Міністерство освіти та науки України
Національний університет “Острозька академія”
Навчально-науковий інститут соціально-гуманітарного менеджменту
Кафедра психології

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня магістра

на тему :

«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ»

Виконала студентка ІІ курсу, групи-ЗМПс-21
напрямку підготовки 053 “Психологія”
Акімова Олександра Іванівна

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології
Волошина-Нарожна Вікторія Олександрівна

Рецензент:
кандидат психологічних наук
Ширяєва Тетяна Михайлівна

Допущено до захисту:
Завідувач кафедри:_____
Оксана МАТЛАСЕВИЧ

Острог - 2024

ЗМІСТ

ВСТУП……3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ……..……..8

1.1. Теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення проблеми психологічної реабілітації …….……....8

1.2. Психологічна реабілітація військовослужбовців в Україні……...16

1.3. Світовий досвід психологічної допомоги військовослужбовцям. Досвід психологічної реабілітації військовослужбовців Великобританії……22

1.4. Визначення поняття ПТСР та його наслідки для психічного здоров'я військовослужбовців ……..……..……..26

1.5. Висновки до першого розділу…….……..32

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....34

2.1. Організація та опис методики дослідження…….34

2.2. Аналіз вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій……...…41

2.3. Висновки до другого розділу……..….59

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЯ.....61

3.1. Розробка та опис програми психологічної реабілітації військовослужбовців…….61

3.2. Реалізація програми психологічної реабілітації військовослужбовців та її результати…….…84

3.3. Висновки до третього розділу…….…….93

ВИСНОВКИ.....95

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....99

ДОДАТКИ……..112

ВСТУП

Постановка проблеми. Війна в Україні робить актуальною як ніколи проблему збереження та відновлення психологічного здоров'я, а особливо це стосується військовослужбовців, що безпосередньо приймають участь у боєзіткненнях. А це практично завжди супроводжується стресовою реакцією організму, і якщо не буде надана своєчасна кваліфікована допомога, то це може призвести до несприятливих наслідків і для військовослужбовців, і для суспільства в цілому.

Наразі гострою є потреба в реабілітаційній психологічній допомозі різним категоріям травмованих осіб, до яких входять як військовослужбовці та ветерани, так і члени їхніх сімей, які переживають руйнацію звичного життя.

Перебуваючи у стані війни, що триває досі, гостро як ніколи стоїть питання щодо застосування та вдосконалення вже наявної системи заходів щодо реабілітації військовослужбовців. І хоча багато науковців та діячів у сфері державної політики приділяють значну увагу питанню соціально-психологічної реабілітації, воно все ж залишається актуальним як ніколи. Існуюча система реабілітаційних заходів ще не повністю пристосована до вирішення наявних соціально-психологічних потреб військовослужбовців та ветеранів. Адже особливістю медико-психологічної реабілітації військовослужбовців, що беруть участь у бойових діях, є як спрямованість на відновлення боєздатності в ході ведення бойових дій, так і відновлення працездатності при поверненні до мирного життя. Система реабілітації має забезпечити соціалізацію особистості й відновлення її до колишнього рівня, причому це стосується не тільки відновлення здоров'я, але й соціального статусу особистості, правового становища, морально-психологічної рівноваги, упевненості в собі. Отже, актуалізується проблема дослідження особливостей психологічної реабілітації військовослужбовців, які можуть стати основою у запроваджені нових методів чи вдосконаленні наявних щодо надання психологічної та соціальної допомоги.

Ступінь наукової розробки проблеми. Загальними питаннями психологічної реабілітації та надання психологічної допомоги

військовослужбовцям, що брали безпосередню участь у бойових діях, займались такі іноземні науковці як K. R. Monden, Z. Trost, Р. Г. Френк, Б. Каплан і М. Розенталь, М. Фрейн, М. Бетхел і М. Бішоп та інші. А також українські - А. П. Мельник, Л. Г. Борецька, Ю. О. Луцкевич, Т. М. Титаренко, І. А. Лурін, І. М. Льовкін, О. В. Числіцька, В. І. Маланюк та С. Л. Борисова, та ще багато інших вітчизняних.

У своїх роботах науковці А. Пушкарьов, А. Жаданюк, О. Тимченко, О. Євсюков досліджували питання посттравматичних стресових розладів та методів подолання наслідків психічних травм. Загальні питання соціально-психологічної роботи з військовослужбовцями, а також їх взаємодії з рідними та близькими досліджувалися такими науковцями як В. Багрій, В. Бондаренко, Л. Гончаренко, А, Капська, Н. Олексюк та іншими.

Мета роботи: теоретичне вивчення особливостей психологічної реабілітації військовослужбовців, емпіричне дослідження їх психологічного стану, створення програми психологічної реабілітації військовослужбовців, її реалізація та оцінка ефективності програми психологічної реабілітації для військовослужбовців із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Об’єкт дослідження - психологічна реабілітація військовослужбовців.

Предмет дослідження – особливості психологічної реабілітації військовослужбовців.

Завдання дослідження:

1. визначити сутність та зміст психологічної реабілітації військовослужбовців;
2. розкрити особливості психологічної реабілітації військовослужбовців;
3. охарактеризувати закордонний досвід державної політики соціально - психологічної реабілітації військовослужбовців;
4. емпірично дослідити психологічний стан військовослужбовців, що мають досвід участі у бойових діях;
5. розробити програму психологічної реабілітації та корекції стану військовослужбовців;

6. впровадити програму та довести на практиці ефективність запропонованих методів.

Гіпотези науково-дослідної роботи: військовослужбовці, що отримали психологічну допомогу мають кращий психологічний стан, швидший період адаптації до повсякденного життя, менше труднощів у спілкуванні, соціалізації та у сімейному житті.

Методологія дослідження.

Емпіричне дослідження аналізу вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців здійснювалося за допомогою:

- Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокун) [3];
- IES (Шкала Впливу Подій) [3];
- Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart) [3];
- Шкала PC-PTSD-5 для скринінгу посттравматичних стресових розладів в умовах первинної медичної допомоги [32].

Методи дослідження. Для вирішення окреслених завдань дослідження застосовано комплекс теоретичних та емпіричних методів.

Теоретичні: аналіз літератури, систематизація та узагальнення зібраних даних.

Емпіричні: для оцінки ступеня вираження симптомів посттравматичних стресових розладів та наявності психологічної травми у військовослужбовців використано методики: «Шкала оцінки впливу травматичної події» (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R), яка дозволяє виявити симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) й оцінити ступінь їх вираженості [3]; методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (Кокун О.М.), яка дозволяє дослідити різні складові психофізіологічного стану опитаних, і зробити це досить точно і досить швидко [3]; експрес-методика «Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР» (B.B. Hart) та «Шкала PC-PTSD-5 для скринінгу посттравматичних стресових розладів в умовах первинної медичної допомоги», які застосовуються для виявлення тривоги, депресії та ПТСР [32].

Математично-статистичні методи: статистичний аналіз даних результатів емпіричних досліджень на основі статистичного критерію t-Стьюдента для залежних вибірок. У процесі аналізу отриманих даних для оцінки взаємозв'язків між показниками було використано метод кореляційного аналізу Пірсона. За його допомогою можна визначити силу і напрямок лінійної залежності між досліджуваними параметрами. Значення коефіцієнтів кореляції (r) варіювалися в діапазоні від -1 до 1, де значення близькі до -1 або 1 вказують на сильний зв'язок, а значення близькі до 0 свідчать про слабкий або відсутній зв'язок [34].

До емпіричного дослідження було залучено військовослужбовців 46 ОАМБр та поточних бригад, що знаходяться в одному місці дислокації. Вибірка становила 58 осіб.

Теоретична та практична значущість наукового дослідження полягає у тому, що висновки та пропозиції викладені в дослідженні можуть бути використані під час розробки нових програм у сфері надання психологічної реабілітації військовослужбовцям в Україні; у включенні застосованих у програмі методик до комплексу заходів з реабілітації; у навчальному процесі для підготовки лекційного матеріалу у закладах вищої освіти з дисциплін: «Військова психологія», «Основи реабілітаційної психології», «Основи психологічної реабілітації». Також результати дослідження можуть бути використані при подальшому науковому розгляді зазначеної проблеми.

Новизна дослідження: в огляді проблем та перспектив психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні станом на сьогодні; проведенні емпіричного дослідження психологічного стану військовослужбовців, при тривалому перебуванні в зоні бойових дій; створена та впроваджена програма психологічної реабілітації для роботи з діючими військовими, яка пройшла апробацію та була застосована в роботі з військовими, в яких були виявлені ознаки посттравматичного стресового розладу (ПТСР); можливість подальшого розвитку та впровадження методики в психологічній реабілітації військовослужбовців в Україні.

Апробація результатів дослідження. Результати, отримані після реалізації програми та висновки, описані у кваліфікаційній роботі на здобуття освітнього ступеня магістра були апробовані у тезах на VIII Міжнародній студентській науковій конференції «Актуальні питання та перспективи проведення наукових досліджень» 13 грудня 2024 року м. Дніпро з подальшим публікуванням у збірнику матеріалів конференції (Додаток 5).

Структура роботи складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел із 114 найменувань та 5 додатків. У першому розділі проведено теоретико-методологічний аналіз проблеми реалібілітації військовослужбовців. У другому розділі представлено емпіричне дослідження стану військовослужбовців. У третьому розділі надано програму психологічної реабілітації військовослужбовців, реалізовано її та показано результати. Робота містить 20 рисунків та 6 таблиць. Загальний обсяг роботи – 120 сторінок, із яких 100 сторінок основного тексту.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Теоретичний аналіз наукових підходів до вивчення проблеми психологічної реабілітації

В часі війни в Україні дуже актуальною є проблема збереження та відновлення психологічного здоров'я військовослужбовців. Участь у бойових діях супроводжується постійними стресовими реакціями організму, переживанням травмуючих подій, що можуть в подальшому призвести до несприятливих наслідків, а також до руйнації життя вцілому.

На даному етапі пріоритетним напрямком військово-медичної доктрини України є створення цілісної системи реабілітації, що включає медичну, фізичну, психологічну, соціальну та професійну складові. Ця система покликана забезпечити військовослужбовцям та ветеранам повернення до військових лав або трудової діяльності у найкоротший термін. З кожним днем зростає кількість осіб, які потребують медико-психологічної реабілітації. Це є проблемою не лише сьогодення, а й найближчих десятиліть [7, 46].

Медико-психологічна реабілітація в Збройних Силах України спрямована на збереження здоров'я, зниження частоти і тяжкості наслідків бойових психічних травм, таких як посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та хронічні психопатологічні зміни. Основне завдання реабілітації - це найшвидше усунення хворобливих симптомів і відновлення психофізіологічних функцій [8].

Українські автори активно досліджують психологічну реабілітацію, зокрема у контексті наслідків війни, травм і ПТСР. Так, Мельник А. П. наголошує на важливості психологічної реабілітації уже в ході проведення бойових дій, визначаючи саме поняття такої реабілітації як різновиду психологічної допомоги, що є націленою на відновлення порушених психічних можливостей і здоров'я вцілому [45]. Основними завданнями цього процесу є нормалізація психічного стану, відновлення психічних функцій, гармонізація

образу «Я» ветерана та допомога у встановленні конструктивних відносин з іншими [45].

Борецька Л. Г. акцентує увагу нормалізації порушених психічних функцій та створенні сприятливих умов для ефективного виконання службових обов'язків, розуміючи під поняттям психологічної реабілітації заходи, що являють собою комплекс, що спрямований на збереження, відновлення та корекцію психофізіологічних і психічних функцій, оптимального рівня боєздатності військовослужбовців [8]. Відповідно, проблема психологічної реабілітації в Україні є надзвичайно актуальною, особливо у світлі наслідків військових дій. Інтеграція різних підходів до відновлення психічного здоров'я військовослужбовців може сприяти їхній успішній адаптації до соціального середовища та виконанню професійних обов'язків.

Абдряхімов Р. А., досліджуючи особливості проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців, наголошує на важливості комплексної медико-психологічної реабілітації. Науковець підкреслює, що одним із перших етапів має бути відновлення самооцінки ветеранів, оскільки внаслідок бойового стресу у них часто спостерігається втрата цілісного самосприйняття, що ускладнює їхнє повернення до мирного життя. Автор зазначає, що структура самоставлення, самооцінки та система міжособистісних зв'язків у таких людей потребує відновлення, а часом і створення нової [55].

Болтоносов С. В. стверджує, що ключовим завданням психологічної реабілітації є зменшення впливу хронічних психічних розладів, таких як ПТСР, особливо серед військовослужбовців, які мають супутні проблеми, наприклад, зловживання алкоголем. Він підкреслює, що ефективна реабілітація повинна включати комплексний підхід, орієнтований на відновлення емоційної рівноваги та корекцію поведінкових моделей [7]. Бриндіков Ю. Л. наголошує, що психологічна реабілітація військовослужбовців повинна передбачати гармонійне поєднання медичної, соціальної та психологічної допомоги. Автор визначає її як систему заходів, спрямованих на збереження і відновлення

психофізіологічних функцій, що дозволить учасникам бойових дій адаптуватися до нових умов життя. Вчений також акцентує на важливості використання арт-терапії та інших методів, які сприяють полегшенню інтеграції ветеранів у мирне суспільство [9; 10].

Значну увагу аспекту соціально-психологічної реабілітації приділяє Володарська Н. Д., яка зазначає, що діалогова психотерапія може бути ефективним засобом для подолання наслідків травматичного досвіду. Вона вважає, що саме інтерактивні методи роботи, які стимулюють активну участь військовослужбовців у реабілітаційному процесі, сприяють глибшому осмисленню свого досвіду і розробці нових поведінкових стратегій [17].

Титаренко Т. М. підкреслює, що соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців повинна передбачати не просто повернення до попереднього рівня функціонування, а й сприяти трансформації їхньої особистості. Авторка наголошує, що перепроектування життя, встановлення нових цілей і орієнтирів є необхідним етапом цього процесу. Вона визначає це як активізацію здатності до життєтворення, що дозволяє не тільки подолати наслідки травматичних подій, а й досягти якісно нового рівня функціонування [65; 66]. Таким чином, різні підходи до психологічної реабілітації підкреслюють її багатогранність і необхідність індивідуалізованого підходу до кожного військовослужбовця. Бриндіков Ю. Л. надає визначення психологічної реабілітації як комплексного процесу, спрямованого на допомогу особі у формуванні нової системи значимих стосунків. Вчений зазначає, що реабілітація має охоплювати відновлення позитивного ставлення до себе, співвіднесеного зі світом, минулим, сьогоденням і майбутнім життя [9; 10]. Бриндіков Ю. Л. підкреслює важливість допомоги військовослужбовцям та членам їхніх родин у відновленні зв’язків із природним, соціальним і культурним середовищем. Зокрема, психолог має структурувати у свідомості особи реалії зовнішнього світу та співставляти їх із внутрішніми реаліями [11].

Болтоносов С. В. у своїх дослідженнях підкреслює роль когнітивно-поведінкових методів у реабілітації військовослужбовців. Він акцентує увагу на

необхідності корекції деструктивних поведінкових моделей і стимуляції розвитку стійкості до стресових факторів. Болтоносов С. В. також вказує на важливість соціальної підтримки, яка значно підвищує ефективність процесу відновлення психічного здоров'я [7]. На думку Данілевської Н. В., психологічна реабілітація передбачає не лише відновлення психічного балансу, але й формування здатності долати наслідки травматичних подій. Вона наголошує, що особливості бойових психотравм потребують спеціалізованого підходу, який враховує індивідуальні реакції військовослужбовців на стресові ситуації [24].

Назаренко І. І. та його колеги звертають увагу на багатогранність психологічної реабілітації, яка повинна включати як психотерапевтичні, так і соціально-адаптаційні методи. Вони підкреслюють, що психологічна допомога має бути спрямована на подолання емоційних бар'єрів, розвиток стійкості та повернення до активної участі в соціальному житті [46]. Таким чином, підходи до психологічної реабілітації військовослужбовців вимагають врахування як когнітивно-поведінкових аспектів, так і соціальної підтримки, що є невід'ємними складовими ефективного процесу відновлення.

Бриндіков Ю. Л. наголошує, що психологічна реабілітація є комплексним процесом, який охоплює відновлення психічного здоров'я, соціальної адаптації та розвитку стійкості до нових життєвих викликів. У своїх дослідженнях він пропонує багатокомпонентний підхід, що включає врахування індивідуальних запитів ветеранів, їхніх потреб у соціальному та професійному середовищі, а також акцентує увагу на залученні членів сім'ї до процесу реабілітації. Автор розробив програму психореабілітації, яка орієнтована на відновлення не лише психічних функцій, а й системи соціальних зв'язків [9; 10]. Сиропятов О. Г. у своїх працях робить акцент на необхідності подолання стигми, пов'язаної з ПТСР та іншими психічними розладами, а також на відновленні соціальних зв'язків ветеранів. Він зазначає, що інтеграція ветеранів у суспільство має базуватися на особистісному підході, який враховує як їхні індивідуальні потреби, так і суспільні виклики. Вчений також підкреслює важливість

формування позитивного соціального середовища, що сприяє зниженню рівня ізоляції ветеранів [60].

Володарська Н. Д. звертає увагу на інтеграцію психотерапевтичних і соціальних підходів до реабілітації військовослужбовців. Вона визначає реабілітацію як процес, спрямований на відновлення якості життя через розвиток когнітивних і поведінкових навичок. Її підхід базується на використанні міжнародних стандартів оцінки функціональних можливостей людини, зокрема через адаптацію Міжнародної класифікації функціонування (ICF), що дозволяє враховувати фізичні, психологічні та соціальні фактори [17].

Професор Гавенко В. Л. визначає психологічну реабілітацію як процес, спрямований на максимізацію незалежності та функціональних можливостей ветеранів із фізичними та психічними порушеннями. Він наголошує, що реабілітація включає роботу з емоційними, когнітивними та поведінковими аспектами, що сприяють адаптації до нових умов життя. Гавенко В. Л. підкреслює необхідність забезпечення доступу до кваліфікованої допомоги, яка включає як медичні, так і соціальні компоненти [20]. Таким чином, сучасні підходи до психологічної реабілітації військовослужбовців вимагають інтеграції когнітивно-поведінкових методів, подолання соціальних стигм, а також використання міжнародних стандартів оцінки функціонального стану особи. Основною метою є не тільки відновлення психічного здоров’я, але й адаптація до нових життєвих обставин.

Бриндіков Ю. Л. у своїх дослідженнях наголошує, що психологічна реабілітація має включати не лише відновлення психічного здоров’я, а й забезпечення соціальної інтеграції ветеранів. Вчений вказує на необхідність врахування як медичних, так і психологічних аспектів допомоги, що дозволяє створити цілісний підхід до реабілітації військовослужбовців. Він також звертає увагу на важливість розвитку компетенцій у фахівців, які працюють у сфері реабілітаційної психології, з метою підвищення ефективності реабілітаційних програм [9]. На думку Володарської Н. Д., реабілітація повинна бути багатокомпонентною та орієнтованою на відновлення функціональних

можливостей і якості життя ветеранів. Авторка підкреслює, що ефективна програма реабілітації має включати оцінку психологічного стану, індивідуальну терапію, групову підтримку та навчання навичкам управління стресом і емоціями [17].

Гавенко В. Л. визначає психологічну реабілітацію як комплекс заходів, спрямованих на відновлення не лише психічного балансу, але й комунікативних здібностей, самооцінки та механізмів адаптації. Він наголошує, що реабілітація військовослужбовців повинна враховувати їхні індивідуальні потреби у професійному, сімейному та соціальному середовищі [20]. Сиропятов О. Г. звертає увагу на важливість соціальної підтримки у процесі реабілітації. Він зазначає, що головним завданням є забезпечення умов для успішної адаптації та інтеграції військовослужбовців у мирне суспільство. Його дослідження підкреслюють, що реабілітаційні програми мають бути адаптовані до особливих викликів, з якими стикаються ветерани [60].

З питанням психологічної реабілітації працюють багато іноземних вчених. Монден К. (K. R. Monden) і Трост З. (Z. Trost) у своїх роботах дають визначення психологічної реабілітації як процесу, що відбувається після переживання травматичної події, коли відбуається відновлення психічного здоров’я і функціонування людини. На їхню думку, ефективною може бути реабілітація, яка включатиме підходи, що допомагатимуть змінювати мислення та поведінку людини щодо стресових факторів. І такими підходами автори бачать підходи когнітивно-поведінкової терапії. В їх роботах піднімається питання соціальної підтримки як важливого елементу процесу відновлення [101]. Основну увагу авторів посідають люди з травмами спинного мозку, а психологічна реабілітація таких пацієнтів, на думку авторів, це не просто медичний процес, а багатогранний підхід, який поєднує психотерапію, соціальну адаптацію та підвищення стійкості до майбутніх викликів. Автори зосереджуються не тільки на подоланні людьми фізичних наслідків, а й на емоційних та соціальних аспектах таких травм. Основною досліджуваною якістю у їхніх дослідженнях є

стійкість, і вона постає як здатність адаптуватися до життєвих труднощів і травм [101].

Френк Р. Г., Каплан Б. і Розенталь М. визначають психологічну реабілітацію як галузь, що зосереджується на відновленні психічного здоров'я і життєздатності людини після травм чи хронічних захворювань. «Реабілітаційна психологія - це спеціалізована сфера практики, яка «зосереджується на вивченні та застосуванні психологічних знань і навичок від імені осіб з обмеженими можливостями та хронічними захворюваннями з метою максимізації здоров'я та добробуту, незалежності та вибору, функціональних здібностей та соціальної ролі» [95, с. 35]. Автори вважають, що дуже важливою є адаптація до нових умов життя через психологічну підтримку, а не тільки відновлення фізичних функцій людини. В полі дослідження Френка Р. Г., Каплана Б. і Розенталя М. перебувають особи, що зазнали важких травм, таких як пошкодження спинного мозку або інші серйозні захворювання. Особливу увагу автори приділяють інтеграції психотерапевтичних і поведінкових підходів, які допомагають пацієнтам подолати емоційні бар'єри, адаптуватися до нових обставин, розвинути стійкість та відновити емоційне благополуччя [95].

Фрейн М., Бетхел М. і Бішоп М. визначають психологічну реабілітацію як комплексний процес, що включає відновлення психічного здоров'я та соціальної адаптації. Вони акцентують увагу на специфічних викликах, з якими стикаються військові ветерани після повернення з зони виконання бойових завдань. Тому розробили п'ятиточкову модель реабілітації, що включає акцентування уваги на запитах ветеранів під час реабілітаційних тренінгів, врахування особливих потреб ветеранів під час працевлаштування, навчання ветеранів самодопомозі, використання моделі життєздатності сім'ї та залучення більше дослідників до розв'язання проблем ветеранів [94].

Санчес Дж., Розенталь Д., Танзі Т., Фрейн Н. і Безяк Дж. у своїх дослідженнях пропонують підхід, що включає подолання стигми, покращення функціонування в суспільстві та відновлення соціальних зв'язків людини. Вони визначають психологічну реабілітацію як процес відновлення якості життя,

використовуючи Міжнародну класифікацію функціонування, інвалідності та здоров'я (ICF) для оцінювання фізичних та психологічних аспектів реабілітації, акцентуючи увагу на особистісних та соціальних факторах, що впливають на одужання [106].

Професор медицини та реабілітації Стіерс В. визначає психологічну реабілітацію як галузь, що є спрямованою на максимізацію незалежності та функціональних можливостей людей із фізичними і когнітивними порушеннями, а також хронічними станами. На його думку, психологічна реабілітація включає роботу з емоційними, когнітивними та поведінковими аспектами, що сприяє адаптації до нових життєвих умов [109].

Підхід до питання психологічної реабілітації, який базується на принципах, розроблених Райт Б., і містить особливий акцент на адаптації та цілісному підході до реабілітації належить авторам Таккетт М., Неш Л., Стаки К. та Ніренберг Б. Вони дають визначення психологічній реабілітації як процесу, що включає не лише відновлення психічного здоров'я осіб із серйозними захворюваннями або травмами, але й їх соціальну інтеграцію. Дані автори зосереджуються на розвитку психологічних компетенцій у фахівців, що працюють з реабілітаційною психологією, та на необхідності створення таких програм, які враховуватимуть і медичні, і психологічні аспекти допомоги [112].

Психологічну реабілітацію, як комплексний підхід, що має на меті відновлення особистісної функціональності та покращення якості життя пацієнтів відповідно до їх потреб, визначають Вайт Г., Суховерска М. та Кемпбел М. В своїх роботах вони наголошують на важливості включення в процес таких компонентів як: оцінку психологічного стану, індивідуальну терапію, групову підтримку та навчання навичкам щодо подолання стресу та управління емоціями [114].

Отже, психологічна реабілітація військовослужбовців є багатогранним процесом, який включає медичну, психологічну та соціальну допомогу. Її основною метою є не лише відновлення психічного здоров'я, а й сприяння

успішній інтеграції ветеранів у суспільство, забезпечення їхнього емоційного благополуччя та функціональної незалежності.

1.2. Психологічна реабілітація військовослужбовців в Україні

Психічне здоров'я військовослужбовців є об'єктом глибокого дослідження як у військовій психології, так і серед цивільних фахівців. Захист ментального благополуччя військових та ветеранів залишається одним із найгостріших питань сучасності. Участь у бойових діях або перебування в зонах, підданих постійним обстрілам ракетами, артилерією чи бомбардуванням, суттєво підвищують ризик стресових реакцій, сприяють виникненню психічних розладів, таких як депресія, тривога, посттравматичні стресові розлади (ПТСР) тощо.

На сьогодні особливо актуальною є проблема, коли у військовослужбовців проявляються симптоми депресії, тривоги, гострої реакції на бойовий стрес або травму. Зокрема, поширені депресивні стани, генералізований тривожний розлад, які часто потребують втручання кваліфікованих спеціалістів – психологів, психіатрів та психотерапевтів. Військові, які стикаються з такими проблемами, мають підвищений ризик розвитку ПТСР [26].

За даними досліджень [45], психологічної допомоги потребує від 20 % до 40 % військових. При цьому симптоми гострої травми фіксуються у 60-80 % захисників, які були свідками загибелі побратимів, мирного населення або бачили тіла загиблих. Найбільший ризик розвитку психічних порушень спостерігається серед молодих військовослужбовців віком 18-24 років. У 12-20 % військовослужбовців, які не звернулися за психологічною допомогою виявлені симптоми ПТСР. За даними дослідження чинниками, що утримали їх від звернення стали страх осуду за прояви слабкості чи боягузтва, а також через побоювання втратити військову кар'єру [45].

Серед військовослужбовців у два рази частіше спостерігаються тривожні та великі депресивні розлади. Окрім цього, вони частіше схильні до зловживання

алкоголем чи іншими психоактивними речовинами, що негативно впливає на їхній психічний стан.

Психічне здоров'я військовослужбовців демонструє суттєво гірші показники у порівнянні з рештою населення:

- у військовослужбовців частіше діагностовані тривожні розлади, ніж у цивільних;

- також частіше діагностується серед військослужбовців депресивний розлад (4,8% проти 3,63%);

- зловживання психоактивними речовинами удвічі частіше, в порівнянні з цивільним населенням;

- жінки-військовослужбовиці менше піддаються до зловживання психоактивними речовинами, ніж чоловіки-військовослужбовці;

- діагностовані тривожні розлади, ПТСР та розладами настрою у жінки-військовослужбовиць частіше [38].

Аналіз даних [45] свідчить, що укомплектованість штатів психологів у Збройних Силах України (ЗСУ) є недостатньою. Станом на сьогодні недоукомплектовано 29% штатних посад психологів, і лише 62% офіцерів-психологів мають відповідну фахову освіту. За статистикою, на 400–500 військовослужбовців припадає один психолог. Для порівняння, в армії Ізраїлю норматив становить один психолог або соціальний працівник на 70–90 осіб.

Відповідно до Інструкції (наказ «Про затвердження Інструкції з організації психологічного забезпечення особового складу Збройних Сил України» від 18.10.2021 № 305), встановлено допустимі норми службового навантаження для одного офіцера-психолога:

- психологічно-професійний відбір до 10-15 осіб на день;

- психологічне консультування та реабілітація - до 7 осіб на день;

- робота з військовослужбовцями, які мають розлади - до 4 осіб на день [26].

Аудит системи психічного здоров'я в ЗСУ, проведений Міністерством оборони України, показав, що психологічна служба ЗСУ складається з п'яти етапів надання психологічної допомоги:

- територіальний центр комплектування та соціальної підтримки (ТЦК та СП);
- навчальний центр;
- підрозділ постійної дислокації (ППД);
- зона бойових дій;
- етап відновлення (рис. 1.1).

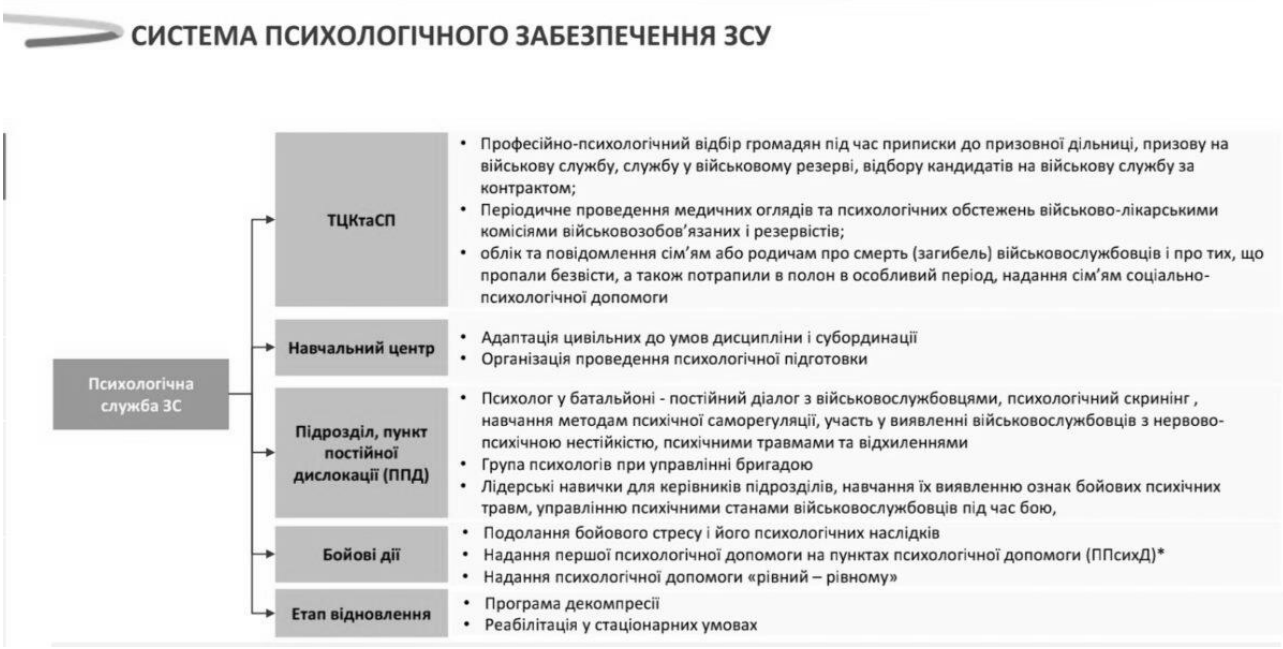


Рисунок 1.1. Система психологічного забезпечення Збройних сил України [30]

Відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України від 31.03.2015 № 149 «Про затвердження Порядку використання коштів, передбачених у державному бюджеті для здійснення заходів щодо надання соціальної та психологічної допомоги центрами соціально-психологічної реабілітації населення» (зі змінами) до сфери управління Міністерства у справах ветеранів належить п'ять центрів соціально-психологічної реабілітації населення. Всі вони фінансуються з державного бюджету, а Міністерство є як головним розпорядником бюджетних коштів, так і відповідальним виконавцем даної бюджетної програми. Якщо опиратися на дані, що були станом на 2018 рік, то можна зробити висновок, що бюджетна програма із психологічної реабілітації не може забезпечити всіх ветеранів, а потреба є більшою за пропозицію (Рисунок 1.2).

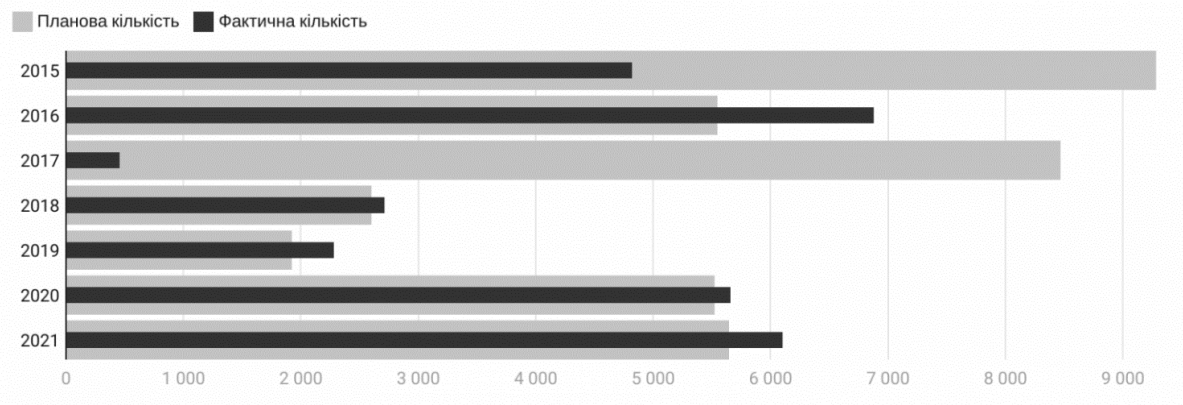


Рисунок 1.2. Планова та фактична кількість звернень ветеранів [31]

Створення програм психологічної реабілітації, що ґрунтуються на результатах досліджень і враховують конкретні потреби учасників опитувань, є ключовим етапом процесу відновлення військовослужбовців.

За даними онлайн-опитування, проведеного Українським ветеранським фондом, найбільше Захисників хвилюють питання забезпечення потреб родини, житла, а також інформаційна, юридична, психологічна та медична підтримка [30]. В українській системі охорони здоров'я реабілітаційні заходи для ветеранів передбачають комплексний підхід, який включає:

- психологічну реабілітацію;
- фізичну реабілітацію;
- протезування;
- санаторно-курортне лікування;
- безоплатне отримання медикаментів [31].

Згідно із законодавством України, зокрема статтею 11 Закону України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей», право на безоплатну психологічну допомогу мають:

- ветерани війни;
- особи, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною;
- члени сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та Захисників і Захисниць України [30].

Організація надання психологічної допомоги цим категоріям здійснюється Міністерством у справах ветеранів, що включає також забезпечення ветеранів доступом до якісної психологічної допомоги, з урахуванням їхніх індивідуальних потреб (постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 року № 1338).

Психологічна допомога військовослужбовцям надається на трьох рівнях. Соціально-психологічна підтримка, яка включає соціальні послуги: соціальний супровід, адаптацію та консультування, відноситься до першого рівня. І якщо психологічна реабілітація входить до другого рівня, то третій рівень поєднує в собі заходи комплексної медико-психологічної реабілітації вцілому [31].

Рівень надання послуг визначається за результатами психологічної діагностики з урахуванням життєвих обставин, стану здоров'я та психічного стану отримувача допомоги. Але психологічна просвіта, діагностика, групова робота та консультування надаються на всіх рівнях, змінюючись за змістом в залежності від їхнього рівня допомоги. Обов'язковою є психологічна діагностика, яка має проводитися на початку роботи з людиною та при її завершенні, і умовою методів, що застосовуються для діагностики є їх валідність. Що ж до психотерапії, то вона надається лише на другому та третьому рівнях [30; 31].

Станом на березень 2024 року урядом ведеться наповнення Реєстру постачальників послуг із психологічної реабілітації. Вважається, що до даного реєстру можуть бути включені спеціалізовані заклади будь-якої форми власності, зокрема фізичні особи-підприємці, що надають відповідні послуги. Вартість реабілітаційних послуг компенсується Міністерством у справах ветеранів. На 2024 рік на ці потреби передбачено фінансування в розмірі 160 млн гривень [40].

21 червня 2024 року Кабінет Міністрів України затвердив розпорядження «Про затвердження плану заходів на 2024-2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року». У документі представлено детальний план дій, спрямований на вдосконалення

системи охорони психічного здоров’я, зокрема для військовослужбовців та ветеранів. В межах пункту, присвяченого створенню системи психологічного відновлення військовослужбовців, передбачено:

1) Аналіз відповідності національних нормативно-правових актів і військових стандартів до стандартів держав-членів НАТО, а також запровадження сучасних програм і протоколів з надання психологічної допомоги та реінтеграції [18].

2) Організацію діяльності центрів відновлення ментального здоров’я.

3) Впровадження і моніторинг проекту «Створення системи психологічного відновлення особового складу Збройних Сил України».

4) Формування реєстру надавачів психологічної допомоги серед цивільних фахівців у сфері психічного здоров’я.

Реалізація цих заходів розпочинається з ІІІ кварталу 2024 року і триватиме до 2026 року за участю Міністерства оборони, Міністерства охорони здоров’я (МОЗ) та Координаційного центру з психічного здоров’я [30].

Заходи для підтримки психічного здоров’я ветеранів та членів їхніх сімей присвячені підтримці психічного здоров’я ветеранів війни, осіб із особливими заслугами перед Батьківщиною, постраждалих учасників Революції Гідності, членів їхніх сімей та сімей загиблих Захисників України, передбачають:

1) Надання психологічної допомоги.

2) Проведення інформаційно-роз’яснювальної роботи з метою підвищення обізнаності щодо питань психічного здоров’я, прав і свобод громадян при отриманні відповідних послуг.

3) Впровадження і моніторинг проекту «Перехід від військової служби до цивільного життя (у частині психологічної допомоги)».

Ці заходи мають бути реалізовані у період з 2024 до 2026 року за участю Міністерства у справах ветеранів (Мінветеранів), Міністерства оборони (Міноборони) та Координаційного центру з психічного здоров’я [30; 31].

Реалізація зазначених заходів дозволить значно покращити систему охорони психічного здоров’я в Україні, адаптувати її до потреб військових і

ветеранів, а також забезпечити високий рівень психологічної підтримки як під час служби, так і після її завершення.

Отже, захист ментального здоров'я військовослужбовців та ветеранів є одним із найгостріших питань. Адже вони частіше мають реакції на гострий стрес, втому, тривожність, переживають травмівні події та мають підвищений ризик розвитку ПТСР, що негативно впливає на їхній психічний стан. Спираючись на дані, можемо стверджувати, що на разі забезпечення спеціалістами в галузі психологічного здоров'я є недостатнім. На державному рівні заплановані та реалізовуються заходи щодо покращення наявної системи охорони психічного здоров'я військовослужбовців та ветеранів, що включають створення програм психологічної реабілітації, які мають стати ключовим етапом процесу відновлення військовослужбовців в Україні.

1.3. Світовий досвід психологічної допомоги військовослужбовцям. Досвід психологічної реабілітації військовослужбовців Великобританії

Згідно із законодавством Великобританії, ветеран - це будь-яка особа, яка відслужила хоча б один день у Збройних Силах Його Величності (регулярних чи резервних), або входила до екіпажу торгових суден, які брали участь у визначених законом військових операціях [108].

За даними Міністерства оборони Сполученого Королівства, у 2022 році у Великобританії проживало близько 2 мільйонів ветеранів. Прогнозується, що до 2028 року ця кількість скоротиться до 1,6 мільйона. Водночас очікується зростання частки ветеранів працездатного віку - з 37% у 2016 році до 44% у 2028 році, а також збільшення відсотка жінок-ветеранів з 10% до 13% [111]. Щороку понад 14 тисяч осіб залишають Збройні Сили Великобританії, офіційно отримуючи статус ветерана [108].

У Сполученому Королівстві активну роль у вивченні психічного здоров'я військових і ветеранів відіграють дослідницькі центри при Міністерстві оборони. Основна увага приділяється вивченню ПТСР, оцінці потенціалу психологічного

втручання та допомоги, а також аналізу рівня суїцидів серед ветеранів у порівнянні з загальним населенням країни [104].

Значну підтримку як ветеранам, так і членам їх родин у Великобританії надає Альянс охорони здоров'я ветеранів, який має дуже тісні зв'язки з благодійними організаціями та місцевими надавачами послуг, а також має в своєму розпорядженні велику кількість лікарень служб швидкої допомоги. Альянс розрахований на роботу зі специфічними потребам ветеранів, надаючи їм високоякісну медичну допомогу, до якої залучена велика кількість акредитованих фахівців. Саме під ці потреби Національна служба охорони здоров'я (NHS) спільно з Королівським коледжем лікарів загальної практики розробила схему акредитації для підготовки лікарів. Завдяки цьому медичні працівники забезпечують належний рівень підтримки ветеранів, краще розуміючи їх специфічні запити [107].

У Збройних Силах Великобританії впроваджено нове стратегічне бачення організаційної структури та ключових завдань комплексної системи збереження психічного здоров'я військовослужбовців [104]. Ця система охоплює чотири основні напрями:

- забезпечення психічного благополуччя військових під час виконання службових обов'язків у пунктах постійного базування;

- підтримка психічного стану військових у період виконання бойових завдань:

- піклування та підтримка психічного здоров'я резервістів, коли вони знаходяться в часі регулярної військової підготовки та в часі їх повернення до цивільного життя;

- підтримка психічного здоров'я ветеранів та тих, хто закінчив військову службу [107].

Для підтримки психічного здоров'я у військових підрозділах у пунктах дислокації створена так звана мережа неформальної підтримки включає, яка включає офіцерів із соціального забезпечення (welfare officers); фахівців із роботи з сім'ями (family officers); капеланів; практиків TRiM (Trauma Risk

Management). Ця мережа спрямована на забезпечення своєчасної підтримки, а саме на виявлення та корекцію проблем із психічним здоров'ям [104].

TRiM є системою управління ризиками, пов'язаними з травматичним стресом, що використовується для профілактики ПТСР та інших психічних розладів. Програма має такі особливості:

- профілактика ПТСР, адже TRiM має на меті запобігати розладам, що пов'язані із травматичним стресом.

- система підтримки побратимів відповідно до настанов, розроблених Національним інститутом охорони здоров'я.

- діє за принципом «рівний рівному» як програма групової підтримки, де учасники допомагають один одному, спираючись на спільний досвід [93].

TRiM є потужним інструментом у забезпеченні психологічного добробуту військовослужбовців, резервістів та ветеранів.

Практики TRiM (Trauma Risk Management) здебільшого є добровольцями, унтер-офіцерами з вагомим військовим досвідом, які пройшли спеціальну підготовку з оцінювання психологічних ризиків, які володіють базовими знаннями про природу психічної травматизації та застосовують ці навички для допомоги побратимам [93].

Для тих військовослужбовців, які перебувають при виконанні бойових завдань чи в зоні бойових дій, були створені «польові команди з охорони психічного здоров'я» (Field Mental Health Teams, FMHT), завданнями яких є розподіл військовослужбовців на дві групи:

- тих, хто здатний самостійно подолати психологічні проблеми та продовжувати виконання бойових завдань;

- тих, хто потребує обов'язкової евакуації для отримання психологічної допомоги [108].

Після повернення із зони бойових дій підрозділи Збройних Сил Великобританії проходять обов'язкову фазу декомпенсації, яка базується на острові Кіпр та має тривалість три-чотири дні [104]. Головне її завдання - це полегшення адаптації до мирного життя, включаючи:

- усвідомлення власних досягнень з можливістю рефлексії щодо виконаних завдань та внеску в операцію;

- ретельний аналіз бойового досвіду, та поступова адаптація від бойових умов до звичайного життя;

- встановлення реалістичних очікувань щодо повернення до постійного місця перебування та адаптації до мирного середовища [108].

Всі вищеперераховані заходи спрямовані на ефективну підтримку військовослужбовців, допомагаючи їм адаптуватися до повсякденного життя після виконання бойових завдань.

У Збройних Силах Великобританії діють багато закладів та установ, які формують цілу систему, що включає «Районні відділи психічного здоров'я» (Departments of Community Mental Health, DCMH) та науково-дослідні установи, а також застосування «Програми зі збереження психічного здоров'я резервістів» (Reserves Mental Health Program, RMHP) і сучасних тренінгових програм [108].

Основними завданнями «Районних відділів психічного здоров'я» (Departments of Community Mental Health, DCMH) є підтримка психічного здоров'я військовослужбовців та своєчасне направлення військовослужбовців на стаціонарне лікування [108]. До їх складу входять консультанти-психіатри, медичні сестри з психічного здоров'я, соціальні працівники, які спеціалізуються на питаннях психологічного здоров'я та клінічні психологи. Вони надають допомогу військовим у хірургічних відділеннях, зокрема у Медичному реабілітаційному центрі Збройних Сил Великобританії та Королівському центрі військової медицини [91].

Питаннями ефективності заходів з охорони психічного здоров'я та їх вдосконаленням займаються науково-дослідні установи, а «Програми зі збереження психічного здоров'я резервістів» (Reserves Mental Health Program, RMHP) забезпечують резервістам таку ж допомогу, як і та, що надається постійному особовому складу [107].

У Збройних Силах Великобританії впроваджуються сучасні тренінгові програми, які мають на меті підвищення рівня психологічної стійкості

військовослужбовців, поширення знань про їхні реакції в бойових умовах, нормалізацію їхніх реакцій на стрес, здобуття навичок для подолання стресу, а також проведення роботи з командирами щодо підтримки та зміцнення психічного здоров'я підлеглих [91]. Запровадження таких тренінгів – це своєрідна інтеграція сучасних підходів до системи збереження психічного здоров'я у Збройних Силах Великобританії, яка має на меті підвищення ефективності роботи особового складу та його адаптації до складних умов військової діяльності.

Отже, з наведеного можна зробити висновок, що система збереження та відновлення психічного здоров'я у Збройних Силах Великобританії сприяє значному збереженню психічного благополуччя військовослужбовців. Важливу роль у цьому процесі відіграє ефективна взаємодія між системою лікувально-евакуаційних заходів для постраждалих із фізичними травмами та пораненнями і компонентами системи охорони психічного здоров'я військових. Така інтеграція є ключовим елементом якісної реабілітації.

З урахуванням досвіду Сполученого Королівства, доцільно розробити заходи з удосконалення державної системи комплексної реабілітації військовослужбовців. Це стосується як впровадження нових програм, так і створення методів контролю ефективності та якості проведених реабілітаційних заходів.

Подібні дії сприятимуть збереженню фізичного і психічного здоров'я військових, профілактиці посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а також підтримці бойової готовності особового складу до виконання завдань у будь-яких умовах.

1.4. Визначення поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та його наслідки для психічного здоров'я військовослужбовців

Вперше психологічні зміни у людей, які переживали екстремальні ситуації, були описані американським лікарем Джейкобом Мендезом Да Коста. У 1861–

1865 роках він виявив і охарактеризував стан, що супроводжувався прискореним серцебиттям у військових, назвавши його «солдатським серцем» або «серцем Да Коста» (Da Costa’s heart) [81]. У 1941 році А. Кардинер запропонував термін «хронічний військовий невроз», вказуючи на його фізіологічну і психологічну природу. Пізніше, у 1980 році, М. Горовиць виокремив цей стан як самостійний синдром, який отримав назву «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) [66].

При дослідженні ПТСР у військовослужбовців американські вчені приділяли увагу не лише лікуванню психічних травм, а й наголошували на важливості роботи з попередження суїцидів та насильства щодо членів родини. Опираючись на дані після війни у В’єтнамі, кількість тих ветеранів, які вчинили самогубство, перевищила кількість тих, хто загинув безпосередньо на полі бою. Такі дані підтверджують існування зв’язку між почуттям провини та самогубствами [91].

Дуже важливою є робота з військовослужбовцями на всіх етапах проходження ними служби, тобто до, під час та після їхньої участі в бойових діях. Цю важливість доводять сучасні дослідження, в яких порівнювалися психологічні стани, мотивація і рівень ПТСР у військовослужбовців елітних підрозділів і офіцерів та резервістів і тих, хто служить за контрактом. Різниця полягала в тому, що перші значно пристосованіші до бойовиз завдань, мають вищий рівень мотивації, високий рівень підготовки, згуртованості, а також – нижчий рівень ПТСР [97].

У військовослужбовців часто виявляють певні психологічні особливості, такі як підвищена дратівливість, схильність до негативного настрою, нетерплячість, підвищена реактивність і напруженість, а також депресія, підвищена втомлюваність, апатія, тривожність, страх, фобічні реакції, почуття провини, синдром втрати, агресивність, гнів, образливість, злість, гіпертрофоване почуття справедливості. Окрім цього, у деяких військовослужбовців можуть спостерігатися фіксація на втратах, проблеми із

засинанням, нічні кошмари, тремор, нездатність зняти напругу і постійне відчуття небезпеки [91].

Сучасні бойові дії є тим фактором, який має суттєвий стресовий вплив на психіку військових, адже в ході бойових дій вони стикаються з багатьма емоціями, та ключовим станом все ж є стрес. Поняття стрес (від англ. "напруга", "тиск") поєднує в собі широкий спектр станів і реакцій людини на різні екстремальні впливи (стресори). Стресори поділяють на фізіологічні (біль, холод, спрага, надмірні фізичні навантаження, екстремальні температури тощо) і психологічні (загроза, небезпека, інформаційне перевантаження тощо) [39].

Реакція військовослужбовця на бойові стресори залежить від його індивідуальних характеристик, а також від інтенсивності та значущості стресових подій. Вплив стресорів на психіку військовослужбовця обумовлюється індивідуально-психологічними особливостями, його особистісними якостями, рівнем психологічної та професійної підготовки до бойових дій, а також бойовою мотивацією. Також на ступінь стресу впливає сприйняття ролі бойових дій у контексті особистісної життєдіяльності [45].

Наслідки бойового стресу у військовослужбовців можуть проявлятися у таких формах:

- нав’язливі спогади та переживання (флешбеки): спонтанні відтворення образів, відчуттів або ситуацій, пов’язаних із психотравмуючими подіями та справляють сильний вплив своєю схожістю з реальним переживанням;

- проблеми з пам’яттю, що проявляються у нездатності згадати події або окремі деталі ситуацій, що травмували;

- порушення сну, а саме труднощі із засинанням, розлади сну, кошмарні сновидіння;

- різного роду страхи: боязнь темряви, висоти, самотності тощо;

- коливання настрою: перепади від піднесеного настрою до пригніченого та сумного;

- неконтрольовані прояви гніву: вибухи злості або агресивні реакції;

- фокусування на думках або діях: необґрунтована дріб'язковість та прискіпливість до оточуючих;

- загальмованість мислення: труднощі у концентрації на виконанні завдань або однієї діяльності;

- проблеми із запам'ятовуванням: труднощі збереження нескладної інформації в пам'яті.

- зниження працездатності: різке падіння продуктивності й ефективності діяльності [45].

Переживання травматичних подій має значний вплив на психічне здоров'я військовослужбовців. З одного боку це випливає в різні «розлади, пов'язані з травмою та стресором», такі як гострий стресовий розлад (ГСР) і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [27]. А з іншого боку травматичні події можуть призвести до ускладненого або травматичного горя, депресії, генералізованого тривожного розладу, наявності панічних атак, дисоціативних розладів, розладів із соматичними симптомами, конверсійних розладів, коротких психотичних станів та до зловживання психоактивними речовинами [14].

Відповідно до DSM-5, ризик розвитку коморбідного розладу (наприклад, депресії) для осіб із ознаками ПТСР становить 80% [80].

Іноді діагностуються прояви, що не можна пояснити жодною іншою коморбідною патологією, які супроводжуються додатковими порушеннями в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах при наявних вже симптомах посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Для класифікації таких станів було введено термін «комплексний ПТСР» (КПТСР), який було включено до Міжнародної класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11, розділ 6B41) [95].

У науковій літературі Північної Америки, що досліджує проблематику ПТСР серед військовослужбовців, зазначається, що діагноз «ПТСР» уперше увійшов до DSM (діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів) у 1980 році. Це було спричинено необхідністю надати допомогу великій кількості ветеранів війни у В'єтнамі, які могли претендувати на державну підтримку лише у випадках наявності серйозних фізичних ушкоджень.

Таким чином, клінічна концепція ПТСР із самого початку перебувала під впливом соціально-економічних та політичних факторів [88].

Основні прояви ПТСР серед військовослужбовців [39]:

1. Нав'язливі спогади та переживання, коли психіка регулярно повертається до травматичних подій, які переживаються нав'язливо, викликаючи сильні негативні емоції. Спогади можуть провокуватися подібними подіями або обставинами, що асоціюються з травмою.

2. Кошмарні сновидіння, адже уві сні відтворюються загрозливі ситуації, що сприймаються як реальні. Пробудження супроводжується напругою психіки та м'язів, панічним почуттям безвиході, що виснажує організм та посилює психосоматичні розлади.

3. Уникнення нагадувань про травму, адже людина свідомо або несвідомо уникає будь-яких стимулів, які асоціюються з травмою. Виникає амбівалентність - одночасне прагнення повернутися до травматичного досвіду та уникнути його. Це може призводити до втрати інтересу до колишніх захоплень, зміни місця роботи чи проживання, почуття ізоляції від близьких.

4. Після травми у військовослужбовців спостерігаються симптоми, які визначаються як гіперзбудження і включають в себе: порушення сну; підвищену дратівливість та схильність до гніву; труднощі з концентрацією, пам'яттю, ситуативну неуважність; надмірну пильність у звичайних життєвих ситуаціях; непропорційну схильність до ризику; швидку психофізичну виснаженість; гіпертрофовану реакцію на раптові подразники; підвищену фізіологічну реактивність на події, схожу на травматичну.

5. Схильність до залежностей, адже зростає ризик розвитку алкогольної чи наркотичної залежності як способу уникнення психологічного болю.

6. Сексуальні розлади. Через фізіологічне та психологічне виснаження виникають порушення сексуального характеру.

7. Почуття провини. Травматичний досвід спричиняє втрату позитивного самосприйняття («Я-образу»), породжуючи відчуття внутрішньої вразливості та

непридатності. Це може виявлятися у постійному самозвинуваченні та прагненні довести власну значущість.

Наслідки травматичних подій проявляються у двох аспектах:

1) Руйнівний аспект, який виражається у розвитку психічних розладів:

- гострий стресовий розлад (ГСР);

- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);

- травматичне горе, депресія, тривожні розлади, панічні атаки, дисоціативні - розлади, соматоформні розлади, короткочасні психотичні стани, залежності від психоактивних речовин.

2) Високий рівень коморбідності: Згідно з DSM-5, у 80% людей із ПТСР виявляються супутні розлади, зокрема депресія [88].

Вчені Пророк Н., Запорожець О., Креймеєр Дж. визначають ПТСР як «специфічний психіатричний розлад, що розвивається внаслідок прямого або опосередкованого впливу надзвичайно стресової (травматичної) події чи серії подій» [59, с. 83].

Отже, враховуючи наведені дані, можна зробити висновок, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і комплексний ПТСР (КПТСР) є складними розладами, які вимагають детального вивчення, комплексного підходу до діагностики, лікування та реабілітації. Ці розлади значно впливають на емоційний, когнітивний і поведінковий стан військовослужбовців, обумовлюючи глибокі зміни в їхній психіці, здатності до адаптації та соціального функціонування.

Ключовим аспектом роботи з військовослужбовцями, які страждають на ПТСР, є розуміння специфіки їхніх психічних травм, а також врахування унікальних проявів стресових розладів у кожного індивіда. Наявність у пацієнтів амбівалентних реакцій, нав’язливих спогадів, уникання травматичних ситуацій, порушень сну, схильності до залежностей та сексуальних розладів вимагає інтегрованого підходу до реабілітації. Ефективне лікування ПТСР має включати психотерапевтичні втручання, медикаментозну терапію за потреби, заходи з підвищення стійкості до стресу, а також соціальну та сімейну підтримку. Значну

роль у профілактиці та лікуванні розладів відіграють індивідуально підібрані методи, спрямовані на зниження рівня тривоги, стабілізацію емоційного стану та поліпшення якості життя.

Особлива увага повинна приділятися навчально-освітній роботі з військовослужбовцями та їхніми родинами для формування ефективних копінг-стратегій. Важливим є також моніторинг ефективності застосованих заходів і розробка нових підходів для мінімізації впливу бойових травм на психічне здоров'я. Таким чином, інтегрований підхід до лікування та реабілітації військовослужбовців із ПТСР є необхідною умовою для їхнього успішного повернення до мирного життя та збереження психічного здоров'я.

Висновки до першого розділу

Психічне здоров'я військовослужбовців є об'єктом глибокого дослідження багатьох фахівців. В даному розділі ми дослідили поняття психологічної реабілітації, яке дають українські дослідники, а також іноземні фахівці. Зі всього можемо зробити висновок, що психологічна реабілітація - це багатогранний процес, що включає в себе медичну, психологічну та соціальну допомогу. Психологічна реабілітація являє собою комплекс заходів психологічного характеру, що спрямовані на зниження рівня тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у постраждалих військовослужбовців, головною метою яких є відновлення емоційної стійкості, зниження психоемоційного напруження, підвищення рівня адаптивних характеристик, а саме: самопочуття, активності, працездатності та впевненості у своїх силах, які сприяють зниженню негативних психоемоційних проявів та покращенню загального емоційного стану військовослужбовців.

Захист ментального благополуччя військових та ветеранів залишається одним із найгостріших питань сучасності. І в даному розділі ми дослідили реабілітаційні заходи, що заплановані та реалізовуються на державному рівні в Україні. А також дослідили питання збереження та відновлення психічного

здоров’я у Збройних Силах Великобританії. З чого можна зробити висновок, що доцільно було б розробити заходи з удосконалення державної системи комплексної реабілітації військовослужбовців, що стосується як впровадження нових програм, так і створення методів контролю ефективності та якості проведених реабілітаційних заходів, спираючись на досвід Сполученого Королівства.

Також у розділі було досліджене поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР), причини його виникнення, симптоми та основні прояви серед військовослужбовців. Адже ПТСР значно впливає на емоційний, когнітивний і поведінковий стан військовослужбовців, обумовлюючи глибокі зміни в їхній психіці, здатності до адаптації та соціального функціонування. Тож, психологічна реабілітація військовослужбовців має включати в себе заходи щодо зменшення їх проявів.

Отже, впровадження сучасних принципів надання реабілітаційної допомоги учасникам бойових дій з обов’язковим урахуванням психологічного аспекту реабілітації є невід’ємною складовою підвищення якості медичної допомоги. Актуальне питання на сьогодні - це пошук та впровадження найкращих підходів та методів реабілітації військовослужбовців з наслідками бойового травмування для ефективного відновлення їх боєздатності та запобігання інвалідизації.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Організація та опис методики дослідження

В умовах тривалих бойових дій, які вже майже три роки охоплюють всю територію України, особливо важливим є дослідження психологічного стану військовослужбовців. Військові дії спричиняють надзвичайно високий рівень стресу, який може провокувати розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психоемоційних порушень. У зв'язку з цим виникає нагальна потреба вивчення вираженості симптомів ПТСР серед учасників бойових дій, що дозволить своєчасно надавати необхідну психологічну допомогу та розробляти ефективні реабілітаційні програми.

Емпіричне дослідження було проведено серед військовослужбовців 46-ї окремої аеромобільної бригади (ОАМБр) та поточних бригад, які перебувають у спільному місці дислокації. Учасниками дослідження стали 58 осіб, які безпосередньо брали участь у бойових діях. Вибірка формувалася з урахуванням принципів добровільності та інформованої згоди, що забезпечує етичність проведення дослідження. Така група є репрезентативною для аналізу психоемоційного стану військових, які перебувають у критичних умовах та стикаються з тривалими психотравмуючими обставинами.

Для вивчення симптомів ПТСР та загального психофізіологічного стану військовослужбовців використовувалися чотири методики, які забезпечують всебічний аналіз:

1) Для дослідження психофізіологічного стану військовослужбовців була використана методика шкалованої самооцінки, розроблена Кокуном О. М. (Додаток 1). Вона дозволяє оцінити ключові показники стану респондента на основі його суб'єктивного сприйняття, що є особливо важливим у роботі з військовими, які часто переживають значний емоційний та фізичний стрес. Кожен учасник отримував реєстраційний бланк, у якому вказувалися основні

демографічні та службові дані: повне ім’я, дата обстеження, вік, стать, військова посада, підрозділ, спеціальність та військове звання. Вказана інформація сприяла персоналізації аналізу результатів та врахуванню контексту умов служби.

Респонденту пропонувалося оцінити свій психофізіологічний стан у поточний момент за допомогою низки шкал, що відображали такі показники:

- самопочуття,
- активність,
- настрій,
- працездатність,
- зацікавленість до участі в бойових діях,
- бажання виконувати завдання в зоні бойових дій,
- впевненість у своїх силах [45].

Кожна шкала мала два полярних значення: ліва сторона відображала найгірший можливий стан за обраним критерієм, а права - найкращий. Учасники повинні були позначити своє відчуття вертикальною рискою на шкалі, враховуючи власне сприйняття стану [3].

Для аналізу відповідей застосовувалася об’єктивна система вимірювання. За допомогою лінійки на неградуйованій шкалі визначалися кількісні показники в межах від 1 до 100 балів. Відстань (у міліметрах) від лівого краю шкали до позначки респондента трансформувалася у цифрові значення, що дозволяло виконувати подальший кількісний та якісний аналіз даних. Отримані результати інтерпретувалися за наступною шкалами від низького до високого показників. Методика виявилася надзвичайно корисною у роботі з військовослужбовцями, адже дозволяє виявляти як загальні тенденції, так і індивідуальні особливості стану. Вона також створює основу для прийняття рішень щодо психологічної підтримки, спрямованої на поліпшення психофізіологічного благополуччя військових у складних умовах [32].

2) Шкала оцінки впливу травматичної події (Додаток 2) є одним із ключових інструментів, який ми використали для дослідження психологічного стану військовослужбовців, що перебувають у зоні бойових дій. Ця методика дає

змогу оцінити, як травматичні події впливають на емоційний стан респондентів, і виявити симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Для забезпечення достовірності та системності дослідження кожен респондент заповнював реєстраційний бланк, де зазначалися основні демографічні й соціальні дані, такі як ім'я, вік, стать, рівень освіти, сімейний стан, а також дата проведення обстеження. Це дозволяло персоналізувати отримані результати й враховувати індивідуальні особливості кожного учасника [3].

Процедура тестування полягала в тому, що респондентам пропонувалося оцінити свої переживання за останні сім днів, включаючи день заповнення, за допомогою 22 тверджень, які стосувалися їхнього емоційного й фізичного стану. Кожне твердження мало чотири варіанти відповіді: «ніколи» (0 балів), «рідко» (1 бал), «іноді» (3 бали) і «часто» (5 балів). Респонденти обирали один варіант, який найбільше відповідав їхнім відчуттям і переживанням. Важливо, що тестування проводилося в умовах, які забезпечували максимальну конфіденційність і комфорт для учасників, що дозволяло отримати щирі й об'єктивні відповіді [32].

Методика оцінювала три основні компоненти ПТСР. Перша субшкала «вторгнення» визначала ступінь небажаного проникнення травматичних спогадів у свідомість респондента. Вона охоплювала такі аспекти, як мимовільне відтворення травматичних подій, раптові спогади й небажані думки. Друга субшкала «уникнення» відображала спроби уникати думок, ситуацій або нагадувань про травматичну подію. Це включало емоційну ізоляцію, витіснення подій із пам'яті й небажання ділитися переживаннями. Третя субшкала «збудливість» оцінювала симптоми підвищеної емоційної і фізіологічної напруженості, такі як дратівливість, порушення сну, постійна настороженість і труднощі з концентрацією уваги [3].

Для аналізу даних ми підсумовували бали за кожною субшкалою. Наприклад, для оцінки вторгнення підсумовувалися відповіді на пункти 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20; уникнення - пункти 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22; збудливість - пункти 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21. Отримані бали відображали вираженість симптомів за кожним із напрямів. Вищі результати свідчили про більшу інтенсивність

відповідного симптому. Завдяки цьому ми могли оцінити не лише загальний стан респондента, але й виявити конкретні аспекти, які потребують уваги. Шкала оцінки впливу травматичної події є надзвичайно важливим інструментом для виявлення симптомів ПТСР і розуміння впливу бойових дій на психічний стан військових. Її використання дозволяє не лише діагностувати проблеми, а й розробляти індивідуальні та групові програми психологічної підтримки, спрямовані на поліпшення емоційного стану та відновлення психічного здоров'я військовослужбовців. Отримані результати формують базу для наукового аналізу й розробки реабілітаційних заходів, які сприятимуть адаптації військових до мирного життя та зменшенню наслідків травматичного досвіду [3].

3) Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart) (Додаток 3) є одним із ключових інструментів, який ми використовували для оцінки психічного стану військовослужбовців, що перебували в умовах підвищеного стресу або пережили травматичні події. Дана методика дозволяє швидко та ефективно визначити рівень тривоги, депресії та найбільш специфічні прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вона є простим і водночас високочутливим скринінговим інструментом, який підходить для швидкої діагностики в умовах обмеженого часу [3].

Перед початком обстеження кожному учаснику надавався реєстраційний бланк, де зазначалися основні персональні й службові дані: повне ім'я, дата обстеження, вік, стать, посада, підрозділ, спеціальність і військове звання. Це дозволяло пов'язати результати із конкретними особливостями учасника, забезпечуючи контекстуальність аналізу. Респондентам пропонувалася серія із 10 запитань, які охоплювали ключові симптоми тривоги, депресії та ПТСР. Інструкція передбачала, що учасник має оцінити, чи відчуває він після пережитого критичного інциденту або психічної травми певні стани більшою мірою, ніж зазвичай. Учасники повинні були обрати лише один із двох варіантів відповіді: «так» або «ні». У питаннях відображалися такі аспекти емоційного стану, як нездатність розслабитися, роздратованість, нав'язливі спогади про інцидент, труднощі з концентрацією, сильна втома, смуток, паніка, уникнення

ситуацій, що нагадують про травматичну подію, порушення сну та зниження інтересу до звичної діяльності [32].

Обробка результатів була простою та чітко структурованою. Кількість відповідей «так» підсумовувалася, а загальна кількість позитивних відповідей слугувала показником вираженості негативних психологічних наслідків травматизації. Чим більше було відповідей «так», тим вищим був рівень тривоги, депресії або специфічних симптомів ПТСР. Пороговим значенням для визначення наявності психологічних порушень вважалася кількість відповідей «так», що перевищує 4. Це означало, що респондент, який дав 5 або більше позитивних відповідей, демонстрував значний рівень психоемоційної напруги, який потребує додаткової уваги з боку спеціалістів [3].

Дана методика має низку важливих переваг. По-перше, вона є простою в застосуванні, що дозволяє швидко провести обстеження навіть у польових умовах. По-друге, вона забезпечує високу чутливість до виявлення ключових симптомів тривоги, депресії та ПТСР. По-третє, її результати легко піддаються інтерпретації, що дозволяє своєчасно приймати рішення про необхідність додаткової психологічної підтримки чи втручання. Використання короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart) є надзвичайно важливим у роботі з військовими, адже дозволяє оперативно виявляти негативні наслідки травматизації. Її результати формують основу для подальшої роботи з респондентами, включаючи розробку реабілітаційних програм і заходів психологічної підтримки, спрямованих на відновлення емоційного балансу та зниження рівня психоемоційної напруги. Методика є надійним інструментом для оцінки стану військових і забезпечує можливість своєчасного втручання з метою збереження їхнього психічного здоров’я [32].

4) Шкала PC-PTSD-5 для скринінгу посттравматичних стресових розладів (Додаток 4) в умовах первинної медичної допомоги є одним із ключових інструментів, який ми використовували для виявлення ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців. Ця методика створена для швидкого та точного скринінгу ПТСР, зокрема в умовах первинної медичної

допомоги, де необхідна оперативна оцінка психічного стану пацієнта. Її простота та ефективність роблять її незамінним інструментом у роботі з військовими, які перебувають у складних психологічних обставинах [32].

Респонденту надавався реєстраційний бланк, у якому вказувалися основні персональні й професійні дані, такі як повне ім’я, дата обстеження, вік, стать, посада, підрозділ, спеціальність і військове звання. Це забезпечувало персоналізований підхід до аналізу отриманих результатів і врахування контексту, в якому перебуває військовий. Процедура обстеження полягала у тому, що респондентам пропонувалися чотири ключові запитання, які стосувалися їхніх переживань протягом останніх 30 днів після травматичної події. Усі питання були спрямовані на виявлення основних симптомів ПТСР, таких як повторні нав’язливі спогади, уникання травматичних асоціацій, підвищена настороженість і емоційна відчуженість. Відповідь на кожне запитання була двозначною: «так» або «ні».

Перше запитання стосувалося наявності кошмарів або нав’язливих думок про травматичну подію, які виникали мимоволі. Друге запитання спрямовувалося на виявлення поведінки уникання, тобто свідомих зусиль, спрямованих на уникнення думок або ситуацій, які могли нагадувати про травматичний досвід. Третє запитання досліджувало рівень настороженості, що проявляється у постійному відчутті небезпеки та підвищеній реакції на несподівані подразники. Четверте запитання фокусувалося на емоційному стані, зокрема на відчутті спустошеності, відчуженості від інших людей, відсутності інтересу до звичних занять або ізоляції від зовнішнього світу [3].

Обробка результатів проводилася шляхом підрахунку кількості відповідей «так». Якщо респондент відповідав «так» на три або більше запитання, результат вважався «позитивним». Це не означало, що респондент має діагноз ПТСР, але вказувало на те, що в нього можуть бути ознаки ПТСР або пов’язані з травмою проблеми, які потребують більш детальної психодіагностики. Такий підхід дозволяв виділити осіб, які потребують додаткової уваги, і направити їх на поглиблене обстеження до спеціалістів.

Методика PC-PTSD-5 має низку переваг. Вона є простою в реалізації та не потребує багато часу для проведення, що є критично важливим в умовах первинної медичної допомоги. Також вона високочутлива до основних симптомів ПТСР і дозволяє з великою точністю виявляти респондентів, які перебувають у групі ризику. Використання цієї шкали є ефективним способом ранньої діагностики, що дозволяє своєчасно впроваджувати необхідні психотерапевтичні або реабілітаційні заходи. Результати, отримані за допомогою PC-PTSD-5, мають важливе значення для планування психологічної підтримки військовослужбовців. Вони допомагають виявити ступінь вираженості основних симптомів ПТСР, а також визначити осіб, які потребують спеціалізованої допомоги. Вказана методика дозволяє оптимізувати процес діагностики та забезпечити своєчасне втручання, спрямоване на відновлення психічного здоров'я військових і покращення їхньої якості життя [32].

У дослідженні приділено особливу увагу індивідуальним переживанням учасників, рівню їхньої адаптації до стресових умов та характеру когнітивних і поведінкових змін, що виникають внаслідок психотравмуючого досвіду. Аналіз отриманих даних сприятиме поглибленню розуміння впливу бойових дій на психічний стан військових та дозволить визначити ключові напрямки для подальшої психокорекції та підтримки.

Отже, дослідження психологічного стану військовослужбовців є дуже важливим, адже участь у бойових діях - це надзвичайно високий рівень стресу, що може провокувати розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психоемоційних порушень. Для вивчення загального психофізіологічного стану військовослужбовців нами використовувалися чотири методики, які здатні забезпечити всебічний аналіз та виявити наявність посттравматичного стресового розладу.

2.2. Аналіз вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій

У ході емпіричного дослідження, яке було проведено серед військовослужбовців за методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (Кокун О. М.), встановлено, що найбільша частка респондентів продемонструвала рівні психофізіологічного стану, які варіюються в межах від середнього до вище середнього. Це свідчить про відносно високий рівень адаптації та функціональної стабільності у більшості військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Далі наведено детальний опис отриманих результатів за кожним із показників (табл. 2.1):

Таблиця 2.1

Результати, отримані за методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокун)

Психофізіологічний стан	Низький рівень (%)	Нижче середнього (%)	Середній рівень (%)	Вище середнього (%)	Високий рівень (%)
Самопочуття	5	12	25	35	23
Активність	10	15	30	25	20
Настрій	8	18	28	30	16
Працездатність	7	13	27	35	18
Зацікавленість до участі в бойових діях	6	11	30	38	15
Бажання виконувати завдання в зоні бойових дій	9	14	25	32	20
Впевненість у своїх силах	4	10	22	40	24

Із таблиці 2.1 ми бачимо, що за показником самопочуття, більшість респондентів оцінили свій стан як вище середнього (35%) або високий (23%), що може свідчити про відносно добрий фізичний стан та здатність підтримувати себе в оптимальній формі. Проте не варто ігнорувати той факт, що 5% респондентів вказали на низький рівень самопочуття. Можемо допустити, що

певна частина військовослужбовців може відчувати фізичну втому, дискомфорт або інші проблеми, які потребують уваги. Також 12% військових продемонстрували рівень нижче середнього, що свідчить про можливі труднощі з адаптацією до умов бойової діяльності (рис. 2.2):

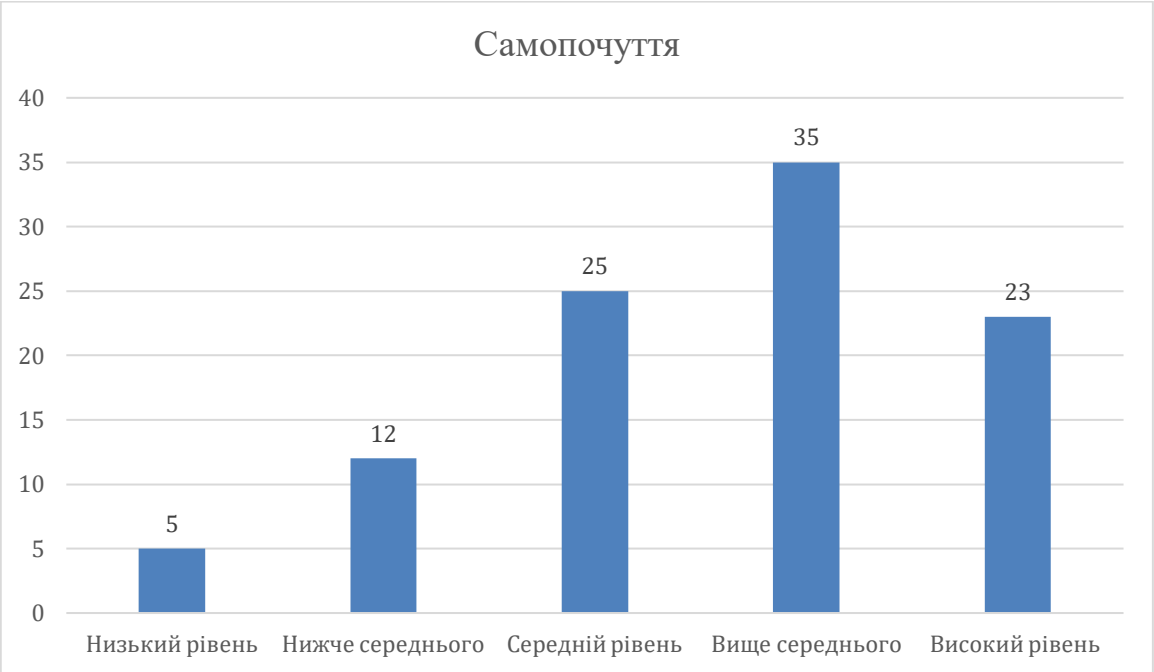


Рис. 2.1 – Шкала «Самопочуття» за методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокун)

Рівень активності було оцінено як вище середнього у 25% військовослужбовців, що може свідчити про їхню готовність до виконання завдань і достатній рівень енергії. Водночас, 10% респондентів вказали на низький рівень активності, що може бути наслідком психологічного чи фізичного виснаження. Показники середнього рівня активності зафіксовано у 30% учасників, тоді як 15% військових оцінили свій рівень активності як нижче середнього. Такі результати підкреслюють наявність значної варіативності у відчутті енергійності та мобільності серед особового складу (рис. 2.2):

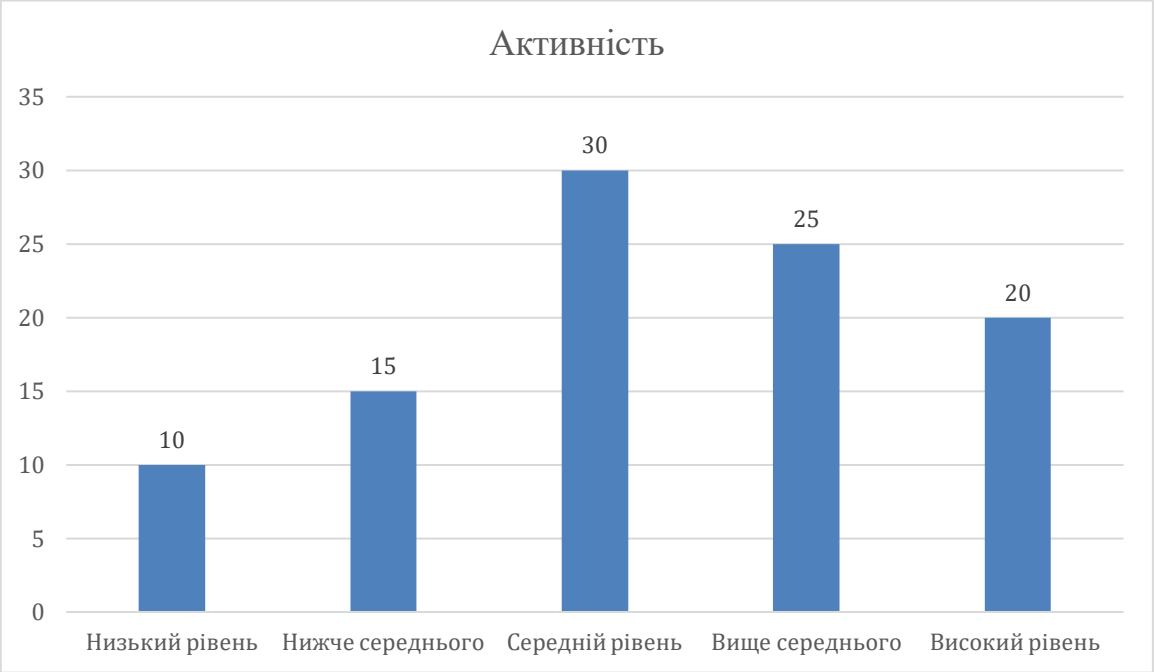


Рис. 2.2 – Шкала «Активність» за Методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокун)

Показник настрою продемонстрував доволі рівномірний розподіл: 28% військових оцінили його як середній, 30% - як вище середнього, і лише 16% - як високий. Цікаво, що показники нижче середнього спостерігалися у 18% респондентів, а низький рівень настрою виявлено у 8% учасників. Це може свідчити про вплив стресових чинників, пов’язаних із виконанням завдань у бойових умовах, хоча значна частка військових зберігає позитивний емоційний фон (рис. 2.3).

За показником працездатності, найбільша частка респондентів (35%) оцінила свої можливості як вище середнього. Це може свідчити про їхню готовність виконувати службові завдання в умовах підвищеної складності. Високий рівень працездатності було зафіксовано у 18% учасників, що також є позитивним показником. Однак, 7% респондентів мали низький рівень працездатності, а ще 13% - рівень нижче середнього, що свідчить про потенційну перевтому чи інші обмеження, які впливають на їхню ефективність (рис. 2.4).

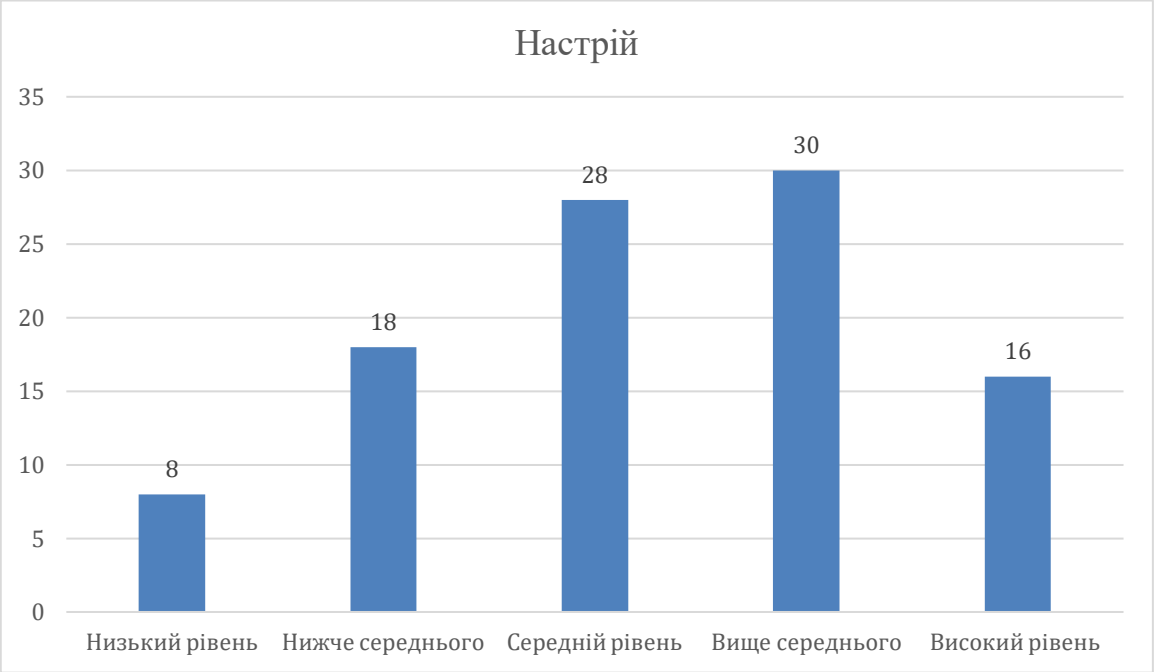


Рис. 2.3 – Шкала «Настрій» за Методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокун)

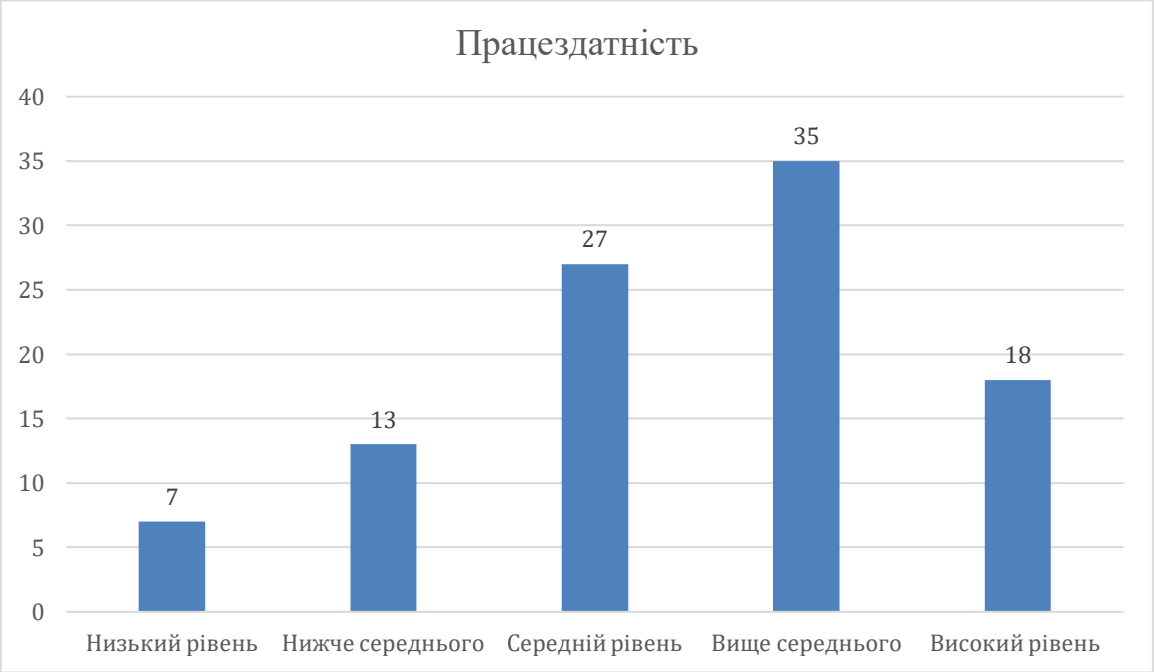


Рис. 2.4 – Шкала «Працездатність» за Методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокун)

Рівень зацікавленості до участі в бойових діях у значної частини респондентів знаходився вище середнього (38%) або на високому рівні (15%). Це

свідчить про внутрішню мотивацію виконувати завдання, незважаючи на складність умов. Проте, 6% військовослужбовців вказали на низький рівень зацікавленості, що може свідчити про втому або зниження психологічного ресурсу (рис. 2.5):

Рис. 2.5 – Шкала «Зацікавленість до участі в бойових діях» за Методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокун)

Подібний розподіл спостерігається і за показником бажання виконувати завдання в зоні бойових дій. 32% респондентів оцінили свій рівень бажання як вище середнього, а 20% - як високий. Низький рівень за цим показником зазначили 9% учасників, що може бути наслідком як об’єктивних (фізична перевтома), так і суб’єктивних (зниження мотивації) чинників (рис. 2.6).

Останній показник, впевненість у своїх силах, виявився найвищим серед усіх досліджуваних параметрів. 40% учасників продемонстрували рівень вище середнього, а 24% - високий рівень. Лише 4% військовослужбовців вказали на низький рівень впевненості у своїх силах, що свідчить про переважну наявність позитивного самовідчуття та здатності долати труднощі (рис. 2.7).

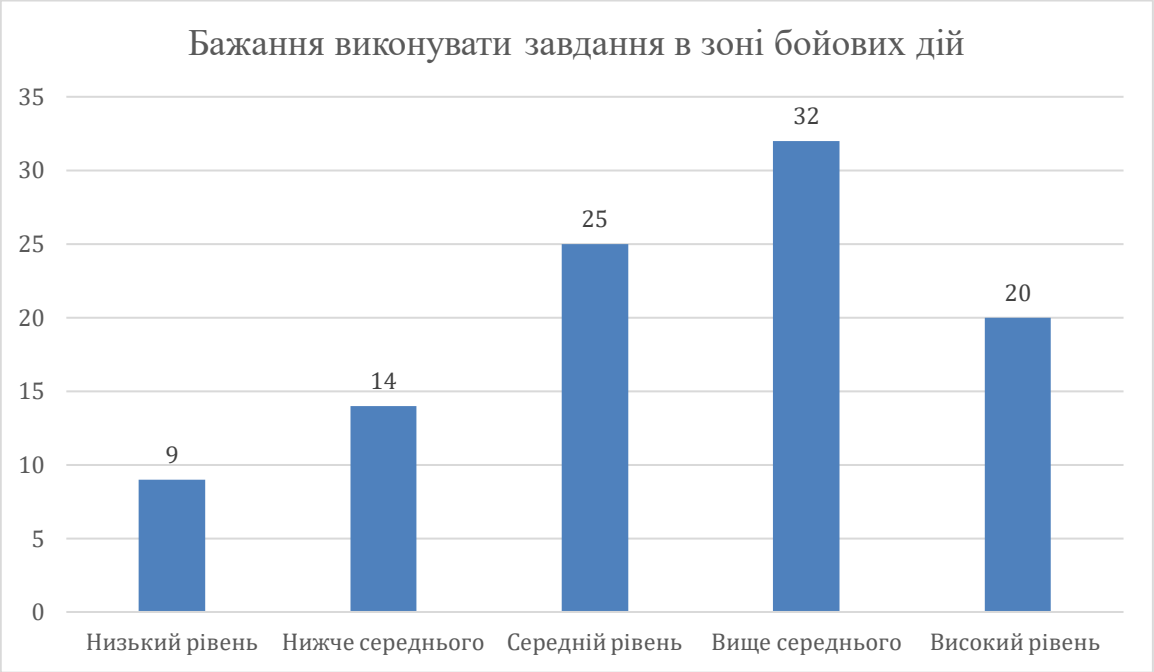


Рис. 2.6 – Шкала «Бажання виконувати завдання в зоні бойових дій» за Методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокун)

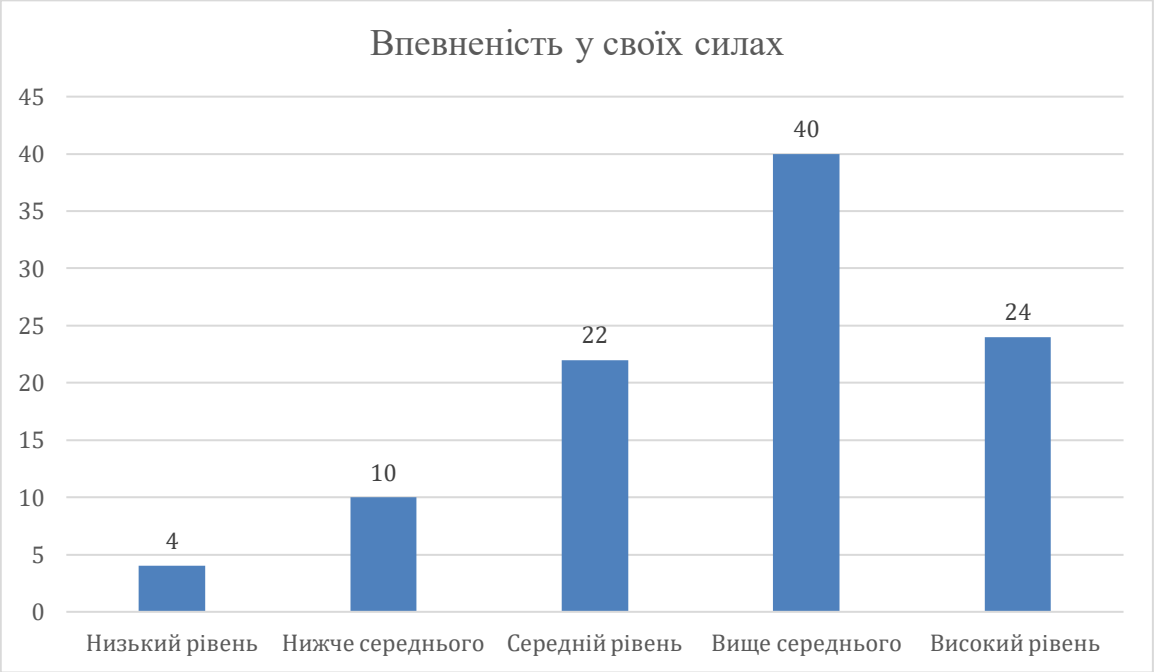


Рис. 2.7 – Шкала «Впевненість у своїх силах» за Методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокун)

Отже, результати вказують на значну варіативність психофізіологічного стану серед військовослужбовців. Переважна більшість демонструє середній або вищий за середній рівень адаптивних характеристик, що дозволяє їм ефективно

виконувати завдання. Проте виявлені випадки низьких показників у деяких респондентів підкреслюють необхідність додаткової психологічної підтримки та роботи над підвищенням загального психоемоційного стану.

У ході проведеного емпіричного дослідження було здійснено аналіз впливу травматичної події на психоемоційний стан військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Дослідження дозволило отримати репрезентативні дані для оцінки трьох ключових субшкал: Вторгнення, Уникнення та Збудливість. Кожна з цих субшкал включала набір тверджень, спрямованих на виявлення особливостей психоемоційного реагування військовослужбовців на травматичні події. Оцінка здійснювалася за градацією, що включала три рівні: низький, середній та високий, які відповідали інтенсивності прояву симптомів за кожною субшкалою (табл. 2.2):

Таблиця 2.2

Результати, отримані за Методикою Шкала оцінки впливу травматичної події

Субшкала	Низький рівень (%)	Середній рівень (%)	Високий рівень (%)
Вторгнення	10	35	55
Уникнення	15	40	45
Збудливість	12	38	50

Із таблиці 2.2 ми бачимо, що найбільша частка військовослужбовців продемонструвала високий рівень впливу травматичної події. Зокрема, за субшкалою Вторгнення високий рівень впливу був характерний для 55% респондентів. Це свідчить про часті та інтенсивні переживання подій минулого у формі мимовільних спогадів, раптових образів або емоційних спалахів, які повертали їх до травматичних ситуацій. Такі симптоми є типовими для осіб, які зазнали сильного стресу, і вказують на значну психологічну напругу (рис. 2.8):

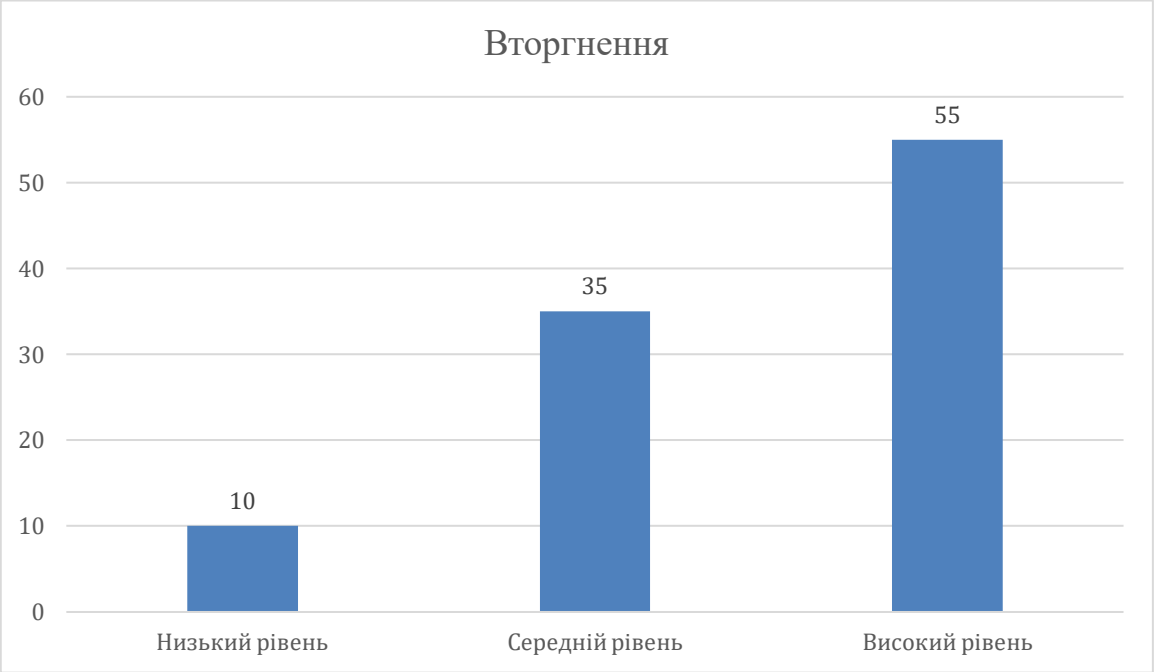


Рис. 2.8 – Субшкала «Вторгення» за Методикою Шкала оцінки впливу травматичної події

За субшкалою Уникнення високий рівень впливу відзначався у 45% учасників. Ця субшкала включала показники, пов’язані з намаганням уникати думок, почуттів або ситуацій, що могли б нагадати про травматичну подію. Подібна поведінка є захисним механізмом, який спрямований на мінімізацію емоційного дискомфорту, але водночас може ускладнювати психологічне відновлення через витіснення непроопрацьованих емоцій (рис. 2.9).

Субшкала Збудливість, яка оцінює рівень фізіологічного напруження, проявів роздратування, порушення сну, а також підвищеної чутливості до раптових подразників, продемонструвала високий рівень впливу у 50% військовослужбовців. Такі результати можуть свідчити про високий рівень тривожності та гіперактивності нервової системи, що є типовим для осіб, які переживають посттравматичний стресовий розлад (рис. 2.10).

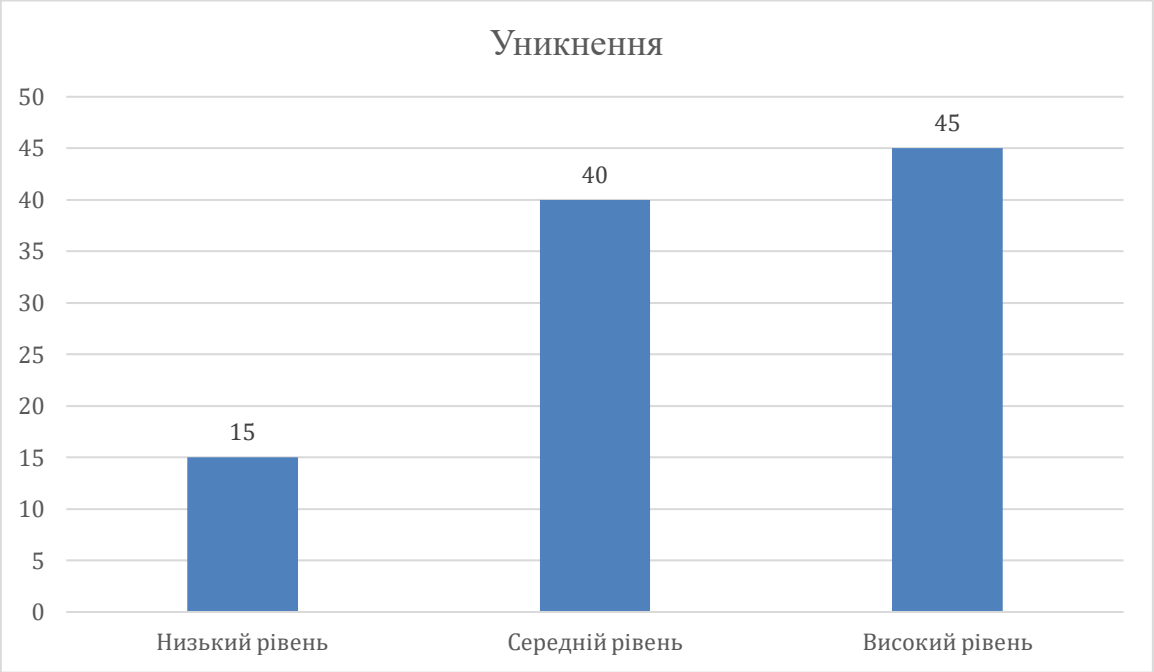


Рис. 2.9 – Субшкала «Уникнення» за Методикою Шкала оцінки впливу травматичної події

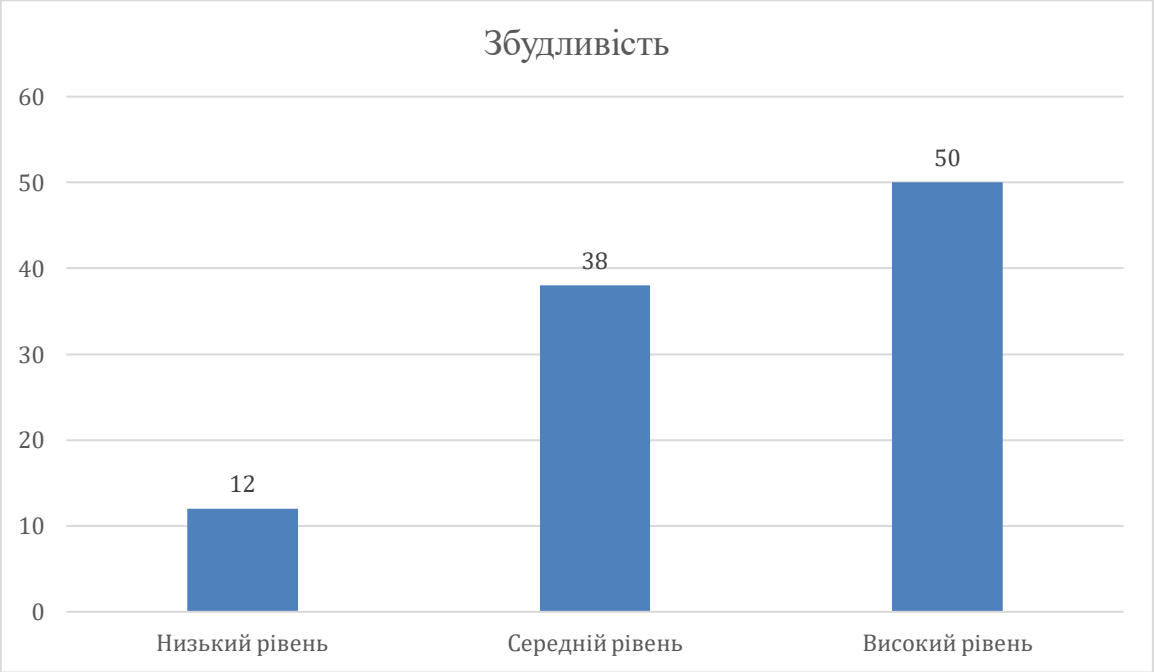


Рис. 2.10 – Субшкала «Збудливість» за Методикою Шкала оцінки впливу травматичної події

Як бачимо, середній рівень впливу травматичної події спостерігався у значної частини респондентів: від 35% до 40% залежно від субшкали. Такі

результати характеризуються помірною інтенсивністю проявів симптомів, які можуть бути менш вираженими, але все ж свідчать про наявність певного ступеня емоційного та фізіологічного дискомфорту, пов’язаного з пережитим досвідом. Найменша кількість респондентів продемонструвала низький рівень впливу, який спостерігався лише у 10-15% військовослужбовців. Це може свідчити про порівняно низький рівень проявів симптомів за всіма субшкалами, що може бути ознакою або кращих адаптивних механізмів, або недостатньої усвідомленості щодо свого психоемоційного стану.

Загалом результати дослідження вказують на високу вразливість психоемоційного стану військовослужбовців до впливу травматичних подій. Значна частка високих рівнів за субшкалами «Вторгнення», «Уникнення» та «Збудливість» підкреслює необхідність цілеспрямованих програм психологічної підтримки та реабілітації, які допомогли б учасникам бойових дій адаптуватися до мирного життя, зменшити рівень стресу та покращити загальний емоційний стан.

У ході проведеного емпіричного дослідження було вивчено психоемоційний стан військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, з метою визначення рівнів тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Для цього використовувалася коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, розроблена B.B. Hart. Даний інструмент дозволяє оцінити вираженість психологічних станів через аналіз відповідей на 10 запитань, що стосуються ключових проявів тривожності, депресивних станів та посттравматичних симптомів. Дослідження охоплювало 58 військовослужбовців, які безпосередньо стикалися з бойовими діями. Важливо зазначити, що всі респонденти зазнали впливу травматичних подій, що дало змогу розкрити ступінь і характер психологічних наслідків, які виникають у таких обставинах. Отримані результати дозволяють зробити висновки про загальний психоемоційний стан військовослужбовців і виділити групи ризику, що потребують додаткової уваги та психологічної підтримки (табл. 2.3):

Таблиця 2.3

Результати, отримані за Методикою Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart)

Показник	Низький рівень (%)	Помірний рівень (%)	Високий рівень (%)
Тривога	15	35	50
Депресія	10	40	50
ПТСР	12	38	50

Серед військовослужбовців, які брали участь у дослідженні, високий рівень тривоги було зафіксовано у половини респондентів (50%). Цей показник свідчить про наявність у них постійного стану напруженості, труднощів із розслабленням, а також фізіологічних проявів стресу, таких як прискорене серцебиття, напруженість у тілі чи головний біль. Військовослужбовці з високим рівнем тривоги можуть демонструвати підвищену реакцію на подразники, що пов’язано із впливом бойових умов. Помірний рівень тривоги спостерігався у 35% респондентів, що свідчить про часткову адаптацію до умов стресу, хоча вони все ще відчувають вплив негативних переживань. Лише 15% учасників продемонстрували низький рівень тривоги, що може бути показником стійкішої психіки або ефективних механізмів адаптації (рис. 2.11).

Аналіз результатів за даним показником депресії виявив, що 50% військовослужбовців страждають від високого рівня депресії. У цих респондентів спостерігалася значна втрата інтересу до життя, зниження мотивації до виконання звичних завдань, емоційна апатія та постійне відчуття втоми. Військовослужбовці з високим рівнем депресії відчувають смуток та печаль, які можуть негативно впливати на їхню здатність до взаємодії з оточенням і виконання професійних обов’язків. Помірний рівень депресії, який спостерігався у 40% респондентів, характеризується менш вираженими, але все ще значущими проявами: зниженою енергією, роздратуванням та зменшенням задоволення від щоденної діяльності. Низький рівень депресії зафіксовано лише

у 10% учасників, що може бути свідченням меншого впливу травматичних подій на їхній емоційний стан (рис. 2.12).

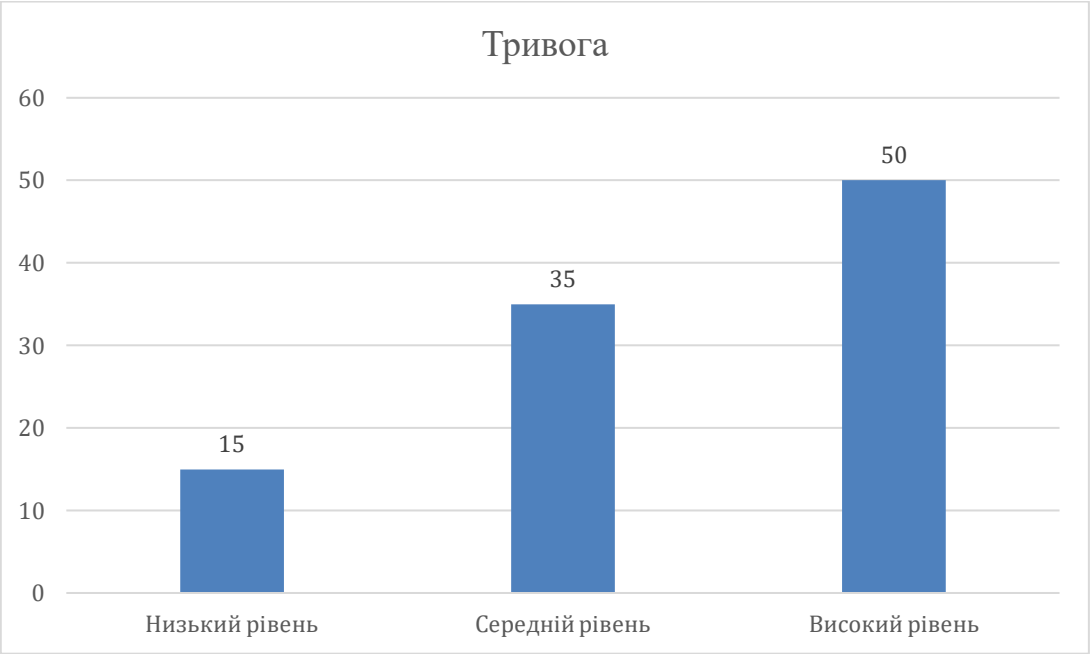


Рис. 2.11 – Рівень тривоги за Методикою Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart)

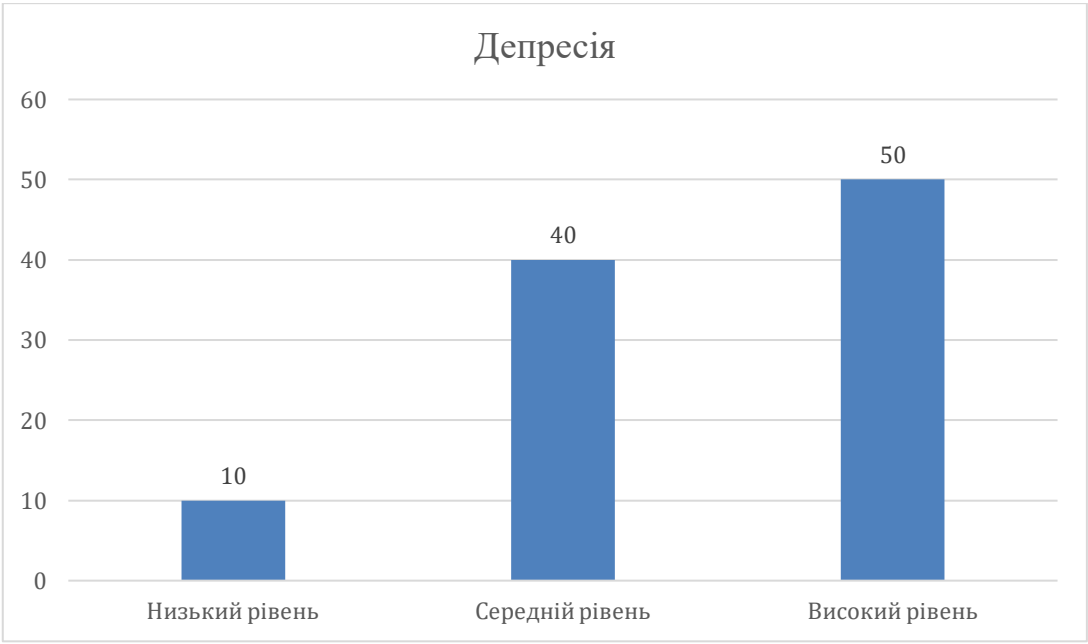


Рис. 2.12 – Рівень депресії за Методикою Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart)

Високий рівень проявів ПТСР також було зафіксовано у половини респондентів (50%). Це свідчить про те, що у значної частини

військовослужбовців зберігаються нав’язливі спогади про травматичні події, які супроводжуються сильними емоційними та фізіологічними реакціями. Типові симптоми ПТСР, такі як уникання нагадувань про травму, емоційна відстороненість, порушення сну та труднощі з концентрацією, характерні для цієї групи військових. Помірний рівень ПТСР був виявлений у 38% учасників, що свідчить про те, що вони також зазнають значного впливу травматичних подій, проте їх симптоми менш виражені. Низький рівень ПТСР було зафіксовано у 12% респондентів, що вказує на відносно кращий рівень адаптації або менший ступінь впливу травматичного досвіду (рис. 2.13):

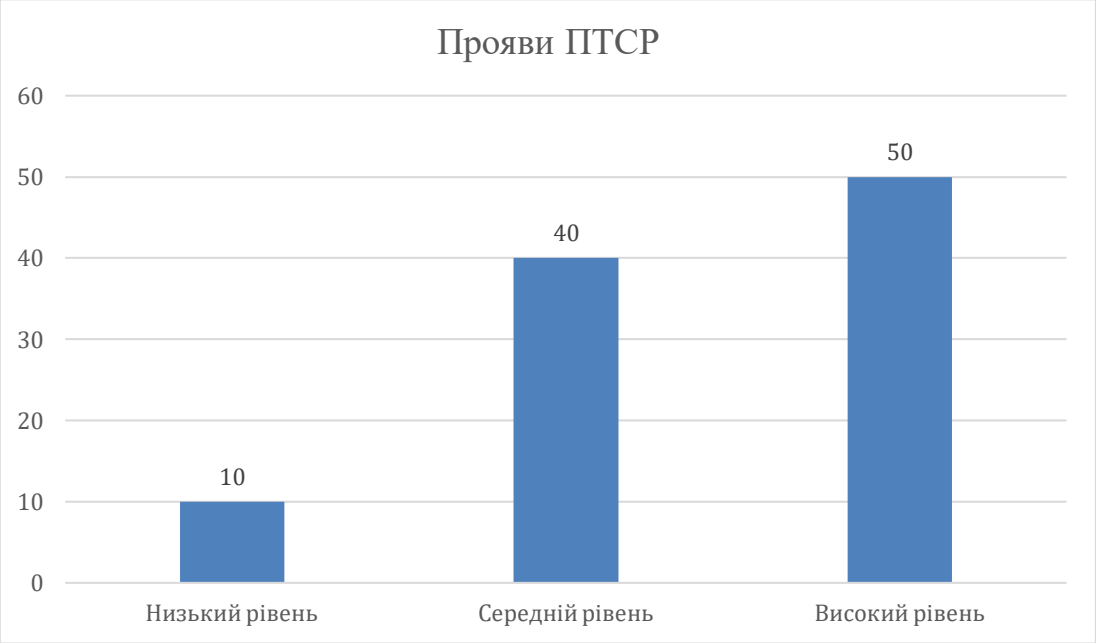


Рис. 2.13 – Рівень проявів ПТСР за Методикою Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart)

Загалом результати цього дослідження демонструють значний вплив травматичних подій на психоемоційний стан військовослужбовців. Половина респондентів має високий рівень тривоги, депресії та ПТСР, що свідчить про необхідність впровадження комплексних програм психологічної допомоги та реабілітації. Помірний рівень за цими показниками також є поширеним, що вказує на потребу в систематичній профілактичній роботі. Низькі показники у незначної частини учасників можуть свідчити про наявність стійкіших

адаптивних механізмів, які варто врахувати при плануванні психологічної допомоги для інших військовослужбовців.

У процесі дослідження за шкалою PC-PTSD-5 було здійснено оцінку стану військовослужбовців з метою виявлення ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Дана шкала є інструментом первинного скринінгу, який дозволяє ідентифікувати респондентів з високою ймовірністю наявності симптомів ПТСР та потребою в подальшій психодіагностиці. Скринінг охоплював чотири ключові аспекти прояву ПТСР: наявність снів або нав'язливих думок про травматичні події, прагнення уникати думок чи ситуацій, підвищену настороженість, а також емоційну ізоляцію (табл. 2.4):

Таблиця 2.4

Результати, отримані за Методикою «Шкала PC-PTSD-5 для скринінгу посттравматичних стресових розладів в умовах первинної медичної допомоги»

Показник	Відповіли «Так» (%)	Відповіли «Ні» (%)
Сни та нав'язливі думки	60	40
Уникнення	55	45
Підвищена настороженість	50	50
Емоційна ізоляція	45	55

Із таблиці 2.4 те, що результати показали наступне: 60% респондентів відзначили наявність снів або нав'язливих думок, пов'язаних із травматичним досвідом. Цей показник свідчить про суттєвий вплив пережитих подій на їхній психоемоційний стан. Такі симптоми є типовими для осіб, які зазнали сильного емоційного чи фізичного стресу, і часто є основою для діагностики ПТСР. Наявність подібних проявів у більшості респондентів підкреслює, наскільки глибоко пережите впливає на їхню свідомість.

Ознака уникнення, яка полягає у прагненні уникати думок, спогадів чи ситуацій, що нагадують про травму, була характерною для 55% військовослужбовців. Така поведінка є захисним механізмом, який тимчасово

допомагає зменшити емоційний дискомфорт, однак може сприяти закріпленню симптомів ПТСР та заважати процесу психологічного відновлення.

Ще одним важливим показником є підвищена настороженість, яка спостерігалася у 50% респондентів. Вона включає такі прояви, як надмірна чутливість до подразників, швидке здригування, готовність до негайної реакції на потенційну загрозу. Ці симптоми є характерними для посттравматичного стану, оскільки організм перебуває у стані «бойової готовності», навіть коли загроза вже минула.

Ознака емоційної ізоляції, що виражається у відчутті спустошеності, відірваності від інших людей чи діяльності, була притаманна 45% респондентів. Такі прояви часто супроводжуються зниженням інтересу до звичних занять і соціальної активності, що може свідчити про емоційне виснаження та втрату психологічного ресурсу для відновлення.

Загалом результати дослідження демонструють, що значна частка військовослужбовців перебуває у стані, який вказує на ймовірність наявності ПТСР. Високі показники за ключовими симптомами – нав’язливими думками, уникненням, підвищеною настороженістю та емоційною ізоляцією – підкреслюють необхідність впровадження цілеспрямованих програм психологічної підтримки. Такі програми мають бути спрямовані на подолання наслідків травматичних подій, покращення емоційного стану військових та відновлення їхньої психологічної стійкості. Зауважимо, що отримані результати підтверджують важливість проведення подальшої поглибленої психодіагностики для кожного з респондентів, які демонструють значну вираженість симптомів, з метою надання їм своєчасної допомоги.

У процесі аналізу отриманих даних для оцінки взаємозв’язків між показниками психофізіологічного стану, рівнями тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) було використано метод кореляційного аналізу Пірсона. За його допомогою можна визначити силу і напрямок лінійної залежності між досліджуваними параметрами. Значення коефіцієнтів кореляції (r) варіювалися в діапазоні від -1 до 1, де значення близькі

до -1 або 1 вказують на сильний зв’язок, а значення близькі до 0 свідчать про слабкий або відсутній зв’язок. Цей аналіз дозволив визначити характер взаємозв’язків між основними параметрами, що характеризують стан військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Результати кореляційного аналізу наведені у таблиці 2.5:

Таблиця 2.5

Кореляційний аналіз між показниками за використаними методиками

Показник	Самопочуття	Активність	Настрій	Працездатність	Зацікавленість до участі в бойових ліях	Бажання виконувати завлання в зоні бойових	Впевненість у своїх силах	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Тривога	Депресія	ПТСР
Самопочуття	1,0	0,45	0,5	0,55	0,4	0,38	0,48	-0,3	-0,28	-0,32	-0,4	-0,42	-0,45
Активність	0,45	1,0	0,48	0,52	0,44	0,46	0,49	-0,25	-0,27	-0,31	-0,38	-0,4	-0,43
Настрій	0,5	0,48	1,0	0,57	0,43	0,41	0,53	-0,33	-0,29	-0,35	-0,42	-0,45	-0,47
Працездатність	0,55	0,52	0,57	1,0	0,48	0,47	0,5	-0,28	-0,26	-0,3	-0,38	-0,39	-0,41
Зацікавленість до участі в бойових діях	0,4	0,44	0,43	0,48	1,0	0,51	0,42	-0,27	-0,29	-0,34	-0,36	-0,37	-0,4
Бажання виконувати завдання	0,38	0,46	0,41	0,47	0,51	1,0	0,43	-0,22	-0,25	-0,3	-0,32	-0,35	-0,36
Впевненість у своїх силах	0,48	0,49	0,53	0,5	0,42	0,43	1,0	-0,31	-0,3	-0,33	-0,41	-0,42	-0,44
Вторгнення	-0,3	-0,25	-0,33	-0,28	-0,27	-0,22	-0,31	1,0	0,48	0,55	0,6	0,58	0,62
Уникнення	-0,28	-0,27	-0,29	-0,26	-0,29	-0,25	-0,3	0,48	1,0	0,53	0,57	0,55	0,58
Збудливість	-0,32	-0,31	-0,35	-0,3	-0,34	-0,3	-0,33	0,55	0,53	1,0	0,65	0,62	0,64
Тривога	-0,4	-0,38	-0,42	-0,38	-0,36	-0,32	-0,41	0,6	0,57	0,65	1,0	0,72	0,74
Депресія	-0,42	-0,4	-0,45	-0,39	-0,37	-0,35	-0,42	0,58	0,55	0,62	0,72	1,0	0,7
ПТСР	-0,45	-0,43	-0,47	-0,41	-0,4	-0,36	-0,44	0,62	0,58	0,64	0,74	0,7	1,0

Отримані дані свідчать про наявність як позитивних, так і негативних зв’язків між показниками. Найсильніші позитивні кореляції спостерігалися між показниками, які відображають адаптивні характеристики військовослужбовців, такі як самопочуття, активність, настрій, працездатність, впевненість у своїх силах, а також їх зацікавленість та бажання виконувати завдання в зоні бойових дій. Наприклад, рівень самопочуття має значний позитивний зв’язок із працездатністю (r = 0,55), настроєм (r = 0,50) та впевненістю у своїх силах (r = 0,48). Це свідчить про те, що краще фізичне самопочуття сприяє покращенню емоційного стану та підвищенню ефективності виконання завдань. Рівень активності також демонструє позитивні кореляції з іншими показниками, зокрема, із працездатністю (r = 0,52) та впевненістю у своїх силах (r = 0,49). Це може свідчити про те, що енергетичний потенціал та здатність до виконання завдань тісно пов’язані з впевненістю та внутрішньою мотивацією військовослужбовців.

Негативні кореляції спостерігаються між адаптивними характеристиками (самопочуттям, активністю, настроєм тощо) та симптомами ПТСР, такими як вторгнення, уникнення, збудливість, а також рівнями тривоги та депресії. Наприклад, самопочуття має помітний негативний зв’язок із вторгненням (r = -0,30), тривогою (r = -0,40) та депресією (r = -0,42). Це свідчить про те, що погіршення фізичного стану та самопочуття тісно пов’язане з посиленням негативних психоемоційних проявів, таких як нав’язливі думки про травматичний досвід, високий рівень тривоги чи пригнічення. Аналогічно, працездатність демонструє негативну кореляцію з тривогою (r = -0,38), депресією (r = -0,39) та збудливістю (r = -0,30). Це може вказувати на те, що підвищена психоемоційна напруга і фізіологічне виснаження знижують здатність військових до продуктивної діяльності.

Серед компонентів ПТСР найбільш сильні позитивні кореляції спостерігаються між вторгненням, уникненням та збудливістю. Зокрема, вторгнення має значний зв’язок із збудливістю (r = 0,55), тривогою (r = 0,60) та депресією (r = 0,58). Це свідчить про те, що симптоми нав’язливих думок та

спогадів часто супроводжуються фізіологічною напругою, тривожними станами та емоційною пригніченістю. Уникнення, яке є типовою захисною реакцією на травматичні події, також демонструє сильну позитивну кореляцію із тривогою (r = 0,57) та депресією (r = 0,55). Це може вказувати на те, що уникання нагадувань про травматичні події, хоч і має захисний характер, водночас сприяє поглибленню тривожних та депресивних станів. Збудливість, яка характеризується підвищеною чутливістю до подразників, проявами роздратування та порушенням сну, також має сильний зв'язок із тривогою (r = 0,65) та депресією (r = 0,62). Цей показник є важливим індикатором загальної емоційної нестабільності військовослужбовців.

Показники тривоги, депресії та ПТСР демонструють найсильніші кореляції між собою. Зокрема, тривога має кореляцію з депресією (r = 0,72) та ПТСР (r = 0,74), що вказує на їхній спільний вплив на психоемоційний стан військовослужбовців. Подібний зв'язок спостерігається між депресією та ПТСР (r = 0,70). Це свідчить про те, що симптоми ПТСР, такі як вторгнення, уникнення та збудливість, нерідко супроводжуються тривожними та депресивними станами, утворюючи єдину симптоматичну картину.

Отже, результати кореляційного аналізу дозволяють зробити висновок, що фізичний та психоемоційний стан військовослужбовців тісно пов'язаний із проявами тривоги, депресії та симптомами ПТСР. Високі рівні адаптивних характеристик, таких як самопочуття, активність, працездатність та впевненість у своїх силах, сприяють зниженню негативних психоемоційних проявів. Водночас симптоми ПТСР та їхній взаємозв'язок із тривогою та депресією вказують на необхідність систематичної психологічної допомоги, спрямованої на зменшення їхнього впливу та покращення загального емоційного стану військовослужбовців.

Висновок до другого розділу

У ході проведеного емпіричного дослідження було здійснено комплексний аналіз психофізіологічного стану, емоційного благополуччя та проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Застосовані методики дозволили отримати кількісні дані, які характеризують стан респондентів, і визначити ключові аспекти, що потребують уваги в рамках психологічної підтримки та реабілітації.

Аналіз даних, отриманих за Методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (Кокун О. М.), показав, що переважна більшість респондентів демонструє рівні від середнього до вище середнього за основними показниками, що свідчить про відносно високий рівень адаптації. Зокрема, 35% військовослужбовців оцінили своє самопочуття як вище середнього, а 23% як високе. Лише 5% продемонстрували низький рівень цього показника, що може свідчити про втому або фізичні обмеження. Рівень активності був вище середнього у 25% респондентів, тоді як середній рівень спостерігався у 30%, а низький у 10%, що вказує на значну варіативність енергетичного потенціалу військовослужбовців. Показник настрою виявився середнім у 28%, вище середнього - у 30%, а високим лише у 16%, що підкреслює вплив стресових умов на емоційний фон. Зацікавленість до участі в бойових діях оцінювалася як вище середнього у 38% військовослужбовців і як висока у 15%, що свідчить про мотивацію виконувати завдання, незважаючи на труднощі.

Оцінка за Методикою шкали впливу травматичної події виявила, що значна частка військовослужбовців демонструє високий рівень впливу травматичних подій. Зокрема, за субшкалою вторгнення високий рівень було зафіксовано у 55% респондентів, що вказує на часті нав’язливі спогади про події. Симптоми уникнення були характерними для 45% респондентів, що свідчить про захисні механізми, спрямовані на мінімізацію емоційного стресу. Високий рівень збудливості, включаючи фізіологічну напругу та порушення сну, демонстрували 50% респондентів.

Кореляційний аналіз показав значний негативний зв’язок між адаптивними характеристиками (самопочуттям, активністю, настроєм) та симптомами тривоги, депресії й ПТСР. Наприклад, самопочуття має негативну кореляцію з тривогою (r = -0,40) та депресією (r = -0,42). Аналогічні зв’язки спостерігалися між працездатністю та збудливістю (r = -0,30). Водночас позитивні кореляції між тривогою (r = 0,74), депресією (r = 0,70) та симптомами ПТСР свідчать про те, що ці показники формують взаємозалежну симптоматичну картину, яка значно впливає на емоційний стан військовослужбовців.

Отримані результати демонструють, що, незважаючи на відносно високий рівень адаптивності у значної частини військовослужбовців, вплив травматичних подій залишається суттєвим. Половина респондентів демонструє високі рівні тривоги, депресії та ПТСР, що вказує на необхідність впровадження цілеспрямованих програм психологічної допомоги. Такі програми повинні включати заходи щодо зниження психоемоційного напруження, роботи із симптомами ПТСР та відновлення емоційної стійкості. Результати також підкреслюють важливість проведення подальшої поглибленої діагностики для групи ризику, що дозволить своєчасно надати необхідну підтримку та мінімізувати вплив травматичного досвіду на психологічний стан військових.

РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЇЇ РЕАЛІЗАЦІЯ

3.1. Розробка та опис програми психологічної реабілітації військовослужбовців

Отримавши і опрацювавши емпіричні дані дослідження психологічного стану військовослужбовців, маємо розуміння, що є гострою необхідність психологічної допомоги, яка буде спрямованою на покращення загального емоційного стану військовослужбовців, а також на зниження негативних психоемоційних симптомів. Головним завданням програми є зниження психоемоційного напруження, адже велика кількість респондентів має високі рівні тривоги, депресії та ПТСР, з якими тісно пов’язані як психоемоційний, так і фізичний стани військовослужбовців. Основний напрям роботи програми має бути направлений на покращення самопочуття, поліпшення настрою, підвищення загальної активності та працездатності, повернення віри у власні сили, що сприятиме поверненню військовослужбовців до повноцінного життя.

Пропоновані методи та методики в рамках даної програми, що є необхідними для застосування при роботі з військовослужбовцями, що пережили безліч травмуючих емоцій та подій, що значно впливають на психіку, є:

1) Діагностика - застосовується для оцінки актуального психологічного стану військовослужбовців, визначення симптомів наявного посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та наявності травми, окреслення потреби та оптимальних методів психологічної реабілітації;

2) психоедукація – сприяє формуванню навичок управління можливостями власної психіки, наданню самодопомоги в стресових ситуаціях та першої психологічної допомоги іншим; кращому розумінню власних емоційних реакцій та потреб;

3) психологічна підтримка – створення довірливого середовища, стосунку «клієнт-терапевт» та надання всебічної психологічної підтримки. Може

проводитися з використанням за необхідності метафоричних асоціативних карт, проективних методик, технік арт-терапії;

4) психотерапія – використання методів психологічного впливу для розв'язання особистісних та міжособистісних проблем, які є спрямованими на відновлення порушеної діяльності, роботи з травмою.

5) групова робота – проведення психологічних тренінгів, інтерв'ю, різних занять з психологічної просвіти. Часто застосовуються стандартизовані процедури, які спрямовані на саморозкриття учасників таких груп, актуалізацію їх наявного досвіду, пошук шляхів розв'язання психологічних проблем, опанування нових комунікативних і поведінкових стратегій, формування навичок самопізнання та саморозвитку.

Основними цілями даної реабілітаційної програми є:

- усунення проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР);
- розвиток навичок особистісної рефлексіїї;
- підвищення рівня комунікабельності та соціальної активності;
- розвиток навичок долання стресу, контролю тривоги та тривожних думок;
- відновлення психіки, зменшення рівня напруги та внутрішньої тривожності;
- збільшення стресостійкості організму;
- пошук ресурсів та мобілізація внутрішніх резервів організму;
- повернення військовослужбовців до повноцінного життя.

В даній програмі застосований інтегративний підхід з поєднанням методів, що спрямований на ефективність при роботі з військовослужбовцями з наявними симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Тобто використовуються елементи тих методів, що можуть сприяти вирішенню наявних проблем:

- зміну схем мислення і установок, які стосуються травматичних подій і їх наслідків;
- встановлення стосунку в діаді «психотерапевт-клієнт»;
- послаблення симптомів повторного переживання;
- заміна дисфункційної поведінки та когнітивних стратегій;

- розкриття почуттів (активізації переживання і вираження емоцій);
- відновлення психологічних і тілесних меж;
- зняття напруги і поліпшення сприйняття клієнтом свого тіла;
- зміну поведінки;
- підтримку військовослужбовця і його адаптації до змін.

Програма побудована таким чином, щоб забезпечити комплексний підхід до роботи з військовослужбовцями, і має такі етапи:

1. Діагностичний етап:

- проведення поглибленої психодіагностики з використання п’яти різних методик, що дає змогу комплексно дослідити психологічний стан військовослужбовців;
- виявлення особливостей проявів ПТСР: аналіз симптомів, переживань, реакцій на воєнні події;
- визначення основних джерел тривожності;
- з’ясування причин емоційних порушень та їх кореляції з бойовим досвідом війни.

2. Етап індивідуальної роботи:

- встановлення контакту, створення довірчої атмосфери, яка сприяє відкритості та готовності до роботи;
- обговорення актуальних проблем та виявлення факторів впливу на особистісний розвиток та нормальне функціонування військовослужбовців безпосередня участь у бойових діях;
- застосування методики, яка сприяє подоланню травми;
- арт-терапевтичні заняття: використання мистецтва як інструменту виразу емоцій та переживань, коли складно артикулювати словами.
- формування навичок особистісної рефлексії та контролю тривоги;
- пошуки ресурсу, відновлення віри в себе та в свої сили.

3. Етап групової роботи:

- тренінг з розвитку навичок подолання стресу.

4. Завершальний етап:

- підбиття підсумків: аналіз змін, які сталися в процесі реалізації програми, оцінка її ефективності.

Така поетапність програми є важливою особливістю в комплексному підході роботи з військовослужбовцями, включаючи як індивідуальну, так і групову роботу, що дозволяє найкращим чином адаптувати методи роботи до потреб військовослужбовців, а також може дещо корегуватися в процесі самої її реалізації.

Дана програма психологічної допомоги, розроблена на основі дослідницьких даних з врахуванням індивідуальних особливостей клієнтів, спрямована на досягнення певних терапевтичних цілей, серед яких:

1. Декатастрофізація - нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на ненормальну подію) та природи травматичної пам’яті. Що стає можливою завдяки проведеній психоедукації.
2. Формування у військовослужбовців системи уявлень, розуміння психопатологічних реакцій, що викликані психічною травмою та їх основних наслідків.
3. Здійснюється огляд факторів, що підтримують симптоми ПТСР (негативні оцінки, когнітивні стратегії, захисна поведінка тощо) та стабілізація цих симптомів, а також проводиться робота по навчанню й оволодінню методами самостійної роботи з симптомами.
4. Оволодіння базовими техніками самодопомоги під час тригерних спогадів та тривоги; набуття певних навичок самоуправління та навчання технікам саморегуляції.
5. Конфронтація з травмуючим матеріалом з використанням відповідної техніки, яка рекомендована та є ефективною в роботі з травмою.

Послідовне проходження всіх етапів програми та повне занурення в процес психологічної допомоги дозволяє досягти значущих позитивних змін в психоемоційному стані військовослужбовців. Результати, що будуть отримані після проходження програми її учасниками слугуватимуть базою корекції

програми для використання її в подальшому, а також адаптації програми щодо конкретних особливостей учасників у майбутньому.

Далі представлено конкретизовану авторську розробку «Програма психологічної реабілітації військовослужбовців». Дана програма спрямована на підтримку військовослужбовців з симптомами ПТСР та розрахована на 13 зустрічей. Програма поєднує індивідуальний та груповий підходи, включаючи вправи з саморефлексії, використання методик подолання травми, застосування методів арт-терапії (а саме використання одного з методів ізотерапії та застосування метафорично-асоціативних карт (МАК), а також проведення групового тренінгу з розвитку навичок долання стресу. Більша увага приділяється індивідуальній роботі, де учасники отримують можливість працювати над особистісними проблемами.

Концепція: програма розроблена з метою психологічної реабілітації та підтримки військовослужбовців з проявами ПТСР.

Формат: зустрічі офлайн.

Кількість учасників: 10 осіб, вибрані на основі отриманих результатів опитувань, що мають симптоми наявного ПТСР, довготривале перебування в лавах Збройних сил України та великий бойовий досвід.

Спираючись на запропоновану Литвиненко Л. І. Модель фаз проходження терапії в роботі з травмівною симптоматикою [40], запропонована програма виглядає так:

І ФАЗА

Мета:

- контакт, встановлення стосунку «психотерапевт-клієнт». Збір первинної інформації, прийняття почутого. Активне слухання, давати можливість висловити свої почуття. Допомогти зрозуміти, що почуття є частиною процесу і їх треба пережити.
- стабілізація. Розуміння, що травма в минулому –знайти надійне, безпечне теперішнє. Певний контроль над проявами ПТСР. Можлива роль релаксації.
- підготовка до подальшої конфронтативної терапевтичної роботи

Зустріч №1 «Знайомство, презентація програми» (групова)

Тривалість: 5 годин

Мета зустрічі: знайомство учасників програми, обмін очікуваннями, презентація запропонованої програми, збір інформації про учасників та їх поточний психологічний стан.

1. Знайомство (40 хвилин):

Для знайомства учасникам запропонована психологічна вправа «Три правди та одна неправда», яка допомагає створити дружню атмосферу між учасниками, зняти зайве напруження та заохотити до подальшого спілкування.

«Три правди та одна неправда»

Мета: Виявити особливості учасників через веселу гру.

Хід: Учасники по черзі називають три правдиві факти про себе і один вигаданий. Інші учасники мають вгадати, що є неправдою. І так по черзі.

2. Обмін очікуваннями (30 хвилин):

Учасники по черзі діляться своїми очікуваннями, сподіваннями щодо програми, озвучують свої побажання.

3. Презентація програми. Відповіді на питання (60 хвилин)

Презентація програми є важливим елементом роботи з військовослужбовцями, адже учасники мають чітко розуміти її мету, основні етапи роботи та очікувані результати.

Презентація включає: вступне слово, мета програми, головні цілі і завдання, основні етапи роботи з учасниками, час проведення, структура зустрічей, очікувані результати.

Навчання (психоедукація) учасника має початися з першої ж консультації і продовжуватись протягом усіх етапів проведення програми. Лікувальні програми здебільшого передбачають елемент навчання учасника щодо травматичного стресу, яке розподіляється на:

- інформацію про те, як психотравмувальний досвід впливає на військовослужбовця;
- інформацію про загальні реакції на травму;

- «нормалізацію» реакцій, розуміння їх і прийняття;
- емоційну підтримку та підбадьорювання;
- логічне пояснення та опис того, до чого приведе дана програма і що вимагається від самого учасника;
- опис процесу проведення програми.

Вкінці обов'язково учасникам надається час для запитань та уточнень.

4. Вправа на згуртування (90 хвилин):

Вправа на згуртування учасників має на меті створення довірливої атмосфери, покращення комунікації всередині групи, а також формування почуття єдності серед учасників.

Вправа «Портрет команди»

Хід: всі учасники діляться на дві групи по п'ять чоловік в кожній. Кожна група має завдання: намалювати свій «портрет команди» і кожен учасник має додати якийсь елемент до малюнку (предмет, колір або інший символ), що символізує його особистий внесок у загальний малюнок. Додавати можна що завгодно і скільки завгодно, та в кінці група має обговорити зображення, яке вона отримала. Потім кожна з груп має презентувати свій малюнок іншій групі.

5. Вправи усвідомлення особливостей внутрішнього стану (60 хвилин):

Мета: включення в роботу, зняття напруги, яка накопичилася; об'єднання учасників групи, створення атмосфери довіри і прийняття.

Вправа «Внутрішній стан»

Учасники кидають невеличкий м'ячик одне одному, при цьому називаючи ім'я того, кому кинули м'ячик. Той, хто зловив м'ячик, має прийняти позу, яка відображає його внутрішній стан. Інші учасники повторюють цю позу й намагаються відчути та зрозуміти стан свого колеги. В процесі гри відбувається обговорення.

Вправа «Карусель спілкування»

Психологом озвучуються фрази, які мають продовжитися учасниками, наприклад:

«Я люблю…», «Мене радує…», «Мене засмучує …», «Я гніваюся, коли…», «Я пишаюсь собою, коли…», «Я хотів би відчути…», «Мені не вистачає…» тощо. В процесі вправи здійснюється обговорення і можливі запитання учасників одне одному.

6. Завершальний етап (20 хвилин):

учасники діляться своїми відчуттями та враженнями від першої зустрічі.

Зустріч №2, 3 «Ізотерапія як форма Арт-терапії» (індивідуальна)

Тривалість: 1 година на кожного учасника (10 годин загально)

Мета зустрічі: самовираження та гармонізація відчуттів за допомогою мистецтва. Встановлення довірливих відносин в діаді, розкриття почуттів методом активізації переживання і вираження емоцій.

Стосунок "психотерапевт-клієнт" є унікальним міжособистісним досвідом, що є наповненим теплом, довірою, прийняттям і розумінням. В роботі з травмованими військовослужбовцями ці стосунки можна назвати «повторним хорошим батьківством», яке допомагає наблизитись до зони прихованих переживань учасника. Цей стосунок є важливим ресурсом для військовослужбовця, що допомагає йому відновити уражені травмою функції – довіру, самостійність, впевненість, компетентність, здатність будувати стосунки, творчість тощо. Стосунок «психотерапевт-клієнт» дозволяє бійцям почуватися безпечно, відміняють потребу у використанні захисних механізмів, дозволяють наблизитися до негативних емоційних станів військовослужбовця, що веде до покращення навичок самодопомоги і зростання здорової, ресурсної частини психіки у постраждалих військовослужбовців.

Техніка «Трояндовий кущ» (автор Дж. Аллан)

Методика поєднує в собі діагностичну та корекційну функції. Адже завдяки цій техніці можна отримати інформацію про внутрішній світ людини, наочно побачити як в уяві людини він виглядає, адже кущ троянд – це метафора. «Трояндовий кущ» символізує емоційну сутність людини, вказує на її труднощі, проблемні питання, а також емоційний стан вцілому. Ця вправа є своєрідною

медитацією, за допомогою якої можна зануритися у власну підсвідомість і розкрити свій внутрішній світ.

Хід:

1. Учасник закриває очі. Психолог проговорює вголос те, що далі має робити учасник: забути про все і зосередитися на тому, що відбувається всередині; думати про дихання, відчувати як повітря заходить і повільно виходить назовні, уявити повітря у вигляді м'яких хвиль, що накочуються на берег; спостерігати за диханням, відчувати як кожна хвиля повітря несе заспокоєння. Далі учасник має уявити сво перетворення в кущ троянд, і з'ясувати для себе, яким же той має бути: великим чи Маленьким, Широким чи високим, з квітами чи без, з корінням чи без нього, чи має кущ гілки та стебла, де він росте, чи є щось навколо і якщо є, то що саме, а також чи є хтось, хто доглядає за ним. Учасник має не забувати, що він - трояндовий кущ і визначити своє ставлення до свого життя і того, що відбувається з ним на цьому етапі.

2. Коли учасник уявив і готовий зобразити себе на аркуші, даємо йому цю можливість. В процесі спостерігаючи за тим, як малює учасник, які емоції відчуває і як реагує. Коли учасник завершив – можемо ставити йому запитання.

3. Питання до малюнку:

- Яким кущем троянд ти є і як ти виглядаєш?
- Розкажи мені про свої квіти.
- Розкажи мені про своє листя.
- Розкажи мені про свої стебла і гілки.
- У тебе є шипи? Якщо так, то розкажи мені про них. Якщо немає, тоді розкажи, як ти захищаєшся. Ти добрий чи злий кущ?
- Розкажи мені про своє коріння.
- Розкажи мені, де ти живеш. Які предмети оточують тебе? Тобі подобається жити в тому місці, де ти знаходишся?
- Ти думаєш, що ти схожа/ий на трояндовий кущ або на щось інше? Якщо так, то на що ти схожа/ий?

- Хто доглядає за тобою? Тобі це подобається? Яким чином вони доглядають за тобою?
- Як ти ставишся до нинішньої погоди? Що відбувається з тобою при зміні пори року?
- Як ти відчуваєш себе в ролі куща троянд? Як тобі живеться в ролі куща?

Після того, як людина закінчила розповідь, зачитати вголос кожне її висловлювання, щоб вона подумала, чи відповідає воно тому, що відбувається в реальному житті. Дієвим є спосіб ведення діалогу в процесі розповіді учасника щодо свого зображення, віддзеркалення сказаного ним. А також уточнюючі запитання, що дадуть можливість виявити проблемні питання учасника, кризові стани чи тригерні точки.

Інтерпретація малюнка, запропонована автором:

Розмір малюнка:

Кущ троянд намальований маленьким по відношенню до аркуша паперу - говорить про невпевненість людини, чим менше малюнок по відношенню до альбомного листа, тим яскравіше проявляється така якість. Кущ троянд дуже великий, буквально не поміщається на аркуші паперу - вказує на сильну егоцентричну позицію і імпульсивність.

Колір:

Чорний колір, темно-коричневий, сірий і всі темні кольори в малюнку говорять про можливе неблагополучний емоційний стан. Всі яскраві, соковиті, теплі кольри і їх відтінки, якими розфарбований малюнок, є ознаками психологічного благополуччя і внутрішньої гармонії.

Благополучні ознаки малюнка:

Пишний кущ з густим листям, з міцним корінням, з численними бутонами та квітками, який росте з іншими такими ж кущами. На благополуччя внутрішнього стану людини можуть вказувати також намальоване сонце, небо, яскраві квіти, відсутність будь-яких огорож.

Неблагополучні ознаки малюнка:

Велика кількість колючок і шипів на гілках - ознака агресивності, але в той же час може означати потребу в захисті, почутті безпеки. Голі гілки без листя, коріння, кущ росте одиноко в пустелі або висить буквально в повітрі - це про можливу внутрішню самотність, спустошеність, нестачу душевного тепла. Зламані квіти на кущі або зрізані у вазі - ознака неблагополуччя, можлива психологічна травма. Паркан, огорожа навколо куща - вказують на придушення якихось страхів в собі, обмеження в діях. Малюнок розташований внизу альбомного листа - говорить про душевний дискомфорт.

Зустріч №4, 5 Розвиток навичок особистісної рефлексії (індивідуальна)

Тривалість: 1 година 20 хвилин на кожного учасника (13,5 годин загально)

Мета: розвиток навичок особистісної рефлексії допомагає краще розуміти себе, контролювати емоції та покращувати соціальні взаємодії. Ці навички сприяють розвитку самоповаги, підвищенню адаптивності та продуктивності. А також допомагає розпізнавати емоційні виклики та справлятися з ними; покращити якість свого життя.

Хід:

Важливий елемент самопізнання учасника та його подальшого особистісного зростання – особистісна рефлексія, а отже і розвиток її як навички. Адже вона допомагає учаснику усвідомити свої власні думки, ідентифікувати свої почуття, поведінку та розуміти їхні наслідки. Рефлексія дає змогу краще розуміти власні сильні і слабкі сторони, цінності та установки, мотивації, що сприяє ефективнішому прийняттю рішень і розвитку в різних сферах життя.

Розвиток навичок особистісної рефлексії допомагають людині краще розуміти себе, контролювати емоції та покращувати соціальні взаємодії. Вони сприяють розвитку самоповаги, підвищенню адаптивності та продуктивності. Цей процес допомагає не тільки справлятися з емоційними викликами, а й значно покращує якість життя.

«Рефлексивні запитання»

Учаснику наводяться приклади рефлексивних запитань, що дозволяють заглибитися у свої думки та емоції.

Приклади таких питань:

- Що я відчував у певній ситуації?
- Чому я так відреагував?
- Які мої дії були ефективними, а що можна покращити?
- Що це говорить про мої цінності та переконання?

Далі пропонується пропрацювати їх щодо якоїсь певної ситуації і відчуття учасника наразі. Після проведеної роботи надається рекомендація щодо використання такої техніки надалі. Пояснюється, що рефлексивні питання можна ставити собі як на початку дня для налаштування, так і наприкінці для підбиття підсумків.

Практика усвідомленості (майндфулнес)

Усвідомленість - бути в теперішньому моменті та спостерігати за своїми думками та емоціями без оцінок. Це підвищує здатність до рефлексії та допомагає краще розуміти, що відбувається всередині людини.

Учаснику пропонується до виконання дві техніки:

«Сканування тіла»

Дана техніка полягає у послідовному, спокійному скануванні увагою кожної частини тіла від голови до ніг або навпаки. Учасник починає своє сканування з голови, переходить до кожної частини тіла аж до пальців ніг, поступово зосереджує увагу на відчуттях у кожній ділянці. Звертаючи увагу на відчуття напруження чи «затиску» в кожній ділянці, намагаючись розслабити дані ділянки. При цьому не намагаючись оцінити їх.

Техніка дає можливість усвідомити своє тіло, виявити затискачі, напругу чи дискомфорт і зменшити їх шляхом глибокої релаксації. Це сприяє кращому розумінню фізичного стану і допомагає зняти напругу.

«Усвідомлене дихання»

Дана техніка дозволяє учаснику зосередитися на процесі дихання, щоб заспокоїти розум і тіло, знизити стрес і покращити свою концентрацію. Цю техніку можна виконувати в будь-який час і будь-де, що стане чудовою навичкою для використання в майбутньому, адже завдяки фокусуванню на диханні, людина вчиться залишатися в теперішньому моменті, разом з тим звільняючи думки від тривог минулого чи майбутнього.

Хід:

- сісти зручно, розслабивши тіло;
- закрити очі, щоб краще зосередитися на внутрішніх відчуттях і відключитися від зовнішніх подразників;
- сконцентруватися на диханні, спрямувати свою увагу на процесі дихання, відчути як повітря входить і виходить з тіла. Зосередитися на самому процесі кожного вдиху і видиху;
- спостерігати, не контролюючи глибину дихання чи його ритм;
- звернути увагу на ті відчуття, що є в тілі – чи щось відбувається, як дихання впливає на тіло, чи відчутне розслаблення;
- тривалість даного процесу – кілька хвилин. Після чого учасник повільно повертається до теперішнього моменту, відкриває очі і робить кілька глибоких вдихів.

ІІ ФАЗА

Мета:

- опрацювання травми;
- звільнення від існуючих стратегій уникнення в поводженні з травмою і пов’язаних з цим енергетичних блокад;
- відновлення здатності активно управляти власним життям;

В цілому: дозована конфронтація з травматичною ситуацією чи спогадами. Корисно для підготовки і зменшення страху: розслаблення, побудова безпечного

місця, підтримка і надання мужності, можлива методична допомога при конфронтації.

Зустріч № 6,7 Терапія «Rewind» як засіб подолання травми»

Тривалість: 1 година на кожного учасника (10 годин загально)

Мета зустрічі: лікування посттравматичного стресового розладу; мета подвійна: по-перше, припинити мимовільне пригадування (флешбеки), і по-друге, відновити нормальне життєве функціонування.

Рівайнд Терапія (RT) стала міжнародно визнаною як незамінна для лікування посттравматичного стресового розладу. Даний метод терапії застосовується до транскультурних постраждалих і зазвичай вимагає не більше двох сеансів, щоб закрити одну травму. Результати визнані стійкими, адже спостереження протягом двох років не показало жодних рецидивів протягом цього періоду часу. Rewind Trauma Therapy (RT) вперше було введено в літературу про посттравматичний стресовий розлад доктором Девідом Муссом ще в 1991 році, який є засновником цієї асоціації [90].

Асоціацію заснував д-р Девід Мусс: Ліценціат Товариства аптекарів (LMSSA) Великобританія; Laurea Medicina e Chirugia (Університет Риму, Італія). Його інтерес до посттравматичного стресового розладу був викликаний майже смертельною трагедією його дружини.

Доктор Мусс, нині на пенсії, працював із 1998 року директором відділу посттравматичних стресових розладів у лікарні BMI, Бірмінгем, Великобританія.

Перемотування відрізняється від інших терапій уявного впливу, оскільки терапевт не розкриває жодних деталей, тому лікування відоме як «закриття без розкриття».

Переваги нерозголошення включають:

- зведення до мінімуму ризику повторної травми клієнта (ретравматизації);
- відсутність страху розголошення конфіденційної інформації (у військовослужбовців, наприклад, про дислокацію);

- відсутність необхідності розголошувати подробиці події незнайомцям для тих, хто пережив зґвалтування та сексуальне насильство;
- зведення до мінімуму ризику розвитку втоми від співчуття для консультанта, особливо для тих терапевтів, які працюють з великим навантаженням.

Rewind пропонує спосіб назавжди зупинити мимовільне пригадування, зафіксувавши травматичну подію, щоб вона була під контролем. Добровільне пригадування залишається.

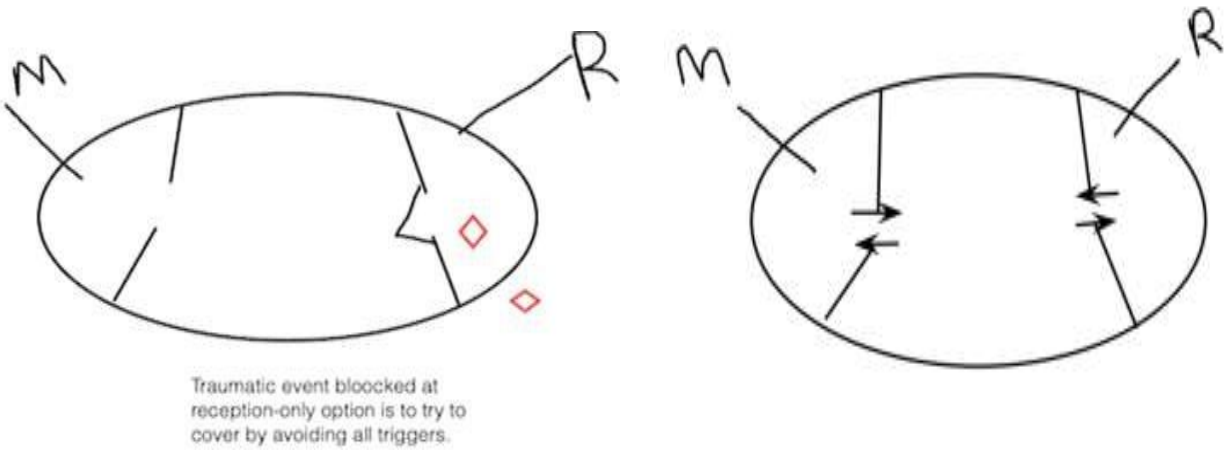


Рис. 3.1 Схема дії травматичних подій у мозку, запропонована автором методики [90].

Хід:

Складається з уявлення перегляду фільму: спочатку вперед, а потім задом наперед. Послідовність стосується травматичної події, але не так, як людина схильна це згадувати.

Визначити, до якої категорії належить клієнт: він був тим, хто вижив чи спостерігачем.

1. Частина фільму вперед:

Для початку створити в учасника відчуття відчуженості від події, відділити його від емоцій. Учасник має уявити як він сидить в кінотеатрі в зручному місці. Фільм у його полі зору, більше нікого немає. За ним проекційна кімната, спереду великий екран. Коли фільм з’явиться на екрані, він має спостерігати за собою, за своїм спогадом про травму.

Причина, чому учасник має бути відокремленим полягає в тому, щоб захистити його настільки наскільки це можливо. Фільм буде про травматичний спогад, про який учасник згадав в анкеті, що заповнював раніше.

Учасник має пригадати якусь позитивну подію, що передувала травматичній, це і буде його «відправною точкою». Перегляд фільму має починатися саме з неї.

Далі на екрані з'являється сама травматична подія. Учасник має пригадати її з усіма подробицями, сключаючи звуки, запахи, смак. При завершенні «на екрані» цієї події учасник має або «зайти в фільм» (якщо його категорія «той, хто вижив»), або лишитися на своєму місці (якщо його категорія «спостерігач»).

2. Частина фільму перемотана назад:

Тепер учасник має уявити, що його раптово відтягує назад на великій швидкості. Вкрай важливо, щоб учасник міг це уявити, уявити себе, бачачи та відчуваючи як це, коли тебе тягне щось назад.

Перемотана плівка назад повинна зупинитися саме там, де знаходиться початок частини фільму вперед, тобто з гарної «відправної точки».

Перемотування має відбуватися дуже швидко: якщо учаснику знадобиться дві хвилини для першого фільму, це повинно зайняти у нього не більше десяти секунд для перемотування назад.

Важливо зазначити те, що перемотування назад не полягає в тому, щоб спостерігати й відчувати ще раз в деталях. Насправді важливо, щоб учасник цього не робив. Таким чином, деталі в перемотуванні зовсім не важливі - не дуже старайтеся, щоб отримати правильну послідовність - лише загальну концепцію — це все, що потрібно.

Дуже важливим в техніці є те, що перемотування фільму назад повинно закінчуватися точно такою ж сценою, якою почався перший фільм, тобто позитивною «відправною точкою».

Зустріч №8,9 «Метод «Заміна думок»

Тривалість: 1 година на кожного учасника (10 годин загально)

Мета зустрічі: виявлення та ідентифікація тривожних думок, заміна негативних думок.

Позитивний підхід до наслідків травми дозволяє підійти до тлумачення наявних симптомів з точки зору позитивних аспектів: коли людина здужала «пройти» через травму, пережити її, при цьому набути позитивних психологічних змін, коли все тепер усвідомлюється по-новому, змінюються й стають глибшими погляди на світ, на себе, на інших людей.

Під час участі в бойових діях організм військовослужбовця активно адаптується до умов бойової обстановки: вмикаються механізми саморегуляції, формується пристосувальна поведінка для дій у небезпечних умовах. Коли на учасника бойових дій впливають стресові чинники, у нього можуть виникати позитивні психологічні реакції: мобілізація психологічних можливостей; активізація ділових мотивів, обов'язку, відповідальності; прояв інтересу, ентузіазму; активізація й оптимізація пізнавальної діяльності; актуалізація творчих можливостей; підвищення готовності до рішучих і сміливих дій; підвищення витривалості, невибагливості; зниження порогу відчуттів, прискорення реакцій; зниження стомлюваності, зникнення почуття втоми; безтурботність; виникнення азарту, емоційного збудження; підвищення концентрації уваги, ігнорування всіх другорядних сигналів; покращення запам'ятовування інформації, яка має значимість; покращення продуктивного мислення – швидкості пошуку й оцінки можливих виходів із ситуації, що склалася; підвищення рівня розвитку вольових якостей; посилюється роль соціально-значущих громадських мотивів [*Агаєв, Н., Пішко, І., Лозінська, Н. (2014) Прийоми психологічної самодопомоги учасникам бойових дій : метод. реком. для військовослужбовців учасників бойових дій. Київ : НДЦ ГП ЗСУ*].

Отже, стрес може призводити не лише до негативних наслідків, але й до позитивних, і в роботі з учасниками даної програми потрібно вказати на це.

Запропонований метод «Заміна думок» базується на підходах Позитивної психотерапії, що заснована на психодинамічному методі при кроскультурному підході. Метод є спрямованим на виявлення та усвідомлення власних негативних думок та переконань, а потім - на заміну їх на позитивні, конструктивні переконання. У позитивній психотерапії цей метод дозволяє людині працювати зі своїми внутрішніми переконаннями, щоб формувати більш здоровий і оптимістичний світогляд. Метод «Заміна думок» може допомогти учасникам зменшити вплив негативних думок, побачити нові можливості, навчитися приймати конструктивні рішення та підтримувати більш позитивний емоційний стан.

Хід:

1. Усвідомлення негативних думок та переконань

Разом з учасником вчимося помічати та фіксувати його автоматичні думки, особливо в стресових ситуаціях або під час негативного настрою. Наприклад, «Я ніколи не досягну успіху», «Все піде не так», «Я завжди роблю все неправильно» тощо.

На цьому етапі пропонуємо учаснику заповнити таблицю, що має дві колонки, а саме – першу колонку, куди записуються негативні переконання чи думки.

2. Аналіз і перевірка думок

Далі пропонуємо учаснику проаналізувати ці думки та піддати їх критиці, наприклад: Наскільки ця думка відповідає дійсності? Чи є у мене докази того, що ця думка правильна? Чи не є це узагальненням або перебільшенням?

Важливо дати зрозуміти, що не всі думки, що виникають, є правдивими. Тому дуже важливим є виявити обмежуючі думки, а потім знаходити конкретні факти, що підтверджують або спростовують їх.

3. Формулювання альтернативних позитивних думок

Після аналізу негативної думки учаснику пропонується замінити її більш позитивною, конструктивною або реалістичною альтернативою, та занести це в таблицю у другу колонку (Таблиця 2.6)

Табл. 2.6 Приклади традиційних і позитивних інтерпретацій

Негативна думка чи переконання	Позитивна інтерпретація
Я ніколи не досягну успіху	У мене були труднощі в минулому, але я зроблю все, щоб подолати їх і досягти своєї мети
Я не можу перебувати уважких ситуаціях, я боягуз.	Я здатний уникати загрозливих ситуацій, я обережний.
Я почуваюся пригнічено та маю переважно пасивну поведінку	Я здатний глибоко емоційно реагуватина конфлікти.
Я не можу підкорятися встановленому порядку.	Я здатний сказати «Ні», заперечити авторитетам, наполягти на своєму.

Альтернативна думка має бути не просто позитивною, а такою, що відображає реалістичний і раціональний підхід.

4. Практика нових установок та регулярна рефлексія

Після заміни негативних думок та переконань на позитивні необхідно регулярно повторення позитивних думок, а також відстеження змін у власній поведінці та емоційному стані. Учаснику треба рекомендувати звертати увагу на свої власні досягнення, навіть маленькі, щоб підтримувати позитивний настрій і бачити реальні результати роботи над мисленням.

Постійний аналіз власних думок і їхнє коригування допомагає зробити процес заміни автоматичним. Рефлексія дозволяє вчасно розпізнавати обмежуючі переконання, замінювати їх і не повертатися до негативного мислення.

Позитивне тлумачення розширює спектр концепцій людини, дає перспективу, збільшує життєвий кругозір і цим «відводить» клієнта від його «заїджених» невротичних реакцій. Альтернативні концепції є ефективною зміною точки зору людини.

ІІІ ФАЗА

Мета:

- інтеграція і нова орієнтація;
- можливі техніки, інтервенції і методичні рекомендації;

- інтеграція травматичної пам’яті – важливість «розповісти і пережити історію». Примирення, реорганізації та повернення до життя. Пошуку сенсу та переосмислення життя.

Зустріч №10 Тренінг «Навички подолання стресу» (групова)

Тривалість: 5 годин 20 хвилин

Мета зустрічі: навчання учасників технікам впорядковування реакцій на стресові події, здобуття навичок, що допоможуть справитися зі стресом та його проявами.

Навички у боротьбі зі стресом існують для того, щоб допомогти учасникам впоратись із різноманітними ситуаціями, що можуть виникати в їх житті. Для пацієнтів із симптомами ПТСР здобуття таких навичок можуть мати ряд переваг, наприклад: підвищити здатність боротись з тривожністю, покращити спілкування з близькими та рідними, втамувати злість і не агресивно реагувати на конфліктні ситуації, що стаються.

Хід:

1. **Привітання, обговорення поточних питань та самопочуття учасників** (20 хвилин)
2. **Вправа «Порядковий рахунок»** (10 хвилин)

Мета: об’єднання групи, формування довіри учасників

Вправа допомагає налаштуватися на роботу, встановивши зоровий контакт з усіма учасниками. Учасники сідають у коло, одна людина говорить «один» і дивиться на будь-якого іншого учасника; той, на кого перший учасник подивився, говорить «два» і дивиться на іншого. І так далі.

3. **Вправа «М’язова енергія»** (30 хвилин)

Мета: усвідомлення, знаходження і зняття м’язових затисків; визначення і зняття зайвої напруги при стресі; набуття навичок м’язового контролю.

- Учасники встають, їм пропонується зігнути і щосили напружити вказівний палець правої руки. Відчути, як розподіляється м’язова енергія, куди йде

напруга. (Наприклад: У сусідні пальці. А ще? У кисть руки. А далі йде? Йде в лікоть, в плече, в шию. І ліва рука чомусь напружується).

- Учасники мають постаратися прибрати зайву напругу. Тримати палець напруженим, але звільнити шию. Звільнити плече, потім лікоть. Треба, щоб рука рухалася вільно. А палець був напружений, як і раніше. Потім зняти зайву напругу з великого пальця. З безіменного... А вказівний – напружити, як і раніше. Потім зняти напругу.
- Далі учасники мають напружити ліву ногу, ніби вдавлювати каблуком цвях у підлогу. Перевірити, як розподілена м'язова енергія в тілі. Чому напружилася і права нога? А у спині немає зайвої напруги?
- Далі учасники мають нахилитися, напружити спину, начебто на спину поклали ящик з великим вантажем. При цьому відчути напругу в тілі.

4. **Техніка Арт-терапії «Малюнок агресії»** (120 хвилин)

Мета: навчання конструктивним способам управління агресією.

Техніка Арт-терапії з використанням малюнка агресії – це ефективний спосіб безпечно виразити та обробити почуття гніву та агресії через творчість. Завдяки малюванню людина може дослідити свій гнів, зрозуміти його причини та знайти конструктивні способи впоратися з цими сильними емоціями. Дане «спілкування» з агресією допомагає учасникам взаємодіяти зі своїм внутрішнім гнівом чи агресивними емоціями, що можуть виникати у відповідь на стрес. Дана техніка допомагає учасникам навчитися розуміти та приймати агресивні почуття, не пригнічуючи їх, але й не дозволяючи їм домінувати.

Хід:

- Учасникам надаються аркуші паперу, фарби, кисті, фломастери.
- Далі учасникам пропонується зосередитись на агресії або гніві, які їх турбують. Уявити як би вони могли виглядати. Будь що, що для них асоціюються з гнівом чи агресією. Учасники малюють, їх мета – повністю вивільнити емоції на папері.
- Коли учасники закінчать, вони мають поставити собі питання: "Що саме я бачу? Що цей малюнок говорить про мій гнів? Чи вдалося мені виразити свої

емоції? Подумайте, що може означати кожен елемент вашого малюнка, колір або форма.» За бажанням, можна обговорити та поділитися цим у групі.

- Потім учасники мають перетворити малюнок на щось позитивне або нейтральне, додаючи нових кольорів, змінюючи форми чи додаючи елементи, що асоціюються зі спокоєм та гармонією. Цей процес допомагає символічно перетворити агресію на щось менш руйнівне.
- Після завершення вправи варто обговорити свої відчуття з іншими членами групи, поділитися враженнями: як вам було під час процесу малювання? Чи змінилось ваше сприйняття агресії? Які нові аспекти агресії ви змогли для себе відкрити?

5. **Дихальна вправа «Замок»** (20 хвилин)

Мета: стабілізація свого емоційного стану шляхом вдосконалення дихання

Заспокійливе дихання допомагає погасити надмірне збудження і нервову напругу, нейтралізувати нервово-психічні наслідки конфлікту, зняти надмірне хвилювання й допомогти розслабитися перед сном, будучи простим, але ефективним засобом проти безсоння.

Хід: початкове положення – сидячи, корпус випрямлений, руки лежать на колінах, в положенні «замок». Робиться глибокий вдих, одночасно руки піднімаються над головою долонями вперед. Затримка дихання на 2– 3 секунди, потім різкий видих через рот, руки падають на коліна.

6. **Вправа «Деперсоналізація Я»** (60 хвилин)

Учасники складають список із двадцяти неприємних подій, які сталися з ними за останні декілька місяців або тижнів. Записують усі переконання які, на їх думку, послужили внутрішніми причинами цих подій. Далі вчимо учасників шукати причини подій у зовнішньому середовищі: відшукати стимули, підкріплення або супутні елементи середовища, які послужили причинами негативних подій. Потім постаратися переробити усі внутрішні причини в зовнішні. Учасники вчаться визначати зовнішні і внутрішні причини тих подій, які відбуваються з ними. Це дозволяє їм дивитися на себе як на об’єкт, що

схильний до впливу зовнішнього середовища, а також навчаються не брати на себе відповідальність за зовнішні впливи.

7. Презентація посібника (20 хвилин)

Учасникам пропонується для використання посібник, що містить рекомендації нормалізації свого стану, дихальні вправи, різні техніки, вправи та поради, що допоможуть справлятися зі стресом.

8. Обговорення та рефлексії (40 хвилин)

Учасники діляться враженнями та емоціями та отримують зворотний зв’язок від інших.

Зустріч №11, 12 «Пошуки ресурсу з використанням МАК» (індивідуальна)

Тривалість: 1 година на кожного учасника (10 годин загально)

Мета: виявити внутрішні ресурси, які допоможуть у вирішенні складної ситуації або впораються з емоційним навантаженням.

Метафоричні асоціативні карти - це інструмент в арт-терапії та психологічній практиці, який використовують для глибокого дослідження емоцій, думок та підсвідомих переконань. Використання технік Арт-терапії із застосуванням метафорично-асоціативних карт (МАК) допомагає знайти нові ресурси для вирішення своїх проблем або внутрішніх конфліктів через зображення, що відображають різноманітні ситуації та емоції.

Хід: робота з учасниками виконується за допомогою колоди МАК «Перетворення душі. Колесо Життя».

Учаснику пропонується вибрати три карти з усієї колоди, що є відкритою йому. Ці три карти мають асоціюватися з минулим, теперішнім і майбутнім, що б символізувало минулий досвід, поточні переживання і бачення свого майбутнього. Така техніка використання метафорично-асоціативних карт допомагає учаснику глибше усвідомити зв’язок між цими трьома часовими вимірами і виявити внутрішні ресурси для вирішення проблем або досягнення цілей.

Після вибору трьох карт учаснику ставляться питання, що спонукають його до роздумів, аналізування певного вибору, та рефлексій. Ця вправа допомагає краще зрозуміти, як минулий досвід формує теперішнє мислення і поведінку, а також як сьогоднішні дії впливають на майбутнє.

Зустріч №13 «Підбиття підсумків та повторна діагностика» (групова)

Тривалість: 2 години

Мета зустрічі: рефлексії учасників та обмін враженнями, проведення повторної діагностики.

Хід:

Подяка учасникам за їхню активну участь, обговорення. Учасники діляться враженнями, рефлексіями, аналізують свої враження від даної програми. Учасники мають проаналізувати свої враження та зрозуміти, як вони можуть застосувати нові навички в житті.

Після завершення програми відбувається підбиття підсумків: аналіз змін стану військовослужбовців, які відбулися в процесі реалізації програми, спираючись на дані повторного опитування, робляться висновки щодо оцінки ефективності програми, на базі порівняння психологічного стану військовослужбовців до та після проходження даної програми.

3.2. Реалізація програми психологічної реабілітації військовослужбовців та її результати

Після детального опрацювання та розробки програми психологічної реабілітації військовослужбовців виникла гостра необхідність у її практичному впровадженні з метою оцінки ефективності та отримання конкретних результатів щодо покращення психоемоційного стану військовослужбовців із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Учасниками програми стали 10 військовослужбовців Збройних сил України, віком від 25 до 40 років, які мають значний бойовий досвід та виявлені

під час попереднього дослідження симптоми ПТСР, тривоги та депресії (див. розділ 2.3). Всі учасники добровільно погодилися на участь у програмі та були проінформовані про її цілі, завдання та очікувані результати.

Перед початком реалізації програми було проведено поглиблену психодіагностику з використанням наступних методик:

1) Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (Кокун О. М.) – для оцінки самопочуття, активності та настрою військовослужбовців.

2) Шкала впливу травматичної події (IES) – для визначення рівня симптомів вторгнення, уникання та збудливості.

3) Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart) – для оцінки рівнів тривоги, депресії та симптомів ПТСР.

4) Шкала PC-PTSD-5 для скринінгу посттравматичних стресових розладів – для виявлення наявності та вираженості симптомів ПТСР.

Вказані методики дозволили отримати детальну картину психоемоційного стану кожного учасника та визначити індивідуальні потреби в рамках програми реабілітації.

Реалізація програми. Програма тривала протягом 13 зустрічей, які поєднували індивідуальну та групову роботу. Вона була побудована з урахуванням індивідуальних особливостей учасників та включала наступні етапи:

Діагностичний етап включав у себе поглиблену психодіагностику та визначення основних проблемних сфер.

Індивідуальне консультування для встановлення довірчого контакту, застосування методик ізотерапії та метафорично-асоціативних карт для опрацювання травматичного досвіду.

Групова робота, тобто, тренінги з розвитку навичок подолання стресу, вправи на згуртування та взаємопідтримку.

Завершальний етап становив собою підбиття підсумків, аналіз досягнутих результатів та повторна психодіагностика.

Результати програми. Після завершення програми було проведено повторне обстеження учасників з використанням тих самих методик, що й на початку. Отримані результати свідчать про значні позитивні зміни у психоемоційному стані військовослужбовців.

За результатами методики шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (Кокун О. М.), спостерігалися суттєві зміни в оцінці самопочуття, активності та настрою. До програми, 60% учасників оцінювали своє самопочуття як середнє або нижче середнього. Після завершення програми цей показник значно покращився, і 80% учасників оцінили своє самопочуття як вище середнього або високе. Рівень активності, який до програми був високим у 30% респондентів, після завершення програми підвищився до 70%. Настрій також продемонстрував позитивну динаміку: якщо до програми 40% учасників оцінювали його як вище середнього або високий, то після участі в програмі цей показник зріс до 90% (рис. 3.1):

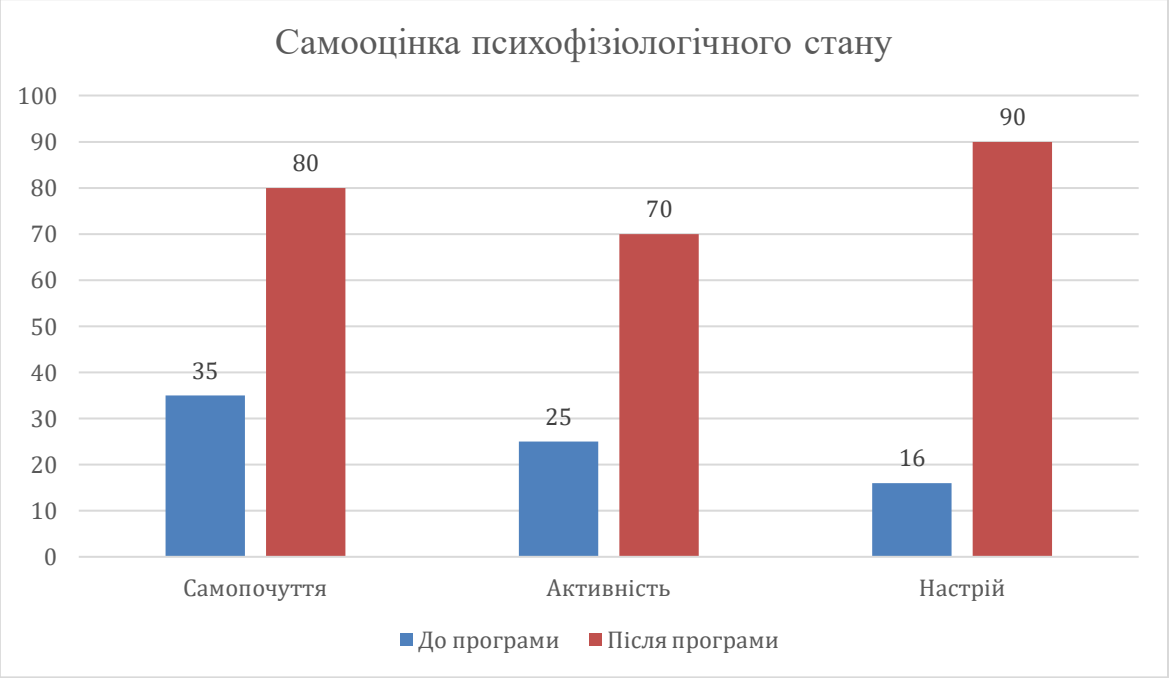


Рис. 3.1 - Результати психофізіологічного стану до і після програми за методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (Кокун О. М.)

Шкала впливу травматичної події (IES) дозволяє оцінити інтенсивність реакцій на травматичний досвід за трьома основними показниками: симптоми

вторгнення, симптоми уникання та збудливість. Учасники програми продемонстрували значні позитивні зміни в усіх трьох аспектах.

До участі в програмі високий рівень цих симптомів вторгення, які включають нав'язливі думки та спогади про травматичну подію, що виникають безконтрольно, спостерігався у 70% учасників. Ці симптоми суттєво порушували повсякденне функціонування військовослужбовців, викликали емоційний дискомфорт і утримували їх у стані постійного психоемоційного напруження. Після завершення програми частка військовослужбовців із високим рівнем симптомів вторгнення зменшилася до 30%. Це свідчить про те, що учасники змогли краще справлятися зі своїми спогадами та зменшити їхній деструктивний вплив.

Уникання як захисна реакція проявляється у прагненні уникати думок, почуттів, місць чи людей, які нагадують про травму. До початку програми ці симптоми спостерігалися на високому рівні у 60% учасників. Така поведінка, хоч і захищає від емоційного болю, водночас обмежує соціальну активність і адаптацію до мирного життя. Після проходження реабілітації лише 25% учасників демонстрували високий рівень симптомів уникання. Це вказує на прогрес у прийнятті травматичного досвіду та адаптації до повсякденного життя.

Симптоми збудливості включають підвищену напругу, дратівливість, порушення сну, схильність до несподіваних реакцій. До програми високий рівень цих симптомів був характерний для 65% учасників, що значно ускладнювало їхнє відновлення та знижувало якість життя. Після програми цей показник знизився до 35%. Це свідчить про успішне зниження фізіологічного напруження та покращення здатності контролювати свої реакції (рис. 3.2):

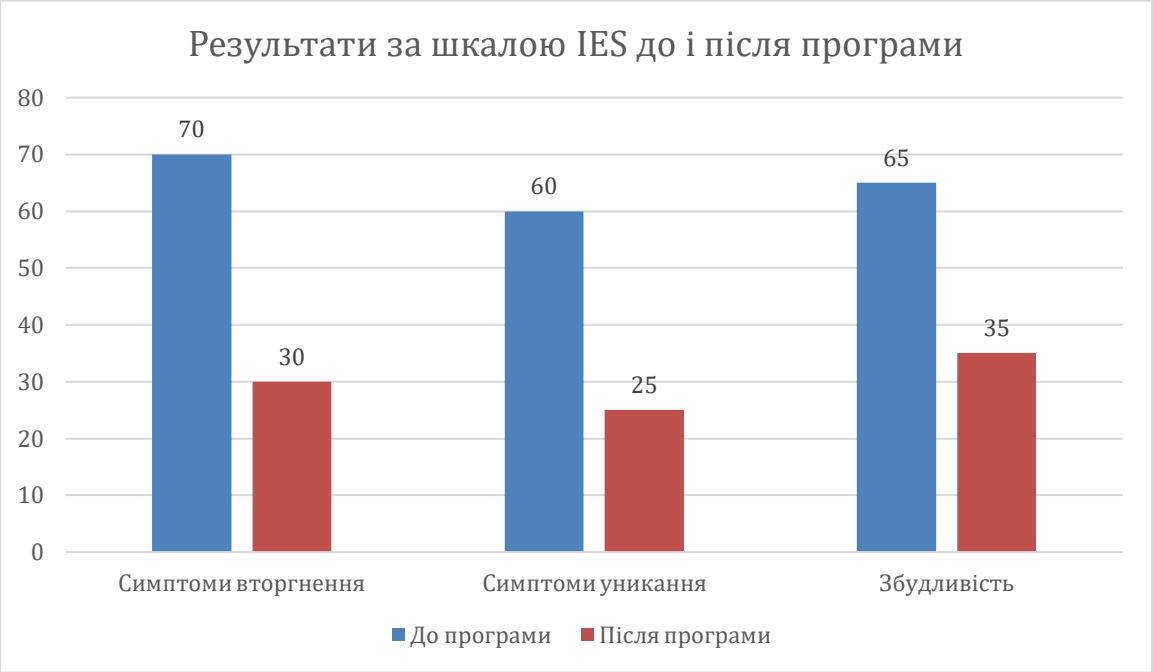


Рис. 3.2 - Результати психофізіологічного стану до і після програми за шкалою IES

Дослідження за короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР (B. B. Hart) дозволило оцінити три ключові аспекти психологічного стану військовослужбовців: тривога, депресія та симптоми ПТСР. Результати демонструють суттєве зниження всіх показників після проходження програми. До програми 50% учасників відчували високий рівень тривоги, що проявлялося у постійній напрузі, передчутті небезпеки, страху та труднощах у зосередженні. Цей стан суттєво впливав на їхню працездатність і якість життя. Після проходження програми високий рівень тривоги зберігався лише у 20% учасників, що свідчить про значне покращення їхньої здатності контролювати тривожні думки та реакції.

До програми 55% військовослужбовців мали високий рівень депресивних симптомів, таких як апатія, пригнічений настрій, втрата інтересу до життя. Це негативно впливало на їхню мотивацію та здатність взаємодіяти з іншими. Після програми високий рівень депресії спостерігався лише у 25% учасників. Це свідчить про те, що реабілітаційні заходи сприяли відновленню емоційної стійкості та позитивного світогляду.

Високий рівень симптомів ПТСР, таких як нав'язливі спогади, емоційне оніміння та гіперзбудливість, до програми спостерігався у 60% респондентів. Після проходження програми цей показник знизився до 30%, що вказує на значне полегшення стану учасників (рис. 3.3):

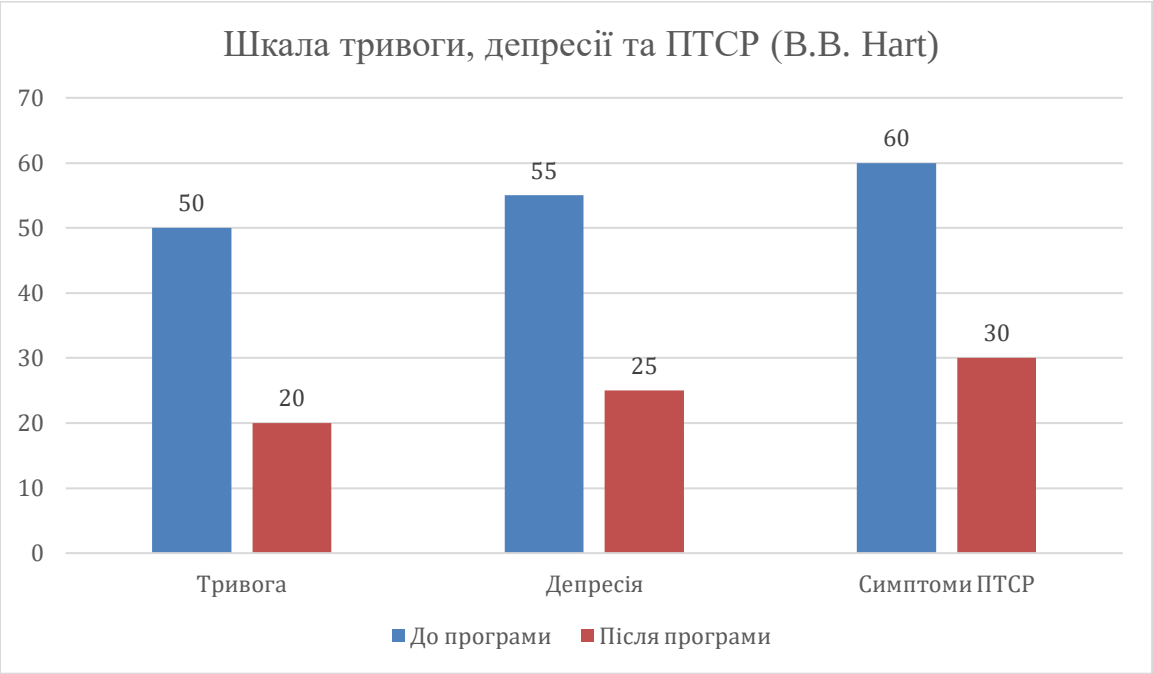


Рис. 3.3 - Результати психофізіологічного стану до і після програми за результатами короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР (B. B. Hart)

Шкала PC-PTSD-5 використовувалася для скринінгу військовослужбовців із наявністю симптомів ПТСР. До програми 8 із 10 учасників відповідали критеріям діагнозу ПТСР, що вказувало на тяжкість їхнього стану та необхідність інтенсивної реабілітації. Після завершення програми кількість таких учасників зменшилася до 3. Це свідчить про ефективність застосованих методів, спрямованих на зменшення травматичних симптомів і поліпшення психоемоційного стану (рис. 3.4):

Рис. 3.4 - Результати психофізіологічного стану до і після програми за за шкалою PC-PTSD-5

Результати за всіма методиками демонструють значне зниження рівня негативних симптомів та покращення стану учасників програми. Позитивні зміни спостерігалися у зменшенні тривоги, депресії, симптомів ПТСР, а також у зниженні проявів вторгнення, уникання та збудливості. Також зменшення кількості учасників із підтвердженим ПТСР до мінімального рівня (3 особи) свідчить про високу ефективність програми реабілітації. Отримані результати підтверджують високу ефективність проведеної програми психологічної реабілітації військовослужбовців. Значне покращення показників за всіма методиками вказує на те, що учасники змогли не лише знизити рівень негативних симптомів, таких як тривога, депресія та ПТСР, але й суттєво покращити загальний психоемоційний стан, включаючи самопочуття, активність і настрій. Це дозволяє зробити висновок, що програма забезпечує комплексний позитивний вплив на психофізіологічний стан військовослужбовців та сприяє їхній адаптації до нормального життя.

Одним із ключових аспектів успішності програми психологічної реабілітації стало врахування та реалізація кількох важливих факторів, що

забезпечили ефективність роботи з військовослужбовцями. Перш за все, індивідуальний підхід відіграв вирішальну роль у досягненні позитивних результатів. Програма була побудована таким чином, щоб максимально врахувати особисті особливості, потреби та рівень психологічної травматизації кожного учасника. Це дозволило не лише зосередитися на універсальних техніках, а й адаптувати методи до конкретних запитів і труднощів кожного військовослужбовця. Завдяки цьому вдалося глибше пропрацювати індивідуальні травми та переживання, які впливали на емоційний стан і повсякденне життя учасників.

Другим важливим чинником стала комплексність методів, які використовувалися під час реабілітаційної програми. Поєднання різноманітних технік, таких як ізотерапія, робота з метафорично-асоціативними картами (МАК), техніка «Rewind» для опрацювання травматичних спогадів, а також групові тренінги, створило багатовимірний підхід до психологічної допомоги. Така методологія сприяла одночасному впливу на різні аспекти психіки: когнітивний, емоційний та поведінковий. Завдяки цьому вдалося не лише зменшити інтенсивність симптомів ПТСР, тривоги й депресії, але й допомогти учасникам знайти внутрішні ресурси для подальшого розвитку та самовідновлення.

Групова підтримка стала невід’ємною складовою програми, оскільки вона сприяла створенню середовища взаємної довіри та взаємодопомоги. Робота в групі допомогла учасникам відчути, що вони не самотні у своїх переживаннях, та знайти підтримку серед людей з подібним досвідом. Це позитивно вплинуло на їхню соціальну активність, комунікативні навички та здатність будувати нові стосунки. Відчуття причетності до групи та її підтримка допомогли учасникам відновити віру в себе та в інших, що є важливим етапом у реабілітації.

Одним із основних досягнень програми стало розвиток навичок саморегуляції. Учасників навчали ефективним технікам подолання стресу, контролю тривожних думок, а також методам рефлексії для самостійного аналізу своїх емоцій і поведінки. Такі інструменти дозволили військовослужбовцям

краще справлятися зі стресовими ситуаціями як під час реабілітації, так і після її завершення. Навички саморегуляції допомагають зберігати психологічну стабільність у складних обставинах і продовжувати роботу над собою в довгостроковій перспективі.

Відгуки учасників програми підтвердили її ефективність та цінність для них. Більшість військовослужбовців зазначили, що після завершення програми покращилися якість їхнього сну, зменшилася частота нав'язливих спогадів і флешбеків, а також знизився рівень загальної напруги. Учасники почали краще контролювати свої емоційні реакції, що дозволило їм бути більш включеними в повсякденне життя та активно взаємодіяти з оточенням. Значна частина військовослужбовців також відзначила підвищення настрою, мотивації до активного життя та відновлення довіри до людей, що сприяло покращенню їхніх стосунків із родиною, друзями та колегами. Це підкреслює важливість програми не лише для емоційного благополуччя учасників, але й для їхньої соціальної інтеграції.

Отже, реалізація програми психологічної реабілітації підтвердила її ефективність у роботі з військовослужбовцями, які пережили бойові дії та страждають від проявів ПТСР. Комплексний підхід, що включає діагностику, індивідуальну та групову роботу, а також застосування різноманітних психологічних методів, в тому числі тих, які застосовуються у Сполученому Королівстві Великобританії, сприяв значущим позитивним змінам у психоемоційному стані учасників. Порівняння показників до та після програми вказує на суттєве зниження рівнів тривоги, депресії та симптомів ПТСР, а також на покращення самопочуття, активності та настрою. Це свідчить про те, що програма може бути рекомендована для ширшого впровадження в системі психологічної допомоги військовослужбовцям. Подальші дослідження та вдосконалення програми дозволять адаптувати її до потреб різних категорій військовослужбовців та забезпечити більш ефективну підтримку тим, хто потребує психологічної допомоги після пережитих травматичних подій.

Висновок до третього розділу

У третьому розділі було розроблено, реалізовано та оцінено ефективність програми психологічної реабілітації військовослужбовців із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Програма базувалася на комплексному підході, включаючи індивідуальні та групові методи роботи, що враховували потреби учасників, їхні психологічні особливості та рівень психоемоційної травматизації. Головними цілями програми були зниження рівнів тривоги, депресії, симптомів ПТСР, покращення загального самопочуття, настрою та підвищення активності військовослужбовців, а також розвиток навичок саморегуляції для подолання стресу в майбутньому.

Програма складалася з кількох етапів. На діагностичному етапі проведено поглиблену психодіагностику з використанням методик оцінки психофізіологічного стану (Кокун О. М.), шкали впливу травматичної події (IES), короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart) та шкали PC-PTSD-5. Ці методики дозволили виявити основні проблемні сфери та індивідуальні потреби кожного учасника. На основі отриманих результатів було розроблено програму, яка включала індивідуальні консультації, методики ізотерапії, роботу з метафорично-асоціативними картами, техніку «Rewind» для опрацювання травматичних спогадів, яка успішно застосовується при роботі з військовослужбовцями Сполученого Королівства Великобританії, а також групові тренінги з розвитку навичок подолання стресу.

У програмі взяли участь 10 військовослужбовців Збройних сил України віком від 25 до 40 років, які мали значний бойовий досвід та симптоми ПТСР, виявлені під час діагностики. Реалізація програми тривала протягом 13 зустрічей. Після завершення програми було проведено повторне обстеження учасників, яке показало суттєві позитивні зміни. Зокрема, за методикою оцінки психофізіологічного стану (Кокун О. М.) 80% учасників відзначили покращення самопочуття, 70% - підвищення активності, 90% - покращення настрою. За шкалою впливу травматичної події (IES) рівень симптомів вторгнення знизився

з 70% до 30%, уникання - з 60% до 25%, збудливості - з 65% до 35%. За короткою шкалою тривоги, депресії та ПТСР рівень тривоги знизився з 50% до 20%, депресії - з 55% до 25%, симптомів ПТСР - з 60% до 30%. Кількість учасників, які відповідали критеріям ПТСР за шкалою PC-PTSD-5, зменшилася з 8 до 3 осіб.

Основними чинниками успіху програми стали індивідуальний підхід, що враховував особливості кожного учасника, комплексність застосованих методів, які охоплювали когнітивний, емоційний та поведінковий аспекти, а також групова підтримка, що сприяла створенню довірчої атмосфери. Учасники програми отримали навички саморегуляції, які допоможуть їм справлятися зі стресовими ситуаціями після завершення реабілітації. Відгуки учасників підтвердили ефективність програми: вони відзначили покращення сну, зниження частоти флешбеків, покращення настрою, підвищення мотивації та відновлення довіри до людей.

Отримані результати свідчать про високу ефективність програми та її доцільність для подальшого впровадження у системі психологічної допомоги військовослужбовцям, які пережили травматичні події. Програма може бути адаптована для ширшого кола військовослужбовців та вдосконалена на основі зібраних даних для ще більшої ефективності.

ВИСНОВКИ

Військовослужбовці в умовах війни стикаються з постійною небезпекою для життя, втратою побратимів і високим рівнем психологічної напруги, що сприяє виникненню посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психоемоційних розладів. У результаті впливу негативних факторів значна частина військових потребує комплексної психологічної реабілітації.

Психологічна реабілітація включає заходи, спрямовані на зниження тривоги, депресії та симптомів ПТСР, відновлення емоційної стійкості, зниження психоемоційного напруження та підвищення рівня адаптації, включаючи поліпшення самопочуття, активності й працездатності. Вивчення українського та міжнародного досвіду вказує на необхідність впровадження сучасних методів реабілітації, які враховують специфіку бойових травм і сприяють ефективному відновленню боєздатності військових, запобігаючи інвалідизації.

Емпіричне дослідження психофізіологічного стану військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, виявило ключові аспекти, що потребують уваги у психологічній підтримці. За методикою шкалованої самооцінки (Кокун О. М.), 35% респондентів оцінили своє самопочуття як вище середнього, 23% - як високе, а 5% - як низьке. Рівень активності був вище середнього у 25%, середній у 30%, а низький у 10%. Настрій був середнім у 28%, вище середнього - у 30%, високим - у 16%. Зацікавленість у бойових завданнях була вище середнього у 38% та високою у 15%.

Оцінка за шкалою впливу травматичної події показала високий рівень вторгнення у 55% респондентів, уникнення - у 45%, збудливості - у 50%. Кореляційний аналіз виявив негативні зв’язки між адаптивними характеристиками (самопочуттям, активністю, настроєм) та симптомами тривоги ($r = -0,40$), депресії ($r = -0,42$) і збудливості ($r = -0,30$). Водночас тривога ($r = 0,74$), депресія ($r = 0,70$) та симптоми ПТСР формують взаємозалежну картину.

Результати підкреслюють важливість психологічних програм, спрямованих на зниження психоемоційного напруження, роботу із симптомами ПТСР та відновлення емоційної стійкості, а також необхідність поглибленої діагностики для групи ризику.

Нами було здійснено розробку, реалізацію та аналіз результатів програми психологічної реабілітації військовослужбовців із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Програма була створена для вирішення ключових проблем, пов'язаних із психоемоційним станом військовослужбовців, та спрямована на зниження симптомів тривоги, депресії та ПТСР, а також на покращення загального самопочуття, настрою та активності учасників.

Розроблена програма включала комплексний підхід, що враховував різні аспекти психологічного стану військовослужбовців. Основою програми була багатофазна модель, яка дозволила забезпечити поетапне та системне опрацювання травматичних переживань і поступове відновлення психологічної стійкості учасників. Програма складалася з кількох етапів. На діагностичному етапі було проведено детальну психодіагностику, що дозволило виявити основні проблеми, з якими стикалися військовослужбовці, а також визначити напрямки подальшої роботи. Індивідуальна робота з учасниками включала застосування таких методик, як ізотерапія, робота з метафорично-асоціативними картами та техніка «Rewind» для опрацювання травматичних спогадів. У груповій роботі проводилися тренінги з розвитку навичок подолання стресу, а також вправи на згуртування та взаємопідтримку. Завершальний етап був спрямований на підбиття підсумків програми, аналіз змін, що відбулися з учасниками, та формування рекомендацій для подальшого самостійного розвитку.

Після реалізації програми було проведено повторну психодіагностику, яка дозволила оцінити ефективність впроваджених заходів. Результати свідчать про суттєві позитивні зміни в психоемоційному стані учасників. Зокрема, за методикою шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (Кокун О. М.), значно покращилися показники самопочуття, активності та настрою. Якщо до

початку програми 60% учасників оцінювали своє самопочуття як середнє або нижче середнього, то після завершення програми 80% оцінили його як вище середнього або високе. Рівень активності, який до початку реабілітації був високим лише у 30% військовослужбовців, після програми зріс до 70%. Позитивні зміни відбулися й у показниках настрою: після програми 90% учасників оцінили його як вище середнього або високий, порівняно з 40% до програми.

Дані, отримані за шкалою впливу травматичної події (IES), підтвердили значне зниження симптомів вторгнення, уникання та збудливості. До початку програми високий рівень симптомів вторгнення спостерігався у 70% учасників, однак після її завершення цей показник знизився до 30%. Симптоми уникання, які до початку реабілітації проявлялися у 60% респондентів, після завершення програми спостерігалися лише у 25%. Аналогічно, рівень збудливості, що до програми був високим у 65% військовослужбовців, знизився до 35%.

Результати короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart) також продемонстрували суттєве зниження негативних симптомів. До програми високий рівень тривоги був характерний для 50% учасників, а після її завершення цей показник знизився до 20%. Високий рівень депресії, який спостерігався у 55% військовослужбовців, зменшився до 25%. Симптоми ПТСР, які мали високий рівень у 60% респондентів до початку реабілітації, після програми знизилися до 30%.

Шкала PC-PTSD-5, яка використовувалася для скринінгу ПТСР, підтвердила ефективність програми. До її початку 8 із 10 учасників відповідали критеріям діагнозу ПТСР, а після завершення програми таких учасників залишилося лише 3. Це свідчить про те, що програма суттєво полегшила стан більшості військовослужбовців і сприяла їхньому поверненню до нормального життя.

Отримані результати демонструють, що застосований комплексний підхід був надзвичайно ефективним. Індивідуальний підхід до кожного учасника дозволив врахувати їхні особливості, рівень психологічної травматизації та

потреби. Поєднання різноманітних методів, таких як ізотерапія, метафорично-асоціативні карти, техніка «Rewind» і групові тренінги, створило багатовимірний вплив на психіку військовослужбовців, що дозволило досягти значущих позитивних змін. Групова підтримка сприяла формуванню атмосфери довіри та взаємодопомоги, що допомогло учасникам відновити соціальні зв'язки та впевненість у собі. Особливу роль відіграло навчання навичкам саморегуляції, які забезпечили учасників інструментами для подолання стресу, контролю емоцій та продовження роботи над собою після завершення програми. Відгуки учасників підтвердили цінність програми для їхнього емоційного благополуччя. Більшість військовослужбовців зазначили, що після реабілітації в них покращився сон, зменшилася частота нав'язливих спогадів і флешбеків, знизився рівень напруги, покращилися стосунки з близькими та з'явилася мотивація до активного життя.

Отже, реалізація програми продемонструвала її ефективність у роботі з військовослужбовцями, які мають ПТСР, та підтвердила можливість її ширшого впровадження. Комплексний підхід, адаптація методик до індивідуальних потреб та акцент на розвитку навичок саморегуляції забезпечили досягнення суттєвих позитивних змін у психоемоційному стані учасників. Отримані дані свідчать про те, що програма є дієвим інструментом для психологічної реабілітації військовослужбовців і може бути рекомендована для подальшого застосування в системі психологічної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамов В.А. та інш. Медична психологія. Донецьк. 2010. 289 с.

2. Авер'янова Н. М. Гібридна війна: російсько-українське протистояння. *Молодий вчений*. 2017. 3(43), С. 30-34.

3. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців*: Методичний посібник*. Київ, 2016. 234 с.

4. Акименко Ю. Ф. Як допомогти родині учасника бойових дій. Чернігів. Десна Поліграф. 2017. 144 с.

5. Бедюк М. В. Особливості реалізації програми «Психологічна допомога бійцям АТО та їхнім сім'ям*». Збірник наукових праць РДГУ*. 2016. Випуск 6. С. 18-21.

6. Березделька Л. В. Стратегії соціальної адаптації демобілізованих учасників АТО: автореф. дис. канд. соціолог. наук: 22.00.04 – спеціальні та галузеві соціології. Київ, 2018. 22 с.

7. Болтоносов С. В. Особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України, що вживають алкоголь. *Архів психіатрії.* 2018. Т. 24. № 2. С. 77-80.

8. Борецька Л.Г. Специфіка психологічної реабілітації учасників бойових дій. Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи. *Тези доповідей ІІІ Всеукраїнської науковопрактичної конференції.* Хмельницький, 2018. 232 с.

9. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05. Хмельницький нац. ун-т. Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Хмельницький. Тернопіль, 2018. 559 с.

10. Бриндіков Ю. Л. Аналіз основних проблем у роботі органів та установ соціального спрямування щодо забезпечення послугами учасників бойових дій. Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи : тези

доповідей. *ІІ Всеукр. наук.-практ. конф. Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»*. 2017. С. 19-22.

11. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія у реабілітації військовослужбовцівучасників бойових дій. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. Хмельницький . ХІСТ, 2018. Т (1)15. С. 106-110.

12. Бурлака О. В. До питання гендер-специфічної медичної допомоги жінкам військовослужбовцям в сучасних умовах. *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 2. С. 61-66.

13. Буряк О. О., Гіневський М. І., Катеруша Г. Л. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні. *Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил.* № 2(43). 2018. С. 176-181.

14. Ващенко І. В., Іваненко Б. Б. Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій. *Проблеми сучасної психології*. 2018. 40. С. 33-49.

15. Венгер О.П., Ястремська С.О., Рега Н.І. Посттравматичний стресовий розлад. Навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. МОЗ України. Тернопіль. ТДМУ. 2016. 260 с.

16. Вітенко Н.В. Загальна та медична психологія. Київ. 1996. С. 76-89.

17. Володарська Н. Д. Перспективи застосування методів діалогової психотерапії в умовах суспільних трансформацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. Випуск 2. Том 1. Херсон, 2016. С. 24-30.

18. Волянський О. М. Застосування стандартів НАТО при проведенні реабілітації військовослужбовцям з ампутованими кінцівками. *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 2. С. 78-86.

19. Ворона П., Кривошеєв В. Зарубіжний досвід соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій: на прикладі США. *Науково-практичне*

забезпечення децентралізації надання послуг в об'єднаних територіальних громадах : матеріали наук.-практ. конф. Київ. ІПК ДСЗУ. 2018. С. 305-309.

20. Гавенко В.Л., Вітенко І.С., Самардакова Г.О. Практикум з медичної Психології. Харків. Регіон-інформ. 2002. 248 с.

21. Гавловський О. Д. Рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції. *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1.С. 15-18.

22. Галушка А. М., Подолян Ю. В., Щвець А. В. Ретроспективний аналіз поширеності симптомів характерних для акубаротравми у поранених та хворих військовослужбовців-учасників АТО (ООС). *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 2. С. 17-24.

23. Гунько Б.А. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу. Вісник Вінницького національного медичного університету, 2015. №1, Т. 19. С. 216–219.

24. Данілевська Н. В. Синдром відстроченного післябойового відреагування як один зі станів бойової психічної травми у вісковослужбовців, які брали участь в АТО. *Мед. психология*. 2018. Т. 13. № 2. С. 49-52.

25. Денисюк С.Г., Корнієнко В.О. Адаптація як передумова самореалізації військовослужбовців до умов цивільного життя. *Актуальні проблеми проектування, виготовлення і експлуатації озброєння та військової техніки: матеріали Всеукраїнської науково-технічної конференції.* Вінниця. ВНТУ. 2017. С. 111-113.

26. Дідач В, Василенко Л., Лавренюк В., Івасик С. Аналітичний звіт «Виконання Плану заходів щодо медичної, психологічної, професійної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції». Київ. Громадська організація «Всеукраїнська правозахисна організація «Юридична сотня». 2017. 44 с.

27. Друзь О. В. Психодіагностика посттравматичного стресового розладу у учасників локальних бойових дій. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. Вип. 2. С. 37-43.

28. Євсюкова А. О. Психологічні особливості впливу ПТСР на соціально-психологічну адаптацію військовослужбовців, які побували в зоні бойових дій. Харків. 2021. URL : http://95.164.172.68:8080/khkdak-xmlui/handle/123456789/1647 (дата звернення: 11.10.2024).

29. Загальна та медична психологія (практикум) Під ред. професора І. Д. Спіріної. професора І. С. Вітенко. Дніпропетровськ АРТ. Прес. 2002. 176 с.

30. Закон України. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей. Документ 2011-XII, чинний, поточна редакція — Редакція від 25.08.2024, підстава - 3900-IX

31. Закон України. Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту. Документ 3551-XII, чинний, поточна редакція — Редакція від 28.06.2024, підстава - 3783-IX.

32. Збірник методик рекомендованих для проведення психологічного діагностування під час заступання у добовий наряд зі зброєю (для використання офіцерами-психологами та психологами). Головне управління морально-психологічного забезпечення збройних сил україни. м. Київ – 2020. 25 с.

33. Климчук В.О. Ставлення до смерті та проблема розвитку его-ідентичності в юнацькому віці. В. О. Климчук, В. В. Горбунова, Я. В. Мойсієнко. *Практична психологія та соціальна робота : Науковопрактичний освітньо-методичний журнал*. 2011. № 5. С. 13-17.

34. Климчук В.О. Математичні методи у психології. *Навчальний посібник для студентів психологічних спеціальностей.* Київ, 2009. 288 с.

35. Козачинська В.В. Українське бароко: героїкоантичне бачення концепту смерті. *Наукові записки: Філософія та релігієзнавство*. Т.20. Київ. 2002. С. 51-54.

36. Лєбєдєв Д.В., Лєбєдєва С.Ю., Назаров О.О., Оніщенко Н.В., Садковий В.П., Садковий О.В., Тімченко О.В. Відношення до життя та смерті в умовах надзвичайної ситуації: ціннісно-смисловий аспект: Монографія. Харків. УЦЗУ, 2009. 128 с.

37. Лур'є К. І. Особливості структури соматичної патології військовослужбовців – учасників антитеротистичної операції. *Експериментальна і клінічна медицина.* 2018. № 1. С. 122-127.

38. Лурін І. А. Особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій. Проблеми військової охорони здоров'я. 2017. №. 49 (2). С. 62-70.

39. Луцкевич Ю.О. Симптоми посттравматичного стресового розладу військовослужбовців. Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи. *Тези доповідей ІІІ Всеукраїнської науковопрактичної конференції.* Хмельницький, 2018. 232 с.

40. Литвиненко Л. І. Інтегративна модель у роботі з проявами ПТСР у ветеранів та військовослужбовців. *Актуальні проблеми психології*. Том 3. Випуск 14. 2018.

41. Макуха М. Ставлення до смерті та міра невротизації особистості. URL : http://umapallata.livejournal.com/6301.html (дата звернення: 29.08.2023).

42. Мануальна терапія у лікуванні військових травм. *Фітотерапія. Часопис*. 2019. № 2. С. 70.

43. Медична психологія (підручник): Під заг. ред. професора І. Д. Спірної, проф. І. С. Вітенко, Дніпропетровськ, 2008. 300 с.

44. Меліченко Т. Д. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям засобами гештальт-терапії. *ІІ Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція.* Житомир. 2020. С. 211-215.

45. Мельник А. П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в умовах бойових дій. *Психологічні перспективи*. 2016. Випуск 28. С. 176-185.

46. Назаренко І. І., Якимець В. М., Печиборщ В. П. Проблемні питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури). *Україна. Здоров'я нації*. 2019. № 1. С. 48-58.

47. Наумов, В. Д. Особливості клініко–психопатологічних проявів розладів адаптації, посттравматичних стресових розладів та постстресових розладів особистості в учасників бойових дій. *Архіви психіатрії*. 2018. Т. 24. № 3. С. 136-141.

48. Олексюк Н. С. Професійна підготовка фахівців соціальної реабілітації в Україні як вимога часу. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка. Серія Педагогічні науки*. 2016. Частина ІІІ. С. 40-47.

49. Основи загальної і медичної психології. за ред. Вітенко І.С., Чабан О.С. Тернопіль. Укрмедкнига. 2003. 344 с.

50. Оцінка адаптивних реакцій організму в учасників бойових дій. *Військова медицина України.* 2019. Т. 19. № 2. С. 35-39.

51. Півник В. М. Особливості організації надання медичної допомоги пораненим і хворим військовослужбовцям у взаємодії з закладами охорони здоров'я МОЗ України в зоні проведення АТО (ООС). Військова медицина України. 2019. Т. 19. № 2. С. 25-34.

52. Пішель В. Я. Психотичні розлади у структурі розладів психіки та поведінки у комбатантів (за даними офіційної статистики 2015–2017 рр.). Архів психіатрії. 2018. Т. 24. № 3. С. 132-135.

53. Попелюк Т. А. Життя та смерть у контексті української соціонормативної культури. *Мультиверсум. Філософський альманах*. 2003. Т. 33. С. 132-142.

54. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення. метод. посіб. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Київ. НДЦ ГП ЗСУ. 2017. 282 с.

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

56. Розподяження Кабінету Міністрів України. Про затвердження плану заходів на 2024-2026 роки з реалізації Концепції розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на період до 2030 року. Документ 572-2024-р, чинний, поточна редакція — Прийняття від 21.06.2024

57. Савічан К. В. Огляд наукових публікацій, присвячених вторинній гепатопатії після травми. *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 2. С. 69-77.

58. Сайко О. В. Неврологічна симптоматика в гострому періоді струсу мозку на етапі медичної евакуації з військово–мобільного госпіталю. *Міжнародний неврологічний журнал.* 2018. № 2. С. 19-25.

59. Самойлова О. В. Клінічні особливості розладів адаптації в умовах військового конфлікту на Сході України. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26. Вип. 2. С. 95-98.

60. Сиропятов О. Г., Дзеружинська Н. О., Бодян В. В., Марущенко К. Ю. Психологія страху на війні. *Військова медицина України*. 2019. Т. 19. № 2. С. 55-60.

61. Слюсаревський М. М. Методологічна ситуація у психологічній науці і перспективи соціальної психології. *Наук. студії із соц. та політ. психології*. Київ. Міленіум. 2005. Вип. 10 (13). С. 3-14.

62. Сорока О. В. Формування управлінської компетентності майбутніх фахівців соціальної сфери засобами тренінгу. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету : зб. наук. праць. Серія «Педагогічні науки*». Ізмаїл. РВВ ІДГУ. 2017. Вип. 36. С. 241-246.

63. Сороківська О. А., Котовська І. В., Луциків І. В. Формування ефективної політики зайнятості ветеранів АТО: Загальнодержавний та регіональний аспекти. *Глобальні та національні проблеми економіки*.2017. № 18. С. 366-372.

64. Стасюк В. В. Психологічні особливості реадаптації Учасників бойових дій. *Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільств*а. 2018. С. 153-154.

65. Титаренко Т.М., М.С. Дворник, В.О. Климчук Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник. *Національна академія педагогічних наук України. Інститут соціальної та політичної психології*. Кропивницький. Імекс-ЛТД. 2019. 220 с.

66. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2018. Вип. 41. С. 157-167.

67. Топольницька Г.Ю. Методика арт-терапії у соціальнопсихологічній реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи : *Тези доповідей ІІІ Всеукраїнської науковопрактичної конференції.* Хмельницький, 2018. 232 с.

68. Ушакова І.М., Чернова О.В. Проблема психологічної реабілітації працівників дснсу, які виконували свої професійні обов'язки в зоні збройного конфлікту. Проблеми екстремальної та кризової психології. *Збірник наукових праць.* Вип. 19. Харків, 2016. С. 241-250.

69. Хархаліс У.М. Світоглядне відображення взаємодії життя і смерті в народній обрядовості. *Мультиверсум. Філософський альманах*. 2005. Т. 46. URL : http://www.filosof.com.ua/Jornel/M_46/Harhalis.htm (дата звернення: 22.08.2023).

70. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості : методичний посібник. Острог. Видавництво Національного університету «Острозька академія». 2015. 160 с.

71. Чапляк А. П. Основні напрямки реабілітації учасників бойових дій. *Україна. Здоров'я нації.* 2018. №3/1 (51). С. 59-61.

72. Швець А.В., О.В.Горішна, А.Ю.Кіх, Г.В.Іванцова, О.О.Горшков, О.В.Ричка. Особливості організації медико-психолоічної реабілітації військовослужбовців в країнах-членах та партнерах НАТО. УДК 616.24-002:616-08-031.81. DOI:10.46847/ujmm.2021.4(2)-026

73. Штепа О. Емпіричне вивчення психологічних ресурсів особистості. Актуальні проблеми психології: *Психологія особистості. Психологічна допомога особистості*. Київ. 2011. Т. 11. Вип. 4. Ч. 2. С. 335-361.

74. Штепа О. С. Особливості психологічної ресурсності осіб зрілого віку. *Вісник Львівського університету. Серія : Філософські науки*. Львів. 2012. Вип. 15. С. 310-317.

75. Шустова М.А. Порівняльний аналіз ставлення Психологія – Психология. Psychology 61 «Наука і освіта». № 5. 2014 до смерті в неформальних молодіжних об'єднаннях готів і емо: Магістерська робота. Житомир. 2009. 140 с.

76. Lawrence R. Emotional and Psychological Trauma. Sega. 2017. URL : https://www.helpguide.org/articles/ptsd-trauma/copingwith-emotional-and-psychological-trauma.htm (дата звернення: 12.08.2023).

77. Overstreet C., Brown E., Berenz E.C. et al. Anxiety sensitivity and distress tolerance typologies and relations to posttraumatic stress disorder: A cluster analytic approach. *Military Psychology*. 2018. P. 30.

78. Adler A., Jager-Hyman S., Brown G. K., Singh T., Chaudhury S., Ghahramanlou-Holloway M., & Stanley B. A Qualitative Investigation of Barriers to Seeking Treatment for Suicidal Thoughts and Behaviors Among Army Soldiers with a Deployment History. *Archives of Suicide Research*. 2019. P. 1-18. URL : https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1624666 (дата звернення: 15.10.2024).

79. Anestis M. D., Tull, M. T., Butterworth S. E., Richmond J. R., Houtsma C., Forbes, C. N., & Gratz K. L. The Role of Opioid Use in Distinguishing between Suicidal Ideation and Attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 49 (6). 2019. P. 1680-1692. URL : https://doi.org/10.1111/sltb.12557 (дата звернення: 03.10.2024).

80. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013. 947 p. URL: https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm (дата звернення: 02.10.2024).

81. Applegart D. M., Wood D. S., Bryan A. O., & Bryan C. J. Examining Help-Seeking Among National Guard Service Members. *Military Behavioral Health*. 7(2), 2019. P. 198-205. URL : https://doi.org/10.1080/21635781.2018.1526143 (дата звернення: 14.10.2024).

82. Baer M. M., LaCroix, J. M., Browne J. C., Hassen H. O., Perera K. U., Weaver J., Soumoff A., & Ghahramanlou-Holloway M. Lack of Emotional Awareness is Associated with Thwarted Belongingness and Acquired Capability for Suicide in a

Military Psychiatric Inpatient Sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 49(5). 2019. P. 1395-1411. URL : https://doi.org/10.1111/sltb.12530 (дата звернення: 08.10.2024).

83. Baggaley M. 'Military Munchausen's': assessment of factitious claims of military service in psychiatric patients. *Psychiatr Bull.* 22(3). 1998. P. 153-154. URL : https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X99901116 (дата звернення: 28.09.2024).

84. Barnes S. M., Monteith L. L., Forster J. E., Nazem S., Borges L. M., Stearns-Yoder K. A., & Bahraini N. H. Developing Predictive Models to Enhance Clinician Prediction of Suicide Attempts Among Veterans With and Without PTSD. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 49(4). 2019. P. 1094-1104. URL : https://doi.org/10.1111/sltb.12511 (дата звернення: 04.10.2024).

85. Barr N., Kintzle S., Alday E., & Castro C. How does discharge status impact suicide risk in military veterans? *Social Work in Mental Health*. 17(1). 2019. P. 48-58. URL : https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1503214 (дата звернення: 16.10.2024).

86. Blow A. J., Farero A., Ganoczy D., Walters H., & Valenstein M. Intimate Relationships Buffer Suicidality in National Guard Service Members: A Longitudinal Study. Suicide and Life-Threatening Behavior, 49(6). 2019. P. 1523-1540. URL : https://doi.org/10.1111/sltb.12537 (дата звернення: 19.10.2024).

87. Booth-Kewley S, Larson GE, Highfill-McRoy RM, Garland CF, Gaskin TA. Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in Marines back from war. *Journal of traumatic stress.* 2010. P.69-77. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20104587 (дата звернення: 30.09.2024).

88. Briere J. Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, andtreatment /J. N. Briere, C. Scott. Secondedition, DSM-5 update. University of Southern California, Keck School of Medicine, 2012. 428 p.

89. Cameron A. Y., Shea M. T., & Randall A. B. Acute Shame Predicts Urges for Suicide but not for Substance Use in a Veteran Population. *Suicide and Life-*

Threatening Behavior. 50(1). 2020. P. 292-299. URL : https://doi.org/10.1111/sltb.12588 (дата звернення: 04.10.2024).

90. Dr. Muss D. The trauma trap: your body escaped.your mind did not. Free it now! Kindle Edition. 2013.

91. Hoge CW, Castro CA, Messer SC, McGurk D, Cotting DI, Koffman RL. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *The New England journal of medicine.* 2004. 351 p. P.13-22. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15229303 (дата звернення: 02.10.2024).

92. Hughes, J. G. Use of psychological decompression in military operational environments. Mil Med. 173 (6), 2008. P. 534-538.

93. Greenberg N. A cluster randomized controlled trial to determine the efficacy of Trauma Risk Management (TRiM) in a military population. *Journal of traumatic stress.* 2010. Vol. 23. №4. P. 430-436.

94. Frain, M., Bethel, M., & Bishop, M. A roadmap for rehabilitation counseling to serve military veterans with disabilities. *Journal of Rehabilitation,* 76(1). 2010.

95. Frank, R. G., Caplan, B., & Rosenthal, M. (Eds.). *Handbook of rehabilitation psychology* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association. 2010.

96. Frueh BC, Elhai JD, Gold PB, Monnier J, Magruder KM, Keane TM, et al. Disability compensation seeking among veterans evaluated for posttraumatic stress disorder. *PsychiatrServ.* 2003. P. 84-91. URL : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12509672 (дата звернення: 29.09.2024).

97. Kang HK, Mahan CM, Lee KY, Magee CA, Murphy FM. Illnesses among United States veterans of the Gulf War: a population-based survey of 30.000 veterans. J Occup EnvironMed.;42(5). 2000. P. 491-501.

98. Krafft J., Hicks E. T., Mack S. A., & Levin M. E. Psychological Inflexibility Predicts Suicidality Over Time in College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 49(5). 2019. P. 1488-1496. URL : https://doi.org/10.1111/sltb.12533 (дата звернення: 09.10.2024).

99. Martin R. L., Bauer B. W., Ramsey K. L., Green B. A., Capron D. W., & Anestis M. D. How Distress Tolerance Mediates the Relationship Between

Posttraumatic Stress Disorder and the Interpersonal Theory of Suicide Constructs in a U.S. Military Sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 49(5). 2019. P. 1318-1331. URL : https://doi.org/10.1111/sltb.12523 (дата звернення: 11.10.2024).

100. McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. AnnuRev Psychol. 2003. P. 229-252. URL : https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12172002 (дата звернення: 10.09.2024).

101. Monden, K. R., Trost, Z., Scott, W., Bogart, K. R., & Driver, S. The unfairness of it all: Exploring the role of injustice appraisals in rehabilitation outcomes. *Rehabilitation Psychology*, 2016, P. 61.

102. Peseschkian N., Positive Psychotherapy of Everyday Life: A Self-Help Guide for Individuals, Couples and Families with 250 Case Stories. 2016. P. 280-320.

103. Peseschkian N., Positive Psychotherapy: Theory and Practice of a New Method.1st Edition. 1987. P. 135-187, 325-334.

104. Pinder R. J. Mental health care provision in the UK armed forces. Military medicine.Vol. 175. №10. 2010. P. 805-810.

105. Rosen GM, Taylor S. Pseudo-PTSD. *J Anxiety Disord.* 21(2). 2007. P. 201-210. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17084063 (дата звернення: 20.09.2024).

106. Sánchez, J., Rosenthal, D. A., Tansey, T. N., Frain, M. P., & Bezyak, J. L. Predicting quality y of life in adults with severe mental illness: Extending the international classification of functioning, disability, and health. *Rehabilitation Psychology*, *61*, 2010. P. 19-31.

107. Shephard B. «Pitiless psychology»: The role of prevention in British military psychiatry in the Second World War. *Hist Psychiatry*. 1999. P. 491-510. URL: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-0-387-28370-8_56 (дата звернення: 20.09.2024).

108. Shvets, A. V., Horishna, O. V., Kikh, A. Y., Ivantzova, G. V., Gorshkov, O. O., & Richka, O. V. Peculiarities of the organization of psycho-medical rehabilitation of servicemen in NATO member countries and partnership for peace

countries. *Ukrainian Journal of Military Medicine, 2*(4), 2021. P.26-39. URL: https://doi.org/10.46847/ujmm.2021.4(2)-026 (дата звернення: 20.09.2024).

109. Stiers, W. Teaching the foundational principles of rehabilitation psychology. *Rehabilitation Psychology, 61,* 2016. P. 54-64.

110. Summerfield D. The invention of post-traumatic stress disorder and the social usefulness of a psychiatric category. Br Med J. 2001. P. 95-98. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119389/ (дата звернення: 23.09.2024).

111. Susskind, O., Ruzek, J. I., & Friedman, M. J. The VA/DOD clinical practice guideline for management of post-traumatic stress (update 2010): Development and methodology. Journal of Rehabiliation Research and Development, 49. 2012. URL: http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2011.12.0241 (дата звернення: 20.09.2024).

112. Tackett, M. J., Nash, L., Stucky, K. J., & Nierenberg, B. Supervision in rehabilitation psychology: Application of Beatrice Wright's value laden beliefs and principles. *Rehabilitation Psychology, 61,* 2016. P. 74-81.

113. Weiss,D.S. & Marmar, C.R. The impact of event scale-revised. in Wilson,J.P. & Kean, T.M. (eds.) Assessing psychological trauma and PTSD: a practitioner's handbook (ch 15). N.Y: Guildford, 1995.

114. White, G. W., Suchowierska, M., & Campbell, M. Developing and systematically implementing participatory action research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 85*(4, Suppl 2), 2004. P. 3-12.

Додаток 1.

Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокун)

Реєстраційний бланк П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік_____ Стать _____

Посада (підрозділ)_____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: “За допомогою нижченаведених шкал, будь ласка, оцініть різні показники свого стану на даний момент, поставивши вертикальну риску у відповідному місці, враховуючи те, що ліва сторона шкали означає найгірший можливий для Вас показник стану, а права – найкращий”.

найгірше_____ найкраще

САМОПОЧУТТЯ

найнижча _____ найвища

АКТИВНІСТЬ

найгірший _____ найкращий

НАСТРІЙ

найнижча _____ найвища

ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ

найнижча _____ найвища

ЗАЦІКАВЛЕНІСТЬ ДО УЧАСТІ В АТО

найнижче _____ найвище

БАЖАННЯ ВИКОНУВАТИ ЗАВДАННЯ В ЗОНІ АТО

найнижча _____ найвища

ВПЕВНЕНІСТЬ У СВОЇХ СИЛАХ

Обробка результатів Кількісні показники (від 1 до 100) отримуються за допомогою прикладання на неградуйовану шкалу лінійки і визначення відстані (у міліметрах) від лівого краю шкали до позначеного респондентом місця.

Інтерпретація результатів:

Від 1 до 20 – низький показник;

від 21 до 40 – нижче середнього;

від 41 до 60 – середній;

від 61 до 80 – вище середнього;

81 до 100 – високий.

Додаток 2.

Шкала оцінки впливу травматичної події

Ім’я: _____

Освіта:_____ Сімейний стан: _____ Вік: _____

Стать: _____ Дата: _____

Інструкція: “Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку.

Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за останній тиждень.

Для цього виберіть цифру в стовпчику, відповідному тому, як часто ви відчували подібне переживання протягом останніх 7 днів, включаючи сьогоднішній.

		ніколи	рідко	інколи	часто
1.	Будь-яке нагадування про цю подію (ситуації) змушувало мене наново переживати все трапилося	0	1	3	5
2.	Я не міг/могла спокійно спати ночами	0	1	3	5
3.	Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося	0	1	3	5
4.	Я відчував/-ла постійне роздратування і гнів	0	1	3	5
5.	Я не дозволяв/-ла собі засмучуватися, коли я думав/- ла про цю подію або щось нагадувало мені про неї	0	1	3	5
6.	Я думав/-ла про те, що трапилося проти своєї волі	0	1	3	5
7.	Мені здавалося, що всього того, що сталося зі мною начебто не було насправді чи все, що тоді відбувалося, було нереальним	0	1	3	5
8.	Я намагався/-лась уникати всього, що могло б мені нагадати про те, що трапилося	0	1	3	5
9.	Окремі картини того, що сталося раптово виникали в свідомості	0	1	3	5

10.	Я був/була весь час напруженим/-ою і сильно здригався/-лась, якщо щось раптово лякало мене	0	1	3	5
11.	Я намагався/-лась не думати про те що трапилося	0	1	3	5
12.	Я розумів/-ла, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того , що трапилося, але нічого не робив/-ла, щоб їх уникнути	0	1	3	5
13.	Я відчував/-ла заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані	0	1	3	5
14.	Я раптом помічав/-ла, що дію або відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації	0	1	3	5
15.	Мені було важко заснути	0	1	3	5
16.	Мене буквально захльостували нестерпно важкі переживання, пов’язані з тією ситуацією	0	1	3	5
17.	Я намагався витіснити те, що трапилося з пам’яті	0	1	3	5
18.	Мені було важко зосередити увагу на чому-небудь	0	1	3	5
19.	Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував/-ла неприємні фізичні відчуття - пітнів/-ла, дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс і т.п.	0	1	3	5
20.	Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося	0	1	3	5
21.	Я був/-ла постійно насторожений і весь час чекав, що трапиться щось погане	0	1	3	5
22.	Я намагався/-лась ні з ким не говорити про те, що трапилося	0	1	3	5

Субшкала “вторгнення”: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала “уникнення”: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала “збудливість”: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів Всі пункти мають пряме значення.

Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з “ключем”. Кожен пункт оцінюється:

“ніколи” – 0 балів; “рідко” – 1 бал; “іноді” – 3 бали; “часто” – 5 балів.

Додаток 3.

«Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart)»

Реєстраційний бланк
П.І.Б. (повністю) _____
Дата обстеження _____ Вік_____ Стать _____
Посада (підрозділ) _____
Спеціальність _____ Військове звання _____
Інструкція: "З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайних обставин) або психічної травми чи відчуваєте Ви більшою мірою, ніж зазвичай, наступні стани? Оберіть тільки один варіант відповіді ("так" або "ні") та зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланка".

	Так	Ні
Нездатність "розслабитися" (напруженість).		
Роздратування та поганий настрій.		
Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент.		
Неуважність, погане зосередження уваги.		
Сильний смуток, печаль.		
Сильна втома, нестача енергії.		
Потрясіння або паніка		
Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію.		
Труднощі із засипанням, погіршення сну.		
Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, у тому числі – професійної.		

Обробка та інтерпретація результатів Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості позитивних відповідей: чим більше відповідей "так" дає респондент, тим більш виражені у нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, найбільш специфічні прояви ПТСР. "Пороговим" значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більше 4 відповідей "так".

Додаток 4.

«Шкала PC-PTSD-5 для скринінгу посттравматичних стресових розладів в умовах первинної медичної допомоги»

Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР) Результат слід вважати “позитивним”, якщо респондент відповів “так” на будь-які три або більше запропоновані варіанти. 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 повинна бути проведена подальша психодіагностика.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____ Спеціальність _____

Військове звання _____

У Вашому житті коли-небудь траплялася подія, настільки страшна, що протягом останніх 30 днів:

1. Вам снилися кошмари або Ви постійно проти своєї волі думали про цю подію?

ТАК НІ

2. Ви докладали зусиль до того, щоб не думати про нього або спеціально уникали ситуацій, які нагадували Вам про цю подію?

ТАК НІ

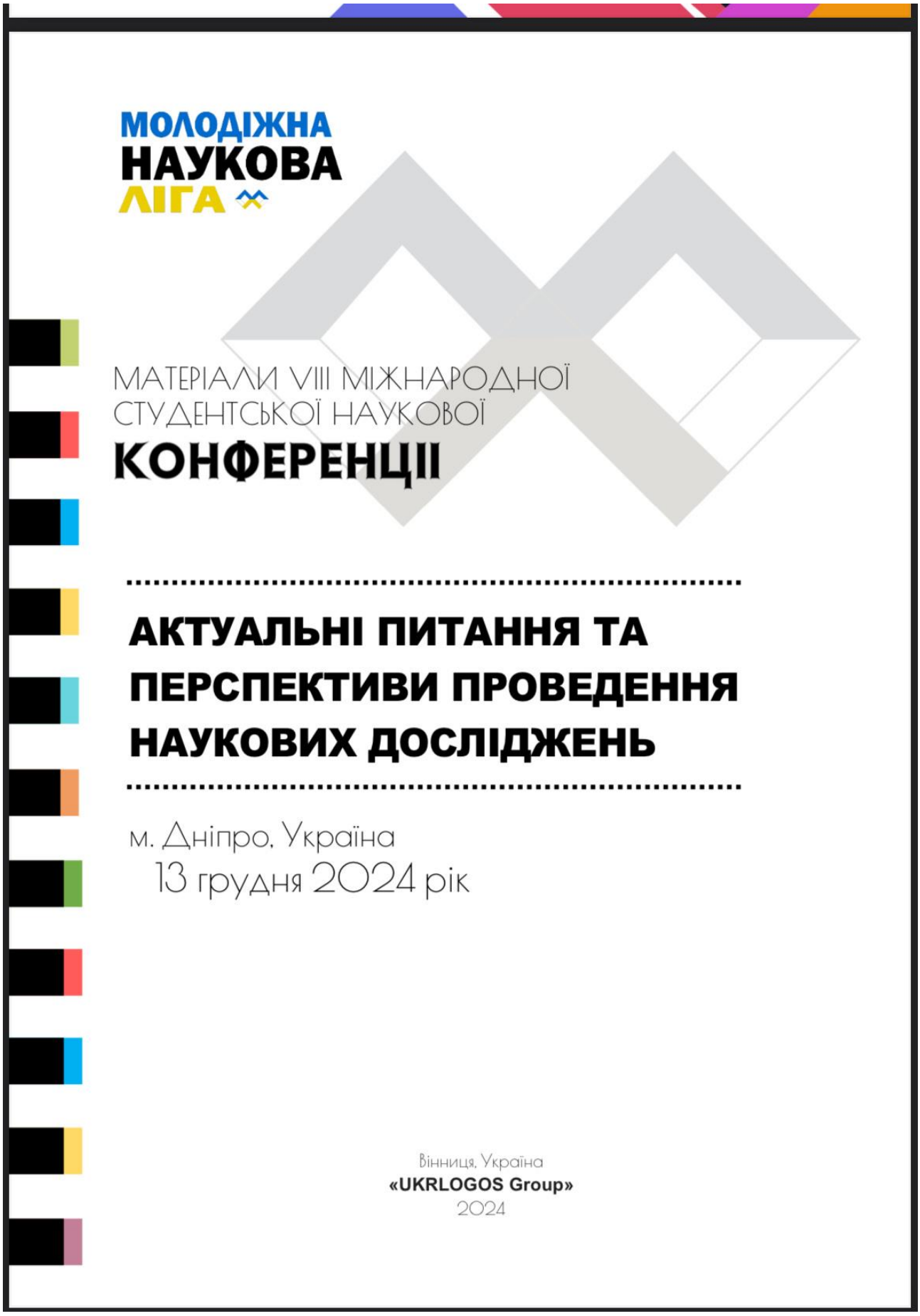
3. Ви були постійно насторожі і здригалися з кожного приводу?

ТАК НІ

4. Відчували себе спустошеним або відрізаним від інших людей, занять або зовнішнього світу?

ТАК НІ

Додаток 5.


МОЛОДІЖНА
НАУКОВА
ЛІГА
МАТЕРІАЛИ VIII МІЖНАРОДНОЇ
СТУДЕНТСЬКОЇ НАУКОВОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ТА
ПЕРСПЕКТИВИ ПРОВЕДЕННЯ
НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
м. Дніпро, Україна
13 грудня 2024 рік
Вінниця, Україна
«UKRLOGOS Group»
2024

Акімова Олександра Іванівна, здобувач вищої освіти за напрямком «Психологія»
Національний університет «Острозька Академія», Україна

Науковий керівник: Ткачук О.В., канд.псих.наук
Національний університет «Острозька Академія», Україна

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Війна в Україні робить актуальною як ніколи проблему збереження та відновлення психологічного здоров'я, а особливо це стосується військовослужбовців, що безпосередньо приймають участь у бойових діях. Адже це практично завжди супроводжується стресовою реакцією організму, і якщо не буде надана своєчасна кваліфікована допомога, то це може призвести до несприятливих наслідків і для військовослужбовців, і для суспільства вцілому. Наразі гострою є потреба в реабілітаційній психологічній допомозі різним категоріям травмованих осіб, до яких входять як військовослужбовці та ветерани, так і члени їхніх сімей, які переживають руйнацію звичного життя.

В запропонованій науково-дослідній роботі проводилися дослідження особливостей психологічної реабілітації військовослужбовців, які можуть стати основою у запроваджені нових методів чи вдосконаленні наявних щодо надання психологічної та соціальної допомоги. І хоча багато науковців та діячів у сфері державної політики приділяють значну увагу питанню соціально-психологічної реабілітації, воно все ж залишається актуальним як ніколи [4]. Існуюча система реабілітаційних заходів ще не повністю пристосована до вирішення наявних соціально-психологічних потреб військовослужбовців та ветеранів [5]. Реабілітація має забезпечити соціалізацію особистості й відновлення її до колишнього рівня, причому це стосується не тільки відновлення здоров'я, але й соціального статусу особистості, правового становища, морально-психологічної рівноваги, упевненості в собі. Отже, актуалізується проблема дослідження особливостей психологічної реабілітації військовослужбовців, які можуть стати основою у запроваджені нових методів чи вдосконаленні наявних щодо надання психологічної та соціальної допомоги [6].

Емпіричне дослідження психофізіологічного стану військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, виявило ключові аспекти, що потребують уваги у психологічній підтримці. За даними опитування 35% респондентів оцінили своє самопочуття як вище середнього, 23% - як високе, а 5% - як низьке. Рівень активності був вище середнього у 25%, середній у 30%, а низький у 10%. Настрій був середнім у 28%, вище середнього - у 30%, високим - у 16%. Зацікавленість у бойових завданнях була вище середнього у 38% та високою у 15%.

Оцінка за шкалою впливу травматичної події показала високий рівень вторгнення у 55% респондентів, уникнення - у 45%, збудливості - у 50%. Кореляційний аналіз виявив негативні зв'язки між адаптивними характеристиками (самопочуттям, активністю, настроєм) та симптомами тривоги ($r = -0,40$), депресії ($r = -0,42$) і збудливості ($r = -0,30$). Водночас тривога ($r = 0,74$), депресія ($r = 0,70$) та симптоми ПТСР формують взаємозалежну картину.

Результати підкреслюють важливість психологічних програм, спрямованих на

зниження психоемоційного напруження, роботу із симптомами ПТСР та відновлення емоційної стійкості, а також необхідність поглибленої діагностики для групи ризику.

Нами було здійснено розробку, реалізацію та аналіз результатів програми психологічної реабілітації військовослужбовців із симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Програма була створена для вирішення ключових проблем, пов'язаних із психоемоційним станом військовослужбовців, та спрямована на зниження симптомів тривоги, депресії та ПТСР, а також на покращення загального самопочуття, настрою та активності учасників. Розроблена програма включала комплексний підхід, що враховував різні аспекти психологічного стану військовослужбовців. Основою програми була багатофазна модель, яка дозволила забезпечити поетапне та системне опрацювання травматичних переживань і поступове відновлення психологічної стійкості учасників. Програма складалася з кількох етапів. На діагностичному етапі було проведено детальну психодіагностику, що дозволило виявити основні проблеми, з якими стикалися військовослужбовці, а також визначити напрямки подальшої роботи. Індивідуальна робота з учасниками включала застосування таких методик, як ізотерапія, робота з метафорично-асоціативними картами та техніка «Rewind» для опрацювання травматичних спогадів. У груповій роботі проводилися тренінги з розвитку навичок подолання стресу, а також вправи на згуртування та взаємопідтримку. Завершальний етап був спрямований на підбиття підсумків програми, аналіз змін, що відбулися з учасниками, та формування рекомендацій для подальшого самостійного розвитку.

Після реалізації програми було проведено повторну психодіагностику, яка дозволила оцінити ефективність впроваджених заходів. Результати свідчать про суттєві позитивні зміни в психоемоційному стані учасників. Зокрема, значно покращилися показники самопочуття, активності та настрою. Якщо до початку програми 60% учасників оцінювали своє самопочуття як середнє або нижче середнього, то після завершення програми 80% оцінили його як вище середнього або високе. Рівень активності, який до початку реабілітації був високим лише у 30% військовослужбовців, після програми зріс до 70%. Позитивні зміни відбулися й у показниках настрою: після програми 90% учасників оцінили його як вище середнього або високий, порівняно з 40% до програми.

Дані, отримані за шкалою впливу травматичної події (IES) [1], підтвердили значне зниження симптомів вторгнення, уникання та збудливості. До початку програми високий рівень симптомів вторгнення спостерігався у 70% учасників, однак після її завершення цей показник знизився до 30%. Симптоми уникання, які до початку реабілітації проявлялися у 60% респондентів, після завершення програми спостерігалися лише у 25%. Аналогічно, рівень збудливості, що до програми був високим у 65% військовослужбовців, знизився до 35%.

Результати короткої шкали тривоги, депресії та ПТСР (B.B. Hart) [2] також продемонстрували суттєве зниження негативних симптомів. До програми високий рівень тривоги був характерний для 50% учасників, а після її завершення цей показник знизився до 20%. Високий рівень депресії, який спостерігався у 55% військовослужбовців, зменшився до 25%. Симптоми ПТСР, які мали високий рівень у 60% респондентів до початку реабілітації, після програми знизилися до 30%.

Шкала PC-PTSD-5 [2], яка використовувалася для скринінгу ПТСР, підтвердила ефективність програми. До її початку 8 із 10 учасників відповідали критеріям діагнозу ПТСР, а після завершення програми таких учасників залишилося лише 3. Це свідчить про те, що програма суттєво полегшила стан більшості військовослужбовців і сприяла їхньому поверненню до нормального життя.

Отримані результати демонструють, що застосований комплексний підхід був надзвичайно ефективним. Індивідуальний підхід до кожного учасника дозволив врахувати їхні особливості, рівень психологічної травматизації та потреби. Поєднання різноманітних методів, таких як ізотерапія, метафорично-асоціативні карти, техніка «Rewind» [3] і групові тренінги, створило багатовимірний вплив на психіку військовослужбовців, що дозволило досягти значущих позитивних змін. Групова підтримка сприяла формуванню атмосфери довіри та взаємодопомоги, що допомогло учасникам відновити соціальні зв'язки та впевненість у собі. Особливу роль відіграло навчання навичкам саморегуляції, які забезпечили учасників інструментами для подолання стресу, контролю емоцій та продовження роботи над собою після завершення програми. Відгуки учасників підтвердили цінність програми для їхнього емоційного благополуччя. Більшість військовослужбовців зазначили, що після реабілітації в них покращився сон, зменшилася частота нав'язливих спогадів і флешбеків, знизився рівень напруги, покращилися стосунки з близькими та з'явилася мотивація до активного життя.

Отже, реалізація програми продемонструвала її ефективність у роботі з військовослужбовцями, які мають ПТСР, та підтвердила можливість її ширшого впровадження. Комплексний підхід, адаптація методик до індивідуальних потреб та акцент на розвитку навичок саморегуляції забезпечили досягнення суттєвих позитивних змін у психоемоційному стані учасників. Отримані дані свідчать про те, що програма є дієвим інструментом для психологічної реабілітації військовослужбовців і може бути рекомендована для подальшого застосування в системі психологічної допомоги.

Список використаних джерел:

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців*: Методичний посібник*. Київ, 2016. 234 с.
2. Збірник методик рекомендованих для проведення психологічного діагностування під час заступання у добовий наряд зі зброєю (для використання офіцерами-психологами та психологами). Головне управління морально-психологічного забезпечення збройних сил україни. м. Київ – 2020. 25 с.
3. Dr. Muss D. The trauma trap: your body escaped.your mind did not. Free it now! Kindle Edition. 2013.
4. Чапляк А. П. Основні напрямки реабілітації учасників бойових дій. *Україна. Здоров'я нації.* 2018. №3/1 (51).
5. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості : методичний посібник. Острог. Видавництво Національного університету «Острозька академія». 2015.
6. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2018. Вип. 41.
7. Стасюк В. В. Психологічні особливості реадаптації Учасників бойових дій. *Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільств*а. 2018.