

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

На правах рукопису

ПОПОЗОГЛО НАТАЛІЯ МИКОЛАЄВНА

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОГО
ВИГОРАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ
У ЗОНІ БОЙОВИХ ДІЙ

Спеціальність: 053 «Психологія»

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

Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:
МЕЛЬНИК АНТОНІЙ ПЕТРОВИЧ
кандидат психологічних наук,
доцент кафедри практичної
психології та психодіагностики

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ
Протокол №
засідання кафедри практичної психології та психодіагностики
від ____ 20__ р.
Завідувач кафедри
Прізвище, ініціали _____ (Магдисюк Л.І.)

Луцьк – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	7
1.1 Феномен бойового стресу та професійного вигорання в учасників бойових дій.....	7
1.2 Посттравматичні стресові стани, як наслідок професійного вигорання учасника бойових дій.....	18
Висновки до розділу 1.....	29
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ, ЩО СПРИЧИНЕНІ ТРИВАЛОЮ УЧАСТЮ В БОЙОВИХ ДІЯХ.....	32
2.1 Організація та методики дослідження професійного вигорання в учасників бойових дій.....	32
2.2 Аналіз результатів проведеного дослідження та інтерпретація показників.....	36
Висновки до розділу 2.....	49
РОЗДІЛ 3. ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ВІДНОВЛЕННЯ З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ ТРИВАЛИХ БОЙОВИХ ДІЙ.....	51
3.1 Організаційно-методичні аспекти психологічної реабілітації та технологій відновлення особистості.....	51
3.2 Інтегративна технологія відновлення особистості учасників тривалих бойових дій.....	62
Висновки до розділу 3.....	85
ВИСНОВКИ.....	87
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	93
ДОДАТКИ.....	106

ВСТУП

Актуальність дослідження. Широкомасштабна війна, що розпочалася на території України 24 лютого 2022 року, не має жодних аналогів в історії нашої держави. Особливості перебігу даного військового конфлікту потребує особливої уваги психологів та інших спеціалістів до проблеми адаптації та реабілітації учасників бойових дій як на теперішній момент, так і під час повернення до мирного життя. Вивчення особливостей посттравматичного стресового розладу в учасників наявних бойових дій, сприятиме збереженню, відновленню здоров'я та працездатності. Необхідність вивчення психологічних змін, які відбуваються у військових, що стоять на захисті нашої держави, базується на доведеному положенні про високу психотравматизацію від участі в бойових діях, яка може призводити до психічних, психологічних та психосоматичних порушень.

Інтегративні технології відновлення особистості в психологічній реабілітації учасників бойових дій є особливо актуальними сьогодні, коли вимушено тривале перебування в зоні бойових дій під впливом факторів інтенсивного бойового стресу чинить комплексний психотравмуючий вплив на особистість, викликає не тільки посттравматичні стресові розлади, але й призводить до виникнення внутрішніх конфліктів, руйнування ціннісної сфери особистості, адиктивної поведінки, суїциду.

Проблему, що пов'язана з наданням психологічної допомоги учасникам бойових дій з посттравматичними стресовими розладами та їх впливами на особистість вивчали як іноземні, так і українські науковці та дослідники такі як: Г. Сельє, Р. Лазарус, С. Фолкман - розглядали поняття стресу, особливості його виникнення та протікання, класифікацію, особливості. У працях таких науковців та практиків як – О. Блінов, А. Тимченко, Г. Фастовець – дослідження бойового стресу; Г. Акімов, О. Чабан, Р. Грінкер, Дж. Шпігель – наслідки бойових психічних травм, одержаних під час світових воєн; О. Коkun, В. Лесков, В. Стасюк, А. Тимченко, О. Колесніченко – бойові психічні

травми як наслідок воєнних конфліктів; Д. Вільсон, М. Горовіц, Б. Грін, Р. Грінкер, А. Кардинер, А. Кемпінські, Н. Коупленд, Д. Лінді, Д. Шпігель, Ч. Гоуг, А.Мельник, Р. Попелюшко, Т. Титаренко, В. Климчук, Б. Лазоренко, Т. Ларіна, М. Дворник, К. Мирончак, М. Чернявська - досліджували особливості психологічної адаптації та реабілітації військовослужбовців після повернення їх із зони бойових дій.

Аналіз наукових джерел засвідчив недостатнє вивчення проблеми впливу тривалої участі в бойових діях на особистість та наявність ефективних і актуальних технологій психологічної корекції і відновлення після зазначених впливів, що зумовило вибір теми дослідження "Психологічна реабілітація військовослужбовців з посттравматичними стресовими станами, викликаними тривалою участю в бойових діях".

Мета дослідження – теоретично визначити та емпірично дослідити особливості проявів професійного вигорання, яке виникає внаслідок впливу тривалого бойового стресу і відповідно до цього розробити інтегративну технологію відновлення особистості.

Об’єкт дослідження – професійне вигорання у військовослужбовців, викликане тривалою участю в бойових діях.

Предмет дослідження – психологічні особливості професійного вигорання військовослужбовців, які зазнали тривалого впливу бойового стресу.

Завдання дослідження:

1. Здійснити комплексний аналіз теоретичних даних впливу бойового стресу на професійне вигорання військовослужбовців у наукових працях вітчизняних та зарубіжних авторів.

2. Систематизувати наукові та практичні знання про прояви професійного вигорання в учасників бойових дій.

3. Емпірично дослідити особливості комплексного психопатологічного прояву бойового стресу, як причини і наслідку професійного вигорання військовослужбовців..

4. Визначити основні засади, завдання, етапи психологічної реабілітації учасників бойових дій з ознаками професійного вигорання. Здійснити вивчення та узагальнення сучасних моделей психологічного супроводу та технологій відновлення особистості учасника бойових дій..

5. Скласти інтегративну технологію відновлення особистості, яка має прояви посттравматичних стресових станів, що обумовлені тривалою участю в бойових діях.

Методи дослідження. Для досягнення мети та реалізації завдань було використано такі методи:

-теоретичні - аналіз та систематизація наукових джерел з проблеми дослідження; порівняння, систематизація, узагальнення й інтерпретація теоретичних матеріалів;

-емпіричні – «Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду» була використана для оцінки інтенсивності стресової дії участі в бойових діях; «Шкала психологічного стресу RSM-25» була застосована для виявлення проявів стресу в соматичній, когнітивній і емоційній сферах; «Шкала тривоги Бека» була використана для виявлення і оцінки симптомів тривоги; «Шкала депресії Бека» була застосована для виявлення і оцінки симптомів депресії; «Шкала самооцінки наявності ПТСР (PTSD CheckList – Military Version)(PCL-M)» була використана для виявлення і оцінки симптомів ПТСР;

-математико-статистичні: описова статистика, частотний аналіз, кореляційний аналіз (r-критерій кореляції Пірсона).

Практичне значення дослідження полягає у визначенні напрямів психологічної допомоги та систематизації засобів корекції посттравматичних стресових станів і розладів учасників тривалих бойових дій. Матеріали дослідження можуть бути використані практичними психологами у роботі з військовослужбовцями та ветеранами. Методичні рекомендації щодо психологічної реабілітації учасників тривалих бойових дій можуть бути застосовані психологами військових шпиталів, реабілітаційних центрів, ветеранських організацій.

Теоретичний та практичний матеріал дослідження може стати корисним у розробці та модернізації курсів «Психологія травми», «Основи психологічного супроводу осіб у складних життєвих обставинах», «Психологія стресу», «Актуальні проблеми екстремальної психології».

Експериментальна база дослідження: кадрові військовослужбовці Збройних Сил України, які були залучені до виконання бойових завдань.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1 Феномен бойового стресу та професійного вигорання в учасників бойових дій.

Кількість учасників бойових дій, що відбуваються на території нашої держави внаслідок збройної агресії Російської Федерації, невпинно зростає щодня. На жаль, події, свідками та безпосередніми учасниками яких стають наші воїни, залишають свій відбиток як на фізичному, так і на психічному здоров'ї особистості.

Про реальну картину руйнівних наслідків бойових дій на сьогоднішній момент можна мати лише опосередковане уявлення. Однак з абсолютною впевненістю можна стверджувати, що війна за ступенем екстремальності та за своїми психологічними наслідками значно переважає будь-яке з відомих природних лих чи техногенних катастроф.

Як вважає Р. Попелюшко «головним психотравмуючим впливом війни є тривале перебування комбатантів в умовах бойового стресу, що натомість накладає на них негативний відбиток. Тривалий вплив бойових дій, а також їхній психотравмувальний характер, емоційне та фізичне перенапруження можуть зумовити зміни у психічній діяльності комбатанта. Такі патологічні зміни спричиняють зниження продуктивності комбатанта як бойової одиниці, а також здійснюють вплив на його поведінку в мирних умовах, призводячи до значних психічних, зокрема й посттравматичних стресових розладів».[54]

У зв'язку з цим виникає необхідність розглянути поняття, що пов'язані з фізичною та психологічною напругою особистості, що перебуває під впливом психотравмуючих факторів бойових дій, а саме: стрес, бойовий стрес, бойова психічна травма та посттравматичний стресовий розлад.

Поняття «стрес» у його сьогоднішньому значенні вперше використав американський психофізіолог В. Кеннон у 1926р. для позначення зовнішніх

факторів, що здатні зруйнувати гомеостаз організму, проте стало використовуватися в наукових колах воно почало з середини 1940-х рр.

У 1936р. відомий дослідник стресу канадський фізіолог Ганс Сельє опублікував свою першу працю про загальний адаптаційний синдром в журналі «Nature» під назвою «Синдром, що викликається різними ушкоджувальними агентами». В ході тривалих експериментів Г. Сельє «виявив неспецифічну (тобто не пов'язану з конкретною причиною), універсальну, або загальну, реакцію організму на зовнішні впливи (зокрема й патологічні), що потребують змін. Її-то він і назвав спочатку «загальним адаптаційним синдромом», а потім перейменував на «стрес».[40]

Отже, фізіологічний стрес – це неспецифічна, філогенетично запрограмована реакція на зовнішній вплив, що мобілізує резерви організму.

Американський психолог та дослідник Р. Лазарус вводить поняття «психологічний стрес». В результаті досліджень він виявив, що відповідь на дію стресора індивідуальна і залежить в першу чергу від когнітивної оцінки ситуації чи події, її інтерпретації як стресової або нормальної, а також пов'язана з негативними емоційними станами, фізичним станом, перенапруженням, негативними емоціями, конфліктними ситуаціями.

Як фізіологічний, так і психологічний стрес в своєму розвитку як реакції організму на стресор має три стадії:

- стадія тривоги або мобілізації – організм мобілізується для відповіді на дію стресора. На фізіологічному рівні – прискорення серцебиття, підвищення тиску, згущення крові, підсилене потовиділення тощо. На психологічному – прискорення і підвищення активності пізнавальних процесів.
- стадія опору або резильєнтності (стійкості, адаптації) – за рахунок систем, що функціонують виникає адаптація (пристосування) до нових умов.

- стадія виснаження – стрес-фактор перевищує адаптаційні можливості організму, що може призводити до виникнення соматичних та психічних захворювань.

На думку авторів методичного посібника «Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій», «стрес стає психічною травмою, коли результатом впливу стресора, є порушення в психічній сфері за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, згідно з різними концепціями, порушується структура особистості, когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що керують процесами пізнання, системи пам'яті, емоційні шляхи пізнання. В якості стресора в таких випадках виступають травматичні події, тобто екстремальні кризові ситуації, що мають потужні негативні наслідки, ситуації загрози життю для самого себе або значимих близьких. Такі події корінним чином порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу. Факт переживання для деяких людей стає причиною прояву у них в майбутньому посттравматичних стресових станів, які досягають максимальної ефективності в розвитку посттравматичного стресового розладу. У військовослужбовців розвивається бойова психічна травма».[25]

Здатність до подолання стресу значною мірою залежить від зовнішніх та внутрішніх психологічних ресурсів, наявних стратегій подолання складних життєвих ситуацій та від уміння керувати власними емоціями в складних ситуаціях.

У період бою стрес як реакція опору та мобілізації виконує позитивну функцію для воїна, забезпечуючи виживання в небезпеці, але після закінчення військових дій, стрес стає деструктивним чинником.

Окрім власне стресу, результатом участі в бойових діях є також бойовий стрес, бойова психічна травма, посттравматичний стресовий розлад.

Бойовий стрес. Основною реакцією воїна на події бою є бойовий стрес, специфічною особливістю якого є наявність стресфакторів, що

притаманні виключно бойовій обстановці і включають як фізіологічні, так і психологічні фактори впливу.

Бойовий стрес – це «багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в умовах бойової обстановки, що супроводжується напруженою механізмів реактивної саморегуляції і закріпленням специфічних пристосувальних психофізіологічних змін».[25]

Фактори бойової обстановки, що впливають на стійкість психічного здоров'я та готовність до бойового стресу дослідник бойової психологічної травматизації О. Колесніченко об'єднує в такі групи:

- специфічно-професійні
- ситуаційно-психогенні
- соціально-психологічні
- особистісні (біологічні та індивідуально-психологічні)

До *специфічно-професійних* чинників належать стресори:

- битва (їх відчують учасники бою) - загроза життю, обстріли, засідки, підриви на мінах;
- масова загибель, вид трупів і спотворених тіл;
- застосування зброї в умовах візуального контакту, коли видно передсмертні муки противника;
- небезпечна робота (їх відчуває особовий склад, який не бере участі в битві, але перебуває біля лінії фронту);
- ізоляція; тривале виконання службовобойових завдань (у штабних військовослужбовців тощо);
- надання допомоги пораненим, робота з мертвими (у медичного персоналу, членів добровольчих загонів тощо). Навіть професіонали, які працюють із мертвими, мають підвищений ризик розвитку психологічної травми.

Фізичні *ситуаційно-психогенні* чинники включають:

- умови місцевості в поєднанні зі спекотним кліматом, перегрівання, переохолодження, високу вологість, пил;

- гуркіт, ревіння, гул, акустичний удар, вібрацію, удари повітряної хвилі, струс, падіння;
- погану видимість (яскраве світло, спалахи, темрява, туман), загазованість і задимленість;
- спрямовану енергію від озброєння, іонізуючу радіацію, тривалі марш-кидки з важкою амуніцією, зброєю та ін.

Такі умови в сукупності із психотравмуючими факторами бою спричиняють виснаження компенсаторних ресурсів, знижують стійкість імунної системи і призводять до збільшення показників як соматичної, так і психоневрологічної захворюваності.

Соціально-психологічні чинники:

- ізоляція від родини і суспільства;
- обмеженість емоційних та інтелектуальних контактів своєї статеві-вікової групи;
- непопулярність військових дій у країні;
- безуспішність військових дій, великі бойові втрати;
- засоби інформаційно-психологічного впливу противника;
- національність військовослужбовця, етнічно близька національності громадян у зоні бойових дій;
- схожість віросповідання з релігією однієї зі сторін збройного конфлікту;
- чуже етнокультурне середовище; ворожість місцевого населення і кримінальна обстановка (мародерство, бандитизм, тероризм);
- конфлікти в родині, важке матеріальне становище учасника бойових дій;
- низька соціальна підтримка комбатантів після їх повернення із зони бойових дій.

До особистісних факторів біологічного рівня належать:

- порушення фізіологічного ритму сну і неспання;
- сенсорне перевантаження або депривація;

- зневоднення і виснаження організму внаслідок дефіциту харчування, вітамінів, одноманітна їжа;
- погані гігієнічні умови;
- фізичні перевантаження або недостатня рухливість;
- інфекційні захворювання;
- загострення хронічних хвороб;
- поранення або каліцтво;
- сексуальна фрустрація;
- залежність від психоактивних речовин;
- ускладнена спадковість (слабкий тип вищої нервової системи, хронічні соматичні захворювання, психічні розлади тощо);
- ожиріння або дефіцит зросто-вагового показника (індексу Кетле);
- жіноча стать (встановлено, що в жінок порівняно з чоловіками вдвічі вища ймовірність тривалого перебігу психологічної травми).

Індивідуально-психологічні чинники включають два аспекти.

1. Когнітивний:

- усвідомлення несправедливості світу, а також того, що противник досвідченіший і адаптованіший;
- ідентифікація померлого із собою або з іншими;
- невизначеність;
- непередбачуваність поточної обстановки і невпевненість у результаті війни;
- необхідність швидкого ухвалення відповідального рішення в умовах дефіциту часу й інформації;
- відсутність вибору;
- переживання бойового стресу в минулому і сукупний ефект інших стресових подій життя.

2. Емоційний:

- біологічний страх;
- дезінтеграційний страх (руйнування, пожежі, насильницька смерть);

- соціальний страх (показати боягузтво і втратити повагу);
- моральний страх (потрапити в полон; втратити здатність до самозахисту);
- скорбота у зв'язку із втратою товаришів по службі, почуття провини;
- злість і лють;
- фрустрація, туга за домівкою;
- тривале очікування небезпеки;
- “передстартова напруженість”;
- дефіцит позитивних емоційних переживань;
- внутрішньо-особистісні та міжособистісні конфлікти;
- становище новачка в колективі, ізоляція або неможливість усамітнення.[26]

На думку Я. Агрелль, переважна більшість військовослужбовців (80 – 90%) постійно перебувають під впливом страху під час бойових дій. Для них це є природною реакцією на ситуацію. Незважаючи на відмінності в умовах на окремих ділянках фронту, психотравмуючі чинники постійно впливають на психоемоційний стан учасників бойових дій.

Бойова психічна травма. В результаті впливу бойового стресу на учасників бойових дій відбувається ураження психіки, яке є варіантом адаптованості воїна до небезпечних умов перебування і має форму бойової психічної травми. Бойова психічна травма – це реакція організму воїна на ненормальні обставини зовнішнього середовища.

О. Блінов надає таке визначення: «бойова психічна травма – це прорив бойовим стрес-фактором захисного шару психіки (злам психологічної стійкості), що супроводжується руйнуванням базових цінностей особистості та формуванням патологічних механізмів регуляції поведінки».[4]

Автори методичного посібника «Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій» пропонують таке визначення: «бойова психічна травма – це виникаючий внаслідок впливу бойових стрес-

факторів патологічний стан центральної нервової системи, що обумовлює регулювання поведінки постраждалого за допомогою патофізіологічних механізмів. В результаті психотравмування відбувається накопичення змін в структурах ЦНС, наростання специфічної особистісної дисгармонії і готовності до психопатологічного синдромуутворення».[25]

Таким чином можна зробити узагальнене твердження, що бойова психічна травма – це стан, який виникає внаслідок деструктивного впливу бойових стрес-факторів на центральну нервову систему, психіку та особистість воїна, що призводить до патологічних змін в роботі ЦНС, психіки та особистісній сфері з метою адаптації до ненормальних обставин зовнішнього середовища.

Дж. В. Еппел, П. Лефевр на підставі своїх спостережень зробили висновки, що процеси декомпенсації в більшості учасників бойових дій розпочинаються за 8-12 місяців після прибуття[26], в той же час за емпіричними дослідженнями О. А. Блінова, критичною межею впливу бойового стресу є термін в 24 місяці, після чого відбуваються руйнівні процеси в психо-емоційній та особистісній сферах, набувають розвитку стресові розлади.[5]

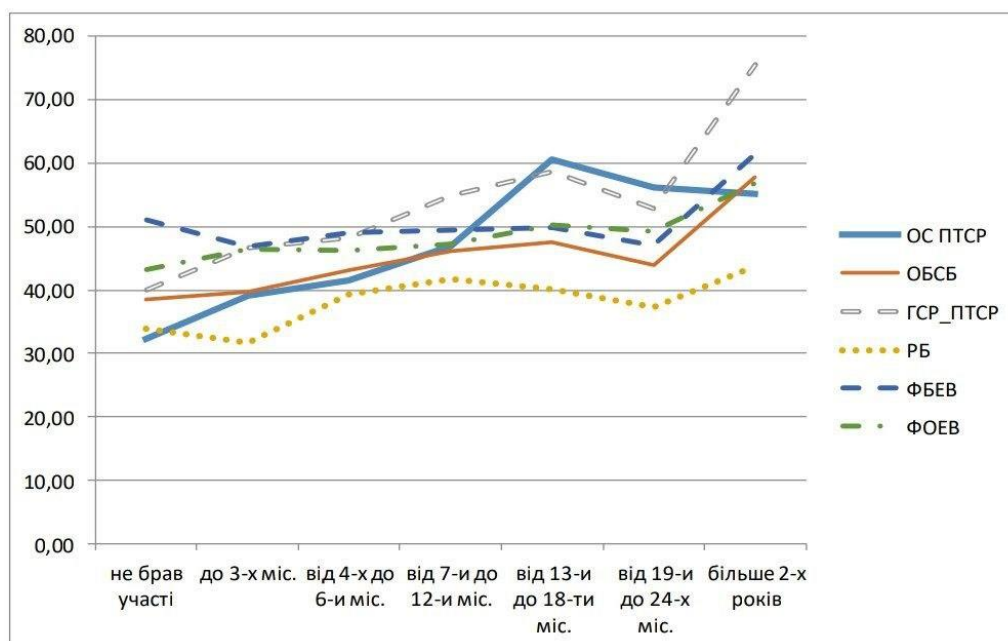


Рис. 1.1 О. Блінов. Зв'язок розвитку стресових розладів з терміном перебування в зоні бойових дій (ОС ПТСР – опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу; ОБСБ - опитувальника бойового стресу Блінова О. А.; ГСР_ПТСР – Субшкала № 1 опитувальника ОБСБ. Для скринінгового обстеження гострих стресових розладів (ГСР) і посттравматичних стресових розладів (ПТСР); РБ – Субшкала № 2 опитувальника ОБСБ, ресурсний блок; ФБЕВ – Субшкала № 3. Для визначення впливу стрес-факторів, що безпосередньо емоційно впливають на особистість військовослужбовця; ФОЕВ – Субшкала № 4. Для визначення впливу стрес-факторів, що опосередковано емоційно впливають на особистість військовослужбовця).

На думку О. С. Колесніченка існує принципова відмінність між «“класичною” психогенією і “бойовою психологічною травмою”», яка полягає в виснажливому впливі факторів бойової обстановки на організм та відсутністю одужання після припинення дії бойового стресу на відміну від «“класичної” психотравми», що є її основним загальноновизнаним критерієм.[26]

Р. Попелюшко наводить такі негативні психологічні наслідки психотравмуючого бойового стресу:

- відчуття нереальності свого існування;
- втрата сенсу життя;
- виникнення почуття наближення катастрофічних змін у житті, швидкої смерті;
- втрата почуття самоідентичності, відчуття внутрішньоособистісної дезінтеграції;
- переживання нез'ясовного і не завжди обґрунтованого почуття провини за свої дії в пережитій психотравмуючій ситуації бойової діяльності або, навпаки, у неадекватній ідеалізації цих дій;
- неадекватне зниження або завищення самооцінки;
- різкі і несподівані для самого комбатанта зміни сприйняття «Я-образу»;

- виникнення почуття безпорадності або, навпаки, у неадекватній суб'єктивній переоцінці своїх можливостей впливати на хід подій, що відбуваються в житті;
- постійне прагнення переосмислювати свій досвід у психотравмуючих ситуаціях;
- підвищена емоційна чутливість, сентиментальність або, навпаки, зниження емоційної сензитивності і уникнення близьких емоційних контактів з оточуючими;
- підвищення дратівливості, запальності та агресивності в поведінці;
- замкнутість;
- прагнення постійно згадувати про те, що трапилося у психотравмуючій ситуації або, навпаки, в небажанні того, щоб ще щось про це нагадувало;
- підвищена тривожність або неадекватне реальній ситуації нехтування небезпекою;
- підвищена психічна напруженість і необґрунтована пильність;
- зниження емоційного фону, пригніченість;
- суїцидальні думки і суїцидальні настрої;
- поява асоціальних тенденцій;
- потреба в нових «екстремальних» відчуттях, пов'язаних з небезпекою для життя.[54]

На *субклінічному рівні* негативні психологічні наслідки психотравмуючого бойового стресу у комбатантів можуть виявлятися в таких формах, як:

- переживання, нав'язливі спогади, образи, відчуття, що повертають у психотравмуючу ситуацію, які виникають спонтанно і мають інтенсивний вплив на комбатанта своєю подібністю з пережитою ним реальністю;
- нездатність відтворити в пам'яті події, що відбулися в психотравмуючій ситуації, або їх окремі обставини;

- загальмованість мислення;
- нездатність повністю сконцентруватися на виконанні того, чи іншого завдання, на виконанні однієї діяльності;
- труднощі у запам'ятовуванні нескладної інформації;
- труднощі при засинанні, розлади сну, жахливі сновидіння;
- різного роду страхи (темряви, висоти, самотності тощо);
- різкі коливання настрою від підвищено-піднесеного до пригнічено-тужливого;
- неконтрольовані спалахи гніву і злобно-агресивні реакції;
- різке зниження працездатності і продуктивності діяльності;
- помітне зниження ефективності саморегуляції і самоконтролю [1].

Негативні психологічні наслідки психотравмуючого бойового стресу нерідко супроводжуються й:

- виникненням головного болю і запаморочення;
- больовими чи неприємними відчуттями в області серця, шлунку;
- підвищеною пітливістю;
- різким зниженням або підвищенням апетиту, статевої активності;
- відчуттям розбитості;
- неконтрольованим тремтінням рук, ніг, голови, повік та інших частин тіла, а також загостренням наявних раніше соматичних захворювань.[54]

1.2. Посттравматичні стресові стани, як наслідок професійного вигорання учасника бойових дій

Уявлення про посттравматичні стресові стани та розлади остаточно сформувалися наприкінці ХХ століття.

Німецький невропатолог Герман Оппенгейм у 1889 році вперше використав термін «травматичний невроз» для дослідження психічних розладів у тих, хто брав участь в бойових діях. Перші масштабні спостереження за розвитком психопатологічних станів учасників бойових дій було здійснено під час Першої світової війни. Британський психіатр Чарльз

Майерс у 1915 році для позначення психічного стану бійців, викликаного сильним стресом, застосував термін «снарядний шок», проте через велику кількість суперечок у 1917р. британське військово-медичне товариство (The Army Medical Society) наклало заборону на його використання.

Реакції, обумовлені участю в бойових діях Другої світової війни, стали предметом нових масштабних досліджень. Ці психопатологічні явища мали декілька назв: : «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз».

У 1941р. американський психіатр Абрам Кардінер в одному з перших систематизованих досліджень негативних станів учасників бойових дій використав термін «хронічний військовий невроз». Дослідник визначив, що «військовий невроз» має психологічну і фізіологічну природу, а також надав комплексну характеристику симптомів цього розладу таких як: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах психотравмуючої події; відхід від реальності; схильність до неконтрольованих агресивних реакцій.

У 1980р. поняття «посттравматичний стресовий розлад» набуло чіткості і обґрунтованості як діагностична категорія. 1988 рік ознаменувався оприлюдненням інформації досліджень різних проявів адаптації військовослужбовців, що брали участь у В'єтнамській війні. Ці дослідження дали можливість конкретизувати багато питань, пов'язаних з природою та діагностикою ПТСР.

Так американський психолог А. Бланк, проводячи дослідження серед ветеранів В'єтнамської війни, виокремив чотири типи раптово повторюваних переживань:

- 1) яскраві сни і нічні жахіття про бойові події;
- 2) реалістичні сновидіння з незвичним відчуттям реальності пригаданих бойових подій та потенційних дій, виконаних під дією цих спогадів;
- 3) усвідомлюваний флешбек – переживання, пов'язане з уявленням бойових подій;

- 4) неусвідомлюваний флешбек – раптове переживання, що супроводжується певними діями.[54]

МОЗ України в Клінічній настанові від 19.07.2024 наводить такі діагностичні критерії DSM-5 (перефразовані) для посттравматичного стресового розладу у дорослих, підлітків та дітей старше шести років (код DSM-5 309.81):

А. Особа зазнала фактичної смерті або загрози смерті, тяжких тілесних ушкоджень чи сексуального насильства в результаті наступних дій.

1. Безпосередній вплив.
2. Була свідком (особисто).
3. Опосередковано, дізнавшись, що близький родич або близький друг зазнав травми. Якщо подія була пов'язана з фактичною смертю або загрозою смерті, то вона мала бути насильницькою або випадковою.
4. Неодноразовий або вкрай непрямий вплив негативних деталей події (подій), як правило, під час виконання професійних обов'язків (наприклад, працівники служб швидкого реагування, які збирають частини тіла). Сюди не входить непрямий непрофесійний вплив через електронні засоби масової інформації, телебачення, фільми чи фотографії.

В. Один або більше з наступних симптомів вторгнення, пов'язаних з травматичною подією (подіями), з початком після травматичної події.

1. Повторювані, мимовільні та нав'язливі спогади про подію (події).
2. Травматичні нічні кошмари.
3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), які можуть виникати в діапазоні від коротких епізодів до повної втрати свідомості.
4. Інтенсивний або тривалий дистрес після впливу травматичних нагадувань.
5. Виражена фізіологічна реактивність після впливу пов'язаних з травмою подразників.

С. Постійне уникнення одного або більше з наведених нижче подразників, пов'язаних з травмою, що спричиняють дистрес.

1. Пов'язані з травмою думки, почуття або спогади.

2. Зовнішні нагадування, пов'язані з травмою (наприклад, люди, місця, розмови, діяльність, предмети або ситуації).

D. Принаймні дві з наведених нижче негативних змін у пізнанні та настрої, які почалися або погіршилися після травматичної події.

1. Нездатність пригадати ключові ознаки травматичної події (зазвичай через дисоціативну амнезію, а не через травму голови, алкоголь чи наркотики).
2. Стійкі (і часто викривлені) негативні переконання та очікування щодо себе або світу (наприклад, "я поганий", "світ абсолютно небезпечний").
3. Стійке викривлене звинувачення себе або інших у спричиненні травматичної події або її наслідків.
4. Стійкі негативні емоції (наприклад, страх, жах, гнів, провина або сором).
5. Помітно знижений інтерес до значущих видів діяльності.
6. Відчуття відчуженості від інших (наприклад, відстороненість або відчуженість).
7. Скутість афекту: стійка нездатність відчувати позитивні емоції.

E. Принаймні дві з наведених нижче змін збудження та реактивності, пов'язаних з травмою, які почалися або погіршилися після травматичної події.

1. Дратівлива або агресивна поведінка.
2. Саморуїнівна або безрозсудна поведінка.
3. Підвищена пильність.
4. Перебільшена реакція переляку.
5. Проблеми з концентрацією уваги.
6. порушення сну.

F. Персистенція симптомів (за критеріями B, C, D та E) триває більше одного місяця.

G. Симптоми спричиняють клінічно значущий дистрес або функціональні порушення.

H. Симптоми не пов'язані з вживанням психоактивних речовин або станом здоров'я.

Дисоціативний підтип

У DSM-5 введено *дисоціативний підтип ПТСР*. Він охоплює людей, які, на додаток до повної відповідності критеріям ПТСР, відчувають дисоціативні симптоми (деперсоналізацію або дереалізацію). Сучасна література свідчить про те, що дисоціативний підтип може бути пов'язаний з більшою складністю і хронізацією як травматичної історії, так і загального тягара хвороби.

Дисоціативні симптоми: симптоми людини відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу, і, крім того, у відповідь на стресовий фактор людина відчуває стійкі або рецидивуючі симптоми будь-якого з перерахованих нижче:

1. Деперсоналізація: Стійкий або повторюваний досвід відчуття відірваності від своїх психічних процесів або тіла, ніби ви є стороннім спостерігачем (наприклад, відчуття, що ви перебуваєте уві сні, відчуття нереальності себе або свого тіла, або повільного плину часу).
2. Дерееалізація: Стійке або повторюване відчуття нереальності оточення (наприклад, світ навколо людини сприймається як нереальний, схожий на сон, далекий або спотворений).

Примітка: Для використання цього підтипу дисоціативні симптоми не повинні бути пов'язані з впливом речовини або медичним станом.

Відстрочений прояв ПТСР: якщо повні діагностичні критерії не виконуються щонайменше через шість місяців після події (хоча деякі симптоми можуть бути очевидними одразу).[55]

За матеріалами Клінічної настанови МОЗ України від 07/2024р. в разі, якщо ПТСР триває більше, ніж 3 місяці, його симптоми не будуть існувати ізольовано, а матимуть супутні ознаки інших коморбідних психічних розладів. Дані Австралійського національного дослідження психічного здоров'я та благополуччя 2007 року визначили, що 86% чоловіків і 77% жінок з ПТСР мали також інші розлади такі як: тривога (52% чоловіків і 54% жінок); розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (65%

чоловіків і 32% жінок); афективні розлади, такі як депресія (50% чоловіків і 51% жінок).

Низка досліджень виявила високий рівень коморбідності між розладом особистості та ПТСР серед дорослого населення США, більшість з яких були проведені на чоловіках-ветеранах бойових дій з тривалим ПТСР.[55]

Разом з тим, за даними психодіагностичного обстеження військовослужбовців і ветеранів з проявами ПТСР, проведеного Кризовим центром медико-психологічної допомоги Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН, відділенням реабілітації ДУ «Інститут медицини праці імені Ю. І. Кундієва НАМН України» та ДЗ «Госпіталь ветеранів війни «Лісова поляна» МОЗ України протягом 2018-2019 рр., було встановлено, що рівень тривожності, депресії і загальної психопатологічної симптоматики в цій групі склав 90%.[71]

ПТСР може передувати хронічній зміні особистості (код F62 за МКХ 10) або розладу особистості (6D10 за МКХ-11), а їх симптоми можуть перекривати один одного. Діагноз хронічної зміни особистості/розладу особистості може бути виставлений, не раніше двох років після встановлення ПТСР та такої ж тривалості у часі і відповідає таким критеріям:

а) «анамнестичні» дані про прояв виражених та непохитних змін у мисленні, сприйнятті та ставленні індивідуума до самого себе і до оточуючих після перенесеної ним травматичної події;

б) метаморфози особистості носять явний характер, при цьому вони супроводжуються ригідним та неадекватним поведінням, яке виявляється у таких ознаках:

- непохитне вороже чи недовірливе ставлення до оточуючих за відсутності такої реакції при потраплянні в екстремальну ситуацію;
- соціальна ізоляція, не обумовлена якимсь психічним, зокрема афективним розладом;
- стійке почуття внутрішньої порожнечі й/або безнадійності, що може бути зумовлено підвищеною залежністю від інших, нездатністю

виразити негативні або агресивні емоції й стійкий депресивний афект без вказівки на наявність депресивного розладу перед екстремальною ситуацією;

- стійке відчуття нервозності або безпричинної загрози, що проявляється у підвищеній дратівливості за відсутності таких рис раніше; ситуація постійного внутрішнього напруження та відчуття загрози може об'єднуватись із схильністю до надмірного вживання психоактивних речовин;
- стійке відчуття особистісної «зміненості» у порівнянні з іншими людьми, і це відчуття може об'єднуватись з відчуттям «афективного оглушення»;

в) метаморфози особистості призводять до стрімкого зниження «соціального функціонування» чи «суб'єктивного» страждання, і негативного впливу на рідних та близьких;

г) зміни особистості настають після екстремальної ситуації, в анамнезі відсутні дані про порушення розвитку, психопатичні риси або акцентуації у дитячому, підлітковому чи дорослому періоді, які могли би обґрунтувати актуальний стан;

д) зміни особистості спостерігаються упродовж не менше двох років, вони не пов'язані з епізодами інших психічних захворювань і не можуть бути зумовлені органічним ураженням мозку.[54]

Р. П. Попелюшко наводить такі психічні явища, які простежуються в учасників бойових дій: «песимістичний стан; недовіра до оточуючих; втрата здатності розповідати про війну; втрата сенсу власного життя; зниження впевненості у своїх силах; відчуття ілюзорності того, що трапилося під час бойових дій; відчуття того, що людина загинула на війні; відчуття безпорадності; відчуття замкнутості у спілкуванні з іншими людьми; тривожність; потреба мати при собі зброю; негативне ставлення до представників влади; бажання зігнати на будь-кому злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося; схильність брати участь у

небезпечних «пригодах»; ставлення до жінок тільки як до об'єкта задоволення сексуальних потреб; спроба знайти відповідь на запитання, чому загинули побратими, а не сам комбатант та ін.

Поведінкові особливості, які спостерігаються у воїнів, характеризуються: конфліктністю стосунків із сім'єю, родичами та колегами; спалахами гніву; бійками; зловживанням алкогольними та наркотичними речовинами. Стан здоров'я доволі часто характеризується такими проявами, як: слабкість; запаморочення; зниження працездатності; головні болі; болі в області серця; сексуальні розлади; порушення сну; фобічні розлади тощо».[71]

Сучасні українські психіатри та психотерапевти звертають особливу увагу фахівців сфери психічного здоров'я на можливість розвитку в учасників тривалих бойових дій та військовополонених комплексного ПТСР. «Комплексний ПТСР використовується для класифікації пацієнтів, стан яких характеризується не тільки проявами ПТСР, але й додатковими симптомами порушень емоційної, когнітивної та поведінкової сфер, наявність яких не може бути пояснена жодною коморбідною патологією».[86]

На думку ординатора клініки психіатрії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (м. Київ), кандидата медичних наук І. О. Черненко, «в умовах повномасштабної війни питання комплексного ПТСР набуває все більшої актуальності, особливо серед військовослужбовців, оскільки саме ця категорія населення піддається найбільшій кількості психотравмувальних факторів».

По мірі збільшення тривалості перебування в бойових обставинах в учасника бойових дій «закріплюється пам'ятний слід нових поведінкових звичок і стереотипів, які мають першочергове значення для виживання та виконання поставлених задач, тому ці пристосувальні трансформації за межами життєво небезпечної ситуації постають негативними, дезадаптувальними й утворюють осьову симптоматику бойових стресових розладів».

«Виокремлюють дві великі групи симптомів, пов'язані з комплексним ПТСР: пов'язані з ПТСР та симптоми, пов'язані з порушенням самоорганізації. Останні, своєю чергою, класифікують на три групи: міжособистісні проблеми (відсутність почуття близькості, довіри, труднощі в підтриманні стосунків), негативна самооцінка (почуття провини, сорому, нікчемності, меншовартості), проблеми в регуляції афекту (підвищена емоційна реактивність, дисоціативне переживання чи емоційне заціпеніння).

Про високу ймовірність виникнення комплексного ПТСР може свідчити психотравма в минулому, особливо якщо це була тривала психотравмувальна подія. Також припустити комплексний ПТСР можна, коли в особистості з'являються відчуття безпорадності, вона не має підтримки та проявляє різноманітні емоційні реакції (наприклад, плач, тремтіння, блювання, відчуження від колег по роботі, товаришів)».[88]

Ще одним наслідком тривалої психотравматизації від участі в бойових діях є порушення цілісності «Я», розщеплення раніше цілісної особистості на окремі субособистості, що конфліктують між собою. Структурна дисоціація особистості, яка утворюється таким чином і являє собою захисну стратегією психіки з метою відчуження травматичного досвіду та виникаючий внаслідок цього процесу внутрішній конфлікт, безпосередньо пов'язані з комплексним ПТСР.[65]

Численні втрати, яких щоденно зазнають учасники бойових дій на передовій, є одними з найважчих факторів бойового стресу. Неможливість правильно і вчасно їх пережити, триваюча постійна подальша травматизація призводить до значних психічних порушень. К. В. Мирончак розподіляє втрати, яких зазнають військовослужбовці, на три групи:

- «фізичні: смерть друзів-побратимів, тілесні ушкодження, інвалідність, каліцтва, виникнення і загострення хронічних хвороб, втрата фізичного комфорту, холод, бруд, антигігієна, брак нормальної їжі, сексу, безсоння, втрата стратегічної території;

- соціальні: розрив з коханою людиною, розлучення, розлука із сім'єю, демобілізація друзів-побратимів, втрата зв'язку з цивільними, міжособистісні конфлікти з товаришами по службі, втрата роботи;
- психологічні: розмивання ідентичності особистості – “хто я в нових умовах?”, втрата довіри до держави, до командування, до керівництва, натомість посилення розчарування, злості, обурення, роздратування, гніву, ненависті, зневаги через професійну некомпетентність, особистісне збагачення “на крові інших”, втрата мотивації до перебування на війні, втрата самоповаги і цінностей, втрата самоконтролю, панічні атаки, прояви фізичної агресії, алкоголізація, бійки, суїцидальні спроби.

З'ясовано, що найбільший вплив на зниження рівня самоефективності військового на передовій мають смерть друзів, брак сну та втрата мотивації до перебування на війні».[65]

Порушенням функціонування особистості, яка зазнала травматичного впливу тривалого бойового стресу, може бути не тільки ПТСР, депресія, але й розлад тривалого горя (РТГ), оскільки втрати друзів-побратимів, близьких чи рідних під час війни неочікувані, раптові і є наслідком чиїхось навмисних дій або недбалості (що часто трапляється зі смертями, спричиненими насильством на війні). Такі втрати окрім емоційного болю, смутку, провини, заперечення, звинувачення, труднощів з прийняттям смерті, відчуттям втрати частини себе, нездатністю відчувати позитивний настрій, заціпенінням, труднощами з участю в соціальній взаємодії також можуть викликати інтенсивне почуття гніву, думки та бажання помсти.

«Існує схожість між симптомами РТГ та симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і депресії, які також можуть виникати після втрати. Всі три розлади включають труднощі з регулюванням негативних емоцій та регулюванням позитивних емоцій. Всі три розлади характеризуються негативними переконаннями щодо себе, майбутнього або світу.

Критерії розладу тривалого горя (узагальнені)DSM-5-TR: Людина пережила смерть близької людини ≥ 12 місяців тому. Вона/він відчуває тугу/сум та/або заклопотаність, а також принаймні три з наступних симптомів: порушення ідентичності, невіра, уникнення, інтенсивний емоційний біль, труднощі з продовженням життя, емоційне заціпеніння, відчуття безглуздості та самотність. МКХ-11: Людина пережила смерть близької людини ≥ 6 місяців тому. Вона/він відчуває тугу/сум або постійну заклопотаність, що супроводжується інтенсивним емоційним болем (наприклад, смуток, провина, гнів, заперечення, звинувачення, труднощі з прийняттям смерті, відчуття втрати частини себе, нездатність відчувати позитивний настрій, заціпеніння, труднощі з участю в соціальній або іншій діяльності). Як за DSM-5-TR, так і за МКХ-11: реакції перевищують соціальні, культурні та релігійні норми і спричиняють значний дистрес та дисфункцію».[11]

Посттравматичні стресові розлади та стани можуть проявлятися рядом характерних клінічних симптомів, серед яких виокремлюють такі:

1. Агресивна поведінка - людина прагне вирішувати конфліктні ситуації за допомогою агресії, яка може бути як фізичною, так і вербальною або емоційною і проявлятися схильністю до силових методів досягнення своїх цілей, навіть якщо вони не є критично важливими.

2. Приглушення емоцій – значне зниження здатності до емоційних проявів, наслідком яких є складнощі у побудові близьких стосунків, відчуття радості, любові, творчого підйому, грайливості, спонтанності, що є розповсюдженою скаргою військовослужбовців, які брали участь у бойових діях.

3. Зловживання наркотичними і лікарськими речовинами – намагання знизити симптоми ПТСР призводить до зловживання алкоголем, наркотиками або лікарськими препаратами. Проте серед учасників бойових дій є і ті, які взагалі не вживають ані ліків, ані наркотиків.

4. *Підвищена пильність* – людина постійно знаходиться у стані напруги та очікуванні небезпеки, яка є не тільки зовнішньою, а й внутрішньою і пов'язана з униканням повторного переживання травматичних спогадів. Проявляється фізичним напруженням, яке ускладнює можливість розслаблення, спричиняє втому та вичерпання ресурсів.

5. *Порушення пам'яті і концентрації уваги* – труднощі у запам'ятовуванні чи відтворенні інформації, підтриманням уваги. Зазначені функції погіршуються під час стресових ситуацій.

6. *Загальна тривожність* – проявляється у трьох сферах: фізіологічній (біль і спині, головні болі, спазми шлунку), психологічній (постійне занепокоєння, стурбованість, параноїдальні думки), емоційній (відчуття страху, провини, меншовартості).

7. *Перебільшене реагування* – неочікувані реакції, які безпосередньо пов'язані з минулим бойовим досвідом (стрімкі рухи, крик, здригання, падіння на землю чи прийняття бойової позиції при несподіваному звуці або наближенні ззаду).

8. *Небажані спогади* – наявність цього симптому дає всі підстави діагностувати ПТСР. Ці спогади виникають спонтанно, пов'язані з психотравматичною подією і можуть переслідувати військового або ветерана як під час неспання, так і уві сні. Нічну жахіття, які супроводжуються метушнею у ліжку та фізичним напруженням є одним з найбільш важких симптомів для багатьох постраждалих.

9. *Галюцинаційні переживання* – проявляються у вигляді настільки реалістичних спогадів, що теперішня реальність відходить на другий план. Людина поводиться так, ніби знову знаходиться у ситуації, що становила загрозу життю, відчуває ті самі емоції і відтворює дії, які допомогли їй тоді вижити.

10. *Проблеми зі сном* – нічні жахіття, які приводять до уникання сну через страх знову пережити кошмари. Хронічне безсоння викликає фізичне та психічне виснаження, яке посилює інші симптоми ПТСР.

11. *Депресія* – стан, який характеризується глибоким відчаєм, відчуттям втрати сенсу життя, апатією, нервовим виснаженням, негативним ставленням до власного існування.

12. *Суїцидальні думки* – часті розмірковування про смерть як вихід з ситуації, яка здається безнадійною. В моменти крайнього відчаю, коли страждання видаються нестерпними, такі думки можуть приносити полегшення та втішати.

13. *Напади люті* – раптові та інтенсивні емоційні вибухи, які виходять за межі звичайного гніву, найчастіше виникають під впливом алкоголю чи наркотичних речовин, однак можуть проявлятися і в не деліріозному стані, є загрозливими як для самого воїна, так і для його оточення.

14. *«Провина того, хто вижив»* - глибоке почуття провини через власне виживання у ситуаціях, що призвели до загибелі інших, часто супроводжується «емоційною глухотою» - нездатність відчувати радість, любов чи співчуття після пережитої психотравмуючої події. Сильне почуття провини здатне провокувати саморуйнівну поведінку.

Ситуації, що виникають під час бойових дій, призводять до серйозних змін у психічній діяльності, які характеризуються сильними негативними емоційними переживаннями, такими як страх, тривога, фізичне й когнітивне виснаження. Швидке повернення до мирного життя часто не дає достатньо часу для реадаптації, що ускладнює інтеграцію в соціальне середовище.

Висновки до розділу 1

Участь в бойових діях через фактори бойового стресу чинить потужний психотравмуючий вплив на організм воїна, його центральну нервову систему та особистість, змінює протікання психічної діяльності людини. Адаптаційні стратегії та моделі поведінки, які допомагають воїну залишитися живим у зоні бойових дій, є дезадаптивними у мирному житті.

Внаслідок такого впливу спостерігається зростання деструктивної та девіантної поведінки, яка проявляється у:

- вживанні психоактивних речовин та збільшенні різних залежностей;

- порушенні соціальної взаємодії: конфлікти у сім'ях, на роботі, з друзями;
- порушеннями в емоційній сфері таких як: труднощі з регулюванням афекту, емоційна неконтрольованість; неможливість відчувати любов, емоційне оглушення; переживання сильного відчуття провини, сорому, суму, самотності, ізолюваності, відкинутості;
- труднощі з самореалізацією в суспільстві за рахунок професійної діяльності та як наслідок труднощі в забезпеченні власних базових потреб; вчинення злочинних дій;
- погіршення загального стану здоров'я та самопочуття; порушення сну;
- руйнуванні або деформації смислової та ціннісної сфер особистості: втрата сенсу життя, формування хибних деструктивних переконань;
- суїцидальних спробах або завершеному суїциді;

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що виникає внаслідок такого тривалого впливу, часто доповнюється симптомами інших розладів та супутніх станів, серед яких:

- хронічна тривога, що супроводжується постійним відчуттям напруження і небезпеки;
- залежність від психоактивних речовин, яка стає механізмом тимчасового уникнення емоційного болю;
- депресивні розлади, які включають пригніченість, втрату сенсу життя і мотивації;
- розлади особистості, що характеризуються нестабільністю в емоціях, стосунках та поведінці;
- дисоціативні стани - деперсоналізація, дереалізація, емоційне відчуження або втрата зв'язку з реальністю;
- фрагментація особистості, коли воїн втрачає цілісність самоідентичності;
- комплексний ПТСР, що поєднує множинні травматичні переживання;

- симптоми тривалого горя, викликані незавершеним опрацюванням втрат.

Таким чином нагальною є необхідність запровадження комплексної психологічної реабілітації учасників бойових дій, розробки інтегративної технології відновлення, яка дозволить подолати дезадаптивні адаптаційні стратегії, зменшити симптоми впливу бойового стресу до переносимих і контрольованих, відбудувати гармонійну особистість з урахуванням пережитого травматичного досвіду.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ, ЩО СПРИЧИНЕНО УЧАСТЮ В БОЙОВИХ ДІЯХ

2.1 Організація та методики дослідження професійного вигорання в учасників бойових дій

Емпіричне дослідження професійного вигорання та інтенсивності бойового стресу, особливостей його прояву у військовослужбовців, що отримали тривалий бойовий стрес, було організовано на базі військової частини, де було проведене анкетування та опитування серед військовослужбовців різних підрозділів Збройних Сил України. Респондентами були чоловіки, які брали участь у бойових діях від початку повномасштабного вторгнення і до сьогодні. Вік респондентів від 23 до 56 років.

Метою емпіричного дослідження є вивчення феномену професійного вигорання а також впливу бойового стресу та виявлення особливостей його прояву, спричиненого тривалою участю в бойових діях.

Завданнями дослідження є:

- на основі попереднього аналізу наукової літератури обрати методики діагностики професійного вигорання та інтенсивності бойового стресу.;
- провести діагностичне опитування військовослужбовців на з'ясування особливостей прояву професійного вигорання та впливу бойового стресу;
- проаналізувати отримані результати та перевірити гіпотезу про комплексність психопатологічного прояву бойового стресу і його вплив на професійне вигорання військовослужбовців.

З метою вивчення інтенсивності бойового досвіду та проявів професійного вигорання було проведено емпіричне дослідження, в ході якого були використані наступні методики:

- шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду;

- шкала психологічного стресу RSM-25;
- шкала тривоги Бека;
- шкала депресії Бека;
- шкала самооцінки наявності ПТСР;
- авторська анкета, спрямована на дослідження комплексного прояву бойового стресу;

«Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду» - застосовується для оцінки тривалості та інтенсивності стресової дії бойової обстановки на учасника бойових дій. Шкала включає 10 питань, що стосуються кількісних і якісних аспектів участі в бойових діях. Відповіді оцінюються за балами від 0 до 4. Основні питання охоплюють такі аспекти: частота бойових дій; контакт із загибеллю чи пораненнями; рівень особистої небезпеки; роль у бойових діях; тривалість бойових дій. (Додаток А)

Інтерпретація результатів:

- відсутність бойового досвіду – 0 балів (ДН);
- низький рівень бойового досвіду – 1–9 балів (Н);
- середній рівень бойового досвіду – 10–24 балів (С);
- високий рівень бойового досвіду – 25–33 балів (В)

Ця шкала допомагає зрозуміти, як специфічний бойовий досвід пов'язаний із розвитком посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та інших психічних станів. На основі отриманих даних психологи та дослідники можуть розробляти більш персоналізовані програми підтримки для військовослужбовців.

«Шкала психологічного стресу RSM-25» – Шкала PSM-25 ЛемураТесьє-Філліон (*Lemyr-Tessier-Fillion*) – призначена для вимірювання стресових відчуттів за поведінковими, соматичними та афективними показниками, містить 25 тверджень, кожне з яких відображає інтегральний показник психічної напруженості та оцінюється за 8-бальною шкалою. Ця шкала дозволяє оцінити поточний рівень стресу і виявити його основні прояви у трьох основних сферах: емоційний компонент (тривога,

роздратування, напруженість); когнітивний компонент (труднощі з концентрацією, відчуття перевантаження); соматичний компонент (втом, порушення сну, тілесні симптоми). (Додаток Б)

Інтерпретація результатів:

- менше 100 балів, свідчить про стан психологічної адаптованості до робочих навантажень;
- 100-154 балів – середній рівень стресу;
- більше 155 балів – високий рівень стресу, наявність дезадаптації та психоемоційного дискомфорту. Це вимагає комплексного підходу до зниження нервово-психічної напруги, включаючи використання різноманітних методів психологічного розвантаження, впровадження змін у способі мислення та корекцію стилю життя.

«Шкала тривоги Бека» (*The Beck Anxiety Inventory* – «BAI») – клінічна тестова методика, яка застосовується для скринінгу тривоги та оцінки ступеню її прояву, містить 21 твердження, кожне з яких відповідає одному з типових психічних чи тілесних симптомів тривоги та оцінюється за 3-бальною шкалою. Методика є простим і зручним інструментом для попереднього виявлення тривожних розладів у широкого кола респондентів віком від 14 років. (Додаток В)

Інтерпретація результатів:

Результати підсумовуються, максимальна кількість балів — 63.

- 0–9 балів: Мінімальний рівень тривоги.
- 10–18 балів: Легкий рівень тривоги.
- 19–29 балів: Помірний рівень тривоги.
- 30–63 балів: Високий рівень тривоги.

Чим вищий бал, тим інтенсивніше проявляються симптоми.

«Шкала депресії Бека» (*Beck Depression Inventory* – «BDI») – клінічна тестова методика, яка широко використовується у клініко-психологічних дослідженнях і застосовується для виявлення симптомів депресії та їх інтенсивності. Містить 21 групу тверджень, кожна з яких оцінюється від 0 до

3 балів: 13 груп тверджень для оцінки когнітивно-афективної сфери (пункти 1-13) та 8 груп для оцінки соматичних проявів депресії (пункти 14-21). (Додаток Г)

Інтерпретація результатів:

Максимальна кількість балів — 63.

- 0–13 балів: Мінімальна депресія (норма).
- 14–19 балів: Легкий рівень депресії.
- 20–28 балів: Помірний рівень депресії.
- 29–63 бали: Високий рівень депресії (тяжкий стан).

Чим вищий бал, тим сильніше виражені депресивні симптоми.

«Шкала самооцінки наявності ПТСР» (*PTSD Check List – Military Version. «PCL-M»*) – військова версія, базується на критеріях DSM-V і містить 17 тверджень, що відповідають ознакам ПТСР і стосуються травматичного військового досвіду. Респонденти мають оцінити ступінь прояву певного симптому протягом останнього місяця за 5-бальною шкалою.

Вона охоплює такі категорії: інтрузивні спогади (неконтрольовані спогади про травматичну подію, нічні кошмари, пов'язані з пережитим, відчуття, що подія відбувається знову); уникання (намагання уникати думок, почуттів або розмов про подію, уникання місць, людей чи діяльності, що нагадують про травму); негативні зміни у мисленні та настрої (втрата інтересу до улюблених занять, постійні негативні думки про себе чи світ, відчуття ізоляції чи відчуження від інших); підвищена збудливість (надмірна пильність або напруженість, проблеми зі сном, спалахи гніву чи дратівливості). (Додаток Д)

Оцінка результатів:

- 17–28 балів – нормативні показники (низький рівень);
- 29–50 балів – окремі симптоми ПТСР (середній рівень);
- 51 балів і вище – як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР пост-комбатанта (високий рівень).

- Авторська анкета дослідження комплексного прояву бойового стресу – складається з соціально-демографічного блоку (питання № 1-3), оцінки інтенсивності бойового досвіду (питання № 4-6), скрінінгу депресії (питання № 7-10), скрінінгу тривоги (питання № 11-13), скрінінгу психологічного стресу (питання № 14-16) та скрінінгу ПТСР (питання № 17-19). (Додаток Е)

2.2 Аналіз результатів проведеного дослідження прояву бойового стресу

В емпіричному дослідженні інтенсивності бойового досвіду та прояву бойового стресу взяли участь 62 військовослужбовця складу Збройних Сил України. В анкеті було запропоновано 3 варіанти відповіді щодо терміну участі в бойових діях: менше 1 року, від 1 року до 2 та більше 2 роки. Відповіді на це питання розподілилися таким чином – 14 респондентів мали досвід менше 1 року, 30 – від 1 року до 2, 18 – понад 2 роки.

За результатами анкетування з оцінки наявності бойового досвіду були отримані такі дані:

Таблиця 2.1 Анкетування з оцінки наявності бойового досвіду (подано розподіл кількості респондентів відповідно до відповідей)

	Ніколи	Рідко	Періодично	Часто або дуже часто
Потрапляв у ситуації прямої загрози життю	-	17	21	24
Був свідком травмування або смерті товаришів	1	25	22	14
Доводилося приймати	-	4	37	21

ризиковані рішення				
-----------------------	--	--	--	--

Отже всі респонденти мали бойовий досвід, але різної інтенсивності, що можна пояснити як терміном перебування в зоні бойових дій, так й індивідуальною специфікою, пов'язаною з виконанням службових задач і завдань.

Результати анкетування оцінки наявності симптомів депресії:

Таблиця 2.2 Анкетування з оцінки наявності симптомів депресії (подано розподіл кількості респондентів відповідно до відповідей)

	Відсутнє	Слабке середньо виражене	Дуже виражене
Втрата інтересу до життя	28	34	-
Відчуття безнадійності	7	48	7
Порушення сну	-	54	8
Відчуття провини	18	44	-

Таким чином симптоми депресії присутні переважно слабкої або середньої вираженості. Всі опитані відмітили наявність порушень сну різного ступеня, що можна пояснити не тільки впливом бойового стресу, а й умовами несення військової служби та особливостями виконання службових завдань. Разом з тим втрата інтересу до життя, відчуття безнадійності та відчуття провини безпосередньо пов'язані з емоційним стресовим навантаженням бойової обстановки.

Наступний блок питань анкети спрямований на виявлення ознак тривоги, які можуть проявлятися як в соматичній, так і в емоційній сферах, адже висока інтенсивність симптомів тривоги здатна погіршувати загальний фізичний стан, сприяти емоційному виснаженню, перешкоджати ефективному виконанню службових обов'язків.

Серед респондентів результати з оцінки наявності симптомів тривоги розподілилися наступним чином:

Таблиця 2.3 Анкетування з оцінки наявності симптомів тривоги (подано розподіл кількості респондентів відповідно до відповідей)

	Ніколи	Іноді регулярно	Дуже часто
Напруження або неспокій	10	52	-
Проблеми з диханням	23	37	2
Серцебиття або біль у грудях	17	44	1

За результатами анкетної оцінки симптоми тривоги здебільшого були в межах середнього рівня інтенсивності.

Нижче наведені результати анкетування в оцінці наявності симптомів стресу:

Таблиця 2.4 Анкетування з оцінки наявності стресових відчуттів (подано розподіл кількості респондентів відповідно до відповідей)

	Ніколи	Іноді	Регулярно або часто
Я почувався перевантаженим проблемами	-	17	45

Я відчував тривогу через непередбачуваність майбутнього	-	23	39
Мені було важко концентруватися на завданнях	5	23	34

Отримані результати свідчать про наявність середнього і вище середнього рівень стресових відчуттів у більшості респондентів.

Наведені нижче питання були спрямовані на виявлення наявності симптомів ПТСР:

Таблиця 2.5 Анкетування з оцінки наявності симптомів ПТСР (подано розподіл кількості респондентів відповідно до відповідей)

	Ніколи	Іноді	Часто
Я часто переживаю або переживав(ла) спогади про травматичні події, як вони відбувалися знову	-	38	27
Я намагаюся уникати ситуацій або людей, які нагадують мені про пережиту травму	21	40	1

Я відчуваю відчуження від інших людей і маю труднощі в емоційному зв'язку з близькими	15	34	13
---	----	----	----

Завершували анкету питання на оцінку наявності симптомів ПТСР такі як: переживання спогадів про травматичні події у вигляді флешбеків або повторюваних сновидінь про подію, уникання ситуацій або людей, які нагадують про пережиту травму, відчуття відчуження від інших людей або труднощі в емоційному зв'язку з близькими. Ці питання дозволили виявити наявність переживання симптомів вторгнення (або інтрузії), уникання, негативні зміни у мисленні та настрої. Наявність підвищеної збудливості можна оцінити за ознаками наявності стресових відчуттів або як симптом тривоги з попередніх блоків анкети.

За результатами анкетування у респондентів було виявлено наявність основних симптомокомплексів посттравматичного стресового розладу низького і середнього ступеня інтенсивності.

Наступним кроком необхідно було дослідити чи наявний зв'язок між терміном перебування в зоні бойових дій та інтенсивністю набутого бойового досвіду. Для цього була застосована Шкала оцінки бойового досвіду і отримані такі результати: респонденти групи 1(перебування менше одного року) мали середні значення 10,42 бали або 31,57% інтенсивності бойового досвіду; групи 2 (перебування від 1 до 2 роки) – 13, 23 бали або 40,09%; групи 3 (перебування понад 2 роки) – 17,5 балів або 53,03%. Отримані середні значення розміщуються в межах середнього рівня бойового досвіду за оціночною шкалою.

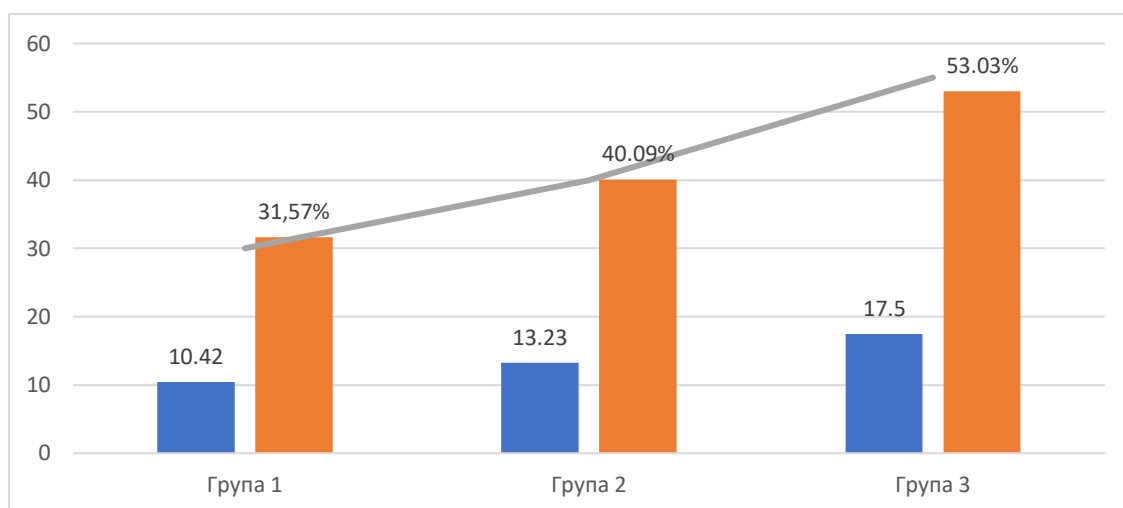


Рис. 2.1. Шкала оцінки бойового досвіду

Проведений кореляційний аналіз за Пірсоном виявив помірну позитивну кореляцію між групою 1 та групою 2 ($r=0,59$), сильну позитивну кореляцію між групою 2 та групою 3 ($r=0,82$) та помірну до сильної між групою 1 та групою 3 ($r=0,73$). Ці результати вказують на наявність залежності між терміном перебування в зоні бойових дій та інтенсивністю бойового досвіду. Сильна позитивна кореляція між групою 2 та групою 3 вказує, що протягом останнього року інтенсивність бойового досвіду збільшилася. Це може бути пов'язане як із збільшенням терміну перебування безпосередньо в зоні бойових дій, так і з збільшенням стресогенних чинників бойового досвіду таких як: виконання завдань в умовах підвищеної небезпеки, збільшення часу перебування в зоні обстрілу, знаходження в оточенні, небезпека бути вбитим чи пораненим тощо. Зазначені чинники здатні збільшувати негативний вплив бойового стресу на організм та психіку військовослужбовців.

На підставі отриманих даних можна констатувати, що збільшення терміну перебування в бойовій обстановці призводить до збільшення стресового навантаження на психіку і особистість військовослужбовців, яке, в свою чергу, підвищує ризик формування і розвитку посттравматичних стресових розладів учасників бойових дій.

Оцінка рівня стресових відчуттів дає можливість виявити вплив стресового навантаження бойової обстановки на психіку та організм військовослужбовця, визначити сферу та інтенсивність його прояву. Своєчасне виявлення високого стресового впливу, вчасне надання психологічної допомоги здатне попередити як розвиток стресових розладів, так і професійне вигорання, конфліктну або небезпечну поведінку, самовільне залишення військової частини.

За допомогою методики Шкала психологічного стресу RSM було встановлено рівень стресових відчуттів в межах таких показників: підпороговий низький рівень стресових відчуттів виявлено в 23,1% респондентів, в межах середнього рівня - 76,9% респондентів (рис. 2.2).

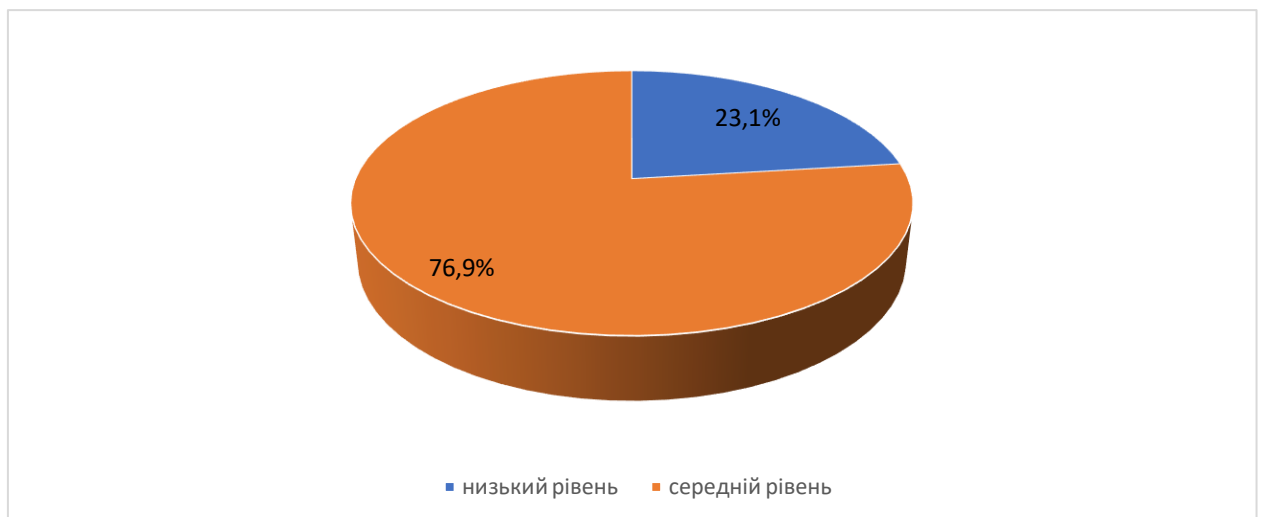


Рис 2.2 Шкала психологічного стресу RSM

Кореляційний аналіз за Спірменом, що був проведений між даними Шкали оцінки бойового досвіду та Шкали психологічного стресу виявив помірну позитивну кореляцію, яка становить $r \approx 0,495$. Це означає, що зі збільшенням бойового досвіду Шкала психологічного стресу теж має тенденцію зростати, що може бути чинником формування та розвитку посттравматичних стресових розладів.

За результатами опитування було виявлено такі прояви стресу: проблеми зі сном; запаморочення, фізичне нездужання; проблеми з

травленням; важко дихати, перехоплює подих; відчуття перевантаження; втома; відчуття важкості; похмурі думки, тривожний стан; легко лякаюся, здригаюся від шуму або шурхоту; відчуття напруги; часто псується настрій (агресія лютує, плач).

Найбільш вираженими були такі прояви: проблеми зі сном(7,12), запаморочення, фізичне нездужання(6,76); відчуття перевантаження(7,01) і втома(6,65); реакція здригання або переляку від шуму або шурхоту(6,93), відчуття напруги(6,68).

За інтенсивністю соматичні, поведінкові та емоційні прояви стресу розподілилися таким чином:

Таблиця 2.6. Середні значення проявів психологічного стресу(1-8)

Соматичні прояви	проблеми зі сном	7,12
	запаморочення, фізичне нездужання	6,76
	проблеми з травленням	6
	важко дихати, перехоплює подих	4,87
Прояви виснаження	відчуття перевантаження	7,01
	втома	6,65
	відчуття важкості	6,37
	похмурі думки, тривожний стан	6,06
Прояви емоційної напруги	легко лякаюся, здригаюся від шуму або шурхоту	6,93
	відчуття напруги	6,68
	часто псується настрій (агресія лютує, плач)	5,85

Дослідження ступеня вираженості тривожних розладів за Шкалою тривоги Бека констатували такі результати: 22,5% респондентів мали

низький рівень тривоги, 71,05% - середній і 6,45% - високий рівень тривоги(рис.2.3)

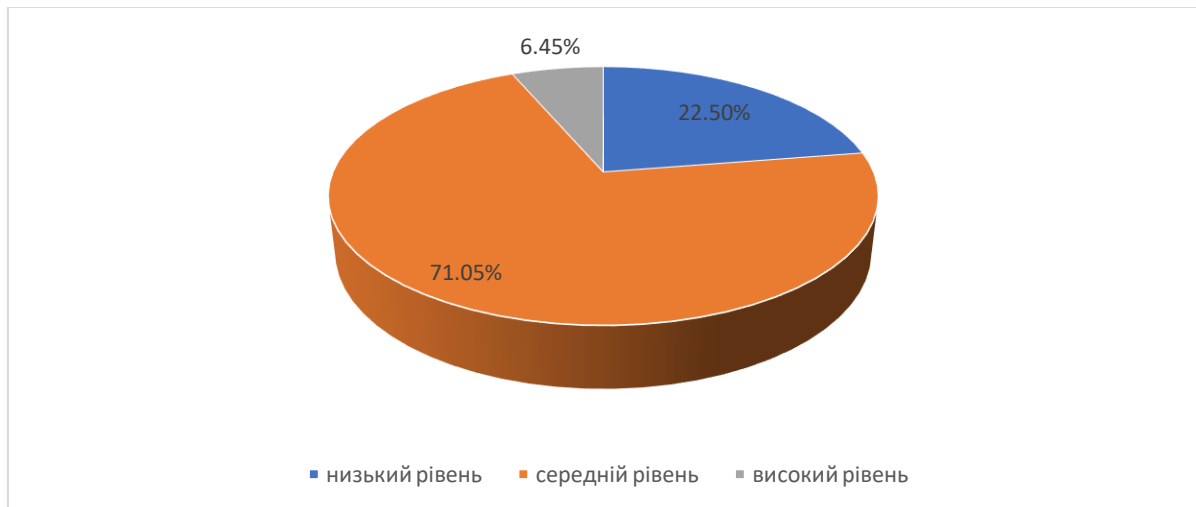


Рисунок 2.3 Шкала тривоги Бека

Найбільш інтенсивними виявилися такі стани як: тремтіння в руках(2,16); нервозність(2,16); нездатність розслабитися(2,13).

Таблиця 2.7 Середні значення проявів тривоги (0-3)

Соматичні прояви	тремтіння в руках	2,16
	прискорене серцебиття	2,03
	оніміння та поколювання в тілі	1,71
	шлунково-кишкові розлади	1,46
	запаморочення, відчуття легкості в голові	1,43
Емоційні прояви	нервозність	2,16
	нездатність розслабитися	2,13
	страх смерті	1,46

Дослідження депресивних проявів за методикою Шкала депресії Бека визначено ступінь важкості депресивних проявів і отримані такі результати: 32,25% респондентів мали мінімальні прояви депресії (норма), 58,06% -

легкий рівень депресії, 9,69% - помірний рівень депресивних проявів (рис. 2.4).

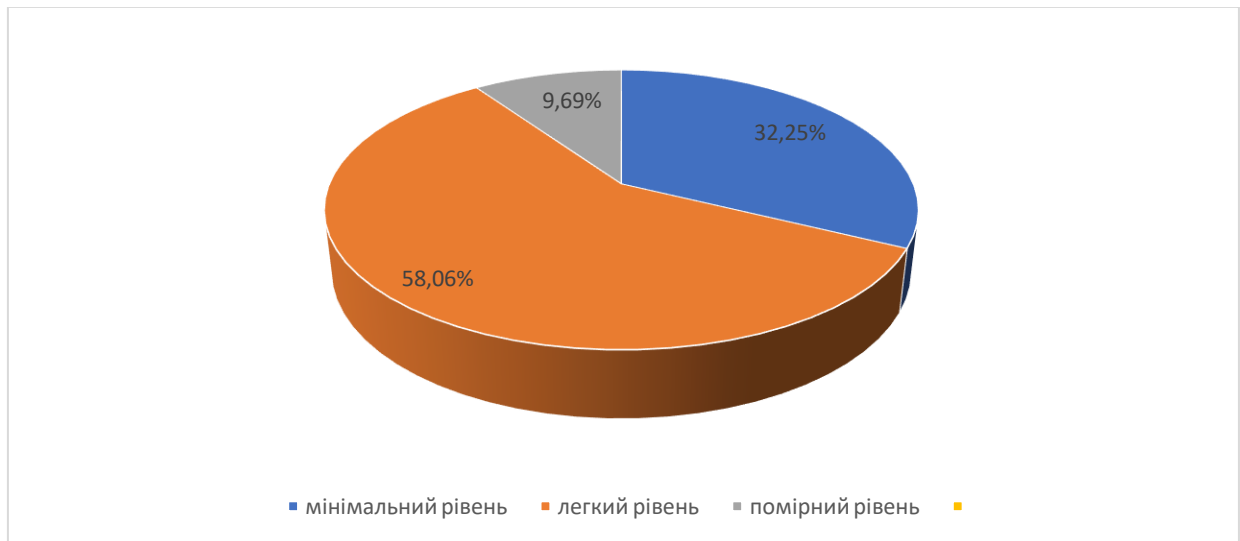


Рисунок 2.4 Шкала депресії Бека

Найбільш вираженими були такі симптоми: погіршення сну(1,36); раптове роздратування та почуття внутрішнього незадоволення(1,16); пригнічення, сум(0,8); погіршення апетиту(0,7). Такий симптом, як зменшення інтересу до статевого життя(0,93) може бути обумовлений обставинами та умовами перебування в зоні бойових дій.

Таблиця 2.8. Середні значення вираженості симптомів депресії (0-3)

Соматичні симптоми	погіршення сну	1,36
	зменшення інтересу до статевого життя	0,93
	погіршення апетиту	0,7
	прояви фізичних симптомів (біль в животі, напр.)	0,7
Емоційно-когнітивні симптоми	раптове роздратування та почуття внутрішнього незадоволення	1,16
	пригнічення, сум	0,8

	відчуженість	0,7
	страх і тривога від думок про майбутнє	0,7
	менше задоволення від улюблених занять і речей	0,7

На основі дослідження, проведеного за Шкалою самооцінки наявності ПТСР» (PTSD CheckList – Military Version), у респондентів виявлено ознаки ПТСР за діагностичними критеріями DSM-5. Аналіз даних дослідження дав змогу одержати такі результати: 38,7% респондентів мали підпорогову межу нормативних показників ПТСР, 61,3% - окремі симптоми ПТСР (рис. 2.5)



Рис. 2.5 Шкала самооцінки наявності ПТСР

Симптоми, які набули найбільшої вираженості наведені в Таблиці 2.9:

Таблиця 2.9. Середні значення вираженості симптомів ПТСР (1-5)

Симптоми інтрузії	Думки і спогади, що повторюються, нав'язливі картини травматичного досвіду	2,26
	повторювані сни про травматичний досвід	2,16
Симптоми уникнення	уникання думок або розмов про травматичну ситуацію	2,1

Негативні зміни у настрої	відстороненість	2,16
	пригнічення, засмучення	2,13
Симптоми збудження	порушення сну (поверхневий сон або труднощі з засинанням)	3,1
	роздратування, вибухи гніву	2,33
	знервованість, лякливність	2,06

За результатом опитування найбільшу інтенсивність мали симптоми збудження такі як порушення сну (поверхневий сон або труднощі з засинанням)(3,1), роздратування, вибухи гніву(2,33). В емоційній сфері вираженими були відчуття відстороненості(2,16) та пригнічення, засмучення(2,13). Думки і спогади, що повторюються, нав'язливі картини травматичного досвіду(2,26) з одночасним уникання думок або розмов про травматичну ситуацію(2,1), повторювані сні про травматичний досвід(2,16) стали найбільш інтенсивними в когнітивній сфері. Такі симптоми як погіршення або порушення сну, нервозність, роздратування, напруга, раптові вибухи емоцій, відчуття пригнічення і суму є спільними для досліджуваних проявів бойового стресу. Таким чином можна зробити висновок про комплексність впливу стресорів бойової обстановки на організм та психіку учасників тривалих бойових дій.

Узагальнені результати опитування щодо прояву наслідків впливу бойового стресу подано в Таблиці 2.10:

Таблиця 2.10 Зведена таблиця симптомів та проявів бойового стресу

	Стрес	Тривога	депресія	ПТСР
Соматичні прояви або симптоми	проблеми зі сном; запаморочення, фізичне нездужання;	тремтіння в руках; прискорене серцебиття; оніміння та	погіршення сну; зменшення інтересу до статевого	повторювані сні про травматичний досвід; порушення

	проблеми з травленням; важко дихати, перехоплює подих.	поколювання в тілі; шлунково-кишкові розлади; запаморочення, відчуття легкості в голові.	життя; погіршення апетиту; прояви фізичних симптомів (біль в животі, напр.).	сну (поверхневий сон або труднощі з засинанням).
Емоційно - когнітивні прояви або симптоми	відчуття перевантаження; втоми; відчуття тяжкості; похмурі думки, тривожний стан; легко лякаюся, здригаюся від шуму або шурхоту; відчуття напруги; часто псується настрій (агресія, лють, плач).	нервозність; нездатність розслабитися; страх смерті.	раптове роздратування та почуття внутрішнього незадоволення; пригнічення, сум; відчуженість; страх і тривога від думок про майбутнє; менше задоволення від улюблених занять і речей.	думки і спогади, що повторюються, нав'язливі картини травматичного досвіду; уникання думок або розмов про травматичну ситуацію; відстороненість; пригнічення, засмучення; роздратування, вибухи гніву; знервованість,

				лякливість.
--	--	--	--	-------------

Аналіз результатів дослідження проявів та симптомів стресу, тривоги, депресії та ПТСР серед військовослужбовців, які не мають діагностованого ПТСР або іншої наявної психопатології, вказує на комплексність прояву наслідків бойового стресу. Травматичні події і досвід бойових дій проявляються не тільки симптомами, характерними для посттравматичного стресового розладу такими як: вторгнення думок, спогадів, що повторюються; нав'язливими картинами травматичного досвіду; повторюваними снами; униканням думок або розмов про травматичну ситуацію. Разом з зазначеними симптомами інтенсивний та тривалий бойовий стрес проявляється комплексом симптомів, які є спільними для посттравматичних, депресивних, тривожних розладів та загального стресу.

В соматичній сфері це такі прояви:

- порушення сну, труднощі з засинанням, поверхневий сон;
- шлунково-кишкові розлади, зниження апетиту, біль в животі, закрепи;
- незадовільний загальний фізичний стан, тремтіння, оніміння, прискорене серцебиття.

В емоційно-когнітивній сфері:

- пригнічення, засмучення, відчуття важкості;
- знервованість, відчуття напруги, нездатність розслабитися;
- перепади настрою, роздратування, вибухи люті;
- відчуття відстороненості, відчуження;
- зменшення інтересу до людей, улюблених занять, сексуального життя;
- похмурі та суїцидальні думки.

Висновки до розділу 2

У другому розділі було здійснено емпіричне дослідження в якому взяли участь 62 респонденти, кожен з яких мав досвід участі в бойових діях. В результаті дослідження було визначено, що інтенсивність стресової дії бойового досвіду пов'язана з тривалістю перебування в зоні бойових дій.

Проведений кореляційний аналіз виявив помірний позитивний зв'язок між інтенсивністю бойового досвіду та рівнем стресових відчуттів. Чим довше військовослужбовці брали участь в бойових діях, тим більшим є ризик формування і розвитку посттравматичних стресових станів і розладів.

У більшості респондентів спостерігалися симптоми тривоги як от: напруження, неспокій, серцебиття та інші соматичні прояви виявлялися переважно на середньому рівні інтенсивності. Симптоми депресії спостерігалися слабкої або середньої інтенсивності, серед них втрата інтересу до життя, відчуття безнадійності, порушення сну та почуття провини. Більшість респондентів мала середній рівень стресових відчуттів, що переважно були представлені у вигляді перевантаження проблемами, незадовільним фізичним станом та тривогою щодо майбутнього.

Також у значної частини респондентів були виявлені симптоми посттравматичного стресового розладу, зокрема це повторювані спогади, уникання думок і розмов про травматичні ситуації, емоційна відстороненість та підвищена збудливість. Перелічені симптоми були пов'язані з перебуванням в бойовій обстановці та участю в бойових діях.

Аналіз проявів стресу, тривоги, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців без попередньо діагностованих психічних розладів демонструє складність наслідків бойового стресу. Травматичні події та досвід участі в бойових діях можуть викликати не лише класичні симптоми ПТСР, такі як: настирливі спогади, повторювані нічні кошмари, нав'язливі думки чи уникання розмов про травматичні ситуації. До них додається широкий спектр симптомів, властивих

тривожним, депресивним розладам та загальному стану стресу, що посилює складність психологічного стану.

Соматичні симптоми включають: розлади сну (проблеми із засинанням, поверхневий сон); порушення травлення (зниження апетиту, біль у животі, закрепи); загальну фізичну слабкість (тремтіння, оніміння, пришвидшене серцебиття).

Емоційно-когнітивні прояви: пригніченість, емоційна втома, почуття важкості; підвищена знервованість, напруга, неспроможність розслабитися; часті зміни настрою, роздратованість, раптові напади гніву; почуття відстороненості, емоційного відчуження; втрата інтересу до соціальної взаємодії, хобі чи сексуального життя; песимістичні або суїцидальні думки.

Аналіз психологічного стану військовослужбовців підкреслює необхідність багатовимірної підтримки та своєчасної психологічної допомоги для запобігання погіршенню психічного та фізичного здоров'я. Розуміння комплексності проявів впливу бойового стресу є ключовим елементом психологічної реабілітації українських військових. Запропоновані у дослідженні діагностичні методики дозволяють:

- оцінити ступінь впливу бойових травм на психоемоційний стан військових;
- виявити супутні стани, такі як тривога, депресія чи загальний дистрес;
- визначити індивідуальні потреби для реабілітації;
- розробити цільові психологічні інтервенції для кожного військовослужбовця.

РОЗДІЛ 3

ВПРОВАДЖЕННЯ ТЕХНОЛОГІЙ ВІДНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ З МЕТОЮ ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ ТРИВАЛИХ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1 Організаційно-методичні аспекти психологічної реабілітації та опис підібраних технологій відновлення особистості

Проблема психологічної реабілітації учасників бойових дій набуває особливої актуальності саме сьогодні у зв'язку з широкомасштабною війною, яка вже майже три роки триває на території нашої держави, а загальна тривалість бойових дій перевищує термін у 10 років. Війна призвела до анексії частини країни, інтенсивних бойових дій, численних болісних втрат, суб'єктивно складного стану хронічної невизначеності. Значна частка населення України вже потребує психологічної підтримки та допомоги і потребуватиме її в майбутньому, оскільки внаслідок тривалої травматизації суттєво знижуються соціально-адаптивні можливості психіки, втрачається рівень особистісної цілісності, комунікативної компетентності, професійної самоєфективності та психологічного благополуччя.

Аналізуючи історичні факти та лонгітюдні дослідження, можна з впевненістю стверджувати, що рани війни, якщо їх не лікувати, не загоюються самі, а часто й мають віддалені наслідки в наступних поколіннях. Тому критично необхідно знайти відповідь на питання, яким чином психологи мають допомогти в лікуванні і лікувати воєнну травматизацію, як підтримувати і повертати до повноцінного життя різні верстви населення нашої держави.

Участь у бойових діях є стресовим фактором найвищої інтенсивності. Дедалі більше уваги різних дослідників привертають проблеми збереження здоров'я та працездатності воїнів, які беруть або брали участь у бойових діях. Одержали розвиток нові підходи до організації психологічної реабілітації на різних її етапах для окремих категорій учасників бойових дій. Проте на особливості проведення комплексних програм реабілітації, спрямованих на

специфіку проявів психічних розладів учасників тривалих бойових дій увагу зосереджено недостатньо.

На думку Т. Титаренко, «реабілітація головним чином спрямована на створення якісного (з соціального погляду) життя людини, яка її потребує. Порушені можливості індивіда, тимчасово зруйновані взаємозв'язки між ним та суспільством, що потребують відновлення – є головним завданням реабілітації. Проте процес відновлення зосереджений не лише на потенційних можливостях людини, але і на діях з боку суспільства та на формах взаємодії людини і суспільства».[75]

«Психологічна реабілітація здатна розв'язати надзвичайно широке коло завдань психологічної допомоги учасникам тривалих бойових дій. Перш за все це нормалізація психічного стану, відновлення втрачених або порушених психічних функцій, гармонізація образу Я особистості відповідно до соціально-особистісної ситуації (поранення, інвалідизація), надання допомоги у відновленні конструктивної соціальної взаємодії».[35]

«Психологічна реабілітація – це система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей людини, створення сприятливих умов для розвитку особистості. Процес організованого психологічного впливу, внаслідок якого усуваються негативні психологічні наслідки пережитого травматичного стресу, забезпечує такий стан психічного здоров'я, який дає змогу людині досить ефективно розв'язувати різноманітні завдання».[42]

Колишній президент Всесвітньої і Європейської психіатричних асоціацій, директор відділу охорони психічного здоров'я ВООЗ Норман Сарторіус обстоює таку думку, що психічне здоров'я людини передбачає:

- відсутність явних психічних порушень;
- наявність певного резерву сил, ресурсу, завдяки якому є можливість долати несподівані та неочікувані стресові ситуації;
- стан рівноваги у взаємодії з навколишнім середовищем, суспільством.

Психологічно здорова особистість - це особистість цілісна, самореалізована та самоврегульована, яка має ресурси для розв'язання складних проблем, здатна до взаємодії зі спільнотою, соціумом та адаптації до його очікувань, до продуктивного навчання і праці, впевнена в тому, що життя має певний сенс, а не є просто машинальним функціонуванням чи зароблянням на прожиття. Все зазначене є фундаментом до професійної і сімейної самореалізації, підґрунтям для високої якості життя та відчуття суб'єктивного благополуччя.

Т. Титаренко виокремлено такі індикатори особистісного здоров'я:

- на індивідуально-психологічному рівні: креативність, збалансованість та адаптивність;
- на ціннісно-смисловому рівні: схильність до пошуку нових сенсів, здатність до осмислення досвіду та вміння отримувати задоволення від життя;
- на соціально-психологічному рівні: схильність до співробітництва, здатність співпереживати та почуття відповідальності перед оточенням.[73]

Мета психологічної реабілітації військовослужбовців – надання допомоги у відновленні психічного здоров'я, що дозволить продовжити професійну діяльність або повернутися до умов мирного життя після завершення воєнного конфлікту.

Загальними напрямками психологічної допомоги у соціально-психологічній реабілітації особистості, що зазнала тривалого впливу бойового стресу, є робота, спрямована на: подолання або зменшення до терпимого рівня симптомів ПТСР, тривожного та депресивного розладів, дисоціації, розладу тривалого горя; досягнення стійкого позитивного самосприйняття; підвищення рівня комунікативної компетентності та соціальної взаємодії; відновлення самоефективності і самоактуалізації, ціннісно-смиислової та особистісної цілісності.

Соціально-психологічна реабілітація особистості, що постраждала внаслідок травмування, спрямована на активізацію її життєтворення.

Головним вектором реабілітації є відновлення бажання самотрансформацій, здатності до проектування майбутнього життя та втілення цих проектів у різних сферах життєдіяльності.

Серед критеріїв відновлення психологічного здоров'я осіб, що зазнали наслідків довготривалої травматизації, в тому числі і в учасників тривалих бойових дій, слід акцентувати такі:

- 1) спроможність до оновлення особистісної цілісності і безперервності, віри в себе, здатність до самопідтримки і самодопомоги;
- 2) здатність посилювати потребово-мотиваційні, ціннісно-сміслові ресурси власної особистості в якості джерел самозмін;
- 3) здатність підвищення самоефективності особистості, здатність до самореалізації;
- 4) відновлення здатності підтримувати конструктивні стосунки з оточенням.[65]

Відповідно до досліджень українських та зарубіжних науковців та практичних психологів (А. Глушко, Б. Овчіннікова, Л. Янишева, Т. Титаренко, О. Блінова, О. Кокуна, А. Мельника, Р. Попелюшка, Б. Лазоренка, М.Чернявської, Ч. Гоуга), які надають психологічну допомогу учасникам бойових дій з наслідками стресогенних впливів, можна зробити висновок, що процес відновлення особистості складається з таких трьох етапів:

- діагностичного (підготовчого), - вивчення наявних психологічних проблем, ступеня їх впливу на психологічне здоров'я і життєдіяльність військовослужбовця; забезпечення стабільності та безпеки; розбудова ресурсу;
- психологічного (базисного) - переробка спогадів про травматичну подію за допомогою конкретних методів впливу на психіку військовослужбовця з метою зниження емоційної напруги; розв'язання і подолання внутрішніх конфліктів; усвідомлення та прийняття втрат;
- реадаптаційного (завершального) - відновлення зв'язку з повсякденним життям; відбудова ціннісно-сміислової сфери особистості;

інтеграція унікальних життєвих обставин в позитивний образ себе; розвиток потенціалу та стратегій, що дають змогу ефективно жити в мирних умовах і зменшення впливу або відмова від адаптивних стратегій, набутих в умовах тривалого перебування в зоні бойових дій.

На кожному етапі доцільно і необхідно поєднувати технічні моменти реабілітації з ціннісно-смісловими аспектами підтримання й відновлення психологічного здоров'я особистості воїна. Дотримання даних умов забезпечить послідовне і успішне проходження кожного з етапів психологічної реабілітації.[65]

Важливу роль у лікуванні комплексних станів, які викликані участю в тривалих бойових діях відіграють психологічні методи та технології відновлення особистості. Згідно з клінічними настановами психологічні методи лікування, такі як: десенсибілізація та проробка травми рухами очей (EMDR), тривала експозиція, когнітивна терапія, травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ), когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) і терапія керування стресом є рекомендованою терапією першої лінії для більшості випадків. Проте клінічні настанови не роблять жодних винятків для ПТСР, пов'язаного із перебуванням у зоні бойових дій та тривалим впливом бойового стресу.

«У метааналізі, проведеному J. Naagen et al. (2015), ТЕ та КПТ були більш ефективними під час лікування ветеранів війни та військовослужбовців, аніж EMDR. На думку цих вчених, питання про застосування EMDR як терапії першої лінії при посттравматичному стресовому розладі внаслідок бойового стресу потребує подальшого дослідження щодо його дієвості.

З іншого боку, в недавньому огляді доказової бази було вказано, що лише менше половини військових може очікувати клінічно значущого покращення симптомів ПТСР після використання КПТ і ТЕ».[66]

Відповідно до результатів систематичних метааналітичних оглядів, цивільні особи мають кращу відповідь на психологічні інтервенції, ніж

ветерани або військові, які беруть участь в бойових діях. Однією з причин такого зниження ефективності лікування є комплексний психотравматичний вплив, який чинить бойовий стрес.[66]

Українські науковці та практичні психологи на сьогоднішній день мають власний досвід психологічної реабілітації учасників бойових дій з зони проведення АТО. Актуальним і важливим є вивчення та узагальнення набутого досвіду з метою надання ефективної та комплексної психологічної допомоги у відновленні психічного здоров'я ветеранів повномасштабної російсько-української війни. Під час індивідуальної та групової роботи з психологічної реабілітації, враховуючи комплексний психотравмуючий вплив бойового стресу на особистість учасників тривалих бойових дій, доцільним та ефективним буде застосування різних методів, технік та технологій психодинамічної, поведінкової, когнітивно-поведінкової, гіпносугестивної терапії, гештальт-терапії, арт-терапії, тілесно-орієнтованої терапії, нейролінгвістичного програмування, екзистенційної терапії, логотерапії, EMDR, трансактного аналізу, психодрами тощо.

Методи, техніки та технології психокорекційної і психотерапевтичної роботи мають бути орієнтовані на розв'язання таких завдань:

- оволодіння навичками емоційної регуляції та стабілізації, розбудови ресурсу;
- відреагування переживань, які пов'язані зі спогадами про бойові події;
- розуміння зв'язку між подіями, що відбулися та наявним психічним станом;
- відновлення цілісності образу Я, фрагментованого та дисоційованого внаслідок впливу тривалого бойового стресу, розв'язання внутрішніх конфліктів;
- усвідомлення і прийняття втрат;
- відновлення зв'язку з повсякденним життям, єдності часової лінії життя;

- подолання відчуженості, відновлення конструктивної комунікації та соціальної взаємодії ;
- відбудова ціннісно-смислової сфери особистості, усвідомлення подій, що відбулися, як частини власного життєвого досвіду;
- інтеграція унікальних життєвих обставин в позитивний образ себе;
- розвиток потенціалу та стратегій, що дають змогу ефективно жити в мирних умовах і зменшення впливу або відмова від адаптивних стратегій, набутих в умовах тривалого перебування в зоні бойових дій.

Для реалізації перерахованих завдань психологічної реабілітації доцільно використовувати не тільки техніки когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованої терапії, EMDR, а й технологічний підхід відновлення особистості після травматизації (Т. Титаренко), соціально-психологічні технології відновлення проблемної особистості після травматичних подій (Б. Лазоренко), технології відновлення соціально-психологічних ресурсів життєздатності особистості, що переживає наслідки травматичних подій (Т. Ларіна), технології відновлення самоефективності особистості, яка переживає втрату (К. Мирончак), технології подолання відчуження в учасників бойових дій (М. Чернявська).

Травмафокусована КПТ, тілесно-орієнтована терапія, EMDR пропонують широке коло технік та прийомів, які використовують фізіологічні механізми впливу дихання, уяви, мислення і фізичних відчуттів на активацію роботи парасимпатичного відділу автономної нервової системи. Мета цих вправ: на фізіологічному рівні - збалансувати роботу симпатичного та парасимпатичного відділів автономної нервової системи; на психологічному рівні - навчити навичкам самозаспокоєння, підвищити толерантність до емоційного афекту, оволодіти навичками емоційної регуляції та контролю за власним емоційним станом, його ефективною стабілізацією.

Ще одним важливим аспектом психологічної роботи, спрямованої на подолання наслідків психотравматичного впливу бойового стресу є розуміння військовим, який переживає наслідки такого впливу, «психобіології травми». Знання про основні особливості таламуса, амігдали, гіпокампу та префронтальної кори головного мозку, пояснення зміни в механізмі роботи зазначених структур під впливом травматичного бойового стресу, роз'яснення того, чому бойова психічна травма викликає саме такі реакції організму і психіки, здатні подолати або значно зменшити страх та відчуття неконтрольованого перебігу реакцій.[97]

Центральним фактором посттравматичного відновлення і зростання є здатність згадувати і говорити про травму без екстремального стресу. Досягти цього можна за допомогою експозиції до психотравмуючої події та технік десенсибілізації, які спрямовані на зниження гостроти емоційних і тілесних реакцій у відповідь на спогад про травматичну подію. За допомогою технік і вправ з травмафокусованої КПТ і EMDR зменшуються або зникають такі симптомокомплекси, властиві для ПТСР як: симптоми вторгнення (інтрузії), симптоми уникнення, негативні зміни когнітивної функції та настрою, складнощі з регуляцією афекту.

Оскільки деструктивний вплив на організм та психіку військовослужбовця від тривалої участі в бойових діях не обмежується симптомами посттравматичного стресового розладу, а й викликає супутні розлади та стани і руйнівні зміни в ціннісно-смысловій сфері особистості, доцільним є використання не тільки технік і вправ з травмафокусованої КПТ і EMDR, але й технологій, спрямованих на відновлення особистості.

Технологічний підхід Т. Титаренко складається з технологій і технік, застосування яких відповідно до кожного етапу психологічної реабілітації, здатне покращити результативність та ефективність вправ та технік, спрямованих на подолання симптомів ПТСР, досягти комплексного відновлення особистості після травматизації.

Недостатнє зацікавлення психологічною реабілітацією, залучення до спільної роботи, низька мотивація військовослужбовця ускладнюють надання психологічної допомоги, а іноді роблять цей процес неможливим. Допомогти в подоланні цієї проблеми можуть: технологія подолання недостатньої мотивації щодо власного життя (через активацію бажання самозмін, позитивних спогадів, стимуляцію позитивним прикладом); технологія пошуку ефективних мотиваторів (мрії та фантазії про бажане майбутнє, розповідь про життя за 5-10 років, попередній позитивний досвід у подоланні труднощів і перешкод, активізація підтримки оточення); технологія активізації сліпих зон уваги (опис типового дня сьогодні і до травмування, створення шаржу на себе, розвиток рефлексивності).

Активізація здатності самостійно скеровувати і змінювати власне життя в бажаному напрямі, усвідомлювати і брати на себе відповідальність за власні життєві вибори є важливою умовою ефективного проходження психологічного (базисного) етапу відновлення особистості, під час якого відбувається основна робота з «перепрацювання» травматичного досвіду. Допомогти в успішному подоланні цього етапу можуть такі технології: технологія проектування майбутнього за допомогою життєвих виборів (пробудження інтересу до нового, відтерміновування власних потягів, зміна фокусу автобіографування); технологія апробацій проектів майбутнього за допомогою життєвих завдань (реалістичне оцінювання власних обмежень, звільнення майбутнього від тягара травматичних переживань, створення кількох версій власного майбутнього); технологія реалізації завдань за допомогою оптимізації практикування (подолання калейдоскопічності спогадів, зміна акцентів у пережитому, розподілення відповідальності між учасниками події).

Відбудувати ціннісно-смыслову сферу особистості, інтегрувати унікальні життєві обставини в позитивний образ себе, розвинути потенціал особистісного зростання на реадaptaційному (завершальному) етапі допоможуть такі технології: технологія інтеграції травматичного досвіду

(відновлення цілісності власного життя, об'єднання життєвих подій у гармонійну композицію, розвиток толерантності до оточення); технологія вироблення ставлення до травми як до ресурсу (психоедукація про посттравматичне зростання, підвищення оптимістичності, перетворення енергії стресу з руйнівної на відновлювальну); технологія покращення середовища життєдіяльності (сприяння поглибленим взаємодіям з природою, включення фізичної активності у повсякденне життя).[65]

У соціально-психологічній технології відновлення проблемної особистості після травматичних подій Б. Лазоренко зосереджує свою увагу на набутті учасниками та ветеранами бойових дій, які переживають негативні емоції та психосоматичні стани і намагаються їх позбутися за допомогою немедичного вживання лікарських препаратів, алкоголю чи наркотичних речовин особистісної цілісності за рахунок нарощування власних ресурсів, перетворення наміру особистості подолати травму відокремленням від неї на усвідомлений намір прийняти і засвоїти її як ресурс життєконструювання.

Т. Ларіна в технології відновлення соціально-психологічних ресурсів життєздатності особистості, що переживає наслідки травматичних подій зосереджує увагу на впливі, який чинять травматичні події на здатність особистості довіряти, конструктивно взаємодіяти з соціумом та управляти ризиком як на базові реабілітаційні ресурси та безпекові навички. Використання технік підвищення базового рівня довіри (за допомогою турботи і взаєморозуміння), , коригування негативних комунікаційних настановлень та неконструктивної комунікації (відновлення балансу вибірковості і взаємності в спілкуванні), реконструкції безпекових навичок особистості (опанування вправ на стабілізацію та самовідновлення, розвиток стійкості мислення), формування навичок здорового копінгу, розширення інтерпретативних моделей сприйняття ризику (пригодницьке ставлення, ігрове ставлення, зважене ставлення, ставлення до ризику як до випробовування, віртуалізація ризику) позитивно впливає на підтримання в

особи, яка зазнала психотравмівного впливу бойового стресу мотивації самозцілення на всіх етапах соціально-психологічної реабілітації.

У технології відновлення самоефективності особистості, яка переживає втрату К. Мирончак зазначає, що особливу увагу слід приділяти військовим, які перебувають у зонах активних бойових дій. Воєнні травми, якщо їх вчасно не опрацювати, можуть спочатку призвести до серйозного психологічного надлому, а згодом повністю зруйнувати особистість. Війна залишає глибокі рани, що проявляються в соціальній дезорієнтації, втраті зв'язків, розмитті ідентичності та цілісності «Я», спотворенні сприйняття світу та своєї ролі в ньому, а також у відчуттях безнадії, порожнечі й провини.

Для запобігання таким наслідкам важливо працювати над підвищенням самоефективності особистості. Цей ресурс є ключовим для конструктивного переживання втрат і відкриває шлях до позитивних змін у ставленні до травматичного досвіду. Автор створив модель, що допомагає ідентифікувати ресурси для відновлення самоефективності. Вона показує зв'язок між пережиттям втрати, життєвим простором особистості та ресурсами, які безпосередньо впливають на її здатність до самореалізації.

Тривала участь у бойових діях, психотравмуючий вплив бойового досвіду здатні позбавити воїна або ветерана відчуття сенсу, наповнити життя відчаєм, зневірою та відчуттям всеосяжної внутрішньої спустошеності, викликати зміну статусу, ідентичності, цінностей та самосвідомості, що характеризується відчуженням від реальності, суспільства, сім'ї, роботи і навіть від себе самого. На думку М. Чернявської втрата задоволення від життя, неспроможність відчувати інтерес до власної діяльності, пригніченість, переживання провини, душевна спустошеність, депресія, скептицизм тісно пов'язані із почуттям відчуженості, позбутися якого можна за допомогою технології подолання відчуження в учасників бойових дій.

Результати проведеного авторкою емпіричного дослідження виявили такі причини виникнення відчуження через заблокованість: 1) можливості

знаходити в собі внутрішню силу бути; 2) можливості переживати цінність життя і радіти йому; 3) можливості бути собою, захищати себе, вибудовувати власні межі; 4) можливості ставити цілі, реалізовувати смисли, вписуватися в актуальний контекст.

За результатами дослідження для корекції наслідків відчуження авторкою запропоновані такі техніки: техніка прийняття та техніка “Персональне знаходження позиції”.[65]

3.2 Інтегративна технологія відновлення особистості учасників тривалих бойових дій

Завдання першого етапу реабілітації військовослужбовця, що зазнав впливу бойового стресу включає в себе діагностику та вивчення наявних психологічних проблем, їх характеру, ступеню впливу на життєдіяльність; наявність психотравмуючих подій в минулому з метою вивчення притаманних даному індивіду стратегій подолання стресових впливів, збір травмаспецифічного анамнезу; загальний психологічний стан та умови життя на теперішній момент (наявність роботи, навчання, характер стосунків в сім’ї та в найближчому соціальному оточенні); виявлення схильності до адиктивної поведінки; проведення психоедукації, розуміння зв’язку травмуючої події з наявними симптомами; індивідуальний підбір навичок емоційної регуляції.

Завдання другого етапу – здійснення психологічного впливу на особистість з метою переосмислення набутого бойового досвіду, надання йому актуального сенсу; інтеграції цього досвіду до загальної структури особистості, часової лінії життя, розв’язання внутрішніх конфліктів; усвідомлення та переосмислення втрат, здійснення та проживання процесу горювання, психологічний супровід в ньому; вибудова нових життєвих цінностей замість втрачених під впливом досвіду бойових дій.

Завдання третього етапу – реадаптація: налагодження життєдіяльності з урахуванням особистісних змін , перебудова існуючих

соціальних зв'язків та побудова нових; розвиток нових стратегій подолання та стійкості до життєвих криз.

Перший етап – розбудова ресурсу та навички емоційної регуляції

Залучити військовослужбовця до спільної роботи, підвищити його мотивацію до отримання психологічної допомоги та зацікавленість психологічною реабілітацією можна за допомогою таких технік:

- техніка активізації бажання самозмін: спогади про той період життя, який був вдалим, позитивним, коли хотілося і вдавалося змінюватися, розвиватися, вчитися;
- техніка активізації позитивних спогадів: діалог про яскраві і щасливі моменти життя, значущі стосунки, улюблену роботу, перемоги на конкурсах і спортивних змаганнях, успіх у реалізації поставлених цілей;
- техніка стимуляції позитивним прикладом: реальне і віртуальне знайомства з колишніми постраждалими, які успішно подолали наслідки травматизації і знайшли себе у волонтерській активності, бізнесових стартапах, сімейних, професійних, дружніх стосунках.
- техніка мрій і фантазій про бажане майбутнє: діалог, який бажано розпочинати з дитячих, юнацьких мрій і поступово переходити до мрій про майбутнє;
- техніка створення кіносценарію: казки, розповіді, розповідь історії про життя потерпілого через 5-10 років;
- техніка подолання перешкод: заохочення ретроспективного погляду на попередні складні ситуації і способи, які допомогли їх подолати, вистояти;
- техніка активізації підтримки оточення: залучення сім'ї і друзів до спільної діяльності, заохочення людини до участі в тематичних групах, які створюються в соціальних мережах, до обговорення з однодумцями спільних проблем.

- техніка опису власного дня: діалог про спосіб організації часу життя, про типовий день сьогодні і до психотравматизації, завдяки чому відбувається усвідомлення змін у звичках, уподобаннях тощо;
- техніка створення шаржу, карикатури на себе, що допомагає усвідомити своє ставлення до власного зовнішнього вигляду, змін у ставленні до оточення після травми;
- техніка розвитку рефлексивності: погляд на самого себе очима матері, батька, дружини чи чоловіка, друга.

Важливим є організація безпечного простору, в якому воїн був би оточений турботою та взаєморозумінням, оскільки під впливом травматичних подій базальний рівень недовіри до світу значно підвищується, що може змусити людину повністю відгородитися від оточення і втратити контакт із близькими. Водночас межі власного психологічного простору залишаються неусвідомленими, але інтенсивно захищаються, що поступово призводить до ізоляції від суспільства та близьких.

Важливу роль у відновленні довіри відіграють тілесні практики, особливо тактильний контакт. Наприклад, теплі обійми, навіть без явної причини, допомагають людині розслабитися та знову відчувати себе в безпеці. Для цього важливо, щоб члени родини були готові до співчуття й прагнули зрозуміти емоційний стан постраждалої людини. Щоб поступово повернути довіру та відновити емоційний зв'язок із навколишнім світом, варто залучати людину до простих щоденних справ, використовуючи елементи трудотерапії. Це має бути ненав'язливий і поступовий процес, що допомагає повернути природне відчуття безпеки та довіри.[65]

Ще одним важливим аспектом першого етапу психологічної допомоги є налагодження конструктивної комунікації, оскільки комунікативна сфера зазнає значної деформації під впливом травматичного стресу. Процес корекції комунікаційних моделей сприяє усвідомленню людиною власних внутрішніх ресурсів для відновлення психологічного здоров'я, а також розширенню її навичок безпеки. Успішна корекція негативних

комунікаційних настанов стає ключовим етапом на шляху до прийняття професійної допомоги і формування довірливих стосунків, заснованих на розумінні та підтримці.

Корекція неконструктивної комунікації у людей, які пережили наслідки травматичних подій, має бути спрямована на відновлення гармонії між вибірковістю і взаємністю у спілкуванні. Надмірна вибірковість, особливо зосередження на негативній чи патогенній інформації, заважає сприйняттю позитивних сигналів, які є важливими для емоційного і психологічного благополуччя. Баланс між вибірковістю та взаємністю у взаємодії допомагає людині досягти оптимального рівня життєздатності, що сприяє стабілізації її емоційного стану. Це дозволяє уникнути надмірного зосередження на можливих симптомах хвороб або, навпаки, ігнорування тривожних сигналів організму.

Для зміцнення здатності опиратися стресу та ефективно відновлюватися після його впливу важливо зосередитися на розвитку ключових когнітивних ресурсів, таких як гнучкість мислення, здатність адекватно оцінювати життєві ситуації, віра у власний контроль над подіями та вміння до саморефлексії. Одним із найефективніших підходів до позитивної адаптації є формування таких особистісних компетенцій, як емпатія, повага, щирість, ініціативність, рішучість, відповідальність і оптимізм. Ці навички сприяють збереженню психологічної рівноваги та екологічного підходу до життєвого проєктування, а також підтримують високий рівень мотивації для захисту свого психологічного здоров'я, навіть у ситуаціях підвищеного ризику травматизації.

Техніки та методи психологічної корекції мають бути спрямовані на формування навичок емоційної регуляції, стресостійкості та розбудові особистісного ресурсу відповідно до першого етапу реабілітації. Одночасно із психоедукацією перш за все потрібно навчити військового навичкам регуляції емоційного афекту.

Перший інструмент емоційної регуляції – техніки, що спрямовані на *відновлення дихання*. Техніки управління диханням можна підібрати відповідно до індивідуальних особливостей.

1. Глибоке дихання (за участю м'язів живота) – важливий фізіологічний інструмент релаксації.

Дихати, по можливості, краще носом. Виберіть зручне положення і закрийте очі. Покладете одну руку на груди, а іншу на живіт. Спочатку спробуйте дихати, як завжди, зосереджуючись на тому, як піднімаються і опускаються грудна клітка і живіт. Чи добре узгоджена їх робота? Чи відчуваєте ви в них скутість або ригідність? Чи немає напруги в горлі, грудях і животі? Виконуючи цю вправу вперше, сфокусуйтеся на вдиху, щоб рука, лежача на животі, змогла першою відчути його, після чого піднімуться ваші грудна клітка і плечі. Вперше ця вправа може показатися декілька неприродною, але з практикою вона стане більш звичайною.

Виконується сидячи або стоячи в зручній для вас позі.

Спочатку зробіть повільний вдих через ніс. Вдихаючи, заповните повітрям нижні відділи легенів. Ваша діафрагма примушуватиме живіт випинатися, щоб звільнити місце для повітря, і рука, лежача на животі буде підійматися. Продовжуйте вдихати і відчуєте, як розширюються середні частини легенів по мірі того, як нижні ребра і грудна клітка злегка розправляться наперед, щоб вмістити в себе повітря. Нарешті, відчуйте розширення верхніх відділів легенів, тоді як підніметься ваша грудна клітка, піднімаються плечі і ви відчуваєте, як піднімається ваша рука лежача під ключицею. Злегка втягніть живіт, щоб допомогти легеням. Цей повільний глибокий вдих можна виконати за декілька секунд одне плавне, безперервне дихання.

Тепер на декілька секунд затримайте дихання. Поступово видихаючи через рот, злегка втягніть живіт і поволі підтискайте його по мірі спустошення легенів. Видихнувши повністю, розслабте живіт і грудну клітку. Розслабте плечі.

В кінці фази вдиху злегка підніміть плечі і ключиці так, щоб легені можна було знов до самих верхівок наповнити повітрям. (Додаток 1)

Техніки заземлення або граундінгу:

1. Техніка 5-4-3-2-1

Використовуючи цю техніку, ви, за допомогою своїх органів чуття, цілеспрямовано звертаєте увагу на деталі свого оточення. Наприклад, звуки або фактуру предмета. Для цього, наприклад, назвіть 5 предметів, які ви можете побачити; 4 речі, які можете відчутти (відчуття одягу на тілі, сонця на шкірі, відчуття доторків до стільця, на якому сидите, вага, структура та інші характеристики предмета, який можна покласти на долоню); 3 звуки, які ви можете почути (рух транспорту, спів пташок, цокання годинника); 2 речі, які можете відчутти на запах (запахи в повітрі, парфумів чи олійок); 1 те, що можете скуштувати (цукерка, жувальна гумка, вода).

Ви також можете помічати та про себе рахувати/називати предмети одного кольору чи форми, або ранжувати на свій розсуд.

2. Категорії

Виберіть принаймні три категорії, наведені нижче, та назвіть якомога більше предметів у кожній. Витратьте кілька хвилин на кожну категорію, щоби придумати якомога більше предметів:

- Візьміть предмет і докладно опишіть його: колір, текстуру, розмір, вагу, запах і будь-які інші властивості, які ви помічаєте.
- Скажіть/напишіть своє та 3 інших людей ім'я та прізвище задом наперед.
- Назвіть усіх членів своєї родини, їхній вік та одне улюблене заняття.
- Прочитайте щось задом наперед.
- Подумайте про якийсь об'єкт/предмет і «намалюйте» його в думках або пальцем в повітрі. Наприклад, спробуйте намалювати свій дім, транспортний засіб чи тварину.
- Порахуйте від 100 до 0 з кроком у 7 (100, 93, 86...) [108]

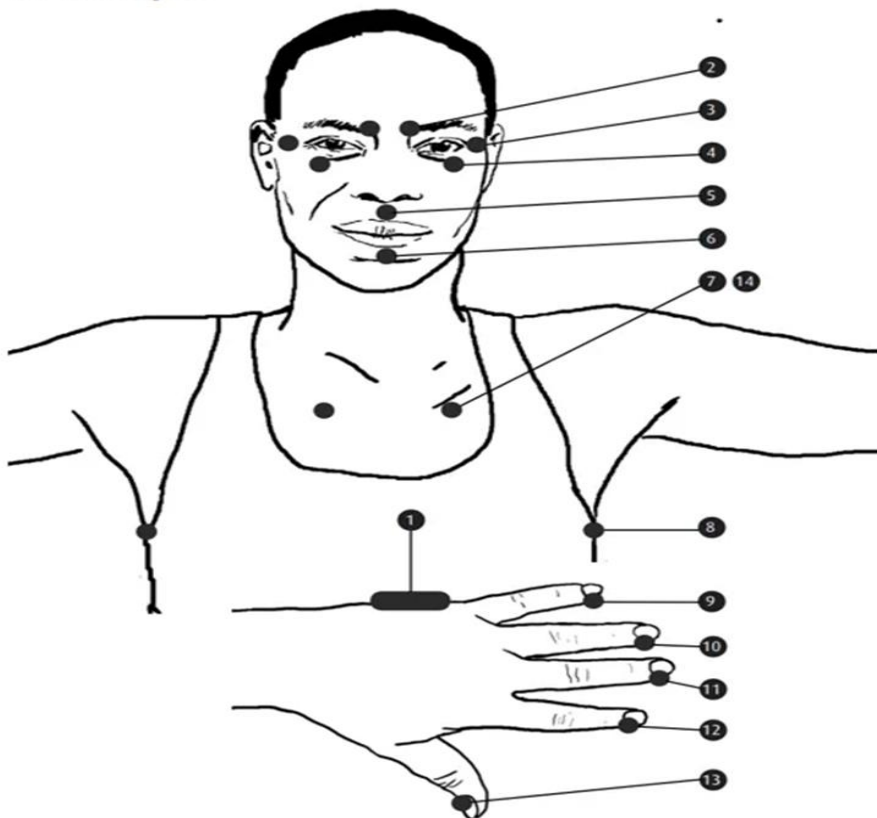
Тілесні техніки:

1. Техніка тапінгу (TTT):

- використовуйте вказівний і середній палець для натискання;
- натискайте так сильно/м'яко, як вам зручно;
- дотримуйтеся наведеної нижче схеми точок та порядку натискання;
- якщо ви переплутали порядок або пропустили точку натискання, не хвилюйтеся!

1. Подумайте про емоцію, яка вас турбує
2. Почніть з двох глибоких вдихів, а потім помасажуйте лоб
3. Постукайте 15 разів (більше або менше) по кожній з точок на малюнку
4. Зробіть два глибоких вдихи - короткий вдих і довгий видих
5. Повторіть процедуру постукування, як описано вище
6. Зробіть два глибоких вдихи - короткий вдих і довгий видих
7. Розслабтеся і дихайте[109]

TTT Trauma Tapping Technique



2. Прогресивна м'язова релаксація за Джейкобсоном. (Додаток 2)

3. Аутогоеенне тренування (Додаток 3)

4. Медитація.

У медитативній регуляції стресу переважно використовуються прості прийоми:

- концентрація надиханні;
- концентрація на окремих частинах тіла;
- концентрація на позі;
- концентрація на предметі.

Використовуються пози:

- сидячи на стільці зі зручною спинкою (спина має бути прямою);
- сидячи «по турецькі» (зі схрещеними ногами);
- лежачи на спині;

Умовами ефективності медитативного тренінгу є:

1. Спокійне безшумне приміщення.
2. Зручна оптимально розслаблена поза.
3. Наявність об'єкта концентрації.
4. Пасивна установка на процес. (Додаток 4)

Імагінативні техніки

«Сейф» Уявіть собі сейф. Він повинен бути дуже надійним, міцним і достатньо містким. Подумайте, з чого він міг би бути зроблений, якого він кольору. Торкніться його – він твердий чи м'який, теплий чи холодний. Придумайте спосіб, за допомогою якого він відчиняється та зачиняється. При цьому знаєте цей спосіб лише ви, ключ є тільки у вас і ніхто більше не зможе його відчинити.

Тепер, коли ви уявили міцний, надійний та місткий сейф, згадайте все, що робить вас нещасливим в даний момент вашого життя. Все, що не дає жити повним життям і відчувати себе щасливим. Це можуть бути якісь речі, люди, ваші власні відчуття та емоції. Це може бути одна або кілька речей, або, можливо, багато всього. Спробуйте пригадати все та нічого не забути. І якщо ви це все уявили, то тепер покладіть це в сейф. Абсолютно все. Він

достатньо місткий і все це туди поміститься. Нічого не забудьте. Щільно зачиніть дверця сейфу.

Тепер, коли все, що робило вас нещасливим надійно закрито у сейфі, подумайте, куди б ви хотіли його помістити. Можливо кудись далеко-далеко або десь поблизу вас, можливо навіть у вашій кімнаті. Прицьому ключ має залишитися з вами. І якщо ви придумали, куди б ви хотіли його помістити – можете повертатися.

«Безпечне місце» («Комфортне місце», «Щасливе місце») (Додаток 5)

Вправа «Хмаринки». Уявіть потік думок хмаринками, що плывуть небом. Думка, що викликає неприємні емоції – одна з них. Дозвольте цим хмаринкам проплисти повз вас. Поверніться до того, що зараз робите. Ваша увага належить вам, і саме ви обираєте, на що її спрямувати.[]

Вправа «Трамвай». Згадайте досвід пересування громадським транспортом. Наприклад, коли чекаєте на зупинці трамвай №8, а приходить №28 – чи сідатимете ви в нього? Ні.

Так само з думками. Коли чекаєте на корисну думку, а приходить некорисна – просто подивіться на неї та дозвольте проїхати. Якщо автоматично сіли не в той трамвай – що ви зробите, коли це помітите? Звісно вийдете. Якщо ви помічаєте, що вже деякий час «жуєте» некорисну тривожну думку – вийдіть з цього трамваю та дайте йому проїхати.[45]

Протоколи емоційної стабілізації

EFT – Техніка емоційної свободи. Процедура застосування полягає у поєднанні "простукування" (масажу) біологічно активних (меридіональних) точок із певною словесною формулою (афірмацією). Техніка ефективна як і в якості самодопомоги, так і в індивідуальному консультуванні.

EFT застосовують для зниження рівня стресу, емоційної напруги, тривожності. Також, вона добре себе показала у роботі із фобіями, фізичними болями, залежностями, нав'язливими думками, безсонням тощо. [106]

ISP – Протокол негайної стабілізації. Процедура застосування полягає у поєднанні білатеральної стимуляції («обійми метелика» або почергове

постукування по руках, колінах) із фокусуванням на позитивних твердженнях та факті завершення події. [106]

Порушення сну та нічні жахіття

Для покращення сну необхідно оволодіти навичками та інструментами з емоційної регуляції, емоційної стабілізації, усвідомлення, медитації та релаксації.

Також можуть бути корисними такі поради:

-Лягайте спати тоді, коли відчуваєте сонливість (а не просто в'ялість чи втому).

-Якщо не можете заснути за 20 хвилин, встаньте з ліжка і поверніться, коли відчуєте сонливість.

-Прокидайтеся щодня в один і той самий час.

-Не дрімайте удень.

-Використовуйте ліжко лише для сну і сексу[84]

-Обмежте вживання кофеїну, алкоголю, нікотину, їжі, важкі фізичні навантаження, перегляд захоплюючих або тривожних фільмів, комп'ютерні ігри за три години до сну.

«Якщо ви не можете заповільнити свої думки, відволічіться:

-порахуйте вівців (або ваших улюблених тварин) або повільно рахуйте від 100 в зворотньому відліку, зосереджуючись на цій розумовій діяльності. Це не дозволить вашому мозку відволікатися на проблемні сфери, які не дозволяють вам заснути. Щоразу, збиваючись, починайте з самого початку;

-уявіть великий знак СТОП щоразу, коли починаєте про щось думати. Побачивши знак СТОП, переключіть увагу на повільні вдихи і видихи;

-якщо в положенні лежачи ви не можете відволіктися від своїх проблем, уявіть, що ваші думки пливуть повз вас в потоці, одна за іншою течуть повз вас та утікають вниз за течією. Ви знаєте, що вони є, і вам потрібно лише спостерігати, як вони течуть в вашій свідомості, і нічого більше не робити;

-встаньте і запишіть те, що вас непокоїть, пообіцявши собі, що розберетеся з цим завтра;

-уявіть, що на ніч ви поміщуєте свої проблеми в безпечний контейнер (комп'ютерний файл, банківський сейф, ящик тощо). Ви можете повернутися до них в потрібний час наступного дня;

-уявіть собі щось з наведеного нижче:

-тепле біле світло, що огортає вас, для того, щоб ви відчули себе абсолютно розслабленим і в безпеці;

-гарну повітряну кульку, яку ви надуваєте. Вдуваючи повітря в повітряну кульку, уявляйте, що ви вдуваєте в неї своє напруження і проблеми. Відчувши себе більш розслабленими, зав'яжіть повітряну кульку і відпустіть її в небо. Якщо хочете, можете тримати її за мотузочку;

-ви спираєтеся на дуже надійну та турботливу людину;

Якщо ви не можете заснути впродовж не дуже тривалого періоду часу:

-вимкніть годинник, щоб припинити постійно дивитися, котра година. Не будучи в стані заснути, ви зациклитеся на часі, що призведе до поглиблення проблеми;

-нагадайте собі, що іноді так відбувається, що ви не можете заснути. Тим не менш, на наступний день ви здебільшого зберігаєте нормальну працездатність. Якщо ви не можете заснути сьогодні ввечері, то ви маєте можливість використати що-небудь, що допоможе вас заснути наступної ночі. Зрештою, ваше тіло засне;

-припиніть змушувати себе заснути. Встаньте і підіть в іншу кімнату (або іншу частину кімнати), зробіть щось спокійне, щоб відволіктися (наприклад, почитайте книгу або подивіться не дуже захопливе відео, послухайте спокійну музику, зробіть декілька вправ на розтягнення м'язів) і, відчувши сонливість, поверніться в ліжку. Повторюйте це вночі стільки разів, скільки буде необхідно».[95]

Нічні жахіття

Якщо ви прокидаєтеся вночі від тривожного сну або жахіття та відчуваєте неспокій чи паніку, важливо вміти заспокоїтися та підбадьорити себе.

-Перший крок – завжди орієнтуватися на теперішнє. Використовуйте всі «якорі» для утримання себе в теперішньому моменті, які маєте в кімнаті/приміщенні. Говоріть із собою спокійним тоном і вголос повторюйте собі, де ви знаходитесь.

-Включіть світло та встаньте з ліжка. Випийте якій-небудь напій та займіться тим, що вас відволіче.

-Побризкайте прохолодною водою обличчя, руки па потилицю. Це допоможе вам легше знаходитися у теперішньому та прокинутися.

-Свідомо заповільніть дихання. Спробуйте виконати дихальні вправи.

-Зробіть кілька вправ на розтягнення м'язів, щоб допомогти своєму тілу м'яко переорієнтуватися на теперішнє.

-Якщо у вас є домашній улюбленець, трохи пограйте або пообіймайтеся з ним.

-Якщо у вас наявні фізичні симптоми такі як неприємний смак в роті, біль або дискомфорт, будьте уважні, розмовляючи внутрішньо з собою, коли виконуєте заспокійливі дії (наприклад, чистите зуби, п'єте напої без кофеїну, тримаєте в роті льодяник або м'ятну цукерку, масажуєте напружені м'язи): «Я зараз в теперішньому. Все, що відбулося зі мною, вже минуло. Я в безпеці. Моє тіло, мої ноги, руки, мій рот тощо перебувають в теперішньому. Я роблю все, що можу, щоб допомогти собі». Намагайтеся вловлювати кожен натяк на те, що могло б вам допомогти.

-Запишіть свій тривожний сон або Образ, а потім приберіть запис, порвіть його або принесіть своєму психологу чи психотерапевту. Вам потрібно відсторонитися від свого переживання, виклавши його на папері і відклавши до більш сприятливого часу, не заглиблюючись в нього зараз.

-Спробуйте «змінити» своє жажіття. Додайте до сну сильну людину або таку, що добре до вас ставиться, придумайте вихід з ситуації або наділіть себе особливими силами, щоб подолати будь-яке почуття безсилля або страху уві сні.

-Ви можете прокинутися від жажіття і виявити, що не можете поворухнутися. Не зважаючи на те, що цей стан дуже незручний та може налякати, він короточасний. Ви лише паралізовані жахом. Якщо таке з вами трапиться, у вас обов'язково мають бути «якорі», що знаходяться в полі зору, під яким би кутом ви на них не дивилися, перебуваючи у ліжку – зліва, справа, навіть зі стелі. Навіть якщо ви все ще не можете поворухнутися, знайдіть очами «якір» - і поступово почніть усвідомлювати, що перебуваєте у теперішньому. Усвідомлення цього допоможе вашому тілу вийти з паралічу. Спробуйте почати з найменшого руху, наприклад: моргніть і злегка порухайте пальцем на нозі або мізинцем на руці. Коли зможете це зробити, порухайте іншим пальцем на руці або нозі. Потім зробіть легкий рух рукою або стопою, після цього обома руками або ногами. Продовжуйте, не поспішаючи та зберігаючи терпіння, поки все ваше тіло не стане більш рухливим.) [115]

«Варто пам'ятати, що мета повторюваних, «рецидивуючих» сновидінь полягає в поступовому стиранні афективного ареолу, що оточує спогади про стресову ситуацію. Такі сновидіння мають кілька природніх «терапевтичних» функцій. Перш за все це біологічна функція адаптації та саморегуляції, а також асиміляція досвіду, вибудовування індивідуальних поведінкових стратегій, поступове зменшення травматичних переживань через експозицію до сну. Навіть простий вербальний переказ сновидіння одразу після пробудження є корисним, оскільки часто супроводжується відреагуванням сильних емоцій, надаючи полегшення».[95]

Другий етап – опрацювання травматичного досвіду

Активізація здатності самотійно скеровувати і змінювати власне життя в бажаному напрямі, усвідомлювати і брати на себе відповідальність за

власні життєві вибори є важливою умовою ефективного проходження даного етапу відновлення особистості. Т. Титаренко пропонує на даному етапі психологічної реабілітації застосовувати такі техніки:

- техніку пробудження інтересу до нового: проведення поведінкових експериментів для тренування гнучкості, стимулювання вміння переводити увагу, змінювати звичну діяльність, спосіб спілкування, форму проведення вільного часу;
- техніку відтермінування задоволень: відмова людини пасивно йти за власними потягами чи імпульсами, навчитися орієнтуватися на власні цінності, порівнювати альтернативи, моделювати можливі наслідки;
- техніку зміни фокусу автобіографування: створення історії про власне життя спочатку з акцентом на ролі автора у всьому, що відбувається, а потім – на ролі друзів і ворогів, однодумців та опонентів.
- техніка реалістичного оцінювання власних обмежень: передбачає врахування наявного ресурсу, ймовірних перешкод на шляху вирішення завдань, індивідуально-психологічних, вікових, фінансових та інших особливостей власного статусу;
- техніка звільнення майбутнього від тягара травматичних переживань: надання людині допомоги в усвідомленні власної ролі в редагуванні свого життєпису, можливості вибору свого життєвого шляху, його усвідомлення, прийняття відповідальності за нього;
- техніку подолання калейдоскопічності спогадів: допомога у вибудовуванні цілісної життєвої історії, дотриманні не лише хронологічної, а й смислової послідовності подій;
- техніку зміни акцентів у пережитому: стимулювання травмованої людини до переосмислення другорядних аспектів власної історії, розуміння ролі випадкових учасників з метою розподілення тягара

відповідальності між всіма чинниками та діючими особами травмівної події.

На думку Б. Лазоренка після нормалізації *негативних емоційних реакцій і станів* як цілком природних і нормальних шляхом фокусування на такому їх сприйнятті, наступним кроком є прийняття та присвоєння негативних станів як своїх, власних, фокусування уваги на їх функціях і смислах, усвідомлення їх як важливих і необхідних, що допомогли вижити під час травматичних подій і наслідків участі в бойових діях. Таким чином не усвідомлювана реакція дисоціації, психологічного відторгнення і відчуження обертається на асоціацію, присвоєння та прийняття з повагою і вдячністю. Наступним кроком є розгортання процесу емоційного та психосоматичного проживання актуальних негативних станів, спостереження та усвідомлення їх тілесних та емоційних проявлень. Завершальним кроком є включення пережитого, його змісту в особистий досвід та адаптація нових інтегративних станів до реального життя. Критеріями інтегрованості можуть бути їх безумовна позитивність, фінальність перебігу зміни станів, відчуття суб'єктивної повноти і пристосування до них.

Більш складним різновидом даного процесу є *внутрішні особистісні конфлікти* учасників бойових дій, які внаслідок сильної психотравматизації інколи вдаються до суїцидальної поведінки. Особа, що зазнала психотравми внаслідок участі в бойових діях, переживає дисоціацію і фрагментацію особистості, її розщеплення та утворення емоційної (травмованої), захисної та нормальної (функційної) структур (субособистостей) замість раніше цілісної особистості. [115] Шлях до позитивного розв'язання конфлікту проходить через усвідомлення і прийняття розщеплених особистостей як власних і корисних та визнання їхніх конструктивних функцій. «Фокусування особи на безпосередності сприйняття таких негативних ворожих станів, як лють, злість, ненависть у власних тілесних відчуттях, усвідомлення того, що вони виникли як захисна реакція на зовнішні загрози. Це дає змогу в подальшому приймати свої негативні стани більш спокійно, з

повагою і вдячністю. Наступний крок – переміщення уваги на протилежну субособистість, яка сприймається та переживається з такою ж повагою і вдячністю. За змістом ця техніка подібна до відомої із гештальт-терапії техніки двох стільців і запозиченої із психодрами техніки обміну ролями».[65]

Критеріями досягнення реінтеграції розщепленої внаслідок психотравматизації особистості є суттєве послаблення посттравматичних симптомів, розладів адаптивності, позитивні зміни у повсякденному житті, відновлення здатності до життєконструювання.

У «Технології відновлення самоефективності особистості, яка переживає втрату» К. Мирончак зазначає, що військові щоденно зазнають *фізичних, соціальних та психологічних втрат*, а найбільший руйнівний вплив на загальний психологічний стан та особистість чинять смерть друзів, брак сну та втрата мотивації до перебування на війні. Природним є пошук ресурсу, який задовільняє потребу в заповненні порожнечі, що виникла або хоча б тимчасовому частковому заміщенню об'єкту втрати до моменту відновлення рівноваги. В даному контексті все, що здатне людину підтримати, підбадьорити, тримати в оптимальному стані для вирішення життєвих завдань, давати віру, впевненість в собі є таким ресурсом. У військовослужбовця він може бути локалізований в минулому, в житті до війни (гармонійні стосунки з сім'єю, надихаючі приємні спогади, успішний досвід подолання складних життєвих обставин, відмінна фізична підготовка, міцна імунна система), в теперішньому, у моменті переживання втрати і виникати спонтанно (виникнення віра в бога або навпаки формування і зміцнення віри у власні сили) або у майбутньому (мрії і роздуми про життя після війни, фантазування про важливе, значуще і цінне для людини, конструювання планів на майбутнє, моделювання своїх дій, різних сценаріїв подальшої діяльності в мирному житті).

Відновленню, збереженню та підтримці рівня самоефективності військового допоможуть такі практики: практики усвідомлення та прийняття

військової діяльності (основа мотивації - потреба в здійсненні саме військової діяльності, через яку військові нормалізують все, що пов'язано з війною і мають здатність зберігати холодний розум, емоційну стійкість та силу опірних механізмів під час переживання воєнних втрат), практики самозаспокоєння (повторювані когнітивні конструкції, які містять особистісно значуще твердження, які пом'якшують тривожність військового, зменшують її інтенсивність за допомогою механізмів самопрограмування і самонавіювання), практики взаємодії та підтримки (підтримка друзів, рідних, побратимів), діяльнісні практики (повторювані дії або специфічні ритуали, рутинна діяльність), деструктивні практики (локально, ситуативно допомагають військовому на передовій - вживання алкоголю, наркотичних речовин, енергетиків, надмірне вживання ненормативної лексики).

Допомогти у *подоланні депресивних станів*, відшукати необхідні для цього індивідуально-особистісні ресурси, сприяти трансформації негативних станів і адаптації особистості до нових умов життя пропонується за допомогою технології відновлення самоефективності особистості шляхом прийняття втрати (емоційне проживання втрати у внутрішньому досвіді, результатом якого є емоційне полегшення, глибинне осмислення, відчуття звільнення від важкого тягара, відчуття вдячності та бажання рухатися далі), технології відновлення самоефективності шляхом локалізації причини втрати життєвих ресурсів особистості (найчастіше це ураження ціннісно-сміслової сфери особистості, порушення самооцінки, нефукціональне ставлення до наявних ресурсів) та медійній технології відновлення самоефективності (перегляд заохочувальних, мотивувальних фільмів, відеосюжетів, телепроектів, що містять важливу інформацію і водночас ненав'язливо пропонують альтернативні сценарії розв'язання схожих проблем, пробуджують у людині бажання діяти – спочатку у своїй уяві, а згодом і в реальності).

Для подолання *відчуження* як наслідку травматичного впливу тривалого бойового стресу М. Чернявська пропонує застосувати такі техніки:

техніка прийняття нестерпної і болючої для бійця даності буття (прийнятті зовнішньої реальності такою, якою вона є; прийняття внутрішньої реальності з її страхами, тривогами, стражданнями, безнадією; “відпускання” застарілих уявлень, планів, цілей, очікувань та створення нових; ідентифікації з новою реальністю; усвідомлення своїх можливостей і обмежень), техніка “Персональне знаходження позиції” (з’ясування ставлення до навколишнього світу, корекція ставлення до внутрішнього світу, усвідомлення власної позиції щодо життєвої ситуації за допомогою серій запитань).

Відчуття учасником бойових дій своєї самоцінності, переживання значущості самого себе є найефективнішим аспектом зниження інтенсивності відчуження. Нестійкість внутрішньої цілісності призводить до надмірної чутливості воїна щодо оцінки інших, їхньої неуважності, байдужості та постійного прагнення підтвердження поваги до себе та своєї цінності, а відсутність очікуваної допомоги і підтримки тягне за собою відчуження від світу і втрату довіри до інших людей. Основні компоненти формування самоцінності – «справедливе ставлення», «шаноблива увага» та «визнання цінності», а розуміння воїном того, що він має право бути таким, який він є сприятиме зміцненню внутрішньої структури “Я” та зростанню аутентичності.[65]

Техніки і вправи, спрямовані на подолання симптомів психотравматизації

Знизити симптоми інтрузії можуть допомогти такі техніки:

Вправа «Пульт». Уявіть, що сидите перед великим екраном і тримаєте в руках пульт. На ньому є кнопки: «Вимкнути звук», «Вимкнути колір», «Зупинити», «Перемотати назад», «Перемотати вперед», «Уповільнити», «Пришвидшити» і всі ті, які хочете додати.

Уявіть деталі. Якого розміру екран? З чого він зроблений? Це плазма, монітор чи екран, як у кінотеатрі? Якого кольору пульт і кнопки? Яка в нього текстура, який він на дотик? На ньому є наліпки чи целофанова обгортка? Як

він пахне? Яка в нього вага? Що більше деталей, то простіше за потреби відновити в голові картинку.

Коли спогад раптом виникає в голові та накриває вир емоцій, ви можете спроектувати його на цей екран: не бути у спогаді, а спостерігати за ним. Можна дивитися спогад будь-як: без звуку чи без кольору, перемотувати найважчі моменти тощо.

Цей інструмент частково повертає почуття контролю та полегшує подальшу роботу з важким досвідом.[106]

Техніка «EFT-кіно». (Додаток 6)

Зменшити або усунути флеш-беки можна шляхом дискримінації тригерів. Мета цього інструменту – навчитися швидко нагадувати собі, що «тут і тепер» відрізняється від «там і тоді», зменшити вплив спогадів на якість життя.(Додаток 7)

Зменшити або усунути симптоми дисоціації можна за допомогою таких технік:

Вправи на усвідомлення:

1.Спробуйте спочатку звертати увагу тільки на зовнішні події: те, що видно, чутно, пахне, - але не відкидаючи інші переживання. Тепер за контрастом зосередьтеся на внутрішніх процесах: Образах, думках, фізичних процесах, м'язових напруженнях, емоціях. Тепер спробуйте диференціювати ці різноманітні внутрішні процеси, зосереджуючись на кожному з них такою повною мірою, якою тільки зможете: на Образах, м'язових напруженнях тощо. Слідкуйте при цьому за усіма об'єктами, що виникають, діями, драматичними сценами тощо.

2.Зосередьтеся на своїх тілесних відчуттях в цілому. Дозвольте своїй уяві блукати різними частинами тіла. За можливістю «пройдіть» увагою все тіло. Які частини себе ви відчуваєте? До якого ступеня і з якою ясністю для вас існує ваше тіло? Відмітьте біль та затиски, які ви зазвичай не помічаєте. Які м'язові напруження ви відчуваєте? Звертаючи на них увагу, не намагайтеся передчасно їх послабити, дозвольте їм тривати. Намагайтеся

визначити їх точне розташування. Зверніть увагу на відчуття шкіри. Чи відчуваєте ви своє тіло як єдине ціле? Чи відчуваєте ви зв'язок голови з тулубом? Де ваші груди? Кінцівки?

3.Сидячи або лежачи в зручному положенні, усвідомлюйте різноманітні відчуття тіла та рухи (дихання, затиски, скорочення шлунку тощо); зверніть увагу, чи немає в усьому цьому певних комбінацій або структур – того, що відбувається одночасно та утворює єдиний патерн напружень, болей, відчуттів. Зверніть увагу, що відбувається, коли ви стримуєте або зупиняєте дихання. Чи відповідають цьому які-небудь напруження рук і пальців, перистальтики шлунку? Чи, можливо, є якийсь взаємозв'язок між стримуванням дихання і напруженням вух? Або між затримкою дихання і тактильними відчуттями? Які комбінації ви можете віднайти?[49]

Практика присутності:

-Сконцентруйтеся на трьох предметах, які ви бачите в кімнаті, і зверніть особливу увагу на деталі (форму, колір, текстуру, розмір тощо). Не поспішайте якнайшвидше впоратися з цією частиною вправи. Затримуйте погляд на кожному предметі. Вголос назвіть три характеристики предмета, наприклад: «Він синій. Він великий. Він круглий.»

-Зверніть увагу на три звуки, які ви чуєте в теперішньому моменті (в або за межами приміщення). Опишіть їх властивості: вони гучні або тихі, постійні або преривчасті, приємні або неприємні? А тепер назвіть вголос три характеристики звуку, наприклад: «Він гучний, скрипучий і достеменно неприємний».

-Потім торкніться трьох предметів, які розташовані поруч з вами, та опишіть вголос, які вони на дотрок, наприклад: шорсткі, гладкі, холодні, теплі, тверді, м'які тощо.

-Поверніться до тих трьох предметів, які ви обрали для візуального спостереження. Поглянувши на них, зосередьтеся на тому факті, що ви перебуваєте з цими предметами тут і тепер, в цьому моменті, в цьому

приміщенні. Потім поверніться до звуків і сконцентруйтеся на тому факті, що ви перебуваєте тут, в цій кімнаті, з цими звуками. Нарешті, зробіть те саме з предметами, яких ви торкнулися. Можна розширити цю вправу, виконавши її по кілька разів, по три предмети для кожного органу чуттів, потім по два, по одному, і знову збільшіть кількість предметів до трьох. Щоби не втрачати інтерес новизни, можна додавати нові елементи. (Додаток 8)

Третій етап - відновлення та особистісне зростання.

Допомогти інтегрувати травматичний досвід, навчитися ставитися до травми як до ресурсу, зробити умови життєдіяльності більш комфортними, Т.Титаренко пропонує застосувати такі техніки:

- техніка відновлення цілісності власного життя: переосмислення пережитої травми в причинно-наслідкових зв'язках з власним минулим і майбутнім;
- техніка об'єднання життєвих подій у гармонійну композицію: порівняння версій Я-чуттєвого і Я-рефлексивного, зниження інтенсивності негативних переживань, новий погляд на власні можливості, якості, вміння;
- техніка розвитку толерантності до оточення: прийняття інших людей з їхніми несхожими позиціями, вироблення більш гнучкого ставлення до різних, інколи протилежних поглядів на те, що відбулося.
- техніка психоедукації: своєчасне інформування постраждалого про цілком реальну можливість і високу ймовірність посттравматичного зростання;
- техніка підвищення оптимістичності: зосередження уваги на позитивних подіях, на приємних несподіванках, щоденних бажаних змінах;

- техніка перетворення руйнівної енергії стресу на відновлювальну: діалог про те, що зовсім не обов'язково ставати жертвою випробувань, що енергію стресу можна ефективно використовувати.
- техніка сприяння поглиблених взаємодій людини з природою: організація систематичних відвідувань постраждалими лісу, саду, парку, догляд за рослинами, участь у групових та індивідуальних сесіях на свіжому повітрі;
- техніка включення фізичної активності у повсякденне життя: щоденна фізкультура, дихальні і релаксаційні вправи, прогулянки, відвідування спортзалу чи басейну.

Т. Титаренко також зазначає, що «природна та фізична реабілітація має великий потенціал для відновлення після травматизації, оскільки створює умови для інтимної і глибокої взаємодії людини із собою, активізує внутрішні ресурси, сприяє зниженню тривожності, поліпшенню сну, появі бадьорості».[65]

На даному етапі психологічної реабілітації необхідним є забезпечення реадаптації реінтегрованої особистості до життя в умовах сучасного суспільства за допомогою належного соціально-психологічного супроводу, де головним суб'єктом є людина, а психолог в разі потреби виконує функції інформування, консультування, фасилітації і супервізії.

Реоадаптація особистості, яка зазнала тривалого впливу стресових факторів, може бути підтримана за допомогою різних просоціальних практик. Серед них:

- індивідуально-психологічні практики, спрямовані на розвиток відповідального ставлення до себе, усвідомлення власної життєдіяльності та її наслідків;
- соціально-психологічні практики, які сприяють встановленню просоціальної взаємодії з близьким колом та ширшим соціальним середовищем;

- духовно-психологічні практики, що орієнтуються на культивування цінностей, таких як довіра, повага, миролюбність, справедливість, доброчесність і надійність.

Ще одним доволі конструктивним процесом, який може сприяти посттравматичному зростанню особистості є аналіз та інтерпретування ризику. Завдання психолога-практика в умовах роботи з людиною, яка зазнала стресових впливів, включає розвиток її здатності до свідомого ставлення до ризику. Це передбачає навчання: розрізняти, що саме є ризиком для неї; оцінювати виклики, які можна подолати за наявних ресурсів; визначати, за що варто боротися; встановлювати, кому або чому можна довіряти; виявляти, що саме перешкоджає її мирному життю та добробуту.

Наративізація усвідомлення і формування історій про небезпечні ситуації та розширення моделей інтерпретації ризику сприяють розвитку ефективних способів психологічного самозахисту. Психотерапевтичні техніки, запропоновані Т. Ларіною і наведені нижче, допомагають оволодіти практиками управління ризиками:

- гарантування безпеки – створення умов, що мінімізують ризик.
- загравання з небезпекою – свідоме оцінювання допустимого ризику.
- ідеальне проектування майбутнього – уявлення безпечного життя.
- випробування себе – перевірка власних можливостей у контрольованих умовах.

Типи ставлення до ризику, які формуються в процесі роботи, можуть включати: пригодніцьке ставлення (ігнорування ризику заради емоційного досвіду); ігрове ставлення (ухвалення рішень на основі випадковості); зважене ставлення (аналіз ресурсів та можливих наслідків); ставлення до ризику як до випробування (розгляд ризику як необхідного кроку); віртуалізація ризику (уявлення небезпеки як концептуальної моделі).

Техніка зміцнення стійкості до ризиків включає три напрями:

1. Аналіз зовнішніх ресурсів: побудова/відновлення соціальних зв'язків; прийняття підтримки від близьких та соціуму; використання соціального захисту та рольових моделей.
2. Аналіз внутрішніх ресурсів: розвиток почуття відповідальності; формування гумору, альтруїзму, надії, віри, гідності.
3. Аналіз набутих навичок розв'язання проблем: вдосконалення комунікації та вміння довіряти; побудова стійкості до невизначеності та інформаційного впливу.

Забезпечення доступу до правдивої, нешкідливої інформації. Розширення цих ресурсів допомагає людині створювати безпечне середовище, бути стійкою до стресів та критично сприймати інформацію, формуючи активну життєву позицію та здатність до ефективної адаптації.

Разом з тим, процес реадаптації та відновлення особистості не завжди є лінійним або завершеним після одного курсу психологічної допомоги. Часто його ускладнюють повернення до травматичних реакцій або асоціальних моделей поведінки.

Одним із ключових завдань психологічного супроводу є робота з рецидивами. Це включає: прийняття повторних проявів травматичних станів; створення умов для безпечного проживання та опрацювання таких станів; використання реабілітаційних технологій, спрямованих на стабілізацію емоційного стану, розвиток самомотивації та корекцію поведінки. Цей підхід забезпечує поступове зміцнення психоемоційного стану, сприяє інтеграції травматичного досвіду в життєвий шлях особистості та формуванню здатності до стійкої реадаптації.

Висновок до розділу 3

Психологічно здорова особистість - це гармонійна, самодостатня та здатна до саморегуляції індивідуальність. Вона відзначається креативністю, внутрішньою збалансованістю та адаптивністю, що проявляється на індивідуально-психологічному рівні. На ціннісно-смысловому рівні така особистість прагне до пошуку нових значень, глибокого осмислення

власного досвіду та вміння радіти життю. На соціально-психологічному рівні вона демонструє готовність до співпраці, здатність до емпатії та високу соціальну відповідальність.

Психологічна допомога в рамках соціально-психологічної реабілітації осіб, які зазнали тривалого впливу бойового стресу, спрямована на подолання або зменшення до прийняттого рівня таких проявів, як симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних і депресивних станів, дисоціації та розладів, пов'язаних із тривалим горем. Ключові завдання допомоги включають формування стійкого позитивного самосприйняття, розвиток комунікативних навичок і покращення соціальної взаємодії, відновлення самоефективності, самоактуалізації, а також ціннісно-сислової та особистісної цілісності.

Основні критерії відновлення психологічного здоров'я осіб, які зазнали тривалої травматизації, зокрема учасників бойових дій, включають:

1. Спроможність до оновлення особистісної цілісності та безперервності, формування віри в себе, здатність до самопідтримки та самодопомоги.
2. Активізацію внутрішніх ресурсів через посилення потребово-мотиваційної та ціннісно-сислової сфери, що слугують джерелами самозмін і розвитку.
3. Підвищення самоефективності як здатності вирішувати життєві завдання та реалізовувати свої потенціали.
4. Відновлення здатності до конструктивної соціальної взаємодії та побудови гармонійних стосунків з іншими людьми.

Модель соціально-психологічної реабілітації особистості, яка пережила травматичний досвід, включає ключові вектори підтримки: формування стійкого прийняття себе, розвиток комунікативних навичок, відновлення самоефективності та формування ціннісної гармонії. Основними показниками психологічного благополуччя є цілісність, прагнення до самореалізації та здатність до ефективного самокерування.

Соціально-психологічні методи реабілітації особистості базуються на цілеспрямованих і системних підходах. Вони забезпечують збереження та відновлення особистісної гармонії, внутрішньої рівноваги, здатності до саморегуляції, високої самоефективності, комунікативної майстерності та пошуку нових сенсів у житті.

Ці напрями роботи є фундаментальними у процесі повернення до психоемоційної рівноваги та інтеграції травматичного досвіду в особистісний розвиток.

ВИСНОВКИ

1. У результаті теоретичного дослідження було проаналізовано феномен професійного вигорання як ключового фактору психотравматизації військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях. Його накопичення здатне викликати серйозні порушення у функціонуванні організму та психіки, а також формування дезадаптаційних стратегій поведінки, які проявляються симптомами бойової психотравми.

Фактори професійного вигорання класифікуються на чотири основні групи залежно від природи їхнього впливу: специфічно-професійні (пов'язані з виконанням бойових завдань); ситуаційно-психогенні (зумовлені екстремальними обставинами під час бою); соціально-психологічні (викликані змінами у взаємодії з іншими людьми в умовах стресу);

особистісні (біологічні та індивідуально-психологічні) (залежать від індивідуальних особливостей організму та психіки).

Максимальний термін впливу професійного вигорання на організм людини становить 24 місяці. Перевищення цього терміну значно підвищує ризик руйнівних змін у психоемоційній сфері та особистісній структурі, що може спричинити розвиток хронічних стресових розладів.

Наслідки професійного вигорання проявляються на різних рівнях: психологічному – зміни настрою, поведінки, емоційного стану; субклінічному – приховані порушення, що можуть перейти в хронічні форми; соматичному – фізичні розлади, що виникають через вплив стресу на організм.

2. Тривалий вплив бойового стресу та професійного вигорання стає пусковим механізмом для розвитку дезадаптаційних процесів у військовослужбовців. Це проявляється у формуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та супутніх розладів, таких як депресія, тривожні розлади та інші порушення функціонування та цілісності особистості.

До можливих наслідків також належать: хронічна зміна особистості – глибокі зміни в структурі характеру, що виникають через тривалий вплив травматичних подій; комплексний ПТСР – поєднання симптомів класичного ПТСР із порушеннями в міжособистісних відносинах, почуттям постійної небезпеки та емоційної ізоляції; дисфункції в емоційній, когнітивній та поведінковій сферах – зниження здатності до контролю емоцій, труднощі у прийнятті рішень, агресивність або апатія; адиктивна поведінка – схильність до зловживання алкоголем, наркотиками або іншими формами залежності як спроба уникнення емоційного болю.

Ці наслідки значно знижують якість життя військових і вимагають комплексного підходу до психосоціальної реабілітації, спрямованого на відновлення емоційного, когнітивного та соціального функціонування.

3. Ефективна діагностика довготривалих наслідків професійного вигорання та стресових впливів є ключовим елементом комплексної

програми психологічної реабілітації українських військових. Її мета полягає не лише у виявленні та лікуванні симптомів посттравматичних стресових станів і розладів, але й у створенні умов для повного відновлення психологічної рівноваги та гармонійного функціонування особистості. Така діагностика дозволяє:

- оцінити ступінь впливу бойових травм на психоемоційний стан військових;
- виявити супутні стани, такі як тривога, депресія чи загальний стан дистресу;
- визначити індивідуальні потреби та ресурси для реабілітації;
- розробити цільові психологічні інтервенції для кожного військовослужбовця.

Діагностичні критерії тривалого бойового стресу: симптоми ПТСР, тривоги та депресії; інтенсивність бойового досвіду; наявність стресових реакцій; оцінка зовнішніх і внутрішніх ресурсів особистості.

Результати емпіричного дослідження свідчать, що тривале перебування в зоні бойових дій значно підвищує рівень бойового стресу та виснажує психіку що, своєю чергою, збільшує ймовірність виникнення комплексних психопатологічних проявів. Цей фактор варто враховувати практичним психологам у процесі надання психологічної допомоги військовослужбовцям.

Аналіз психологічного стану військових, які не мають діагностованих психічних розладів, підтверджує багатовимірність проявів наслідків бойового стресу. Травматичний досвід бойових дій викликає не лише характерні симптоми ПТСР — такі як нав'язливі спогади, повторювані кошмари, уникання травматичних тем, — але й широкий спектр ознак, що притаманні тривожним і депресивним розладам, а також загальному стану стресу.

Основні соматичні прояви: розлади сну (труднощі з засинанням, поверхневий сон); шлунково-кишкові проблеми (зниження апетиту, біль у

животі, закрепи); загальна фізична слабкість (тремтіння, оніміння, прискорене серцебиття).

Емоційно-когнітивні симптоми: пригнічення, відчуття емоційної виснаженості, важкість; підвищена нервозність, відчуття внутрішньої напруги, неможливість розслабитися; часті зміни настрою, роздратування, раптові спалахи агресії; відчуження, ізоляція від соціального середовища; втрата інтересу до діяльності, що раніше приносила задоволення, включно із соціальною активністю та сексуальним життям; похмурі думки або схильність до суїцидальних роздумів.

4. Психологічна реабілітація учасників бойових дій спрямована на досягнення високої якості життя людини, незалежно від її подальшого життєвого вибору – продовження військової служби або інтеграції в мирне середовище.

Мета психологічної реабілітації: відновлення психічного здоров'я до рівня, який дозволяє функціонувати, самоактуалізуватися та самореалізуватися у військовій або цивільній сфері.

Основні завдання психологічної реабілітації:

- подолання або зменшення до функційного рівня симптомів: посттравматичного стресового розладу (ПТСР); тривожних і депресивних розладів; дисоціації та розладу тривалого горя;
- формування позитивного самоприйняття та підвищення самооцінки;
- покращення соціальної взаємодії шляхом розвитку комунікативної компетентності;
- відновлення особистісних ресурсів: самоефективності, самоактуалізації, ціннісно-смислової єдності.

Ознаки відновлення психічного здоров'я:

- індивідуально-психологічний рівень: креативність, адаптивність, емоційна збалансованість;

- ціннісно-смисловий рівень: осмислення життєвого досвіду, здатність знаходити нові сенси, радіти життю;
- соціально-психологічний рівень: співробітництво, співпереживання, довіра до оточення, відповідальність перед соціумом.

Етапи реабілітаційного процесу:

- діагностичний етап (підготовчий): визначення рівня психічного стану, ресурсів і потреб особистості;
- психологічний етап (базисний): проведення психотерапевтичних заходів, спрямованих на стабілізацію емоційного стану та зменшення симптомів розладів;
- реадаптаційний етап (завершальний): підтримка процесів інтеграції до мирного життя або повернення до військової діяльності, розвиток соціальних і особистісних компетенцій.

Основні досягнення реабілітації:

1. Внутрішня інтегрованість та цілісність особистості: узгодженість цінностей, переконань та поведінки, що створює відчуття гармонії і стабільності.
2. Дотримання соціальних норм: прояви поваги, доброзичливості та толерантності у взаємодії з іншими членами суспільства.
3. Правосвідомість: усвідомлення важливості правових норм і готовність їх дотримуватись.
4. Професійний розвиток: досягнення успіхів у роботі, здатність до самореалізації в професійній сфері.
5. Підвищення освітнього рівня: розширення світогляду, що сприяє відкриттю нових перспектив для особистого зростання.
6. Стабільне працевлаштування: матеріальна самостійність і забезпечення добробуту родини.
7. Гармонійні сімейні стосунки: відновлення або побудова якісних взаємин у родині, підтримка сприятливого клімату.

8. Соціальна залученість: активна участь у розбудові громадянського суспільства через відповідальну діяльність на місцевому рівні.

5. Сучасна психологічна наука надає практичному психологу багатий арсенал методів і технік, які дозволяють ефективно працювати з учасниками тривалих бойових дій. Ці інструменти спрямовані на подолання наслідків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та супутніх станів, а також на сприяння посттравматичному зростанню особистості.

За допомогою психотерапевтичних технік і діалогічного підходу практичний психолог може допомогти воїну набути: емоційної стабілізації (оволодіти навичками емоційної регуляції, створенні особистісного ресурсу для подолання стресу); впоратися переживаннями (відреагування емоцій, пов'язаних зі спогадами про бойові події, усвідомлення зв'язку між травматичними подіями та наявним психічним станом); відновленні особистісної цілісності (інтеграції фрагментованого та дисоційованого «образу Я», розв'язанні внутрішніх конфліктів і прийнятті втрат); реінтегруватися у повсякденне життя (відновлення зв'язку з реальністю та часовою лінією життя, подолання відчуженості, розвитку конструктивної комунікації та соціальної взаємодії); розвитку ціннісно-смислової сфери (усвідомленні воєнних подій як частини власного досвіду, інтеграції переживань у позитивний образ себе); розвитку стратегій мирного життя (формуванні потенціалу для адаптації до мирних умов, зменшенні впливу або відмові від адаптивних стратегій, характерних для бойових умов).

Методи та техніки психологічної допомоги включають: інструменти когнітивно-поведінкової терапії (КПТ); методи травматерапії (EMDR), техніки стабілізації; тілесно-орієнтовані техніки для зняття соматичних реакцій стресу; активне слухання, емпатійне розуміння; роботу з метафорами, наративне переосмислення; побудову актуальних та відповідних цінностей і сенсів; навчання навичкам конструктивної комунікації; розвиток підтримуючих соціальних зв'язків.

Ефективне застосування цих інструментів допомагає учасникам бойових дій не лише подолати наслідки психотравмуючих подій, а й переосмислити їх, інтегруючи в особистісний розвиток, що сприяє гармонійній адаптації до нового етапу життя.

Інтеграція технічних інструментів з ціннісно-смісловими аспектами в процесі реабілітації військовослужбовців сприяє не лише відновленню їхнього психологічного здоров'я, а й забезпечує гармонійний розвиток особистості в умовах сучасного суспільства.

Успішна реабілітація військовослужбовців, що враховує зазначені аспекти, забезпечує їхню інтеграцію в суспільство як повноцінних і самореалізованих особистостей, сприяючи їхньому внеску в розвиток країни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234с.
2. Агаєв Н.А., Скрипкін О.Г., Дейко А.Б., Поливанюк В.В., Еверт О.В. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України: методичний посібник / Міністерство оборони України, Наук.- дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України. К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.
3. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 777 с.
4. Блінов О. А. Бойова психічна травма: монографія. К.: Талком, 2019. 700с.
5. Блінов О. А. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження: стаття. Інститут психології імені Г. С. Костюка НΠΑН України. *Психологічний журнал № 2 (12) 2018*. с. 9-22
6. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. Вісник НАУ. Київ, 2006. Вип. 2. с. 118-124.
7. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. К. : Талком, 2016. 246 с
8. Блінов О.А. Особливості прояву бойового стресу в поранених комбатантів та шляхи корекції його наслідки: стаття. Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах (Київ, 7 червня 2018 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. К. : НУОУ, 2018. С. 33-36.
9. Блінов О.А. Психологія бойового стресу: автореферат. Інститут психології імені Г. С. Костюка НПАН України 45с.

10. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб : дис. ... д-ра. пед. н. : 13.00.05. Хмельницький, 2018. 559 с.
11. Булен П., Кольчінська Ю. Розлад тривалого горя: природа, чинники ризику, діагностика і когнітивно-поведінкова терапія: стаття. *Психосоматична медицина та загальна практика*, Том 7 № 2 (2022) DOI: 10.26766/pmgrp.v7i2.375. с.1-16
12. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / під заг. ред. доктора медичних наук О.В. Друзя та Головного психіатра МВС України, доктора медичних наук Гічуна В.С. К., 2018. 102 с.
13. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. Львів : Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.
14. Гоуг Ч. Одного разу воїн – воїн назавжди. Як повернутися до звичайного життя після бойових дій: посібник. Київ: Наш формат, 2024. 347с.
15. Джудіт Герман. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Герман Джудіт. Львів, 2015. 416 с
16. Дуб В. Реабілітаційна психологія : методичні матеріали до семінарських занять [для студентів ВНЗ] / Віра Дуб. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2017. 92 с.
17. Єна А.І., Маслюк В.В., Сергієнко А.В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції: стаття. Науковий журнал МОЗ України | № 1 (5) 2014, *Медична допомога в умовах військових дій*. с.5-16

18. Загальні підходи до терапії ПТСР: методичні матеріали. ВНМУ ім. М.І. Пирогова, Вінниця 2020. 13с
19. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с
20. Зоран Комар. Психологічна стійкість воїна: підручник. Київ 2017 – 184с. імені Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2021. 446с.
21. Кокоша А. В., Заєць С. С. Особливості соціально-психологічної роботи з учасниками АТО в Черкаському регіоні. Наука. Освіта. Молодь. 2016. Частина 2. С. 18-21.
22. Кокун О. М. Стресогенні чинники бойової діяльності, що зумовлюють виникнення у військовослужбовців посттравматичних стресових розладів. Проблеми екстремальної та кризової психології: зб. наук. праць. Харків : НУЦЗУ, 2017. Вип. 22. С. 143-150.
23. Кокун О. М. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО: стаття. *Вісник Національного університету оборони України*. 2015. Вип. 3 (46). С. 123-129.
24. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
25. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с
26. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
27. Кононенко В. В. Бойова психічна травма: стаття. *Одеський медичний журнал*. 2001. № 3. С. 99-101

28. Криволапчук В.О., Кирієнко Л.А. Проблеми медико-психологічної реабілітації та соціальної адаптації учасників антитерористичної операції: стаття. *Наука і правоохорона*. 2015, №1(27) с.289-298
29. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09. Хмельницький, 2008. 20 с.
30. Лозинська Н. С. Особливості психологічної травматизації військовослужбовців-учасників АТО : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.09. Харків, 2019. 26 с.
31. Лукомська С. О. Розлади, зумовлені стресом і травмою: інтегративний підхід: наукова стаття, 12 с.УДК 159.972
32. Максименко С. Д. Медична психологія : підручник / за заг. ред. С. Д. Максименка. 2-е вид. Київ : Слово, 2014. 516 с.
33. Максименко С. Д. Реалістичність буття особистості. Проблеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Кам'янець Подільський : Аксіома. 2009. Вип. 3. С. 3-21.
34. Марсіо Перейра. Психологічне втручання в катастрофі: навчальний посібник / переклад і редагування: Орел О., Гольонко Н., Гевюк О., 2014. 66с.
35. Мельник А. П. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебувала в умовах бойових дій: стаття. *Психологічні перспективи*. Випуск 28, 2016. с.176-185
36. Мельник А. П. Патопсихологія та спецпрактикум з клінічної психодіагностики : навч.-метод. посіб. / уклад. Мельник А.П., Магдисюк Л.І., Дучимінська Т.І. Луцьк : Вежа-Друк, 2018. 152 с.
37. Мельник А.П. - Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки, вип. 4, 2015. С. 176-185
38. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф.

- Б. В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Х. : ХМАПО, 2014. 223с.
39. Могілевський Л.В. Психологія бойового стресу працівників Національної поліції: стаття. *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України*: Харківський національний університет внутрішніх справ, 2022. с.109-111
40. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
41. Наугольник Л.Б., Кіт В.В. Індивідуальні відмінності в реагуванні на стрес керівниками ОВС. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. Серія психологічна: збірник наукових праць / головний редактор В. В. Середа. Львів: ЛьвДУВС, 2014. Вип. 1. 292 с. с. 102 – 110
42. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 1.: навчальний посібник / заг. редакція: Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
43. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 2.: навчальний посібник./ заг. редакція: Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с
44. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Том 3.: навчальний посібник / заг. редакція: Л. Гридковець.. Київ, 2018. 236 с
45. Осьодло Г.В. Бойова психічна травма та її наслідки: методична розробка практичного заняття. Українська військово-медична академія, кафедра військової терапії. Київ-2014. 31с. Педагогічна думка, 2016. 219 с.
46. Перегончук Н.В., Чумак Т.О. До проблеми соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах антитерористичної операції: стаття. ВДПУ ім. М.Коцюбинського. УДК 364-786:[335.08:94(477.61/.62) «2014/2017» с.131-141
47. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навчально-практичний посібник/рецензенти Осьодло В.І.,Ларіонов С.О. Харків, 2022 88с.

48. Плетка О., Чаплинская Ю. Интенсивная работа с травмой: психотерапевтические методы: пособие. К.: Талком, 2017. 232с
49. Попелюшко Р. П. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойової обстановки та після бою. Науковий вісник Херсонського державного університету. Збірник наукових праць. Серія «Психологічні науки». 2015. Випуск 3. С. 164-168.
50. Попелюшко Р. П. Основи роботи психолога з комбатантами з посттравматичним стресовим розладом. Актуальні проблеми психології теорії та практики : Матеріали Міжнародній науково-практичній конференції студентів, аспірантів і молодих вчених (м. Вінниця, 8 квітня 2016 р.) : тези доповідей / за заг. ред. проф. О.В. Бацилевої. Вінниця : Scientific Publisher, 2016. С. 126-130.
51. Попелюшко Р. П. Психологічна реабілітація комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів: монографія. Київ: «Видавництво Людмила», 2020. 392 с.
52. Попелюшко Р.П. Аналіз результатів проведення початкового етапу програми психологічного супроводу комбатантів та їх сімей: стаття. *Науковий журнал НПУ ім. М. Драгоманова*, 2018. с.209-228
53. Попелюшко Р.П. Порівняльний аналіз дослідження стратегій поведінки у психотравмуючій ситуації як ресурсу для психологічної реабілітації особистості комбатанта: стаття. Інститут психології імені Г. С. Костюка НΠΑН України. *Психологічний часопис №4(8) 2017*. с.98-110
54. Попелюшко Р.П. Психолого-аксіологічні засади реабілітації комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів: дисертація. Інститут психології імені Г. С. Костюка НПАН України. Київ. 2021. 446с
55. Посттравматичний стресовий розлад. Клінічна настанова, заснована на доказах.. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn_2024_ptsr.pdf
56. Приходько І.І. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень: стаття. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 64*. 2021.64.12 с.193-215

57. Проблеми екстремальної та кризової психології: збірник наукових праць. Вип.12, частина 1. Х.: НУЦЗУ, 2012. 208с.
58. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : кол. монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с.
59. Психологічний супровід незламних: методичні рекомендації по роботі з військовослужбовцями, які зазнали ампутації внаслідок бойових дій /Т. В. Карамушка, Л. Ю. Полівко, О. Ю. Вісіч [та ін.]. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2023. 60 с.
60. Психологічні аспекти виконання військовослужбовцями Збройних Сил України завдань за призначенням. Збірник наукових праць. / за заг. ред. генерал-майора В. Клочкова. Київ: НДЦ ГП ЗС України, 2023. 561 с.
61. Психологія екстремальності та психопрофілактика психічної травми й суїцидальних намірів : навч.-метод. посіб. / Л. І. Магдисюк, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник, О. М. Хлівна, Т. І. Дучимінська. Луцьк : Вежа-Друк, 2021. 236 с.
62. Пузирьов Є.В., Ізвеков В.В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовців: стаття. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Психологія національної безпеки та безпеки життєдіяльності*. 2023.1/33 с.203-209.
63. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: Навч. посібн. К.: Кондор, 2005. 278 с.
64. Сергієнко Ольга. Якщо ви надмірно переживаєте за все / Львів : Свічадо, 2018. 100с
65. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

66. Сошенко Т., Габінська А., Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів: стаття./ *Журнал Нейроnews: психоневрологія та нейропсихіатрія* № 3(96) '2018. с.32-36
67. Стасюк В. В. Страх і паніка на війні : монографія. Київ : НУОУ, 2013. 290с.
68. Сторожук Н.А., Мась Н.М., Покотило В.В. Сучасний стан системи психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції: стаття. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка, Військово-спеціальні науки.* 1(34)/2016. с.34-38
69. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А. Техники психотерапии при ПТСР: пособие. Украинская военно-медицинская академия, Киев 2014. 151с.
70. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Вид. 2-ге, доп. / кол. авт. ; за заг. ред. Василя Осьодла. Київ : НУОУ імені Івана Черняхівського, 2020. 484 с.
71. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
72. Тимченко А. В. Психогении в экстремальных условиях. Боевая психическая травма и методы ее коррекции. Харьков : ХВУ, 1995. 182 с.
73. Титаренко Т. М. Індикатори психологічного здоров'я особистості: стаття. *Психологічні науки: проблеми і здобутки* : зб. наук. статей. К., 2016. Вип. 9. С. 196–215.
74. Титаренко Т. М. Напрями психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни: стаття. Матеріали наукового семінару «Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій». с.3-13
75. Титаренко Т.М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки: стаття. *Наукові студії із соціальної та політичної психології.* Вип. 41 (44), 2018. с.157-167

76. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень : концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : монографія. Харків: Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
77. Тополь О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції: стаття. Вісник №124, розділ 3. Підготовка фахівців у системі професійної освіти, 2015. с.230-233
78. Тохтамиш О.М. Реабілітаційна психологія : навчально-методичний посібник. Вінниця : Віндрук, 2014. 100 с
79. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с.
80. Улько Н. Розвиток внутрішньої ресурсності особистості як умова подолання кризових станів у дорослому віці: стаття. Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Випуск 11 (56) 2020 Серія 12. Психологічні науки. с.104-118
81. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги (УКПМД) «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації». МОЗ України, 2024. 80с.
82. Федоренко Р.П., Коширець В.В., Шкарлатюк К.І. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців із суїцидальною поведінкою, детермінованою сімейною ситуацією: стаття. Наукові перспективи № 8(26) 2022. с.408-421
83. Філ Джойс, Шарлотта Сіллс. Навички в гештальт-терапії. Консультування та психотерапія. Видавництво Ростислава Бурлаки, 2024. 528с
84. Циганенко Г.,Іванцова О. Пам'ятка бійцю: психологічна самодопомога в зоні бойових дій: посібник. ГО «Українська асоціація фахівців з подолання наслідків психотравмуючих подій». Київ. 2015. 20с.
85. Цигульська Т.Ф. Загальна та прикладна психологія: як допомогти собі та іншим. Курс лекцій. Навчальний посібник. Рекомендовано Міністерством освіти і науки України. Київ: «Наукова думка», 2000. 191 с

86. Чабан О. С. Помилки при веденні пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом: стаття. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 7 (543), 2023 р*
87. Чабан О. С. Психотерапія при ПТСР должна быть направлена на создание новой когнитивной модели жизнедеятельности: стаття. *Нейро News: психоневрология и нейропсихиатрия. 2010. № 2 (21). С. 5-8.*
88. Черненко І.О. Комплексний ПТСР, аналіз психотравмувальних факторів та їхні наслідки для військовослужбовців: стаття. *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя» № 3 (539), 2023 р.*
89. Шайхлісламов З. Р., Ковтун А. С. Особливості впливу бойового стресу на психологічну підготовку військовослужбовців в умовах бойових дій: стаття. *Науковий вісник Ужгородського національного університету, 2023, Серія Психологія. Випуск 3. 2023.3.28. с142-145*
90. Шайхлісламов З.Р., Горбенко В.Ю. Теоретичні підходи визначення копінг-стратегії поведінки особистості: *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія Том 34 (73) № 1 2023. с. 64-69*
91. Шевченко В.В ., Руденко А.А . Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті: стаття. *Збірник наукових праць «Психологічні науки». Випуск 2.12 (103) – с.239-243*
92. Шиделко А.В. Характеристика, сутність і зміст поняття «бойовий стрес»: стаття. *The 7th International scientific and practical conference “International scientific innovations in human life” (January 19-21, 2022) Cognum Publishing House, Manchester, United Kingdom. 2022. 828 p.*
93. Юнгер С. Плем'я. Про повернення з війни і належність до спільноти. Київ: Наш формат, 2023. 128с.
96. Brady, K. T. (1997). Posttraumatic stress disorder and comorbidity: recognizing the many faces of PTSD. *J Clin Psychiatry. 58(9), 12-5. American Psychiatric Association (2013). DSM-5.*

97. Breslau N, Peterson EL, Shultz LR. A Second Look at Prior Trauma and the Posttraumatic Stress Disorder Effects of Subsequent Trauma. *Archives of General Psychiatry*. 2008;65:431–437.
101. Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M., Kilpatrick, D. (2003). Trends of Probable Post-Traumatic Stress Disorder in New York City after the September 11 Terrorist Attacks. *American Journal of Epidemiology*. 158, 6.
102. Grinker R., Spiegel J. War neuroses. Philadelphia: Blakiston, 1945. 145 p.
108. Kimberly Morrow and Elizabeth Dupont Spencer. CBT for Anxiety (2020)
109. Laurel Parnell. A Therapist's Guide to EMDR: Tools and Techniques for Successful Practice (2020)
110. Lazarus, R. S.. Psychological stress and the coping process. McGraw-Hill, 1966
116. Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*. 1966. Vol 80. No 1 (609). P. 1-28.
117. Schnurr, P. P., Spiro, A., III, Aldwin, C. M., and Stukel, T. A. (1998). Physical symptom trajectories following trauma exposure: Longitudinal findings from the Normative Aging Study. *J. Nerv. Ment. Dis.* 186: 522–528.
118. Schwartz R. C.. Internal Family Systems Therapy / The Guilford Press, 1997. 248p.
119. Schwartz, Arielle. The complex PTSD workbook. F mind-body approach to regaining emotional control and becoming whole, Callisto, 2017. 190p