

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра практичної психології та психодіагностики

На правах рукопису

ЛИТВИНЮК СВІТЛАНА АНАТОЛІЇВНА

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА ЕТАПІ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Спеціальність: 053 Практична психологія

Освітньо-професійна програма «Практична психологія
(психологічне консультування та психотерапія)»

Робота на здобуття освітнього ступеня Магістр»

Науковий керівник:

КОШИРЕЦЬ ВІКТОР ВАСИЛЬОВИЧ,

кандидат психологічних наук,

доцент кафедри практичної психології

та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № _____

засідання кафедри практичної психології та психодіагностики

від _____ 2025 р.

Завідувач кафедри

Магдисюк Л.І. _____

ЛУЦЬК – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП		
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ		
1.1	Рання реабілітація: психологічне обґрунтування необхідності ранньої реабілітації	
1.2	Детермінанти впливу на психологічний стан військовослужбовців	
1.3	Психологічний супровід військовослужбовців як чинник запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу	
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РАННЬОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ		
2.2	Контингент та методи дослідження	
2.3	Аналіз та інтерпретація отриманих результатів	
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА ЕТАПІ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ		
3.1	Обґрунтування програми психологічного супроводу на етапі ранньої реабілітації	
3.2	Рекомендований контент роботи з військовослужбовцями	
ВИСНОВКИ		
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ		

ВСТУП

Актуальність дослідження. На теренах України триває війна. За весь час, починаючи з 2014 року, вона зазнавала гібридних змін стратегічно, тактично, технічно, але останні бойові дії вже охопили велику територію нашої країни. Сучасні технічні засоби та методика ведення сутичок призводять до зростання складних травм, їхньої тяжкості і, як наслідок, до перевантаження та гострої нестачі фахівців, які мають практику роботи з військовими психотравмами.

Реабілітація постраждалих можливе лише в закладах, що спеціалізуються на наданні фахової допомоги. Наші захисники зазнають комплексних уражень, які включають як фізичні, так і морально-психологічні аспекти. Динаміка бойових дій, контузії, страх за власне життя, а також смерть або травмування, спричиняють гостру реакцію на стрес. Реакція на стрес є індивідуальною та варіюється залежно від ряду чинників, таких як характер травматичної події, психологічна готовність особи до подібних ситуацій, а також особистісні особливості індивіда. У зв'язку з цим концепція «відновлення» базується на діяльності мультидисциплінарних команд, до складу яких входять фахівці з різних галузей. Ці команди сприяють підтримці та прискоренню процесу відновлення військовослужбовців, допомагаючи їм швидше адаптуватися до нових умов.

Особистість має потенціал радикально покращити своє існування шляхом культивування оптимізму та відкидання деструктивних елементів. Фахівець у галузі практичної психології, до якого можна звернутися за допомогою, здатний надати орієнтири для самовдосконалення, а також запропонувати конкретні рекомендації, зокрема щодо ефективної інтеграції в суспільство та забезпечення ментального благополуччя.

Рання реабілітація є критично важливою для профілактики фізичних, психологічних і соціальних ускладнень, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) чи зниження рівня адиктивної поведінки. Психологічна

допомога відіграє одну з ключових ролей у процесі реабілітації. Кожен військовослужбовець проходить певний період адаптації, який у деяких випадках відбувається відносно швидко, тоді як в інших ситуаціях стресова реакція може перейти в стресовий розлад, що характеризується рядом симптомів: 1) інтрузивні; 2) дисоціативні; 3) негативний настрій; 4) симптоми, пов'язані з уникненням; 5) симптоми підвищеної збудливості.

Актуальність теми дослідження полягає саме в тому, що робота психолога на ранньому етапі є надзвичайно важливою. Психолог має допомогти людині пережити травмуючу подію, адаптуватися до нових умов і запобігти переходу гострого стресового розладу в посттравматичний. Така підтримка на початковому етапі є необхідною для кожного постраждалого, однак обмежена кількість психологів створює суттєві труднощі у реалізації цієї задачі.

Об'єкт дослідження: психологічна реабілітація військовослужбовців.

Предмет дослідження: особливості психологічного супроводу військовослужбовців на ранньому етапі реабілітації.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні та експериментальному дослідженні психологічних детермінант адаптації військовослужбовців на етапі ранньої реабілітації.

Завдання дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз психологічних чинників, що можуть впливати на психологічний стан військовослужбовців під час етапу ранньої реабілітації.
2. Виконати емпіричне дослідження, яке охоплює такі чинники, як вік, сімейний стан, військовий статус та тривалість служби, і їх вплив на психологічний стан військовослужбовців на етапі ранньої реабілітації.
3. На основі результатів емпіричного дослідження розробити систему пріоритизації роботи з військовослужбовцями, враховуючи складність їх психологічного стану.

4. Розробити програму психологічного супроводу для військовослужбовців на етапі ранньої реабілітації.

Для реалізації поставлених завдань були застосовані наступні **методи дослідження**:

Теоретичні: аналіз літературних джерел, класифікація, систематизація, порівняння та узагальнення теоретичних і експериментальних даних, що стосуються досліджуваної проблематики. Емпіричні: використання скринінгу PCL-5, опитувальника генералізованої тривоги GAD-7, опитувальника стану здоров'я PHQ-9, а також опитувальника загального стану здоров'я GHQ-12. Методи математичної обробки даних: застосування статистичних методів для аналізу отриманих даних.

Практичне значення отриманих результатів. Результати дослідження можуть бути використані в практиці психолога, що працює з військовослужбовцями на ранньому етапі реабілітації для визначення пріоритетних категорій та напрямків роботи, спрямованих на покращення адаптації.

База дослідження. Відбір респондентів проводився в чотирьох закладах спеціалізованої допомоги, де проходили реабілітацію військовослужбовці. Вибірка включала 60 чоловіків віком від 20 до 56 років.

Апробація результатів та публікації: Опубліковані тези за темою дослідження:

1. Литвинюк С., Коширець В. Психотравмуючі детермінанти негативних психічних станів військовослужбовців. *Психологічні основи здоров'я, освіти, науки та самореалізації особистості: клієнт-центрований підхід*. Луцьк: Вежа-Друк, 2025. С. 115-117.

2. Коширець В., Литвинюк С. Особливості роботи психолога на етапі ранньої реабілітації. *Актуальні проблеми практичної психології у Волинському регіоні*. Луцьк: Вежа-Друк, 2025. С. 137-139.

Структура та обсяг роботи. Випускна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ПОНЯТТЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Рання реабілітація: психологічне обґрунтування необхідності ранньої реабілітації

Рання реабілітація військовослужбовців є важливим етапом у процесі відновлення їх психологічного і фізичного стану після стресових ситуацій, з якими вони могли зіткнутися під час служби. Психологічне обґрунтування необхідності ранньої реабілітації полягає в тому, що своєчасне втручання може суттєво зменшити ризик розвитку психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні стани.

Рання реабілітація включає в себе комплекс заходів, спрямованих на підтримку адаптації військовослужбовців до цивільного життя, а також на відновлення їх соціальних і психологічних функцій. Вона базується на принципах індивідуалізації підходів, врахування особистісних особливостей, а також на необхідності створення безпечного і підтримуючого середовища для реабілітації. Таким чином, психологічна реабілітація на ранніх етапах є ключовим фактором, що сприяє успішному поверненню військовослужбовців до активного життя, зменшуючи ймовірність виникнення довгострокових психологічних проблем.

Поняття «реабілітація» почало активно інтегруватися в медичну та психологічну практику лише в середині XX століття. Після завершення Другої світової війни у Великій Британії та США було розроблено ряд основоположних принципів, які стали основою для формування системи реабілітаційної підтримки. Ці принципи згодом заклали фундамент для глобальних підходів до відновлення здоров'я клієнтів та осіб з різними обмеженнями.

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), реабілітація є комплексом заходів, спрямованих на оптимізацію використання всіх доступних ресурсів для зменшення впливу чинників, які перешкоджають повноцінній життєдіяльності особи або призводять до інвалідності. Важливим аспектом цього процесу є створення умов для осіб з обмеженнями, що дозволяє їм досягти максимально можливого рівня інтеграції в суспільство.

Водночас, у цей історичний період виникає нова галузь знань - фізична та реабілітаційна медицина, яка фокусується на відновленні фізичних, когнітивних і поведінкових функцій. Це забезпечує повноправну участь індивіда в суспільному житті та підвищує загальну якість життя. Лікар-реабілітолог виконує ключову роль у профілактиці, діагностиці, лікуванні та відновленні осіб будь-якого віку, які страждають від основних або супутніх захворювань, що обмежують їхню щоденну активність.

Ближче до кінця ХХ століття відбулося значне переосмислення терміна «реабілітація», що відобразило зміни в теоретичних та практичних підходах до лікування та підтримки клієнтів. Це переосмислення стало результатом інтеграції новітніх досліджень у сфері психосоціальної підтримки, а також розвитку комплексних моделей реабілітації, що враховують не лише медичні, а й психологічні, соціальні та культурні аспекти. Таким чином, реабілітація стала багатогранним процесом, що вимагає міждисциплінарного підходу та акценту на індивідуальних потребах клієнтів.

Реабілітація визначається як комплекс державних, громадських, медичних, освітніх, трудових, психологічних та інших дій, спрямованих на запобігання прогресуванню хворобливих станів, що можуть призводити до тимчасової або довготривалої нездатності. Основною метою реабілітації є забезпечення швидкого та ефективного включення клієнтів (незалежно від їх віку) назад у соціум та до корисної для суспільства діяльності. Уряди різних країн, включно з Україною, почали включати до своїх документів такі терміни:

1. Нейрореабілітація – це комплекс медичних заходів, що передбачає використання всіх доступних методів відновлення для мінімізації наслідків

уражень нервової системи, які обмежують життєдіяльність або викликають інвалідність. Основною метою нейрореабілітації є забезпечення максимального рівня соціальної інтеграції осіб, які зазнали таких уражень (згідно з визначенням Всесвітньої федерації нейрореабілітації WFNR).

2. Психологічна реабілітація – це система дій, орієнтованих на відновлення та корекцію психічного здоров'я й особистісного благополуччя, а також на створення сприятливих умов для розвитку та самоствердження особистості.

3. Психолого-педагогічна реабілітація – це сукупність психологічних і педагогічних методик, спрямованих на формування навичок засвоєння знань, умінь та навичок. Це включає процеси формування адекватної оцінки власних можливостей та засвоєння норм суспільної поведінки через систематизовану навчально-виховну діяльність.

4. Соціальна реабілітація – це система дій, націлених на створення та забезпечення умов для повернення особи до активної участі в суспільному житті. Вона спрямована на відновлення соціального статусу особи та її здатності до самостійної суспільної й побутової діяльності через соціально-середовищну орієнтацію, соціально-побутову адаптацію, соціальне обслуговування та забезпечення потреби в технічних і інших засобах реабілітації.

5. Професійна реабілітація – це комплекс заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності в нових психосоціальних умовах. Вона стимулює відновлення або здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації, включаючи можливе подальше працевлаштування та необхідний соціальний супровід, з урахуванням індивідуальних здібностей та побажань особи.

Ці дефініції, як у науковій сфері, так і в державних документах, постійно еволюціонують, враховуючи потреби конкретного суспільства та вивчення актуальних проблем.

В Україні реабілітаційні установи формуються на основі державної, комунальної та приватної власності, а також через об'єднання активів різних форм власності. Ці установи відіграють важливу роль у системі охорони здоров'я та соціального захисту, забезпечуючи клієнтів необхідними послугами для відновлення їхнього фізичного, психічного та соціального функціонування. Реабілітаційні установи класифікуються за типом, що визначається специфікою реабілітаційних послуг, які вони надають. Основні типи установ включають:

- медичної реабілітації: установи, що надають медичні послуги для відновлення фізичних функцій після травм або хвороб;
- медико-соціальної реабілітації: заклади, які поєднують медичні та соціальні послуги для комплексного підходу до відновлення клієнтів.
- соціальної реабілітації: установи, що фокусуються на соціальній адаптації та інтеграції осіб у суспільство;
- психологічної реабілітації: заклади, які пропонують психологічну підтримку та терапію для відновлення психічного здоров'я;
- спеціалізованої реабілітації: установи, що надають послуги для специфічних груп клієнтів, таких як особи з інвалідністю або хронічними захворюваннями;
- багаторівневої медичної реабілітації: комплексні програми, що включають різні етапи лікування та відновлення;
- психолого-педагогічної реабілітації: установи, які поєднують психологічну допомогу з педагогічними методами для розвитку навичок у клієнтів.
- фізичної реабілітації: заклади, що спеціалізуються на фізичних методах відновлення, таких як фізіотерапія та реабілітаційні вправи.
- професійної реабілітації: установи, які допомагають клієнтам адаптуватися до нових умов праці та здобути нові професійні навички.
- трудової реабілітації: програми, що сприяють поверненню осіб до активної трудової діяльності.

- фізкультурно-спортивної реабілітації: установи, що використовують фізичну активність та спорт як засоби відновлення;
- превентивної реабілітації: програми, націлені на запобігання розвитку захворювань і травм.

На сьогодні діапазон науково-практичної уваги в сфері реабілітаційної психології значно розширився. Це охоплює інтеграцію різних напрямків та галузей знань, таких як:

- психологічна реабілітація: включає методи, що сприяють відновленню психічного здоров'я та емоційного благополуччя;
- психологічна корекція: процеси, що допомагають виправити негативні психологічні стани та поведінкові патерни;
- психологія кризових станів: вивчення психологічних реакцій на кризові події та розробка стратегій їх подолання;
- психологічні аспекти жертви: дослідження впливу травмуючих подій на психіку жертв і їх реабілітацію;
- психологія травмуючих подій: вивчення наслідків травмуючих подій для особи та її адаптації до нових умов;
- психологія стресу: аналіз впливу стресових факторів на психічне здоров'я та розробка методів управління стресом;

Ці напрямки сприяють розвитку комплексного підходу до реабілітації, що дозволяє ефективно підтримувати осіб у процесі відновлення їхнього фізичного та психічного здоров'я.

Згідно з концептуальними положеннями Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), реабілітація визначається як комплексний процес, спрямований на: профілактику інвалідизації під час терапевтичного втручання; оптимізацію функціонування особистості у фізичній, психічній, професійній та соціально-економічній сферах, з урахуванням обмежень, детермінованих патологією. Стратегічні ініціативи ВООЗ, започатковані у 2016 році, акцентують на інтеграції ранніх реабілітаційних протоколів у систему невідкладної медичної допомоги; систематизації ролі реабілітологів

як ключових учасників міждисциплінарних команд. Наслідки дефіциту реабілітаційної підтримки, згідно з дослідженнями ВООЗ ведуть до зростання ризику ускладнень; формування небажаних поведінкових патернів; зниження ефективності терапевтичного процесу як взаємодії. Емпіричні дані свідчать, що системний підхід до реабілітації збільшує ймовірність відновлення функціональної автономії постраждалих на 37-42% порівняно з традиційними методами.

Концепція раннього відновлення, яка спочатку формувалася як реакція на епідеміологічні виклики та масові надходження постраждалих після катастроф, зазнала суттєвої еволюції. Від кризового інструменту вона перетворилася на інтегральний компонент сучасних терапевтичних протоколів. Паралельно спостерігається суттєвий психосоціальний ефект: клієнти, які проходять ранню реабілітацію, відновлюють свої соціальні функції на 2-3 тижні швидше, що корелює зі зниженням частоти депресивних розладів на 18% [19].

Психолог у ранній реабілітації виступає ключовим ланкою між фізичним відновленням та емоційною стабілізацією. Травма або гострий стан часто запускають каскад психологічних реакцій - від тривоги та депресії і страху перед інвалідизацією, що безпосередньо впливає на ефективність реабілітаційних процедур. Важливим аспектом є мотиваційний супровід, коли психологи використовують техніки мотиваційного інтерв'ю, щоб допомогти клієнту усвідомити зв'язок між поточними зусиллями та довгостроковими цілями. Це включає роботу з внутрішніми конфліктами - наприклад, коли страх перед повторною травмою суперечить бажанню повернутися до активного життя. Такі підходи не лише покращують комплаєнс, але й активізують нейропластичність мозку, сприяючи швидшому відновленню нейронних мереж, пов'язаних із рухом та емоційною регуляцією.

Інтеграція психолога в мультидисциплінарну команду забезпечує цілісність підходу. Сучасні протоколи також передбачають використання

цифрових платформ для моніторингу психоемоційних показників, що дозволяє оперативно корегувати індивідуальні програми.

Таким чином, психологічний супровід у ранній реабілітації трансформується з допоміжного елементу в системоутворюючий фактор, який впливає як на біологічні механізми відновлення, так і на соціальну реінтеграцію постраждалого.

В Україні ухвалено численні законодавчі акти стосовно ранньої реабілітації, які окреслюють мету та завдання, а також склад команди з фахівців різних професій. Команда професіоналів з різних галузей повинна сприяти стабілізації і надавати підтримку не лише в період гострої фази реабілітації [44].

1.2. Детермінанти впливу на психологічний стан військовослужбовців

Велика кількість військовослужбовців приймають участь у бойових діях отримуючи поранення. Безпосередньо і безумовно це є фактором стресу, але не лише воно. Існує велика кількість екстремальних чинників, які формують складні умови військової служби. Сама присутність в зоні бойового зіткнення вже є стресогенним фактором. Людина – це цілісна система, важко відокремити психологічні проблеми, які з'явилися після моменту поранення, від тих, які формувалися протягом всього періоду військової служби.

Можна виділити 2 групи чинників, які впливають на стан військовослужбовців – зовнішні (об'єктивні фактори) та внутрішні (суб'єктивні фактори).

Проведені психологічні дослідження засвідчили значущий вплив таких факторів, як характер, обстановка та напруженість бойових зіткнень, специфіка озброєння, а також стан та рівень захищеності бойових засобів [40].

За оцінкою З. Комара, враховуючи особливі умови, притаманні бойовим діям, військовослужбовці можуть зазнавати впливу різноманітних стресогенних факторів:

- фізичні: висока/низька температура, надмірна вологість, вібраційні коливання, гучні звуки від вибухів, дефіцит кисню, токсичні речовини, хімічні сполуки, мікрохвильова радіація, лазерне випромінювання, спрямована енергетична зброя, радіоактивне забруднення;

- фізіологічні: депривація сну, зневоднення організму, обмежений раціон харчування, незадовільні санітарно-гігієнічні умови, зниження захисних функцій організму, надмірне навантаження або недостатня активність м'язів та тілесних систем, розвиток захворювань, травми та поранення;

- когнітивні: неповнота або надлишок інформації (дезінформація), перенасичення чи відсутність сенсорних стимулів, невизначеність (двозначність) обставин, відчуття ізоляції, часовий тиск або затяжні періоди очікування, непередбачуваність розвитку подій, необхідність дотримуватися бойових статутів, проблеми з ідентифікацією цілей, складність організаційних процесів, необхідність ухвалювати важкі рішення або їх повна відсутність;

- емоційні: занепокоєння, боязнь, панічні стани (спровоковані загрозою смерті, поранення, програшу), скорбота через загибель товаришів, роздратування, злість, агресія, апатія внаслідок вимушеної бездіяльності, внутрішній конфлікт мотивації, втрата надії та впевненості [26].

На думку В. Місюри, чинниками, що спричиняють розвиток несприятливих психічних станів у військовослужбовців, є психотравмуючі елементи, які можна умовно згрупувати у п'ять категорій:

- персональні (особистісні): зумовлені внутрішніми індивідуально-психологічними рисами військовослужбовців (підвищена чутливість, нестійкість нервової системи, роздратованість) – це переживання, пов'язані з особистим життям, сім'єю та службовою діяльністю; уся сукупність поглядів

та інтересів; рівень моральності; схильність до нервово-психічних розладів або їх наявність;

- біологічні (фізіологічні): пов'язані з тим, що у значної частини солдатів та сержантів ще не завершилося формування організму – фізичне виснаження; дефіцит сну; хвороби, тілесні ушкодження тощо;

- соціокультурні (соціальні): відображають психологічні реакції особистості та її позицію і функцію у військовому колективі, зміни у звичних соціальних умовах, можуть бути спричинені конфліктними ситуаціями, жорсткою реакцією на спроби самовираження та самоствердження, необхідністю підкорятися командам, образами та іншими чинниками;

- контекстуальні (ситуативні): залежать від змін у бойовій обстановці, специфіки виконання поставлених бойових завдань; різних факторів, притаманних бойовим діям; недостатнього рівня поінформованості; браку бойового досвіду, знань тощо;

- адміністративні (управлінські): призводять до психічної травматизації особового складу через недостатню психолого-педагогічну компетентність командного складу (начальників), нерозуміння посадовими особами психологічного стану окремих військовослужбовців, ігнорування особливостей адаптації особового складу до умов бойової діяльності, генерацію надмірного фізичного та емоційного навантаження, суперечливі накази, хаотичну зміну видів діяльності підлеглих тощо [14].

Узагальнюючи все вищеназване, виділимо ряд чинників, що впливають на психологічний стан військовослужбовців.

1. Обставини поранення:

- тип та інтенсивність бойового зіткнення (ближній бій, обстріл з далекобійної зброї);

- кількість постраждалих (масовий чи індивідуальний характер);

- ризик потрапляння в полон;

- важкість поранення;

- вчасність надання невідкладної допомоги;

- термін евакуації з зони бойового зіткнення.

2. Професійні чинники:

- ефективність профвідбору (добровольці, які прийняли рішення самостійно, чи мобілізовані, які були залучені під певним тиском);

- професійна підготовка;

- інформованість та психологічна готовність до роботи в екстремальних умовах;

- стаж служби.

3. Соціально-демографічні фактори:

- вік;

- стать;

- сімейний стан;

- наявність фінансового забезпечення.

4. Фактори, які пов'язані зі станом здоров'я:

- втома;

- соматичні захворювання;

- нервово-психічні захворювання;

- попередній досвід психо-травмуючих факторів.

5. Соціальний фактор:

- соціальна підтримка та захист;

- доступність та якість медичної допомоги та реабілітаційних програм.

6. Соціально-економічний статус:

- етно-культурні особливості;

- релігійність;

- розвиненість соціальних зв'язків;

- ставлення суспільства до травматичної події.

7. Індивідуально-психологічні фактори:

- емоційні особливості людини;

- тип нервової системи;

- копінг-стратегії;

- ціннісно-смилова сфера;
- психологічна гнучкість, резильєнтність.

Важливим фактором, що сприяє успішній адаптації військовослужбовців та налаштованість на одужання, є наявність психологічної допомоги на етапі ранньої реабілітації. Враховуючи, що основна частина мобілізованих та добровольців не мала попередньої психологічної підготовки, вірогідність виникнення у них посттравматичних стресових розладів досить висока. Тривалість перебування та відсутність або несвоєчасна ротація військовослужбовців в районі бойового зіткнення призводить до високого рівня стомлення, виснаження як фізичного, так і психоемоційного. Згідно з даними німецького дослідника П. Дінтера, пік морально-психофізіологічних можливостей військовослужбовців триває до 25 діб. Надалі безперервне перебування в безпосередньому зіткненні з ворогом характеризується швидким спадом.

Серед дієвих засобів боротьби з психотравматичними чинниками виділяють розбудову функціональної системи надання психологічної підтримки. Така система має охоплювати психодіагностику, забезпечення психологічною допомогою, психоосвітню діяльність та інформування, а згодом – психокорекційні заходи та психотерапевтичне втручання.

1.3. Психологічний супровід військовослужбовців як чинник запобігання розвитку посттравматичного стресового розладу.

За останні роки, генеза психології повністю корелювала з суспільними потребами. Лаконічно проаналізуємо, яке місце обіймає психологічна реабілітація в рамках архітекτονіки психологічної науки та практичної діяльності [38].

Головною місією фахівця з психології чи психотерапії у процесі надання реабілітаційної підтримки, незалежно від її етапу, вважається таке:

визначення, розробка та виконання плану психологічної підтримки, що відповідає загальним цілям та завданням, закладеним в індивідуальному реабілітаційному проєкті; проведення оцінки стану психічної сфери, біопсихосоціального аналізу, психодіагностичних обстежень, оцінки індивідуальних якостей, встановлення рівня соціальної пристосованості та здатності до адаптації; розробка рекомендацій, призначених для всієї мультидисциплінарної реабілітаційної групи; здійснення психотерапевтичного впливу та/або психологічного супроводу з метою усунення патологічних, дезадаптивних симптомів, коригування особистісних реакцій, формування позитивних та адаптивних способів реагування на психогенні чинники та тригери, а також розвиток адаптивних копінг-механізмів; організація індивідуальних, групових та сімейних сеансів психотерапії; надання конструктивних соціальних порад для досягнення найкращого функціонування, розвитку та загального благополуччя особи, яка проходить реабілітацію [43].

Що стосується безпосередньо ранньої психологічної реабілітації, вона має певні особливості, з огляду на короткотривалий термін перебування постраждалих і закладі охорони здоров'я, відсутність конфіденційності та важкий фізичний стан, часті оперативні втручання та високий рівень болю.

Військовослужбовці, які прибувають із зони ведення бойових дій, зазвичай мають поранення різного ступеня тяжкості. Біль, як стресогенний чинник, впливає не тільки на фізичний стан, виснажуючи постраждалого, а також на психічний стан, викликаючи у нього тривогу, депресію. Важкі поранення або поранення з ускладненнями часто потребують довготривалого лікування. При цьому існує ризик трансформації гострого болю в хронічний. Безумовно, менеджмент болю це мультидисциплінарна система як включає в себе цілу низку напрямків: медикаментозне знеболення в першу чергу, фізіотерапевтична допомога, соціальна підтримка та психологічні втручання. Один із напрямів психологічної допомоги має бути направлений на зменшення болю.

Але не тільки поранення може призвести до погіршення стану постраждалого. Довготривале перебування у зоні бойового зіткнення має і інші наслідки. Кліматичні умови, нерегулярне харчування, нестача сну, фізичні навантаження, стан постійного напруження, перевантажують імунну та нервову системи людини, що призводить до фізичного та емоційного виснаження, загострення хронічних захворювань, соматизації та проблем у психічній сфері. Як правило, зіткнення з недугою є переживанням нового виду психологічного навантаження, яке може або перетворитися на потужний внутрішній ресурс для стимулювання активності індивіда, або ж стати травмуючим чинником, що спричинить відмову від повноцінного існування [39].

Військовослужбовці в гострому періоді часто переживають політравму. Це і стрес від травмуючої ситуації, від лікувальних процедур, від невизначеності подальших перспектив, від почуття провини перед тими хто загинув і тими хто лишився.

Ще одним важливим напрямком роботи психолога на етапі ранньої реабілітації є покращення сну та нормалізація харчування. 90% постраждалих скаржаться на безсоння або на перерваний сон, важкість засинання або кошмари чи флешбеки. Сон є життєво важливим для відновлення нервової системи, а також для упорядкування та збереження отриманих відомостей. Зрозуміло, ефективним способом зменшити негативний вплив стресу на тіло є забезпечення якісного сну. Однак, існує зворотний зв'язок: значний або тривалий стрес часто спричиняє розлади сну. Хронічне недосипання (неспроможність задовольнити потребу в сні) може мати критичні наслідки для здоров'я. Як правило, недостатній або порушений сон викликає відчуття браку сил, швидку стомлюваність, м'язову слабкість, підвищену дратівливість, погіршення денної продуктивності та проблеми із зосередженням.

Недостатня кількість якісного сну окрім прямого впливу також пов'язана із розвитком різних хронічних захворювань: посттравматичний стресовий розлад, деменція, цукровий діабет та захворювання серцево-

судинної системи. Опитані військовослужбовці, які на постійній основі недосипають вночі, частіше повідомляють про зловживання тютюновими виробами і алкоголем, появу симптомів депресії та панічних розладів [52].

Екстремальні події справляють різний вплив на індивідів. Основною умовою ефективної організації допомоги особам, які пережили психотравматичні події, є створення комплексних багаторівневих систем підтримки психічного здоров'я та надання психологічної допомоги, що враховують специфічні потреби різних категорій населення. Кожен рівень має свою цінність і, в ідеалі, їхня реалізація повинна відбуватися паралельно. На державному рівні виділяють чотири рівні підтримки психічного здоров'я в умовах надзвичайних та екстремальних ситуацій:

- 1) базові послуги і безпека;
- 2) підтримка громади та сім'ї;
- 3) цільова неспеціалізована допомога;
- 4) спеціалізовані послуги.

Психологічне відновлення має бути всебічним та багатоаспектним. Кожна сходинка, де виконується психологічне сприяння, встановлює конкретні вимоги до локації її виконання, до ступеня кваліфікації осіб, які надають таку допомогу, а також вимоги до реалізації різноманітних ініціатив, варіативних форм психологічної підтримки, що залежать від соціального контексту, потреб та поточного стану постраждалих осіб [21].

Пропонується чотири рівні надання психологічної підтримки під час або після екстремальної (надзвичайної) події на етапі комплексного реагування: невідкладна психологічна допомога та/або соціально-психологічний супровід протягом першого місяця, що настає за зміною соціальних обставин; соціально-психологічний супровід; психологічне відновлення (реабілітація); комплексна медико-психологічна реабілітація [42].

Рання психологічна допомога надається протягом перших чотирьох тижнів після травматичного інциденту. У проміжку з четвертої до тридцятої доби, якщо особа демонструє ознаки гострого стресового розладу, вона

потребує психотерапевтичного втручання. Дії на цьому етапі спрямовані на досягнення наступних цілей:

- стабілізація емоційного стану; повернення до попереднього рівня життєдіяльності;
- мінімізація ризику розвитку дезадаптивних розладів;
- ідентифікація осіб, яким необхідна подальша психологічна підтримка на більш високих рівнях.

Психологічна оцінка (психодіагностика) проводиться для встановлення особливостей поточної ситуації в контексті медичного, психічного, особистісного, професійного, соціального та побутового аспектів. У процесі такого обстеження виявляються не лише проблеми, симптоми психічних і психологічних порушень, але й ресурси постраждалої особи, як внутрішні (потенціал до адаптації), так і зовнішні (підтримка від сім'ї, спільноти, включаючи наявні можливості допомоги).

Психодіагностика – це процес встановлення наявності та характеру індивідуальних психологічних властивостей і поточного психічного стану особистості за допомогою комплексу стандартизованих, достовірних методів та послідовних кроків із вимірювання, статистичного оброблення та змістовного тлумачення отриманих даних, а також формулювання висновку щодо нагальності й найбільш доцільних напрямків психологічної або психотерапевтичної допомоги. Психодіагностика може проводитися як у форматі роботи з окремою особою, так і з групою людей.

Психологічна підтримка виступає ключовим елементом у процесі стабілізації емоційного стану потерпілої особи й відновлення її порушеної довіри до оточуючих та соціуму загалом. Така допомога потрібна не лише безпосередньо постраждалій людині, але й членам її сім'ї. Психологічна підтримка — це комплекс цілеспрямованих дій, що мають на меті стимуляцію вже існуючих психічних і особистісних резервів, а також формування нових ресурсів, необхідних для забезпечення ефективної діяльності та конструктивної взаємодії в соціальному середовищі. Переважно психологічна

підтримка носить превентивний характер і спрямована на запобігання виникненню та подальшому розвитку деструктивних психічних феноменів.

Психоедукація (психологічна просвіта) особи, що пережила травматичний досвід, та її рідних – це процес роз'яснення ймовірних відгуків на події з травмуючим потенціалом, методів надання первинної допомоги та самостійного відновлення, а також алгоритмів дій у спірних ситуаціях. Психологічна освіта полягає у доведенні до відома інформації про особливості психоемоційних станів, динаміку міжособистісних зв'язків, основи збереження психічного здоров'я, формування вмінь самостійної підтримки та взаємної допомоги. Психологічна просвіта може відбуватися як індивідуальна, сімейна, так і в груповому форматі.

Надання інформації щодо поточної соціальної обстановки, ресурсів, доступних у спільноті, зокрема можливості отримати соціально-психологічну підтримку, кваліфіковану психологічну, психотерапевтичну або комплексну медико-психологічну допомогу, а також інформування про функціонування спеціалізованих груп підтримки та/або взаємодопомоги (як у безпосередній близькості проживання, так і в цифровому просторі).

Обов'язковою умовою є надання постраждалим особам та їхнім сім'ям матеріалів освітнього змісту (соціальна, психологічна та медична тематика) та довідкового характеру (контактні дані фахівців, спільноти самопомоги, веб-ресурси, номери телефонів, зокрема номер екстреної гарячої лінії). Згадані заходи можуть бути реалізовані як в особистому порядку (один на один), так і в колективній формі [41].

Основне завдання психолога – знизити рівень стресу, психоедукація, допомога в адаптації до нових умов, а іноді до нового тіла, зниження рівня гострого стресового розладу і, як наслідок, запобігання виникнення ПТСР[4].

Психолог, який надає допомогу на ранньому етапі працює на базі профільних відділень де знаходяться військовослужбовці. Як правило, всі психологічні втручання проводяться в палаті, біля ліжка постраждалого, в

присутності інших. Це накладає певні обмеження на роботу психолога через відсутність конфіденційності.

Отже, рання реабілітація є частиною системи заходів, спрямованих на запобігання розвитку патологічних процесів, на ефективне і раннє відновлення функціональності постраждалих (наскільки це можливо при конкретному захворюванні), повернення їх у суспільство та суспільно корисної праці.

Рання реабілітація починається з перших хвилин після поранення (невідкладна допомога, домедична допомога), та продовжується в медичних закладах, де надається спеціалізована медична допомога. До складу мультидисциплінарної команди по ранній реабілітації входять лікуючий лікар, інші вузькопрофільні лікарі, медсестри, фізіотерапевти та психологи. Вагому роль на цьому етапі також має соціальна підтримка: родина, друзі, громадські та волонтерські організації, просто небайдужі люди. Рання реабілітація проводиться безпосередньо де знаходиться постраждалий, або мобільними бригадами.

Рання психологічна допомога є невід'ємною складовою реабілітаційного процесу. Психологічна діагностика дозволяє визначити психологічний стан та індивідуально-психологічні особливості людини та сформувати програму подальшої роботи з клієнтом. Психологічна підтримка сприяє позитивному мисленню, налаштуванню на процес одужання. Психоедукація та інформування повертає відчуття контролю над своїм життям та знижує рівень тривоги. Робота психолога на етапі ранньої реабілітації допомагає постраждалим адаптуватися до нових реалій, знизити рівень стресу та слугує профілактикою розвитку посттравматичного стресового розладу.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Контингент та методи дослідження

Нами було висунуто припущення, що оцінивши первинні дані можливо зробити певні висновки, щодо психологічного стану постраждалого щоб сформувати систему пріоритизації по рівнях складності: високий; середній, низький.

Безумовно, на стан людини впливає цілий комплекс факторів, які були вищеперераховані, але не всі з них можна оцінити якісно або кількісно валідними методами діагностики. Тому, для дослідження було вибрано лише чотири фактори, які можуть впливати на психологічний стан військовослужбовців: вік, сімейний стан, військовий статус та термін служби. Всі ці фактори абсолютно конкретні та однозначні. У відбір ввійшли 60 респондентів чоловічої статі: 1) за віком: 20-25 років – 16 чоловік; 26-45 років – 27 чоловік; 46-60 років – 17 чоловік; 2) за сімейним станом: одружені – 36 чоловік; неодружені – 24; 3) за військовим статусом: мобілізовані -20 чоловік; добровольці – 34 чоловік; кадрові військові – 6; 4) за терміном служби: до 1 року – 13 чоловік; до 2,5 років – 34 чоловік; понад 2,5 років – 13.

Нами було проведено чотири методики: PHQ9, GAD7, PCL5, GHQ12.

1. PHQ9 – Опитувальник про стан здоров'я: шкала депресії. Це шкала депресивних симптомів та діагностичний інструмент, запроваджений у 2001 році для обстеження дорослих постраждалих у закладах первинної допомоги. Інструмент оцінює наявність та вираженість депресивних симптомів та можливий депресивний розлад. Тобто це окремий модуль депресії, який оцінює кожен з 9 критеріїв DSM-IV від 0 (зовсім немає) до 3 (майже кожен день).

Зазвичай, його заповнення вимагає від респондента лише 3–5 хвилин, що робить цей інструмент надзвичайно простим у використанні та мінімальним з точки зору витрат ресурсів. Цей опитувальник не може слугувати безпосередньою основою для формулювання клінічного діагнозу, проте він надає можливість здійснити попереднє припущення щодо ймовірного депресивного розладу, а також встановити ступінь вираженості депресивних проявів у обстежуваної особи. Його можуть брати на озброєння фахівці первинної медико-санітарної допомоги, практичні психологи та психотерапевти.

2. GAD7- опитувальник з генералізованої тривоги.

Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7) – це коротка оцінка симптомів тривоги, заснована на діагностичних критеріях генералізованого тривожного розладу, описаних в діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів DSM. Враховуючи просту мову, яка використовується в опитувальнику, GAD7 можна проводити для осіб віком від 14 років і старше.

Даний опитувальник не є підставою для встановлення діагнозу, але дозволяє попередньо запідозрити тривожний розлад та визначити рівень тривожності. Може застосовуватися лікарями первинної ланки, а також психологами, психотерапевтами.

3. PCL5- опитувальник, який оцінює наявність і вираженість симптомів ПТСР.

Скринінг PCL-5 – це опитувальник з 20 пунктів для самозвіту, який оцінює наявність і вираженість симптомів ПТСР. Пункти опитувальника PCL-5 відповідають критеріям ПТСР за DSM-5. Респондентів просять оцінити, наскільки кожен з 20 пунктів що можливо турбував їх протягом останнього місяця за 5-бальною шкалою Лайкерта в діапазоні від 0 до 4. Відповіді респондентів підсумовуються, щоб отримати загальний показник вираженості проблеми (діапазон 0-80).

Підсумовування всіх 20 пунктів і використання граничного балу 31-33 здається розумним, виходячи з сучасних психометричних досліджень. Бали

нижче можуть вказувати на те, що клієнт або має підпорогові симптоми ПТСР, або не відповідає критеріям ПТСР і ця інформація повинна бути врахована при плануванні психологічної реабілітації.

4. GHQ12- опитувальник загального стану здоров'я.

Це інструмент скринінгу, що широко використовується для оцінки психічного здоров'я та психологічного дистресу в різних групах населення. GHQ-12 – це скорочена версія оригінального 60-пунктного опитувальника загального здоров'я, розробленого Голдбергом у 1972 році. Він складається з 12 пунктів, призначених для виявлення поширених психічних розладів та психологічних розладів. У опитувальнику використовується чотирибальна шкала, в якій респонденти вказують ступінь, в якому вони нещодавно відчували певні симптоми чи поведінку.

Всі отримані результати викладені у вигляді діаграм та розподілені по 4 категоріям респондентів. Кожна категорія має чотири показники відповідно до опитувальників (загальний рівень дистресу, симптоми ПТСР, рівень депресії та рівень тривожності). Додатково представлені діаграми, де зображені відсоткові співвідношення в кожній категорії по кожному опитувальнику.

Одержані дослідні дані були класифіковані та згруповані за якісними ознаками. На діаграмах вираховувався середньо арифметичний показник по даній категорії та по кожному досліджуваному розладу (симптоми дистресу, ПТСР, депресії, тривожності та представлені кількісні показники у відсотках, які демонструють ступінь чи рівень перебігу того чи іншого розладу.

2.2. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Вибірка досліджуваних складала три групи: 1) особи віком 20-25 років - 16 чоловік; 2) 26-45 років - 27 чоловік; 3) 46-60 років - 17 чоловік.

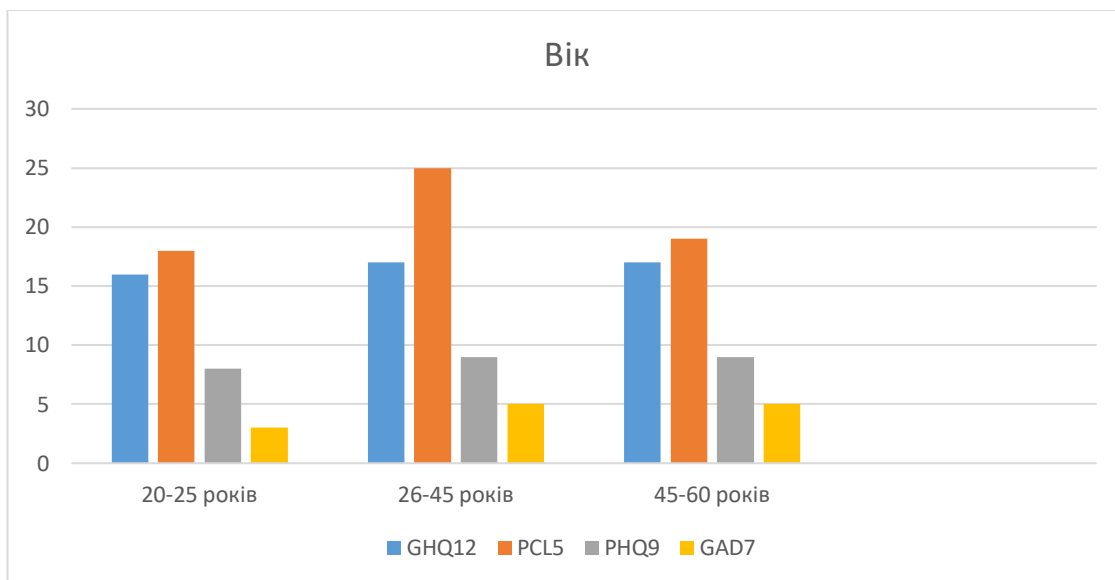


Рис 2.1. Віковий розподіл респондентів

У всіх вікових групах найбільш помітною є різниця у вимірі ознак ПТСР (Рис. 2.2). Вікова категорія 26-45 років показує найвищі показники. З цього можна зробити висновок, що військовослужбовці цієї групи продемонстрували більше ознак ПТСР.

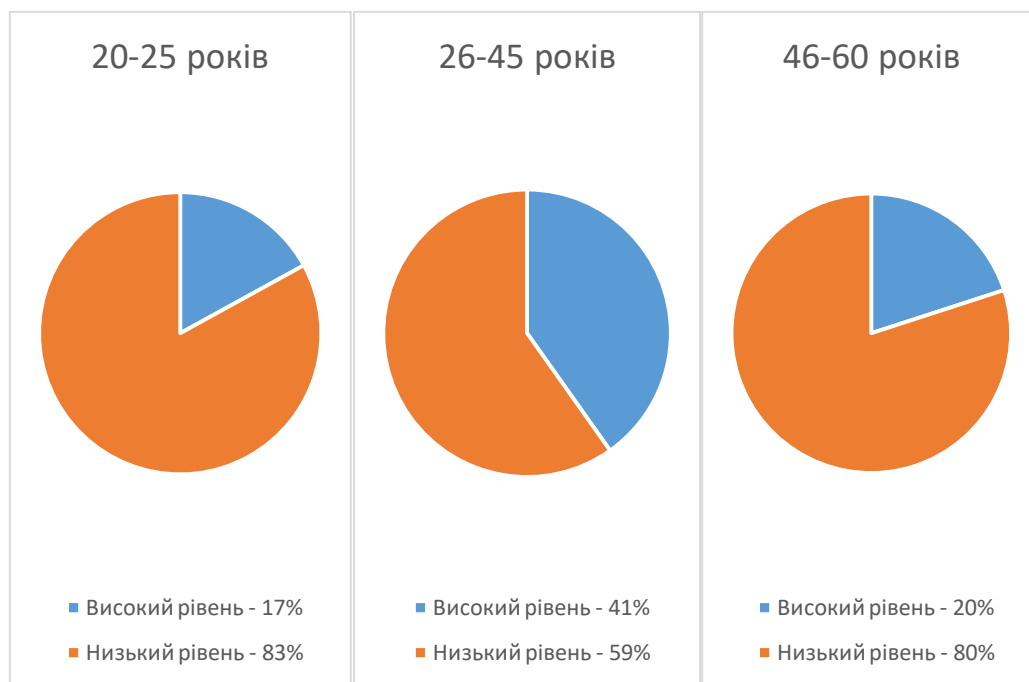


Рис. 2.2. Отримані показники рівня ознак ПТСР

Коли ми розглянемо діаграми, що ілюструють розподіл наявності ознак ПТСР, можна помітити, що 41% респондентів мають високий ступінь, а 59% демонструють низький рівень. Тоді як показники інших вікових груп майже не відрізняються між собою - 17% та 20% високого рівня проявів ПТСР, і 83% та 80% відповідно низького.

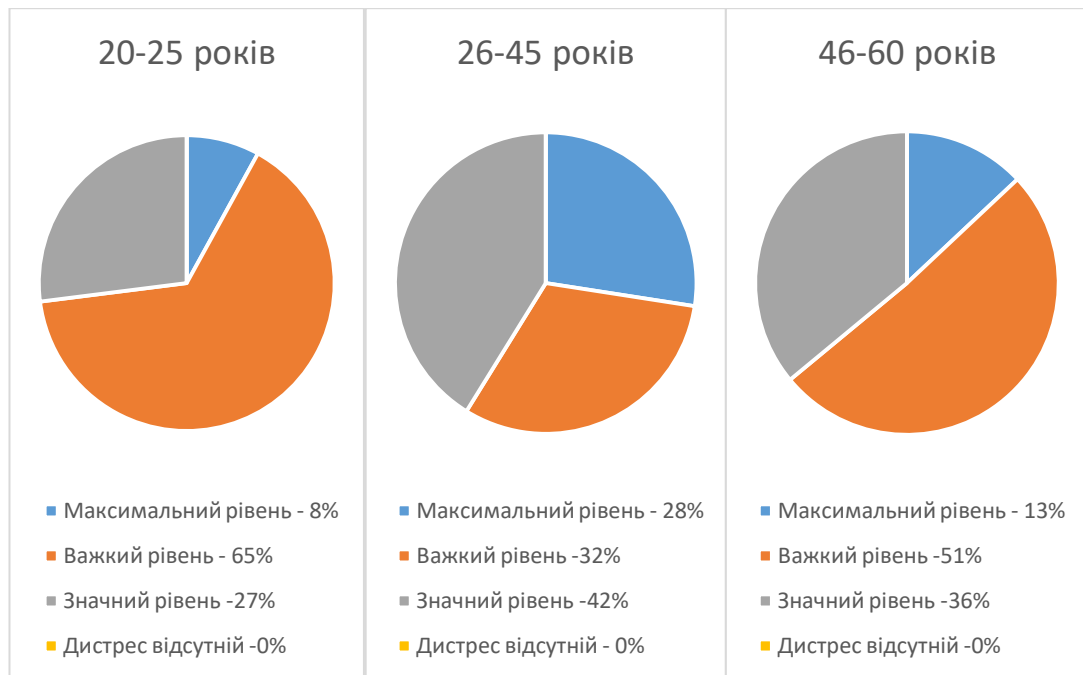


Рис. 2.3. Отримані показники рівня дистресу

На графіках відсоткового розподілу дистресу респондентів можемо помітити суттєві відмінності, а саме: найбільший відсоток учасників, котрі мають максимальний ступінь дистресу знову випадає на вікову групу 26-45 років. Важкий ступінь дистресу констатується більше у віковій категорії 20-25 років - 65%, та у віковому діапазоні 46-60 років - 51%.

Показники рівня депресії важкого та вираженого рівня відсутні у віковій групі 20-25 років. Депресія помірного ступеню переважає теж в категорії 20-25 років і становить 46%. В двох інших категоріях – 30% і 31% відповідно, і тут найбільші відсотки припадають на показник «легкого ступеня».

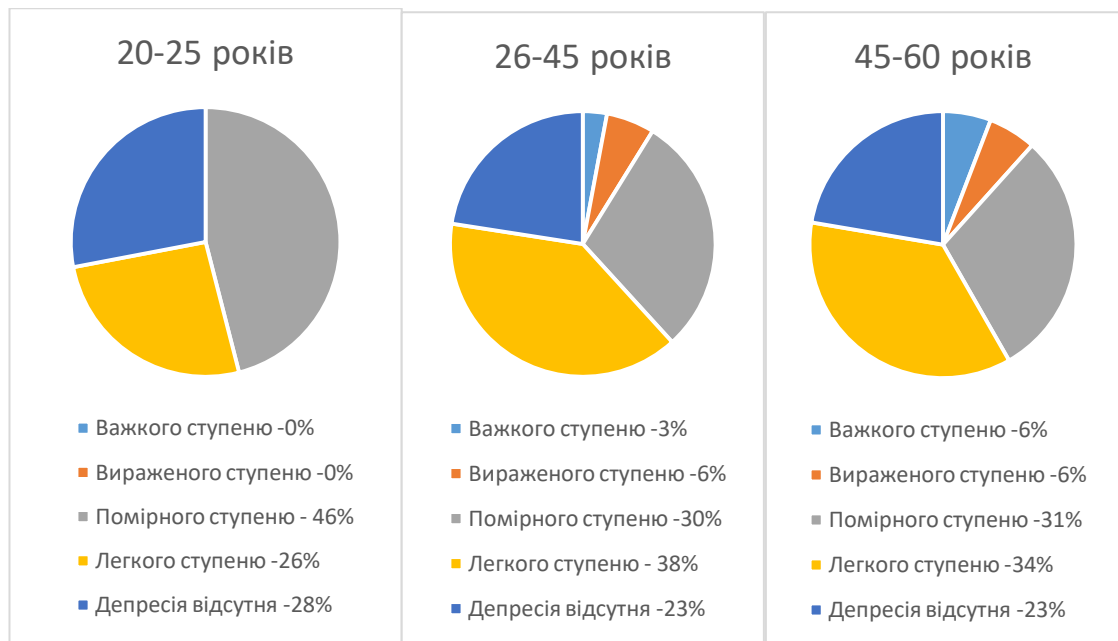


Рис. 2.4. Отримані показники рівня депресії

Щодо рівня тривожності, респонденти вікової категорії 20-25 років або не демонструють виражених ознак тривожності, або мають низький рівень тривожності, про що свідчить лише 9% опитуваних. Водночас у старших вікових групах спостерігається наявність респондентів із високим або середнім рівнем тривожності, тоді як серед респондентів вікової групи 45-60 років цей показник значно вищий. Загалом, аналізуючи дані по вікових категоріях, можна зробити висновок, що група 20-25 років більш схильна до проявів депресії помірного ступеня та демонструє значний дистрес. Це може свідчити про те, що у молодшої вікової категорії стресові чинники, пов'язані з пошуком свого місця в житті, навчанням, професійним становленням та побудовою соціальних і романтичних відносин, сприяють розвитку емоційних труднощів, в тому числі депресії, в той час як старші вікові категорії більше схильні до тривожності.

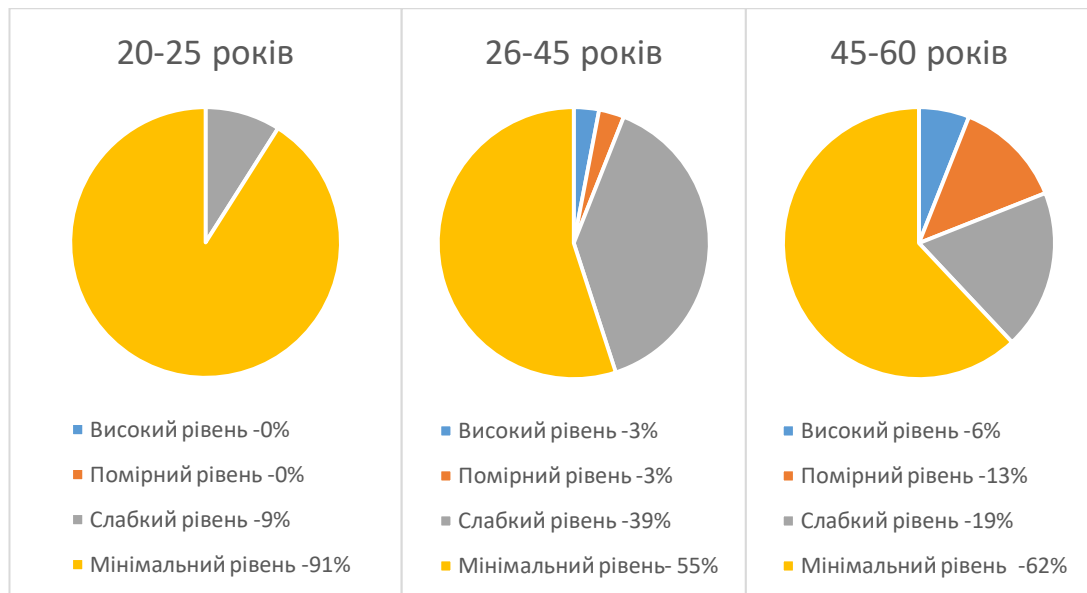


Рис. 2.5. *Отримані показники рівня тривожності*

Вивчення впливу вікових етапів на психоемоційний стан людини та розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР) вказує на те, що різні періоди життєвого циклу характеризуються специфічними стресовими факторами, що можуть сприяти формуванню психічного напруження. Вік 26-45 років часто асоціюється з інтенсивною діяльністю у сферах кар'єри, сімейних обов'язків, виховання дітей, соціальної адаптації та формування особових відносин, що може призвести до накопичення стресу та розвитку ПТСР. У цей період, відзначений активним формуванням соціальних ролей і прагненням до досягнення особистих та професійних цілей. Порушення стабільності в різних сферах життя може суттєво вплинути подальший розвиток.

Що стосується вікової категорії 45-60 років, то цей період часто супроводжується кризами середнього віку, які виявляються у вигляді труднощів у стосунках, змінах фізичного здоров'я, а також переоцінці життєвих досягнень та цінностей. Такі обставини можуть стати джерелом підвищеного рівня тривожності, депресії та емоційного дистресу.

Далі ми спробували проаналізувати результати тестування за вибіркою категорії «сімейний стан»: одружені – 36 чоловік, неодружені – 24.

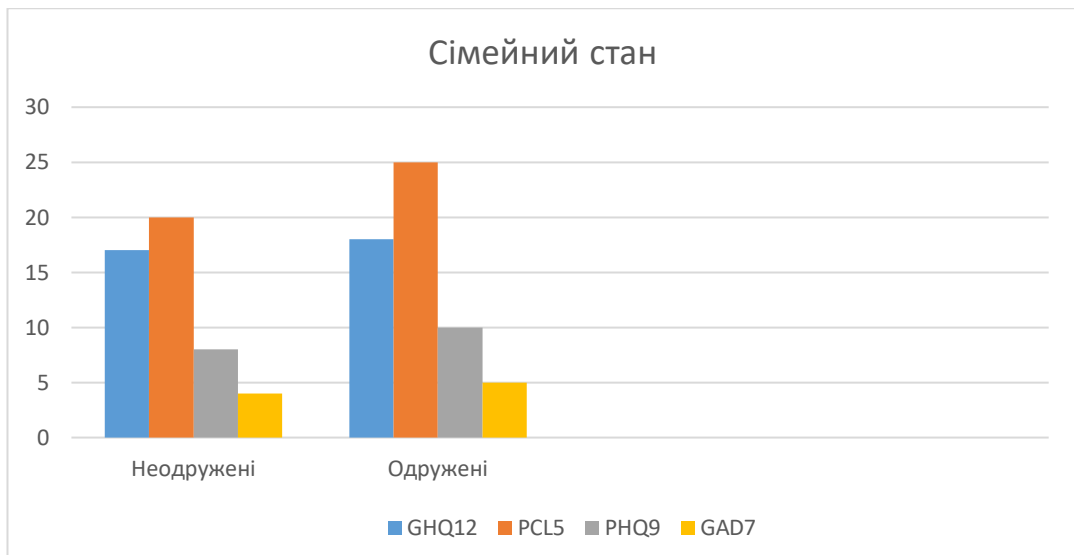


Рис. 2.6. Отримані показники за категорією «сімейний стан»

Як показано на рис. 2.6, середні значення показників для всіх опитуваних є вищими серед одружених чоловіків порівняно з неодруженими. Високий рівень ознак ПТСР серед одружених респондентів становить 40%, тоді як серед неодружених 28%.

Відповідно до діаграми на рис. 2.7, прояви посттравматичного стрессового розладу є більш вираженими серед одружених чоловіків. Це може свідчити про те, що стан сімейних відносин має значний вплив на психоемоційний стан респондентів, на розвиток чи загострення ознак ПТСР.

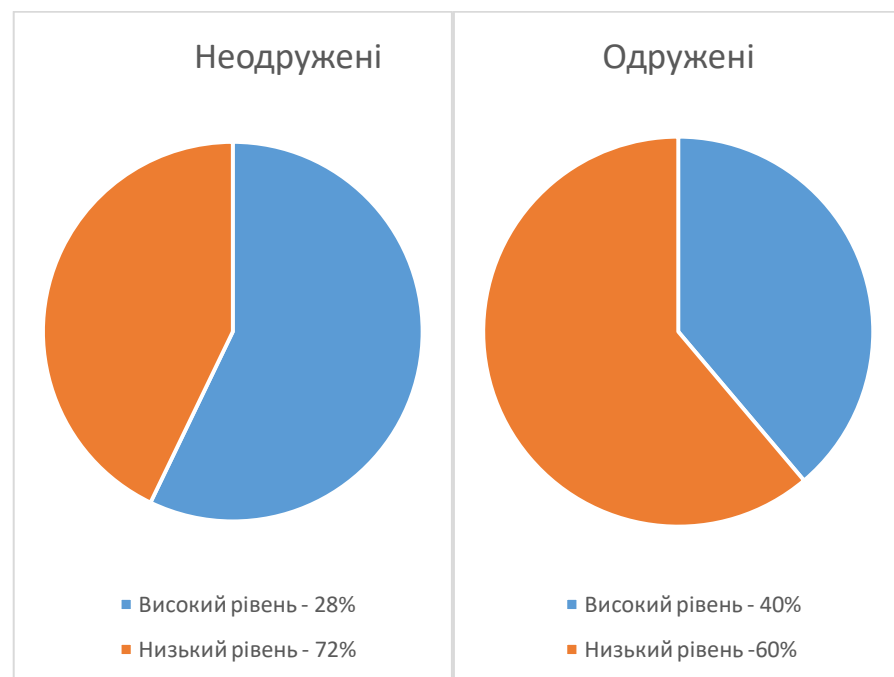


Рис. 2.7. Рівень ознак ПТСР за категорією «сімейний стан»

Рівень максимального та важкого дистресу у категорії «сімейний стан» виявляється вищим серед одружених респондентів. Зокрема, 24% одружених демонструють максимальний дистрес, а 43% – важкий дистрес. Для неодружених ці показники є дещо нижчими: 23% мають максимальний рівень дистресу, а 30% - важкий дистрес (Рис. 2.8). Ці дані свідчать про те, що наявність родинних обов'язків і пов'язані з ними стресові ситуації можуть спричиняти більшу емоційну напругу у одружених чоловіків.

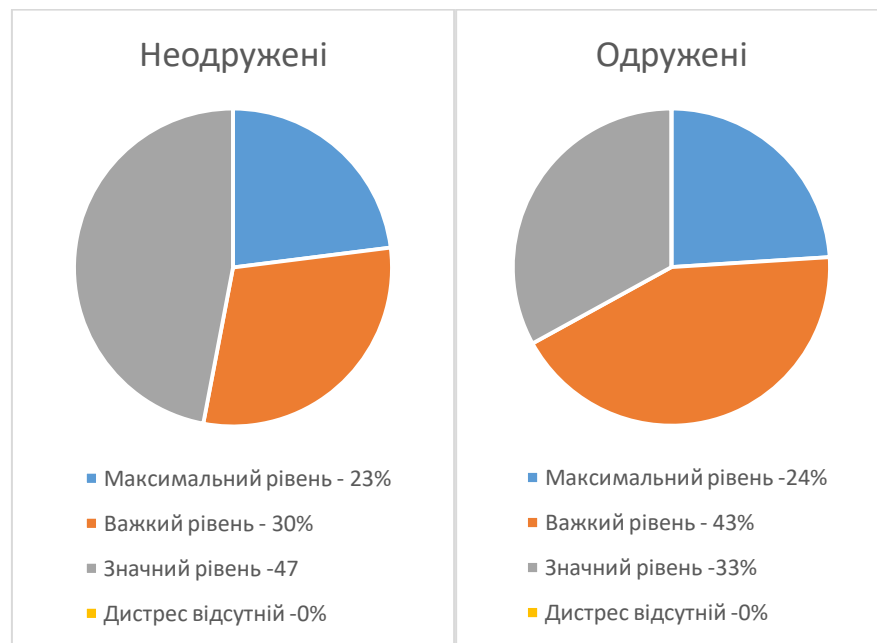


Рис. 2.8. Рівень дистресу за категорією «сімейний стан»

Рівень важкого, вираженого та помірного ступеня депресії у категорії «сімейний стан» є вищим серед одружених респондентів. Зокрема, 7% одружених мають важку ступінь депресії, 7% — виражену ступінь, а 30% — помірну ступінь депресії. Натомість серед неодружених ці показники значно нижчі: 3% мають тяжкий ступінь депресії, 3% -виражений ступінь, і 23% — помірний. Ці результати вказують на те, що одружені респонденти більш схильні до депресивних розладів різного ступеня тяжкості. Це може бути зумовлено як додатковими стресовими факторами, що виникають у процесі сімейної життя, так і емоційними навантаженнями, пов'язаними з родинними обов'язками та взаємодією з партнером.

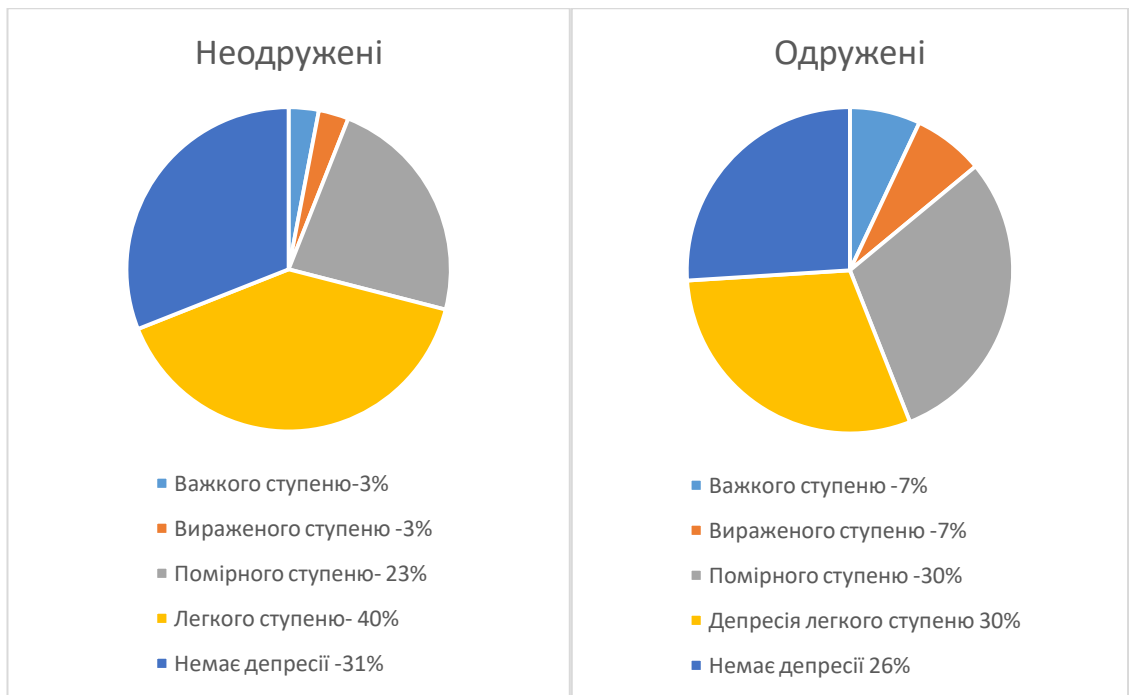


Рис. 2.9. Рівень депресії за категорією «сімейний стан»

Високий рівень тривожності спостерігається в обох категоріях сімейного статусу (одружених та неодружених) у невеликому процентному еквіваленті - 3%. Натомість помірний рівень тривожності виявляється лише серед одружених респондентів, становлячи 10%.

Ці результати можуть свідчити про те, що хоча високий рівень тривожності присутній в обох групах, саме у одружених респондентів більш виражені ознаки помірної тривожності, що може бути пов'язано з додатковими стресовими факторами.

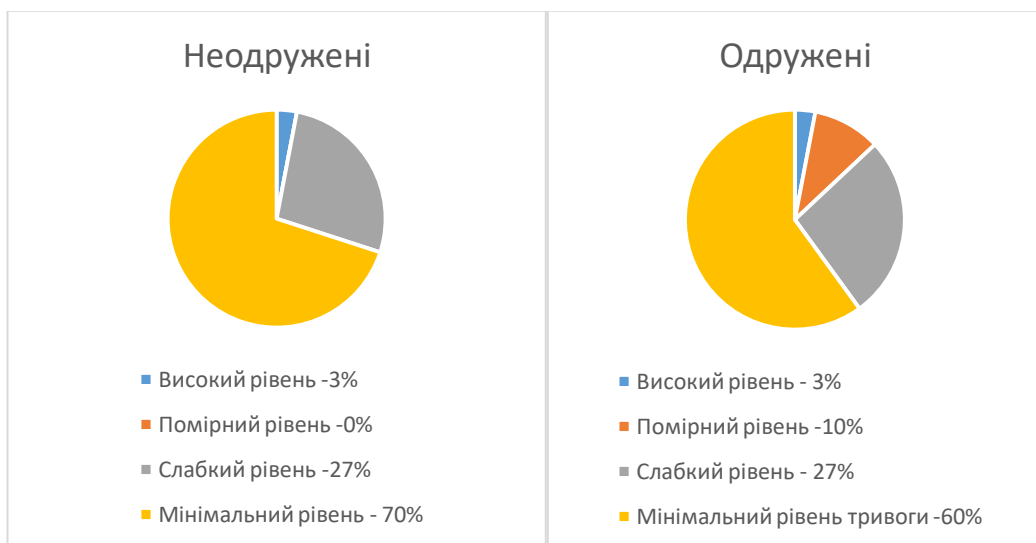


Рис. 2.10. Рівень тривожності за категорією «сімейний стан»

Аналіз діаграм свідчить, що ризики розвитку депресивних, тривожних, ПТСР станів та складність адаптації значно вищі серед заміжніх чоловіків. Це можна пояснити низкою особистих причин, які можуть мати різноманітні прояви в контексті їхнього.

Однією з основних причин є відчуття відповідальності за благополуччя батьківщини, яке посилюється під час розлуки з близькими. Чоловіки можуть переживати сильний емоційний стрес через свою відсутність вдома, що веде до почуття провини чи тривоги щодо сімейного стану.

Крім того, деякі з них можуть сумувати за батьківщиною, особливо якщо дружина поїхала за кордон і забрала дітей, що створює додатковий емоційний тягар.

Інша причина - це можлива руйнація стосунків у сім'ї через тривалу розлуку. Такий досвід може призвести до труднощів у відновленні зв'язків і навіть до почуття ізоляції, що також підвищує ризик розвитку психічних розладів.

Наявність тяжких травм чи ампутацій може викликати у чоловіків чисельні роздуми про своє становище: як це вплине на їхній образ в очах батьківщини, чи спроможні близькі сприйняти їх у новому вигляді, чи будуть вони відчувати себе обтяженням для інших.

Ці фактори разом можуть значно ускладнювати адаптацію одружених чоловіків, збільшуючи ймовірність розвитку тяжких психоемоційних станів, таких як депресія, тривожність та ПТСР.

Наступним етапом нашої роботи став аналіз результатів дослідження за категорією «військовий статус»: 1) мобілізовані – 20 чоловік, 2) добровольці – 34, 3) кадрові – 6.

Як показано на рис. 2.11, мобілізовані мають найвищі середньоарифметичні показники ознак ПТСР порівняно з добровольцями та кадровими військовими.

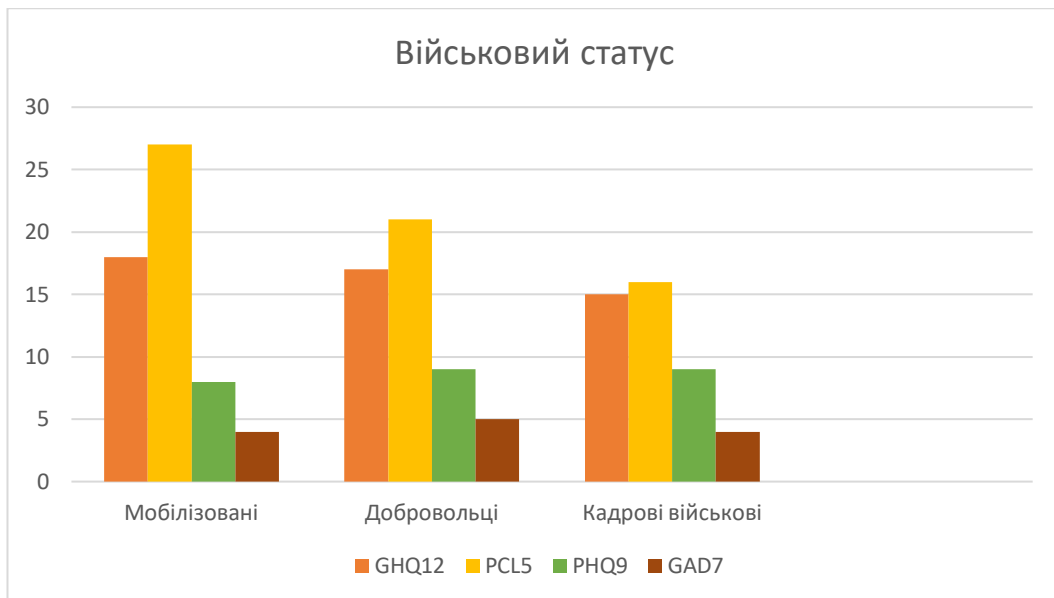


Рис. 2.11. Отримані показники за категорією «військовий статус»

Це свідчить про те, що саме в цій групі спостерігається найбільше кількість респондентів з високим рівнем проявів посттравматичного стресового розладу. Підтвердженням цього є дані, де мобілізовані респонденти демонструють рівень ПТСР на рівні 34%.

Такий результат може свідчити про специфічні стресові фактори, з якими стикаються мобілізовані особи. Мобілізація часто є несподіваним та примусовим кроком, що може створювати додатковий стрес та відчуття невизначеності щодо майбутнього. Відсутність підготовки до війни або постійне переживання за безпеку батьківщини і себе, а також швидка адаптація до війни.

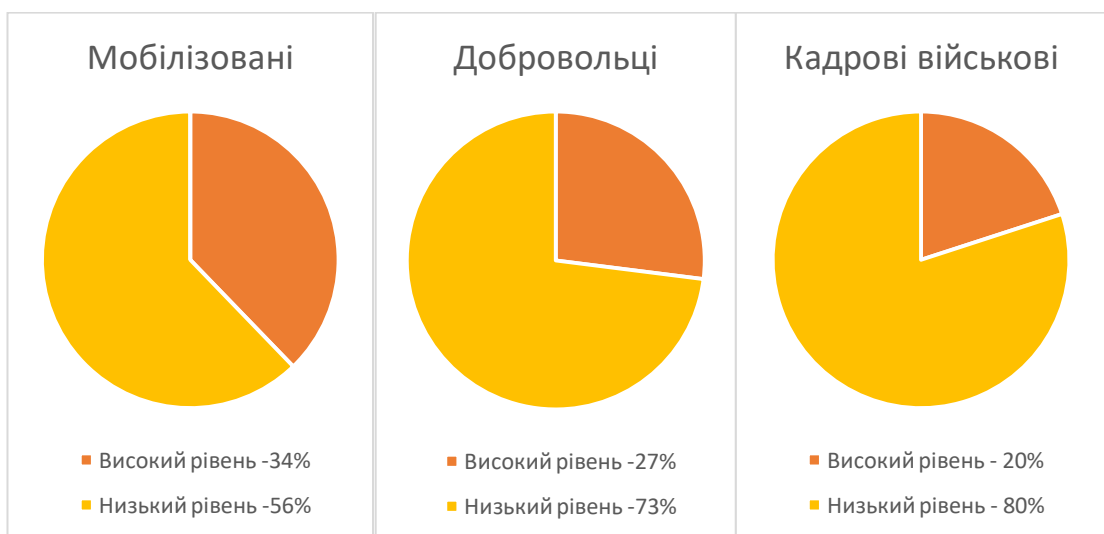


Рис.2.12. Рівень ознак ПТСР за категорією «військовий статус»

Рівень дистресу, що впливає на здатність до адаптації, виявляється досить рівномірним у всіх групах, і знаходиться в межах статистичної помилки через нерівномірність вибірки респондентів. Це може пояснювати відсутність показника «важкий стрес» у категорії «кадрові військові», де 80% респондентів мають показник «значний стрес». Натомість у двох інших групах - мобілізованих та добровольців — ці показники розподіляються по-різному. Для мобілізованих респондентів значний стрес відзначено у 44%, а важкий — у 33%, що вказує на більш виражений дистрес у цій категорії. У добровольців показники виглядають трохи інакше: 38% мають значний стрес, а 40% — тяжкий. Це може свідчити про те, що добровольці у певних ситуаціях можуть бути більш схильними до переживання важкого стресу порівняно з мобілізованими.

Ці відмінності можуть бути результатом різних життєвих обставин, таких як рівень підготовки до служби, очікування від виконуваної ролі, а також особисті мотивації для вступу до військової служби, що впливає на рівень стресу та здатність до адаптації в різних категоріях військових.

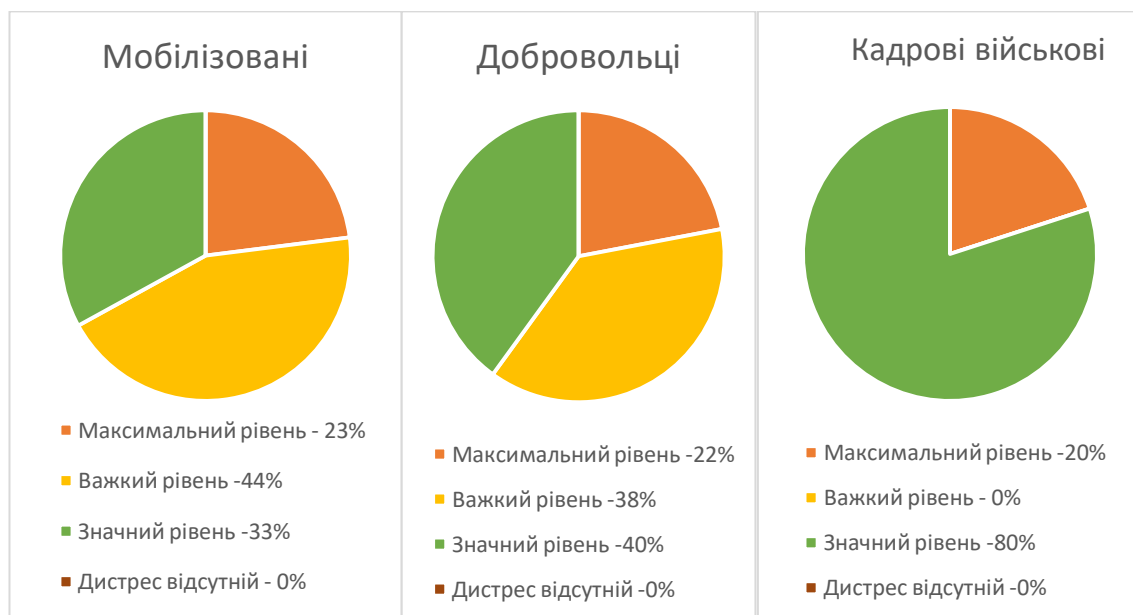


Рис. 2. 13. Рівень дистресу за категорією «військовий статус»

Як показує графік середньоарифметичного рівня депресії (Рис. 2.11), всі категорії респондентів знаходяться майже на одному рівні, що свідчить про схожі загальні показники депресивних станів серед мобілізованих, добровольців та кадрових військових. Однак, якщо звернути увагу на діаграми відсоткового розподілу (Рис. 2.14), можна помітити значні відмінності у розподілі депресії важкого ступеня. Так, депресія важкого ступеня виявляється у 20% кадрових військових, тоді як у мобілізованих та добровольців цей показник значно нижчий.

Такий високий відсоток серед кадрових військових можна пояснити щодо невеликої кількості респондентів у цій категорії: кожен індивідуальний випадок має значний вплив на загальну статистику, і одна людина з тяжкою депресією складає вже 20% від групи.

Що стосується депресії вираженого та помірною ступеня, то в категорії мобілізовані та добровольці ці показники знаходяться майже на одному рівні, що вказує на схожий рівень емоційних труднощів у цих групах. Це може свідчити про подібні стресові фактори, з якими стикаються ці категорії респондентів, незалежно від їхнього статусу (мобілізовані чи добровольці).

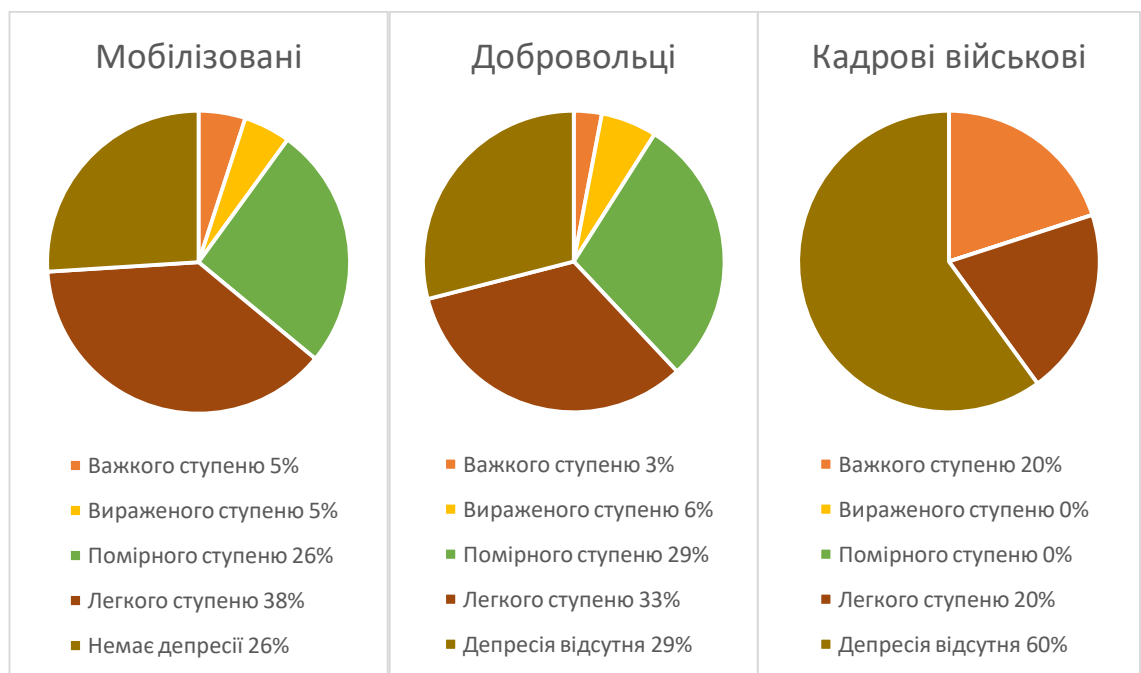


Рис. 2. 14. Рівень депресії за категорією «військовий статус»

Загалом можна зробити кілька висновків щодо розподілу показників у категорії «військовий статус». Кадрові військові, як правило, знаходяться на певній відстані від безпосередньої зони бойових дій, керуючи підрозділами, і тому рідше потрапляють у зону ураження та менше отримують поранення. Це може пояснювати менший рівень тяжких психоемоційних розладів серед них, порівняно з мобілізованими чи добровольцями, які можуть бути більш часто залучені до безпосередніх

Однак, невелика кількість респондентів серед кадрових військових вноситиме значний дисбаланс у загальні показники: одна людина в категорії «кадрові військові» може суттєво змінити статистику. Таким чином, для більш точного аналізу потрібно враховувати більшу кількість респондентів, так як це змінить картину психоемоційного стану військовослужбовців.

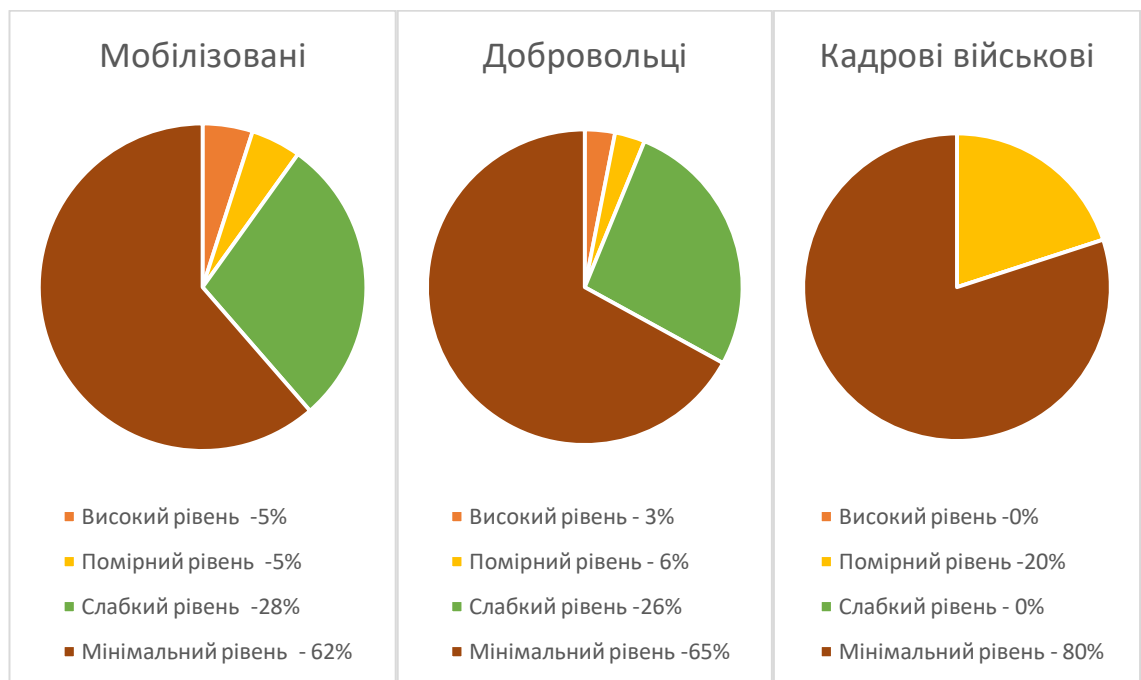


Рис. 2.15. Рівень тривожності. за категорією «військовий статус»

Як видно з аналізу, рівень проявів ПТСР серед мобілізованих є значно вищим порівняно з іншими категоріями — добровольцями та кадровими військовими. Це може свідчити про певні психологічні труднощі, з якими стикаються мобілізовані, що, ймовірно, відрізняються від досвіду

добровольців і кадрових військ. Можна припустити, що мобілізовані, на відміну від добровольців, не обирали службу у Збройних Силах України за власним бажанням. Багато хто з них отримав цей статус під тиском обставин, і не завжди це було особисте рішення. Така ситуація може викликати у мобілізованих додатковий стрес і емоційне напруження, адже вони часто стикаються з внутрішнім конфліктом між особистими переконаннями та зобов'язаннями.

Натомість, добровольці, які ухвалили рішення приєднатися до ЗСУ самотійно, зазвичай більш мотивовані та психологічно підготовлені до військової служби. Кадрові військові, у свою чергу, вибрали службу в армії як професію, і мають певну психологічну підготовку до труднощів, з якими вони можуть зіткнутися.

Отже, різні мотиваційні та психологічні фактори, що визначають мобілізацію чи добровільний вступ на службу, можуть пояснювати різницю в рівнях проявів ПТСР серед цих груп. Мобілізовані, через більший стрес і відсутність власного бажання служити, можуть бути більш схильні до розвитку посттравматичного стресового розладу.

Кінцевим кроком роботи став аналіз результатів дослідження за категорією «термін служби»: 1) до 1 року – 13 чоловік, 2) до 2,5 років – 34 чоловіки, понад 2,5 роки – 13 чоловік.

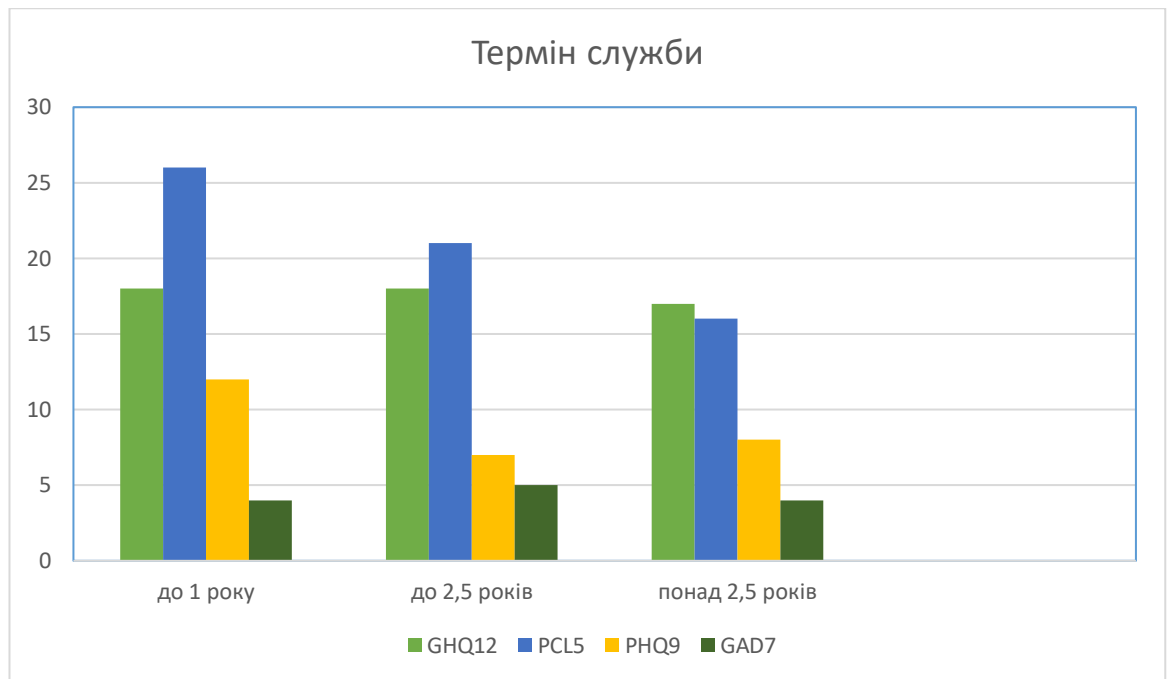


Рис. 2.16. Отримані показники за категорією «військовий статус»

Як видно з рис. 2.16, найбільша різниця у показниках спостерігається саме на рівні ознак ПТСР. Найвищий рівень проявів посттравматичного стрессового розладу відзначається серед військовослужбовців, чий термін служби не перевищує 1 року - 46% респондентів. Це може вказувати на те, що новобранці, особливо ті, хто тільки розпочав службу, найбільше піддаються стресовим факторам, таким як адаптація до нових умов, травматичні події чи бойові зіткнення. У категорії військовослужбовців зі строком служби до 2,5 років цей показник дещо нижчий, складаючи 26%, а серед тих, хто служить понад 2,5 років, рівень проявів ПТСР знижується до 23%. Ці дані можуть свідчити, що з часом, після адаптації до військових умов та накопичення досвіду, військовослужбовці стають психологічно більш стійкими до стресових ситуацій, що знижує рівень ПТСР. Тренування, підтримка колег та поступова звичка до умов служби можуть сприяти покращенню здатності до адаптації. Отже, очевидно, що новобранці або ті, хто має менш ніж річний досвід служби, найбільше піддаються стресу.

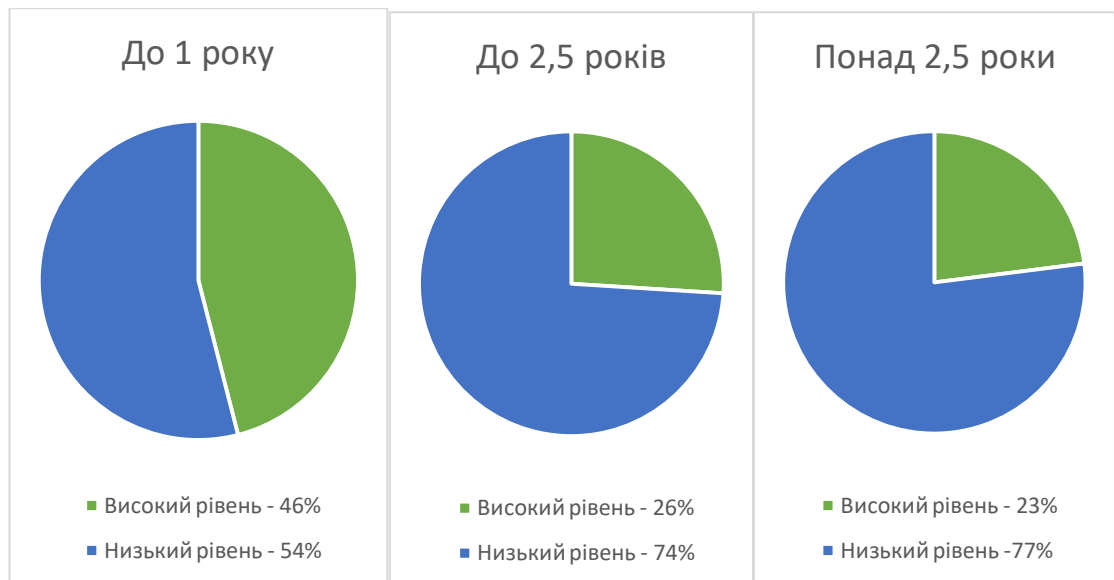


Рис. 2.17. Рівень ознак ПТСР за категорією «військовий статус»

Особливу увагу слід приділити військовослужбовцям, які перебувають на службі перші місяці, оскільки саме у цій категорії спостерігається найвищий рівень дистресу, який досягає 31% (Рис. 2.18). Це свідчить про те, що новобранці, що лише розпочали службу, стикаються з найвищим рівнем стресу, що може бути пов'язане з чисельними факторами адаптації, такими як перехід до нових умов життя, виконання складних завдань.

Середньоарифметичні показники вказують на загальний рівень дистресу серед усіх категорій на схожому рівні. Але насправді виявляється, що саме новобранці через свою недостатню підготовленість і відсутність досвіду найбільше піддаються емоційному та психологічному напруженню.

Підвищений рівень дистресу в цій категорії може бути також пов'язаний з невизначеністю, відсутністю впевненості у своїх силах, тривожністю через майбутні виклики. Цей момент вимагає особливої уваги з боку командування та психологічної підтримки, оскільки на першому етапі служби військовослужбовці найбільш уразливі до стресу.

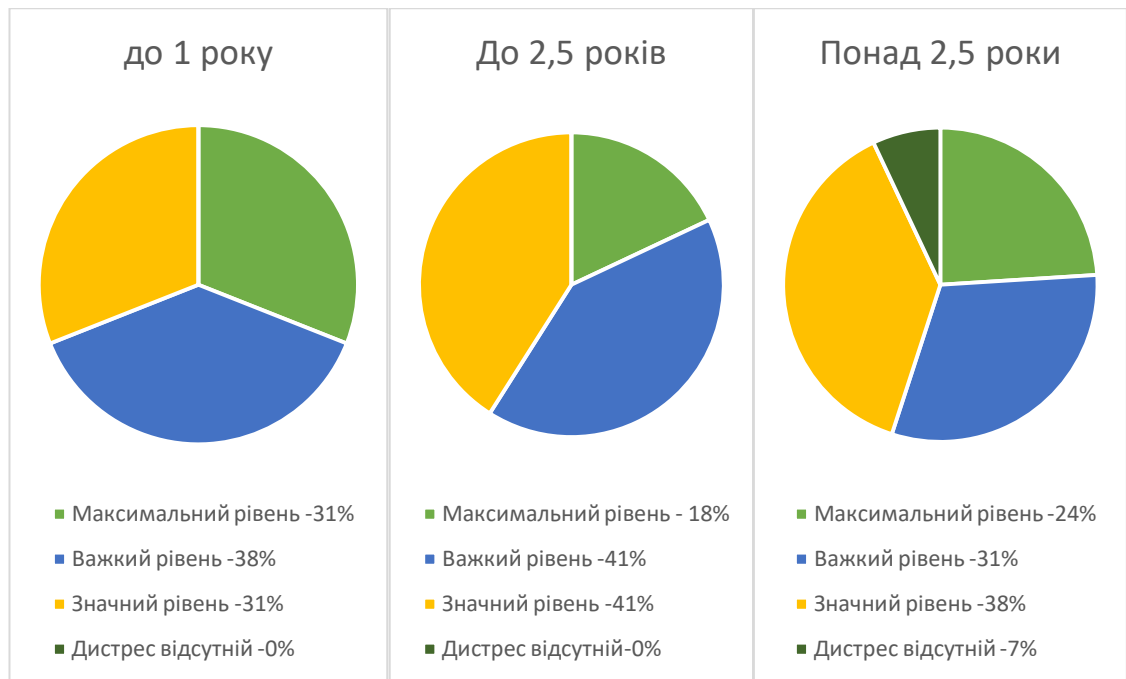


Рис. 2.18. Рівень дистресу за категорією «військовий статус»

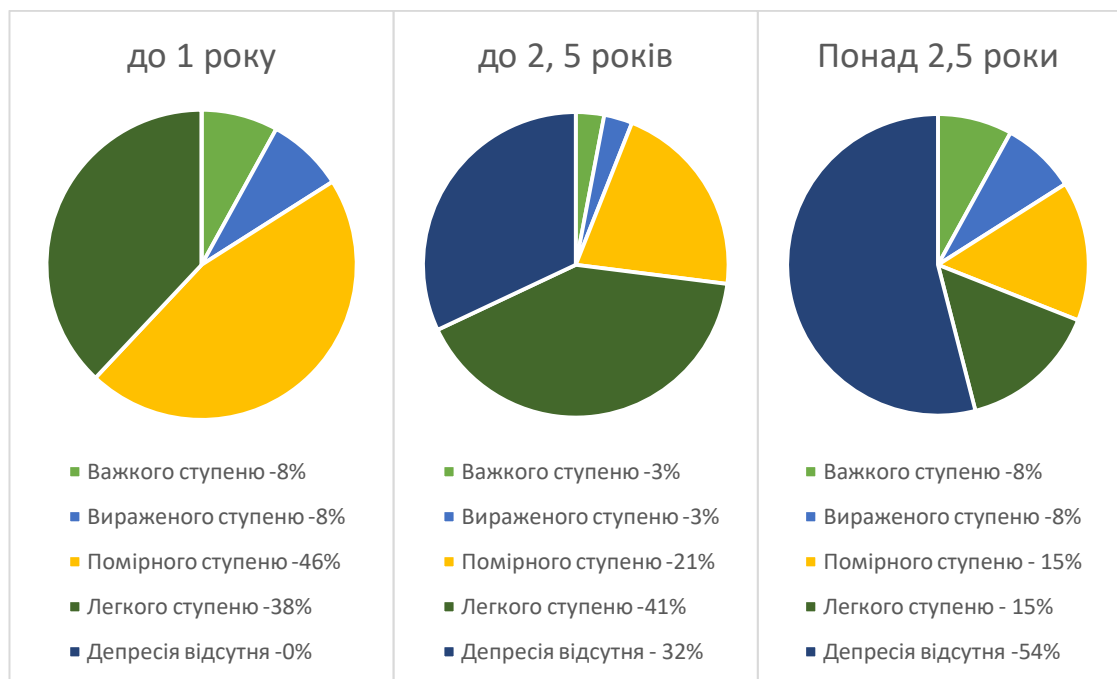


Рис. 2.19. Рівень депресії за категорією «військовий статус»

Середньоарифметичний рівень депресії вказує на більш високий рівень проявів депресивних станів серед військовослужбовців, що служать до 1 року, хоча у відсотковому розподілі кількість респондентів, які мають ознаки депресії важкого та вираженого ступеню, однакова у двох категоріях - по 8%

у кожній (рис. 2.19). Це може свідчити про те, що в обох категоріях присутній високий рівень емоційного напруження, однак відмінності в середньоарифметичних показниках можуть бути зумовлені наявністю інших факторів, таких як загальний стрес від адаптації до служби або різні психологічні реакції на труднощі.

Найбільше респондентів з депресією помірного ступеню зафіксовано в категорії військовослужбовців до 1 року служби, що може бути пов'язано з тим, що новобранці перебувають у періоді адаптації до нових умов життя та роботи, що часто супроводжується емоційною вразливістю і стресом.

Натомість найбільш стабільними щодо депресивних проявів виявилися респонденти категорії понад 2,5 років служби, де 54% опитаних відзначають відсутність депресії. Це свідчить про те, що з часом, після кількох років служби, військовослужбовці зазвичай адаптуються до умов служби, набувають досвіду та психологічної стійкості, що сприяє зменшенню проявів депресивних симптомів. Отже, як показують ці дані, рівень депресії значно знижується з набуттям досвіду і стабільністю на службі, що підтверджує важливість періоду адаптації на початку служби і необхідність надання підтримки військовослужбовцям на цьому етапі.

На діаграмі відсоткового розподілу (рис. 2.20) можна спостерігати аналогічну тенденцію. Високий рівень тривожності відзначається лише серед респондентів служби понад 2,5 роки - 6%. Це може свідчити про те, що військовослужбовці з більшим досвідом служби, можливо, зустрічаються з іншими стресовими факторами, такими як підвищена відповідальність, виконання важчих завдань або довгострокові наслідки попередніх стресових ситуацій, що можуть спричинити вищий рівень тривожності.

Що стосується тривожності помірного ступеня, то її рівень майже однаковий у всіх категоріях. Це свідчить про стабільність середнього рівня тривожності серед військовослужбовців, незалежно від тривалості служби, що може вказувати на загальну схильність до тривожних розладів, що зберігається на певному рівні протягом усієї служби.

Отже, хоча рівень високої тривожності виявляється більш вираженим у старших військових, рівень помірної тривожності є схожим у всіх категоріях, що може вказувати на певні загальні фактори стресу, що присутні на різних етапах служби.

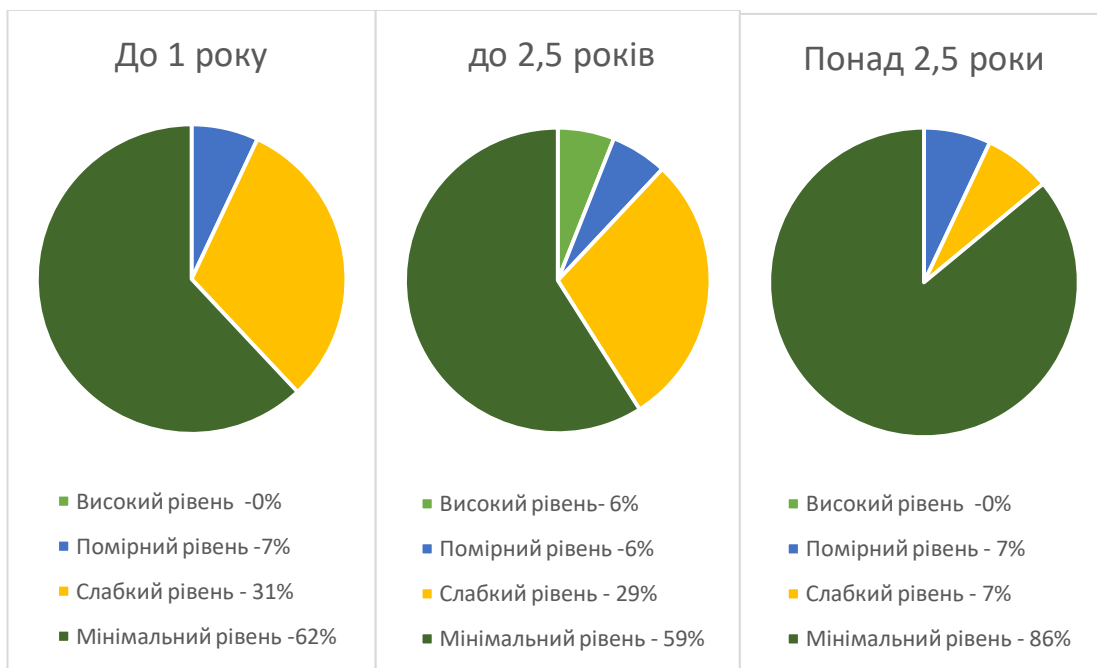


Рис. 2.20. Рівень тривожності за категорією «військовий статус»

Отже, розглянувши категорію «термін служби», можна зробити кілька важливих висновків щодо психоемоційного стану військовослужбовців. Військові, які доєдналися до Збройних Сил України протягом одного року, демонструють значний рівень дистресу в порівнянні з іншими категоріями, а також найбільшу кількість ознак ПТСР. Це можна пояснити тим, що процес адаптації до бойового стресу ще триває, і новобранці можуть бути особливо вразливими до психоемоційних навантажень, що виникають у перші місяці служби. Перехід від цивільного до військового життя, а також безпосереднє участь у бойових діях чи стресові умови на передовій значно впливають на психологічний стан новобранців.

Військовослужбовці з терміном служби до 2,5 років демонструють найбільшу кількість тривожних симптомів. Це можна пояснити тим, що хоча ці військові вже більш адаптовані до умов служби, тривалий час перебування

в умовах війни та стресових ситуацій може викликати тривогу щодо їх подальших перспектив. Вони вже звикли до військових обов'язків і частково адаптувалися, але невизначеність щодо майбутнього, постійний стрес, а також збереження бойових завдань можуть створювати психологічний тиск, який призводить до розвитку тривожних розладів.

Таким чином, кожна з категорій військовослужбовців має свої специфічні психологічні труднощі, що залежать від терміну служби. Важливість надання психологічної підтримки та адаптації на різних етапах служби є ключовою для зменшення негативних наслідків для психоемоційного стану військових.

Отже, аналіз зібраних даних дозволив сформулювати низку висновків щодо проявів різних симптомів серед респондентів, поділених на різні категорії. Однак інтерпретація цих даних не дає змоги класифікувати постраждалих за рівнями важкості відповідно до первинного аналізу.

Середні арифметичні показники всіх респондентів знаходяться в межах середнього та низького рівня важкості, причому цей розподіл є відносно рівномірним по всіх категоріях. Однак, аналізуючи діаграми відсоткового розподілу за рівнями важкості, було виявлено значну кількість респондентів з високим та максимальним рівнем проявів ПТСР, а також високого рівня дистресу, депресії та тривожності.

Це свідчить про те, що узагальнені висновки на основі цих даних є недостатніми. Кожен постраждалий є унікальним, і його потреби повинні бути оцінені індивідуально. Психолог має провести клінічне інтерв'ю, враховуючи не лише вербальні, а й невербальні ознаки. Стан постраждалого визначається не лише кількісними факторами (такими як вік, сімейний стан, військовий статус, термін служби), але й іншими, більш складними аспектами, що не піддаються кількісному вимірюванню: індивідуальними особливостями військовослужбовця, рівнем його військової підготовки, здатністю до резильєнтності та копінг-стратегіями, якими він користується.

Значний вплив мають також зовнішні фактори, які не залежать від самого військовослужбовця: інтенсивність бойових дій, рівень злагодження підрозділу, авторитет керівного складу тощо. Кожен військовослужбовець потребує підтримки з боку психолога, хоча міра цієї підтримки варіюється. Однак робота з підтримки, допомоги в адаптації, зниження рівня стресу та забезпечення базових потреб є спільною відповідальністю не лише психолога, а й усього соціума.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА ПСИХОЛОГІЧНОЇ СУПРОВОДУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ НА ЕТАПІ РАННЬОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

3.1. Обґрунтування програми психологічного супроводу на етапі ранньої реабілітації

Наші практичні результати наочно доводять, що в роботі з військовими, психологу-практику нової генерації, варто зосередити значну частину зусиль на здатності вивчити індивідуальні особливості постраждалого.

З цього приводу варто зазначити, що робота психолога на етапі ранньої реабілітації має свої особливості. Значною мірою це залежить від стану клієнта, відсутністю конфіденційності та коротким терміном перебування в закладі спеціалізованої допомоги. Важко налагодити контакт або поговорити про особисті проблеми в присутності великої кількості людей. Це накладає свій відбиток і на діагностику і на роботу психолога. Одні постраждалі не хочуть демонструвати слабкість і при опитуванні занижують рівень своїх проблем, або відмовляються від допомоги взагалі, інші, навпаки, демонструють їх назагал, привертаючи до себе увагу. Відсутність конфіденційності створює великі перешкоди в роботі психолога.

Ще однією великою проблемою є надзвичайно мала кількість штатних психологів у спеціалізованих закладах. Дане дослідження показало, що всі постраждалі мають, принаймні, середній рівень дистресу. Якщо звернути увагу на відсоткові діаграми, то ми можемо бачити велику кількість військових з проявами депресії різного ступеню, тривожності, ознаками ПТСР. Травма військовослужбовця це не просто «травмуюча подія», це травма, яка триває до 2 років, а подекуди й більше. Зіткнення зі смертю, чи то особистою, чи когось іншого, стає одним із найважчих випробувань у житті кожної людини, навіть якщо був час для моральної підготовки. Подібний

досвід часто провокує відчуття потужного страху, жаху та безпорадності, як у момент травматичної події, так і після неї [11].

Безпосередня участь у бойових діях є предиктором для виникнення та формування травматичних стресових розладів. Перше, що трапляється, коли людина переживає психічну травму, котра безпосередньо загрожує її життю – це гостра стресова реакція. Ця реакція виникає протягом декількох годин чи днів після події й зберігається до одного місяця [60].

Раптова, інтенсивна реакція може виявлятися у формі звужування поля свідомості, станом розгубленості, втрати орієнтації, проявами паніки, а також психомоторним збудженням чи, навпаки, ступором. Також можуть спостерігатися проблеми з пам'яттю (мнестичні розлади) та інші психопатологічні симптоми, які часто безпосередньо відтворюють зміст травматичної події [10]. Зазвичай ці симптоми розвиваються та зберігаються не більше кількох годин і завершуються, як правило, настанням сну або станом виснаження. Проте, якщо на цій стадії виникають ознаки депресії, нав'язливі страхи (обсесивно-фобічні стани) або порушення сну, вони можуть мати стійкий характер і тривати від кількох тижнів до кількох місяців. Після того, як фаза гострої реакції на стрес минає, настає проміжний період, що триває приблизно від 5 до 30 днів. У цей час у клінічній картині переважають скарги на загальну кваліть, мігрені, проблеми зі сном, надмірну стурбованість власним здоров'ям (іпохондрія), підвищену тривожність, внутрішнє відчуття напруги, а також зниження активності в цілому, особливо в соціальній сфері.

У цей період потерпіла особа нерідко знову й знову обмірковує можливість повторення небезпечних ситуацій, активно аналізує новини та різноманітні інформаційні ресурси. Побут стає значно простішим, а вся увага концентрується на запобіганні загрозам. Типовим проявом є ментальний перегляд клієнтом своїх дій під час кризи, коли особисті вчинки порівнюються з прийнятними для нього етичними нормами [11].

Умовно, після пережитої травмуючої події, можна визначити два можливі сценарії розгортання ситуації: 1) людина, яка набула цього

травматичного досвіду, визнає його існування для себе і з часом переробляє його: знаходить дієві та конструктивні методи для його подолання; 2) вона ухиляється від визнання факту травматичної події, намагається її «стерти» зі свідомості, витісняючи зі свідомого, і застосовує деструктивні стратегії вирішення, що проявляються у вигляді відкладених симптомів стресових реакцій.

Саме тому так важлива робота психолога на етапі ранньої реабілітації. Вона спрямована на повернення військовослужбовця до адаптативного рівня функціонування, має запобігти психопатології та знизити негативний вплив травматичної події. Основними цілями є стабілізація стану (купірування наростання дистресу), зняття або зменшення гострих симптомів дистресу і відновлення адаптативного незалежного функціонування.

3.2. Рекомендований контент роботи з військовослужбовцями

Головною метою психолога на етапі ранньої реабілітації є допомогти клієнту впоратися з травмою, пристосуватися до нової ситуації, повернутися до колишнього рівня функціонування. На нашу думку важливо врахувати наступне в психологічній роботі з військовослужбовцями:

1. Активне слухання, яке допоможе психологу налагодити контакт з клієнтом, встановити довірливі стосунки, краще зрозуміти стан постраждалого, не тільки вербально, але й невербально (позу, міміку, особливості мовлення тощо). Активне слухання - це особливий комунікаційний підхід, який вимагає цілеспрямованої та пильної уваги до особи, з якою спілкуєшся. Основна мета цього підходу - якомога повніше й точніше осягнути висловлене, а також розпізнати почуття та справжні наміри мовця. Така стратегія є ключовим елементом успішної взаємодії між людьми, оскільки вона закладає основу для взаєморозуміння, побудови довіри та забезпечує взаємну підтримку між сторонами діалогу [14].

Ключові складові активного слухання:

- сфокусованість на особі, що говорить. Афективне сприйняття інформації вимагає повного концентрування на партнері по діалогу. Це означає, що уважний слухач має повністю відсторонитися від сторонніх міркувань, не відволікатися на інші заняття та уникати внутрішнього аналізу чи оцінювання озвученого;

- словесна та несловесна підтримка. Слухач повинен виражати свою зацікавленість не лише через фрази, але й за допомогою невербальних знаків. Сюди можна віднести нахили голови, прямий зоровий контакт, розслаблену поставу та інші немовні прояви, що підтверджують залученість до розмови;

- повторення суті та запити на деталізацію. Суттєвою частиною процесу активного слухання є здатність людини повторити висловлене своїми словами або попросити партнера прояснити деякі моменти. Це допомагає уникнути можливих непорозумінь та гарантує точне засвоєння інформації;

- здатність до співпереживання. Активне сприйняття включає не лише розуміння буквального значення слів, а й співчуття емоційному стану співрозмовника. Емпатія дозволяє слухачеві подивитися на ситуацію очима іншої людини, забезпечуючи глибше усвідомлення її відчуттів та досвіду;

- віддзеркалення почуттів. Слухач має вміти відображати емоції партнера, висловлюючи своє розуміння його внутрішнього стану через фрази типу: «Я бачу, що ви засмучені...», «Схоже, що ви відчуваєте певне розчарування...» тощо.

Ця дія підкреслює увагу до емоційної сторони спілкування. Необхідно допомогти постраждалому висловити свої почуття, пов'язані з пережитою подією. Часто військовослужбовці переповідають обставини поранення та процес евакуації декілька разів і кожному, хто готовий їх вислухати. Часто ці події обростають новими подробицями, стають більш детальними, але з кожним разом клієнту все легше про них говорити. Він, ніби, дистанціюється від подій, щоб зрозуміти, що сталося. Важливо уважно вислухати, допомогти йому оплакати свої втрати. Потрібно дати постраждалим відчуття, що вони

можуть говорити вільно, переповідати свою історію стільки разів, скільки їм потрібно, не боячись, що співбесідник засудить їх, або вважатиме їх надокучливими.

2. Інформування та психоедукація. Психоедукація (психологічна просвіта чи психоосвіта) полягає у розкритті та обґрунтуванні перед аудиторією важливих даних стосовно ментального благополуччя, психологічних труднощів та їхнього впливу на індивіда [26].

В спеціалізованих закладах іноді ігнорується процес інформування постраждалих (про особливості поранення, етапність надання допомоги, можливі наслідки чи ускладнення). Невідомість та невизначеність викликає тривожність, страхи, депресію, відчуття неконтрольованості над власним життям та тілом. Страх невизначеності та нерозуміння своїх перспектив стимулює постраждалих шукати відповіді в некомпетентних джерелах або домислювати негативні сценарії розвитку подій.

Щоб стати повноцінним учасником процесу одужання, постраждалий повинен знати, що буде відбуватися з його тілом. Поінформованість заспокоює і дає можливість планувати подальші дії та кроки, які сприятимуть покращенню самопочуття, стабілізації психоемоційного стану, зціленню та адаптації. Було б добре, якби цю частину інформування брали на себе інші члени мультидисциплінарної команди -лікарі або медсестри, але психологу медичного закладу бажано розуміти загальні етапи лікувального процесу і вміти пояснити це клієнту не вдаючись в деталі.

Серед соматичних проявів найбільш часто зустрічалось порушення сну – у 80% військовослужбовців. У багатьох випадках порушення сну є наслідком психогенного фактора або одним із симптомів іншого психічного чи фізичного розладу. Під час опитування постраждалого зі скаргами на порушення сну слід з'ясувати, в чому конкретно проявляються ці порушення:

- чи виникають труднощі з засинанням;
- чи бувають пробудження вночі та чим воно викликане;
- чи має місце пробудження дуже рано, як швидко настає сон;

- скільки часу клієнт проводить в ліжку порівняно із загальною тривалістю сну;
- чи спить вдень.

Необхідно запитати у постраждалого про те, коли почалося безсоння, як змінювався сон, які, на думку військового, причини порушень сну як воно впливає на самопочуття та наскільки вираженими є рівень втоми [34].

Важливою частиною протидії безсонню є психопросвітні сесії з клієнтом щодо гігієни сну, а саме:

- лягати спати в один і той самий час, бажано о 22.00;
- світло в кімнаті має бути вимкненим;
- провітрити приміщення перед сном;
- якщо фізичний стан дозволяє зробити невелику прогулянку перед сном,
- обмежити перегляд інформаційних сайтів, які можуть викликати збудження або тривогу;
- не переїдати на ніч;
- не зловживати енергетиками впродовж дня, особливо ввечері;
- одяг має бути зручний та просторий;
- при необхідності за годину до сну зробити знеболююче, щоб біль не заважав відпочинку;
- прослухати заспокійливу музику чи аудіозаписи психологічної релаксації.

Якщо ці методи не допомагають, можна дати рекомендацію звернутися до профільного спеціаліста.

Біль як стресогенний чинник впливає не тільки на фізичний стан, виснажуючи постраждалого, а також на психічний стан, викликаючи у нього тривогу, депресію. Важкі поранення або поранення з ускладненнями часто потребують довготривалого лікування. Науково доведено, що недостатня кількість знеболення в гострій фазі може викликати трансформацію гострого болю в хронічний, збільшити чутливість сенсорних нейронів. Поява фантомних болей також пов'язують з недостатнім знеболенням на початкових

стадіях. З часом такий біль може стати психогенним. Психоедукація щодо видів болю та адекватного знеболення, ведення щоденника болю, практики відволікання уваги, вправи на релаксацію можуть змінити ситуацію на краще.

Порушення харчової поведінки може бути одним із симптомів гострого стресового розладу, але незбалансоване харчування може негативно впливати і на процес фізичного одужання. Шкідлива їжа впливає не тільки на весь організм в цілому, а на загоєння ран безпосередньо. Занадто солена їжа провокує затримку рідини в організмі, появу набряків. Солодощі, солодкі газовані та негазовані напої стимулює викид інсуліну, що погіршує загоєння ран. Енергетичні напої порушують сон та негативно впливають на серцево-судинну систему. Вся ця «нездорова їжа» створює додаткове навантаження на печінку та підшлункову залозу, що призводить до інтоксикації. Освітні сесії мають на меті допомогти клієнту зрозуміти, що їжа це не тільки задоволення базової потреби, це й частина лікувального процесу, джерело енергії, вітамінів та мікроелементів.

Заміна психотерапії чи медикаментозного втручання освітніми сесіями з психоедукації є неможливим. Проте, вони значно покращують налаштованість постраждалих осіб на взаємодію, а також надають можливість членам сім'ї психологічно адаптуватися до становища та зміцнити їхню функцію у терапевтичному процесі [57].

Психоедукація є обов'язковою складовою консультаційної роботи, забезпечуючи особі інформацію щодо методів подолання наслідків травмуючого досвіду. Роль консультанта/терапевта у цій діяльності полягає не просто у передачі відомостей: пояснити клієнту, що саме з ним відбувається, або у чому суть його проблеми (чи то розладу, хвороби, чи кризи), а також навчити, як правильно оперувати цією отриманою інформацією. Інакше кажучи, потрібно не лише донести відомості, але й стимулювати механізми, що сприятимуть формуванню адаптивних форм поведінки (розв'язанню наявної проблеми) [13].

Невід'ємною складовою психоедукації є опанування методів емоційного та психологічного розвантаження, самокерування та самовідновлення (зокрема, самоконтроль, фізичні вправи, дихальні техніки та аутогенні тренування, прийоми прогресивної м'язової релаксації, методики творчої візуалізації, різноманітні практики медитації). Здійснення просвітницької роботи з психології, спрямованої на розуміння реакції психіки на складні, психотравмуючі інциденти. Надання військовослужбовцям знань для ідентифікації психічних порушень; тренування навичок саморегуляції; психологічне інформування особового складу щодо потенційних психологічних наслідків участі в бойових діях та шляхів їх мінімізації [3].

Мета психоедукації для постраждалого – краще зрозуміти і навчитися справлятися з хворобою, а також сприяти виявленню та залученню сильних особистісних властивостей постраждалого, його ресурсів і навичок подолання кризових станів для уникнення рецидиву і покращення здоров'я і благополуччя на довгостроковій основі, оскільки з кращим знанням постраждалого про свою хворобу, він краще може жити з цим станом.

Основні елементи психоедукації:

- передача інформації (симптоматика порушення, причини, прогноз, лікування і побічні дії ліків).
- емоційна розрядка близьких постраждалого (розуміння ними сприяння одужанню, обмін досвідом з іншими особами, дотичними до життя та лікування постраждалих, соціальні контакти тощо);
- пояснення доцільності дотримання регулярного медикаментозного чи психотерапевтичного лікування, оскільки кожна співпраця та комплаєнс сприяють покращенню психічного та соматичного здоров'я і підтримують постраждалого.
- допомога у виробленні навичок самодопомоги (наприклад, навчання, як оперативно виявляти ознаки маніфестація хвороби чи кризових ситуацій у постраждалого, і які кроки слід зробити, щоб сам клієнт чи його близькі були у змозі надати першу допомогу: медичну, психологічну, соціальну.

3.Техніки релаксації. Техніки розслаблення - це набір прийомів, які сприяють зниженню градусу напруги та стресу, а також поліпшенню загального фізичного і душевного самопочуття. До їхнього складу входять різноманітні підходи, наприклад, дихальні практики, візуальні медитативні вправи, чи послідовне розслаблення м'язів. Хоча кожна з цих методик має свої відмінні риси та конкретні деталі, їхня спільна головна мета - досягнення зменшення внутрішньої напруги та повернення особистої рівноваги. Такі методи допомагають не просто відчувати спокій і позбутися стресових проявів, але також мають суттєве значення для підйому загального рівня здоров'я.

Якщо регулярно застосовувати методики розслаблення, це має потенціал значно підвищити рівень життєвих сил, нормалізувати режим сну, зменшити ймовірність виникнення хвороб, спровокованих стресом, і покращити психоемоційний стан [51].

«Метелик»

Розташуйтеся комфортно. Стуліть повіки. Ліву кінцівку помістіть на протилежне, праве плече, а праву ж кінцівку – на ліве. Візьміться до регулярного почергового легенького постукування по вашим плечам. Дозволяється додати тихий музичний супровід упродовж цієї вправи. Тривалість цієї дії – не більше 120 секунд [55].

Контроль-дихання

Влаштуйтеся комфортно, дайте м'язам обличчя відпочити. Цілком видихніть повітря. На рахунок один-два-три-чотири зробіть вдих. Затримайте дихання, рахуючи до чотирьох. Зробіть повний видих. Ключовий момент! Розпочинати цю вправу слід з повного видиху. Повторюйте не більше трьох разів, щоби запобігти гіпервентиляції легень та уникнути можливого запаморочення [23].

Чи, наприклад, квадратне дихання

Сядьте в зручне положення. Заплющіть очі, зробіть глибокий вдих впродовж 4-х секунд, затримайте повітря впродовж 4-х секунд, видихайте впродовж 4-х секунд. Продовжуйте вправу до тих пір, поки не відчуєте

повної розслабленості та заспокоєння. Вправу потрібно виконувати не більше 10 хвилин[18].

Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном.

Послідовна м'язово-нервова релаксація за методом Едмунда Джекобсона полягає у черговому скороченні, а потім розпуску різних м'язових груп. Виконання цієї техніки рекомендується двічі на день протягом мінімум двох тижнів. Алгоритм виконання вправи завжди однаковий: спочатку слід викликати напругу у конкретних м'язах; потім усвідомити й відчути цю напругу; після цього розслабити м'язи; і, нарешті, сфокусувати увагу на різниці між відчуттями спокою та напруженості. Щоразу особа поперемінно напружує і розслабляє окремі ділянки м'язів (наприклад, шия, верхні кінцівки, плечовий пояс, ноги, тощо). Після двох тижнів практики відбувається навчання одночасному розслабленню кількох м'язових груп, а з часом – і всього тіла. Ця методика потребує щоденного виконання і визнана високоефективною [59].

Техніка «безпечне місце»

Місце, де відчуваєшся захищено, - це місце, яке ми можемо створити в думках або відшукати у фізичному просторі; місце, куди ми подумки переносимося, щоб відчути спокій, затишок і цілковите розслаблення. Це може бути як цілком вигаданий світ, так і реальний куточок - зручне місце вдома чи якесь приємне місце на природі. Зверніть увагу на все, що його наповнює: які там об'єкти, що ви чуєте, які аромати відчуваєте та що відчуває ваше тіло - усе, що сприяє вашому розслабленню й душевному спокою. Можливо, це особливий запах, ваш улюблений відтінок або ж тепло сонячних променів, що вас огортає.

Алгоритм дій: спочатку створіть детальний образ цього безпечного місця у вашій свідомості: уявіть його, зосереджуючись на всіх елементах, що вас заспокоюють; максимально залучайте ваші органи чуття, щоб якомога чіткіше відчути звуки, запахи та фізичні відчуття простору; регулярно

практикуйте "вхід" у це своє безпечне місце; уявіть, як ви потрапляєте туди, і дозвольте собі ментально заспокоїтися.

Застосовуйте цей метод щоразу, коли відчуваєте надмірне напруження, коли вас охоплює стрес або тривога. Це допоможе вам відчути підтримку, затишок та захищеність у хвилини негараздів.

Ця практика особливо цінна для тих, хто має проблеми з тривогою, переживає сильний стрес, має прояви ПТСР, і її можна інтегрувати в загальну стратегію терапії різних психологічних порушень[20].

4. Сеанси біосугестивної терапії. Біосугестивна терапія - це психотерапевтичний метод, який ґрунтується на поєднанні біологічних і сугестивних механізмів відновлення психофізіологічного стану людини. Суть підходу полягає в активізації природних ресурсів організму через цілеспрямовану вербальне та невербальне навіювання у стані легкого трансу. Метод належить до напрямів психосоматичної реабілітації, які поєднують елементи класичної сугестивної терапії, аутогенного тренування та тілесно-орієнтованих практик. Біосугестивна терапія виникла у другій половині ХХ століття на стику медицини, нейропсихології та гіпнотерапії. Її розроблення пов'язане з пошуками інтегративних способів впливу на психіку та фізіологію через модифікацію тілесних реакцій (дихання, м'язовий тонус, серцевий ритм) у поєднанні з позитивними словесними формулами. У процесі терапії клієнт навчається саморегуляції, тобто здатності впливати на свій стан за допомогою навіювання, дихальних і концентраційних технік.

Основна мета біосугестивної терапії - зменшення психоемоційного напруження, тривожності, соматичних проявів стресу та нормалізація психофізіологічного балансу. На відміну від традиційних медикаментозних методів, цей підхід спрямований не на усунення симптомів, а на відновлення природних механізмів саморегуляції через взаємодію психічних і фізичних процесів. Дослідження останніх десятиліть засвідчують, що біосугестивна терапія має високу ефективність при роботі з: посттравматичними стресовими розладами (ПТСР); психосоматичними розладами (гіпертонія, виразкова

хвороба, мігрень, тощо); тривожно-депресивними станами; реабілітацією військових та цивільних осіб після психотравмуючих подій.

Клінічні спостереження та емпіричні дослідження показують, що після курсу біосугестивної терапії у більшості клієнтів знижується рівень тривожності, покращується сон, нормалізуються вегетативні реакції, підвищується суб'єктивне відчуття контролю над власним тілом і емоціями.

Ефективність методу пояснюється тим, що сугестивний вплив активує психонейроендокринні механізми, а тілесна релаксація створює оптимальні умови для перебудови нервової регуляції. Унаслідок цього відновлюється адаптаційна здатність організму та формується новий рівень психоемоційної стабільності.

Біосугестивна терапія є перспективним напрямом психологічної реабілітації, зокрема у сфері роботи з ветеранами та учасниками бойових дій, які потребують м'яких, безмедикаментозних методів корекції постстресових станів. Її інтеграція в комплексні програми психотерапевтичного супроводу сприяє підвищенню ефективності відновлення психічного здоров'я та покращенню якості життя пацієнтів.

5. Використання мобільних додатків. Мобільні додатки та інтернет-сайти можуть як нанести шкоду, так і покращити стан постраждалих. Все залежить від якості підбраного матеріалу. Але існують мобільні додатки, які були створені для ветеранів та ветеранок. Вони полегшують повернення до цивільного життя, допомагають стабілізувати свій стан та дізнатись про основи психологічної самодопомоги. Можливо навіть звернутись з питаннями до фахівців. Це так званий «помічник, «психолог» під рукою».

В додатках пропонуються просвітницькі матеріали про психічне здоров'я і вправи для самодопомоги; інформація про тривогу, наслідки легкої черепно-мозкової травми, хронічний біль, поганий сон, депресію, нав'язливі думки; вправи для роботи зі складними емоціями та думками, важким досвідом, наслідками контузії, власним тілом; «стоп кнопка», яка допомагає стабілізувати стан, якщо людину «накриває»; аудіо чи відеоматеріали, які

вчать дослухатись до свого тіла й відчуттів (є можливість обрати голос); корисні контакти (лінії кризової підтримки та індивідуальні психологічні консультації); трекер настрою, можливість записувати свої думки та стани, ставити нагадування. Застосунки, як правило, безкоштовні і вони дозволяють залишатись користувачу анонімним, і вказуються персональні дані лише за бажанням. Попри те, що цільовою аудиторією таких застосунків мали би бути ветерани, ними користуються багато людей, які потребують цього.

Корисною опцією є використання аудіофайлів з медитативними техніками. Прослуховування аудіо в навушниках може допомогти клієнту зосередитися на власних відчуттях, сконцентруватися не на зовнішніх подіях, а на внутрішніх процесах.

Матеріали, де є психоедукаційна інформація корисних посилань, дозволить покращити психоосвіту через візуалізацію, мати при собі джерело корисної інформації, якою можна користуватися при потребі [43].

На етапі ранньої реабілітації психолог стикається з низкою викликів, які накладають певні обмеження в його роботу. Це важкий стан постраждалих після поранення, фізичне та психологічне виснаження. Багато постраждалих потребують ряд оперативних втручань, що викликає страх, тривогу, больові відчуття. Обмеження в особистому просторі, відсутність конфіденційності, необхідність адаптуватися до нових умов, нових правил, нового колективу, а іноді, і до нового вигляду тіла, викликає у постраждалих роздратування, агресію, або навпаки, апатію та депресію. З огляду на нетривалий час перебування постраждалих в медичних закладах спеціалізованої допомоги (близько місяця) та недостатню кількість штатних психологів, можливості останніх вкрай обмежені. Проте, надання психологічної допомоги на етапі ранньої реабілітації є вкрай важливим моментом. Вислухати постраждалого, пояснити йому процеси через які він проходить, навчити технікам самодопомоги – це шлях, який дозволить не тільки стабілізувати стан постраждалого, а й спонукає його стати активним учасником процесу одужання, повернути йому відчуття контролю над своїм життям. Від того,

наскільки якісно була надана перша психологічна допомога, багато в чому буде залежати ймовірність розвитку ПТСР та бажання постраждалого звернутися за психологічною допомогою в подальшому.

ВИСНОВКИ

Використання сучасних технічних засобів і тактики ведення бойових дій сприяє зростанню числа складних травм, підвищенню їх важкості та, як наслідок, гостру нестачу кваліфікованих спеціалістів, здатних працювати з військовими травмами.

У ситуації, коли одночасно надходить велика кількість військовослужбовців, які потребують психологічної підтримки, надзвичайно важливо оптимізувати розподіл наявних людських ресурсів з метою забезпечення максимальної ефективності надання допомоги.

Основою цієї кваліфікаційної роботи стало припущення про можливість розподілу постраждалих за рівнями складності психологічних порушень, спираючись на аналіз первинних даних. Для перевірки цієї ідеї було проведено дослідження на базі чотирьох спеціалізованих установ.

Нашими респондентами стали 60 військовослужбовців чоловічої статі віком від 20 до 56 років. Оцінка проводилася за чотирма категоріями: вік, сімейний стан, військовий статус та термін служби.

Дослідження, що було спрямоване на виявлення кореляцій між соціально-демографічними факторами (вік, сімейний стан), професійними факторами (військовий статус, термін служби) та психологічним станом респондентів, їх резильєнтністю та здатністю до адаптації, мало на меті розробити систему, яка б дозволила на основі первинних даних здійснити розподіл постраждалих за рівнями складності психологічного стану.

За результатами дослідження середньоарифметичні показники перебувають в межах середнього та низького рівня, причому цей розподіл є відносно рівномірним серед усіх категорій. Проте, аналізуючи діаграми відсоткового розподілу за рівнем важкості, було виявлено значну кількість респондентів, які демонструють максимальний і високий рівень проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), дистресу, депресії та тривоги.

Це свідчить про те, що узагальнені висновки на основі цього аналізу є недостатніми. Кожен постраждалий є унікальним і потребує індивідуальної діагностики. Психолог має провести клінічне інтерв'ю, враховуючи не лише вербальні, а й невербальні ознаки. Стан постраждалого залежить не лише від факторів, які можна кількісно оцінити (вік, сімейний стан, військовий статус, термін служби), а й від численних інших факторів, що не піддаються вимірюванню: індивідуальні особливості військовослужбовця, рівень його військової підготовки, рівень резильєнтності, стратегії копінгу. Крім того, значний вплив мають фактори, які не залежать від самого військовослужбовця: інтенсивність бойових дій, рівень злагодження підрозділу, авторитет керівного складу тощо.

Однак надання психологічної допомоги на етапі ранньої реабілітації є надзвичайно важливим аспектом. Вислуховування постраждалого, пояснення йому процесів, через які він проходить, навчання технікам самодопомоги – все це допомагає не лише стабілізувати стан постраждалого, а й спонукає його активно долучитися до процесу одужання, відновлюючи відчуття контролю над власним життям. Якість наданої первинної психологічної допомоги значною мірою визначатиме ймовірність розвитку ПТСР і готовність постраждалого звертатися за подальшою психологічною підтримкою.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анохіна В. Когнітивно-поведінкова терапія: що треба знати про цей напрям психотерапії. URL: <https://mentoly.com.ua/blog/cbt>.
2. Борисова О. О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції. DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.1>.
3. Бучок Ю. С. Віддалені прояви посттравматичного стресового розладу: особливості клініки, формування та комплексного лікування. *Український вісник психоневрології*. Т. 22, вип. 3 (80), 2014. С. 42-47.
4. Вільямс М., Пойюла С. ПТСР: робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки, 2023.
5. Визначення віку, з якого особа може вважатися особою похилого віку: огляд міжнародного досвіду та національні практики. URL: <https://www.prostir.ua/wp-content/uploads/2018/>.
6. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков І. Р. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Навчальний посібник. Київ: «Медицина», 2023.
7. Герберт К. Розуміти травматичний досвід. Путівник для безпосередніх учасників та їх родин. Львів: «Свічадо», 2015.
8. Герман Дж. Психологічна травма та шляхи до видуження: наслідки насильства - від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2019. 424 с.
9. Гершанов О. Основи роботи з травмою. URL: <https://rm.coe.int/ptsdkr/1680a0a10b#:~:text=%D0>.
10. ГО Український психологічний ХАБ. Психологічна енциклопедія. URL: <https://www.psykholoh.com/post>.
11. Горбунова В. В. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп: навчальний посібник. Львів:

Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 91 с.

12. Грицевич Т. Л., Гузенко І.М., Капінус О.С. Психологія бою: посібник / за ред. Романішина А.М. Львів: Астролябія, 2017. 352 с.

13. Державний експертний центр. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/04/2021_771_who.pdf.

14. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін. Харків, 2014. 79 с.

15. Дихальні вправи для заспокоєння. URL: <https://vseosvita.ua/library/dykhalni-vpravy-dlia-zaspokoiennia-690283.html>.

16. Запорізький національний університет. Вправи ля саморегуляції, заземлення та пошуку ресурсу. URL: https://epkmoodle.znu.edu.ua/pluginfile.php/75836/mod_resource/content/.

17. Іванова Т. Тривога, як психологічний феномен. *Вісник Львів ун-ту. Сер. Психологічні науки*. 2020. Вип.6. с45-47.

18. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. Київ: Унів. вид-во Пульсари, 2017. 216 с.

19. Кісарчук З. Г. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій. Методичний посібник. Київ: Логос, 2015.

20. Когнітивно-поведінкова терапія: як працює та кому допоможе КПТ? URL: <https://www.rozmova.me/vydy-psykhoterapiyi/kohnityvno-povedinkova-terapiya>.

21. Козлов М. І. Психологічна травма. URL: psychologis.com.ua/psihologicheskaya_travmazpt_psihotravma.htm.

22. Коkun О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с.

23. Комар З. Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів.
24. Кравченко О. В. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців: сучасний досвід України: навч. посіб. Харків: Нац. ун-т цивільного захисту України, 2019. 212 с.
25. Кочубей Т. О. Психологічна реабілітація: теорія і практика: монографія. Київ: НАПН України, Інститут психології ім. Г. С. Костюка, 2021. 256 с.
26. Лікування та реабілітація комбатантів-миротворців із посттравматичним стресовим розладом / О. Г. Сиропятов, О. К. Напрієнко, Н. О. Дзеружинська та ін. Київ: О. Т. Ростунов, 2012. 76 с.
27. Максименко С. Д. Медична психологія. Вінниця: Нова книга, 2008. 520 с.
28. Медична психологія: в 2 т. Г. Я. Пілягіна та ін. Загальна медична психологія. Вінниця: Нова книга, 2020. 288 с.
29. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів. Львів: Видавництво Мс., 2004. 208 с.
30. Мішиєв В. Д. Клініка діагностики, лікування емоційно-стресових розладів. Клінічна настанова. Київ: Професійні видання. 2021. 64 с.
31. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Е. Г., Омелянович В. Ю. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій. Навчальний посібник. Друге видання, перероблене та доповнене. Київ: ВСВ «Медицина», 2024.
32. Михайлов Б. В. Розлади психіки і поведінки екстремально-психологічного походження. *Психічне здоров'я*. №2/47. 2015, с. 9-18.
33. Моргунов О. А. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях. Навчально-практичний посібник. Київ: О. Т. Ростунов, 2012. 76 с.
34. Ніколаєнко С., Ніколаєнко О. Поняття адаптації в різних напрямках психології. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua>.

35. Огляд міжнародного досвіду. URL: <https://www.prostir.ua/wp-content/uploads/2018/1283.pdf>.
36. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
37. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
38. Павлушенко С. М. Психотравмуючі фактори бойової діяльності. *Вісник Національного університету оборони України* 1 (54). 2020.
39. Підготовка психолога-практика до використання малюнка в діагностико-корекційному процесі (психодинамічний підхід): навч. посібн. уклад. Н. В. Гриньова. Умань : Візаві, 2014. 174 с.
40. Пінчук Т. В., Бабова К. Д. Гоженка А. І. Стрес і людина: медико-психологічна допомога при стресових розладах: метод. посібник Кмів: Калита. 92 с.
41. Постанова Кабінету міністрів України від 3 листопада 2021р. №1268 Типове положення про мультидисциплінарну реабілітаційну команду.
42. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: метод. Рекомендації / П. В. Волошин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Підкоритов та ін. Харків, 2002. 47 с.
43. Простір Психологів. Релаксаційні техніки подолання стресу. URL: <https://psychology.space/psypedia-post/psyhoterapiya-tryvozhnyh-rozladiv>.
44. Психологічний супровід військовослужбовців, які виконують службово-бойові завдання в екстремальних умовах: методичні рекомендації/ Я. В. Маєнера, І. В. Воробйова, О. С. Колісніченко та ін. Харків: НАНГУ, 2015. 68 с.
45. Психологічний центр «Без паніки» URL: <https://trevog-bolshe.net/blog/tehniky-stress>.
46. Розлади сну у військовослужбовців в період активних бойових дій. Плотнікова А. С. *Міжнародний науковий журнал «Грааль науки»*, N 26 (квітень, 2023).

47. Рудь В. О. Роль хронічного больового синдрому в мотивації суїцидальної поведінки психічно хворих. *Архів психіатрії*. 2004. №3 (38). С. 62-64.
48. Семенова Г. І. Психологічна підтримка та реабілітація учасників бойових дій: навч.-метод. посіб. Київ: КНУ ім. Т. Шевченка, 2018. 132 с.
49. Тополь О. В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*. N124, 2015. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP_2015_124_6.
50. країнський тиждень. N 46 (626) від 14 листопада 2019 р. Інструкція для постраждалих. URL: <https://tyzhden.ua/instruktsiia-dlia-postrazhdalikh/>.
51. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_121_PTSP/2016_121_YKPMPTSP.doc (accessed: 01.03.2016).
52. Центальноукраїнський національний технічний університет. URL: <https://kntu.kr.ua/studentu/skrynka-psykholohichnykh-tekhnik>.
53. Чабан О. С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) Київ, 2004. 96 с.
54. Чугунов С. Перемагаємо депресію. Тернопіль: Богдан, 2012.
55. Шелестова О. В. Розлади адаптації як наслідок впливу стресу. *Медична психологія*. 2016. №4 с.74-77.
56. Beck Institute Cognitive Behaviour Therapy (2022) CST in Practice - online course.
57. Bezsheiko, V. (2016). Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника "Перелік симптомів ПТСР" для української популяції. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 1(1), e010108. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8>.

58. Capaldi V. F, Balkin T. J, Mysliwiec V. Optimizing Sleep in the Military: Challenges and Opportunities. *Chest*. 2019 Jan; 155(1):215-226. doi: 10.1016/j.chest.2018.08.1061. Epub 2018 Sep 12. PMID: 30218649.

59. Larsen P, Drain JR, Gibson N, Sampson J, Michael S, Peoples G, Groeller H. Chronicity of sleep restriction during Army basic military training. *J Sci Med Sport*. 2022 May; 25(5):432-438. doi: 10.1016/j.jsams.2022.01.008. Epub 2022 Feb 4. PMID: 3527734

60. Lathia C, Skelton P, Clift Z. Early rehabilitation in conflicts and disasters. Handicap International: London, UK. 2020.

61. Leistner K, Stier-Jarmer M, Berleth B, Braun J, Koenig E, Liman W, Lüttje D, Meindl R, Pientka L, Weber G, Stucki G. Early rehabilitation care in the hospital—definition and indication. Results of the expert group” Early Rehabilitation Care in the Hospital”. *Die Rehabilitation*. 2005 Jun 1;44(3):165-75.

62. Early Rehabilitation in Conflicts and Disasters. Early Rehabilitation in Conflicts and Disasters: What is Early Rehabilitation? Available from: <https://youtu.be/BdHpvTGdnAA> (last accessed 30/06/2021)

63. U.S. Department of Veterans Affairs & U.S. Department of Defense. (2010). Clinical practice guideline for management of post-traumatic stress. Washington, DC.