

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСИ
УКРАЇНКИ

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

Кафедра практичної психології та психодіагностики

На правах рукопису

ВИНОГРОДСЬКИЙ БОГДАН ВАЛЕРІЙОВИЧ

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ СТРЕСОВИХ
РЕАКЦІЙ У ЕКСКОМБАТАНТІВ

Спеціальність: 053 «Психологія»

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

Робота на здобуття освітнього ступеня «Бакалавр»

Науковий керівник:

МЕЛЬНИК АНТОНІЙ ПЕТРОВИЧ

кандидат психологічних наук, доцент кафедри
практичної психології та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____

засідання кафедри практичної психології
та психодіагностики

від _____ 2024 р.

Завідувач кафедри

_____ Людмила Магдисюк

ПШБ (підпис)

ЛУЦЬК – 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ
УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ

Волинський національний університет імені Лесі Українки

Факультет психології

Кафедра практичної психології та психодіагностики

Освітній ступінь бакалавр

Спеціальність 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Практична психологія»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

« ___ » _____ 2023 року

ЗАВДАННЯ НА ВИПУСКНУ КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ (ПРОЄКТ)
СТУДЕНТУ

Виногородський Богдан Валерійович

(прізвище, ім'я, по батькові)

1. Тема роботи (проєкту) **Психологічні особливості прояву стресових реакцій у екскомбатантів.**

Керівник роботи (проєкту) Мельник Антоній Петрович, кандидат психологічних наук, доцент кафедри практичної психології та психодіагностики.

2. Строк подання студентом роботи (проєкту) 25.05.24р.

3. Мета та завдання випускної кваліфікаційної роботи (проєкту) – є теоретико-емпіричне вивчення психологічних аспектів емоційного стану екскомбатантів.

4. Завдання дослідження:

1. проаналізувати теоретико-методологічні підходи до розуміння чинників, аспектів та проявів стресової реакції екскомбатантів у психологічних дослідженнях;

2. на основі теоретичних знань дослідити прояви стресової реакції у вибірки екскомбатантів;

3. емпірично дослідити особливості прояву стресової реакції у екскомбатантів та здійснити якісний та кількісний аналіз емпіричного дослідження.

5. Дата видачі завдання 15.10.23р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів випускної кваліфікаційної роботи (проекту)	Строк виконання етапів роботи (проекту)	Примітка
1.	<p>На <i>першому етапі</i> дослідження, на основі попереднього знайомства з проблемою та результатами попереднього її вивчення, основна увага була зосереджена на виборі напряму дослідження, розробці мети та завдань, визначенні об'єкту, предмету та методів дослідження, виборі можливих джерел інформації.</p>	<p>листопад 2023 року</p>	
2.	<p><i>Другий етап</i> дослідження був присвячений вивченню теми психологічних особливостей прояву стресових реакцій у екскомбатантів. Даний етап передбачав аналіз сучасних підходів вітчизняних та зарубіжних авторів з питань дослідження емоційних станів та стресових реакцій у екскомбатантів. Проаналізовано основні підходи до розкриття поняття «комбатант», «екскомбатант», «стресові реакції». Розглянуто основні теоретико-методологічні орієнтири дослідження психологічних станів у екскомбатантів. Було проаналізовано основні погляди науковців на природу виникнення основних стресових реакцій у екскомбатантів, визначено категорійно-понятійний апарат досліджуваної проблеми, окреслені перспективи її подальшого вивчення. Отримані при цьому результати стали підставою провести відповідні організаційні заходи щодо подальшого планування кваліфікаційної роботи (визначення завдань, розробки програми дослідження і збору матеріалу, визначення етапів дослідження, вибір методів, адекватних меті та завданням дослідження,</p>	<p>листопад 2023 – грудень 2023 року</p>	

	кількісного та якісного аналізу отриманих даних тощо).		
3.	На <i>третьому етапі</i> дослідження було проведено емпірико-діагностичне дослідження. Даний етап включав у себе підготовку до проведення діагностичного дослідження, розробку та уточнення інструкції для респондентів, попередню її перевірку на простоту й зрозумілість та діагностику самих респондентів. Основним завданням третього етапу дослідження емоційних станів, збір та аналіз матеріалів з метою встановлення наявного зв'язку між двома досліджуваними концептами.	грудень 2023 – січень 2024 року	
4.	<i>Четвертий етап</i> дослідження передбачав формування бази емпіричного матеріалу для подальшого їх аналізу, інтерпретації та їх представлення у вигляді схем, таблиць, діаграм й рисунків, а також безпосередній їх аналіз та оформлення.	січень – лютий 2024 року	
5.	На основі теоретичного опрацювання наукових джерел, проведеного емпіричного дослідження та аналізу результатів були сформульовані висновки й узагальнення.	лютий – березень 2024 року	
6.	Остаточне завершення оформлення роботи.	травень 2024 року	

Студент

(підпис)

Виногородський Б. В.
(прізвище та ініціали)

Керівник роботи
(проекту)

(підпис)

Мельник А. П.
(прізвище та ініціали)

АНОТАЦІЯ

Виногородський Б. В. Психологічні особливості стресових реакцій у екскомбатантів.

Бакалаврська робота на здобуття ступеня бакалавр психології за освітньою програмою «Практична психологія». Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису. Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2024.

У вступі описано актуальність дослідження в галузі психології емоційних станів, що дозволяє якісніше охарактеризувати вплив індивідуально-психологічних особливостей на прояв стресових реакцій у специфічній категорії осіб, - екскомбатантів. При цьому варто також відмітити, що однією з теоретичних концепцій є положення про те, що характер стресової реакції у екскомбатантів залежить від індивідуально-типологічних особливостей та їх особистісних рис, а також від впливу психотравмуючих подій, пережитих ними під час перебування в умовах бойових дій.

У першому розділі розглянуто результати теоретичного аналізу емоційних станів особистості, а також визначено основні дефініції: «комбатант» та «екскомбатант». Проаналізувавши медико-психологічну наукову літературу з даної проблематики резюмуємо, що стресова реакція особистості у великій мірі залежить від вродженої типології нервової системи особистості та особливостей психотравмуючих подій, пережитих нею.

У другому розділі описано психодіагностичний інструментарій, спрямований на виявлення особливостей стресової реакції у екскомбатантів. Також було зроблено висновки, що екскомбатанти схильні до трьохвекторних стресових реакцій: напад, втеча-уникнення, або оцепеніння, що супроводжується відповідним емоційним фоном: агресією, депресією або розпачем. Враховуючи те, що дані емоційні реакції на стресовий подразник є спонтанними, а їх поведінка є непередбачуваною, - то після гострих стресових реакцій відбувається усвідомлення своїх дій вже пост-фактум, що призводить до глибокого дискомфорту. Екскомбатанти неусвідомлено або стають

агресивними, роздратованими, - або замикаються в собі, уникають контактів з соціумом, ведуть інертний спосіб життя.

Новизна дослідження полягала в теоретичному узагальненні та розширенні існуючих напрямів дослідження проблеми емоційних станів екскомбатантів, здійсненні емпіричного аналізу особливостей їх стресової реакції.

Практичне значення полягало у використанні отриманих даних та зібраної теоретичної бази даних у подальшому дослідженні феномену стресової реакції у екскомбатантів. Також отримані результати зможуть використовуватись у діяльності психологів, що працюють із комбатантами та екскомбатантами з метою профілактики дистресів та посттравматичних стресових розладів.

Дослідження психологічних аспектів стресової реакції екскомбатантів є актуальним на сьогоднішньому етапі розвитку психологічної науки і отримані результати можуть бути використані для подальшої оптимізації шляхів подолання стресів, дистресів та посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, що перебували в умовах бойових дій..

Ключові слова: *комбатанти, екскомбатанти, емоційні стани, психотравмуючі ситуації, стресові реакції, стрес, дистрес, посттравматичний стресовий розлад.*

SUMMARY

Vynogradskyi B.V. Psychological features of stress reactions in excombatants.

Bachelor's thesis for the bachelor's degree in psychology under the "Practical Psychology" educational program. Qualifying scientific work on manuscript rights. Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2024.

The introduction describes the relevance of research in the field of psychology of emotional states, which allows for a more qualitative description of the influence of psychological characteristics on the manifestation of stress reactions in a specific category of persons - ex-combatants. At the same time, it should also be noted that one of the theoretical concepts is the proposition that the nature of the stress reaction in ex-combatants depends on individual typological features and their personal traits, as well as on the impact of psycho-traumatic events experienced by them during their stay in the war.

In the first chapter, the results of the theoretical analysis of emotional states of the individual are considered, and the main definitions are defined: "combatant" and "ex-combatant". Having analyzed the medical-psychological and scientific literature, we summarize that the stress reaction of an individual largely depends on the innate typology of the individual's nervous system and the specifics of psychotraumatic events experienced by him.

The second chapter describes the psychodiagnostic toolkit aimed at identifying the features of the stress reaction in ex-combatants. It was also concluded that ex-combatants are prone to three-vector stress reactions; attack, flight-avoidance, or numbness, accompanied by the corresponding emotional background: aggression, depression, or despair. Given that these emotional reactions to a stressful stimulus are spontaneous, and their behavior is unpredictable, after acute stressful reactions, awareness of one's actions occurs post factum, which leads to deep discomfort. Ex-combatants unknowingly become aggressive, irritable, or close in on themselves, avoid contact with society, lead a passive lifestyle.

The novelty of the research consisted in the theoretical generalization and expansion of the existing directions of research into the problem of emotional states of ex-combatants, the implementation of an empirical analysis of the features of the stress reaction.

The practical significance was the use of the obtained data and the collected theoretical database in the further study of the phenomenon of stress reaction in ex-combatants. Also, the obtained results can be used in the activities of psychologists working with combatants and ex-combatants in order to prevent distress and post-traumatic stress disorders.

The study of the psychological aspects of the stress reaction of ex-combatants is relevant at the current stage of the development of psychological science, and the obtained results can be used for further optimization of ways to overcome stress, distress and post-traumatic stress disorders.

Key words: combatants, excombatants, emotional states, psychotraumatic situations, stress reactions, stress, distress, posttraumatic stress disorder.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ЕКСКОМБАТАНТІВ.....	7
1.1. Психологічна характеристика комбатантів, як учасників бойових дій.....	7
1.2. Медико-психологічна характеристика емоційних станів та стресових реакцій у екскомбатантів.....	17
1.3. Психологічні особливості та основні чинники детермінантів стресової реакції у екскомбатантів.....	26
Висновок до першого розділу	
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСНОВНИХ ПРОЯВІВ СТРЕСОВОЇ РЕАКЦІЇ У ЕКСКОМБАТАНТІВ.....	33
2.1. Організація, етапи та методи дослідження стресових реакцій у екскомбатантів.....	33
2.2. Процедура дослідження та аналіз отриманих результатів.....	37
Висновок до другого розділу	
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ	

ВСТУП

Актуальність теми. Починаючи з 2014 року, десятки тисяч українських військовослужбовців взяли участь у бойових діях на Сході України, демобілізувалися та розпочали свій шлях реадаптації до цивільного життя. З початком повномасштабної агресії і тривалістю бойових дій, ця чисельність буде суттєво збільшуватися. Тривалий воєнний конфлікт на території України, загострює потребу пошуку шляхів підтримки морального і психологічного стану як комбатантів так і екс комбатантів.

Група дослідників особливостей реабілітації учасників бойових дій відзначають, що у ста відсотках випадках особи з посттравматичним стресовим розладом (що часто зустрічається після повернення із зони бойових дій), наголошують на психологічних проблемах взаємин з оточуючими, і в першу чергу, з членами сім'ї [5].

Отже, актуальність і важливість питання спілкування та взаємовідносин в сім'ях екс комбатантів в процесі їх адаптації до умов мирного життя є складним шляхом пристосування до нових умов існування і тому набуває поглиблене вивчення і зумовили вибір теми нашого дослідження: *«Психологічні особливості прояву стресових реакцій у екскомбатантів»*.

Об'єкт дослідження: стресові реакції у екскомбатантів.

Предмет дослідження склали індивідуально-психологічні особливості реакції на стрес у екскомбатантів.

Метою дослідження є теоретичне та емпіричне дослідження емоційних станів та стресових реакцій у екскомбатантів.

Основні завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні підходи до розуміння чинників, аспектів та проявів стресової реакції у сучасних психологічних дослідженнях;
2. На основі теоретичних знань дослідити прояви стресових реакцій у екскомбатантів;

3. Емпірично дослідити індивідуально-типологічні особливості стресових реакцій у екскомбатантів й здійснити якісний та кількісний аналіз результатів дослідження.

Теоретико-методологічною основою дослідження стала проблема гострої стресової реакції на тригери у осіб, що пережили психотравму війни, що в медико-психологічній науці знайшла відображення при розв'язанні широкого кола теоретичних та прикладних питань, спрямованих, переважно, на дослідження механізмів реакції на стресову ситуацію (А. Александрова, О. Войськунський, В. Вигівська, Л. Гуменюк, В. Ружинський, Л. Левицька та ін.; вплив стресової ситуації на емоційну сферу особистості розглядають А. Мельник, В. Розов, Т. Титаренко та ін.).

Аналіз психолого-педагогічної літератури, досліджень із загальних питань психології емоцій свідчить, що значний теоретичний і практичний досвід роботи з реакцією на стресову ситуацію накопичено як зарубіжними (Н. Макс-Вільямс, Г. Сельє), так і вітчизняними дослідниками (С. Дремов, А. Уразаєв, Н. Мамишева,). Зазначена проблема знайшла висвітлення у таких аспектах: реакція на стрес, як наслідок зниження психічної стійкості (Е. Бережковская, Я. Гилинский, І. Гурвич, М. Русакова та ін).

Для реалізації поставленої мети і вирішення поставлених задач у ході дослідження були використані наступні методи:

теоретичні: аналіз проблеми дослідження психологічних особливостей та корекції гаджетозалежності на основі наукової літератури, систематизації та узагальнення теоретико-методологічних засад;

емпіричні:

1.«Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» (І. Котенев, 1996)

2. «Опитувальник перитравматичної дисоціації (ОПД)» (В. Агарков, Н. Тарабрина, 1998)

3. Методика «Особистісний профіль кризи» А. Тараса

методи математичної статистики: статистична обробка отриманих результатів проводилась із використанням *t*-критерія Стьюдента та кореляційного аналізу з використанням коефіцієнта кореляції Пірсона..

База дослідження. Дослідження проводилося на базі Волинського обласного госпіталю ветеранів війни та Науково-методичного центру «Ментальне здоров'я» факультету психології ВНУ ім. Л. Українки.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в теоретичному узагальненні та розширенні існуючих напрямів дослідження проблеми емоційного стану екскомбатантів, здійсненні емпіричного аналізу чинників, що впливають на стресову їх реакцію.

Практичне значення отриманих результатів полягає у тому, що вони можуть бути використані як для удосконалення програми медико-психологічної реабілітації та психосоціального супроводу екскомбатантів та людей, які зазнали психологічної травми від воєнних дій. Результати роботи дають можливість визначити особливості основ тренінгової програми з екскомбатантами, які перебувають на амбулаторному лікуванні в госпіталях та інших лікувальних закладах. Корекційна програма подолання негативних стресових реакцій може бути використана при викладанні курсу «Психологія посттравматичних стресових розладів».

Апробація результатів дослідження. Основні положення бакалаврської роботи, її результати та висновки знайшли своє відображення в публікаціях, доповідях, виступах на круглих столах.

Результати дослідження були представлені:

- XIV Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості» (м. Луцьк, 25-26 березня 2022 р.);
- Фестиваль науки ВНУ імені Лесі Українки (м. Луцьк, 11-15 травня, 2022);
- XVII Міжнародній науково-практичній семінар «Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні» (м. Луцьк, 26-27 жовтня 2023 р.);
- Семінарі «Трансформація підсвідомих структур: перетворення травми в ресурс» (м. Луцьк, 15-16 листопада 2023 р.).

Основні положення роботи викладені у таких публікаціях:

1. Виногородський Б., Мельник А. Особливості емоційних проявів у екскомбатантів. *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості*. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. С. 112-11.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ СТАНІВ У ЕКСКОМБАТАНТІВ

1.1. Психологічна характеристика комбатантів та екскомбатантів, як учасників бойових дій.

За останні десятиліття у світовій науці різко зросла кількість науково-практичних досліджень, присвячених проблемі психологічних наслідків участі в бойових діях. Для України актуальність цієї проблеми пов'язана з відкритою агресією сусідньої держави. Військова ситуація в цілому характеризується сильним, різноплановим психотравмуючим впливом на різних рівнях: психофізіологічному, емоційному, когнітивному, особистісному, мікро- і мікросоціальному.

У психологічних дослідженнях наслідків участі в бойових діях, проведених в Україні і за кордоном, в центрі уваги знаходяться переважно ситуаційні фактори (параметри бойової обстановки, соціальні фактори періоду повернення до мирного життя), а також сам посттравматичний стрес, його біологічні, фізіологічні та психофізіологічні. Вивчалися когнітивно-особистісні аспекти подолання травми.

Інтерес вчених до дослідження наслідків травматичного стресу спочатку спонукав їх задатися питаннями, що стосуються впливу травматичних чинників бойової обстановки на психіку людини, взаємозв'язку особистісних характеристик і виразності посттравматичного стресу. Дослідження, які були покликані відповісти на ці питання, дозволяють зробити висновок про те, що існує залежність між параметрами бойової обстановки і розвитком посттравматичного стресового розладу.

Що стосується особистісних характеристик, то в разі прояву посттравматичного стресу відзначається тенденція до подання себе в більш вигідному світлі, виникнення стійких і тривалих негативних емоцій з компенсацією за рахунок дистанціювання і уникання чи втечі від навколишнього середовища у внутрішній світ, зростання тривоги і рівня депресії з формуванням уникаючої, низької самооцінки, зниження загальної свідомості життя, цілеспрямованості життєвого процесу, задоволеності результатами прожитого відрізка життя і справжнім моментом, впевненості в тому, що людині взагалі не дано контролювати своє власне. Разом з тим виражений посттравматичний стрес характерний не більше ніж для 20% осіб з психотравмою, в той час як особистісні трансформації зустрічаються у більшій частині індивідів, які пережили вплив травматичного стресора. У вітчизняних і зарубіжних дослідженнях показано, що вплив психотравмуючої ситуації на особистість не зводиться тільки до негативних наслідків. Наявність постійної небезпеки, ризику сприяє більш серйозному, філософському відношенню до життя, більш глибокому розумінню життєвих цінностей, підвищенню самостійності, самоповаги і активності. Стосовно до учасників бойових дій особистісні зміни розглядаються переважно через призму поняття «комбатантна акцентуація». У літературі відображені основні положення, що підтверджують правомірність виділення особливого типу комбатантної акцентуації особистості. До них належать такі:

1. Різноманітність акцентуації в довоєнний період обумовлено різними соціальними, біологічними, культуральними факторами. У бойовій період військовослужбовці знаходяться в однакових умовах і піддаються впливу однотипних стрес-факторів. З цієї причини спектр проявів комбатантних акцентуації менше, ніж в довоєнний час, і обмежується в основному трьома типами: тривожною, циклотимною і збудливою акцентуацією, в умовах тривалого участі у війні закріплюються тільки дві основні риси: хронічної тривожності й імпульсивності.

2. Зміна особистісних характеристик в бойовій обстановці відбувається набагато швидше, ніж формування акцентуації в мирний час, що призводить до дисгармонії особистості, що виражається переважно в поведінкових девіаціях.

3. Комбатантні акцентуації можуть розглядатися в якості динамічно ситуативного субклінічного варіанту посттравматичного стресового розладу, на тлі якого при несприятливих умовах може відбуватися подальша психопатизація особистості, розвиток психогенних розладів, формування наркологічної патології.

4. «Комбатантна акцентуація є динамічно-ситуативним субклінічним варіантом посттравматичного стресу, на тлі якого при несприятливих умовах може відбуватися розвиток психогенних розладів».

Особливий інтерес представляє динаміка особистісних характеристик в поствоєнний період, оскільки постстресові зміни особистості під впливом факторів мирного життя зазнають свою подальшу трансформацію. Вітчизняних лонгітюдних досліджень особистісних властивостей учасників бойових дій мало, і вони в основному стосуються встановлення взаємозв'язку факторів довоєнного і військового анамнезу з виразністю посттравматичного стресу, взаємозв'язків акцентуації довоєнного періоду з комбатантними акцентуаціями, чинниками успішності адаптації до мирного життя, а також оцінки ефективності психотерапевтичного впливу.

Необхідність вивчення особистісних характеристик, в тому числі їх динаміки, диктується і практичною психологією в зв'язку з тим, що багато фахівців оцінюють успішність психокорекції на підставі ознак посттравматичного стресу, не розглядаючи динаміку особистісних трансформацій. Відомо, що будь-яка психокорекція повинна бути спрямована на актуалізацію наявних у людини психологічних і психофізіологічних ресурсів, які включають поведінкову активність, соматичні і психічні можливості, вегетативні та обмінні процеси, а також особистісні характеристики. Особлива роль відводиться особистісним характеристикам, що належать до мотиваційно-вольової сфери та рівня самооцінки особистості, що відіграють важливу роль у формуванні міжособистісних відносин, способів

вирішення кризових ситуацій, адаптації в цілому. Іншим важливим аспектом, освітленим в даній роботі, є пошук відповіді на питання, яким чином такий психотравмуючий фактор, як поранення, впливає на індивіда на особистісному рівні.

Інтерес до вивчення впливу поранення на особистість людини обумовлений тим, що, по-перше, специфіка військової травми у осіб, які отримали поранення, якісно відрізняється від такої у тих, хто не був поранений або контужений. При цьому в більшості вітчизняних та зарубіжних досліджень, виконаних в полі посттравматичного стресу, особи, які мають в анамнезі поранення, до вибірки не включалися. По-друге, дослідження, що стосуються вивчення впливу поранень на психіку людини в період перебування в госпіталях, кажуть про взаємозв'язок фізичної травми з ризиком розвитку важких психічних розладів, про різноманітні психопатологічні симптомокомплекси, що спостерігаються у поранених, а також про різні реакції на початковому етапі лікування травми, пов'язаної з отриманням поранення: підвищення ситуаційної тривожності, настороженості й підозрливості, зниження здатності контролювати свої емоції і потреби. Таким чином, в більшості досліджень наслідки отримання поранень розглядалися скоріше як психічні стани, але не як фактор віддалених особистісних змін.

Психоконсультування та психотерапія відіграють важливу роль у відновленні внутрішньої стабільності особистості. Ці два види психологічних впливів відрізняються за своєю процедурою проведення. Але і в першому, і в другому випадку психоконсультант і психотерапевт ставлять перед собою завдання – допомогти людині, яка зазнала впливу травматичних подій, усвідомити можливість трансформації її кризового стану, побачити її можливості і перспективи повернення до нормального життя. Психотерапія та психоконсультування допомагають особі, яка потребує психологічної допомоги, виражати свої почуття, дивитись на свою ситуацію збоку, завершити незавершене, допомогти віднайти опору в самому собі [17]. Одним із основних напрямків роботи з клієнтом є кристалізація ідей майбутнього, обговорення,

прийняття відповідальності за можливі зміни, психологічна підтримка нових дій.

У загальному, як зазначає С. Соловйова, психотерапія осіб, які пережили стресові ситуації, працює на підкріплення захисних факторів, оскільки вона призводить саме до переосмислення минулих подій і підвищення механізмів адаптації. Ціль психотерапевтичного лікування осіб з ПТСР, як вказує авторка, можна узагальнити у чотирьох основних завданнях: 1. Емоційне усвідомлення психотравмуючих переживань. 2. Когнітивна переробка травматичного стресу. 3. Включення переробленого травматичного переживання в суб'єктивну картину світу людини з ПТСР. 4. Реадаптація травмованої особистості в соціальне середовище у відповідності з новим переробленим травматичним досвідом [35].

Проте, В. Місюра вказує, що, незважаючи на наявні у психотерапії методи, у багатьох арміях існує загальноприйнята система установок, що дозволяє правильно ставитись до післябойових проблем військовослужбовців, а також сприймати посттравматичний синдром як один із найпоширеніших наслідків війни. Психологічна оцінка та самооцінка військовослужбовця і первинна психологічна допомога йому у вигляді консультацій, бесіди проводиться після бою на післябойових оглядах. Такий огляд, як зазначає автор, в ідеалі допомагає військовослужбовцю розібратись у своїх переживаннях, настроях, зібратись з думками, проаналізувати, що з ним сталося у ході бою і після нього. Система реадаптації будується з урахуванням потреб не лише самого бійця, а його найближчого соціального оточення. Для цього важливим є задоволення природних потреб учасників бойових дій у визнанні, розумінні, престижі; одним із основних є зняття психологічної напруги та психологічна підготовка до мирних умов життєдіяльності [21].

На даному етапі, як зазначає А. Караяні, практика військових конфліктів в Афганістані, Перській Затоці, Чечні, В'єтнамі показує, що доцільним є проведення наступних заходів: по-перше, необхідно здійснити ретельний розбір бойових дій особовим складом, в ході якого оцінити внесок кожного у вирішення бойових завдань підрозділу, частини; по-друге, протягом періоду

реадаптації військовослужбовці повинні бути залучені у цікаву та нескладну діяльність (бойове навчання, робота з обслуговування техніки, написання листів, культурна та спортивна діяльність). Малорухливі заходи повинні бути зведені до мінімуму; по-третє, необхідно організувати спеціальну психологічну підготовку учасників бойових дій до життя і діяльності в мирних умовах. Тут доцільно використовувати лекції, бесіди, консультації, групові заняття; по-четверте, досвід проведення реабілітації військовослужбовців показує, що необхідно вже на цьому етапі ретельно виявляти тих військовослужбовців, які отримали бойові психічні травми. Також на цьому етапі необхідно дотримуватись конфіденційності, аби не призвести до запуску механізму «психіатричної стигматизації» [37].

Проблема своєчасного виявлення травмованих екскомбатантів є дуже важливою, якщо враховувати що, як зазначає Ю. Александровський, при «збереженні психотравмуючих впливів, відсутності терапії та деяких інших обставин ослаблена психічна дезадаптація поступово може стабілізуватись, в результаті чого невротичне реагування розширюється на все більш широке коло дій на людину («загальна дезадаптація», невротичний стан і т. д.)» [3]. Таким чином, можемо зробити висновок, що чим більше часу проходить з моменту отримання бойового стресу, тим більше шансів, що у військовослужбовця розвинеться серйозна форма дезадаптації.

Якщо розуміти реабілітацію та реабілітацію як відновлення психічного статусу бійця і підвищення його адаптивних можливостей у мирному житті, то, як зазначає А. Кучер, військові вчені та практики вважають доцільною трирівневу систему психологічної реабілітації ветеранів бойових дій: Перший рівень базується на можливостях реабілітації, реабілітації та психологічної допомоги, які є у військових частинах і військових комісаріатах. Другий рівень передбачає використання з цією метою військових санаторіїв, будинків відпочинку, туристичних баз, реабілітаційних центрів ветеранських організацій. Третій рівень складають державні та недержавні реабілітаційні центри; світовий досвід свідчить, що кількість і пропускна здатність реабілітаційних

центрів повинні забезпечувати перебування в них кожного ветерана протягом 11 тижнів, у тому числі з їх дружинами і дітьми [54].

У цілому, аналіз теоретичної літератури щодо психотерапії та психоконсультації ПТСР показав, що психологічна допомога, як така, в основному, має на меті проведення комплексних оздоровчо - релаксаційних сеансів, які у сукупності спрямовані на зняття або значне зменшення психоемоційних зовнішніх або внутрішніх особистісно-значимих подразників або проявів. На думку А. Леонової та А. Кузнецової, першим її етапом є реабілітаційне консультування, що розглядається як можливість підвищити адаптивність, уникнути асоціальної поведінки, зняти невротичні симптоми [59].

На нашу думку, консультування в системі реадaptaції і реабілітації має бути спрямоване на: досвіду учасників бойових дій; самосприйняття, розвиток самосвідомості; формування нових мотивів самоактуалізації і творчості; пошук «самого себе». Ми прийшли до такого розуміння проблеми через узагальнення досвіду консультування учасників бойових дій. Для успішного консультування учасників бойових дій з ПТСР, необхідно забезпечити атмосферу відкритості; свободи висловлювань і переживань; співчуття; відсутності оцінки. У такому випадку учасник бойових дій неминуче «порозуміється» із власним «Я», з тією людиною, якою він є і тим, яким він може стати.

Найбільше ефективними, за А. Леоною та А. Кузнецовою, є групові релаксаційні заняття із застосуванням вправ аутотренінгу і саморегуляції, що допомагають зняти психічне напруження, пропустити у свідомість нові життєві ідеї [59]. Психотерапевт Р. Мей вважає, що допомагаючи клієнтові здолати особисту проблему, консультант допомагає йому стати вільнішим [19]. Релаксаційні заняття при консультуванні є шляхом до звільнення від переживань, душевного болю, невротичних розладів [17].

На сьогодні розроблені конкретні диференційовані методи роботи з особами із ПТСР, ефективність яких піддається об'єктивній оцінці. Найбільш переконливими виявились методи когнітивної, когнітивно-біхевіоральної (поведінкової), психодинамічної і сімейної психотерапії [27]. Ми б хотіли відзначити, відповідно до нашого досвіду, що ще одним досить ефективним

напрямок роботи із учасниками бойових дій є арт-терапія. Застосування арт-терапії в роботі з людьми, що пережили психічну травму, здійснюється з перших десятиліть розвитку даного напрямку. Так, наприклад, арт-терапію почали застосовувати ще в роки Другої світової війни і в післявоєнний період з військовослужбовцями, які проводили лікування та реабілітацію в таких країнах, як США і Великобританія. Вже тоді було помічено, що заняття учасників бойових дій образотворчою творчістю на базі художніх майстерень (арт-ательє) сприятливо позначається на їх фізичному та емоційному стані [44].

З точки зору когнітивного підходу, базове розуміння самості і соціуму, на яких ґрунтуються наші уявлення, поведінка, можуть виявитися неадекватними і невідповідними внаслідок травматичних подій (досвіду). Це призводить до депресії, тривожності та ПТСР. Неадекватне сприйняття світу перешкоджає відновленню після травми. Когнітивний терапевт досліджує і виправляє такі неадекватні схеми або руйнує їх і сприяє формуванню у людини почуття власної цінності, компетенції і безпеки, використовуючи методики: «щеплення проти стресу», тренінг асертивності, підтримуючу психотерапію [28].

Когнітивно-біхевіоральна (поведінкова) психотерапія, спрямована, зокрема, на роботу із конфронтацією пацієнта з травматичними образами, спогадами, з метою поступового ослаблення симптоматики ПТСР. Як вказує М. Горовіц, вона особливо ефективна для зниження інтенсивності флешбеків і високого фізіологічного збудження. Існує кілька варіантів застосування поведінкової терапії для лікування ПТСР. Найбільш відомими на сьогодні є техніки «розкриваючих інтервенцій» (Exposure-Based Interventions, ЕВІ) і десенсибілізація та переробка травмуючих переживань за допомогою рухів очей (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR), покликані допомогти пацієнту впоратися з ситуаціями, що викликають страх; а також тренінг подолання тривоги (Anxiety Management Training, АМТ), в ході якого вчаться контролювати своє почуття тривоги за допомогою спеціальних навичок [39].

Психодинамічна психотерапія – у своїх теоретичних концепціях є методом психотерапії, послуговується роботами З. Фрейда і головну увагу звертає на

внутрішні травмуючі фактори. В руслі психодинамічного підходу, поняття травми розуміють із трьох позицій [12]: Психічна травма, як екстремальна подія. «Кумулятивна травма», що виникає в онтогенезі з множини травмуючих подій. Психічна травма розвитку, як результат фрустрації потреб.

До теперішнього часу так і не визначено найефективніші методи та техніки психотерапевтичного втручання та психологічної корекції при ПТСР, схеми та алгоритми їх застосування особливо в терапії сімейних та подружніх стосунків осіб з ПТСР. Проте, успішно застосовується гештальт-терапія для лікування тривожних, фобічних і депресивних розладів, у тому числі і ПТСР. Тут розглядається така проблема, як нездатність осіб в невротичному стані виділяти потреби (фігури) з фону. Як зазначає Р. Кадиров відбувається переривання циклу контакту з собою і навколишнім середовищем, які бувають 5 видів: Конфлюенція (злиття) – переривання межі між людиною і навколишнім середовищем. Допомога психотерапевта в тому, що він має розділити поняття «я» і навколишній світ. «Ретрофлексія» – «звернення назад на себе». Допомога містить 4 етапи: генералізація проєкції (пацієнту пропонується побути своєю хворобою і поговорити від її імені), виявлення активної нереалізованої потреби хвороби («Навіщо ти, біль, мені потрібна?»); вираження усвідомленої потреби у напрямку до особистого оточення (в чому сенс хвороби для оточуючих); включення отриманого досвіду в систему цілісної особистості. Дефлексія (англ. deflection) – відхилення від проблеми, обговорення психотравми. Тут використовують імпресивну (уникання контакту) та експресивну (відстеження невербальних знаків) техніки. Проєкція – відмова від відповідальності за свої вчинки. Корекція полягає у використанні супресивної техніки шляхом переадресації: запропонувати людині, яка заявляє про чиюсь агресивність, кілька разів вимовити «Я сам агресивний». Це може допомогти усвідомити свої справжні почуття. Інтроекція – присвоює стандартів, норм, способів мислення до дій, які не стають власними (позиція жертви).

Допомога особі з ПТСР розділяється на III етапи: з'ясувати події, в яких пацієнт відчував себе несправедливо скривдженим; з'ясувати, з яких причин хтось має обов'язок перед ним; змінити напрям думок пацієнта, давши

зрозуміти, що в цьому житті він теж комусь винен (використовується стандартна методика гештальт-терапії «Сила мови») [32].

У своїй роботі ми часто використовуємо метод групової роботи з учасниками бойових дій та їх сім'ями у формуванні їх особистісного простору. Така робота спрямована на формування особистісного простору учасників бойових дій, містить комплекс психолого-методичних засобів для становлення соціальної зрілості, соціально-психологічної адаптації та особистісного самоствердження і самоактуалізації особистості, подолання низької суверенності психологічного простору. Мета тренінгу – подолання низької суверенності психологічного простору шляхом актуалізації індукованих форм цілісності, самоорганізації, довільної активності щодо відносин із світом речей, людей, соціальними явищами із урахуванням мотивації та прояву індивідуальних цінностей та здібностей людини, відкритості, яка відповідає за усвідомлену позицію щодо розвитку та взаємодії з соціальним середовищем. У такому контексті запропонований варіант психологічної допомоги може слугувати ефективним методом формування особистісного простору учасників бойових дій.

1.2. Медико-психологічна характеристика емоційних станів та стресових реакцій у екскомбатантів.

На даному етапі становлення громадянського суспільства у нашій країні відбуваються глибокі зміни, які стосуються всіх сфер життя громадян та суспільства в цілому. Це пов'язано із ситуацією, що склалася на південно-східних кордонах і збільшенням кількості військовослужбовців, учасників бойових дій. Разом із бойовим досвідом, вони отримують фізичні й психологічні травми, а їхня психіка зазнає значних змін. Згодом учасники таких екстремальних подій починають страждати на психічні розлади та відчувати труднощі у процесі адаптації до мирного життя.

Вперше психологічні зміни у людей, які пережили ту чи іншу екстремальну ситуацію, були описані Да Коста в 1871 р. у солдатів під час

Громадянської війни в Америці і були названі «синдром солдатського серця». У 1941 р. А. Кардінер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» і показав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він вперше дав комплексний опис симптоматики: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій [11].

Фундаментальні дослідження ПТСР проведені професором Н. В. Тарабриною та її співробітниками показали, що «після впливу бойового травматичного психологічного стресу учасникам бойових дій доводиться фактично заново відтворювати в умовах мирного життя структуру свого суб'єктивного життєвого простору, в тому числі і структуру самоствавлення, самооцінки і смисложиттєвих орієнтацій». Також нею був розроблений метод діагностики глибини і небезпеки даних розладів. [15].

У 1980 р. М. Горовиць запропонував виділити його в якості самостійного синдрому, назвавши «посттравматичним стресовим розладом». Надалі група авторів на чолі з М. Горовицем розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-IV та DSM-V), а пізніше – для МКХ-11, де ПТСР скорочено описано у рубриці F 44.88. Згідно МКХ-10, слідом за травмуючими подіями, які виходять за межі звичайного людського досвіду, може розвиватися посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що призводить до патологічних змін особистості комбатантів, часткової або повної їх дезадаптації в умовах мирного часу [19].

Отже, ПТСР є комплексом реакцій людини на травму, де травма визначається як переживання, потрясіння, яке у більшості людей викликає страх, жах, безпорадність. Це, в першу чергу, ситуації, коли людина сама пережила загрозу власному життю, смерть або поранення іншої людини. Передбачається, що симптоми можуть з'явитися відразу після перебування в травматичній ситуації, а можуть виникнути після багатьох років – в цьому особлива підступність посттравматичного стресового розладу. Описані

випадки, коли у ветеранів Другої світової війни симптоми ПТСР виявилися через сорок років після закінчення військових дій [46].

Завідувач відділу соціальної психіатрії й психіатрії екстремальних станів Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії і наркології, професор кафедри загальної медичної психології і педагогіки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, доктор медичних наук Чабан О. С. відзначає, що проблема розвитку ПТСР є досить актуальною. В Україні є свої мішені для посттравматичних стресових розладів, такі як воїни-афганці, учасники бойових дій на Кавказі та в Югославії, ліквідатори наслідків аварії на ЧАЕС. Також цей список поповнили події 2013-2014 років у столиці України та згодом і на її сході [27].

До основних симптомів синдрому ПТСР відносяться: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливі повернення); нездатність згадати – амнезія на деякі події (уникнення); надчутливість (підвищена пильність); надзбудження (неадекватна надмобілізація). До вторинних симптомів ПТСР відносять: депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм, соматичні проблеми, порушення «Его»-функціонування тощо. [15]

У класифікації психічних і поведінкових розладів, що розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я, в симптоматичному комплексі посттравматичного стресового розладу виділяють три групи первинних симптомів:

- група симптомів повторного переживання (або симптоми «вторгнення»);
- група симптомів уникання;
- група симптомів фізіологічної гіперактивації (підвищеної збудливості);
- група симптомів повторного переживання

Враження, отримані під час надзвичайної події, можуть бути настільки сильними, що їх переживання буде тривати дуже довго: часто бувають спалахи спогадів, коли повторюються почуття, які людина відчула під час або після події. Людина раптово може почати почувати себе так, ніби подія знову відбувається з нею.

У пам'яті раптово виникають жахливі, неприємні сцени, пов'язані з пережитим. Кожен натяк, усе, що може нагадати про подію: якість видовище, запах, звук – ніби витягують з глибин пам'яті картини і образи травматичних подій. Свідомість ніби роздвоюється: людина одночасно і в звичних обставинах, і там, де відбувалися події (відчуття емоційної залежності, звуження свідомості, відчуття «там і тут»). Ці несподівані, «непрохані» спогади можуть тривати від декількох секунд або хвилин до декількох годин. І, як наслідок, людина знову відчуває сильний стрес. Особи, які пережили воєнні дії, розповідають, що часто виникає реакція підвищеного переляку на несподіваний або гучний звук. При найменшій несподіванці людина робить стрімкі рухи, може кинутися на землю, якщо почує звук вертольота, або різко обертається і приймає бойову позу, якщо відчує, що хто-небудь наближається зі спини. Такого роду явища називаються «флешбеками».

«Flashbacks» – це спогади, які повторюються, раптово виникають, відчуття або прояви іншого почуттєвого досвіду, що пов'язаний безпосередньо або символічно з реальними подіями, які мали місце у минулому. Фактор, що спровокував появу «flashbacks» в конкретній ситуації, може бути не завжди очевидним [23].

Посттравматичні «flashbacks» являють собою не стільки реальні спогади про подію, скільки їх погіршене або викривлене трактування і викликають почуття тривоги, порушення сну, пригніченість і страх. В багатьох випадках поява «flashbacks» була спровокована реальною життєвою ситуацією, яка нагадувала більшою або меншою мірою ту, що передувала травмі. Більшість пацієнтів розцінюють такий розлад, як вкрай небажане та таке, що викликає психічну нестабільність і, значною мірою, утруднює реабілітацію [22, с. 53].

«Непрохані» спогади з'являються і уві сні у вигляді нічних кошмарів, які іноді, як відеозапис, відтворюють травматичну ситуацію, і з такою ж точністю людина уві сні переживає власні реакції на цю ситуацію. Вона прокидається в холодному поту, задихаючись, з серцем, яке сильно б'ється, з напруженими м'язами, відчуваючи себе зовсім розбитою. У людини виникають проблеми зі сном, їй буває важко заснути через неусвідомлюваний страх, іноді порушення

сну виглядає як постійне раннє пробудження, внаслідок чого виникають втома і апатія.

Сни, як правило, розвиваються за двома сценаріями:

1. Потерпілому сняться кошмарні сновидіння, в яких він знову і знову переживає те, що сталося, але уві сні він знаходить вихід із ситуації.

2. Кошмари кожен день все нові і нові (переслідування, транспортні аварії, падіння з висотних будівель тощо), але без позитивного завершення [33].

Ще одна група симптомів проявляється в тому, що травматичний досвід витісняється. Людина наполегливо уникає всього, що може бути пов'язане з травмою: думок або розмов, дій, місць або людей, які нагадують про травму, стає нездатна згадати важливі епізоди травми, те, що з нею відбувалося. Виникає страх повторення надзвичайно сильних, руйнівних емоцій.

Поряд з цим, виражене зниження інтересу до того, що раніше цікавило, людина стає байдужою до всього, її ніщо не захоплює. Виявляється почуття відстороненості і відчуженості від інших, відчуття самотності. Стає важко встановлювати близькі і дружні стосунки з оточуючими людьми. Рідше виникають або взагалі зникають періоди творчого піднесення. Людина припиняє планувати своє майбутнє. Травматична подія змінює погляд на важливі моменти в житті людини. Надії на краще майбутнє можуть бути втрачені або змінені внаслідок глибокого розчарування [27].

Під впливом травматичної ситуації людина відчуває жах, породжений навколишнім світом і власною безпорадністю у ньому, переконання, які були раніше, руйнуються, що приводить особу в стан дезінтеграції.

Виникає депресія, людина починає відчувати себе нікчемною і покинутою, у неї розвивається невпевненість у собі, з'являється реальне відчуження від близьких («їм мене не зрозуміти», «вони цього не пережили») [35].

У стані посттравматичного стресу депресія досягає безпросвітних глибин відчаю, людина втрачає сенс існування. Виникає сильна апатія, з'являється почуття провини: можуть виникнути сумніви, що вона могла зробити більше, щоб допомогти близьким. Людина може постійно запитувати себе, чим вона

заслужила те, що вижила, чому інші люди не були настільки щасливі. Виникають саморуйнівні думки і поведінка, аж до суїцидальних.

Стреси і напруга, що виникають у звичайному житті, можуть ставати нестерпними для тих, хто пройшов травматичний інцидент. Вони намагаються уникати близьких контактів з рідними, друзями і колегами, що часто веде до збільшення особистих проблем. Труднощі у взаєминах з часом посилюються поряд із загостренням відчуття, що «ніхто не може зрозуміти, через що я пройшов» [12].

Група симптомів фізіологічної гіперактивації проявляється у труднощах засинання (безсоння), підвищеній дратівливості, ускладнення концентрації уваги, спалахах гніву і вибухових реакціях, немотивованій надмірній підозрілості і підвищеній готовності до «реакції втечі».

У звичайному житті потерпілий може здаватися цілком благополучною людиною, але будь-який стимул (відповідний звук, запах, схожа ситуація, тінь, що промайнула за плечем – може бути що завгодно), який повертає людину в критичну ситуацію, викликає миттєве поживлення переживань у потерпілого. На захист від цих переживань потерпілому потрібно все більше і більше зусиль. Вся енергія людини йде на це.

Надмірна підозрілість виражається в тому, що особа знаходиться у постійному очікуванні, настороженості, немов їй загрожує небезпека. Проте небезпека тут не стільки зовнішня, скільки внутрішня, вона не дозволяє розслабитися, відпочити [10].

Перебільшене реагування: при найменшому подразненні, стукоті, шумі людина голосно кричить, кидається бігти тощо. Підвищується дратівливість, нетерпимість до звичайних побутових питань, часто виникає шалена ворожість, спрямована проти конкретних людей, яка супроводжується погрозами, застосовується і груба фізична сила, і мовна агресивність. Виникають спалахи гніву.

Зовсім незначна подія може викликати інтенсивне почуття злості. Виникає відчуття, що людина не схожа на саму себе. Рідні, друзі і колеги

можуть помічати деякі зміни у характері людини. Підвищується вживання алкоголю [29].

Очевидно, що стан людини з симптомами ПТСР не може не позначатися на оточуючих її близьких людей. Наявність симптомів ПТСР у одного з членів сім'ї впливає на міжособистісну взаємодію, функціонування сім'ї в цілому.

Знижений рівень позитивних емоцій, їх «вигорання», «блокада» стає для тих, хто страждає ПТСР, невід'ємною частиною повсякденного буття. В результаті різко знижується рівень активності і зникає бажання взагалі займатися будь-якими справами, навіть такими, які раніше, до травми, приносили велике задоволення.

У членів сім'ї виникає необхідність адаптації до ситуації, у якій вони перебувають і не знають, що робити. Адаптація членів сім'ї може виражатися в феномені сумісної травматизації.

Перенапруження нервової системи в результаті постійної близькості травмованої людини у членів сім'ї проявляється через відчуття внутрішнього стомлення, моральної втоми, а під час появи нервово-психічної нестійкості підвищується нервозність, стає мінливим настрій, можлива поява психосоматичних реакцій [42].

Симптоми сумісної травматизації можуть повторювати симптоматику ПТСР менш вираженими, їх можна розділити на три групи:

- симптоми повторного переживання, які включають негативні сновидіння, сильний дистрес, спогади про епізоди, які почули, і нав'язливі думки про них;
- симптоми уникання, що включають почуття відчуження, збідніння емоцій;
- симптоми підвищеної збудливості, що проявляються в порушеннях сну, дратівливості, ускладненні концентрації уваги, тривожності, спалахах гніву [29].

Що стосується військовослужбовців, зокрема, то світова статистика показує, що кожен п'ятий учасник бойових дій навіть при відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає нервово-психічними розладами, а серед

поранених і калік – кожен третій. Але це лише частина гігантського айсберга – всього масиву різноманітних порушень, які залишаються після екстремальних впливів. Інші наслідки починають проявлятися через кілька місяців після повернення до нормальних умов життя. Це різні психосоматичні захворювання [47].

Основними проблемами комбатантів (учасників бойових дій) є страх (57 %), демонстративність поведінки (50 %), агресивність (58,5 %) і підозрілість (75,5 %). До їх поведінкових особливостей відносяться конфліктність в сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, зловживання алкоголем і наркотиками. Крім того, зазначаються: нестійкість психіки, при якій навіть незначні втрати, труднощі штовхають людину на самогубство; боязнь нападу ззаду; почуття провини за те, що залишився живий; ідентифікація себе з убитими [10].

Для учасників бойових дій характерні також емоційна напруженість і емоційна відособленість, підвищена дратівливість і агресивність, безпричинні спалахи гніву, напади страху і тривоги. Відзначаються повторювані яскраві «бойові» сни і нічні кошмари, нав'язливі спогади про психотравмуючі події, що супроводжуються важкими переживаннями, раптові сплески емоцій з «поверненням» до психотравмуючої ситуації [48].

До інших психічних явищ, які спостерігаються у учасників бойових дій, відносяться: стан песимізму; відчуття занедбаності; недовіра; нездатність говорити про війну; втрата сенсу життя; непевненість у своїх силах; відчуття нереальності того, що відбувалося на війні; почуття, що «я загинув на війні»; відчуття неможливості впливати на актуальний хід подій; нездатність бути відкритим у спілкуванні з іншими людьми; тривожність; потреба мати при собі зброю; неприйняття ветеранів інших воєн; негативне ставлення до представників влади; бажання зігнати на кому-небудь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося; ставлення до жінок тільки як до об'єкта задоволення сексуальних потреб; схильність брати участь у небезпечних «пригодах»; спроба знайти відповідь на питання, чому загинули твої друзі, а не ти [14].

Безумовно, психічна травма здатна залишити незабутній відбиток у душі кожної людини, а особливо у військовослужбовців, та привести до патологічної трансформації особистості в цілому. Однак існують методи професійної допомоги і самопомоги в подібних ситуаціях. [46].

Отже, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, який здатний викликати психічні порушення. Травматичний стрес – це нормальна реакція на ненормальні обставини, стан, що виникає у людини, яка пережила щось, що виходить за рамки звичайного людського досвіду. ПТСР у екскомбатантів має своє особливості, і його наслідки можуть негативно позначатися на повсякденному житті людини.

Таким чином, психічні розлади, які пов'язані зі стресом під час військових дій, стають надалі одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху подальшої адаптації до повоєнного життя. При цьому після повернення до мирної обстановки на посттравматичні стресові розлади (ПТСР), які пов'язані з попередньою участю в бойових діях, нашаровуються нові психічні розлади, які обумовлені вже тривалою соціальною дезадаптацією комбатантів після повернення з війни. Останні, як правило, стикаються з нерозумінням, засудженням, складнощами в спілкуванні і професійному самовизначенні, з проблемами у сфері фінансів, освіти, створення або збереження сім'ї, сексуального життя тощо.

1.3. Психологічні особливості та основні чинники детермінантів стресових реакцій у екскомбатантів.

Аналіз літературних джерел і документів показує, що сьогодні мають місце кілька позицій, які по-різному трактують сутність, об'єктну область, зміст, етапи психологічної реабілітації, а також співвіднесеність цього поняття з іншими базовими категоріями психологічного співіснування «людини, яка воює». Важливим методологічним моментом є встановлення видо-родових відносин поняття «психологічна реабілітація» з іншими спорідненими катего-

ріями, і насамперед з такими, як «психологічна допомога» та «соціально-психологічна реадaptaція».

На нашу думку, під психологічною допомогою слід розуміти таку цілеспрямовану активність людини, спрямовану на розширення психологічних можливостей іншої людини в її особистісному та соціальному функціонуванні. Діапазон форм психологічної допомоги гранично широкий і включає: елементарну присутність, що породжує ефект фасилітації; повідомлення корисної інформації; демонстрацію ефективних моделей поведінки; навчання; стимуляцію; консультування; терапію та інше.

Психологічна реабілітація, безумовно, різновид психологічної допомоги в тій частині, в якій вона націлюється на відновлення втрачених (порушених) психічних можливостей і здоров'я. Під соціально-психологічною реадaptaцією розуміється процес організованого, поступового психологічного повернення учасників бойових дій з війни і безконфліктного, нетравмуючого «вбудовування» їх у систему соціальних зв'язків і відносин мирного часу. Соціально-психологічна реадaptaція здійснюється з усіма учасниками бойових дій в цілях профілактики розвитку у них посттравматичних стресових розладів, дезадаптації, конфліктів з оточуючими [3]. У процес соціально-психологічної реадaptaції та психологічної допомоги психологічна реабілітація входить як складова частина, що стосується допомоги особам з симптомами психічних дизгармоній.

Проте психологічна реабілітація може виступати і як самостійна діяльність, спрямована на відновлення психічних функцій, бойових можливостей і особистісних якостей учасників бойових дій, які отримали бойову психологічну травму, в інтересах швидкого повернення їх у бойовий стрій. Психологічна реабілітація – це діяльність, що здійснюється суб'єктами психологічної роботи, спрямована на відновлення психічних функцій, особистісних властивостей і системи відносин особистості військовослужбовця, що дозволяють йому успішно вирішувати бойові завдання і функціонувати в мирному соціумі. Тобто, її об'єктом є особи, які отримали бойову психічну травму, яка проявляється гостро або відстрочена в часі [28].

Важливим моментом розуміння сутності психологічної реабілітації є виявлення її співвідношення зі спорідненими видами діяльності. Представлено евристичну позицію, при якій вона розглядається як складовий елемент цілісного реабілітаційного комплексу, що включає реабілітацію медичну, професійну, соціальну та психологічну.

При цьому на межі взаємодії з цими видами реабілітації виникають області їх переплетення, взаємного проникнення, що дають можливість говорити про «медико-психологічну», «професійно-психологічну», «соціально-психологічну реабілітацію» [24].

1. Медико-психологічна реабілітація передбачає мобілізацію психологічних можливостей військовослужбовців у подоланні наслідків поранень, травм, інвалідизації, купірування больових відчуттів, психологічну підготовку постраждалих до операцій та в післяопераційний період.

2. Професійно-психологічна реабілітація спрямовується на швидке відновлення професійно-важливих якостей поранених, психотравмованих військовослужбовців та інвалідів військових дій; їх професійну переорієнтацію і перепідготовку, працевлаштування та професійну адаптацію; зняття втоми і відновлення фізичної працездатності.

3. Соціально-психологічна реабілітація орієнтується на створення навколо ветеранів бойових дій реабілітаційного соціального середовища. Поряд з реалізацією принципу безбар'єрності архітектури в містобудуванні та транспорті (бордюри, перила, ліфти тощо) повинен бути реалізований принцип «безбар'єрних» відносин для інвалідів у суспільстві. У суспільній свідомості необхідно формувати образ інваліда з реальними перспективами в кар'єрі, в динаміці соціального статусу.

4. Власне психологічна реабілітація вирішує широке коло завдань психологічної допомоги учасникам бойових дій. І перш за все таких, як:

- нормалізація психічного стану;
- відновлення порушених (втрачених) психічних функцій;
- гармонізація «Я-образу» ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісною ситуацією (поранення, інвалідизація тощо);

- надання допомоги у встановленні конструктивних відносин з референтними особистостями і групами та ін.

Таким чином, метою психологічної реабілітації є відновлення психічного здоров'я та ефективної соціальної поведінки.

Однак слід пам'ятати, що психореабілітаційні заходи починають здійснюватися вже в ході бойових дій (з військовослужбовцями, які поступають в медичні пункти та пункти (центри) психологічної допомоги та реабілітації) і тривають протягом тривалого часу в процесі мирного життя (з особами, які страждають ПТСР).

Специфічними завданнями психологічної реабілітації, що проводиться в зоні бойових дій, є [148]:

- діагностика наявності, виду та рівня психічного розладу;
- евакуація військовослужбовців, яким потрібна госпіталізація для відновлення психічного здоров'я;
- відновлення порушених (втрачених) психічних функцій до рівня, що дозволяє виконувати бойові завдання;
- корекція самосвідомості, самооцінки, самопочуття і бойової мотивації військовослужбовців, які отримали психічні розлади, фізичні каліцтва;
- надання допомоги військовослужбовцям у їх підготовці до хірургічних операцій, в купіруванні больових відчуттів у поранених, швидке повернення психотравмованих військовослужбовців у бойовий склад підрозділів та інші.

Важливе положення, що визначає дієвість психологічної реабілітації, пов'язане з констатацією основних принципів її здійснення. Дослідники виділяють ряд певних принципів. В цілому, погоджуючись з їх переліком, ми хотіли б особливу увагу звернути на принцип превентивності. Його реалізація передбачає апріорне «закладання», «вбудовування» в систему життєдіяльності військ таких елементів, які б у разі необхідності автоматично спрацьовували б, попереджаючи розвиток психотравми бойових дій [13].

Намагаючись реалізувати цей принцип, керівництво армії США у 80-ті роки ввело в армійських підрозділах систему так званої «товариської взаємо-

допомоги». Суть її полягає в тому, що всі військовослужбовці від рядового до генеральського складу навчаються методам екстреної візуальної діагностики надмірних емоційних переживань і надання їм психологічної підтримки.

Виділяють етапність здійснення психологічної реабілітації з інвалідами та пораненими. Важливо, щоб виконувана робота була осмисленою і корисною. Особливу ефективність трудотерапія має при пошкодженнях верхніх кінцівок. Тут хороший ефект може дати і арт-терапія (малювання, ліплення). Головну увагу слід приділити тому, щоб процес залучення пошкоджених кінцівок в трудовий процес відбувався поступово.

Перший етап психологічної реабілітації з інвалідами та пораненими спрямований збільшення можливостей для розширення соціальних контактів, зняття відчуття «прикутості», «знерухомленості», безпорадності.

На другому етапі здійснюється вирішення психологічних проблем реабілітованих.

Третій етап присвячується особистісному зростанню, розвитку комунікативної компетентності та активності, формування «смаку» до соціальних контактів [19].

Досвід психореабілітаційної роботи показує, що практично весь комплекс психореабілітаційних заходів з інвалідами війни може успішно здійснюватися на загальному тлі соціально-психологічного тренінгу, націленого на особистісний ріст і розвиток комунікативної компетентності.

Психологічна реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги. Сутність її полягає у здійсненні різних впливів через психіку на військовослужбовця з урахуванням терапії, профілактики, гігієни та педагогіки. За допомогою психологічних впливів стає можливим знизити рівень нервово-психічної напруженості, швидше відновити витрачену нервову енергію і, тим самим, зробити істотний вплив на прискорення процесів відновлення в інших органах і системах організму.

Цим відрізняється психологічний вплив від інших засобів реабілітації.

Основними цілями психологічної реабілітації є [8]:

- відновлення бойової і трудової здатності;

- попередження інвалідності;
- соціальна адаптація людей.

З'ясування цілей психологічної реабілітації дозволяє визначити її завдання, зміст, структуру, залучені сили і засоби, а також обов'язки органів управління та посадових осіб з організації, здійснення та управління процесом відновлення психічної рівноваги військовослужбовців в умовах екстремальної обстановки бою.

До числа основних завдань психологічної реабілітації належать [30]:

1. Встановлення характеру і рівня важкості нервово-психологічних розладів, визначення індивідуально-особистісних особливостей реагування військовослужбовцями на отриману психічну травму і вироблення реабілітаційних заходів.

2. Зняття психоемоційної напруги, дратівливості і страху за допомогою застосування комплексних впливів (психотерапевтичних, медичних, біологічних, соціотерапевтичних і педагогічних (виховних)).

3. Регуляція порушених функцій організму, корекція психофізіологічного стану методами психоформакологічних, психотерапевтичних та фізичних впливів.

4. Формування оптимальної психологічної реакції на наслідки психічної травми, мобілізація особистості на подолання виниклих станів, виховання у військовослужбовців необхідних вольових якостей.

5. Формування в особового складу чітких уявлень про фактори ризику і усвідомленого ставлення до заходів щодо їх усунення.

6. Оптимальне вирішення психотравмуючої ситуації, відновлення соціального статусу, адаптація людини до умов зовнішнього середовища за допомогою стимулювання соціальної активності військовослужбовця, а також різними організаційно-педагогічними методами.

7. Оцінка фізичної, сенсорної та розумової працездатності; проведення професійно-психологічної реабілітації, а при втраті професійної придатності:

- професійної переорієнтації;

- орієнтування на продовження активної службової діяльності та виконання обов'язків військової служби.

8. Вивчення динаміки змін психічних станів у процесі реабілітації; діагностика функціонального стану фізіологічних систем організму; оцінка ефективності та корекція (у разі необхідності) реабілітаційних заходів [34].

Аналіз задач психологічної реабілітації дозволяє визначити найбільш важливі компоненти і засоби, що входять в систему соціально-психологічної реабілітації. Такими можуть бути: психологічні, медико-біологічні та організаційно-педагогічні.

Психологічна реабілітація передбачає виконання і ряду гігієнічних заходів. По-перше, необхідно забезпечувати дотримання чіткого режиму дня (нічний сон не менше 8 годин; ранкова гімнастика; водні тонізуючі процедури; систематичне чергування праці та активного відпочинку; спортивні ігри, які не потребують складної координації рухів і напруженої уваги). По-друге, розумно організовувати життєдіяльність військовослужбовців, які зазнали психотравмуючого впливу (усунення професійних шкідливих звичок; зміна роду діяльності; переведення на полегшену діяльність або поліпшення умов виконання обов'язків по службі; регламентація службового часу; звільнення від нічних нарядів; обмеження надмірних фізичних і емоційних навантажень і т. п.). По-третє, повноцінне і різноманітне харчування (з переважанням білків тваринного походження і великої кількості вітамінів) [24].

Арсенал вітчизняних засобів психологічної реабілітації набагато ширший представлених вище методів і видів впливу на психіку екскомбатантів. Здійснення реабілітаційних заходів вимагає дотримання певних основоположних правил, які забезпечать досягнення ефективності та дієвості заходів, що використовуються для відновлення психічної рівноваги людей.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСНОВНИХ ПРОЯВІВ СТРЕСОВИХ РЕАКЦІЙ У ЕКСКОМБАТАНТІВ

2.1. Організація, етапи та методи дослідження стресових реакцій у екскомбатантів

Дане емпіричне дослідження психологічних механізмів посттравматичного зростання проводилось на базі Волинського обласного військового госпіталю ветеранів війни, та Науково-методичного центру «Ментальне здоров'я» при кафедрі практичної психології та психодіагностики Волинського національного університету імені Лесі Українки.

Генеральна сукупність вибірки склали 78 осіб чоловічої статі, віком від 22 до 50 років, які брали участь у бойових діях в період з 2014-го по 2024-й рік. Серед досліджуваних 60 % осіб перебували в зоні бойових дій від 1 місяця до 3-х років, 16 % – від 1 тижня до 1 місяця, 12 % – від 1-2 місяців 6 % - перебували в зоні бойових дій декілька днів і до 1 тижня - 4 %. Вибіркова сукупність не обмежувалась жителями м. Луцька та Волинської області, а й налічувала осіб зі всієї України, які за певними обставинами перебували на території Волинської області та перебували на амбулаторному лікуванні. В нашому емпіричному дослідженні не брались до уваги освіта, релігійні особливості, рівень доходів, політичні переконання учасників, тощо.

Дослідження психологічних дисфункцій екскомбатантів дій передбачала такі методи, як: бесіда, відкрите та закрите спостереження, анкетування, напівструктуроване клінічне інтерв'ю, тестування, проєктивний метод.

Бесіда включала в себе запитання, що стосуються хронологічних та демографічних даних, уточнення психологічного запиту, виділення типу скарги тощо. Анкетування дало змогу отримати інформацію про події, що відбувались із бійцями в гарячих точках. Це сприяло кращому розумінню об'єктивності ситуації та стало доповнюючою і важливою складовою для діагностики екскомбатантів [3].

Анкета включала як загальні запитання (час перебування в зоні бойових дій; чи отримав екскомбатант посвідчення учасника бойових дій; чи був добровольцем – чи мобілізованим, тощо), так і спеціальні, що потребують висловлення власної позиції респондента з приводу ситуації, що склалась нині

на Сході України, зокрема, чи реальним є швидше вирішення даного військового конфлікту, яким є військове керівництво в зоні бойових дій та чи готовий респондент повернутись назад до зони бойових дій. При тестуванні основним психодіагностичним інструментарієм був комплекс методик що, на нашу думку, дає змогу діагностувати наявність ПТСР чи окремих його ознак різнопланово та достовірно.

До основних методик діагностики екскомбатантів ми віднесли: «Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» (І. Котенев, 1996), «Опитувальник перитравматичної дисоціації» (В. Агарков, Н. Тарабріна, 1998), «Особистісний профіль кризи» (А. Тарас, 2005).

1.«Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» (І. Котенев, 1996) (Додаток А) призначений для вивчення стану людини після впливу надзвичайних факторів, а саме – знаходження в екстремальних умовах. Опитувальник визначає наявність у учасника бойових дій таких проявів посттравматичного синдрому, як немотивована пильність, «вибухова» реакція, агресивність, порушення пам'яті та концентрації уваги, депресія, тривожність, зловживання наркотичними і лікарськими засобами, галюцинаторні переживання, проблеми зі сном (труднощі із засипанням і переривчастий сон). Опитувальник включає 110 тверджень і 13 шкал. Основними шкалами опитувальника є: немотивована пильність; «вибухова» реакція; притупленість емоцій; агресивність; порушення пам'яті та концентрації уваги; депресія; загальна тривожність; напади люті; зловживання наркотичними і лікарськими речовинами; непрохані спогади і галюцинаторні переживання; проблеми зі сном; «провина того, хто вижив»; оптимізм. Респондент повинен, читаючи кожне твердження, вибрати варіант відповіді, яка найбільше описує його стан або думки в даний момент. Відповіді методики позначені відповідною цифрою: 5 – абсолютно вірно; 4 – скоріше вірно; 3 – частково вірно, почасти невірно; 2 – швидше невірно; 1 – абсолютно невірно. Крім того, в опитувальник включені резервні та маскуючі твердження, що перешкоджають мимовільному розумінню респондентом основної спрямо-

ваності тесту. Оцінка вираженості симптомів постстресових порушень проводилася на основі критеріїв, що містяться в DSM-5 і побудований за критеріями МКХ-11 для ПТСР (класифікаційна система МКБ-11, на відміну від американської класифікаційної системи DSM-5, розрізняє дисоціативні (конверсійні) (F44) та соматоформні розлади). Обробка результатів відбувалася шляхом сумування відповідей та переведення їх у бали. Інтерпретуються результати за допомогою ключа за відповідними 13 шкалами. ПТСР та тенденція до його розвитку діагностується за умови високих показників шкал даної методики – 5 балів і вище [17].

2. «Опитувальник перитравматичної дисоціації (ОПД)» (В. Агарков, Н. Тарабрина, 1998) призначений для дослідження вираженості дисоціації в момент переживання психічної травми (Додаток Б). Методика складається із 9 запитань, які описують різні дисоціативні стани, такі як: дереалізація, деперсоналізація, досвід виходу із тіла та ін. Запитання стосуються переживань суб'єкта щодо того моменту, коли відбувалася психотравмуюча подія. Відповіді на запитання даються у форматі п'ятибальної шкали Ліккерта. Обробка та інтерпретація результатів відбувається після підрахування відповідей за допомогою відповідного ключа. Наявність дисоціації діагностується, якщо досліджуваний набрав 36 балів і вище [7].

3. Методика «Особистісний профіль кризи» А. Тараса (Додаток В) дозволяє визначити особистісний профіль пережитої кризи. Теоретичною основою даної методики є положення про комплексний характер переживання кризи, що стосується, як правило, наступних сфер: функціональні проблеми (порушення функціонування вегетативної системи, серцевої діяльності, дихання, шлунково-кишкового тракту, проблеми зі сном); порушення пізнавально-аналітичної діяльності (уваги, сприйняття, мислення, пам'яті та ін); порушення емоційного реагування (тривога, генералізовані емоційні реакції - гнів, сором, вина, або емоційна тупість, або слабкодухість, підвищена емоційність); депресивний настрій; зміни в поведінці і діяльності (проблеми з виконанням службових і домашніх обов'язків, або спроби піти від проблеми, або поглиненість проблемою і ін).

Методика містить 60 тверджень, які групуються за такими шкалами: 1. Загальний стан; 2. Функціональні проблеми; 3. Ускладнення в пізнавально-аналітичній діяльності; 4. Порухення емоційних реакцій; 5. Депресивний настрій; 6. Зміни в поведінці і діяльності. Респонденту необхідно обрати ті твердження, які описують його стан і поведінку на момент проведення дослідження. Обробка результатів відбувається за рахунок підрахунку відповідей за кожною шкалою. Інтерпретація проводиться за таблицею-ключем, де відображаються набрані бали за наведеними 6 блоками, що включає 17 позицій [10].

Усі методики у комплексі їхнього використання засвідчують високу діагностичну ефективність, прогностичний потенціал і вказують на необхідність їх диференційованого використання до потреб кожної окремої особистості в системі психологічної допомоги екскомбатантам.

2.2. Процедура дослідження та аналіз отриманих результатів

Емпіричне дослідження емоційних реакцій у екскомбатантів включало в себе два блоки: кількісний аналіз і якісний аналіз.

Кількісний аналіз полягав у зборі бази даних по загальних показниках вибірки і вираження цих показників у відсотковому та цифровому форматі, що графічно зображалося у вигляді рисунків, таблиць і схем.

Дані проведеного анкетування нам показали, що все ще є частина екскомбатантів, які не отримали посвідчення учасника бойових дій. Також важливим був той показник, що більша половина опитуваних були мобілізованими – 68 % і лише 32 % – добровольці. Хоча більшість екскомбатантів були мобілізованими, лише у 34 % опитуваних був досвід служби у Збройних Силах, а у 66 % – такого досвіду не було. Оцінюючи ситуацію на Сході та свою готовність до участі в бойових діях, менше половини екскомбатантів – 44 %, вказали, що є доцільним перебування на Сході наших військ, а 66 % зазначили, що таке перебування не є доцільним. Також вони не вважають реальним мирне вирішення конфлікту, вказуючи, що «це неможливо» та «але і війна не вихід». Такої думки дотримувались 52 %

респондентів. А 48 % опитуваних сподівалися і вважали реальним мирне вирішення конфлікту на Сході України. Також екскомбатанти вказали на те, що більшість їхніх керівників були непрофесійними, а навіть якщо і були, то «дуже мало» і накази, котрі вони видавали часто несли до серйозних втрат, що вказує та їхню «непідготовленість». Так, 56 % опитуваних вказали на непрофесійність керівництва і 52 % респондентів – на некоректність і неадекватність наказів вищого керівництва, які часто призводили до значних втрат. Іншої думки про це, відповідно, дотримувалися 44 % і 48 % опитуваних екскомбатантів. Важливою для нас була думка бійців і про те, чи є доцільною, після ротації кадрів, подальша їхня служба в зоні бойових дій. У відповіді на це запитання думки розділились: одні вказували, що «так», але після «зміни вищого керівництва» – 36 %; більше 50 % бійців вказували, що «ні», якщо там будуть «лише добровольці» – 64 % опитуваних бійців. Останнє запитання, яке стосувалось і добровольців, і мобілізованих – чи готові бійці повернутись, якщо буде наступна мобілізація знову до зони проведення бойових дій. Виявили свою готовність до цього лише 36 % опитуваних, зазначаючи при цьому, що лише «при умові більше професійного керівництва», або «за умови повної зміни керівництва генштабу та керівників управлінь «Північ» і «Південь»». Були й такі, котрі вказували, що теоретично готові повернутись в зону бойових дій, проте «не мають до цього бажання». Також 64 % екскомбатантів не готові повернутись знову в зону бойових дій. Бійці зазначали такі причини як «потрібна допомога сім'ї», «незадоволеність вищим керівництвом» чи просто «ні за яких умов через брехню».

Для вивчення стану екскомбатантів після впливу надзвичайних факторів нами було застосовано методу «Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків».

Згідно отриманих результатів, ми можемо зробити наступні висновки. Усі досліджувані за проявами ознак ПТСР умовно діляться на 2 групи: перша група включає в себе екскомбатантів, у яких ознаки ПТСР проявляються незначною мірою – 21 %; у другій групі (21 %) – ознаки ПТСР у яких характеризуються помірною вираженістю. Найбільш яскрава вираженість ознак ПТСР

спостерігалась у 58 % учасників з числа екскомбатантів, котрі потребують додаткового медико-психологічного обстеження та супроводу. Дані розподілу досліджуваних за наявністю ознак ПТСР подано на **рис. 2.1**.

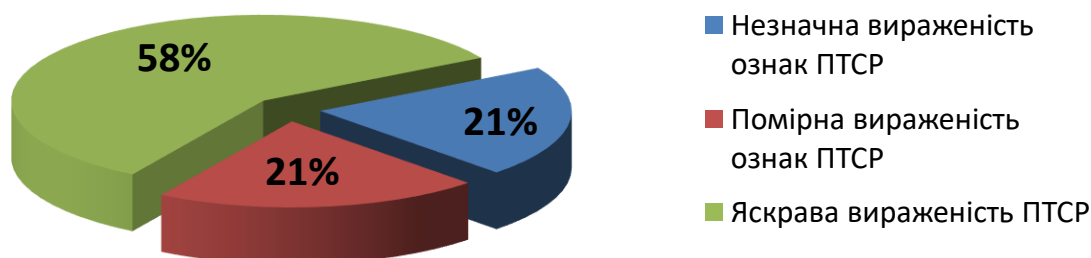


Рис. 2.1. Розподіл досліджуваних за наявністю ознак ПТСР, (в %)

Як видно із **рис. 2.1** значна частина екскомбатантів характеризується ознаками ПТСР. Найчастіше проявлялися такі ознаки ПТСР, як порушення сну та прояви депресії – 46 %. Порушення сну супроводжувалися труднощами із засипанням, переривчастим сном, нічними кошмарами, боязню засинати (екскомбатант боїться заснути і знову побачити минулі події). Регулярне недосипання призвело до крайнього нервового виснаження, що доповнює картину симптомів посттравматичного стресу. Безсоння було викликане високим рівнем тривожності, нездатністю розслабитися, відчуттям фізичного або душевного болю. Депресія у досліджуваних супроводжувалася нервовим виснаженням, апатією і негативним ставленням до життя. Часто екскомбатанти говорили про свій відчай, розчарування. Вони не бачили сенсу життя, їм все здавалось безглуздим та марним.

Друге місце за результатами зайняла загальна тривожність – 42 %. Вона проявлялася на фізіологічному рівні (ломота у спині, спазми у шлунку, головний біль), в психічній сфері (постійне занепокоєння і стурбованість,

«параноїдальні» явища – наприклад, необґрунтований страх переслідування), в емоційних переживаннях (постійне відчуття страху, невпевненість у собі, комплекс провини).

Слід відмітити наявність високого рівня агресії та невмотивованої пильності – 37,5 %. Остання проявлялась у надмірно вираженій увазі до всього, що оточувало: до людей, ситуацій, слів. Такі екскомбатанти з ознаками ПТСР постійно чекають небезпеки і завжди готові до негайних дій з метою її уникання. Досліджувані схильні вирішувати проблеми з допомогою грубої сили. Хоча, як правило, це стосується фізичного силового впливу, але зустрічалася також психічна, емоційна і вербальна агресивність. Ми виявили, що екскомбатанти схильні застосовувати силовий тиск на оточуючих тоді, коли хочуть домогтися свого, навіть якщо мета не є життєво важливою.

Зловживання нарковмістними речовинами та сильнодіючими лікарськими препаратами, невимушені (непрошені) спогади, почуття провини характерні для 33,3 %. Ці ознаки формуються як захисний механізм, щоб знизити інтенсивність посттравматичних симптомів. Серед наркотичних засобів найчастіше – це зловживання марихуаною, алкоголем (меншою мірою) та іншими наркотичними речовинами. Слід виділити ще 2 групи серед жертв ПТСР: ті, хто приймає лише лікарські препарати, прописані лікарем, і ті, хто взагалі не вживає ні ліків, ні наркотиків.

Наступна ознака – невимушені спогади, мабуть, чи не найбільш важливий симптом, який дає право говорити про наявність ПТСР. У пам'яті досліджуваних дуже часто і раптово могли спливати страшні, потворні сцени, пов'язані з травмуючою подією. Ці спогади можуть виникати як уві сні, так і під час неспання. Наяву вони з'являлися в тих випадках, коли навколишнє оточення чимось нагадувало те, що трапилося «в той час»: запах, фон, звук. Яскраві образи минулого спливали у психіці та викликали сильний стрес. Головна відмінність від звичайних спогадів полягала в тому, що посттравматичні «невимушені спогади» супроводжувалися сильними почуттями тривоги і страху. Інколи досліджувані скаржилися на те, що «невимушені спогади» були уві сні. Це відбувалося або з точністю відеозапису,

де травмуюча подія відтворювалася в снах так, як насправді відбувалася, або сні були з іншим оточенням, персонажами, але з деякими елементами (ситуація, відчуття), що нагадували про цю травмуючу подію.

Остання ознака в цій групі – провина від того, що вижив. Досліджувані, в яких проявлявся цей симптом, найчастіше страждали від «емоційної глухоти» (нездатності пережити радість, любов, співчуття і т. д.) з часу травмуючих подій. Такі екскомбатанти готові на що завгодно, лише б уникнути нагадування про трагедію, про загибель побратимів.

Для 29,2 % опитуваних властиві такі ознаки ПТСР, як «вибухова» реакція, порушення пам'яті, концентрації уваги та притупленість емоцій. Особи з «вибуховою реакцією» при найменшій неочікуваній ситуації робили стрімкі рухи (різко обертались, приймали бойову позу, коли хтось наближався до них з-за спини). Багато досліджуваних відчували труднощі при спробах зосередитися, щось згадати, принаймні, такі труднощі виникали при певних обставинах. В деякі моменти концентрація могла бути високою, але варто з'явитися будь-якому стресовому фактору, як людина вже не в силах зосередитися. Також бійці могли повністю або частково втрачати здатність до емоційних проявів. Їм важко встановлювати близькі і дружні зв'язки з оточуючими, вони не розуміють і їм недоступні радість, любов, творчий підйом, грайливість і спонтанність.

Галюцинаторні переживання проявляються у 25 % досліджуваних. Це особливий різновид непроханих травмуючих спогадів про події з тією різницею, що при галюцинаторному переживанні пам'ять про те, що трапилось, виступає настільки яскраво, що події поточного моменту ніби відходять на другий план і здаються менш реальними, ніж спогади. У цьому «галюцинаторному» стані, досліджувані бійці вели себе так, ніби вони знову переживали минулу травмуючу подію; діяли, думали і відчували так само, як в той момент, коли їй доводилося рятувати своє життя. Галюцинаторні переживання властиві не всім досліджуваним: це всього лише різновид непроханих спогадів, для яких характерна особлива яскравість і болючість. Вони частіше виникали під впливом наркотичних речовин, зокрема алкоголю, однак

галюцинаторні переживання могли з'явитися і у тверезому стані, а також у тих, хто ніколи не вживав наркотичних речовин.

Останній показник за цим опитувальником – напади люті. До нападів люті схильні лише 17 %. Багато бійців повідомляли, що такі напади частіше виникали під дією наркотичних речовин, особливо алкоголю. Однак, бували і при відсутності алкоголю чи наркотиків, так що неправильно вважати сп'яніння головною причиною цих явищ.

За «Шкалою оцінки впливу травматичної події» виявлено три переважаючих типи реагування на травматичну подію – уникання, фізіологічна збудливість та вторгнення. Результати дослідження показали, що домінуючим типом реагування на травматичну подію є захисний механізм «уникання», що склав 41,6 % досліджуваних від загальної вибірки. Бійці із даним захисним механізмом мають виражене зниження інтересу до того, що раніше цікавило. У них виникає сильна апатія, втрата сенсу існування, а як наслідок – небажання планувати своє майбутнє. Подальша бесіда допомогла нам виявити такі особливості захисного механізму «уникання», як: почуття відстороненості та відчуженості від інших, відчуття самотності, власної нікчемності та відкинутості, невпевненості у собі, а також загальна депресія.

Також наслідком «уникання» стала притупленість емоцій, через що екскомбатантам набагато важче відчувати й проявляти любов та радість. Усі досліджувані із «униканням» наполегливо ігнорували все, що може бути пов'язане з травмою: думки, розмови, дії, місця або люди, що нагадують про травму. До того ж спостерігалися порушення пізнавальної сфери, особливо пам'яті, концентрації уваги. Серед досліджуваних із «униканням» часто зростала агресивність, виникали прагнення вирішувати всі життєві колізії з допомогою силового тиску (грубої фізичної сили, вербальної та емоційної агресивності); невмотивовані спалахи гніву найчастіше перетворювалися в напади люті. Досить вираженими були прагнення екскомбатантів позбутися будь-яких міркувань і переживань про травму. Внаслідок цього виникає прагнення досліджуваних до відособленого, ізольованого способу життя. Типовою є втрата інтересу до колишніх життєвих цінностей. Досліджувані

скаржилися на часті думки про швидку смерть. Ангедонічна симптоматика стала джерелом додаткової травматизації екскомбатанта із ПТСР.

Для 35,3 % досліджуваних характерне за таким типом реагування на травматичну подію, як «вторгнення». Даний захисний механізм проявлявся обмеженою емоційною включеністю в поточну ситуацію, зниженням інтересів, відсутністю перспектив на майбутнє. Досліджувані, в яких переважав цей захисний механізм, часто страждали від нічних жахів, нав'язливих станів, образів і думок, які певним чином пов'язані з травматичною подією. «Вторгнення» для досліджуваних було тією межею, де захисні механізми вже не можна використати. Звідси у досліджуваних виникали флешбеки, що є особливим симптомом повторного переживання стресора. Екскомбатанти без видимих причин, з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації (почуття, начебто травматична подія відбувається заново), повторно переживали ті ж емоції, що й в період травматичних подій. Для них цей стан супроводжувався у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії.

«Фізіологічна збудливість» спостерігалася у 23,1 % осіб. Симптоми даного типу реагування на травматичну подію проявлялися у труднощах при засинанні (безсоння), підвищеній дратівливості, в труднощах концентрації уваги, спалахах гніву і вибухових реакціях, невмотивованій надпильності та підвищеній готовності до «реакції втечі». За таких умов у більшості екскомбатантів підвищувалася ймовірність вживання алкоголю, зниження рівня переживання позитивних емоцій, їх «вигорання», «блокада». У багатьох відзначалося зниження настрою, наявність симптомів фобічних проявів різного характеру та перебільшеного реагування, а також зростання загальної агресивності. Узагальнені результати цього дослідження представлено на **рис. 2.2**.

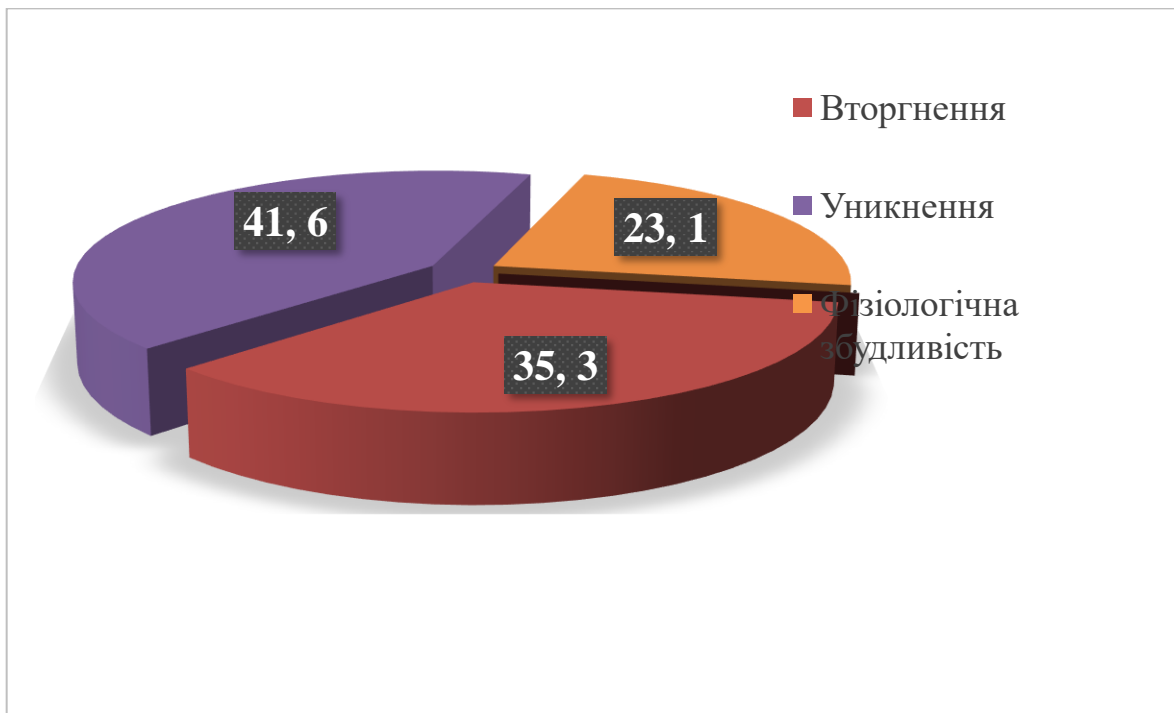


Рис. 2.2. Домінуючі типи реагування екскомбатантів на травматичну подію, (в %)

Як видно із **рис. 2.2** домінуючими типами реагування на травмуючу ситуацію в учасників АТО є: вторгнення; уникнення; фізіологічна збудливість.

За допомогою «Опитувальника перитравматичної дисоціації» нам вдалось визначити наявність у екскомбатантів такого захисного механізму психіки як дисоціація.

Результати дослідження вказали, що:

- лише 2,1 % осіб мають високий рівень прояву перитравматичної дисоціації;
- у 60,4 % екскомбатантів маються певні симптоми дисоціації;
- у 37,5 % досліджуваних перитравматична дисоціація не спостерігається.

Серед найпоширеніших симптомів перитравматичної дисоціації у екскомбатантів прослідковувались:

- стани із відчуттями себе в іншому місці, в іншому оточенні;
- поява певних ілюзій, чи то зорових, чи то слухових. Звуки, звичайні фрази сприймалися як загрозливі;
- симптомом дисоціації було також відчуття втрати реальності, «випадіння з реальності»;

- дії ставали автоматичними, неусвідомленими, такими, ніби вони на «автопілоті».

До симптомів дисоціації відносилися:

- відчуття чужої травми, як своєї;
- перенесення болю;
- перекручування часу, повна відсутність орієнтації в часі;
- відчуття того, «що події, які відбуваються, є нереальними, ілюзорними, як у сні чи в кіно»;
- нездатність згадати найважливіші моменти, пов'язані із травмою, тобто наявність часткової психогенної амнезії, яка стосується найважливішого елемента травми.

Узагальнені дані цього дослідження представлено на **рис. 2.3**.

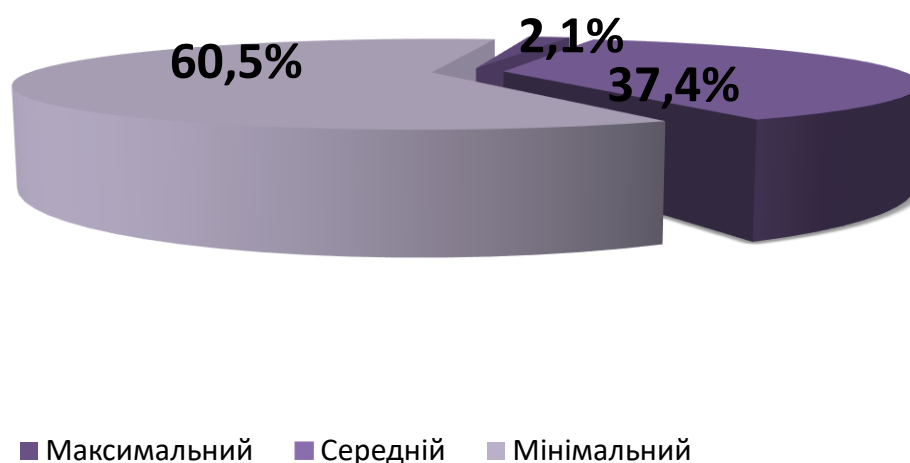


Рис. 2.3. Рівень перитравматичної дисоціації у екскомбатантів

Отже, як бачимо із **рис. 2.3** екскомбатанти не характеризуються високим рівнем прояву перитравматичної дисоціації. На це вказує відсутність таких симптомів: відчуття втрати реальності, поява зорових чи слухових ілюзій, повна відсутність орієнтації в часі.

За допомогою методики «Особистісний профіль кризи» ми мали можливість визначити основні психосоматичні порушення, що проявлялися на функціональному, емоційному та поведінковому рівнях, а також у пізнавально-аналітичній сфері; оцінили загальний показник суб'єктивного бачення фізіо-

логічного стану бійців, що повернулись із зони проведення антитерористичної операції.

Як бачимо з **рис. 2.4** серед представлених сфер психосоматичних порушень проявились такі:

- функціональні проблеми;
- ускладнення у пізнавально-аналітичній діяльності;
- зміни в поведінці і діяльності;
- порушення емоційного реагування та загальний стан.

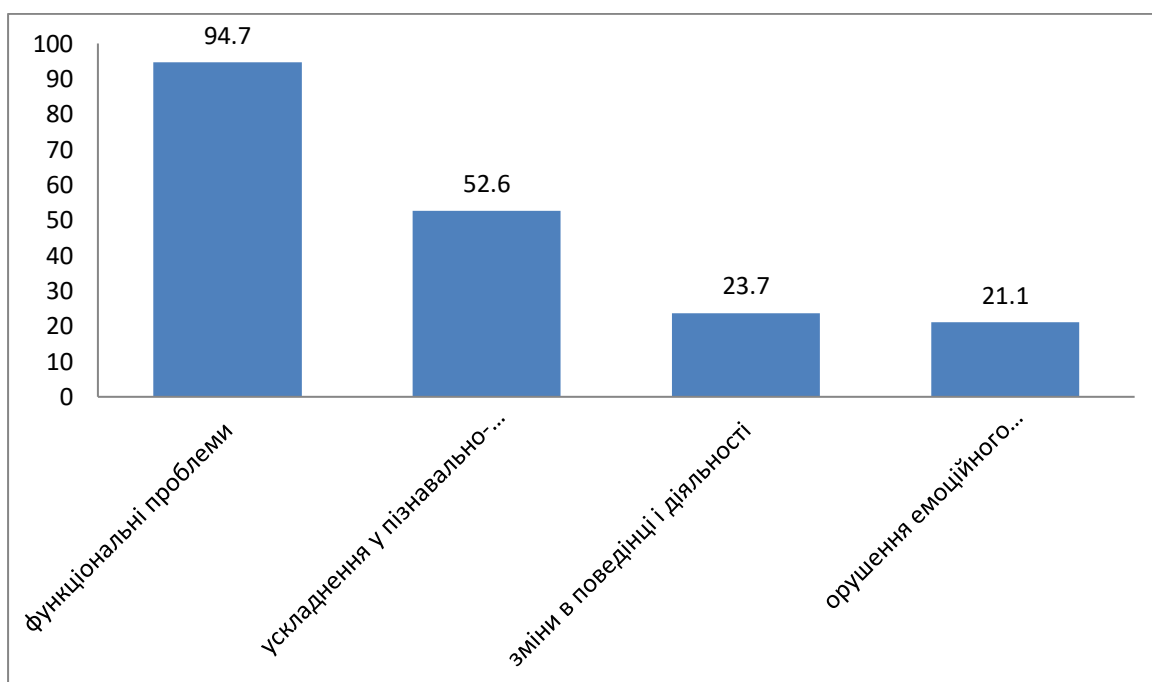


Рис. 2.4. Сфери психотравматичних порушень у екскомбатантів

У групі функціональних показників найбільший відсоток порушень складають проблеми зі сном – 36,8 %. Значними є порушення у роботі серцево-судинної системи – 26,3 %. У 15,8 % респондентів є порушення вегетативної системи. Нижчими є показники порушень шлунково-кишкового тракту – 10 %. Найменше функціональних порушень виявилось у бійців із дихальною системою – 5,3 %.

Узагальнені дані цих показників представлено на **рис. 2.5**.

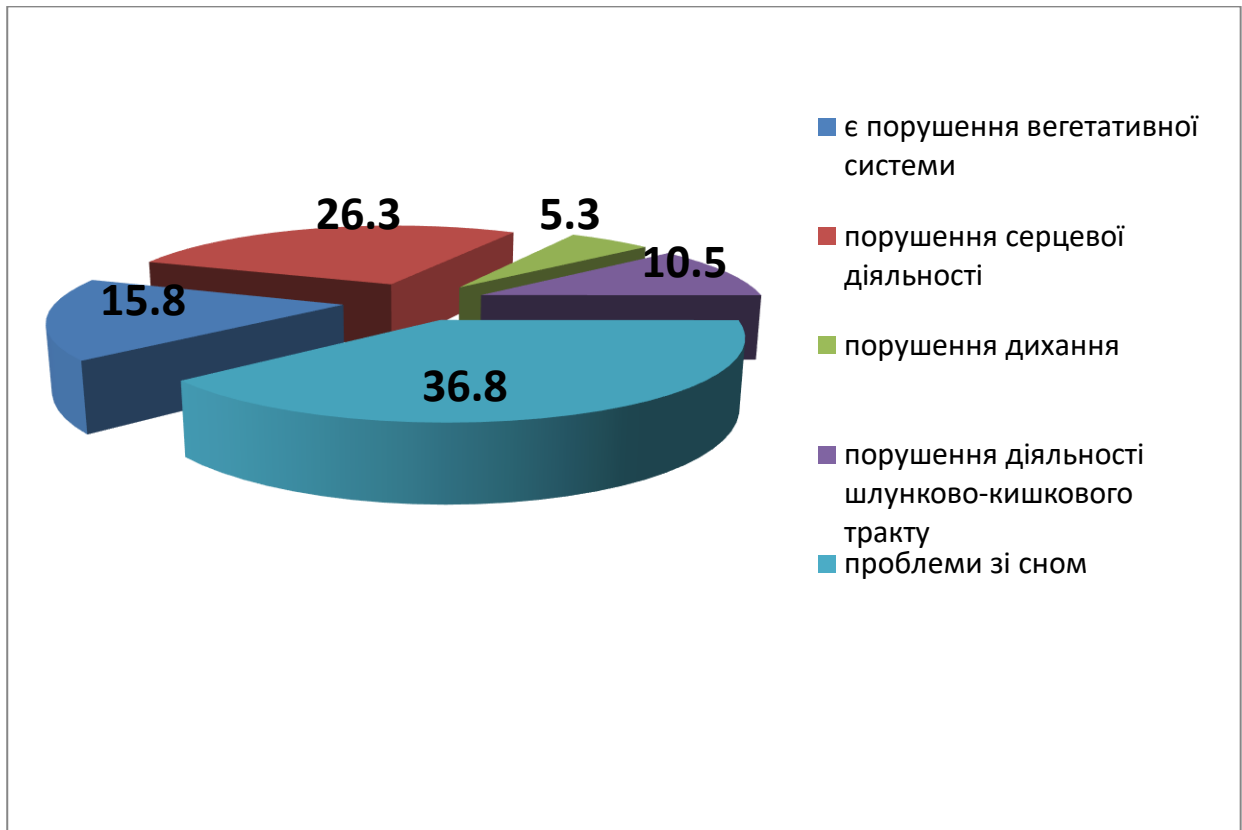


Рис. 2.5. Показники функціональних порушень, (в %)

Як видно з **рис. 2.5** серед функціональних порушень найбільше проявляються проблеми функціонування вегетативної системи, порушення серцевої діяльності, проблеми із диханням, порушення діяльності шлунково-кишкового тракту та проблеми зі сном.

Якщо аналізувати кожну позицію окремо, то лише у 31,6 % досліджуваних немає порушень зі сном, а 36,8 % мають значні проблеми зі сном, що проявляються у труднощах при засинанні, переривчастому сні, періодичному безсонні та частих нічних кошмарах. Значних порушень у роботі вегетативної системи зазнали 15,8 % респондентів.

Мають деякі скарги та періодичні порушення вегетативної системи – 15,8 % і лише 26,2 % бійців вказали, що не мають даних порушень. Основний тип скарги зазвичай полягав у надмірній пітливості, сухості в роті. Також часто спостерігались проблеми із тиском та пульсом, їх нестабільність. Порушення серцевої діяльності спостерігаються у 26,3 % бійців. 5,3 % досліджуваним властиві певні збої та скарги на роботу серцево-судинної системи.

Не мають скарг на роботу серцево-судинної системи 52,6 % досліджуваних. Основні скарги зазвичай на пришвидшене серцебиття та нестабільний серцевий ритм. Порушення в діяльності шлунково-кишкового тракту виявили в себе 10,5 % з числа екскомбатантів. 5,3 % досліджуваних мають деякі скарги на діяльність шлунково-кишкового тракту, 21 % не мають ніяких порушень із травною системою. Основний тип скарги це – часті закрепи чи діареї, погіршення апетиту та нудота. Найменше порушень було пов'язано із дихальною системою – 5,3 %. На відсутність будь-яких порушень із диханням вказало лише 5,3 % респондентів. При даних порушеннях респонденти вказували на нестачу повітря, переривчасте дихання і навіть на суб'єктивне відчуття зупинки дихання.

Тобто, у блоці «Функціональні порушення» маються не лише значні проблеми чи порушення, а й симптоми та певні скарги. Так, у порушеннях вегетативної системи основний тип скарги полягав у надмірній пітливості, сухості в роті, у порушеннях серцевої діяльності – пришвидшене серцебиття та нестабільний серцевий ритм, у проблемах із диханням вказували на нестачу повітря, переривчасте дихання і на суб'єктивне відчуття зупинки дихання, при порушеннях діяльності шлунково-кишкового тракту – на часті закрепи чи діареї, погіршення апетиту та нудоту, при проблемах зі сном – труднощі при засинанні, переривчастий сон, періодичне безсоння та часті нічні кошмари.

У групі «Ускладнення у роботі пізнавально-аналітичної системи» найбільше порушень зазнала увага. Понад 21 % досліджуваних вказали на порушення концентрації, переключення та розподілу уваги. Порушення функціонування мислення виявили в себе 15,8 % досліджуваних, 10,5 % – порушення функціонування пам'яті. Найменший відсоток склали порушення у функціонуванні сприймання – 5,3 %. Узагальнені дані цих показників представлено на **рис. 2.6.**

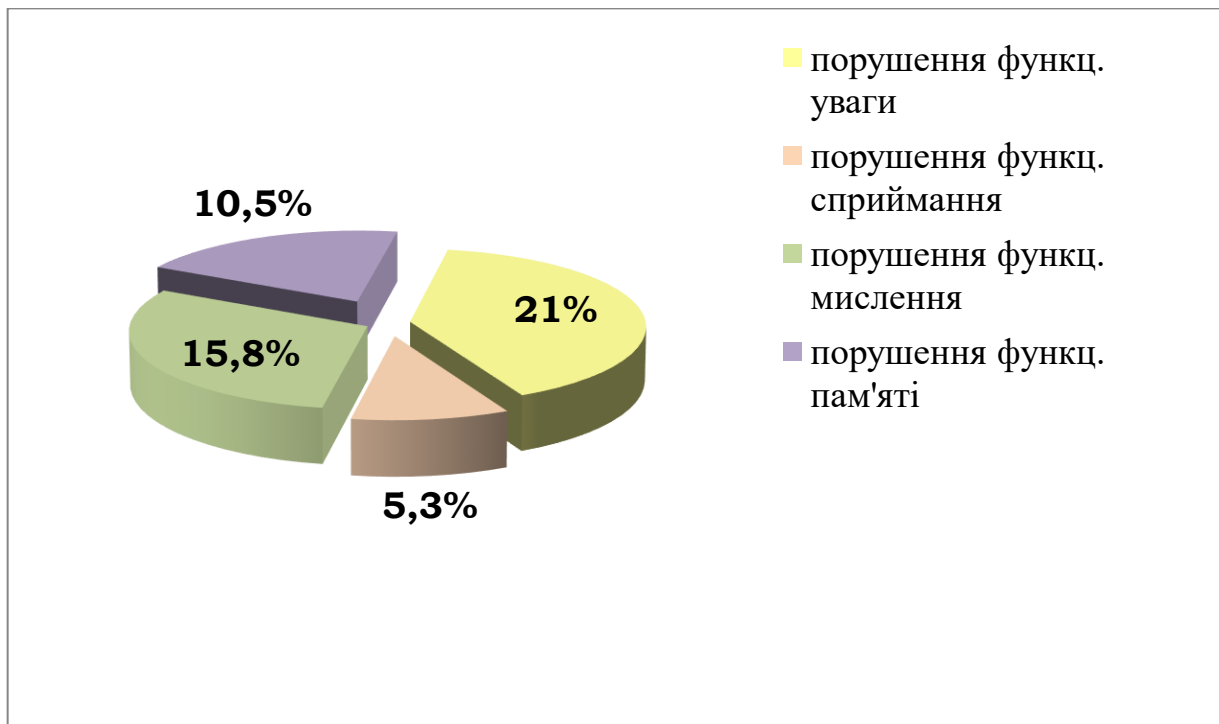


Рис. 2.6. Ускладнення у пізнавально-аналітичній діяльності, (в %)

Як видно на рис. 2.6 в ускладненнях у пізнавально-аналітичній діяльності було виявлення порушення такого типу, як: порушення функціонування уваги, сприймання, мислення та пам'яті.

Якщо аналізувати кожну позицію окремо в даній групі, то в ускладненнях функціонування уваги не лише високий показник порушень – 21 %, а й високий показник певних симптомів чи ускладнень у функціонуванні уваги – 21 %. Лише 5,3 % опитуваних не мають ніяких порушень уваги. Зазвичай, типовими симптомами порушення уваги було те, що важко зосередитись на будь-чому, чи неможливо зосередитись на виконання службових обов'язків, чи ж характерною була загальна неуважність. Серед порушень функціонування мислення значні показники отримали – 15,8 % досліджуваних, на певні скарги та симптоми вказали 21 % опитуваних і не мають ніяких порушень мислення 36,8 % респондентів. Серед основного типу скарги виділяли те, що інколи важко формулювати свою думку, рішення, прийняті останнім часом, є непродуманими та імпульсивними. Також бійці зазначали, що почали відповідати із затримкою.

Серед порушень пам'яті:

- значні ускладнення отримали 10,5 % від усіх опитуваних;

- мають певні скарги на пам'ять – 26,3 %;
- не зазнали ніяких порушень – 10,5 % респондентів.

Серед основних порушень пам'яті бійці вказували на те, що:

- стають часто забувати і пропускають важливі дати чи події;
- не запам'ятовують інформацію, яка раніше запам'ятовувалась легко, а також те, що не можуть згадати інформацію, яку раніше завжди пам'ятали.

Серед порушень сприймання:

- високий показник отримали 5,3 % опитуваних;
- особи, які мають певні симптоми або скарги на порушення – 10,5 %;
- не мають жодних порушень сприймання – 26,3 % респондентів.

Проблеми зі сприйманням, на думку досліджуваних, проявлялися у тому, що втрачалася можливість реально оцінювати події і сприймати їх чітко; в тому, що коло сприймання звужене і обмежене лише проблемами, що стосувалися військових подій. Також окремі представники вибірки зазначали, що їм здавалося, ніби події, котрі з ними відбувалися, не були реальними.

Тобто, досліджувані за кожною зі сфер у блоці «Ускладнення в роботі пізнавально-аналітичної діяльності» мають не лише значні проблеми чи порушення, а й симптоми та певні скарги. Так, в ускладненнях функціонування уваги типовими симптомами було те, що бійцям важко зосередитись на будь-чому, чи неможливо зосередитись на виконанні службових обов'язків, чи ж характерною була загальна неуважність, серед порушень функціонування мислення – важко формулювати думку, рішення, прийняті останнім часом є непродуманими та імпульсивними, почали відповідати із затримкою; серед порушень пам'яті основні скарги включали часті забування і пропуски важливих дат чи подій, труднощі із запам'ятовуванням інформації, яка раніше запам'ятовувалась легко, складно пригадати інформацію, яку раніше завжди пам'ятали.

За шкалою «Порушення емоційної сфери» було виділено 2 показники, а саме: тривожність – 15,8 % та емоційна тупість – 5,3 %. Генералізовані емоційні реакції та слабкодухість і підвищена емоційна – мають лише певні прояви і не

були яскраво вираженими. Узагальнені дані цих показників представлені на **рис. 2.7.**

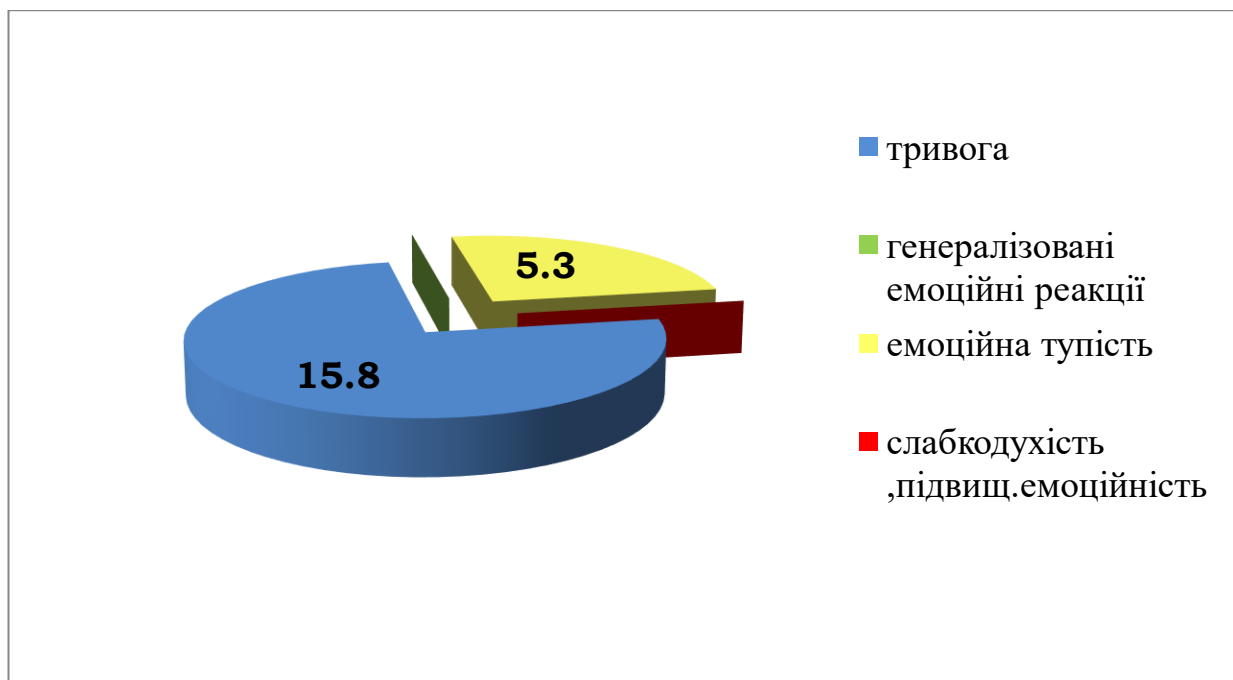


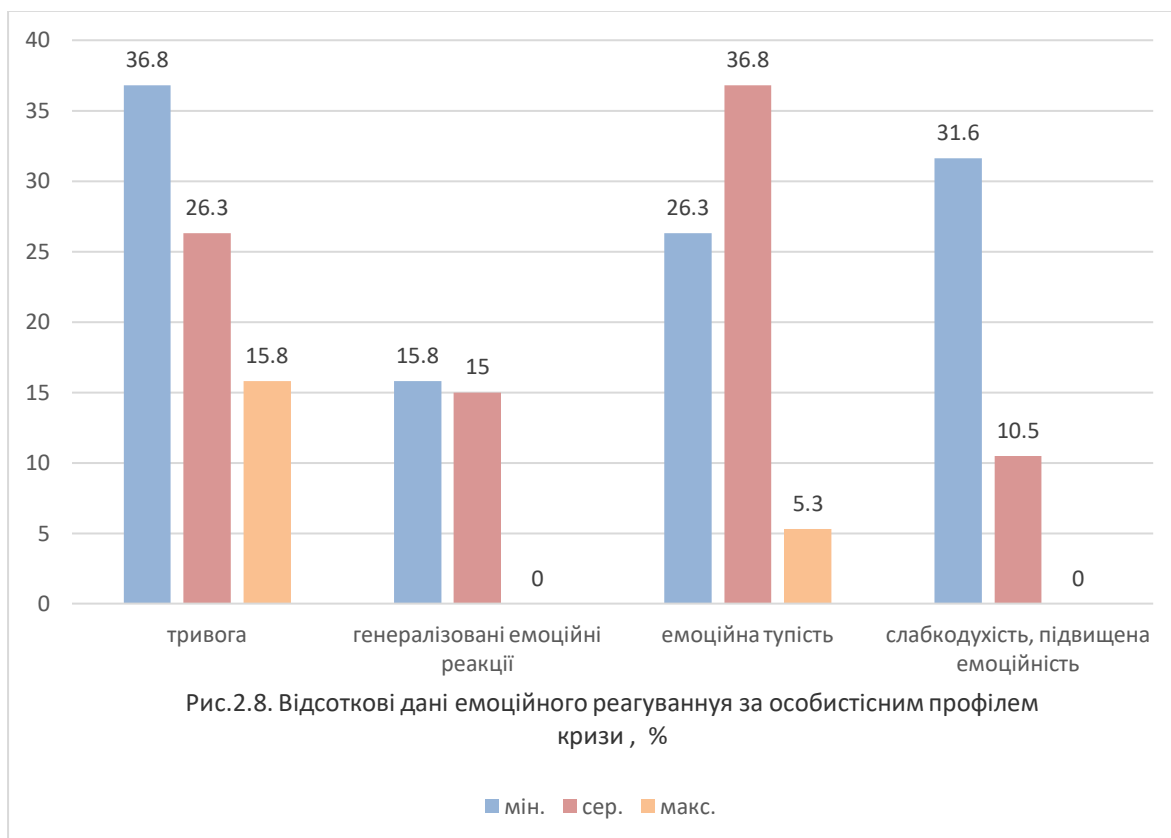
Рис. 2.7. порушення емоційного реагування, %

Як видно із **рис. 2.7** у порушеннях емоційного реагування виявились значні порушення тривоги та емоційної притупленості.

Високий рівень тривоги представлений у 15,8 % досліджуваних. Скарги на появу тривоги та її симптоми мають 26,3 % і не мають зовсім тривоги та їх проявів 36,8 % респондентів. Прояви тривоги полягали в тому, що її прояви присутні завжди і забарвлюють думки і почуття; постійно спостерігалось відчуття незрозумілої тривоги; а ще інколи виникало відчуття того, що все всередині «стиснулось в клубок».

Високий рівень емоційної притупленості продіагностовано у 5,3 % досліджуваних, 36,8 % мають її певні симптоми, і лише у 26,3 % респондентів немає порушень із емоційним реагуванням. Симптоматично це проявлялось у тому, що після пережитих подій опитувані не плачуть і не сумують так, як це зазвичай було. Інколи учасників АТО охоплював стан повної нечутливості, так, ніби нічого не сталось. Частина респондентів вказували на те, що їх часто починав охоплювати стан байдужості до оточуючих, коли нічого не хвилює і не цікавить.

До групи генералізованих емоційних реакцій належали такі емоції, як: почуття провини, гніву та сорому. Значних порушень у цій сфері не виявлено у 15 %, проте є певні скарги та симптоми, які спостерігались у 15 % опитуваних. Вони проявляються у тому, що досліджувані часто думають і згадують про те, що вони не зробили всього можливого для того, щоб уникнути розвитку пережитих подій.



Як видно із **рис. 2.8** у блоці «Порушення емоційного реагування» яскраво виражена тривога, відчуття того, що все всередині «стиснулось в клубок» та емоційна притупленість, яка проявляється у тому, що після пережитих подій опитувані не плачуть і не сумують так, як це зазвичай було, їх охоплює стан повної нечутливості, так, ніби нічого не сталося та стан байдужості до оточуючих, коли нічого не хвилює і не цікавить.

За блоком «Депресивні стани» яскраво виражених ознак депресії не було виявлено, проте наявні певні її ознаки, котрі спостерігаються у 36,8 % досліджуваних. Це проявляється у відсутності або слабо вираженому почутті задоволення від приємних і радісних подій, порівняно з тим, як це було раніше,

настрій характеризувався пригніченістю. Також були скарги на дратівливість та агресивність до своїх рідних та близьких.

Тобто, депресивний стан не виражений яскраво, проте наявні його прояви та симптоми, що виражались у відсутності або слабо вираженому почутті задоволення від приємних і радісних подій, настрої нестійкий, часто і надовго виникали пригнічений та буркотливий настрої, дратівливість та агресивність до своїх рідних та близьких.

За блоком «Зміни в поведінці та діяльності» було продіагностовано симптоми за трьома показниками: спроба піти від проблем, поглинання проблемою та проблема у виконанні службових чи домашніх обов'язків. Найвищий рівень змін спостерігався у проблемі виконання службових чи домашніх обов'язків – 67 %, дещо нижчий – у спробі піти від проблем – 22 % і найменший відсоток займає поглинання проблемою – 11 %.

Узагальнені дані представлені на **рис. 2.9**.

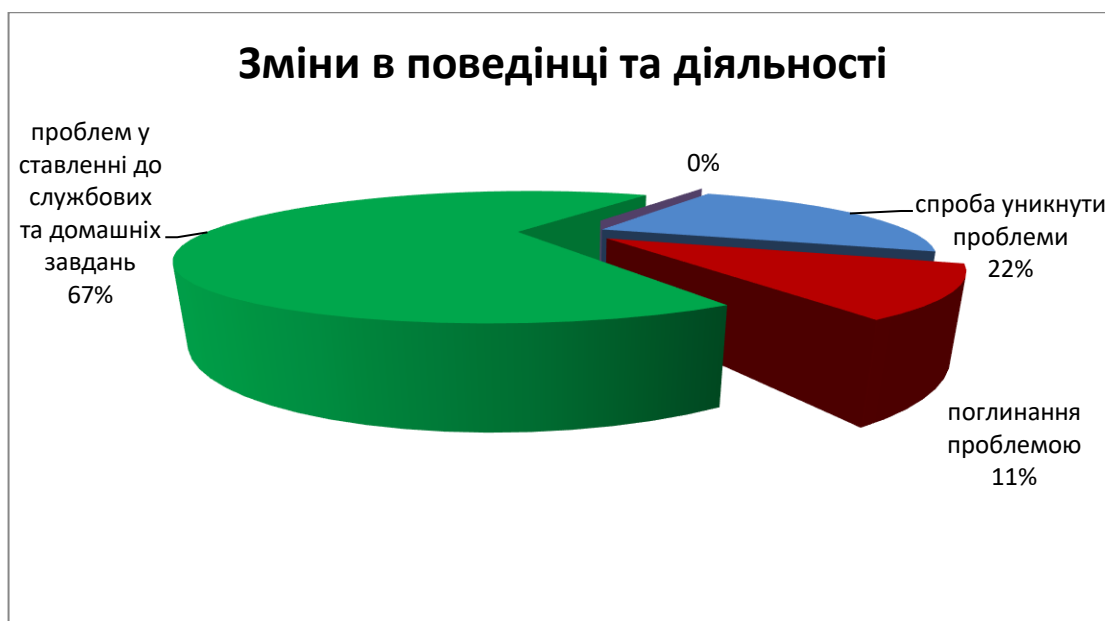


Рис. 2.9. Показники «Зміни в поведінці та діяльності»

Як видно із **рис. 2.9** у блоці «Зміни в поведінці та діяльності» яскраво виражені такі порушення, як спроба піти від проблеми, поглинання проблемою та проблема у виконанні службових та домашніх завдань.

Аналіз шкал дозволив зробити висновки, що спроба піти від проблем має найбільший показник за мінімальним рівнем (42,1 %), нижчий – за середнім

(36,8 %) і найнижчий – за максимальним (5,3 %). Це свідчить про те, що досліджуваним не цілком притаманне уникнення думок і ситуацій, які б нагадували про проблему, лише частина з них прагне інколи відволіктися від проблеми і втекти від них, не вирішуючи. Окремі досліджувані говорили про те, що часто робота є тим виходом із проблемної ситуації, де можна забутись і ні про що не думати.

Показник «поглинання проблемою» за максимальним показником спостерігався у 26,3 %, що за даною шкалою є найвищим. Це означає, що ці бійці часто страждають від думок, які змушують пригадувати стресові ситуації, а також від яких настає безсоння. Досліджувані час від часу, на підсвідомому рівні, пригадують найбільше травматичні для них події і починають аналізувати їх, самі того не бажаючи. Середні (10,5 %) і низькі (21 %) показники за даною шкалою свідчать про те, що у цих досліджуваних вищезгадані симптоми проявляються нечасто, або не проявляються взагалі.

І останній показник – проблема у виконанні службових чи домашніх обов'язків – найбільш гостро проявилась у 15,8 % досліджуваних. Ці дані засвідчують те, що багато досліджуваних скаржаться на труднощі і небажання виконувати обов'язки на роботі, вдома, які до цього часу не викликали проблем. Бійці зазначали те, що при виконанні поставлених для них завдань, вони відчували втому, важкість у тілі, тому часто уникали будь-якої роботи, навіть думок про неї. Слід зазначити, що 31,6 % бійців за цією шкалою отримали середні результати, які свідчать про вищесказані симптоми, але які проявляються час від часу. І мінімальні дані за даним показником, отримали 21 % бійців, які не скаржилися на проблему у виконанні службових чи домашніх обов'язків.

У блоці «Зміни у поведінці та діяльності» порушення та симптоми мають такі показники, як: спроба втекти від проблеми, що проявилась в уникненнях думок і ситуацій, які б нагадували про проблему, прагненні інколи відволіктися від проблеми і втекти від неї, не вирішуючи; поглинання проблемою, коли час від часу, на підсвідомому рівні, пригадуються найбільше травматичні події і починають мимовільно аналізуватись та проблема у виконанні службових і

домашніх обов'язків, коли багато досліджуваних скаржаться на складність і небажання виконувати обов'язки на роботі, вдома, які до цього часу не викликали труднощів.

Якісний аналіз результатів емпіричного дослідження включав у себе використання методів математичної статистики, зокрема кореляційний та факторний аналіз.

Кореляційний аналіз результатів за допомогою методик «Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» І. Котенев, методики «Опитувальник перитравматичної дисоціації» В. Агарков., Н. Тарабаріна та методики «Особистісний профіль кризи» А. Тарас, відображає особливості взаємозв'язку особистісних параметрів та показників загального стану досліджуваних, функціональних проблем, ускладнення в пізнавально-аналітичній діяльності, а також порушення емоційного реагування та зміни в поведінці і діяльності, що представлені у **Таблиці 2.1**.

Таблиця 2.1

Показники кореляційного аналізу результатів методик «Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків» І. Котенев, та методики «Опитувальник перитравматичної дисоціації» В. Агарков, Н. Тарабаріна В. медичних працівників

	Високий рівень вираженості	Середній рівень вираженості	Низький рівень вираженості	Відсутність ознак перитравматичної дисоціації
Надпильність	-0,16	0,14	0,24	-0,05
Перебільшене реагування	0,17	-0,18	0,13	0,52**
Притупленість емоцій	0,04	-0,07	0,06	0,09
Агресивність	-0,44*	-0,16	0,06	-0,08
Порушення пам'яті і концентрації уваги	-0,11	-0,14	-0,05	-0,22
Депресія	0,51**	0,07	-0,18	-0,31
Загальна тривожність	-0,01	0,18	-0,11	0,25

Напади люті	-0,01	0,03	-0,23	-0,01
Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами	0,35*	-0,24	-0,39	0,03
Непрохані спогади і галюцинаторні переживання	0,08	0,01	-0,16	0,04
Проблеми зі сном	-0,10	0,08	-0,13	-0,09
Провина вижившого	-0,10	-0,05	-0,04	-0,02
Оптимізм	-0,06	0,17	0,04	-0,23

Примітка: * - при $p=0,05$, ** - при $p=0,01$

Згідно з результатами кореляції відображених у **Таблиці 2.1**, у досліджуваних учасників бойових дій виявлено 4 статистично значущі кореляційні зв'язки:

За параметром «Агресивність» виявлено обернений статистично значущий кореляційний зв'язок з параметром «Високий рівень перитравматичної дисоціації» ($r = -0,44$, при $p=0,05$). Тобто, для досліджуваних із низьким проявом агресивності і стремління до домінування у досягненні мети, властивими є високий рівень прояву переживання психотравмуючих обставин через перитравматичні дисоціації. І навпаки, для досліджуваних із високим рівнем вираженості агресії та домінування у досягненні мети є низькі показники прояву переживань перитравматичної дисоціації. Тобто, досліджувані, які орієнтовані на високі цілі, виникає більше проблем, на шляху до їх досягнення, на відміну від досліджуваних, які орієнтовані на невисокі, та більш легші цілі.

Також показник «Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами» корелює із параметром «Високий рівень вираженості перитравматичної дисоціації». За цими параметрами виявлено позитивну кореляцію ($r=0,35$, при $p=0,05$), яка свідчить про те, що для досліджуваних із високим рівнем психологічної залежності до вживання медичних препаратів (не обов'язково

наркотичних), характерна для тих учасників бойових дій, у яких високий рівень вираженості перитравматичної дисоціації. Натомість, для досліджуваних учасників бойових дій із низьким рівнем аддикції емоційна дезорієнтація набуває вищого рівня вираження.

За параметром з яким корелює «високий рівень перитравматичної дисоціації» - «Депресія». Позитивна кореляція за цими параметрами ($r=0,51$, при $p=0,01$). свідчить про те, що для досліджуваних із високим рівнем перитравматичної дисоціації властивим є високий рівень прояву депресії, тобто наявність відчуття безвихідності із ситуації. Тобто, такі учасники бойових дій ставлячи для себе високі цілі, прагнуть досягти їх не зважають на обставини, які призупиняють, та стримують їх досягнення. Для досліджуваних з низьким рівнем досягнення властивий високий рівень прояву «депресій», що, можливо і стримує їхній процес формування цілей.

Ще один статистично значущий кореляційний зв'язок виявлений за параметром «Перебільшене реагування» та «Відсутність перитравматичної дисоціації» ($r=0,52$ при $p=0,01$). Цей зв'язок свідчить про те, що для досліджуваних із високим рівнем надмірного реагування на певні предмети, об'єкти, звуки, запахи і т. д. властивими є відсутність будь-яких ознак за «перитравматичною дисоціацією». І навпаки, для досліджуваних із низьким вираженням реагування на певні подразники високе вираження «перитравматичної дисоціації». Тобто, для досліджуваних із низькою ситуативною тривожністю властивими є вибіркоче емоційне реагування на зовнішні фактори, уникнення дії емоційних факторів.

Таким чином, основні психосоматичні порушення у екскомбатантів проявлялись на функціональному, емоційному та поведінковому рівнях, а також у пізнавально-аналітичній сфері; дозволила оцінити загальний показник суб'єктивного бачення фізіологічного стану бійців;

– досліджено, що серед всіх представлених блоків найвищі показники має група функціональних проблем, а найнижчі показники порушення емоційної сфери та загального стану. Найбільший відсоток порушень складають проблеми зі сном, основними симптомами якого були труднощі при засинанні,

переривчастий сон, періодичне безсоння та часті нічні кошмари, значними є порушення у роботі серцево-судинної системи і скарги на пришвидшене серцебиття та нестабільний серцевий ритм; є порушення вегетативної системи, що проявляються у надмірній пітливості, сухості в роті, спостерігались проблеми із тиском та пульсом, їх нестабільність; у пізнавальній сфері найбільше порушень уваги, з типовими скаргами на те, що складно зосередитись на будь-чому, неможливість сконцентруватись на виконанні службових обов'язків, загальна неуважність;

– основні порушення пам'яті вказували на те, що екскомбатанти стають забудькуватими і пропускають важливі дати чи події, важко запам'ятовують інформацію, яка раніше запам'ятовувалась легко, складно згадати ту інформацію, яку раніше завжди пам'ятали;

– проблеми зі сприйманням проявлялись у втраті можливості реально оцінювати події і сприймати їх чітко; коло сприймання звужене і обмежене лише проблемами, що стосуються екстремальних ситуацій, які відбувалися в зоні проведення бойових дій;

– екскомбатантів охоплює стан повної нечутливості, так, ніби нічого не сталося; часто починає охоплювати стан байдужості до оточуючих, коли нічого не хвилює і не цікавить; виявлено найвищий рівень змін у проблемі виконання службових чи домашніх обов'язків та у спробі піти від проблем;

– спроба піти від проблем проявляється у тому, що досліджуваним не цілком притаманне уникнення думок і ситуацій, які б нагадували про проблему; показник «проблема у виконанні службових чи домашніх обов'язків» засвідчує, що досліджувані скаржилися на складність і небажання у виконанні обов'язків на роботі, вдома, які до цього часу не викликали труднощів;

– екскомбатанти відчують втому, важкість у тілі, тому часто уникають будь-якої роботи, навіть думок про неї; «поглинання проблемою» вказує, що бійці часто страждають від думок, які змушують пригадувати стресові ситуації, а також від яких настає безсоння;

– досліджувані екскомбатанти час від часу на підсвідомому рівні пригадують найбільш травматичні для них події і починають аналізувати їх, самі того не бажаючи;

– екскомбатанти проявили загострену реакцію через посттравматичний стресовий розлад. Це проявляється у звуженні їх свідомості і уваги, дезорієнтованості та неможливості повністю усвідомити стресові фактори або гіперактивності; були притаманні і риси панічних розладів (тахікардія, надлишкове потовиділення, почервоніння), а також часткова амнезія.

Усі ці психологічні особливості переживання ПТСР екскомбатантами дають психотерапевтам, психоконсультантам та практичним психологам уявлення про те, на що звертати увагу у роботі із цією категорією осіб і допомагають підібрати ефективні способи консультування та терапії з метою подолання кризових станів, завданої психологічної травми та у формуванні і підтримці нових, більш ефективних патернів поведінки.

Наша психологічна допомога екскомбатантам та їх сім'ям засвідчила високу ефективність та доцільність її проведення з цілими родинами, оскільки дала змогу багатовекторно вивчити особливості адаптаційного періоду до звичних, у минулому, умов життя, міжособистісну та партнерську взаємодію, ставлення до зовнішнього світу та самого себе «іншого». Цінним також була можливість спілкування з військовими, які теж могли розповісти про особистісні відчуття та власні переживання.

Мета психологічної допомоги: надати необхідну психологічну допомогу самим екскомбатантам та їх сім'ям у подоланні наслідків психологічних травм, зняти психологічну напругу та сформуванню адаптивну поведінку і нове самоусвідомлення військовослужбовців та їх сім'ям, які забезпечать комфортний перехід до посттравматичного зростання.

Завдання психологічної допомоги: надати екскомбатантам та їх сім'ям базові знання, уміння і навички щодо: особливостей поведінки в екстремальних ситуаціях; основних чинників, що впливають на розвиток психологічного стресу; прикладних аспектів поведінки в екстремальних ситуаціях; сприяння

соціально-психологічній адаптації до складних умов та екстремальних ситуацій.

Цільовою групою є екскомбатанти, члени їх родин (коло близького оточення), які проживають чи проходять медико-психологічну реабілітацію у Волинському регіоні.

Форми реалізації надання психологічної допомоги: міні-лекції; презентації; індивідуальні та групові консультації; тренінги; майстер-класи; психотерапевтичні сесії.

Психологічна допомога складається з таких напрямків:

- робота з психічною травмою та її наслідками в учасників бойових дій (емоційні порушення та синдром посттравматичного стресового розладу);
 - корекція та терапія нав'язливих станів, розладів сну;
 - корекція та терапія психосоматичних розладів та сексуальних дисфункцій;
 - робота з сім'ями учасників бойових дій (батьками, шлюбними партнерами, дітьми);
 - робота з людьми, що зазнали втрати близьких;
 - робота з людьми, що перебувають у складних життєвих обставинах;
 - проблеми подружніх стосунків та сімейних дисгармоній;
 - труднощі спілкування з особами протилежної статі.

Психологічна допомога екскомбатантам надається у формі індивідуальних та групових консультацій та корекційних занять.

Основними принципами виконання завдань психологічної допомоги є конфіденційність та відповідальність на всіх рівнях.

Виконання завдань психологічної допомоги дасть змогу: максимально використовувати потенціал екскомбатантів та членів їх сімей в інтересах держави; поліпшити соціально-психологічну ситуацію серед екскомбатантів та їх сімей; отримати значній кількості екскомбатантів необхідну інформаційно-консультативну допомогу з питань соціально-психологічної адаптації поза межами військового середовища; сформувати навички поведінки в екстремальних ситуаціях та надати знання і вміння щодо подолання складних психологічних травм.

Узагальнюючи теоретичний аналіз та результати емпіричного дослідження, ми пропонуємо структуру та виділяємо психологічну складову програми «Медико-психологічна реабілітація екскомбатантів».

Психологічна складова програми включає в себе такі пункти:

1. Психоедукація.
2. Командобудування.
3. Психологічна діагностика.
4. Психологічне консультування.
5. Психотерапія та психокорекція.

Цільова група: екскомбатанти, які в різний час перебували в умовах бойових зіткнень, обстрілів, поранень, полону. Форми роботи: групова та індивідуальна.

Психологічні вправи підбирались з врахуванням індивідуальних особливостей кожного учасника, їх запитів та потреб.

Найбільш ефективними серед достатньої кількості психотерапевтичного інструментарію ми підібрали ті техніки, вправи, методики, які виділяли самі екскомбатанти, як такі, які допомагають та сприяють особистісному зростанню.

«Я і моє ім'я». Спочатку кожному з учасників пропонується назвати своє ім'я, а потім дати особистісну характеристику собі по кожній букві імені (наприклад: Яна – яскрава, надійна, активна). Для кращої демонстрації почати можна ведучому, а за ним будуть себе представляти всі інші учасники. Продовжити перше знайомство можна також наступною вправою.

«Перше враження». У кімнату входить незнайома групі людина, що має попередню домовленість з ведучим. Групі пропонується описати своє перше враження: вік, освіта, сфера діяльності, можливі захоплення, інтереси, комунікативні характеристики і т.д. Все фіксується на листі паперу в індивідуальному порядку. Обговорення: надається можливість перевірити свої припущення щодо незнайомця в бесіді з ним.

«Мовчазне привітання». Кожний учасник по черзі виходить у коло і мовчки вітається з усіма. Члени групи повторюють його привітання. Наступний

учасник має привітатися з групою способом, який не використовувався. Після виконання вправи можна запитати у групи: «Як себе відчуваєте?», «Чиє вітання вам особливо запам'яталося і чому?». Мета вправи – допомогти кожному учаснику абстрагуватися від проблем, зануритися у ситуацію «тут і тепер». Обговорення вітання, яке сподобалося, допомагає встановленню позитивного контакту при спілкуванні.

«Впізнай мене». Кожному третьому сидячому в колі зі спини прикріплюється картка. Потім ці члени по черзі виходять з кола, а усі інші повинні відобразити вказані на картці психічні стани та відчуття. А той, хто в колі, повинен відгадати цей стан. Зворотній зв'язок учасників.

«Шикуймося за зростом». Тренер розміщує учасників по колу і пропонує зажмурити очі. Не розкриваючи очей, учасники мають вишикуватися за зростом. Можна зробити кілька спроб.

«Спілкування у парі». Учасникам слід розділитися по парах, обираючи при цьому собі партнера із спілкування. З кожною наступною вправою партнери будуть змінюватися по команді ведучого. Ведучий пропонує ряд завдань.

«Спина до спини». Треба сісти на стільці спина до спини та спробувати поспілкуватися на будь-яку тему один з одним. Після завершення слід повернутися обличчям один до одного та поділитися своїми враженнями.

«Сидячи та стоячи». Один з партнерів стоїть, а другий сидить. Спробуйте поспілкуватися у такому положенні. Через певний час слід помінятися ролями, щоб кожен зміг дивитися один на другого зверху вниз та навпаки. Через певний час поділитися своїми враженнями від спілкування.

«Очі в очі». Дивлячись партнеру в очі, спробуй поспілкуватися самим лише поглядом. Через певний час обмінятися своїми враженнями.

«Вивчення обличчя». Треба помінятися партнерами, і розмовляючи з ним, сісти навпроти нього і уважно роздивитися обличчя одне одного; після цього обмінятися враженнями. Можна запропонувати торкнутися руками обличчя та волосся партнера по спілкуванню.

«Голосно-тихо». Пропонується одному з співрозмовників говорити голосно, а іншому – тихо, можна задавати різноманітні питання. Той, хто запитує, може робити це голосно, а той, хто відповідає, навпаки – дуже тихо. Потім слід помінятися ролями.

«Мовчазна відповідь». Одному з учасників пропонується задати питання, або щось запропонувати своєму партнерові, а той, у свою чергу, має мовчки дати відповідь чи згоду. Після обміну ролями, слідує обговорення.

«Спілкування з заплющеними очима». Одному з учасників пропонується закрити очі, і спробувати поспілкуватися зі своїм партнером. Після зміни ролей, поділитися враженнями.

«Життєві ситуації». Військовослужбовцям пропонується декілька ситуацій, які вони мали собі уявити та зареєструвати ті емоції, які в них виникають. Приклад ситуації: ви ідете в переповненому автобусі і відчуваєте, що з усіх сторін вас притискають інші люди. Які емоції у Вас виникають? Які фізіологічні процеси супроводжують ці емоції? Чи виражаєте ви ці емоції у висловлюваннях, адресованих людям, які стоять поряд з вами? Чи могли б ваші емоції відрізнитися, якби це були чоловіки (для дівчини) або жінки (для хлопців). У чому полягають відмінності у ваших емоціях? З чим це пов'язано?».

«Оцінка ставлення до здоров'я». Виконання методики «Оцінка ставлення до здоров'я» дозволяє визначити рівень розвитку внутрішньої позиції до власного здоров'я. Для вирішення завдання зміни рівня ставлення до власного здоров'я респонденти мали записати якомога більше тверджень, які б відображали конструктивні моменти ставлення до здоров'я. Після відведеного для запису часу, учасники зачитують свій список. Далі до кожного твердження має бути сформульована антитеза – приклад з життя, який би суперечив початковому твердженню. Після виконання вправи, психолог робить акцент на тому, які емоції були, коли вони писали перший та другий перелік тверджень тез, як вони змінювались протягом виконання вправ; що стало із власними переконаннями, які були у першому переліку.

«Організація «свого місця» в домі». Зміст вправи полягає в обговоренні учасниками вмінь організації так званого «свого місця» в реальному існуючому

середовищі, а також адекватної готовності до територіальних змін (переїзд, відрядження, відпустка тощо).

«Мій дім – моя фортеця». У цій вправі учасники тренінгу повинні запропонувати модель свого власного дому. У ході вправи потрібно вибудувати інтерпретаційну схему побудови власного дому як «фортеці». Чому фортеця? Чому немає таких відчуттів? Де моя кімната у домі? Чому немає кімнати? Та інші питання, які виникають під час обговорення.

«Несподівані гості протягом тижня» як логічне продовження попередньої вправи стосується опису та інтерпретації відчуттів учасників тренінгу щодо їх переживання раптового приїзду гостей у їх дім. Важливим при виконанні цієї вправи є грамотний аналіз неефективних способів просторової поведінки, які досить часто пов'язані із дитячими деприваційними тенденціями поведінки.

«Рейс літака відкладено». Учасникам потрібно пригадати чи були у їх житті ситуації, коли вони очікували рейс літака, що декілька раз переносився або вони запізнювалися на потяг. Які Ваші дії? Які переживання? У ході обговорення вправи ведучому потрібно резюмувати проведений аналіз вправи із дотриманням етичних норм та випередження можливих особистих образ та конфліктів.

Гра-шоу «Модний вирок». Ця гра-шоу проводиться на зразок добре відомої телевізійної передачі із ідентичної назвою. Передусім, учасники ознайомлюються з її правилами і умовами та приймають добровільне рішення в її участі. Решта учасників стають не просто спостерігачами, вони допомагають ведучому здійснювати контроль за дотриманням правил учасниками гри-шоу. Серед учасників розподіляються ролі «судді», «головного героя», «звинувачувача», «захисника», «експерта». Упродовж тренінгового заняття використовуються різноманітні інформаційні матеріали щодо розуміння індивідуальності людини через її одяг, звички харчування, відпочинку тощо; розкриває психологічні аспекти прояву стилю діяльності та спілкування; пояснює феномен «іміджу» людини та його зв'язок із соціально-психологічними факторами симпатії та антипатії у сприйнятті. У завершенні вправи проводиться груповий аналіз під керівництвом ведучого, адже у ході

гри-шоу можуть з'явитися різноманітні особисті ознаки деприваційної тривожності, які потребують подолання почуття власної невпевненості, пов'язаних із комплексом неповноцінності. Їх аналіз повинен поступово перейти у серію вправ, спрямованих на подолання ознак невпевненості. Як варіант можуть бути використані такі вправи.

«Мої шляхи до впевненості в собі». Ведучий пропонує намалювати ті страхи, які заважають особистості учасника бути впевненою у собі, вільною від тривожних думок про майбутнє, про те, як особистість виглядає в очах інших. Далі ведучий пропонує зробити з цим малюнком все що завгодно (зафарбувати малюнок, порвати лист тощо). Після проведеної роботи ведучим ставляться запитання: Які емоції були в учасників під час малювання? Якими засобами учасники зображали свій страх? Що вони зробили з малюнками і чому? Що ви відчуваєте зараз?

«Уяви». Учасникам пропонується закрити очі і уявити собі своє власне «Я». З яких базових елементів воно складається? Що це за утворення? Хто і в який період найбільше вплинув на їх формування? Чи подобається свій цілісний «Я-образ» в даний момент? Якщо ні, то що не подобається, які елементи і чи можна їх виправити? Якщо так, то необхідно спробувати подумки це зробити. Вправа дозволяє сконцентруватися на собі в даний момент. Пізнати себе як цілісну, сформовану особистість, що має певну структуру. Таким чином, всі окремі переживання, над якими працювали на попередніх заняттях, об'єднуються в цілісне переживання себе, свого цілісного життєвого досвіду та особистісної цілісності.

«Асоціації». Один з учасників тренінгу виходить з кімнати, а всі інші загадують одного з присутніх (крім того, хто за дверима); потім, коли повертається відсутній, він починає задавати різноманітні запитання всім учасникам групи, а вони повинні сказати найбільш точну асоціацію. Ведучий після того, як всі відповіли, підсумовує все сказане, а учасник, що був за дверима, має відгадати, кого саме загадали. Після закінчення проводиться обговорення вправи. Бажано, щоб у цій вправі взяли участь всі учасники тренінгу. Вона дозволяє краще пізнати самого себе і всіх присутніх, вказує на

те, що кожній людині притаманна та чи інша асоціація, але вона доволі часто не співпадає з асоціаціями інших людей.

«Мої позитивні якості». Учасникам пропонується написати на листочках три свої позитивні якості або риси характеру. На іншій стороні листків потрібно написати три негативні якості власної особистості. Потім кожен учасник зачитує вголос свої позитивні та негативні риси. Після озвучування негативних рис сусід зліва повинен сказати тому, хто зачитує «так, проте...» і виявити щось хороше у цих негативних характеристиках.

«Мої сильні якості». Учасникам пропонується написати на листочках три свої сильні якості або риси характеру. На іншій стороні листків потрібно написати три слабкі якості власної особистості. Потім кожен учасник зачитує вголос свої сильні та слабкі риси. Після озвучування слабких рис сусід зліва повинен сказати тому, хто зачитує «так, проте...» і виявити щось хороше у цих негативних характеристиках. У завершенні вправи варто провести аналіз результатів попередньої вправи, співставити їх та зробити висновки.

«Контакт» спрямоване на формування вміння відчувати іншу людину. Для виконання вправи потрібно учаснику обрати собі пару, з яким він є найменш знайомий. Потрібно взяти один одного за руки, подивитися в очі. Не потрібно нічого робити і говорити. Просто слухати і дивитися. Потрібно відчувати іншу людину, побачити в її очах те, що вона хоче сказати. Потім потрібно буде відтворити, те що відчули та спів ставити із реальними переживання партнера.

«Комендантська година». Учасникам зачитується текст про «комендантську годину». Об'єднавшись у пари, учасники виконують завдання; пояснення в парі своєму партнерові (партнерці) основні факти так, ніби він (вона) нічого попередньо про це не знав(ла). Другий співрозмовник ставитиме першому запитання для прояснення й уточнення отриманої інформації. Далі пари мали сформулювати кілька питань для загального обговорення, звернувши увагу на визначення протилежних позицій. Потім у великому колі відбувалось обговорення питань, запропонованих парами, і обране одне або кілька, з яких проходила дискусія (як варіант можливі питання: чи потрібна така постанова

в нашому місті; чи порушує вона права громадян; чи допоможе введення «комендантської години» у боротьбі зі злочинністю молоді тощо). Далі учасники у парах визначали, обговорювали та записували по три аргументи «за» і «проти» щодо визначеного групою питання.

«Демонстрації». Група сидить по колу, обирають одного з учасників, який буде показувати ту чи іншу ситуацію. Приблизний перелік ситуацій:

1. Спробувати відчутти себе надзвичайно самотнім.
2. Спробувати відчутти себе відомою особистістю в галузі психології.
3. Зобразити душевно хвору людину.
4. Продемонструвати задоволення від гарно зробленої роботи.
5. Показати людину з фізичними вадами.
6. Показати людину з гарним настроєм.
7. Показати втомлену та засмучену людину.
8. Зобразити ідеального психолога.
9. Потрібно так увійти в кімнату, щоб на вас всі звернули увагу.
10. Вас образили, і ви хочете, щоб всі це помітили.
11. Вас щось дуже турбує, і ви це демонструєте.

Після завершення вправи, варто провести обговорення та з'ясувати те, наскільки важливо та корисно вміти вживатися в інший образ.

«Зняття напруги в 12 точках». Інструкція: «Почніть з плавного обертання очима – двічі в одному напрямі, а потім двічі в іншому. Зафіксуйте свою увагу на віддаленому предметі, а потім перенесіть її на предмет, розташований поблизу. Спохмурнійте, напружуючи очні м'язи, а потім розслабтеся. Після цього займіться щелепою і широко позіхніть кілька разів. Підніміть плечі до рівня вух і поволі відпустіть. Розслабте зап'ястки і поведіть ними. Стисніть і розтискайте кулаки, розслаблюючи гона рук. Тепер звернетесь до торсу. Зробіть три глибокі зітхання. Потім м'яко прогніться в хребті вперед-назад і з одного боку в інший. Напружте і розслабте сідниці, а потім литки ніг. Покрутіть ступнями, щоб розслабити кісточки. Стисніть пальці ніг так, щоб ступні зігнулися вгору, повторіть три рази».

«Що я хочу змінити». Учасникам пропонується з'ясувати, хто які цілі ставить перед собою в житті в даний час. Кожен робитиме це без слів, і кожен зможе показати іншим, до чого він прагне. Учасники встають, утворюючи коло. Кожен по черзі виходить в центр і протягом однієї-двох хвилин показує форми поведінки, від яких він хотів би позбавитися. Після невеликої паузи учасник

повинен зобразити замінюючі їх варіанти поведінки. Той, хто вважає, що зрозумів дії цього учасника, приєднується до нього і демонструє такі ж способи поведінки. Таким чином іншим стане легше ототожнитися з ним і зрозуміти його.

«Простір життя». Учасники складають список найважливіших подій свого минулого, теперішнього і майбутнього, вказують їх реальні і можливі дати. Учасники розділяються по парах. Кожен розказує іншому про свій життєвий розклад. Після цього партнери переказують один одному почуте і можуть порадити, як зробити життя продуктивно і цікавіше. Далі учасники аналізують свої життєві цілі і причини тих або інших подій (записують в своєму життєвому розкладі). Продовжуючи роботу з життєвим простором, намагаються розібратися в тому, наскільки важливі в їх житті різні події і різні люди. Які з цих подій і персонажів можна б викреслити (5-6) і наявність яких обов'язково, оскільки відмовитися від них неможливо (5-6 подій і значущих людей). Після кожної події написати список властивостей, реальних або прогнозованих, які з'явилися або можуть з'явитися після значущих подій, поява яких пов'язана з іменами конкретних значущих людей. На завершення учасникам пропонується включити в простір життя значущі події, які відбулися до його народження (з ним, батьками, країною), і події, які можуть відбутися після завершення його фізичного життя і, проте, зв'язані особисто з ним, а також найзначущих людей, чий погляд і сам факт їх існування надав або робить величезний вплив на життєве самовизначення людини. Обговорення: Які можливості дає це завдання?

«Прогноз погоди». Учасники стають в коло і кладуть руки на плечі один одному. Інструкція: «Зараз ми будемо робити масаж один одному, але так, щоб було відчутне бажання зробити щось приємне, поділитись теплом і гарним настроєм». - На вулиці чудова погода, сонечко торкається вас ніжними, лагідними, теплими промінцями, і все навкруги радіє йому (учасники м'яко погладжують один одного); - але раптом сонечко закрила невеличка хмарка, і почав накрапати дощик (учасники постукують один одного кінчиками пальців); - пішов град (сильніше постукують кінчиками пальців), він супроводжується

блискавкою (ребром долоні труть по спині); - після граду почався тайфун (легенько стукають кулаками по спині); - тайфун супроводжується землетрусом (трясуть один одного за плечі); - потім усе заспокоїлось, з-за хмари з'явилося сонечко й почало зігрівати все навкруги ніжними, теплими промінцями (м'яко, лагідно погладжують один одного). Після завершення учасникам доцільно задати запитання типу: чи приємним видався масаж? Що б ви хотіли сказати тому, хто робив вам масаж? і т.п. Зворотній зв'язок учасників.

«Кіно». Тренер повідомляє, що про кожного учасника знятий кінофільм у той час, коли учасникові виповнилось 30 років, і зараз якимось дивом учасникові довелося подивитися це кіно. Завдання: намалювати кілька ключових кадрів цього фільму, щоб іншим стало ясно, який вигляд має учасник в цьому кіно, чим займається тощо. В ході обговорення тренер звертає увагу учасників на такі питання: чи задоволені вони цим фільмом; що там сподобалось більше за все; що найбільше не сподобалось. Якщо є незадоволення, що б хотілося змінити у цьому кіно, що потрібно для цього зробити зараз.

«Рівень щастя». Учасникам пропонується скласти список всього, за що вони можуть бути вдячні долі зараз, прослідкувати, щоб в цей список було включено все, що вимагає подяки: сонячне світло, заощадження в банку (навіть якщо сума не дуже велика), своє здоров'я, здоров'я членів їх сім'ї, житло, їжа, краса, любов, мир і т.д.

«Хочу, можу, повинен – і це Я». Кожен учасник отримує завдання обійти кімнату по периметру. На перший крок він повинен робити заяву – «Я хочу», на другій – «Я можу», на третій – «Я повинен», на четвертий – самохарактеристика. Далі продовжує в тому ж порядку, поки не обійде всю кімнату. Закінчивши, сідає на місце і спостерігає за іншим учасником. Вправа завершена, коли всі учасники обійдуть кімнату. Обговорення: обмін враженнями з приводу того, що відбулося.

«Усвідомлення свого Я-образу». Учасникам пропонується закрити очі і уявити собі своє власне «Я». З яких базових елементів воно складається? Що це за утворення? Хто і в який період найбільше вплинув на їх формування? Чи

подобається свій цілісний «Я-образ» в даний момент? Якщо ні, то що не подобається, які елементи і чи можна їх виправити? Якщо так, то необхідно спробувати подумки це зробити. Вправа дозволяє сконцентруватися на собі в даний момент. Пізнати себе як цілісну, сформовану особистість, що має певну структуру. Таким чином, всі окремі переживання, над якими працювали на попередніх заняттях, об'єднуються в цілісне переживання себе, свого цілісного життєвого досвіду та особистісної цілісності.

«Мудрець з храму». Психотерапевти часто використовують в медитативній техніці архетипічні образи стародавнього старця-мудреця, храму, полум'я свічки і тому подібні, оскільки вони дозволяють людині дістати доступ до ресурсів власної підсвідомості. У описуваній нижче психотехніці застосовуються всі перераховані архетипи.

«Уявіть себе, ніби ви стоїте на галявині в літньому лісі. Густа трава підіймається по коліна, і пелюстки квітів торкаються ваших ніг. Навколо дерева, їх листям шелестить теплий вітерець. Сонячне проміння створює химерну мозаїку світла і тіні. До вас доносяться пересвисти птахів, цвіркання коників, потріскування гілок. Вам приємний аромат трав і квітів. Кучеряві баранчики в синяві літнього неба провіщають відмінну погоду. Ви перетинаєте галявину і заглиблюєтеся в ліс. Під вашими ногами вузька стежина. Вона ледве помітна в траві. Видно, по ній нечасто ходять. Ви не поспішаючи йдете по лісу і несподівано бачите крізь крони дерев дах будівлі незвичайної архітектури. Ви прямуєте до цієї будівлі. Деревина відступають, і ви постаєте перед дивовижною будовою. Це храм. Він стоїть далеко від суєти міст і вуличної штовханини, від гонитви за примарним щастям. Цей храм – місце тиші і спокою, місце для роздумів і поглиблення в себе. Декілька широких сходин ведуть до важких дубових дверей. Сонячне проміння грає на позолоті візерунків, що прикрашають двері. Ви підіймаєтеся по сходинках і, узявшись за золоту ручку, відкриваєте двері. Вона піддається несподівано легко і безшумно. Усередині храму – напівтемрява і приємна прохолода. Всі звуки залишаються зовні. На стінах – старовинні розписи. Всюди полиці, на яких безліч книг, дивних фоліантів, сувоїв. Напроти дверей, через яку ви ввійшли, – великий дубовий

стіл, за яким сидить старець в білосніжному одязі. Його добрі і мудрі очі спрямовані на вас. Прямо перед ним в свічнику горить свічка. Підійдіть ближче до старця. Це мудрець, що знає всі сокровенні таємниці світу, події минулого і майбутнього. Ви можете запитати його про те, що вас хвилює, – і, можливо, ви почуєте відповідь, якої так довго шукали... Мудрець указує вам на свічку. Вдивіться в це живе полум'я, в його чарівну серцевину. Дивіться на нього... Усередині полум'я з'являється спочатку розмитий, а зараз все більш чіткий образ... Переведіть погляд на мудреця. Він тримає в руках календар. На листі календаря чітко виділяється дата – запам'ятаєте її... Час відвідин храму закінчується. Подякуйте мудрецю за те, що зустрівся з вами... Ви виходите з храму і прикриваєте за собою двері. Тут, зовні, як і раніше сонячний день. Ви спускаєтеся по східцях і знову виходите на лісову стежину, по якій повертаєтеся до галявини, де почалася ваша подорож. Ви зупиняєтеся, востаннє оглядаєте пейзаж навколо... і знову переноситеся сюди, в цю кімнату...».

«Підведення підсумків». Ведучий повідомляє, що спільна робота завершується і всі незабаром повернуться до свого повсякденного життя. Для кожного цей перехід – індивідуальний. З метою його полегшення та з метою допомогти підготуватися до вирішення повсякденних задач можна запропонувати знайти 10 важливих моментів за які варто висловити подяку. Ці моменти можуть стосуватися особистісних, професійних, соціальних характеристик та роботи у групі в цілому. Починати зачитувати власний перелік потрібно з фрази: «Я вдячний тому, що...». Таким чином учасники мають можливість по черзі висловити думки та враження щодо досягнутого в процесі тренінгових занять.

«Подарунки». Ведучий пропонує кожному учаснику по черзі зробити подарунки всім присутнім. Можна дарувати що завгодно, оскільки це уявні подарунки: матеріальні предмети, особистісні якості, символічні презенти тощо.

Висновок до 2-го розділу:

Отже, емпіричне дослідження психологічних особливостей стресових реакцій екскомбатантами дозволило нам зробити наступні висновки:

– під час дослідження ПТСР виявлено, що більшість екскомбатантів потребують додаткового медико-психологічного обстеження та супроводу; основними ознаками переживання ПТСР екскомбатантами є: порушення сну та прояви депресії, загальна тривожність, агресія, невмотивована пильність, зловживання алкогольними напоями та лікарськими препаратами, невимушені (непрошені) спогади, почуття провини, «вибухова» реакція, порушення пам'яті, концентрації уваги та притупленість емоцій;

– визначено такі переважаючі захисні механізми, коли більшість із числа екскомбатантів уникають будь-яких розмов про ті травмуючі події, які негативно вплинули на їх емоційний, психологічний та фізіологічний стан і вибирали такий захисний механізм як «уникання»; екскомбатанти не бажають «вторгнення» в їх емоційну сферу і самі емоційно не включаються в ситуації інших; у найменшій кількості учасників дослідження психологічна травма відобразилась на їх фізіологічному стані і, власне, в цих досліджуваних проявляється безсоння, надмірна пильність, виснажливість, втеча в алкогольну та інші залежності;

– у екскомбатантів наявна дисоціація, яка проявляється у: станах із відчуттями себе в іншому місці, в іншій обстановці; появі певних ілюзій: зорових і слухових, звуки, звичайні фрази сприймалися як загрозливі; відчуття втрати реальності, «випадіння з реальності»: дії стають автоматичними, неусвідомленими, такими, ніби вони на «автопілоті»; відчуття чужої травми, як своєї, перенесення болю; перекручування часу, повна відсутність орієнтації в часі; відчуття того, «що події, які відбуваються нереальні, ілюзорні, як у сні чи в кіно»; нездатність згадати найважливіші моменти, пов'язані із травмою, наявність часткової психогенної амнезії, яка стосується найважливішого елемента травми.

ВИСНОВКИ

1. Екстремальні ситуації та психотравмуючі події, складна соціальна ситуація яка склалася в Україні породжують стан тривоги та переживання у населення, не виключенням стали і екскомбатанти. Для подолання несприятливих наслідків стресової ситуації потрібна спрямована психологічна допомога. Відтак, вкрай важливо здійснювати наукові та прикладні пошуки нових (для вітчизняної системи психологічної роботи) методів психологічної допомоги та послуг для екскомбатантів.

2. За результатами проведеного емпіричного дослідження встановлено, що основними ознаками переживання стресу у екскомбатантів є порушення сну, прояви депресії, загальна тривожність, агресія, невмотивована пильність, зловживання спиртними напоями, невимушені спогади, почуття провини, вибухова реакція, порушення пам'яті, концентрації уваги, притупленість емоцій.

3. В процесі дослідження визначено, що основними захисними механізмами екскомбатантів є уникання, небажання включатися в ситуацію інших, втеча в алкогольну та іншу залежності.

4. У екскомбатантів наявна дисоціація яка проявляється у таких станах, як відчуття себе у іншому місці, у іншому оточенні, поява певних ілюзій (зорових, слухових). Їх охоплює стан повної нечутливості, так ніби нічого не сталося, стан байдужості до оточуючих, виявлено зміни у виконанні службових чи домашніх обов'язків коли вони намагаються втекти від проблем. Бійці відчувають втому важкість у тілі (тому втікають від роботи), їм притаманні риси панічних розладів а саме тахікардія, надлишкове потовиділення, почервоніння.

5. Усі ці психологічні особливості переживання екскомбатантів дали нам уявлення проте на що необхідно звертати увагу в психологічній роботі з цією категорією осіб, і допомогли підібрати ефективні способи психотерапії з метою подолання названих кризових станів та сприяння посттравматичному зростанню. Психотерапевтичні техніки підібралися з урахуванням індивідуальних особливостей кожного учасника, відповідно до їх запитів та потреб. Були підібрали ті техніки, вправи, методики серед достатньої кількості

психотерапевтичної інструментарію, які, як виділяли самі екскомбатанти, були найбільш ефективними і сприяли появі внутрішніх інсайтів та розвитку особистісного посттравматичного зростання. До таких психотерапевтичних технік відноситься техніка «Я і моє ім'я» - що сприяє розвитку самоусвідомлення; техніка «Перше враження» - яка сприяє розвитку можливостей сприймати інших, часто незнайомих людей; техніка «Мовчазне привітання» - мета якої допомогти кожному учаснику абстрагуватися від проблем, зануритися в ситуацію тут і тепер; техніка «Життєві ситуації» - з метою зафіксувати ті емоції, які переживає сам учасник і інші учасники; техніка «Мій дім-моя фортеця» - яка допомагає встановити власні межі і відчувати місце комфорту і захисту; техніка «Мої шляхи до впевненості в собі» - спрямована на розвиток віри в себе; техніка «Мої позитивні якості чи сильні якості» - спрямована на розвиток позитивного сприйняття власної особистості та багато інших технік, зазначених в науковій роботі, які обов'язково мали зворотній зв'язок і включали завдання розширити здатність справлятися з різними життєвими ситуаціями, перевести учасника бойових дій в активну позицію, навчити вмінню позитивно використовувати цю позицію особисто і розвинути бажання допомагати іншим.

6. Запропоновані нами психологічні вправи та техніки засвідчили високу практичну значимість та психотерапевтичну ефективність, особливо хочемо зазначити, замученість, зацікавленість у перерахованих вправах та техніках усіх учасників бойових дій та відмітити їх позитивні впливи на особистісне та міжособистісне функціонування, про яке вони неодноразово наголошували під час зворотнього зв'язку.

7. В перспективі подальші наукові пошуки будуть спрямовані на створення ефективної психореабілітаційної програми, якою зможуть користуватися практичні психологи, військові психологи та інші фахівці під час надання психологічної допомоги учасникам бойових дій та їх сім'ям.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балабанова Л. М., Байда М. С. Попередження хімічної залежності серед військовослужбовців Національної гвардії України. *Честь і закон*. 2021. № 2 (77)/ С. 25-34
2. Білосевич І.А. Особливості формування та прояву адиктивної поведінки у учасників бойових дій після перебування в зоні АТО/ООС. Сучасні світові тенденції розвитку науки та інформаційних технологій. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Одеса, 24–25 травня 2019 р.) / ГО «Інститут інноваційної освіти»; Науково-навчальний центр прикладної інформатики НАН України. Київ : ГО «Інститут інноваційної освіти», 2019. С. 150–154.
3. Бугайова Н.М. Психологічні закономірності розвитку адикцій в онтогенезі. *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2010. № 4. С. 48–57
4. Воронович Б. Узалежнення. Варшава: PARPA, 2020. 296 с.
5. Баєва І. А. Психологія безпеки: теоретичні основи надання практичної допомоги фахівця в царині екстремальній ситуації. *Журнал практичного психолога*. 2008. № 4. С. 8 – 26.
6. Битехтина Л. Д. Готовність до дій в екстремальних ситуаціях військових. *Практична психологія*. 2005. № 11. С. 41 – 47.
7. Вачков І. Тривожність, тривога, страх: розрізнення понять // Шкільний психолог / І. Вачков. – 2004. - № 8.
8. Гаврилов, О. О. Стан проблеми адекватної садації у хворих із психічними й поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин. *Медицина невідкладних станів*. 2019. № 2. С. 190-191.
9. Гаврищак Л. Психологія залежної поведінки: методичні рекомендації до семінарських занять. Дрогобич, 2018. 66 с.
10. Ганюшкин А. Д. Дослідження стану психічної готовності людини до діяльності у екстремальних умовах. Київ: Просвітництво, 2002. 126 с.
11. Гусак Н., Чернобровкіна В., Чернобровкін В., Максименко А., Богданов С., Бойко О.; за заг. ред. Н. Гусак. Психосоціальна підтримка в умовах

- надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс : навч.-метод. посіб. / ; Нац. ун-т «Києво-Могилянська академія». Київ : НаУКМА, 2017. – 92 с.) ;
12. Дослідження з етіології, профілактики та лікування хімічних залежностей: конспекти основних статей: посібник / Кол. авт.; За заг. ред. доцента О.О. Сердюка та В.В. Бурлаки. Харків : Діса плюс, 2015. 478 с.
 13. Дружбляк С. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу. Теорія контрольності та актуальні проблеми сучасної психології: матеріали наукових читань, присвячених 115-й річниці від дня народження Ярослава Івановича Цурковського. Львів, 2020. 186 с.
 14. Журавльов О. П. Психологічні чинники фізичного і психічного здоров'я. *Безпека Європи*. 2004. № 1. С. 44 – 62.
 15. Калошин В.Ф. Як протистояти надмірним почуттям, емоціям, жахливим думкам за допомогою методу раціонального мислення // Практична психологія та соціальна робота / В. Ф. Калошин, №5. – 2006. С.21-32.
 16. Козідубова В.М. Патопсихологічне вивчення емоційної сфери при реактивній депресії у підлітків / В. М. Козідубова. – Харків, АМЛ VI 1 2000
 17. Корчемний П. А. Військова психологія: методологія, теорія, практика. 2010. 267 с.
 18. Коширець В.В. Особливості надання психологічної допомоги особам з ПТСР. *Психологія: реальність і перспективи*. Вип. 8, 2017 Збірник наукових праць РДГУ С.128-133
 19. Кузікова С. Б. Психологічні особливості прояву стресу у медичних працівників з різним атрибутивним стилем. The 7th International scientific and practical conference «Dynamics of the development of world science» Perfect Publishing, Vancouver, Canada. 2020. P.578-584
 20. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. Актуальні проблеми психології. Київ, 2016. Т.2, Вип.3.
 21. Лазос Г. П. Резильєнтність: концептуалізація понять, ОГЛЯД сучасних досліджень. Актуальні проблеми психології. Київ, 2018. Т. 3: Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 14. С. 26–64.

- 22.Литвиненко Е. Теоретико-методологічні основи психологічної підготовки воїнів. Прикордонник України. 2001. № 3. С. 38 – 45.
- 23.Магдисюк Л. І., Мельник А. П. Психологія життєвих криз та кризове консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 100 с. (2,08 арк.)
- 24.Магдисюк Л. І., Мельник А. П. Психологія життєвих криз та кризове консультування: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 100 с.
- 25.Мазуркевич Є. Психологічні чинники на людину. *Основи безпеки життя*. 2005. № 11. С. 8 – 11.
- 26.Максимова Н.Ю. Психологія адиктивної поведінки. Київ. 2002. 383с.
- 27.Матейко Н.М. Адиктивність особистості у соціопсихічній та духовній парадигмі: порівняльний аналіз. Науковий вісник Миколаївського державного університету ім. В.О.Сухомлинського: збірник наукових праць/за ред. С. Д. Максименка, Н. О. Євдокимової. Миколаїв, 2013. Т.2. №11(99). С.198-201.
- 28.Мателега М.М. Психологічні особливості залежності як девіантної поведінки особистості. Психологічні науки:проблеми та здобутки. 2015. № 7. С. 146-160.
- 29.Мельник А. П., Дучимінська Т. І., Магдисюк Л. І. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики: навч.-метод. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2018. 163 с. (2,25 авт.арк.)
- 30.Мельник А. П., Магдисюк Л. І. Психологія вразливих груп: методичні рекомендації до курсу «Психологія вразливих груп». Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 24 с.
- 31.Мельник А. П., Магдисюк Л. І. Психологія екстремальних ситуацій: методичні рекомендації до курсу «Психологія екстремальних ситуацій». Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 20 с.
- 32.Мельник А. П., Магдисюк Л. І. Психологія роботи з групами ризику: методичні рекомендації до курсу «Психологія роботи з групами ризику». Луцьк: Вежа-Друк, 2020. 20 с.
- 33.Мельник А.П. Психологічна травма у дітей в дистантних сім'ях екскомбатантів»//Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні. с. 20-21 м.Луцьк 2021

34. Мельник А.П., Пивоваренко М.О. «Агресія, як реакція на психотравмуючу ситуацію у підлітковому віці». с. 115-118 м. Луцьк 2021.
35. Психологічна підготовка до військової діяльності [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://disted.edu.vn.ua/courses/learn/875>.
36. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: навч.-метод. посіб. / Т. І. Дучимінська та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 236 с. (2,0 авт. арк.)
37. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: на допомогу практичному психологу : навч.-метод. посіб. / А. П. Мельник та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 276 с. 2,3 авт. арк.
38. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: навч.-метод. посіб. / Т. І. Дучимінська та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2021. 236 с. (2,0 авт. арк.)
39. Пурло Е. Ю. Досвід застосування інтегративної психотерапії як засіб превенції суїциду / Е. Ю. Пурло // Практична психологія та соціальна робота, №5. – 2006.
40. Пшук Н. Г. Соматизовані депресивні стани в загальномедичній практиці / Н. Г. Пшук // Вісник кафедри психіатрії, загальної та медичної психології Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова. Вип. 5, 2003.
41. Савчин М. В., Василенко Н. П. Вікова психологія. Київ : Академвидав, 2005. 360 с.
42. Сковчиляс С. Психологічне забезпечення адаптаційного періоду військовослужбовців строкової служби. Львів : ЦПД. 2001. С. 150 – 172
43. Синицький В.Д. Депресивні стани / В. Д. Синицький // Патофізіологічна характеристика, клініка, лікування, профілактика /. Київ: Наук. Думка, 1986
44. Старков Д.Ю. Психотерапія адиктивного розщеплення особистості у залежних клієнтів. Актуальні питання психотерапії та психології: збірник матеріалів XXIV науково-практичної конференції з міжнародною участю (Чернівці, 29 червня – 1 липня 2018). Чернівці, 2018. С. 147-150.
45. Томчук М. І. Соціально-психологічні проблеми готовності учнів до служби в Збройних Силах України. Київ : 1996. 420с.

46. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Київ: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.
47. Тюріна В. О. Вплив військових конфліктів на психічне здоров’я людини: короткий огляд зарубіжних досліджень. Особистість, суспільство, війна : тези доп. учасників міжнар. психол. форуму (м. Харків, 15 квіт. 2022 р.) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ, Нац. поліція України та ін. Харків : ХНУВС, 2022. С. 116-121.
48. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів: на допомогу практичному психологу : навч.-метод. посіб. / А. П. Мельник та ін. Луцьк: Вежа-Друк, 2022. 276 с. 2,3 авт. арк.
49. Чулков О.М. Типові види залежної поведінки. Клініка, діагностика, лікування: навчально-методичний посібник до курсу за вибором «Основи адиктології», «Педіатрія». Запоріжжя. 2017. 10 с.
50. Шапар В. Б. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків: Прапор, 2007. 640 с.
51. Шевченко О. Т. Особливості резильєнтності майбутніх медичних сестер у роботі з важкими соматичними хворими: ціннісно-мотиваційний аспект. Актуальні проблеми психології. Київ, 2019. Том VI: Психологія обдарованості. Вип. 16. С. 392–401.
52. Шевченко О. Т. Психологічні особливості розвитку резильєнтності майбутніх медичних сестер у роботі з важкими соматичними хворими: дисертація. Київ-2020
53. Шевченко О. Т. Психологічні передумови розвитку резильєнтності у медичних сестер. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. Київ, 2018. Вип. 1. С. 297–313.
54. Шклярська О. Психологічна пружність – запорука виживання під час війни [Електронний ресурс] / Оксана Шклярська. – Режим доступу: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/23> – Назва з екрана.
55. Шелянюк І.Я. Короткий, індекс самоактуалізації та шкала ясності Я-копцепції / І. Я. Шелянюк // Практична психологія та соціальна робота. – 2002.

- 56.Хамініч О.М. Резильєнтність: життєстійкість, життєздатність або резильєнтність? / О.М. Хамініч // Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія “Психологічні науки”. – Вип. 6, Т. 2, 2016. – С. 160- 165
- 57.Хамініч О. М. Апробація Community Resilience Model у роботі зі сприяння психологічній стійкості молоді з розлучених сімей / Актуальні проблеми психології. – Т.1, вип. № 46. – С. 128-134
- 58.Хархан О.М. Психологічні особливості віктимної поведінки підлітків / О. М. Хархан. // Наука і освіта. – 2004.
- 59.Ягупов В. В. Військова психологія. Київ : Тандем, 2004. 656 с.
- 60.Ягупов В. В. Морально-психологічне забезпечення. Київ : Тандем, 2002. 580 с.
- 61.Atkinson P. A., Martin C. R., Rankin J. Resilience revisited. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 2009. Vol. 16(2). P. 137-145.
https://www.researchgate.net/publication/24196439_Resilience_Revisited
- 62.Arzouman J. Got Resilience? MEDIKAL Nurses. November-December 2015. Vol.24/No.6
https://www.researchgate.net/publication/322164119_Newly_Graduated_Registered_Nurses_and_Medical-Surgical_Nursing_Units_A_Literature_Review
- 63.Cambridge Dictionary [Електронний ресурс] – Режим доступу доресурсу:
<https://dictionary.cambridge.org/dictionary/english/resilience>
- 64.Editorial G. Coping with the professional identity crisis: Is building resilience the answer? International Journal of Nursing Studies. 2008. Vol. 45(7). P. 975-978.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18255070/>
- 65.Enhancing the resilience of nurses and midwives: pilot of a mindfulness-based program for increased health, sense of coherence and decreased depression, anxiety and stress / M. Foureur et al. Contemp Nurse. 2013. Vol. 45(1). P. 114-125.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24099232/>

ДОДАТКИ

Додаток А

ОПИТУВАЛЬНИК ТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСУ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ

Інструкція. Уважно читаючи кожне твердження, виберіть той варіант відповіді, який найбільше відповідає вашому стану або думці. Оцініть кожне твердження за таким принципом: 5 – абсолютно правильно; 4 – швидше правильно; 3 – частково правильно, частково неправильно; 2 – швидше неправильно; 1 – абсолютно неправильно.

Текст опитувальника

1. Вранці я прокидаюся свіжим і відпочилим.
2. Я добре координую свої рухи.
3. Я відчуваю втомленість.
4. Мені потрібне зусилля, щоб вникнути в те, про що говорять оточуючі.
5. Несподівано у мене виникає сильне серцебиття.
6. Я споживаю їжу машинально, не відчуваючи при цьому задоволення.
7. Світ, що оточує мене, здається нереальним.
8. Я здригаюся від раптового шуму.
9. Я настільки чітко пригадую окремі події, що при цьому як би знову переживаю їх.
10. Я абсолютно здоровий фізично.
11. Мені приносить задоволення бути серед інших людей.
12. Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.
13. Мене не можна дорікати в неуважності.
14. Я часто бачу один і той же жахливий сон.
15. Безперечно, я винен перед людьми.
16. Дрібні дурниці дратують мене.
17. Я намагаюся не дивитися телевізор, якщо показують хроніку драматичних подій.
18. Мені подобається моя робота.

19. Я пережив серйозну втрату.
20. Я добре висипаюся ночами.
21. Я ніколи не бачу страшних снів.
22. Іноді мені хочеться напитися.
23. Мої близькі сильно хвилюються через мою роботу.
24. У мене буває відчуття, що час тече неначе би уповільнено.
25. Іноді я звертаюся до лікаря тільки тому, що хочу трохи відпочити.
26. Багато речей втратили для мене інтерес.
27. Без жодного приводу я можу вибухнути бурхливими емоціями.
28. Мені слід було б дотримуватися дієти.
29. Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.
30. Буває, що я забуваю речі.
31. Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.
32. Мені необхідно краще контролювати емоції.
33. Минулі події іноді згадуються яскравіше ніж ті, які відбуваються зараз.
34. Мені іноді здається, що світ навколо мене втрачає фарби.
35. Я прокидаюся від раптового страху.
36. Мені вартує великих зусиль працювати в колишньому ритмі.
37. Іноді я відчуваю озноб.
38. Мені хочеться допомагати людям, що потрапили у біду.
39. Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечними обставинами.
40. Я почуваю себе впевненіше, ніж багато з моїх однолітків.
41. Я засинаю важко.
42. Я переживаю почуття самотності.
43. Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім нещодавно.
44. Я відчуваю, що стаю іншою людиною.
45. Мене іноді тішать самі дрібні речі.
46. Я відчуваю прилив сил.
47. Вранці мені важко прокидатися.
48. Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати.

49. Я переживаю почуття сорому.
50. Зазвичай я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.
51. Мій сон настільки міцний, що гучні звуки або яскраве світло не можуть мені завадити.
52. Мені говорять, що я скрикую уві сні.
53. Я часто думаю про майбутнє.
54. Іноді я гніваюся.
55. Я боюся, що можу натворити щось усупереч своїм намірам.
56. Буває, що я забуваю те, що хотів сказати або зробити.
57. Останнім часом мій настрій погіршився.
58. Мені немає на кого покластися.
59. Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.
60. Безперечно, я люблю ризикувати.
61. Мені подобається «чорний гумор».
62. Я у всьому покладаюся на самого себе.
63. Я постійно відчуваю потребу щось жувати, навіть не відчуваючи голоду.
64. Іноді мені здається, що я заплутався в житті.
65. Мені здається, що я не зумів зробити того, що від мене вимагалось.
66. Я відчуваю інтерес і смак до життя.
67. Мені весело і легко в компанії людей.
68. Я багато і плідно працюю.
69. Часто я забуваю, куди поклав ту або іншу річ.
70. Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.
71. Я ніколи не відчував страху.
72. Мені було б корисно побути насамоті.
73. Виконуючи певну справу, я часто думаю зовсім про інше.
74. Моє життя різноманітне і насичене подіями.
75. Я ніколи не здійснював вчинків, за які мені було б соромно.
76. Чужі труднощі мало кого хвилюють.

77. Я відчуваю себе набагато старшим за свої роки.
78. Мені здається, що мене чекає щасливе майбутнє.
79. У житті мені довелося випробувати таке, про що краще не згадувати.
80. Я гостро сприймаю чужий біль.
81. Мені здається, я втратив здатність радіти життю.
82. Мене турбують головні болі.
83. Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону.
84. Я не проти заробити зайвого.
85. Сторонні звуки відволікають мене.
86. Я намагаюся не вступати у бійку, якщо справа мене не стосується.
87. Я вірю в торжество справедливості.
88. Моє серце працює як завжди.
89. Іноді я приймаю пігулки.
90. Є речі, які я не можу собі пробачити.
91. Безперечно, мені треба час, щоб прийти в себе.
92. Алкоголь добре знімає будь-який стрес.
93. Я не схильний скаржитися на здоров'я.
94. Мені хочеться все крушити на своєму шляху.
95. Більшість людей заклопотана лише власним благополуччям.
96. Мені нелегко стримувати свій гнів.
97. Я вважаю, що правий той, хто сильніший.
98. У мене ніколи не було неприємності.
99. Мені слід було б навчитися уникати конфліктів.
100. Я придбав в житті хороших друзів.
101. Мене вважають урівноваженою людиною.
102. Нервову напругу добре знімає сауна.
103. Я відчуваю розгубленість.
104. Часто мені здається, що мене підстерігає небезпека.
105. Я працюю, не відчуваючи втоми.
106. Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.
107. Мені важко зосередитися одночасно на декількох справах.

108. Часто я здійснюю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук або рух.

109. Я почуваю себе цілком упевненим в собі.

110. Мені є за що дякувати долі.

Обробка результатів

1. Надпильність: 2, 32, 46, 58, 62, 70, 98, 105, 106, 109. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

2. Перебільшене реагування: 8, 12, 39, 102, 104, 108. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

3. Притупленість емоцій: 3, 4, 6, 7, 13, 24, 26, 34, 45, 64, 66, 74, 81. Підсумуйте значення (питання: 3, 4, 6, 7, 24, 26, 34, 64, 81) і відніміть значення з питань (13, 45, 66, 74), що залишилися, отриману величину розділіть на 9.

4. Агресивність: 60, 83, 84, 87, 94, 96, 97, 99. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

5. Порушення пам'яті і концентрації уваги: 30, 36, 43, 56, 69, 73, 85, 91, 107. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

6. Депресія: 19, 26, 34, 42, 48, 57, 64, 81, 91, 82, 72. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

7. Загальна тривожність: 5, 16, 31, 37, 55, 59, 76, 103. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

8. Напади люті: 54, 84, 86, 88, 96, 101. Підсумуйте значення (питання: 54, 84, 96) і відніміть значення з питань (86, 88, 101), що залишилися, отриману величину розділіть на 3.

9. Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами: 22, 25, 50, 63, 89, 92, 102. Підсумуйте значення (питання: 22, 25, 63, 89, 92) і відніміть значення з питань (50, 102), що залишилися, отриману величину розділіть на 3.

10. Непрошені спогади і галюцинаторні переживання: 7, 9, 17, 19, 29, 33, 48, 71, 79. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

11. Проблеми зі сном (труднощі із засинанням і переривчастий сон): 1, 14, 20, 21, 35, 41, 47, 51, 52. Підсумуйте значення (питання: 14, 35, 41, 47, 52)

і відніміть значення з питань (1, 20, 21, 51), що залишилися, отриману величину розділіть на 4.

12. «Провина того, хто вижив»: 15, 38, 49, 65, 80, 90. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

13. Оптимізм. Ця шкала відповідає наступним питанням: 10, 11, 18, 40, 44, 53, 67, 68, 75, 77, 78, 93, 100, 110. Підрахуйте середнє арифметичне значення.

ОПИТУВАЛЬНИК ПЕРИТРАВМАТИЧНОЇ ДИСОЦІАЦІЇ (ОПД)

Опитувальник виявляє ступінь виразності прояву дисоціативних станів (переживань), які клієнт відчував у претравматичний період свого життя.

Опитувальник перитравматичної дисоціації містить 9 питань, що стосуються проблем частоти та ступеня дисоціативних переживань (ситуацій), які клієнт відчував у претравматичний період свого життя.

Випробуванням пропонується відповісти на ці 9 питань та з максимальною точністю охарактеризувати свої відчуття та переживання, які випробовувалися ними в екстраординарних подіях.

Відповіді на запитання даються у форматі п'ятибальної шкали Лікерта та позначені таким чином: 1 – абсолютно неправильно; 2 - іноді правильно; 3 – певною мірою правильно; 4 - правильно; 5 - абсолютно правильно.

Під час обробки результатів – бали з 9 питань підсумовуються, потім сума оцінюється за рівнем виразності дисоціативних переживань та станів. Ступені виразності дисоціативних станів представлені таким чином: 0-15 балів – низький бал виразності;

16-35 балів – середній бал виразності;

36-45 балів – високий бал виразності

БЛАНК ОПИТУВАЛЬНИКА

Інструкція: Згадайте, будь ласка, з максимальною точністю, як ви почували себе і що відчували в той час, коли відбувалося найважче з пережитих вами екстраординарних подій.

Нижче наведено питання про те, як ви почували себе саме в той час. Обведіть кружком варіант відповіді, який відповідає тому, наскільки вірно опис, наведений у питанні, відображає те, що ви відчували на момент події.

1- зовсім невірно; 2 - іноді правильно; 3 - певною мірою правильно; 4 - правильно; 5 - цілком правильно.

1. Были ли такие моменты во время события, когда вы переставали понимать, что происходит? Было ли у вас ощущение потери чувства реальности, «выпадения из реальности»? Были ли другие состояния, когда вы переставали ощущать себя частью происходящего?	1	2	3	4	5
2. Было ли так, что вы действовали автоматически («на автопилоте»)? Так, сделав что-то, вы позже осознавали, что это сделано вами, но никаких активных намерений совершить это действие тогда у вас не было?	1	2	3	4	5
3. Изменялось ли у вас чувство времени? Казалось ли вам, что события необычайно ускорялись или замедлялись?	1	2	3	4	5
4. Казалось ли вам все происходящее нереальным, как будто вы были во сне или смотрели кино или какое-то представление?	1	2	3	4	5

<p>5. Ощущали ли вы себя посторонним наблюдателем происходящего с вами лично? Было ли у вас ощущение, что вы как бы лежите над местом события или наблюдаете все со стороны?</p>	1	2	3	4	5
<p>6. Было ли так, что ваше ощущение собственного тела как бы искажалось или изменялось — вы чувствовали себя необычно маленьким или большим? Ощущали ли вы, что не связаны со своим телом?</p>	1	2	3	4	5
<p>7. Казалось ли вам, что нечто происходящее на ваших глазах с кем-то другим происходит непосредственно с вами? Например, если вы видели, как кого-то травмировало, чувствовали ли вы, что травмировало именно вас, даже если на самом деле этого не произошло?</p>	1	2	3	4	5
<p>8. Было ли так, что после того, как все кончилось, вы были удивлены, обнаружив, что в вашем присутствии произошло много событий, о которых вы ничего не знаете (особенно таких, которые вы [обычно обязательно замечаете])</p>	1	2	3	4	5
<p>9. Если вы были травмированы во время события, заметили ли вы, что в момент травмы ощутили удивительно слабую боль или не ощутили боли совсем (Если вы не были травмированы, поставьте отметку здесь _____)</p>	1	2	3	4	5

ОСОБИСТІСНИЙ ПРОФІЛЬ КРИЗИ

(ТАРАС, 2003)

Пропонований опитувальник дозволяє визначити особистісний профіль кризи, яка переживається. Його теоретичною основою є положення про комплексний характер переживання кризи, що зачіпає різні фізіологічні і психологічні аспекти.

Інструкція. Прочитайте приведені нижче твердження й відмітьте номери тих з них, які відповідають вашому нинішньому стану. Якщо твердження лише частково вірно, то підкресліть ту його частину, яка відповідає вашим реакціям. Хочемо нагадати, що в приведеному списку немає поганих або хороших проявів і реакцій. Усі вони є лише неминучим наслідком переживання кризи.

Текст опитувальника.

1. Я страждаю від головних болей, погіршення здоров'я або почуваю себе погано.
2. Я став розсіяним.
3. Мене не покидає почуття тривоги, яке підсилює мої судження і почуття.
4. Іноді у мене виникають думки, що немає сенсу жити як раніше.
5. Я уникаю думати або говорити про свою невдачу (нещастя).
6. Іноді моє серце б'ється прискорено.
7. Мені здається, що я втратив здатність реально оцінювати події і чітко їх сприймати.
8. Я сердитий на весь світ за те, що це сталося зі мною.
9. Я відчуваю фізичну втому, апатію, млявість почуттів.
10. Думки про те, що сталося, безупинно крутяться у мене в голові, і я не можу зупинити їх.
11. Іноді я не можу нормально дихати.
12. Іноді мені важко чітко формулювати свої думки.
13. Після того, що сталося, я не плачу і не тужу так, як це зазвичай повинно бути.

14. Усі ті, що оточували мене, здаються мені чужими, холодними і безнадійними.
15. Я зовсім не можу працювати як раніше, у мене все валиться з рук.
16. Закріпи (пронеси) мене турбують частіше, ніж зазвичай.
17. Я став забудькуватим і пропускаю деякі обов'язкові заходи.
18. Іноді я плачу або близький до цього.
19. Я не отримую задоволення від приємних і радісних подій, так як раніше.
20. Мені хочеться забути і бігти світ за очі.
21. У мене є труднощі із засинанням.
22. Мені дуже важко зосередитися на чому-небудь.
23. Майже увесь час я відчуваю незрозумілу тривогу.
24. Іноді я ненавиджу себе.
25. Іноді думки про те, що сталося, позбавляють мене сну.
26. Мій пульс прискорений (уповільнений), кров'яний тиск підвищений (знижений).
27. Моє сприйняття оточуючого звужене і обмежене моєю проблемою і всім, що її стосується.
28. Мені соромно за себе і за все, що зі мною сталося.
29. Часом все здається мені безглуздом.
30. Я не в змозі виконувати свої професійні і домашні обов'язки як раніше.
31. У мене нестійкий серцевий ритм (уповільнений, прискорений).
32. Мені здається що мої рішення, прийняті нині, непродумані, скороспішні і навіть імпульсивні.
33. Іноді мене охоплює стан повної нечутливості, начебто нічого не сталося.
34. Моє «Я» так змінилося, що іноді я не впізнаю сам себе.
35. Я став приділяти значно більше часу роботі (службі), і в цьому знаходжу вихід з ситуації, що сталася.
36. У мене часто буває сухість в роті.
37. Мені складно запам'ятати інформацію, яку раніше я запам'ятовував без

особливої напруги.

38. Частенько у мене виникає бажання розповісти про свої душевні переживання навіть малознайомим людям.

39. Подавлений, пригнічений настрій у мене триває довго.

40. Час від часу у мене мимоволі (у вигляді своєрідного спалаху) пожвавлюються найбільш травматичні спогади про те, що сталося.

41. Часто у мене виникає суб'єктивне відчуття нестачі повітря і навіть відчуття зупинки дихання.

42. Я не можу належним чином зосередитися під час виконання своїх службових обов'язків.

43. Іноді у мене виникає відчуття, що усе всередині стислось в клубок.

44. У мене загострилося критичне ставлення до себе і своїх вчинків.

45. Я втомлююся навіть від виконання своїх звичайних обов'язків.

46. У мене знизився апетит, іноді з'являється нудота.

47. Іноді мені здається, що все, що діється – нереально.

48. З кожним днем мені все частіше спадає думка про те, що я не зробив все можливе для того, щоб уникнути такого розвитку подій.

49. Мій настрій став вкрай нестійким.

50. Я став випивати більше, ніж потрібно.

51. У мене з'явилась надмірна пітливість.

52. Коли до мене звертаються, я частенько відповідаю із затримкою.

53. Мене охопив стан байдужості до оточення, ніщо не хвилює, не турбує, не цікавить.

54. Я нікого не хочу бачити і намагаюся бути насамоті.

55. Велику частину часу я продовжую розмірковувати про те що сталося, хоча це і важко.

56. Мій сон став неспокійним, й іноді уривається кошмарами.

57. Я став помічати, що частенько не можу згадати інформацію, яку завжди пам'ятав.

58. Я настільки занурений в свої почуття, що через це стає тільки гірше.

59. У мене часто буває насуплений настрій, я став дратівливим, похмурим,

агресивним стосовно до рідних і близьких.

60. Я намагаюся уникати труднощів як в думках, так і в діях.

Обробка результатів: кожна ствердна відповідь оцінюється в один бал. Підрахуйте бали відповідно до ключа, потім суму помножте на множник (якщо він є), що відповідає даній шкалі.

1. Загальний стан: (1).

2. Функціональні проблеми:

- а) порушення функціонування вегетативної системи (26; 36; 51x4);
- б) порушення серцевої діяльності (6; 31x6);
- в) порушення дихання (11; 41x6);
- г) порушення функціонування шлунково-кишкового тракту (16; 46x6);
- д) проблеми зі сном (21; 56x6);

3. Ускладнення в пізнавально-аналітичній діяльності:

- а) ускладнення функціонування уваги (2; 22; 42x4);
- б) ускладнення функціонування сприйняття (7; 27; 47x4);
- в) ускладнення функціонування мислення (12; 32; 52x4);
- г) ускладнення функціонування пам'яті (17; 37; 57x4);

4. Порушення емоційного реагування

- а) тривога (3; 23; 43x4);
- б) генералізовані емоційні реакції (гнів, сором, провина) (8; 28; 48x4);
- в) емоційна притупленість (13; 33; 53x4);
- е) легкодухість, підвищена емоційність (18; 38; 58x4);

5. Депресивний настрій (4; 9; 14; 19; 24; 29; 34; 39; 44; 49; 54; 59);

6. Зміни в поведінці і діяльності:

- а) спроби уникнути проблеми (5; 20; 35; 50x3);
- б) занурення в проблему (10; 25; 40; 55x3);
- в) проблеми з виконанням службових і домашніх обов'язків (15; 30; 45; 60x3);

Визначення індивідуального профілю переживання кризи робиться за таблицею ключів, де відбиваються набрані бали за 17 позиціями.