних методів психологічних захистів.

Гра: «Діалог зі своїм мозком».

Мета: відпрацювання ефективних механізмів психологічного захисту в кризових ситуаціях. Інструкція: учасники записують висловлювання Е. Фромма «Людина – це той, хто постійно вирішує проблему життя». Учасники поділяються на групи з 5-6 осіб. Всі разом вони становлять «мозок»:

1. той, хто називає проблему;
2. той, хто попереджає, що буде;
3. той, хто попереджає, що буде за тиждень;
4. той, хто попереджає, що буде за рік;
5. той, хто попереджає, що буде наприкінці життя.

Називається проблема, наприклад: «Я хочу подарувати комусь квіти». Мозок відповідає: «Якщо ти подаруєш квіти, то зараз...». «Якщо ти подаруєш квіти, то за тиждень...». «Якщо ти подаруєш квіти, то за місяць...». «Якщо ти подаруєш квіти, то наприкінці життя...». Гра повторюється з іншими учасниками та іншими проблемами. («Я знайшов гаманець», «Я спробував наркотик», «Я їм помшусь», «Я звільнився зі служби», «Я оспівчився»). Після обговорення проблеми потрібно або відмовитися від якогось рішення, або утвердитися в ньому.

Обговорення: після цієї гри міркувань можна виділити такі етапи розв'язання проблеми: постановка проблеми; обмірковування, що буде після ухвалення того чи іншого рішення (через тиждень, через місяць, у зрілі роки, наприкінці життя); вибір прийняттого варіанта; застосування вибраного варіанта.

Завдання 3: актуалізація тенденцій уникнення та вторгнення травматичної події з метою прийняття військовослужбовцями факту наявності у них ПТСР.

Вправа: «Я у конфлікті».

Мета: висловити своє бачення самого себе у складній ситуації. Дати можливість звільнитися від емоцій, що накопичилися.

Інструкція: учасникам роздають аркуші паперу, всі необхідні для малювання матеріали, і вони займають будь-яке відокремлене місце. Протягом 10 хвилин їм потрібно намалювати картину, головна ідея якої виражається у її назві – «Я в конфлікті». Це може бути автопортрет чи абстрактний твір. Головне – щоб робота передавала емоції, які автор найчастіше відчуває у конфліктних ситуаціях, говорила про його способи реагування на конфлікти та здібності поведінки в них. У процесі малювання важливо не оцінювати себе із боку, а передати реальний стан речей. Коли всі малюнки готові, ведучий збирає їх і перемішує, щоби не можна було здогадатися, де чий малюнок. Учасники розсідаються в коло, і далі вони мають обговорити, хто є творцем тієї чи іншої роботи. Малюнки пред'являються провідним по черзі. Звичайно, автор намагається ніяк себе не видавати. Він, а разом з ним та інші учасники, оскільки часто авторство встановлюється невірно, мають можливість отримати зворотний зв'язок про те, що думає група про їхню поведінку та переживання у конфліктах, якими бачить їх у подоланні складної ситуації. Коли всі автори визначені, учасники обмінюються враженнями як від процесу малювання, і від подальшого обговорення малюнків у групі.

Завдання 4: зняття емоційної та тілесної напруги.

Вправа: «Страхни».

Мета: зняття емоційної напруги.

Інструкція: Встаньте так, щоб ви мали достатньо місця. І почніть обтрусувати долоні, лікті та плечі. При цьому уявляйте, як все неприємне – погані почуття, важкі турботи і погані думки про себе – злітає з вас, як з гусака вода. Потім обтрусіть свої ноги від шкарпетки до стегон. А потім потрясіть головою. Буде ще корисніше, якщо ви видаватимете при цьому якісь звуки. Тепер обтрусіть обличчя і прислухайтеся, як смішно змінюється ваш голос, коли тремтить рот. Уявіть, що весь неприємний вантаж з вас спадає і ви стаєте все бадьорішими і веселішими, ніби заново народилися.

Заняття 5. День 5

Завдання 1: встановлення довірчих відносин групи.

Вправа: «Злови погляд».

Мета: досягти домовленості з партнером зі спілкування без використання вербальних коштів.

Інструкція: учасники стоять у колі, їхнє завдання зловити чийсь погляд (налагодивши комунікацію) та помінятися з ним місцями.

Завдання 2: розвиток конструктивних методів психологічних захистів.

Вправа: «Гра у боротьбу».

Мета: формування конструктивних стратегій вирішення конфлікту.

Інструкція: виконується у групах по 4-5 осіб. Хтось зображує клієнта, який демонструє поведінку, який може розглядатися як опір (який сперечає, перебиває, заперечує) і коротко розповідає про нього. Хтось із групи виконує роль психолога, що працює з таким клієнтом, і застосовує всі отримані навички, а також використовує, принаймні, дві з реакцій, що викликають опір:

1. бере участь у суперечці, агітує за зміни;
2. перебирає роль експерта;

3. критикує, звинувачує, соромить (демонструє негативні емоції);
4. «Навішує ярлики» (зосередившись швидше у тому, що собою представляє клієнт, ніж його поведінка);
5. показує, що поспішає: «Я не можу провести з Вами весь день»;
6. заявляє, що це знає краще, демонструє заступництво.

Два чи три інших члени групи спостерігають за ставленням психолога та характером втручання з погляду: опору клієнта; частоти розмов на тему змін у контексті опору. Через 7-10 хв. гра завершується і проводиться обговорення того, що відбувалося. Потім учасники змінюються ролями.

Завдання 3: актуалізація тенденцій уникнення та вторгнення травматичної події з метою прийняття військовослужбовцями факту наявності у них ПТСР.

Техніка: «Етикетка».

Інструкція: полягає в тому, що замість того, щоб позбутися, відрізаючи негативну думку, ви від неї усуваєтеся і спостерігаєте збоку, не дозволяючи їй опанувати вас. Ви можете сказати собі: «що зі мною відбувається? Зараз до мене прийшла ось така думка». Але називаєте ви її вже як би в лапках, тобто в номінальному сенсі, тим самим визначаючи її місце. І просто спостерігаєте за нею. Негативні думки мають над вами владу, тільки якщо ви на них реагуєте. Ви можете користуватися наведеним тут методом, коли відчуєте помірний чи сильний страх чогось конкретного або страх взагалі. Свідомість того, що боїтеся. Визнайте свій страх, будьте чесним, справжнім. Усвідомити страх – приблизно те саме, що зняти кришку з киплячого чайника: пара виривається назовні, і тиск знижується, нехай і ненабагато. Пам'ятайте: боятися всі і, якщо ви налякані, у цьому немає нічого ганебного; перше, що потрібно зробити у разі страху – усвідомити його.

Висновки до 2 розділу

Під час дослідження нами були отримані дані. За результатами опитувальника для самодіагностики депресії пацієнта (PHQ-9) було встановлено, що у 10% військовослужбовців учасників бойових дій відсутній або мінімальний рівень депресії, у 30% – легка депресія, рекомендована консультація психолога, у 44% – помірна депресія, рекомендована консультація психолога, психотерапевта, у 16% – важка депресія, необхідна консультація психотерапевта, психіатра. За результатами Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) 40% добре адаптовані, 34% мають психічні розлади, 26% мають ПТСР. За результатами Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) 34% військовослужбовців учасників бойових дій мають показник «норма», 40% мають «субклінічно виражену тривогу/депресію», 26% мають «клінічно виражену тривогу/депресію». За результатами Первинного скринінгу ПТСР 70% військовослужбовців учасників бойових дій дали «позитивний» результат, що може свідчити про наявність ознак ПТСР або проблем пов'язаних з травмою.

ВИСНОВКИ

Травматичний стрес може спричинити дезорганізацію мислення, усвідомлення, порушення суджень, зміну часу реакції, надмірну пильність і безкорисні спроби впоратися. У той час як більшість людей відчуватимуть обмежені в часі реакції, такі як гострий стресовий розлад, менший відсоток може продовжувати проявляти більш серйозні та часто триваліші наслідки, пов'язані з травмою. Це можуть бути панічні розлади, депресія, розлади сну, зловживання психоактивними речовинами, а також посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Проведене нами дослідження дозволяє сформулювати наступні висновки:

1. Поняття «стрес» зазвичай застосовують для опису особливостей стану індивіда в умовах впливу екстремальних факторів на фізіологічному, психологічному та поведінковому рівнях. Але стресогенними чинниками можуть стати як явно шкідливі фізичні чи психологічні впливи, а й граничні, вкрай виражені значення тих елементів ситуації, які в середніх значеннях комфортні людині. Сьогодні найбільш значущими є не фізичні несприятливі фактори, а частіше соціально-психологічні: монотонія, ізоляція та самотність, ризик, небезпека, дефіцит часу, несподіванка, невизначеність ситуації, необхідність швидкого перемикання уваги, прийняття відповідальних рішень при обмеженнях у часі та багато інших.

2. Під час дослідження нами були отримані дані. За результатами використання опитувальника для самодіагностики депресії пацієнта (PHQ-9) було встановлено, що у 10% військовослужбовців учасників бойових дій відсутній або мінімальний рівень депресії, у 30% – легка депресія, рекомендована консультація психолога, у 44% – помірна депресія, рекомендована консультація психолога, психотерапевта, у 16% – важка депресія, необхідна консультація психотерапевта, психіатра. За результатами використання Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) 40% добре адаптовані, 34% мають психічні розлади, 26% мають ПТСР. За результатами використання Госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) 34% військовослужбовців учасників бойових дій мають показник «норма», 40% мають «субклінічно виражену тривогу/депресію», 26% мають «клінічно виражену тривогу/депресію». За результатами використання Первинного скринінгу ПТСР 70% військовослужбовців учасників бойових дій дали «позитивний» результат, що може свідчити про наявність ознак ПТСР або проблем пов'язаних з травмою.

3. Було запропоновано програму тренінгу, що спрямована на створення умов для зміни стану військовослужбовців після участі у бойових діях та розвитку конструктивних способів психологічного захисту.

Проведене дослідження не вичерпує усі аспекти проблеми й потребує подальших наукових пошуків. Вважаємо, що тема є та буде залишатись актуальною в контексті сьогодення та війни, яка все ще триває.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Коқун 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 ГПЗСУ, 2016. 234 с. URL: https://lib.iitta.gov.ua/107163/1/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA%20%D0%9D%D0%9F%D0%A1_16.pdf
2. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. Психологічний журнал. 2019. Вип. 3. URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/issue/view/11893>
3. Богданов С. О., Гірник А. М., Лазоренко Б. П., Савінов В. В., Соловійова В. В. Соціально-психологічні чинники порушення стресостійкості дітей, що проживають у буферній зоні воєнного конфлікту на Сході України. Проблеми політичної психології. 2016. № 4(18). С. 40-61. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pppr_2016_4_6
4. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб. Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Хмельницький національний університет МОН України, Хмельницький, 2018. 46 с. URL: https://tnpu.edu.ua/naukova-robota/documents-download/d-58-053-03/Aref_Bryndikov.pdf
5. Булах В. П. Стрес та його вплив на організм людини. Медсестринство. 2014. № 3. С. 10-15.

6. Взаємозв'язок стану здоров'я і психофізіологічних характеристик військовослужбовців / В. В. Кальниш, С. М. Пашковський, О. В. Мальцев. Світ медицини та біології. 2019. № 3 (69). С. 72-77. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/15aee3db-b4df-432b-ae8e-65ce43121678/content>
7. Войтенко О. В., Ткачук Т. Л. Психологічні наслідки бойового стресу у військовослужбовців. Лікарняна справа. 2017. № 7. С. 141-146.
8. Гунько Б.А. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2015. №1, Т. 19. С. 216–219.
9. Даниляк О., Маринець С.-А., Заячківська О. Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень. Мед. науки. 2016. Т. XLV. С. 27–40. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pntsh_lik_2016_45_28_4
10. Дубчак Г. Особливості проявів стресових станів сучасних студентів закладів вищої та професійної освіти. Педагогічна та вікова психологія. 2019. № 23. С. 78-85. URL: <https://journals.pnu.edu.ua/index.php/po/article/view/2813>
11. Єна А. І. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. Науковий журнал МОЗ України. 2014. № 1 (5). С. 5-16. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/njmoz_2014_1_4
12. Злочевська Л. Стрес-менеджмент або як досягти рівноваги і впевненості. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/10163/1/Ст.%20стрес-менеджмент%20поради%202014.pdf>
13. Коқун О. М., Агаев 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. URL: <http://elibrary.kdpu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/8319>

14. Кононова М. М., Кучма Т. В. Особливості прояву копінг-поведінки у подружніх пар з дітьми з психофізичними порушеннями. Abstracts of II International Scientific and Practical Conference, «Actual trends of modern scientific research». (August 16-18, 2020). MDPC Publishing, Munich, Germany, 2020. P. 140–146. URL: <https://sci-conf.com.ua/wp-content/uploads/2020/08/ACTUAL-TRENDS-OF-MODERN-SCIENTIFIC-RESEARCH-16-18.08.2020.pdf>

15. Кононова М., Кучма Т. Сутність стресу як психологічної категорії. Молодий вчений. 2020. № 1 (89). С. 28-32. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2021_1\(1\)_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/molv_2021_1(1)_8)

16. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. Rehabilitation and Recreation. 2023. № 15. С. 50–56. URL: <https://health.nuwm.edu.ua/index.php/rehabilitation/article/view/339>

17. Леженіна Л. М. Проблема стресу в психологічній науці. Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. Психологія. 2012. Вип. 42(1). С. 135–142. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKhnpu_psychol_2012_42%281%29_16

18. Лісовенко А. Ф., Крюкова М. А. Біолого-психофізіологічні та психологічні прояви стресу в умовах пандемії. Габітус. 2021. № 23. С. 133-138. URL: <http://habitus.od.ua/journals/2021/23-2021/23-2021.pdf>

19. Мазоха І. С. Психологічні особливості навчального стресу студентів. Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету. Серія «Педагогічні науки». 2015. №33. С. 107-110. URL: <http://dspace.idgu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/209>

20. Москаленко М.М. Психологічна реабілітація ветеранів військових конфліктів. Тео-психології та її перспективи розвитку: Збірник доповідей Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції, присвяченої 125-річчю з Дня народження Гордона Олпорта. Кропивницький, 2022. С. 134–137.

21. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с. URL: <https://ru.scribd.com/document/598944950/%D0%9D%D0%B0%D1%83%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%8F-%D1%81%D1%82%D1%80%D0%B5%D1%81%D1%83>

22. Отрощенко Н. Л. Соціально-педагогічна та психологічна підтримка дітей та молоді у стресових ситуаціях на депресивній території. Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка. Педагогічні науки. 2016. № 1(298). С. 257-263. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2016_1\(2\)_36](http://nbuv.gov.ua/UJRN/vlup_2016_1(2)_36)

23. Пророк Н., Запорожець О., Креймеєр Дж. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 1. К., 2018. 208 с.

24. Савелюк Н. Переживання стресу в умовах війни: досвід українського студентства. Психологія: реальність і перспективи. Збірник наукових праць РДГУ. 2022. Вип. 18. С. 141-152. URL: <http://dspace.tnpu.edu.ua/handle/123456789/27891>

25. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. 2015. № 124. С. 230-233. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP_2015_124_61

26. Циганчук Т. В. Динаміка суб'єктивних переживань у студентів ВНЗ в стресових ситуаціях. Практична психологія та соціальна робота. К., 2011. № 1. С. 50–60.

27. Циганчук Т. В. Стрес у професійній діяльності. Проблеми сучасної психології. 2015. № 30. С. 669-678. URL: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/11693/1/T_Tsyhanchuk_KPP_IL.pdf

28. Черненко І. І. Медико-соціальне значення та організація психологічної допомоги та соціальної адаптації учасників бойових дій та членів їх сімей у сучасних умовах. Міжнар. неврол. журнал. 2017. № 6. С. 127-131. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnzh_2017_6_16

29. Шевчук В. І. Медико-соціальна реабілітація інвалідів військової служби та учасників антитерористичної операції. Вінниця: Рогальська І.С., 2015. 255 с.

30. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorder, (3rd edn, DSM III). Washington, DC, 1980. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3787052/>

31. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th edn, DSM-5). Washington, DC, 2013. URL: [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20-%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20-%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf)

32. Anthony W., Cohen M., Farkas M. et al. Psychiatric rehabilitation. 2nd ed. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University; 2002. URL: <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/Preview-Psychiatric-Rehabilitation-2nd-edition.pdf>

33. Bachrach L. L. Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the treatment of schizophrenia - what are the boundaries? Acta Psychiatr Scand. 2000. Vol. 102(Suppl. 407). P. 6-10. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11261643/>

34. Barbato A. Monzani E. Schiavi T. Life satisfaction in a sample of outpatients with severe mental disorders: a survey in northern Italy. *Qual Life Res.* 2004. Vol. 13. P. 969-973. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15233510/>

35. Batalova J., Lee A. Frequently requested statistics on immigrants and immigration in the United States. *Migration Information Source.* 2012. URL: <http://www.migrationinformation.org/usfocus/display.cfm?ID=886#1>

36. Boelen P. A., Smid G. E. Disturbed grief: prolonged grief disorder and persistent complex bereavement disorder. *Br Med J.* 2017. Vol. 357. P. 1-10. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28522468/>

37. Bonanno G. A., Westphal M., Anthony D., Mancini A. D. Resilience to loss and potential trauma. *The Annual Review of Clinical Psychology.* 2011. Vol. 7. P. 511-535. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21091190/>

38. Bryant R. A, Creamer M., O'Donnell M., Silove D., McFarlane A. C., Forbes D. A. Comparison of the capacity of DSM-IV and DSM-5 acute stress disorder definitions to predict posttraumatic stress disorder and related disorders. *Clin Psychiatry.* 2015. Vol. 76(4). P. 391-397. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25562379/>

39. Castex G. Immigrant children in the United States. *Children in the Urban Environment: Linking Social Policy and Clinical Practice.* Springfield, IL: Charles C. Thomas. 2006. Vol. 2. P. 50-74.

40. Corrigan P. W., Slopen N., Gracia G., et al. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: qualitative analysis of participant interviews. *Commun Ment Health J.* 2005. Vol. 41. P. 721-735. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16328585/>

41. Dimitry L. A systematic review on the mental health of children and adolescents in areas of armed conflict in the Middle East. *Child: Care, Health and Development.* 2011. Vol. 38(2). P. 153-166. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21615769/>

- 42.** Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy, Rev. Edn. Secaucus, NJ: Birch Lane, 1994. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7953024/>
- 43.** Farkas M., Gagne C., Anthony W., et al. Implementing recovery oriented evidence based programs: identifying the critical dimensions. *Commun Ment Health J.* 2005. Vol. 41. P. 141-158. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15974495/>
- 44.** Finkelhor D., Turner H., Ormrod R., Hamby S. L. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics.* 2009. Vol. 124(5). P. 1411–1423. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19805459/>
- 45.** Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J., Cohen J. A. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society of Traumatic Stress Studies (2nd ed.). New York: Guilford Press. 2009.
- 46.** Hauser S. T., Allen J. P., Golden E. Out of the woods: Tales of resilient teens. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2006. URL: https://books.google.com.ua/books/about/Out_of_the_Woods.html?id=3VDkqv5IUuMC&redir_esc=y
- 47.** Hoffman H.G. Virtual-reality therapy. *Sci Am.* 2004. Vol. 291. P. 58-65. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15298120/>
- 48.** Idsoe T., Dyregov A., Idsoe E. C. Bullying and PTSD symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology.* 2012. Vol. 40(6). P. 901–911. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22391775/>
- 49.** Jacobs H., Kardashian S., Kreinbring R., et al. A skills-oriented model for facilitating employment in psychiatrically disabled persons. *Rehabil Counsel Bull.* 1984. Vol. 27. P. 96-97.
- 50.** Janoff-Bulman R. Shattered assumptions. Towards a new psychology of trauma. New York: The Free Press, 1992.
- 51.** Kessler R. C., et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol.* 2017. Vol. 8(5):1353383. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29075426/>

52. Kleber R. J., Brom D. Coping with trauma: Theory, prevention and treatment. Abingdon. UK: Taylor & Francis, 2003.

53. Landolt M. A., Schnyder U., Maier T., Schoenbucher V., Mohler-Kuo M. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in adolescents: A national survey in Switzerland. *Journal of Traumatic Stress*. 2013. Vol. 26. P. 209–216. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23494743/>

54. Liberman R. P., Hilty D. M., Drake R. E., et al. Requirements for multidisciplinary teamwork in psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Serv*. 2001. Vol. 52. P. 1331–1342. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11585949/>

55. Liberman R. P., Kopelowicz A. Teaching persons with severe mental disabilities to be their own case managers. *Psychiatr Serv*. 2002. Vol. 53. P. 1377-1379. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12407262/>

56. Liberman R. P., Wallace C. J., Hassell J. Rehab rounds: predicting readiness and responsiveness to skills training: the Micro-Module Learning Test. *Psychiatr Serv*. 2004. Vol. 55. P. 764-766. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15232014/>

57. Luthar S. S., Cicchetti D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies. *Dev Psychopathol*. 2000. Vol. 12(4). P. 857–885. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1903337/>

58. McElroy E. M. Sources of distress among families of the hospitalized mentally ill. *New Dir Ment Health Serv*. 1987. Vol. 34. P. 61-72. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3614188/>

59. McGinley E., Varchevker A. Enduring trauma through the life cycle. London: Karnac Books. 2013.

60. McNally R. J. Psychological mechanisms in acute response to trauma. *Biol Psychiatry*. 2003. Vol. 53. P. 779-788. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12725970/>

61. O'Donnell M. L., Creamer M., Bryant R. A., Schnyder U., Shalev A. Posttraumatic disorders following injury: an empirical and methodological review. *Clin. Psychol. Rev.* 2003. Vol. 23. P. 587-603. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12788111/>

62. Oxford Dictionaries. Trauma. 2013. URL: <http://oxforddictionaries.com/definition/english/trauma>

63. Patton G. C., Coffey C., Posterino M., Carlin J. B., Bowes G. Life events and early onset depression: cause or consequence? *Psychol. Med.* 2003. Vol. 33. P. 1203–1210. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14580075/>

64. Priebe S., McCabe R., Bullenkamp J., et al. The impact of routine outcome measurement on treatment processes in community mental health care: approach and methods of the MECCA study. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2002. Vol. 11. P. 198-205. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12451967/>

65. Risen J. Military has not solved problem of sexual assault, women say. *New York Times.* 2012. P. 15.

66. Rogers E. S., Anthony W., Lyass A. The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses. *Commun Ment Health J.* 2004. Vol. 40. P. 437-450. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15529477/>

67. Rössler W., Loffler W., Fatkenheuer B., et al. Does case management reduce the rehospitalization rate? *Acta Psychiatr Scand.* 1992. Vol. 86. P. 445-449. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1471537/>

68. Shapiro F. Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures. New York: Guilford Press. 1995. URL: https://smartlib.umri.ac.id/assets/uploads/files/6cfb4-eye_movement_desensitization_and_reprocessing_emdr_basic_principles_protocols_and_procedures_2nd_edition.pdf

69. Southwick S. M., Bonanno G. A., Masten A. S., Panter-Brick C., Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol.* 2014. Vol. 5(1). P. 1–14. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4185134/>

70. Straussner S. L. A., Phillips N. K. Social work interventions in the context of mass violence. *Understanding mass violence: A social work perspective.* Boston: Allyn and Bacon. 2004. P. 3-19.

71. Ter Heide F. J. J., Mooren G. T. M., Kleber R. J. Complex PTSD and phased treatment in refugees: a debate piece. *Eur J Psychotraumatol.* 2016. Vol. 7:28687. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4756628/>

72. van der Kolk B. A., Roth S., Pelcovitz D., Sunday S., Spinazzola J. Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress.* 2005. Vol. 18(5). P. 389–399. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16281237/>

73. WHO International Classification of Diseases 11th Revision. Geneva: World Health Organization, 2018. URL: <https://icd.who.int/en>

74. World Health Organization. Key Facts Regarding Intimate Partner and Sexual Violence Against Women in the World. Geneva: Author. 2011

ДОДАТКИ

Додаток А

PHQ-9

Опитувальник для самодіагностики депресії пацієнта включає такі питання:

Як часто за останні 2 тижні вас турбували наступні проблеми?

Питання	Ні коли	Кі лька днів	Б ільше тижня	М айже кожного дня
Вам не хотілося нічого робити	0	1	2	3
У вас був поганий настрій, почували безвихідь	0	1	2	3
Вам було важко заснути, або ви дуже довго спали	0	1	2	3
Ви були втомлені, або у вас було мало сил	0	1	2	3
У вас був поганий апетит, або ви переїдали	0	1	2	3
Ви погано про себе думали	0	1	2	3
Вам було важко зосередитися (наприклад, на читанні газети або на перегляді телепередач)	0	1	2	3
Ви були настільки повільними, що оточучі це помічали? Або, навпаки, ви були настільки метушливі або схвильовані, що рухалися набагато більше звичайного	0	1	2	3

Вас відвідували думки про те, що вам краще було б померти, або про те, щоб завдати собі шкоди	0	1	2	3
---	---	---	---	---

Якщо пацієнт набрав більше 1 бала, попросіть його оцінити, наскільки важко йому було працювати, займатися домашніми справами або спілкуватися з людьми через зазначені проблеми.

Інтерпретація результатів:

1-4 бали – Відсутність або мінімальний рівень депресії.

5-9 балів – Легка депресія, рекомендована консультація психолога.

10-14 балів – Помірна депресія, рекомендована консультація психолога, психотерапевта.

15-19 балів – Важка депресія, необхідна консультація психотерапевта, психіатра.

20-27 балів – Вкрай тяжка депресія, необхідна термінова консультація психіатра.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі 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.

У кожного твердження є шкала від «1» до «5».

1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.
2. Я не маю почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я скоріше за все стримаюсь (застосую фізичну силу).
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.
6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.
7. Мені сняться ночами жахи про те, що було насправді на війні.
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.
9. Зовні я виглядаю байдужим.
10. Останнім часом я відчуваю що вкоротити віку.

11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.

12. Я весь час запитую, чому я ще живий, тоді як інші загинули на війні.

13. В певних ситуаціях я почуваю себе так, наче я знову в армії.

14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся у холодному поті і змушую себе більше не спати.

15. Я відчуваю, що більше не можу.

16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не чіпають.

17. Мене, як і раніше, тішать ті самі речі, що й раніше.

18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.

19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.

20. Мені важко зосередитися.

21. Я безпричинно плачу.

22. Мені подобається бути в суспільстві інших людей.

23. Мене лякають мої прагнення та бажання.

24. Я легко засинаю.

25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.

26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.

27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.

28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти будь-кому, бо цього нікому не зрозуміти.

29. Часом я вживаю алкоголь чи снодійне, щоб допомогти собі заснути чи забути про ті речі, що трапилися зі мною, коли я служив в армії.

30. Я не відчуваю дискомфорту, коли я перебуваю в натовпі.

31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.

32. Я боюся засинати.

33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що сталося зі мною в армії.

34. Моя пам'ять така ж добра, як і раніше.

35. Я відчуваю труднощі у виявленні своїх почуттів, навіть стосовно близьких людей.

Ключ:

Відповідь	Номери тверджень
Сума пунктів, які вважаються у прямих значеннях ($\Sigma 1$):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які вважаються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів:

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$.

Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Підраховується сума відповідей на затвердження (сумуються відповіді респондента на «прямі» затвердження та відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані таким чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Інтерпретація результатів:

Отримана сума дозволяє поділити піддослідних тих, які мають ПТСР і тих, які мають ПТСР:

- добре адаптовані – 76 ± 18 ;
- психічні розлади – 86 ± 26 ;

– ПТСР – 130 ± 18 .

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Частина I (оцінка рівня тривоги):

1. Я відчуваю напругу, мені не по собі:

3 – весь час

2 – часто

1 – час від часу,

0 – зовсім не відчуваю

2. Я відчуваю страх, здається, що щось жахливе може ось-ось

трапитися:

3 – безперечно, це так, і страх дуже великий

2 – так, це так, але страх не дуже великий

1 – іноді, але це мене не турбує

0 – зовсім не відчуваю

3. Стурбовані думки крутяться у мене в голові:

3 – постійно

2 – більшу частину часу

1 – час від часу і не так часто

0 – тільки іноді

4. Я легко можу сісти і розслабитися:

0 – безумовно, це так

1 – напевно, це так

2 – лише зрідка, це так

3 – зовсім не можу

5. Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння:

0 – зовсім не відчуваю

1 – іноді

2 – часто

3 – дуже часто

6. Я відчуваю непосидючість, мені постійно потрібно рухатися:

3 – безперечно, це так

2 – напевно, це так

1 – лише деякою мірою це так

0 – зовсім не відчуваю

7. У мене буває раптове почуття паніки:

3 – дуже часто

2 – досить часто

1 – не так часто

0 – зовсім не буває

Частина II (оцінка рівня депресії):

1. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене

таке ж почуття:

0 – безумовно, це так

1 – напевно, це так

2 – лише дуже мало це так

3 – це зовсім не так

2. Я здатний розсміятися і побачити в тій чи іншій події смішне:

0 – безумовно, це так

1 – напевно, це так

2 – лише дуже мало це так

3 – зовсім не здатний

3. Я відчуваю бадьорість:

3 – зовсім не відчуваю

2 – дуже рідко

1 – іноді

0 – практично весь час

4. Мені здається, що я став усе робити дуже повільно:

3 – практично весь час

2 – часто

1 – іноді

0 – зовсім ні

5. Я не стежу за своєю зовнішністю:

3 – безперечно, це так

2 – я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно

1 – можливо, я став менше приділяти цьому часу

0 – я стежу за собою так само, як і раніше

6. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення:

0 – так само, як і зазвичай

1 – так, але не в тій мірі, як раніше

2 – значно менше, ніж зазвичай

3 – зовсім так не вважаю

7. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо– або телепрограми:

0 – часто

1 – іноді

2 – зрідка

3 – дуже рідко

Оцінка результатів:

0-7 балів → «норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги та депресії)

8-10 балів → «субклінічно виражена тривога/депресія»

11 балів і вище → «клінічно виражена тривога/депресія».