**Міністерство освіти і науки України**

**Західноукраїнський національний університет**

**Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій**

**Кафедра психології та соціальної роботи**

**БУКОВСЬКА Ольга Олександрівна**

**Психологічні особливості переживання стресових і травматичних ситуацій учасниками бойових дій у період реабілітації/Psychological features of experiencing stressful and traumatic situations by combatants during rehabilitation period**

Спеціальність: 053 Психологія

освітньо-професійна програма «Психологія»

Кваліфікаційна робота

Виконав студент

групи ПС змчн-21

О.О. Буковська

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Науковий керівник

кандидат психологічних наук,

доцент

Т.В. Мазур

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кваліфікаційну роботу

допущено до захисту

«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_р.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **А.Н. Гірняк**

**ТЕРНОПІЛЬ -2022**

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ……………………………………………………………………….…3

ANNOTATION………………………………………………………………….…3

РЕЗЮМЕ………………………………………………………………………..….4

RESUME…………………………………………………………………………...5

ВСТУП……………………………………………………………………………..6

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСОВИХ ТА ТРАВМІВНИХ СИТУАЦІЙ.....................................................10

* 1. Стрес та травма як психологічні феномени................................................10
  2. Переживання як психологічний феномен ..................................................15

1.3. Нейропсихологічні особливості переживання стресу та травмівних подій……………………………………………………………………………….20

1.4.Система психологічної реабілітації учасників бойових дій (світовий та український досвід).................................................................................................26

Висновки до 1 розділу........................................................................................35

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ ТРАВМАТИЧНОГО ДОСВІДУ УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ............................................................................37

2.1. Методи та методики дослідження переживання стресу та травми ............37

2.2. Результати емпіричного дослідження переживання стресу та травмівних подій .......................................................................................................................40

2.3. Психологічні особливості переживання стресу та травмівних подій учасниками бойових дій.........................................................................................57

Висновки до 2 розділу.......................................................................................62

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ………………………………………………………………………………...65

3.1. Учасники бойових дій як цільова група..........................................................65

3.2. Аналіз результатів реабілітації......................................................................67

3.3. Програма індивідуальної реабілітації учасників бойових дій …...............70

Висновки до 3 розділу.......................................................................................75

ВИСНОВКИ.........................................................................................................77

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА.......................................................................81

ДОДАТКИ..........................................................................................................89

АНОТАЦІЯ

Буковська О. О. Психологічні особливості переживання стресових і травматичних ситуацій учасниками бойових дій у період реабілітації. – Рукопис

Дослідження на здобуття освітнього ступеня «магістр» за спеціальністю «Психологія 053», освітньо-професійна (наукова) програма – Західноукраїнський національний університет, Тернопіль 2022.

У роботі у першому розділі проаналізовано теоретико-методологічні основи переживання стресових і травматичних ситуацій та системи реабілітації. У другому розділі наведено дані емпіричного дослідження психологічних особливостей переживання стресових і травматичних ситуацій учасниками бойових дій. У третьому розділі розроблено програму реабілітації, спрямовану на подолання переживання стресу та травмівних подій й набуття навичок самодопомоги учасниками бойових дій.

ANNOTATION

Bukovska O. O. Psychological features of experiencing stressful and traumatic situations by combatants during the rehabilitation period . - Manuscript Research for obtaining an educational degree «master» in the specialty «Psychology 053», educational and professional (scientific) program - West Ukrainian National University, Ternopil 2022.

*In the work, the theoretical and methodological aspects are analyzed in the first chapter the basics of experiencing stressful and traumatic situations and the rehabilitation system. The second chapter presents the data of an empirical study of the psychological features of experiencing stressful and traumatic situations by participants in hostilities. In the third section, a rehabilitation program is developed, aimed at overcoming the experience of stress and traumatic events and acquiring self-help skills by the participants of hostilities.*

РЕЗЮМЕ

Кваліфікаційна робота містить 81 сторінку, 24 рисунки, список використаних джерел із 57 найменувань.

Метою кваліфікаційної роботи є визначення психологічних особливостей переживання стресу та травматичних подій учасниками бойових дій під час реабілітації.

Об’єктом дослідження є процес переживання стресу та травмуючих подій особистістю.

Предметом дослідження є переживання стресових і травматичних ситуацій учасниками бойових дій.

Одержані результати та їх новизна: проведено емпіричне дослідження серед учасників бойових дій, які проходили реабілітацію в реабілітаційному центрі Чернігівської обласної ради: визначено особливості переживанні стресових та травматичних подій за шкалою депресії А. Бека, шкалою тривоги А. Бека, шкалою оцінки впливу травматичної події IES-R, опитувальником симптомів та. Визначено три групи реабілітантів. Розроблено підходи до реабілітації залежно від особливостей реабілітантів. Перспективами подальших

досліджень ми вбачаємо в апробації підходу, визначенні його ефективності та розробленні ефективної системи реабілітації.

Ключові слова: стрес, травма, переживання, учасники бойових дій, усвідомленність досвіду, реабілітації.

RESUME

The qualification work contains 81 pages, 24 figures, a list of used sources of

57 names.

The purpose of the qualification work is to determine the psychological features of experiencing stress and traumatic events by combatants during rehabilitation.

The object of research is the process of experiencing stress and traumatic events by an individual.

The subject of the study is the experience of stressful and traumatic situations by participants in hostilities.

The obtained results and their novelty: an empirical study was conducted among combatants who underwent rehabilitation in the rehabilitation center of the Chernihiv Regional Council: the peculiarities of experiencing stressful and traumatic events were determined according to A. Beck's depression scale, A. Beck's anxiety scale, IES scale for assessing the impact of a traumatic event -R, symptom questionnaire and. Three groups of rehabilitation patients were identified. Approaches to rehabilitation have been developed depending on the characteristics of the rehabilitated persons. Future prospects

research we see in approbation of the approach, determination of its effectiveness and development of an effective system of rehabilitation.

Key words: stress, trauma, experiences, combatants, awareness of experience, rehabilitation.

ВСТУП

За вісім років війни в Україні десятки тисяч українців набули бойового досвіду, але і отримали психологічну травму війни. Сьогодні ці герої мужньо боронять нашу державу від рашизму і на їх плечі падає найвідповідальніша робота в найгарячіших точках війни. Ми сподіваємось на швидку перемогу, але вже сьогодні варто замислитись над тим, які психологічні наслідки ми будемо мати ще довгий час після нашої перемоги. В часі війни увесь народ України, а військові найбільше переживають стресові та травмуючі події та є їх безпосередніми учасниками.

Західні та українські науковці досліджували та розвивали методологічну й теоретичну основу феномену стресу та травми не одне десятиліття. Серед них основою нашого дослідження стали такі: положення про розвиток стресу (Л. Китаєв-Смик, Л. Орбелі, Г. Сельє), когнітивна теорія стресу (Р. Лазарус), соціально-психологічна концепція стресу (Н. Наєнко), концепція травматичного стресу (М. Горовіц, Н. Тарабріна), концепція бойового стресу (Н. Камерон, А. Кардінер, М. Сиромятніков), теорії травматичного емоційного досвіду (О. Кочарян, Р. Ланіус, М. Массей, Р. Хаммер), концептуальні засади постстресової психологічної дезадаптації (П. Козира, М. Маркова), дослідження адаптаційних розладів (Ж. Вірна, В. Луньов, М. Маркова, Л. Шестопалова), положення когнітивно-поведінкового підходу (А. Бек, А. Елліс, Р. Макмаллін) та ін.

Проблемою стресу та стійкості особистості до нього займались Р. Бенджамін, В. Березін, Е. Геллгорн, Р. Грін, Л. Китаєв-Смик, В. Корольчук, Р. Лазарус, В. Маріщук, Е. Мілерян, Е. Носенкота та ін.

Вивчення бойового стресу здійснювалось такими українськими науковцями та практиками, як: В. Василевський, Т. Дмитрієва, А. Довгополюк, Г. Тимченко та іншими, які визначили, що посттравматичні стресові розлади внаслідок воєнних дій є більш диференційовані та триваліші, ніж посттравматичні стресові розлади, отримані в мирний час.

Такі українські науковці, як О. Блінов, В. Мушкевич, Р. Попелюшко, Д. Боярова розглядали деякі аспекти переживання стресових та травмівних подій учасників бойових дій.

Психологічна реабілітація учасників бойових дій розроблялась у працях Чапляк А.П., Джашмія К., Маркова М.В., Блінова О., Табачнікова С.І. та інших.

На наш погляд, не зважаючи на теоретичну актуальність та практичну значущість проблеми переживання стресу та травми війни недостатньо вивчено феномен переживання стресових та травмівних ситуацій учасниками бойових дій та немає розробленого підходу до реабілітації ветеранів з ускладненим процесом переживання травматичних подій, саме тому ми й обрали темою нашого дослідження «Психологічні особливості переживання стресових і травматичних ситуацій учасниками бойових дій у період реабілітації». Особливої уваги, на наш погляд, заслуговує знання нейропсихологічних особливостей протікання процесів інтеграції досвіду.

Метою нашого дослідження є визначення психологічних особливостей переживання стресу та травматичних подій учасниками бойових дій під час реабілітації.

Завданнями дослідження нами визначено:

1. Вивчити феномен переживання стресу та психологічної травми в наукових літературних джерелах.

2. Визначити психологічні особливості переживання стресу та травмуючих подій учасниками бойових дій.

3. Розробити програму реабілітації, спрямовану на подолання переживання стресу та травмівних подій та набуття навичок самодопомоги військовослужбовцями, які мають бойовий досвід або комбатантами.

Об’єктом дослідження є процес переживання стресу та травмуючих подій особистістю.

Предметом дослідження нами визначено переживання стресових і травматичних ситуацій учасниками бойових дій.

Нами використовувались такі методи теоретичного дослідження, як абстрагування, аналіз і синтез, індукція та дедукція, моделювання, порівняння, узагальнення. В емпіричному дослідженні використовувався такий діагностичний інструментарій: опитувальник біосоціальних даних та тілесних, поведінкових, емоційних, когнітивних симптомів, шкала депресії А. Бека, шкала тривоги А. Бека, шкала оцінки впливу травматичної події IES-R.

Наукова новизна нашого дослідження полягає в розробці феномену переживання стресових та травмівних подій учасників бойових дій та дослідженні їх особливостей у ветеранів, які звернулись за послугами з комплексної реабілітації до реабілітаційного центру.

Практичне значення магістерської роботи полягає у систематизації знань про процес переживання стресу та травмуючих подій військовослужбовцями та дасть можливість використати дану теоретичну основу у подальших емпіричних й експериментальних дослідженнях та розробленні реабілітаційної програми, спрямованої на усвідомленні та інтеграції травматичного досвіду військовослужбовцям та сприяння посттравматичному стресовому зростанню й поверненню до мирного життя.

Апробація результатів дослідження проходила в Чернігівському обласному центрі реабілітації учасників бойових дій, їх сімей та сімей загиблих Чернігівської обласної ради.

Публікації:

1. Буковська О.О. Психологічна допомога сім’ям військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету.* Серія: Психологічні науки. 2015. Вип. 128.С. 29-32.
2. Буковська О.О. Психологічний аналіз життєвої перспективи особистості у кризовий період. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету.* Серія: Психологічні науки: зб. наук. праць у 2-х т. наук. ред. Носко М.О. Чернігів, 2015. Вип. 126. Т.1. С.17-21. URL: <http://surl.li/ctyps> (Дата звернення: 21.01.2022 )
3. Буковська О.О. Реінтерпретація та інтеграція психотравмуючого досвіду учасників бойових дій методом наративу. *Актуальні проблеми психології. Т. 7. Екологічна психологія.* Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. Вип. 42. С.18-25. URL: <http://surl.li/ctyqz> (Дата звернення: 11.01.2022)
4. Буковська О.О. Психологічна реабілітація осіб, які переживають втрату. *Десяті Сіверянські соціально-психологічні читання*: матер. Міжн. наук. конференції (29 листопада 2019 року, м. Чернігів), за наук. ред. О. Ю. Дроздова, І. І. Шлімакової. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2020. С. 26-29. URL: <http://surl.li/ctysw> (Дата звернення: 02.01.2022)
5. Буковська О.О. Екологічність реабілітаційних впливів. *«Сучасні проблеми екологічної психології: Екологічна парадигма сучасного образу життя і світу»*: матеріали ХV Міжнародної науково-практичної конференції (м. Харків, 17-18 травня 2019 р.). Київ, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2019 р. URL: <http://surl.li/ctytj> (Дата звернення: 21.01.2022)
6. Буковська О. О. Ресурсний підхід у подоланні психологічної кризи. *Дев’яті Сіверянські соціально-психологічні читання:* матеріали Міжнародної наукової конференції (30 листопада 2018 року, м. Чернігів). Чернігів: НУ „ЧК” імені Т. Г. Шевченка, 2019. С. 41 – 44.
7. Буковська О.О., Гірченко О.Л., Науменко О.П. Особистісні ресурси подолання кризи молоддю. *Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості:* колективна монографія. Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В.С., 2019. С. 141-152. URL: <http://erpub.chnpu.edu.ua:8080/jspui/bitstream/123456789/560/1/1.docx.pdf> (Дата звернення: 21.01.2022 )
8. Буковська О. О. «Кризова життєва ситуація» в реабілітаційній діяльності психолога. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України* Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Житомир. держ. ун-т ім. І. Франка. Житомир, 2016. Т. 7 : Екологічна психологія, вип. 44. С. 21–29.

**РОЗДІЛ 1.**

**ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ СТРЕСУ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

**1.1. Стрес та психологічна травма як феномен**

За загальноприйнятим визначенням, стрес – це захисна реакція організму на фізичні, психічні та емоційні подразники, яка допомагає людині адаптуватися до умов, що часто змінюються [17]. Таким чином можна говорити про фізичний, психічний та емоційний стрес.

Проблема стресу та стійкості особистості до нього привертає увагу багатьох дослідників довгі роки (Г. Сельє, Р.Бенджамін, Е.Геллгорн, Р.Грін, В.Корольчук, Р.Лазарус, В.Маріщук, Е.А.Мілерян, Е.Носенко та ін.).

Загальновизнано, що вплив стресу на людину залежить від таких чинників: інтенсивність та тривалість стресового впливу, а також поточний стан психіки й адаптаційних можливостей особистості. Варто зазначити, що важливу роль відіграє й генетична спадковість. У осіб з низькою стійкістю до стресу виявлена аномалія гаммааміномасляної кислоти бензодіазепінового рецепторного комплексу. Тож, один і той самий стресор в однієї людини може викликати виражену дезорганізацію психіки, а інша – сприйме його як невелику перешкоду.

Події, які можуть спричинити психологічне травмування – це події, які людина сприймає як загрозу своєму життю, а також життю близьких або свідком яких стає. Таким чином, йдеться про воєнні події, кримінальні дії різного виду (зґвалтування, катування, пограбування), стихійні лиха (зокрема, хвороби, раптові втрати близьких) та ДТП.

В нашому сьогоденні народ України має три кластери з чотирьох, що є дуже травматичними. Людина або переживає ці події безпосередньо або стає їхнім свідком. Якщо ми говоримо про військовослужбовців, то вони всі є учасниками травмуючих подій, які безпосередньо перебувають у вирі подій війни і є постраждалими.

Щоб спричинити психологічну травму, подія має характеризуватись раптовістю, силою та інтенсивністю, здаватися безвихідною (безпорадність, безсилля), тривалістю (спричиняти відчай). Якщо людина має успішний досвід подолання подібних подій, то імовірно, що в неї не розвинеться посттравматичний стан.

Травматичні події через надмірну стимуляцію всіх органів чуття надміру сповнюють стресом людину, що їхній вплив перевантажує звичні стратегії подолання стресу. Копінг-стратегії людини, які вона зазвичай використовує у даній ситуації не працюють, а інших людина не має або використовує неефективні (вживання психоактивних речовин). Чим більший набір ресурсів та копінгів має особистість, тим впевненіше буде почуватися в наступних стресових подіях. Але від перенавантаження травматичними подіями можуть виникати страх, гостре відчуття безпорадності та втрати контролю.

За міжнародною класифікацією, психотравма – це експозиція до смерті або загрози життю, серйозного ушкодження або сексуального насильства в один чи більше таких способів:

- безпосереднє переживання травматичної події;

- спостереження за подіями, які трапилися з іншими (люди, на очах яких це стається, або фахівці, які приїжджають на місце злочину);

- знання того, що травматична подія трапилася з членом сім’ї чи близьким другом у випадках смерті чи загрози життю (ідеться про раптовість);

- переживання багаторазової чи надмірної експозиції до нестерпних деталей травматичної події. Наприклад, фахівці швидкого реагування, які збирають частини тіл, офіцери поліції, що стикаються з деталями скривдження дітей.

При реабілітації осіб з травматичним досвідом варто зважати на типи травм. Романчкук О. розглядає різні види травм, які, на наш погляд, слід брати до уваги в реабілітаційному процесі. Монотравму автор описує, як наслідок несподіваної одноразової події, наприклад, переживання наслідків ДТП. Монотравму легко опрацювати разом з психотерапевтом, або згодом психіка може впоратись сама. Про мультитравму говорять, коли одночасно впливають різні види травми в одному часовому проміжку, наприклад війна. Секвінційну травму психотерапевт розглядає, як сильну травму, яка повторюється в часі. Це насилля в сім’ї, багаторазове сексуальне насильство. Якщо людина пережила травматичне дитинство, повторювані травматичні події, емоційну занедбаність, відторгнення, відсутність безпечної прив’язаності можна говорити про травму розвитку. Чим більше травматичних подій пережила особистість, тим наслідки важчі й опрацьовуються довше [25].

За джерелом травми можна ділити на спричинені людиною та природні катастрофи. Фахівці вважають, що набагато важче переживаються повторювані травми, спричинені людиною. Природні катастрофи психіці легше прийняти й опрацьовувати, бо людина може собі це якимось чином пояснити на відміну від спричинених людиною [17]. В науковій літературі зустрічається феномен «колективної травми» - це травма спільнот і народів, крім безпосередніх учасників, вона зачіпає людей, прямо не причетних до події, іноді охоплюючи все суспільство. Ця травма необмежена в просторі, розтягнена в часі, жертвами є соціальні групи загалом. Війна в Україні сьогодні має всі ознаки колективної травми, що охопила не лише нашу країну, а і ближні країни Європи, частково інші країни у всьому світі. Усі ці люди відчуватимуть наслідки, коли війна завершиться.

Марковська визначає психологічні наслідки колективної травматизації після того, як травматичні події завершилися: соціальна фрустрація (як наслідок, пасивність, безініціативність), збільшення рівня психологічних проблем (депресій, соматичних захворювань), групоцентризм – схильність ідеалізувати свою соціальну групу та бачити образ ворога в представниках інших груп. Говорячи про травму потрібно пам’ятати, що людина живе минулим, тобто події завершились, але не для травмованої особистості, яка переживає її в сьогоденні [17].

Авторка зазначає, що незавершена й неопрацьована психологічна травма впливатиме і на індивідуальний вимір переживання, і на особливості національного характеру та колективної ідентичності. Як наслідок, формується трансгенераційна травматизація, тобто неопрацьована колективна травма, яка передається з покоління в покоління [17].

Кожна особистість має свої стратегії переживання стресових та травматичних подій. Якщо спрацьовують захисні механізми психіки - це означає, що психіка обороняється. Розум, когнітивна сила - це один із чинників, який може допомогти. Якщо в людини є здатність до аналізу та встановлення причинно-наслідкових зв’язків, це дає змогу структурувати досвід, інформацію та сприяє подоланню наслідків.

Загалом типовими фазами переживання травматичних подій вважаються шок, реактивна фаза та фаза переорієнтації. Фаза шоку (від кількох годин до кількох днів) характеризується втраченим відчуттям реальності, людина стає неконтактною, зовні може здаватися впорядкованою, але всередині – хаос, може бути з дивною поведінкою чи судженнями, працюють захисні механізми, пізніше часто людина не пам’ятає цю фазу, функціонує з “тваринним мозком”, часом навіть є тваринна поведінка, навколотравматична дисоціація.

Важливою характеристикою реактивної фази є конфронтація з невідворотною реальністю, яка повертає людину до усвідомлення того, що трапилося. Наростання емоційної реакції залежить від виховання. Часто чоловіки затримують емоції, що дуже шкідливо, адже невідреаговані емоції знаходять вихід – наприклад, через хвороби. Спостерігається часткове сприйняття реальності, відчуття пригніченості, стійке бажання залежності, часом тенденції до самознищення – алкоголь, наркотики. Це так звана тимчасова анестезія, а коли дія чинника минає, людина почувається ще гірше. Для цієї фази також характерні нав’язливі пошуки винуватця того, що сталося. Тут треба бути обережним і розуміти, що людина дуже емоційна, може бути в стані афекту.

Якщо психіка має достатньо ресурсу та є зовнішня підтримка, вона виходитиме із травматичного стресу. Фаза виходу з кризи, під час якої відновлюється відчуття реальності, вмикається когнітивне мислення, процес розуміння причин та пояснень того, що сталося, спроби пошуку значення події, що відбувається, та розуміння забутого досвіду (людині важливо структурувати світ і зрозуміти причинно-наслідковий зв’язок), питання провини, поступовий відхід від минулого та події.

Цікаво, що під час стресової ситуації людині щодня може здаватися, що подія була вчора чи сьогодні. Коли ж людина пропрацьовує стрес, то може здаватися, що це відбувалося 100 років тому.

У фазі переорієнтації з’являються нові плани на майбутнє, прийняття втрати, відновлення самоповаги та впевненості, нові взаємини стають можливими та важливими.

У суспільстві фази травматичної кризи мають свою динаміку. Героїчна фаза тривалістю до тижня характеризується високим рівнем активності, оптимізму, альтруїзму, залученістю в осмислення катастрофи, виходу з хаосу та емоційної травми.

Наступною йде фаза медового місяця (до місяця), під час якої підйом спадає, але оптимізм далі присутній, нереалістичне очікування відновлення (“За 2 місяці ми змінимо країну!”).

У фазі розчарування є багато агресії та незадоволення через повільне відновлення, виникають конфлікти.

Фаза повернення та стабілізації свідчить про початок руху вперед і повернення до процесів відбудови середовища. Залежно від того, яка була подія, стільки часу займає й відновлення.

Людина, яка пережила травматичні події й опрацювала ці переживання, особистісно зростає. З’являються більша впевненість у собі, міцніші стосунки, переосмислення духовних переконань, більша цінність життя, переосмислюються пріоритети тощо.

Я спостерігаю, як люди реагують на травматичні події, і можу з певністю сказати, що за 8 років війни ми багато переосмислили і стали міцнішими. Поведінка людей свідчить про хороший психологічний рівень людей: вони мають силу, переконання, віру. На психологічному рівні ми вже перемогли, адже перебуваємо на вищому рівні, ніж вороги.

Таким чином, стрес та травма - це захисна реакція організму людини в надзвичайних обставинах, раптових та пов’язаних з загрозою життю і здоров’ю людини або свідком яких вона стала. Реакції людини в стресі та травмі можна описати як фізіологічні, емоційні, поведінкові та когнітивні.

Ми схильні розмежовувати стрес та травму від переживання стресових та травматичних подій за такими критеріями:

- стрес та травма - це реакція безпосередньо пов’язана з подією;

- стрес - за часом триває декількох днів або тижнів;

- травма - впливає на все подальше життя та повертає людину постійно в минуле.

- у переживанні стресу та травми важливе надане значення події, яка відбулась з людиною або свідком якої вона стала.

Отже, вважаємо за необхідне розкрити тему переживання стресу та травматичних подій.

**1.2.Переживання як психологічний феномен**

Переживання розглядається у психології як емоційна внутрішньопсихічна сторона людського життя, пов’язана з відображенням та виявленням ставлення особистості до життєвої ситуації й системоутворювальний фактор психічної сторони буття у підходах Л.С. *Виготського, В. Дільтея;* як *центральна складова внутрішнього світу людини* у підході С.Д. Максименка, А.Ф. Бондаренко, М. В. Папучі; як рефлексивний процес пов’язаний з реакцією людини на оточуючий світ Ф.Ю. Василюка.

Звертаючись до змісту поняття “переживання” у словнику української мови [23, с.180] можна побачити два підходи “дія і стан за значенням переживати” та “почуття, враження людини, які визначають її психічний стан у даний момент”. Друге визначенння має більш психологічний сенс, але варто звернутись до етимології поняття також. За М.М. Шпаком, термін “переживання” походить від значення “пере-жив-ання”. Корінь слова можна співвіднести зі словом “життя”, а префікс вказує на процесуальність даного поняття. Автор зазначає: “це явище дає можливість пояснити, що всі внутрішні стани та події і ситуації зовнішнього середовища емоційно проживаються людиною та утворюють її особистий досвід ”[ 24,с. 553].

Якщо звернутись до іншомовних джерел, то в англійській мові можна знайти термін “experience”, який означає і досвід, і переживання одночасно.

Загальноприйнято до видів переживань відносити емоції (безпосередні переживання), почуття (тривалі, стійкі, узагальнені переживання) та емоційні стани (малодинамічні переживання). Форми переживання емоційних станів виявляються у настроях, афектах, стресі, дистресі, фрустрації. Переживання супроводжують людину у її діяльності, поведінці, спілкуванні, уявленнях, сприйнятті, бажаннях та спогадах. Варто зазначити, що переживання розрізняють на позитивні та негативні, по інтенсивності, тривалості й за змістовим наповненням.

За Ф.Ю. Василюком переживання розглядається “як особливий внутрішній життєвий процес, який захоплює емоції людини, її розум, уяву, волю і втягує в свій потік крім душевних і тілесні функції”[22, с.56] . Автор розглядає переживання з точки зору діяльнісного підходу та зазначає, що переживання сприяють перебудові внутрішнього світу особистості з метою відновлення смислової узгодженості між свідомістю і буттям та оптимізації осмисленності власного життя. З точки зору Ф.Ю. Василюка переживання відіграє захисну та компенсаторну роль та функціонує за принципом захисних механізмів, а саме, отримати задоволення потреб в теперішньому часі, реалізувати власні мотиви, узгодження внутрішнього світу, само актуалізації [22].

Науковець зазначає, що особливості переживань людини залежать від зовнішніх (умови зовнішнього середовища, соціальні стосунки, значущі стосунки, соціальні впливи) та внутрішніх (властивості нервової системи, емоційні стани, попередній досвід) факторів.

На наш погляд визначення не достатньо чітке та інформативне. Хоча певні характеристики переживання, визначені автором можна взяти до уваги, а саме:

- тотальність, як таке, що завжди і всюди з людиною;

- суб’єктивність, як невід’ємне від людини відчуття переживання в реальності;

- мимовільність, тобто не підпорядковане волі й свідомості людини;

- продуктивність, тобто змушує особистість до певних дій.

Якщо розглядати доцільність переживань, то вони спонукають особистість вирішувати внутрішньопсихологічні конфлікти, стани дисгармонії, спричинені критичними життєвими ситуаціями для того, щоб відновити внутрішню гармонію і осмисленість життя. Особливо ця місія переживань очевидна, коли людина переживає тяжку втрату у своєму житті.

Якщо стрес має властивість активізації та адаптації організму та психіки до нових умов і переживання не є руйнівними для особистості, то травма спричиняє втрату цілісності психіки та зумовлює переживання, які є наслідком важких душевних страждань та тривоги.

На думку Д. Калшеда зруйнована функціональна система, яку створює травма має безсвідомий характер. Тобто вона безсвідомо впливає на психіку та життя людини й зпричиняє поведінку, яка повертає її до травмуючих переживань, місць, людей і травмує людину знову й знову [18].

Отже травма діє безсвідомо та будує на уламках зруйнованої системи власну спотворену травмівними переживаннями систему, яка визначає ставлення до себе, минулого, майбутнього, інших людей та світу людини.

Різниця між переживанням стресу та травми в тому, що з переживанням стресу людина справляється самостійно, оскільки це переживання активізує її адаптаційні властивості до нових умов. Переживання травми, на нашу думку, є настільки руйнівними, що людина не має ресурсів до відновлення або використовує неадаптивні стратегії, які шкодять її особистості і тому травмована особистість потребує допомоги.

Аналізуючи відновлення від травмуючих переживань М. В. Папуча зазначає, що дуже важливо використовувати не просто внутрішнє мовлення, але й оповідати про травму іншій людині. Він зазначає, що “переживання як форма і психологічний зміст оповіді дозволяє (своєю зворотньою дією) створити нові сенси”[20]. Тобто як зазначав А. Ленгле “переживання звільняє людину від вражень”. Вони перебудовуються у нові якісні спогади, які займають своє поважне місце у досвіді людини, наповнене іншими ціннісними й реалістичними сенсами [14].

Для процесу інтеграції переживань у власний життєвий досвід важливо, щоб переживання проговорювались або трансформувались у особистісний наратив. Саме в цьому процесі переживання проясняють ставлення людини до оточуючих подій, набувають особистісних смислів та сприяють усвідомленню нових сенсів в житті.

В. Франкл в своєму логотерапевтичному підході зазначав, що цінності переживання є основоположною сферою, в якій зруйнований сенс життя набуває нового звучання [21].

У переживаннях ми можемо побачити цінності людини, оцінку подій та явищ зовнішнього світу, надане значення цим подіям та антиципацію їх наслідків, що й визначає зміст та сенс переживань.

Саме безпосередній життєвий досвід, який трансформується під впливом психологічної допомоги та в якому змінюється емоційне, смислове та ціннісне ставлення до значущих об’єктів і зумовив включення поняття “переживання” до структури особистості. Даний підхід обґрунтовують представники гуманістичної психологічної науки (В. Франкл, А. Маслоу, К. Роджерс) вказуючи на здатність людини творити нові переживання узгоджені з їх оновленим змістом і, як наслідок, саму особистість.

В когнітивно-поведінковому підході переживання розглядається як страх або тривога невідомого, майбутнього, того, що може статися. Підґрунтям переживань вважаються нейропсихологічні особливості, досвід, когнітивні спотворення та соціальне оточення людини. За О. Сергієнко головними характеристиками переживань є наступні:

- переживання пов’язані зі страхом невідомості;

- переживання спрямовані у майбутнє;

- вони виникають у відповідь на можливу загрозу;

- линуть постійним потоком;

- їх складно свідомо перервати чи відтермінувати;

- викликають багато тривоги [25].

Причинами переживань згідно когнітивно-поведінкового підходу можна виділити такі:

- генетика та нейропсихологічні особливості людини;

- минуле, особливо дитинство та стосунки в сім’ї, схильність до надмірних переживань у батьків;

- негативний або травмуючий досвід та ті висновки, які з нього винесла людина;

- низька толерантність до невизначеності, невпевненість в тому, що людина справиться з можливими викликами або нездатність контролювати власне життя.

На нашу думку, переживання в контексті травми та воєнного стресу мають певні особливості, а саме:

- важливим фактором продукування переживань є негативний життєвий досвід та травмуючі події;

- переживання стимулюються гіпотетичними загрозами;

- людина намагається контролювати, все що її оточує;

- переживання мають безперервний потік і людина знаходиться у постійній напрузі;

- переживання складно коригувати;

- викликають багато тривоги та агресії.

Отже, переживання розглядається нами як процес опрацювання та осмислення свідомістю особистості подій її життя та включення їх у життєвий досвід. Переживання, на наш погляд, з’являються тоді, коли відбувається руйнування ідеалів та цінностей, життєвої перспективи та провідних мотивів життя, що змушує особистість переосмислити своє буття та переглянути цінності й перебудувати життєві перспективи на більш реалістичні у змінених обставинах. Для того, щоб допомогти людині інтегрувати травматичні події у власний досвід та почати посттравматичне зростання важливо надати кваліфіковану психологічну допомогу, яка полягає у тому, щоб піддати сумнівам істинність негативної та деструктивної системи переконань травматичного досвіду та допомогти вибудувати логічну та реалістичну сиcтему, яка буде допоміжною у подоланні травматичних переживань. І тому дуже важливим в подоланні травми є співпереживання та прийняття людини з її переживаннями, допомога у проживанні та прийнятті власного досвіду та наділенні його життєстверджуючим сенсом.

**1.3. Нейропсихологічні особливості переживання стресу та травмівних подій**

Розуміння особливостей переживання воєнного стресу та травми буде не повним, якщо не брати до уваги нейропсихологічні особливості функціонування людського мозку та обробки інформації.

Не так багато в сучасній психологічній науці досліджень, які б ґрунтовно пояснювали нейропсихологічні процеси під час переживання стресу та травми. До моделей, які аналізували ці механізми в головному мозку можна віднести нейропсихологічну теорію Л. Кольба, нейропсихологічну теорію Ериксонівського гіпнозу та когнітивно-поведінковий підхід, який включає нейропроцеси в психоедукацію та психотерапію станів, спричинених стресом та психічною травмою (ГТР, ГТ, ПТСР та інші).

Поширення психічної травми та медичні дослідження свідчать, що одну психічну травму переживали за своє життя 50-70% дорослих людей й 30% дітей до 18 років. У зоні бойових дій психічне травмування сягає до 95%. З тих дорослих, що пережили травму 20% матимуть ПТСР, це 8% дорослих чоловіків та 20% дорослих жінок. З дітей, що пережили психічну травму 30% страждатимуть на ПТСР. З тих осіб, які матимуть ПТСР – у 30% цей стан перейде у хронічну форму з проявами симптомів у продовж десяти і більше років. У будь-який момент часу 5% дорослого населення має ПТСР []. Ця статистика свідчить, що психічна травма торкається майже кожного на нашій планеті або його близької людини і є надзвичайно актуальною проблемою, а тим більше під час війни.

За даними McFarlane A.C. психічна травма у 88% чоловіків, 79% - жінок супроводжується: депресією - 47% , панічним розладом, ГТР, зловживанням психоактивними речовинами - 51%, соматичними захворюваннями, сексопатологічними проявами (гіперсексуальність, еректильна дисфункція), супроводжуватимуться спробами самогубства – 19% та самопошкоджуючою поведінкою тощо. Крім того можуть спостерігатись різні форми гіперкомпенсації – трудоголізм, екстремальні види спорту ін [60]. Тобто, людина, яка страждає через психічну травму може вдаватись до неконструктивних способів компенсації болю і чим довше не надається психологічна допомога, тим більше погіршується стан.

Звернення до нейрофізіологічних чинників психічної травми дасть розуміння механізму формування травмівного процесу та важливих акцентів в реабілітації.

Загальновідомо, що під час надзвичайної події, яка виходить за межі повсякденного досвіду людини нервова система реагує збудженням на стрес, вивільняюючи гормони (норадреналін). При першій реакції найбільшого збудження зазнає амігдола. Амігдола відповідає за первинну оцінку потенційних загроз з оточуючого середовища, здійснює первинне регулювання емоцій та генерує поведінкові копінг-стратегії (бий, біжи, завмри) й має свою імпліцитну пам’ять. Реакції спричинені амігдалою є неусвідомленими. Якщо дії травмуючих факторів припиняються, збудження згасає завдяки дії зокрема кортизолу. При психічній травмі (ПТСР) активуючі психіку гормони продовжують продукуватися. І навіть після припинення дії травмуючих факторів будь-які стимули (сенсорні, поведінкові, когнітивні), нагадуючи про травму викликають зростання збудження й продукування гормонів та знову повертають людину у спогади про травмівну подію. В той час як активація мигдалевидного тіла зростає, префронтальна кора, яка відповідає за когнітивні функції і покликана раціонально оцінювати впливи оточуючого середовища втрачає свою активність.

За даними досліджень О. Романчука та В. Климчука при виникненні психічної травми (ПТСР) порушується функціонування гіпокампу, ділянки головного мозку, яка відповідає за автобіографічні спогади, тобто послідовні і зв’язні події інтегровані у цілісну історію життя. Таким чином, завдяки нейрогенезу, тобто формуванню нових нервових клітин та зв’язків між ними, кожна подія життя запам’ятовується та логічно ув’язується з попереднім досвідом [16]. Цей процес порушується у людини, яка переживає психічну травму, тобто опрацювання травматичної пам'яті стає заблокований.

До можливих причин блокування інтеграції нового досвіду в автобіографічну пам’ять О. Романчук, та В. Климчук відносять надзвичайно велику силу травматичної події, яка перевершує можливості опрацювання, емоційний біль та уникнення. Емоційний біль може перевищувати поріг толерантності і, таким чином, виникає дисоціація або ж використовуються механізми уникнення чи дисфункційні стратегії регулювання емоцій, що унеможливлюють опрацювання травми. Уникнення може підтримуватися переконаннями особи чи її соціальним середовищем [16].

Дослідники вважають, що інформація про травматичний досвід зберігається в імпліцитній та експліцитній пам’яті. До особливостей сенсорної або імпліцитної ( емоційно-зарядженої чи “гарячої”) пам’яті відносять такі: вона регулюється амігдалою, тобто є автоматичною і дає швидку реакцію на події без когнітивної обробки інформації; вона відповідає за збереження не інтегрованих фрагментів сенсорних відчуттів (звуки, запахи, образи, тілесні відчуття), емоційні, поведінкові спогади; нехронологічна, тобто немає відчуття часу у сенсорних спогадах (наче зараз); не інтегрована в автобіографічну пам’ять, тобто не пов’язана з іншими знаннями та життєвим досвідом; супроводжується емоціями (страх, провина) і когніціями, що були у травматичній події; ненаративна, тобто її не можна описати словами; згадується сама по собі, автоматично активується сенсорними, фізіологічними відчуттями, ситуаційними тригерами, які можуть бути дуже неспецифічні [16],[22],[57].

До особливостей експліцитної або автобіографічної пам’яті науковці відносять: регулювання переважно гіпокампом у співпраці із фронтальними частинами кори; вона керована, хронологічна, є контекстуальною, має часові співвідношення; пов'язана із дозріванням відповідних структур мозку та розвитком мовлення (формується з 2-х до 8 років); спогади контрольовані з відчуттям минулого і теперішнього (часового процесу); динамічна у продовж життя, інтегрує фрагменти сенсорної пам'яті, сплітає, архівує пам’ять повязуючи її з автобіографічним контекстом; наративна, пов’язана із зоною Брока, побудована, як бібліотека, тобто інформація згадується через асоціації [15],[22],[40].

Отже, за теорією подвійної репрезентації, психічна травма, і як наслідок ПТСР, зумовлюється двома типами пам’яті: імпліцитною або первинною та експліцитною або автобіографічною, тобто набутою в процесі засвоєння культурних норм, освіти та виховання. Таким чином, людина має два види спогадів, а саме сенсорні (запускаються сенсорними, моторними та фізіологічними стимулами) та вербальні спогати, які характеризують надане значення особистістю цій події. Внаслідок цих спогадів виникає первинний тип реакцій, як зумовлений певними травматичними подіями та вторинний, спричинений переосмисленням події та надання їй особистісного значення [17].

Зазвичай спогади із імпліцитної пам'яті, завдяки взаємодії фронтальних частин кори та гіпокампа, переходять в процесуалізовані спогади експліцитної пам'яті. Але, якщо мають місце надсильні психоемоційні напруження, як під час травматичної події, спостерігається нейроендокринне блокування емоцій природнього переходу й свідоме уникання спогадів. Цей процес спричиняє дисоціативні симптоми, такі як прогалини в пам'яті, рухові функції, сенсорні відчуття, емоційне оніміння та інші.

Разом з цим, сенсорні стимули, які нагадують стимули в травмуючій події можуть активовуватись у формі розладів пам’яті, пов’язаних з психічною травмою, а саме інтрузії, флешбеки, дисоціативні флешбеки, сновидіння з травматичними змістом, жахи, гра у дітей, що відображає травматичні спогади та структурні дисоціації особистості. Інтрузії ми розглядаємо, як спонтанні спогади, образи тривалістю від кількох секунд до кількох хвилин і усвідомлюються як “тут і тепер”. Флешбеки, як нав’язливі картинки характеризуютьсямінімальним зв’язком з “тут і тепер” та інтенсивними фізичними відчуттями, тривалістю до декількох хвилин. Дисоціативні флешбеки в науковій літературі описуютьсяповною відсутністю зв'язку з “тут і тепер” та надзвичайно сильними фізичними відчуттями, які тривають від кількох хвилин до декількох годин.

Різні дослідження говорять, що у від 10 до 20% постраждалих не здійснюється природня інтеграція травматичного досвіду і виникає ПТСР [40]. Це залежить від тих особливостей здоров’я та нервової системи, нейрофізіологічних процесів в мозку та особистого досвіду. В такому випадку необхідна психологічна реабілітація побудована на когнітивно-поведінковому, наративному та нейрофізіологічному підході, а саме EMDR.

Оскільки імпліцитна система мозку розвивається раніше і не є пластичною, тобто спогади, які в ній зберігаються не гнучкі, суб’єктивне почуття небезпеки, через пережите в дитинстві психологічне травмування може не усвідомлюватись і супроводжувати людину все життя. Досвід стосунків, довіри, безпеки і любові отриманий в ранньому дитинстві закарбований в імпліцитній пам’яті і не може описатись словами, але проявляється в нашій діяльності та патернах стосунків. В цьому може бути складність реабілітації після переживання психологічної травми, оскільки первинна травма не усвідомлюється, а наступна накладається на попередню [27].

На перший погляд, якщо причини психічної травми лежать глибоко в нейрофізіології, то здається, що психологічно складно полегшити стан переживання травми людиною. На думку Д. Аннібала цей шлях потрібно почати з саморефлексії, а саме зі створення історії-наративу. Автор зазначає, що у скроневих долях утворюються спогади, а префронтальна кора між цими спогадами встановлює причинно-наслідкові зв’язки. Цей процес виконує важливі функції в реабілітації постраждалого. По-перше, створюючи історію в процесі реабілітації людина оцінює подію з різних точок зору, бере до уваги більше деталей, критично оцінює попередні установки, надані значення події та правила життя. По-друге, дозволяє людині подивитись на свої думки про себе, світ, інших людей та когнітивні спотворення, які заважають в повсякденному житті та стосунках. По-третє, створення наративу (історії) стимулює роботу префронтальної кори і таким чином сприяє саморефлексії, саморегуляції та створенню гнучких і більш реалістичних історій про себе.

Тобто, звертаючись до експліцитної пам'яті та фронтальних частин кори та гіпокампа в процесі реабілітації та написання й переосмислення історії людина допомагає собі нейтралізувати завантажений емоційний мозок, таким чином змінюючи нейронні зв’язки в мозку та будуючи нові нейронні зв’язки. Дослідження Дж. Шварца з Каліфорнійського університету, який досліджував вплив методик, які ґрунтуються на техніках усвідомленності при терапії тривожних розладів й розладів, пов’язаних з психічною травмою свідчать про самоспрямованність нейропластичності під час переписування власної історії. Головна ідея науковця полягає в тому, що змінюючи те, як людина розмовляє з собою, що саме вона собі говорить та те, як вона розказує свою історію, можна змінити свій мозок. Цей метод управління своїм розумом, пам’яттю і мозком руйнує старі звички і шаблони та запускає утворення нових нейронних зв’язків. Чим деталізованіші нові історії, тим нові нейронні зв’язки будуть гнучкішими [11].

Таким чином, інформація про травматичну подію зберігається в імпліцитній системі пам’яті; може бути викликана за допомогою асоціативних стимулів, де завгодно та коли завгодно (флешбеки); не контролюється кортиком і не модифікується (тобто може зберігатися багато років, поки її не “викличуть” і не опрацюють); може постійно “плавати” в травматичній мережі. При відсутності кваліфікованої допомоги з часом у людини з’являються неконструктивні способи компенсації болю (алкоголізм, наркоманія, інші психічні розлади) і чим довше не надається психологічна допомога, тим більше погіршується стан. Важливо вчасно надати психологічну допомогу, починаючи з перших годин після травми і проведення реабілітації в наступному.

**1.4. Система психологічної реабілітації учасників бойових дій (світовий та український досвід)**

Всесвітня організація охорони здоров’я (ВООЗ) дає визначення реабілітації: «Реабілітація являє собою сукупність заходів, покликаних забезпечити особам з порушенням функцій в результаті хвороб, травм та уроджених дефектів пристосування до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть». Термін реабілітація походить від латинського слова habilis — «здатність», rehabilis — «відновлення здатності»[7].

Реабілітація - комплекс медичних, психологічних, педагогічних, професійних, юридичних заходів, спрямованих на відновлення чи компенсацію порушених або втрачених індивідом суспільних зв’язків і відносин внаслідок змін стану здоров’я, соціального статусу, втрати близьких людей, навичок навчальної діяльності, соціальної дезадаптації та ін., які супроводжуються стійкими розладами функцій організму (інвалідністю), захворюваннями, залежністю, втратою соціального статусу, роботи, житла, близьких людей і тяжкими переживаннями таких втрат, скоєнням злочинів тощо. Передбачає якнайшвидше і найбільш повне відновлення повноцінного функціонування різних категорій населення [12].

Реабілітації потребують численні категорії людей: військові, що отримали поранення і психічні травми у ході бойових дій; жертви насилля і торгівлі людьми; свідки тяжких злочинів; біженці; постраждалі внаслідок техногенних катастроф, пожеж, аварій, інші особи, які опинилися у соціально небезпечних і складних життєвих обставинах. Реабілітація - складний процес, в результаті якого у того, на кого він спрямовується, формується активне ставлення до порушення його здоров’я (статусу, прав, умов самореалізації тощо) і відновлюється позитивне сприйняття себе, життя, сім’ї і суспільства.

Психологічна  реабілітація - це система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особистості, створення сприятливих умов для розвитку й утвердження особистості. Орієнтована на відновлення психічних станів, які були порушені внаслідок травмуючої дії різних факторів. Сфера впливу психолога обмежена впливом на внутрішній простір життя окремої людини. При цьому центром цього внутрішнього простору є самосвідомість. Основним засобом - активізація власної активності клієнта. Психолог допомагає людині усвідомити соціальні цінності і таким чином подолати властиве йому почуття меншовартості, реалізувати «індивідуально особистісний план життя» [11].

Поняття «реабілітація» досліджувалось у таких напрямках, як реабілітація в особистісному контексті (Т. Титаренко), рольова (П. Горностай), психологічна (Є. Холостова), середовищна (Т. Мосійчук) та інші.

Актуальне завдання психічної реабілітації - розробка ефективних методів відновлення особистісних установок, спрямованих на подолання наслідків кризових і екстремальних ситуацій.

На наш погляд, в реабілітації учасників бойових дій важливо брати до уваги досвід в організації реабілітації фахівців з США, НАТО, Ізраїлю. Аналізуючи досвід Збройних сил Ізраїлю та їх “Систему психологічного захисту військовослужбовців Ізраїлю” вражає ґрунтовність, глибина та фундаментальність ізраїльського підходу. Вона складається з: діагностики, “профілізації” та профорієнтації; системи психологічної підтримки; контролю психологічного стану воїна; спеціалізованих центрів психічного здоров’я, реабілітації та роботи з демобілізованими; психологічної підтримки цивільного населення в кризових ситуаціях.

Звертаючись до досвіду Збройних сил США, було з’ясовано, що їх система ґрунтується на “ контролі бойового стресу”. Ця система включає: формування психофізіологічної стресостійкості до дезадаптивних явищ бойового стресу; моніторинг та надання першої психологічної допомоги при перших проявах бойового стресу; надання квалафікованої психологічної допомоги в перші 24-72 години при виражених дезадаптивних ознаках бойового стресу в бойовій зоні без госпіталізації; медична допомога при перших ознаках психічних захворювань поза межами бойової зони [32].

Концепція психологічної підтримки військовослужбовців (“медики на передовій”) впроваджена у систему Збройних сил Франції. Процес реабілітації стресових та травмівних явищ побудований за двома векторами. Психологічна підтримка здійснюється фахівцями в груповій роботі в першому векторі і здійснюється переважно військовими психологами. Другий вектор реабілітації здійснюється лікарями, психіатрами, клінічними психологами, меддперсоналом медичної служби Збройних сил Франції та спрямований на конкретну людину.

На наш погляд, в кожній розглянутій системі реабілітації є те, що надзвичайно важливе для збереження здоров’я та профілактики стресових та травмівних явищ у військовослужбовців. Будуючи українську систему реабілітації на державному рівні, на наш погляд, слід зважити на ізраїльський досвід запровадження діагностики, “профілізації” та реабілітації демобілізованих, взяти до уваги американське формування резильєнсу та негайність надання психологічної допомоги, перейняти групову роботу та підтримку у французькій системі [29].

В українських реаліях сьогодення процес реабілітації починається з оцінки та лікування хвороби, травми або патологічного стану. Окрім цього повинна відбуватися оцінка будь-якого дефіциту, що залишається після лікування та його впливу на соціальні, психічні та професійні навики людини. Лікування стану в гострому періоді орієнтовано на травму або захворювання, що може призвести до інвалідності. Реабілітація же, навпаки, орієнтується на ті навики, які є збереженими, і на ті, які можуть бути сформовані на основі резервних можливостей людини. Отже реабілітація містить в собі визначення та корекцію факторів, які пов’язані як з особистістю, так і з оточенням людини, і які заважають повноцінній участі людини в житті суспільства.

Виділяють 4 фази реабілітаційного процесу у кризових станах:

1. Гостра фазаз акцентом на заходах першої психологічної допомоги, кризової інтервенції та дебрифінгу. Завдання фази - це візуальна психодіагностика, психологічна та психотерапевтична бесіди з метою послаблення реакцій на стадії шоку, адреналіну та стресу, або для мотивації реабілітанта до активного пошуку можливих рішень.
2. Фаза підготовки до реабілітації та пошуку форм реабілітації (інтерв’ю, планування реабілітаційних заходів, прийняття рішення щодо психотерапевтичних заходів). Завдання фази - це діагностика, з умовою допомоги у плануванні подальших реабілітаційних заходів, а також прийняття рішення про необхідність підтримуючих психотерапевтичних заходів.
3. Фаза власне реабілітації.Завдання фази - це полегшення процесів осмислення, прийняття травмуючої ситуації у власний життєвий досвід та психічна підтримка за допомогою консультування та терапії.
4. Фаза соціальної та професійної інтеграції.Завдання - це допомогти людині знайти сенс життя та своє місце в житті [7].

Реабілітація припускає використання єдиних методичних і організаційних підходів до рішення таких питань, як установлення ступеня порушень психічних функцій і станів, визначення працездатності і реабілітаційного потенціалу й прогнозу, розробка плану відновлюваних заходів і т.д.

План реабілітаційних заходів розробляють, виходячи з наступних принципів:

1. реабілітаційні заходи повинні починатися як можна раніше;
2. вони повинні здійснюватися безупинно і послідовно;
3. їхнє здійснення повинно бути комплексним за участю медичних робітників, психологів, педагогів, юристів і ін.;
4. при упорядкуванні плану необхідно враховувати індивідуальні особливості особистості що реабілітується і перебігу в неї патологічного процесу, у тому числі її психосоціальних, біологічних особливостей і зв'язків із трудовим колективом, віку, освітнього рівня, фаху, сімейно-побутової обстановки.
5. принцип партнерства – реабілітувати або ресоціалізувати людину без її активної участі неможливо. Необхідно створити атмосферу довіри та співпраці, систему відносин “психолог – реабілітант”[9].

Етапи визначення реабілітаційної програми:

1. Проведення реабілітаційно-експертної діагностики. Обстеження хворого чи інваліда та встановлення його реабілітаційного діагнозу на основі якого будується наступна реабілітаційна програма;
2. Визначення реабілітаційного прогнозу.
3. Визначення заходів, технічних засобів реабілітації та послуг, які допоможуть пацієнту відновити порушені або компенсувати втрачені здатності [15].

Вік має велике значення при плануванні реабілітаційного процесу. Увесь контингент можна за віком розділити на 4 групи: дитячий, підлітковий, молодий і середній вік, передпенсійний і пенсійний.

При підготовці плану реабілітації враховується також статева приналежність. Слід пам'ятати, що жінки в порівнянні з чоловіками більш глибоко переживають стан своєї особистісної дестабілізації, у першу чергу в сімейних умовах. Тому тут на перший план виступає психологічна адаптація. У зв'язку з фізіологічними особливостями жіночого організму до вибору професії або роботи, доступній жінці, нерідко матері, потрібно особливо уважне ставлення. Для створення нормальної обстановки на роботі й у сім'ї найчастіше потрібна допомога громадськості і родичів.

В ряду цих заходів знаходиться і психологічна реабілітація, завдання і зміст якої пов'язані з:

а) психодіагностикою психічних станів після виходу з екстремальних умов;

б) відновленням нормального психічного стану;

в) відновленням психологічної працездатності;

г) поверненням до нормального виконання постійних службових обов'язків і життя в звичайних умовах;

д) відновленням і підвищенням морально-психологічного стану;

е) формуванням готовності до вирішення нових професійних завдань [16].

Основними видами психологічних дій, виконуваних для їх рішення, виступають: морально-психологічні, релаксаційні, психодіагностичні, забезпечувальні, психотерапевтичні, підтримуючі, корекційні, відновлювальні, навчальні, мобілізуючі, включаючі в діяльність, соціально-психологічні, робота з сім'ями. Особливий напрямок роботи - психологічна реабілітація поранених осіб.

Психологічна реабілітація становить сутність постекстремальної психологічної роботи. Вона виступає як один з найбільш пріоритетних видів реабілітації, що знайшло відображення в документах Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [16].

Як правило кризові стани, викликані екстремальними ситуаціями переростають в екзистенційну травму, причиною якої є переживання ситуації смертельної загрози життю людини. Екзистенціальна травма, супроводжується страхом смерті і ставить людину перед вибором: замкнутися в собі або проявити душевну стійкість, стати сильніше.

Екстремальну ситуацію передбачити неможливо. Вчасне надання першої психологічної допомоги та проведення кризової інтервенції в екстремальних ситуаціях є запорукою успішної реабілітації особистості у майбутньому. І тому для реабілітанта важливо усвідомити, що його емоції, думки й поведінка в травмуючій ситуації – це природні реакції у ненормальних обставинах. В цьому важливу роль грає дебрифінг, який варто провести з потерпілими протягом 48-72 годин. Він спрямований на осмислення та прийняття події у власний досвід та є профілактикою ПТСР.

Власне реабілітаційний процес розпочинається з діагностичного етапу, спрямованого на виявлення психологічних особливостей реабілітанта, визначення його травми, потреб, ресурсів. На основі діагностики визначається реабілітаційний потенціал, будується реабілітаційний прогноз та здійснюється постановка реабілітаційного діагнозу.

Важливим етапом є складання індивідуальної програми реабілітації особистості, яка повинна враховувати здобутки діагностичного етапу та орієнтуватись на позитивний реабілітаційний прогноз.

Левін П. у своїй праці «Зцілення від травми» пропонує 8 етапів психологічної реабілітації, метою якої він бачить інтеграцію травмуючого переживання у власний життєвий досвід, який особистість зможе використовувати як ресурс життєстійкості у майбутньому [19]. Дані етапи були розширені нами ефективними психотерапевтичними прийомами і методами.

Перший етап Левін П. назвав «повернення відчуття безпеки» і він полягає у відновленні меж власного простору, які є зруйнованими екстремальною ситуацією. Автор пропонує вправи, які допомагають відчути межі, в яких відчувається безпека – це межі нашого тіла. Постукування по шкірі, контрастний душ ми пропонуємо доповнити відвідуванням бані, сауни, самомасажем, вправою «Метелик». Довела свою ефективність на даному етапі і «Техніка емоційної свободи», яка задіює масаж біологічно активних точок на тілі. Реабілітаційна ефективність полягає у відчутті абсолютної безпеки та захищеності особистого простору від агресивного зовнішнього світу.

На другому етапі («заземлення») автор зазначає, що травмуюча подія «вибиває землю з-під ніг», у людини складається враження, що все довкола руйнується і вона не здатна контролювати події. П. Левін рекомендує «заземлитись», тобто встати голими ногами на землю і відчути, що стоїте дуже надійно. На нашу думку в цьому допомагає техніка «Дерево», яке своїм корінням міцно тримається за землю. Ефективність даного етапу полягає у закріпленні відчуття, що все стабільно і людина контролює те, що відбувається у її житті.

«Визначення джерел підживлення і латання «дірок» - це наступний етап, що актуалізує ресурси особистості. Автор пропонує згадати, що допомагало долати труднощі в минулому, які заняття заспокоювали, поряд з якими людьми почувалися у безпеці. Основні ресурси людини за М. Лаадом – віра в Бога, в себе, в ідею; емоції і позитивні і негативні (дати вихід); спілкування і соціальні зв’язки; уява, хобі, творчість; розсудливість, аналіз подій, планування майбутнього; фізична активність і фізичне розслаблення [40]. Як правило реабілітант користується обмеженим набором ресурсів, що не дає йому самостійно справитись з травмуючою ситуацією. Одне з завдань реабілітації – розширити діапазон активних ресурсів людини. Однією з ефективних технік на цьому етапі є «Спокійне місце».

Левін П. рекомендує також скласти список речей або людей, які навпаки ретравматизують, забирають енергію у реабілітанта і обмежити себе максимально від нових психологічних травм.

Четвертий етап має назву «Пошук блоків і відслідковування ефекту травми». На цьому етапі психолог має навчити реабілітанта слідкувати за відчуттями в тілі, з метою зрозуміти як саме травмуючі переживання проектуються на фізичні відчуття. У цьому допомагають ряд запитань до клієнта за методом психокаталізу А.Єрмошина [38]. У якому місці ця емоція проявляється фізично? Що це за відчуття? Де вони локалізовані? На що вони схожі за розміром, консистенцією, вагою, матеріалом?

«Активне спостереження за відчуттями» - це п’ятий етап роботи з травмуючим переживанням. Левін П. Зазначає, що як тільки реабілітант зможе відслідковувати фізичні прояви своїх переживань, травмуючий ефект буде знижуватись, оскільки з’явиться відчуття контролю над ситуацією і власним станом. Автор пропонує подальшу роботу з фізичними відчуттями, яка полягає у спостереженні і письмовій фіксації тілесних відчуттів, коли згадується травмуючі події. Наш досвід показує хорошу ефективність також поєднання аутогенних тренувань по Г. Шульцу.

Наступний етап («контакт з переживанням») полягає в тому, що реабілітант має повернутись у травмуючу подію, опрацювати її, прийняти у свій досвід і відпустити. П.Левін рекомендує сісти зручно, закрити очі, повернутись у момент переживання, згадати свої відчуття, зосередитись на них і намагатись їх утримувати до тих пір, поки вони будуть видозмінюватись або буде знижуватись їх інтенсивність. Також можна використати IMDR і інші техніки десенсибілізації переживань.

Передостанній етап має назву «Повернення до нормального життя». П. Левін зазначає, що коли людина знаходиться у полоні травми, вона не помічає оточуючий світ і не отримує задоволення від життя. Автор рекомендує звернути увагу на те, що відбувається у світі. На цьому етапі у реабілітанта прокидається цікавість, яка допомагає позбавитись від наслідків травми. Екотерапія, арт-терапія, терапія метафорою будуть сприяти у знаходженні нових смислів у житті та побудови життєвої перспективи.

На восьмому етапі «Закріплення результатів і рух далі» автор пропонує у формі афірмації древню молитву північноамериканських індійців: «Я вдячний за допомогу, яка – я знаю – вже по дорозі до мене». Віра у зцілення є важливим ресурсом психологічної реабілітації, а також вдячність за важкий досвід, який робить людину сильнішою.

Основне завдання психологічної реабілітації особистості у кризових життєвих обставинах – цеприйняття травмуючої події у власний досвід, побудова життєвої перспективи, залучення людини до рішення повсякденних викликів життя та активної життєвої позиції. Сучасними напрямками психологічної реабілітації кризових станів викликаних екстремальними ситуаціями є своєчасне надання першої психологічної допомоги, кризової інтервенції та дебрифінгу, а також тілесноорієнтована, когнітивно-поведінкова психотерапія, логотерапія, екотерапія, аутогенне тренування, ДПДГ, техніка емоційної свободи, психокаталіз та розвиток ресурсів особистості за М. Лаадом. Позиція реабілітанта повинна еволюціонувати від установки «скажи, що мені робити» (в екстремальній ситуації або зразу після неї) і «допоможи мені» (осмислюючи наслідки екстремальної ситуації) до «я впораюсь, будь поруч зі мною». Найвища мета психологічної реабілітації – навчити людину самореабілітації, коли вона в будь-якій життєвій ситуації зможе допомогти і собі і іншим.

**Висновки до першого розділу**

Отже, аналізуючи теоретичні підходи до вивчення психологічних особливостей стресових та травматичних станів в учасників бойових дій в процесі реабілітації слід особливо підкреслити, що стрес та травма - це захиста реакція організму людини в надзвичайних обставинах, раптових та пов’язаних з загрозою життю і здоров’ю людини або свідком яких вона стала. Реакції людини в стресі та травмі можна описати як фізіологічні, емоційні, поведінкові та когнітивні.

Розмежовування стресу та травми від переживання стресових та травматичних подій за такими критеріями:

- стрес та травма - це реакція безпосередньо пов’язана з подією;

- стрес - за часом триває декількох днів або тижнів;

- травма - впливає на все подальше життя та повертає людину постійно в минуле.

- у переживанні стресу та травми важливе надане значення події, яка відбулась з людиною або свідком якої вона стала.

Інформація про травматичну подію зберігається в імпліцитній системі пам’яті; може бути викликана за допомогою асоціативних стимулів, де завгодно та коли завгодно (флешбеки); не контролюється кортиком і не модифікується (тобто може зберігатися багато років, поки її не “викличуть” і не опрацюють); може постійно “плавати” в травматичній мережі. При відсутності кваліфікованої допомоги з часом у людини з’являються неконструктивні способи компенсації болю (алкоголізм, наркоманія, інші психічні розлади) і чим довше не надається психологічна допомога, тим більше погіршується стан. Важливо вчасно надати психологічну допомогу, починаючи з перших годин після травми і проведення реабілітації в наступному.

В українських реаліях сьогодення процес реабілітації починається з оцінки та лікування хвороби, травми або патологічного стану. Окрім цього повинна відбуватися оцінка будь-якого дефіциту, що залишається після лікування та його впливу на соціальні, психічні та професійні навики людини. Лікування стану в гострому періоді орієнтовано на травму або захворювання, що може призвести до інвалідності. Реабілітація же, навпаки, орієнтується на ті навики, які є збереженими, і на ті, які можуть бути сформовані на основі резервних можливостей людини. Отже реабілітація містить в собі визначення та корекцію факторів, які пов’язані як з особистістю, так і з оточенням людини, і які заважають повноцінній участі людини в житті суспільства.

Власне реабілітаційний процес розпочинається з діагностичного етапу, спрямованого на виявлення психологічних особливостей реабілітанта, визначення його травми, потреб, ресурсів. На основі діагностики визначається реабілітаційний потенціал, будується реабілітаційний прогноз, здійснюється постановка реабілітаційного діагнозу, розробляється програма реабілітації та здійснюється реабілітаційний процес.

**РОЗДІЛ 2.**

**ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕЖИВАННЯ СТРЕСУ ТА ТРАВМИ УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ**

**2.1. Методи та методики дослідження переживання стресу та травми**

Базою нашого дослідження було обрано Чернігівський обласний центр реабілітації учасників бойових дій, створений в 2017 році. Цей центр спеціалізується на наданні комплексної (психологічної, фізіотерапевтичної та соціальної) реабілітації учасникам бойових дій, їх сім’ям та сім’ям загиблих.

У дослідженні брав участь 91 учасник бойових дій, віком від 20 до 62 років.

Дослідження проходило в три етапи:

1. Емпіричний
2. Реабілітаційний
3. Підсумковий.

На підготовчій частині емпіричного етапу був здійснений підбір діагностичного інструментарію для вивчення особливостей переживання стресу та травмівних подій учасниками бойових дій. Зважаючи на теоретичний аналіз досліджуваної проблеми до переліку методик нами було віднесено:

- опитувальник симптомів було розроблено у google формі за МКХ-10 та DSM-IV,

- шкала депресії А. Бека,

- шкала тривоги А. Бека,

- Шкала оцінки впливу травматичної події IES-R.

Результати емпіричного дослідження нами були занесені в google форму, оскільки під час проведення дослідження ми переживали і карантин і повномаштабну війну. Також учасникам бойових дій ми пропонували заповнити саме google форму. Це було зручно, комфортно, конфіденційно та економило час психолога та клієнта.

На другому етапі було здійснено власне реабілітаційний вплив, якому буде присвячено третій розділ нашого дослідження.

На третьому підсумковому етапі було здійснено аналіз та систематизація, узагальнення та інтерпретація отриманих результатів дослідження за допомогою SPSS Statistics 17.

У зв’язку з карантинними заходами у 2021році та повномаштабною війною в 2022 році та труднощами з цими подіями пов’язаними було прийнято рішення певну кількість матеріалу по емпіричному дослідженню провести на основі опитувальника симптомів у google формі та біосоціальних даних. Опитувальник симптомів було розроблено у google формі на основі Міжнародної коасифікації хвороб (МКХ-10) та DSM-IV. До переліку питань нами було додано питання, які стосувались біосоціальних особливостей реабілітантів:

- Стать, вік, освіта, сфера зайнятості,

- В якого типу населеному пункті ви проживаєте,

- В які роки Ви перебували в зоні бойових дій,

- Тривалість перебування в зоні бойових дій,

- Які травми Ви зазнали під час перебування в зоні бойових дій,

- Сімейний статус, склад сім’ї,

- Чи звертались до реабілітаційних закладів раніше,

- Яка організація вас направила на реабілітацію.

Основні питання склали самоспостереження симптомів та симптоми, які заважають людини нормально функціонувати в мирному повсякденному житті. До цих питань ми віднесли п’ять, які є пов’язаних з самопочуттям ветерана. Дані критерії представлені в Додатку А.

Рекомендованою до використання з учасниками бойових дій в нормативних документах щодо реабілітації є шкала депресії А. Бека. Цей опитувальник містить 21 категорію симптомів та скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, які співвідносяться з певними симптомами депресивного розладу. Опитувальник має заповнювати реабілітант самостійно, акцентуючи увагу на самопочутті протягом останніх двох тижнів, включаючи сьогоднішній день. Опитувальник дає інформацію по трьох основних якісних характеристиках симптомів депресії: соматичні прояви, депресивні та когнітивно-афективні.

Також до психологічного інструментарію нашого дослідження було віднесено і, рекомендований до використання з учасниками бойових дій в нормативних документах щодо реабілітації, опитувальник депресивності А.Бека, розроблений автором на основі клінічних спостережень. Опитувальник депресивності А.Бека включає в себе 21 вид значущих симптомів депресії, які зустрічаються у скаргах пацієнтів. Кожна категорія питань містить 4-5 варіантів відповідей, які співвідносяться специфічним проявам депресії. Дані відповіді ранжовані у відповідності збільшення значущості симптому та тяжкості прояву депресії. Відповідно до ступеня вираженості симптомів, присвоюється числове значення, що й визначає шкали опитувальника та кількісну характеристику депресивного стану клієнта за такими шкалами: відсутність депресивних симптомів, легка депресія (субдепресія), помірна депресія, виражена депресія (середньої тяжкості), тяжка депресія.

До використання з учасниками бойових дій в нормативних документах щодо реабілітації рекомендованою є також шкала тривоги А.Бека, яка призначена для визначення та оцінки ступеню її вираженості. Опитувальник складається з 21 питання. Кожен пункт проявляє типові тілесні або психічні симптоми тривоги. Клієнту пропонується відзначити, наскільки турбує кожен симптом протягом останнього тижня. Опитувальник дає інформацію по таких шкалах: відсутність симптомів тривоги, нормальна тривога, тривожні симптоми помірного ступеню, тривожні симптоми вираженого ступеню, тривожні симптоми важкого ступеню.

Шкала оцінки впливу травматичної події IES-R є також рекомендованим до використання в нормативних документах в реабілітаційному процесі. Ця методика спрямована на визначення симптомів постравматичного стресового розладу і оцінки ступеню їх вияву. Клієнту пропонується наступна інструкція: “Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за останній тиждень”. Дана методика має декілька шкал, які характеризують стан людини, яка пережила травмуючі події. Це шкали “вторгнення”, “уникання”, “збудливість”, а також наявність та міру прояву симптомів ПТСР “відсутні симптоми”, “симптоми легкого ступеню вияву”, “симптоми виражені помірно”, “симптоми виражені сильно”.

Дані методики рекомендовані нормативними документами до використання в реабілітаційному процесі та є інформативними, щодо визначення особливостей переживання стресових та травмуючих ситуацій.

**2.2. Результати дослідження переживання стресу та травмівних подій учасниками бойових дій**

В ході аналізу отриманих результатів ми виявили особливості переживання стресу та травмівних подій учасниками бойовий досвід. Слід зазначити, що в Чернігівський центр комплексної реабілітації звертаються за допомогою переважно чоловіки (95,6%) з досвідом участі у бойових діях, що зазначено в діаграмі на рисунку 2.1. Це відображається у нашій вибірці. Тільки 4,4% жінок звертались за допомогою до центру реабілітації.

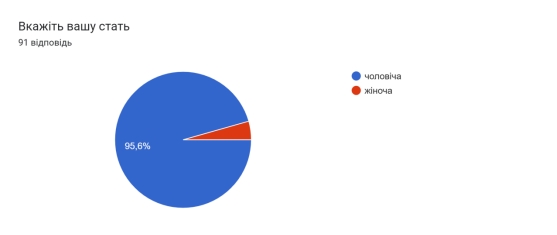


Рис. 2.1. Статеві особливості вибірки дослідження, %

Наша вибірка складається з учасників бойових дій віком від 20 до 61 року. Найбільша кількість респондентів середнього віку, які були мобілізовані та добровольці.

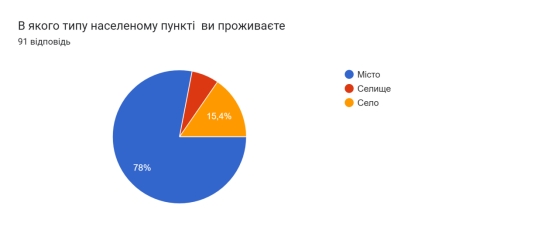
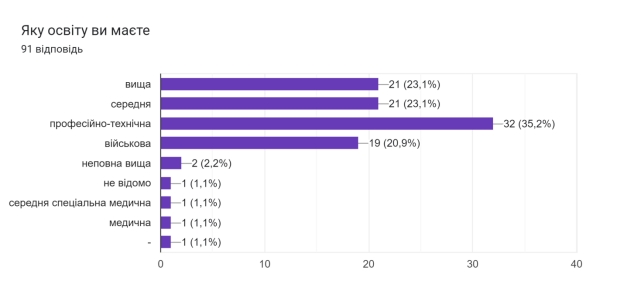


Рис. 2.2. Тип населеного пункту, в яких проживають реабілітанти, %

Можемо спостерігати на рисунку 2.2., що 78% реабілітантів мають постійне місце проживання в місті Чернігів або районних центрах Чернігівської області. Це звичайно зрозуміло, оскільки реабілітаційний центр знаходиться в місті Чернігів. Спілкуючись з ветеранами з віддалених сіл Чернігівськкої області, ми знаємо, що потреба у реабілітації надзвичайно актуальна не тільки в Чернігові, але відсутність в центрі реабілітації умов для проживання на час реабілітації знижує можливості надання послуг для ширшого кола потребуючих. Переважно з довколишніх сіл 15,4% реабілітантів та з селищ міського типу 6,6%. На наш погляд, важливо створити умови рівного доступу до можливості пройти комплексну реабілітацію усім учасникам бойових дій, незалежно від їх місця постійного проживання.

 Рис. 2.3. Рівень освіти реабілітантів, %

На рисунку 2.3 можна побачити, що найбільше, а саме понад третину учасників бойових дій, які звернулись за допомогою в реабілітаційний центр мають професійно-технічну освіту (35,2%), 23,1% осіб мають вищу освіту та 23,1% мають середню освіту. Професійні військові з військової освітою, тобто офіцери - це 20,9% реабілітантів. На нашу думку, слід зважати на той факт, що переважна більшість учасників бойових дій була мобілізована в період з 2014 по 2016 роки, поки формувалась контрактна армія, з числа переважно великих робітничих підприємств та військовослужбовців запасу. Ці дані, які свідчать, що немає великого розриву між кількістю реабілітантів з певним рівнем освідченості, на наш погляд дають надію сподіватись на зміни у ставленні до психологічної допомоги, як важливої і потрібної.

Сфера зайнятості реабілітантів на рисунку 2.4. свідчить, що найбільше (40,7%) осіб є пенсіонерами. Тобто, переважно це учасники бойових дій, які є військовослужбовцями та завершили службу у Збройних силах України або отримали поранення чи травми (в тому числі психічні) внаслідок бойових дій і потрапили на реабілітацію в центр за направленням від лікарської комісії. Чверть учасників бойових дій (25,3%) працюють за наймом. По 9,9% реабілітантів є військовослужбовцями та студентами.



Рис. 2.4. Сфера зайнятості реабілітантів, %

Менший відсоток займаються підприємницькою діяльністю та на державній службі. На наш погляд, слід звернути особливу увагу на значний відсоток пенсіонерів. Ці учасники бойових дій справляють враження дещо розгублених. Тому в реабілітації ветеранів-пенсіонерів слід додати компонент відновлення внутрішніх ресурсів та соціальної реалізації.

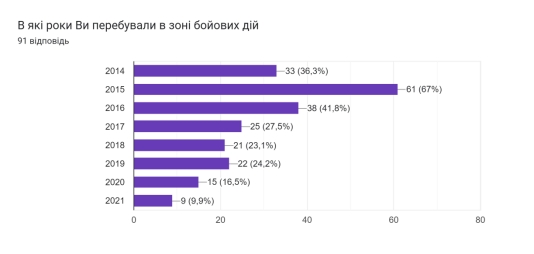


Рис. 2.5. Період участі в бойових діях, %

Важливою інформацією для розуміння травми є період участі у бойових діях ветерана, що можна побачити на графіку 2.5. Переважна більшість реабілітантів, а саме 67%, які звертались по допомогу перебували в зоні бойових дій в 2015 році, тобто в найгарячішу фазу війни. Дещо менше в 2014 році - це 36, 3% та у 2016 році - це 41,8%. Тобто це роки мобілізації, коли наші воїни не були підготовлені, не розуміли, що таке війна, як надавати першу медичну, психологічну допомогу, втрачали побратимів. Ефект раптовості, непідготовленості до військових дій для цих реабілітантів спрацював на повну міць. А ми знаємо, що це є важливим чинником травматизації.

Крім гарячої фази війни 2014-2016 років та раптовості також слід зважати і на тривалість перебування в зоні бойових дій, яку ми можемо спостерігати на рисунку 2.6. Понад половина реабілітантів (57,1%) перебували в зоні бойових дій більше року, оскільки мобілізація відбувалась строком на 1 рік за законом України. Півтора і більше року перебували 8,8% учасників бойових дій. 4 роки і більше служать або служили 12,1% - переважно це молода генерація військовослужбовців Збройних сил України та професійних військових в запасі. Аналізуючи ці дані, ми переконались, що найбільше потребують психологічної реабілітації і звертаються за допомогою саме мобілізовані в минулому учасники бойових дій, для яких фактор раптовості зіграв негативну роль.

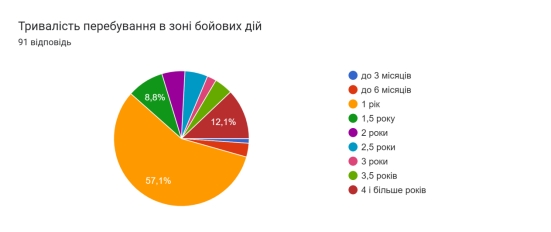


Рис. 2.6. Тривалість перебування в зоні бойових дій, %.

Види травм безперечно впливають на процес та особливості реабілітації. Рисунок 2.7. красномовно свідчить про види травм реабілітантів. Найбільша кількість учасників бойових дій перебувала під обстрілами - це 85,7%. Інвалідність внаслідок військових дій отримали 42,9% осіб. Травми голови та контузії мають 37,4 % і на це потрібно зважати в реабілітації, оскільки не всі підходи можна використовувати без показань лікаря. Поранення мали 14,3% реабілітантів. Вид травм, яких зазнав реабілітант має знати фахівець та враховувати це в роботі.



Рис. 2.7. Види травм в зоні бойових дій, які зазнав учасник бойових дій, %.

Неможливо переоцінити соціальну підтримку учасників бойових дій, а особливо сім’ї. Тому сімейний статус був включений в опитувалтник, як важливий зовнішній ресурс особистості реабілітанта. З рисунку 2.8 видно, що 58,2% є одруженими, що втілює надію на хороші стосунки або звернення за потребою у складні періоди до сімейних психологів. 20,9% учасників бойових дій є розлученими, що ускладнює процес реабілітації, оскільки немає важливої підтримки прагнення до змін.15,4% не одружені, що також ускладнює процес реабілітації та може свідчити про некомунікативність й порушення процесу адаптації до мирного життя.

Склад сім’ї є важливим чинником мотивації до змін та налагодження стосунків в родині. 60,4% реабілітантів мають дружину (або чоловіка). 73,7% осіб мають дітей різного віку, що може бути важливим мотиватором до змін. 22% проживають з батьками. Дані особливості соціального фактору життя реабілітанта можуть вплинути на ефективність реабілітації.

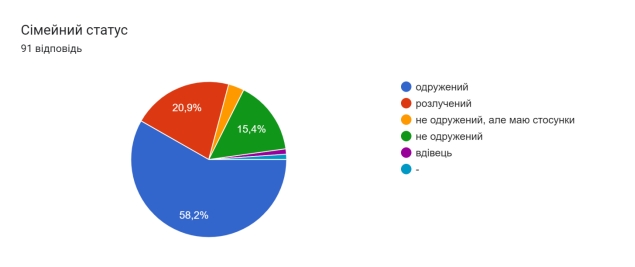


Рис. 2.8. Сімейний статус учасників бойових дій, %

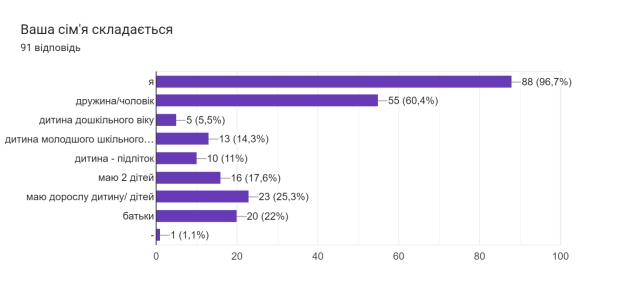


Рис. 2.9. Склад сім’ї учасників бойових дій, %.

Наявність досвіду звертання до реабілітаційних закладів та його успішність є важливим чинником успішності реабілітації. Рисунок 2.10 показує, що 56% учасників бойових дій звертались за професійною допомогою раніше, а 44% звернулись вперше. Цей досвід може як сприяти, так і бути упередженим у ставленні до реабілітації.



Рис. 2.10. Наявність досвіду звертання до реабілітаційних закладів, %.

Організація, яка направила на реабілітацію учасника бойових дій свідчить про добровільність та, можливо, мотивацію до участі в реабілітаційному процесі. У 57,1% випадків нами спостерігається, за результатами представленими в рисунку 2.11, самозвернення, тобто відчуваючи певні труднощі в самопочутті, емоційному стані та комунікації людина проявила ініціативу щодо покращення якості свого життя. 41,8% реабілітантів направила лікарська комісія - це ті учасники бойових дій, які звернулись за підтвердженням інвалідності. Ця категорія можливо матиме проблеми з мотивацією і тому важливо приділити особливу увагу на перших зустрічах мотиваційному інтерв’ю.

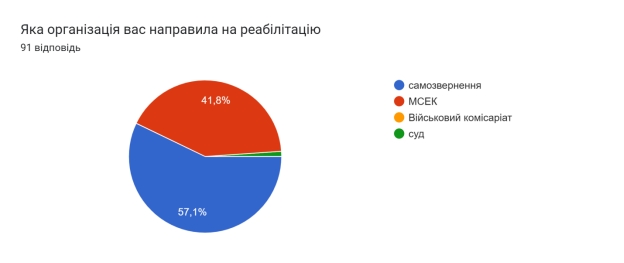
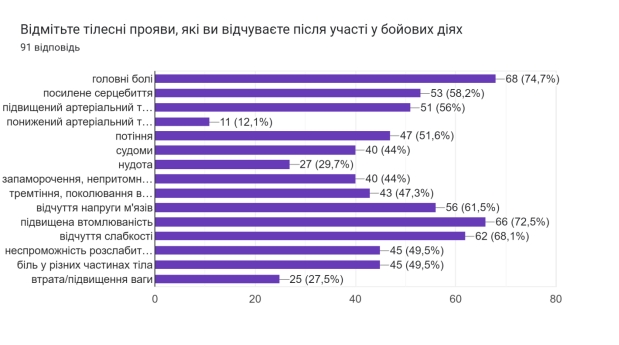


Рис. 2.11. Вид організації, яка направила на реабілітацію учасника бойових дій, %

Подальше дослідження спрямоване на виявлення симптомів стресових та травматичних переживань. Наявність великої кількості тілесних, поведінкових, емоційних та когнітивних проявів свідчить про незавершений процес інтеграції цих, інколи надзвичайно травматичних, подій в особистий досвід людини. Ці прояви супроводжують людину протягом останніх років і характеризують якість життя та стосунків з найближчим оточенням, якість виконання професійних, сімейних та інших функцій. Психолог не має професійного права ставить діагнозів. Але, якщо виявлено велику кількість тілесних, поведінкових, емоційних та когнітивних проявів, варто стабілізувати реабілітанта, проінформувати про його стан, причини та шляхи допомоги, які існують і перенаправити до медичного закладу.

 Рис. 2.12. Тілесні симптоми учасників бойових дій, %

Прояви тілесних симптомів, які відзначають учасники бойових дій після участі у військових діях є свідченням соматизації переживання стресу і травми. Найбільш часто зустрічаються такі симптоми (див. Рис. 2.12): головні болі (74,7%), підвищена втомлюваність (72,5%), відчуття слабкості (68,1%), відчуття напруги м’язів (61,5%), посилене серцебиття (58,2%), підвищений артеріальний тиск (56%), неспроможність розслабитись (49,5%), біль у різних частинах тіла (49,5%), потіння (51,6%), тремтіння поколювання у м’язах (47,3%). Таким чином, можна говорити про соматизацію симптомів через те, що вчасно не була надана психологічна реабілітації учасникам бойових дій. Науковці відзначають, що в середньому соматизація починається через 2 роки після отримання психологічної травми. Можна зробити висновок, що психологічна реабілітація повинна початись безпосередньо одразу після переживання травмуючих подій. Спочатку як перша психологічна допомога, потім в рамках кризового консультування і зрештою, якщо є така необхідність й за запитом людини, в перші півроку-рік. Вчасне отримання військовослужбовцем допомоги є запорукою збереження психічного здоров’я.

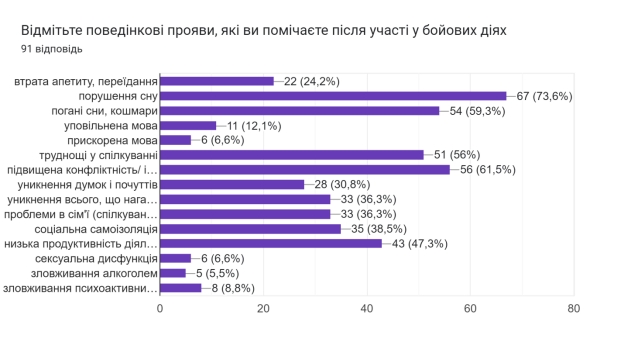


Рис. 2.13. Поведінкові симптоми учасників бойових дій, %

Прояви поведінкових симптомів є дуже важливим сигналом про глибину переживання стресової або травмівної ситуації та його вплив на якість життя і функціонування у суспільстві, а також на наслідки тих правил життя, які були сформовані у процесі переживання не тільки актуальної травми, а й травм дитинства, життєвого досвіду. Нами виявлено такі поведінкові симптоми (представлені на рисунку 2.13): порушення сну (73,6%), підвищена конфліктність (61,5%), погані сни, кошмари (59,3%), труднощі у спілкуванні (56%), низька продуктивність діяльності (47,3%), соціальна самоізоляція (38,5%), проблеми в сім’ї (спілкування в родині) (36,3%), уникнення всього, що нагадує про травму (36,3%), уникнення думок, почуттів (30,8%), втрата апетиту або переїдання (24,2%). У найбільш складних випадках звертались за допомогою ветерани з алкогольною та наркотичною залежністю, відповідно у 5,5% та 8,8% реабілітантів. Дані учасники бойових дій були перенаправлені до медичних закладів, оскільки в таких ситуаціях важливо провести медикаментозну детоксикацію організму людини в першу чергу. Поведінкові симптоми свідчать про серйозність психоемоційного стану особистості та необхідність також мотиваційного інтерв’ю щодо змін в житті та опрацюванні психотравмуючого досвіду реабілітанта.

Емоційні симптоми це одна первинних реакцій людини на психотравмуючі обставини, яка запускає подальші зміни в особистості учасників бойових дій. Оскільки в травмуючій реакції спочатку оцінює загрозу лімбічна система, а саме амігдола, завдяки якій і запускається механізм виживання. Учасники бойових дій зазначили такі прояви емоційних симптомів на час проведення опитування (див. Рис. 2.14): підвищена тривожність (70,3%), дратівливість або спалахи агресії (69,2%), страх (59,3%), незадоволення собою, оточенням (40,7%), відчуття смутку, туги депресії (40,7%), немотивована пильність (39,6%), відчуття самотності (35,2%), проблеми переживання позитивних емоцій (34,1%), надмірні полохливі реакції (33%), почуття провини (33%), апатія, байдужість (29,7%), відчуженність (28,6%), втрата інтересу до життя, радості (25,3%).



Рис. 2.14. Емоційні симптоми учасників бойових дій, %.

Можна підсумувати, що всі ці емоційні реакції вже не є первинними, тобто у їх виникненні та закріпленні зіграли важливу роль когніції, оціночні судження про себе, інших та світ. Але вони є важливим чинником виникнення тілесних та поведінкових симптомів переживання стресових та травмуючих ситуацій. Стабілізація емоційного стану та психоедукація (інформування) є важливою складовою реабілітаційного процесу, після яких, як правило, відбувається полегшення психоемоційного стану та мотивація до змін.



Рис. 2.15. Когнітивні симптоми учасників бойових дій, %

У переважній більшості ми вже маємо справу у реабілітаційному процесі з наслідками когнітивних спотворень, фільтрів, автоматичних переконань, ірраціональних проміжних, глибинних переконань та правил житття. Ці когнітивні утворення формуються протягом життя і заважають реалістично оцінювати події та інтегрувати травмуючі події у власний життєвий досвід.

До когнітивних симптомів, відзначених ветеранами, було віднесено зазначені на рисунку 2.15, а саме: проблеми з пам’яттю, забудькуватість (64,8%), труднощі з концентрацією уваги (52,7%), роздуми про відновлення справедливості (47,3%), часті помилки, неуважність (46,2%), нав’язливі думки, спогади, флешбеки (39,6%), перевага негативних думок (39,6%), самозвинувачення або звинувачення інших (35,2%), повторне переживання подій (35,2%), роздуми про помсту (26,4%). В основі цих особливостей когнітивної сфери можна розпізнати нейропсихологічні прояви такі, як проблеми з пам’яттю, забудькуватість, труднощі з концентрацією уваги, часті помилки, неуважність, що свідчить про важливість комплексного підходу в реабілітації учасників бойових дій. Інтрузивні утворення у вигляді нав’язливих думок, спогадів, флешбеків, самозвинуваченнь або звинувачень інших, повторних переживань подій, які говорять про неопрацьованність травматичного досвіду, його неприйняття через відмінність від життєвої системи координат особистості. Третій вид когнітивних симптомів пов’язаний з перевагою негативних думок, роздумами про відновлення справедливості, та помсту. На наш погляд, це про характеризує смисложиттєву сферу особистості та потребу надати власному психотравмуючому досвіду певного сенсу, знайти відповідь на питання “Який сенс в цьому був?”.

Наявність суїцидальних думок або гоміциду ускладню реабілітаційний процес і часто виявляється вже в процесі індивідуальної роботи з клієнтами. На початковому етапі, коли збираються дані, проводиться первинне обстеження та підписуються документи, згоди на надання реабілітаційних послуг дуже рідко учасники бойових дій визнають наявність суїцидальних думок або гоміциду. З їх погляду - це прояв слабкості, яку вони не можуть собі дозволити.



Рис. 2.16. Наявність суїцидальних думок, гоміциду в учасників бойових дій, %.

В опитуванні виявлено наявність суїцидальних думок або гоміциду на час обстеження у 4,4% реабілітантів, що свідчить про загострення стану. Як правило, це кризовий період життя учасника бойових дій (очікування вироку суду та ув’язнення, алкогольна або наркотичний абстинентний синдром на фоні розлучення або іншої кризової подій). 12,1% ветеранів визнали, що мали такі думки в минулому, але справились і на даний час не мають. На наш погляд, у випадку наявності суїцидальних думок важливо підписувати додаткові інформовані згоди на роботу з таким клієнтом, брати додаткові контакти близьких людей та інформувати про те, що у випадку загострення стану, а саме наявності плану, місця, способу та часу здійснення суїцидальних намірів, психолог зобов’язаний повідомити про це довірену особу та правоохоронні служби.

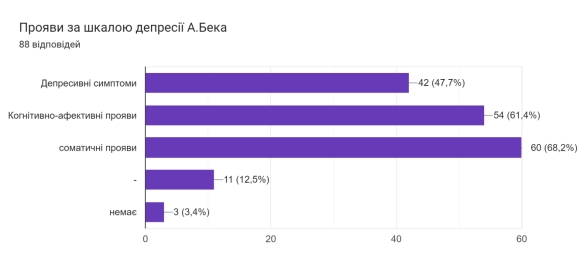


Рис. 2.17. Прояви за шкалою депресії А.Бека, %

Наявність проявів за шкалою депресії А. Бека не означає, що людина має депресію. Психолог в реабілітаційному процесі не ставить діагноз, але виявляючи виражені депресивні симптоми має враховувати цю особливість у своїй роботі і перенаправити до медичного закладу або лікаря-психіатра за додатковим обстеженням та призначенням лікування.

Клієнти реабілітаційного центру обов’язково тестуються за шкалою депресії А. Бека та шкалою тривоги А. Бека. За шкалою депресії було виявлено (див. Рис. 2.17): у 68,2% учасників бойових дій соматичні прояви, у 61,4% когнітивно-афективні прояви та у 47,7% депресивні симптоми. Часто ці симптоми накладаються, що свідчить про ускладнений стан реабілітанта.



Рис. 2.18. Наявність симптомів депресивного спектру (за шкалою депресії А.Бека), %.

Тяжкість симптомів депресивного спектру вказує на необхідність перенаправлення клієнта до медичного закладу для надання необхідної допомоги. Найбільшу кількість вибірки складають учасники бойових дій з помірним (34,1%) та легким ступенем (33%) депресивними симптомами, що зазначено на рисунку 2.18. У 20,9% учасників бойових дій відсутні депресивні симптоми, що свідчить про успішний процес інтеграції воєнних подій у особистий досвід та достатнє внутрішнє і зовнішнє ресурсне наповнення. Нажаль, ми спостерігаємо у 12,1% респондентів депресивні симптоми вираженого ступеню, що свідчить про складну кризову ситуацію в цей життєвий період. Як правило у цих учасників бойових дій спостерігаються і інші симптоми такі, як зловживання алкоголем та психоактивними речовинами, суїцидальні думки та велика кількість тілесних, поведінкових, емоційних та когнітивних симптомів.



Рис. 2.19. Наявність симптомів за шкалою тривоги А.Бека, %.

За когнітивно-поведінковим підходом надмірні переживання характеризуються вираженим станом тривоги, яка спрямована у майбутнє, тому нами було включено в програму дослідження шкала тривоги А.Бека, яка повинна показати рівень тривоги в учасників бойових дій.

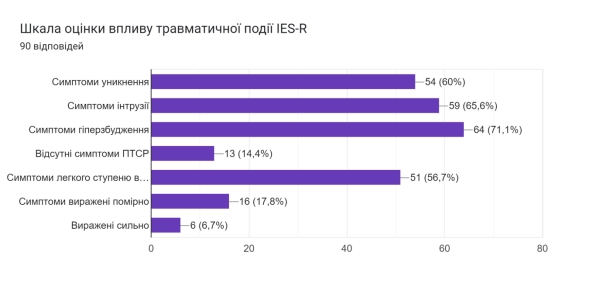
Результати дослідження, представлені на рисунку 2.19, показали, що у переважній більшості досліджуваних, а саме 48,4% присутня тривога помірного ступеню, у 33% учасників бойових дій присутня тривога вираженого ступеня. Цей стан тривоги впливає на якість життя ветеранів та їх функціонування в суспільстві, на їх тілесні та поведінкові симптоми, а тому є важливою мішенню реабілітаційного процесу. Також слід зазначити, що виражена тривога свідчить про незавершений процес інтеграції травмуючих та стресових подій в особистий досвід реабілітанта. Нормальна тривога виявлена у 12,1% реабілітантів. Це говорить про успішну інтеграцію. .

Рис. 2.20. Дані опитувальника за шкалою оцінки травматичної події IES-R , %.

Оцінка впливу травматичної події є важливим чинником гостроти переживань травматичної події. Дані свідчать про наявність ПТСР або окремих його симптомів. Нашим завданням є скринінг симптомів та створення умов для роботи мультидисциплінарної команди з участю лікаря психіатра при потребі для полегшення симптомів.

За методикою “Шкала оцінки впливу травматичної події IES-R”, були отримані результати подані на рисунку 2.20. Симптом гіперзбудження виявлено у найбільшої кількості досліджуваних, а саме у 71,1%, наявність симптому інтрузії відзначили 65,6% досліджуваних, а симптом уникнення у 60% осіб. Деякі реабілітанти мали тільки один певний симптом, деякі мали два або всі наявні симптоми, що свідчить про тяжкість психоемоційного стану особистості.

Найбільша група досліджуваних за даною методикою показала симптоми легкого ступеню прояву ПТСР - це 56,6% досліджуваних. 17,8% учасників бойових дій демонстрували симптоми ПТСР виражені помірно та 6,7% виражені сильно симптоми ПТСР. Цим категоріям реабілітантів було рекомендовано консультація лікаря-психіатра для додаткової медикаментозної підтримки, оскільки стан ПТСР у них ускладнювався депресивними симптомами та зловживанням психоактивними речовинами. У 14,4% учасників бойових дій відсутні симптоми ПТСР, що свідчить про успішний процес асиміляції та акомодації військового травматичного досвіду в особистий досвід, як частини своєї історії, яка для нього має важливий життєвий сенс.

**2.3. Психологічні особливості переживання стресу та травмівних подій учасниками бойових дій**

Метою даного дослідження було виявлення психологічних особливостей переживання стресу та травматичних подій учасниками бойових дій. Отож, за результатами емпіричного дослідження можна визначити 3 групи реабілітантів за основними ознаками оцінки переживання травматичної події, симптомами депресії, тривоги та основними емоційними, тілесними, поведінковими, когнітивними проявами. Ці групи ми умовно визначили за ступенем інтеграції стресових та травматичних подій у власний досвід, як успішно інтегровані, частково інтегровані та складно інтегровані.

До групи успішно інтегрованих реабілітантів, які, за даними опитувальника за шкалою оцінки травматичної події, не мають симптомів ПТСР, було віднесено 14,4%, досліджуваних. Ця група ветеранів, які характеризуються тим, що мають звернулись в реабілітаційний центр за власною ініціативою (самозвернення). На базі центру вони мають можливість спілкуватись зі спеціалістами, отримувати підтримку від своїх побратимів, відчувають розуміння та спільність з багатьма людьми, які мають військовий досвід. Запроси в реабілітації: краще розуміти себе, свої реакції, своїх близьких, вміти знаходити спільну мову, контакт з дітьми, дружиною (чоловіком), вирішувати конфлікти, знаходження свого місця в мирному цивільному житті, пошук ресурсів та розуміння людей, які не мають бойового досвіду.

В цій групі реабілітантів переважно професійні військові у яких закінчились контракти і вони вийшли на пенсію та ветерани з вищою освітою. Проте вони ведуть активний спосіб життя, займаються підприємницькою діяльністю, мають роботу за наймом або іншу зайнятість. Ці учасники бойових дій захищали Україну з 2015 по 2021 рік. Тривалість участі у бойових діях від 1,5 року до 4 і більше років. Вони мають незначні поранення або досвід перебування під обстрілами. Мають сім’ю, дітей, тобто соціальну підтримку та мотивацію до дій, до реабілітації.

Тілесні симптоми відзначаються, але не значна кількість. До їх числа реабілітанти відносять: підвищена втомлюваність, відчуття слабкості, відчуття напруги м’язів. Поведінкові симптоми мають місце ситуативно, тимчасово та час від часу. Це підвищена конфліктність, труднощі у спілкуванні, низька продуктивність діяльності, проблеми в сім’ї (спілкування в родині). Емоційні симптоми відзначають у стресових ситуаціях та втомі. До них віднесли такі: проблеми переживання позитивних емоцій, надмірні полохливі реакції, почуття провини, відчуженість. Когнітивні симптоми реабілітанти відзначають також в стресових та травмівних ситуаціях, які проявляються як перевага негативних думок, самозвинувачення або звинувачення інших, роздуми про відновлення справедливості.

За шкалою А. Бека депресивні симптоми відсутні або легкі і мають ситуативний характер. За шкалою А. Бека тривога відсутня, нормальна або ситуативно помірна. Наявність суїцидальних думок в минулому й на час дослідження заперечують

Найбільш чисельна група частково інтегрованих реабілітантів, яка складає 56,7% від усієї кількості учасників бойових дій, які звернулись до реабілітаційного центру. Це ветерани, які за даними опитувальника за шкалою оцінки травматичної події, мають симптомів ПТСР легкого ступеня вираженості або окремі симптоми інтрузії, гіперзбудження чи уникнення. Вони відчувають певні труднощі у комунікації, виконанні сімейних та професійних обов’язків та мають психосоматичні симптоми, й труднощі зі сном. Ця група досліджуваних характеризується тим, що це переважно міські жителі з професійно-технічною або середньою освітою. Велика кількість серед них це пенсіонери, робітники за наймом. В зоні бойових дій ці учасники бойових дій перебували з 2014 року тривалістю від 1 року і більше. Дані реабілітанти мають інвалідність внаслідок бойових дій, контузії, травми, поранення. За сімейним станом близько половини з них це одружені чоловіки з дітьми. До реабілітаційних закладів звертаються постійно через стан здоров’я та за направленням МСЕК або самостійно, з метою підвищити якість життя.

Реабілітанти даної групи мають тілесні симптоми та намагаються їх покращити медикаментозно або завдяки фізіотерапії в реабілітаційних закладах. До їх числа реабілітанти відносять: головні болі, підвищена втомлюваність, відчуття слабкості, відчуття напруги м’язів, посилене серцебиття, підвищений артеріальний тиск, неспроможність розслабитись, біль у різних частинах тіла, потіння, тремтіння поколювання у м’язах.

Поведінкові симптоми зустрічаються часто як наслідок незавершеної інтеграції переживань викликаних важким воєнним досвідом. До них ветерани відносять: порушення сну, підвищена конфліктність, погані сни, кошмари, труднощі у спілкуванні, низька продуктивність діяльності, соціальна самоізоляція, проблеми в сім’ї (спілкування в родині), уникнення всього, що нагадує про травму, уникнення думок, почуттів, втрата апетиту або переїдання.

Емоційні симптоми характеризують безпосередньо процес переживання стресових та травматичних подій і характеризуються підвищеною тривожністю, дратівливістю або спалахами агресії, страхом, незадоволенням собою, оточенням, відчуттям смутку, туги депресії, немотивованою пильністю, відчуттям самотності, проблемами переживання позитивних емоцій, надмірними полохливими реакціями, почуттям провини, апатією, байдужістю, відчуженістю, втратою інтересу до життя, радості.

Когнітивні симптоми, які зазначають реабілітанти з даної групи досліджуваних запускають психологічні механізми, що заважають успішній інтеграції травмуючих подій в особистий досвід. Особливо ці симптоми загострюються в стресових та травмівних ситуаціях, які проявляються як проблеми з пам’яттю, забудькуватість, труднощі з концентрацією уваги, роздуми про відновлення справедливості, часті помилки, неуважність, нав’язливі думки, спогади, флешбеки, перевага негативних думок, самозвинувачення або звинувачення інших, повторне переживання подій, роздуми про помсту.

За шкалою А. Бека депресивні симптоми легкого ступеня або помірного мають ситуативний характер (для прикладу синдром річниці). За шкалою А. Бека тривога помірна або виражена ситуативно в певних незнайомих або стресових ситуаціях. Наявність суїцидальних думок в минулому й на час дослідження заперечують.

Група реабілітантів зі складно інтегрованим досвідом складає близько чверті (24,5%). Це учасники бойових дій, які мають гострий процес переживання травматичних подій ускладнений супутніми розладами, такими як алкогольна або наркотична залежність, депресія, генералізований тривожний розлад, схильність до особистісних розладів та повторну травматизацію в анамнезі й незначну кількість і якість внутрішніх та зовнішніх (соціальних) ресурсів. Це найскладніша група, яка потребує уваги мультипрофесіональної команди, комплексної (психолого-медико-фізіологічної) реабілітації та соціальної підтримки. Саме соціальна підтримка та мотивація до змін у них і відсутня у переважній більшості.

До даної групи входять переважно учасники бойових дій, які часто проживають в селах та селищах міського типу. Це ветерани з середньою, неповною вищою, професійно-технічною й медичною освітою (військові медики, на руках яких гинули побратими). Переважно пенсіонери, працівники за наймом та безробітні. Перебували в зоні бойових дій з 2014 року терміном від 1 року і більше. Реабілітанти мають інвалідність внаслідок бойових дій, контузії, травми, поранення, перебування під обстрілами, серед них є верерани з маніфестацією шизофренії під час бойових дій. За сімейним станом близько це неодружені або розлучені чоловіки, які часто проживають з батьками. До реабілітаційних закладів не звертались самостійно, тільки через наполягання родичів, побратимів, суду або коли відчувають ризик для життя.

Мають майже ввесь перелік тілесних симптомів та намагаються їх покращити завдяки вживанню психоактивних речовин. До найбільш виражених реабілітанти відносять: головні болі, підвищена втомлюваність, відчуття слабкості, відчуття напруги м’язів, посилене серцебиття, підвищений артеріальний тиск, неспроможність розслабитись, біль у різних частинах тіла, потіння, тремтіння поколювання у м’язах.

Поведінкові симптоми значно виражені, особливо порушення сну, підвищена конфліктність, погані сни, кошмари, труднощі у спілкуванні, низька продуктивність діяльності, соціальна самоізоляція, уникнення всього, що нагадує про травму, уникнення думок, почуттів, втрата апетиту або переїдання.

Досліджуваних з даної групи характеризує непереносимість емоційних симптомів, а саме підвищена тривожність, дратівливість або спалахи агресії, страх, незадоволення собою, оточенням, відчуття смутку, туги депресії, відчуття самотності, почуття провини, відчуженість, втрата інтересу до життя, радості.

Когнітивні симптоми реабілітантів даної групи мають місце та тотальну розповсюдженість. Це проблеми з пам’яттю, забудькуватість, труднощі з концентрацією уваги, нав’язливі думки, спогади, флешбеки, перевага негативних думок, самозвинувачення або звинувачення інших, повторне переживання подій, роздуми про помсту.

За шкалою депресії А. Бека депресивні симптоми мають виражений або важкий ступінь. За шкалою тривоги А. Бека тривога має виражена або важкий ступінь. Симптоми ПТСР виражені в діапазоні від легкого до помірного та сильного ступеню. Наявність суїцидальних думок не заперечують. Відзначають наявність суїцидальних думок в сьогоденні або в минулому, а також думки нанести шкоду іншим.

Таким чином, емпіричне дослідження дало змогу дослідити прояви переживання стресових та травмівних ситуацій та виявити три групи реабілітантів й їх особливості.

**Висновки до другого розділу**

Метою нашого емпіричного дослідження було визначити психологічні особливості переживання стресу та травмуючих подій учасниками бойових дій в реабілітаційний період. В дослідженні прийняли участь 91 учасник та учасниця бойових дій, які звернулись до реабілітаційного центру в м. Чернігів. Підібрані методики для проведення дослідження відповідають нормативним документам та рекомендовані для застосування в реабілітаційному процесі Міністерством охорони здоров’я, Міністерством у справах ветеранів України.

До даних методик віднесено опитувальник симптомів та біосоціальних даних у google формі, шкала депресії А.Бека, шкала тривоги А.Бека, шкала . За результатами емпіричного дослідження було визначено три групи реабілітантів, які характеризуються різною інтенсивністю переживання стресових та травматичних подій, що свідчить про особливості та ступені інтеграції життєвих травмуючих подій в особистий досвід реабілітанта. Ці групи було визначено як успішно інтегровані, частково інтегровані та складно інтегровані.

Група успішно інтегрованих реабілітантів, яка становить 14,4%, досліджуваних, за даними опитувальника за шкалою оцінки травматичної події, не мають симптомів ПТСР. Ці учасники бойових дій є соціально адаптовані, мають сім’ї, дітей, роботу, друзів, тобто соціальну підтримку та достатньо ресурсу для подолання тимчасових викликів. Дані реабілітанти звертаються за допомогою у вирішенні труднощів у відносинах з оточуючими або щоб краще зрозуміти себе і свої реакції. Тілесні, поведінкові, емоційні та когнітивні симптоми відзначають, але їх не багато та вони мають ситуативний й тимчасовий характер. За шкалою депресії А. Бека симптоми не відзначаються або є симптоми легкого ступеню прояву. За шкалою тривоги А. Бека симптоми відсутні або наявна нормальна чи помірна тривога. Думки по суїцид у минулому й на теперішній час заперечували. Отже, учасники бойових дій, які увійшли до даної групи інтегрували події власного життя у особистий досвід, вони зосередженні не на минулому, а на подіях сьогодення і переживання стресових та травмуючих ситуацій минулого для них не є актуальним.

56,7% учасників бойових дій, які звернулись до реабілітаційного центру - це найбільш чисельна група частково інтегрованих реабілітантів. Це веретани, які за даними опитувальника за шкалою оцінки травматичної події, мають симптомів ПТСР легкого ступеня вираженості або окремі симптоми інтрузії, гіперзбудження чи уникнення. Вони відчувають певні труднощі у комунікації, виконанні сімейних та професійних обов’язків та мають психосоматичні симптоми, й труднощі зі сном. За шкалою А. Бека депресивні симптоми легкого ступеня або помірного мають ситуативний характер (для прикладу синдром річниці). За шкалою А. Бека тривога помірна або виражена ситуативно в певних незнайомих або стресових ситуаціях. Наявність суїцидальних думок в минулому й на час дослідження заперечують. Мають помірно виражені симптоми тілесного, поведінкового, емоційного та когнітивного спектру. Не мають достатньо внутрішніх та зовнішніх ресурсів для подоланні життєвих труднощів. Отже, реабілітанти, які ввійшли до даної групи мають певні психологічні перешкоди для осмислення та інтеграції життєвих травмуючих подій в особистий досвід, що супроводжується бурхливими переживаннями, які виявляються в комплексі емоційних, когнітивних, тілесних та поведінкових симптомів.

Близько 24,5% досліджуваних складають групу реабілітантів зі складно інтегрованим досвідом, про що свідчить результати, отримані за шкалою оцінки впливу травматичної події IES-R. Це учасники бойових дій, які мають гострий процес переживання травматичних подій ускладнений супутніми розладами, такими як алкогольна або наркотична залежність, депресія, генералізований тривожний розлад, схильність до особистісних розладів та повторну травматизацію в анамнезі й незначну кількість і якість внутрішніх та зовнішніх (соціальних) ресурсів. Тілесні, емоційні, поведінкові та когнітивні симптоми виражені значно, що не дає можливості повноцінно функціонувати та сильно турбує людину. За шкалою депресії А. Бека депресивні симптоми мають виражений або важкий ступінь. За шкалою тривоги А. Бека тривога має виражена або важкий ступінь. Симптоми ПТСР виражені в діапазоні від легкого до помірного та сильного ступеню. Наявність суїцидальних думок не заперечують. Відзначають наявність суїцидальних думок в сьогоденні або в минулому, а також думки нанести шкоду іншим. Отже, це найскладніша група, яка потребує уваги мультипрофесійної команди, комплексної (психолого-медико-фізіологічної) реабілітації та соціальної підтримки. Певні ускладнюючі особливості особистості та поведінка чи досвід (травми розвитку, комплексні травми та ін.) стають перепоною до осмислення та інтеграції травмуючих подій в особистий досвід. Ці реабілітанти не живуть сьогоденням, не планують майбутнього, вони зациклені на подіях минулого. Дефіцит соціальної підтримки та мотивації до змін також у переважній більшості має місце. Складність ще й у тому, що при вживанні психоактивних речовин наступає тимчасовий ефект забуття та полегшення переживань, але в довгостроковій перспективі когнітивне опрацювання ускладнюється (лобні долі мозку не працюють) і це також ускладнює процес інтеграції досвіду.

Таким чином, емпіричне дослідження дало змогу дослідити прояви переживання стресових та травмівних ситуацій та виявити три групи реабілітантів й їх особливості. Психологічна реабілітація спрямована на перші дві групи реабілітантів, оскільки третя група має бути стабілізована спочатку медичними працівниками для психологічної роботи в реабілітаційних закладах.

**РОЗДІЛ 3.**

**ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

* 1. **Учасники бойових дій як цільова група**

Реабілітаційні заходи з учасниками бойових дій мають свої особливості. Говорити відверто та чесно з ними є надзвичайно важливою умовою побудови терапевтичних стосунків. Спілкування на рівних та з повагою до їх особистого досвіду сприяє налагодити робочий альянс, приєднатись до емоційного стану й вести за собою в процесі реабілітації.

Звичайно, існують і певні труднощі, які можуть ускладнити процес реабілітації учасників бойових дій. Наприклад часто можна почути, що вони говорять: “Вас там не було, як ви можете знати й розуміти мене” або “Ніхто так не страждає, як я”. Як правило, реабілітанти вважають, що вони є сильні, мужні і “повинні самі справитись і викинути все з голови”. Нерідко такі переконання підтримують родичі і друзі, які говорять ветеранам, що ті “повинні врешті-решт перестати думати і говорити про воєнні події”. Насправді в цьому і полягає причина їх стану - “заборона переживати важливі для їх особистості події”.

Часто страждання особистості зі стресовим розладом частково або повністю екстерналізується і, таким чином, учасники бойових дій зберігають впевненість в тому, що є зовнішня причина їх травми, та концентруються на тому, що труднощі, які вони відчувають також лежать поза сферою їх контролю. Однак, важливе значення в переживанні травматичного досвіду набувають саме внутрішні точки застрягання: безпека, довіра, контроль, самооцінка та інтимність. В процесі роботи ми також звертаємо увагу на те, значення, яке ветеран надає події, своїй участі в ній та ролі (жертва, тиран, свідок).

Симптоми, які ми детально досліджуємо в процесі реабілітації та, які завдають значних страждань ветеранам насправді є картиною хвороби і сприймаються ними, як нездоланні. Насправді ці симптоми піддаються лікуванню та повертають особистість обличчям до травми, щоб переосмислити та зрозуміти свою місію в ній.

Деякі реабілітанти не мають мотивації до переосмислення власного досвіду та подолання травми. Вони мають мотивацію отримати фінансову вигоду, пенсію по інвалідності. Це є суттєвою перешкодою в реабілітаційному процесі.

Разом з тим, важливо розуміти критерії, які дозволять зрозуміти фахівцям, які надають психологічну допомогу ветеранам, що травма є пропрацьована і результат реабілітації можна вважати позитивним. До таких критеріїв ми відносимо по-перше, зменшення фізіологічних та тілесних симптомів до здатності їх контролювати реабілітантом. По-друге, здатність спати вночі, не прокидатись або поява відчуття, що за ніч відпочив. По-третє, суб’єктивне відчуття, що ветеран може витримати негативні переживання, пов’язані з травматичним досвідом. По-четверте, реабілітант може управляти спогадами, тобто згадати подію і “відпустити” її. По-п’яте, згадуючи травмуючу подію, людина пов’язує її з почуттями, проговорює їх. По-шосте, в спілкуванні з оточуючими з’являється почуття особистої гідності, самоцінності та усвідомлюються цінності власного життя. По-сьоме, реабілітант має соціально-значимі й здорові стосунки з декількома людьми та намагається їх будувати на основі взаємоповаги. По-восьме, людина здатна будувати наратив свого досвіду, як історію сповнену віри, сенсу та цінностей. А травма є інтегрованою частиною цієї історії перемоги.

Отже, учасники бойових дій є особливою категорією в реабілітаційному процесі. В їх досвіді є багато спільного, яке може дати відчуття єдності в груповій роботі або соціально-патріотичній діяльності. Ще більше в досвіді ветеранів є відмінного, унікального, такого, що потребує глибокого індивідуального пропрацювання з фахівцем.

Психологи, які надають реабілітаційні послуги учасникам бойових дій мають також розуміти і мати навички подолання труднощів в реабілітаційному процесі. До них ми віднесли заборону переживати негативні емоції, зневіра в подолання та контроль труднощів, вихід з точок застрягання та неадаптивних ролей, споживацьку мотивацію та інші. Важливим є також і розуміння фахівцем ознак прогресу у реабілітаційному процесі та повернення це клієнту для підтримки мотивації до змін.

* 1. **Аналіз результатів реабілітації**

Учасники бойових дій, які проходили реабілітацію в Чернігівському обласному реабілітаційному центрі заповнювали нормативну документацію, визначену законодавством України та нормативними документами, а саме, згоду на обробку даних, заяву, надавали біосоціальну інформацію, були ознайомленні з діагностичними результатами, планом реабілітаційного процесу й результатами та рекомендаціями.

Процес реабілітації здійснювався на основі клієнт центрованого підходу з акцентом на переробку травматичного досвіду та елементами тілесноорієнтованої терапії, когнітивно-поведінкової терапії та EMDR.

Результати реабілітації представлені в наступних діаграмах. Самооцінка інтенсивності стресу на початок та кінець реабілітаційного процесу відрізняється, що показано в діаграмі на рис. 3.1. Якщо на початку реабілітації учасники бойових дій, як правило, визначали інтенсивність стресу на від 5 до 9 балів, що становило майже 90 %, то на завершення процесу реабілітації від 3 до 8 балів ці самі 90%. Також потрібно враховувати, що багато, хто з реабілітантів передчасно завершували процес реабілітації через госпіталізацію, тимчасове погіршення стану, брак мотивації та соціальної підтримки або інші сімейні й професійні обставини.

Звичайно, що полегшення стану через стабілізаційні техніки наступало і це також могло розцінуватись, як повноцінний результат реабілітації. На нашу думку, важливо на перших консультаціях підписувати інформовану згоду, де зазначати кількість сесій для довгострокового результату реабілітації.

Звичайно, що недосконалість юридичної та нормативно-правової сторони процесу реабілітації впливає на ставлення до безоплатної допомоги ветеранам в Україні. В цьому питанні важливо вивчити досвід західних партнерів НАТО та США.

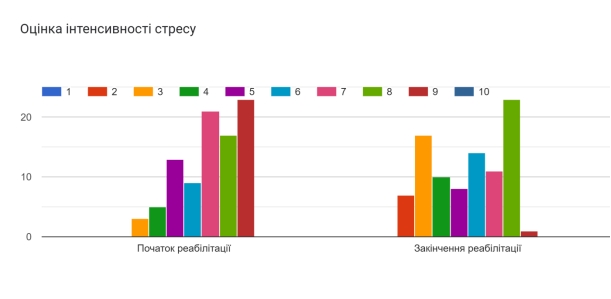


Рис. 3.1.Самооцінка інтенсивності стресу на початок та кінець процесу реабілітації, %.

На наступні три запитання про виконання процесу реабілітації, досягнення або недосягнення мети реабілітації та наявність потреби продовження реабілітації надавали відповіді психологи центру, що включається у висновок реабілітації.

Як наслідок ми бачимо з діаграми рис.3.2 “Результати реабілітації”, що процес реабілітації завершили в повному обсязі тільки майже половина, а саме 46,2% реабілітантів. Така ж кількість реабілітантів частково виконала програму реабілітації. Незначна кількість має ускладнений перебіг переживання стресових та травмуючих подій і потребує продовження реабілітації або уникає пропрацювання та реабілітаційної допомоги.

Таким чином, ми за результатами процесу реабілітації можемо бачити, що є певні особливості роботи з різними категоріями реабілітантів, які потрібно враховувати для удосконалення ефективності процесу реабілітації.

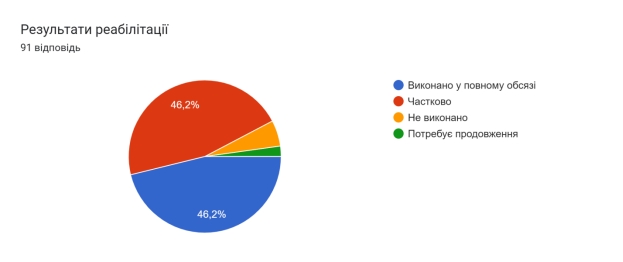


Рис. 3.2. Результати процесу реабілітації, %.

Мета реабілітації (див. рис. 3.3.) досягнута у більш ніж половини реабілітантів, а саме у 52,2% осіб і не досягнута у 47,8% учасників бойових дій. Це свідчить про недосконалість всієї системи охорони психічного здоров’я військовослужбовців, починаючи від навчання, підготовки, системи надання першої психологічної допомоги та кризової інтервенції і до реабілітації та ставлення ветеранів до неї.

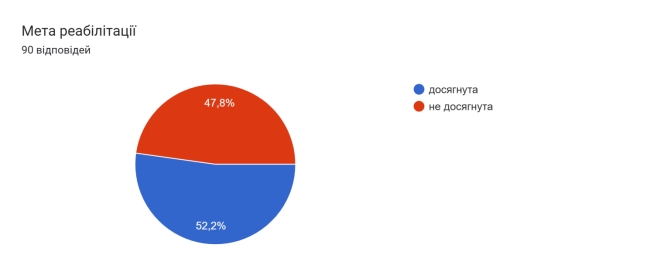


Рис. 3.3. Висновок про досягнення / недосягнення мети реабілітації, %.

Продовження реабілітації, на думку психологів, які здійснювали реабілітаційні заходи, потребують 54,1% реабілітантів, 36,5% реабілітантів потребують підтримуючих інтервенцій через 2-3 місяці, так звані бустерні сесії. На рисунку 3.4., ми можемо бачити, що взагалі не потребують продовження реабілітаційних впливів менше 10% реабілітантів. Незначна кількість реабілітантів потребує стаціонарного лікування та лікування від залежності.

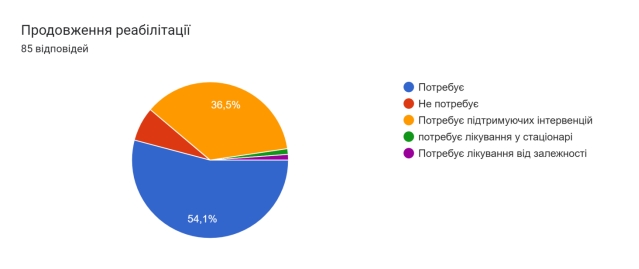


Рис. 3.4. Наявність в потребі продовження реабілітаційних впливів, %

На наш погляд важливого значення набуває постійне залучення учасників бойових дій та їх сімей до різноманітних активностей спортивно-змагального, національно-патріотичного та соціального характеру заходів, які матимуть на меті згуртування та реалізації ветеранів в мирному житті. Ці події постійно реалізовувались в нашому реабілітаційному цетрі, що також виконувало функцію моніторингу стану психічного здоров’я та вчасного реагування й допомоги.

Таким чином, функція реабілітаційного центру не обмежується суто реабілітацією, а й виконує місію ветеранського хабу, де ветеранів та їх сім’ї завжди чекають і реалізують важливі та цікаві для них проекти.

Звичайно, результати дослідження даного підходу в наданні послуг психологічної реабілітації є таким, що потребує вдосконалення та врахування етапу та складності протікання усвідомлення життєвого досвіду й віднесення клієнта до одного з трьох груп, які було визначено нами в процесі дослідження.

* 1. **Програма індивідуальної психологічної реабілітації** **учасників бойових дій**

Нами було визначено три групи клієнтів реабілітаційного центру за важкістю симптомів та особливостями переживання стресових та травмуючих подій. В залежності від того, до якої групи за симптомами та особливостями переживання стресових та травмуючих подій віднесено мають проводитись реабілітаційні заходи.

Ветерани, що увійшли до групи успішно інтегрованих реабілітантів, звертаються за допомогою у вирішенні труднощів у відносинах з оточуючими або щоб краще зрозуміти себе і свої реакції. Тілесні, поведінкові, емоційні та когнітивні симптоми відзначають, але їх не багато та вони мають ситуативний й тимчасовий характер. Для цієї групи учасників бойових дій було розроблено програму з 10 консультацій. Ця програма побудована на основі запросів ветеранів та ґрунтується на когнітивно-поведінковому підході, трансактному аналізі та ресурсному підході BASIC Ph. З програмою можна ознайомитись в Додатку Б.

Найбільш чисельна група частково інтегрованих реабілітантів (56,7%) - це ветерани, які за даними опитувальника за шкалою оцінки травматичної події, мають симптоми ПТСР легкого ступеня вираженості або окремі симптоми інтрузії, гіперзбудження чи уникнення. Вони відчувають труднощі у комунікації, виконанні сімейних та професійних обов’язків та мають психосоматичні симптоми, й труднощі зі сном. Мають помірно виражені симптоми тілесного, поведінкового, емоційного та когнітивного спектру. Не мають достатньо внутрішніх та зовнішніх ресурсів для подолання життєвих труднощів. Таким чином, реабілітанти, які ввійшли до даної групи мають певні психологічні перешкоди для осмислення та інтеграції життєвих травмуючих подій в особистий досвід, що супроводжується бурхливими переживаннями, які виявляються в комплексі емоційних, когнітивних, тілесних та поведінкових симптомів.

Для цієї групи реабілітантів ми пропонуємо трьохфазну модель травматерапії, яка побудована на теорії розширення “Вікна толерантності” за рахунок стабілізації психоемоційного стану та актуалізації ресурсів. Ця модель складається з трьох фаз:

1. безпека і стабілізація - триває від 8 до 12 тижнів або до тих пір поки не буде достатньо ресурсів для пропрацювання і переробки травматичної події;
2. переробка психотравми - триває 8-12 тижнів або поки згадуючи травмуючу подію, людина проговорює почуття з нею пов’язані та надає їй нового сенсу;
3. інтеграція у життя - триває 8-12 тижнів або поки людина може самостійно вирішувати проблеми, які спричинила травма.

Чверть всіх клієнтів центру складають групу реабілітантів зі складно інтегрованим досвідом, про що свідчить результати, отримані за шкалою оцінки впливу травматичної події IES-R. Вони мають гострий процес переживання травматичних подій ускладнений супутніми розладами, такими як алкогольна або наркотична залежність, депресія, генералізований тривожний розлад, схильність до особистісних розладів та повторну травматизацію в анамнезі й незначну кількість і якість внутрішніх та зовнішніх (соціальних) ресурсів. Тілесні, емоційні, поведінкові та когнітивні симптоми виражені значно, що не дає можливості повноцінно функціонувати та значно турбує людину. Наявність суїцидальних думок в сьогоденні або в минулому, а також думки нанести шкоду іншим свідчить про складність стану ветерана. Дефіцит соціальної підтримки та мотивації до змін також у переважній більшості має місце. Складність ще й у тому, що при вживанні психоактивних речовин наступає тимчасовий ефект забуття та полегшення переживань, але в довгостроковій перспективі когнітивне опрацювання ускладнюється (лобні долі мозку не працюють) і це також ускладнює процес інтеграції досвіду.

Для цієїгрупи рекомендовано консультація мультипрофесійної команди щодо комплексної (психолого-медико-фізіологічної) реабілітації та соціальної підтримки. За висновком лікарів, можлива рекомендація до госпіталізації з метою стабілізації психічного стану та детоксикації організму внаслідок вживання психоактивних речовин. Після медикаментозної стабілізації можлива реабілітація за трифазною структурою.

Особливостями реабілітаційного процесу з частково інтегрованим досвідом та складно-інтегрованим досвідом є також і робота з мотивацією до змін та подоланням перешкод в реабілітації. Для цього успішно використовується мотиваційне інтерв’ю та сократівський діалог в когнітивно-поведінковому підході.

Інколи в реабілітації спеціалісти зустрічаються з інтенсивними переживаннями. Допомогти людині справитись з переживаннями можна за допомогою підходу П. МакГі Саммарі [15] або КПТ підходу за таким алгоритмом. На першому етапі важливим є самоусвідомлення проблеми: “Чого ви боїтесь?” Відповідь клієнта можна віднести до однієї з трьох категорій:

* Актуальна ситуація (конфлікт, втрата стосунків, роботи);
* Майбутня ситуація (іспит, звіт, співбесіда, операція);
* Ситуація з минулого - переживання без будь-якої логічної причини в сьогоденні (залишковий стрес або травма, наприклад, ПТСР).

На другому етапі необхідно проаналізувати переживання та його джерела.

А саме, наступний крок - це визначити реальна це загроза чи гіпотетична. Якщо загроза є гіпотетична, а саме історична, тобто бере початок в минулому - важливо дати емоційну підтримку та прийняття клієнту, допомогти усвідомити та задовольнити його психологічні потреби. Гіпотетичну, а саме істеричну причину важливо проаналізувати який відсоток того, що це може статися.

Третій етап полягає у зосередженні та тому, що можна змінити. З реальною загрозою та переживаннями варто допомогти клієнту скласти план дій та проаналізувати можливі перешкоди на шляху реалізації плану та підтримати у вірі втілити їх в життя.

В процесі реабілітації спеціалісти зустрічаються також зі складною негативністю учасників бойових дій. Дану проблему допомагають подолати когнітивно-поведінкові техніки та розуміння нейрофізіології. Можна запропонувати реабілітантам наступне.

1. Дистанціювання від негативних думок. Ми не є тільки наш мозок або наші думки. Наші думки - це не факти про нас або те, що нас оточує. Спробуйте уявити, що ви сидите на березі річки, а ваші думки, як опале листя пропливає перед вами, або як поїзд (трамвай, машини, хмаринка і т.д.) проїздить. Коли наступного разу вам спаде на думку негативна думка - скажіть собі - “О знову мій мозок за своє!” і дайте цій думці “плисти” далі.
2. Спробуйте відволікатись. Займіться тим, що приносить вам задоволення або чимось новим, що ви хотіли спробувати (книга, спорт, хобі, робота руками та інше ). Особливо гарний вплив має діяльність пов’язана з роботою руками - це активізує роботу двох півкуль головного мозку та має ефект білатеральної стимуляції, на якій побудований психотерапевтичний підхід в роботі з травмою Френсіс Шапіро EMDR.
3. Майдфулнес або усвідомленість допомагає переключитись з якоріня в минулому та страхів за майбутнє й бути в цьому моменті, насолоджуватись життям тут і тепер. Коли ви їсте, відкладіть телефон і насолодіться повільно смаком, запахом їжі. Під час прогулянки спостерігайте за кольорами, звуками та відчуттями в природі, а також можна перенести свою увагу на відчуття в ногах, в підошвах. Це зміщує увагу на тут і тепер.
4. Важливо знати і нагадувати собі про свої цінності. Можна зранку за чашкою кави згадувати про власні цінності та спланувати, хоча б по одній активності, які будуть реалізовувати ваші цінності (обійняти дітей, сказати теплі слова, зателефонувати комусь, запропонувати допомогу і т. д.). А ввечері перед сном згадайте, чи все вам вдалося реалізувати, якщо щось не вдалося, це можна зробити завтра.
5. Ведіть щоденник вдячності. Кожного дня згадуйте, за які три вчинки ви вдячні собі, людям і Богу. Це допомагає змінити направленість думок на більш позитивну, тренувати мозок шукати позитивні моменти в житті, покращити настрій та відійти від негативності.
6. Дуже часто ми чуємо “я повинен...” або “я не повинен...”. Це те, що з дитинства нам нав’язували наші батьки і вчителі, щоб ми були зручними у вихованні. Запитайте себе: “Чи я хочу цього і можу це зробити? Чи це те, до чого я дійсно прагну?” Як те, що нам нав’язується відповідає моїм цінностям та життєвим цілям.
7. Активуйте гумор у ставленні до внутрішнього критика. Щонайменше тричі на день знаходьте, що внутрішній критик вам говорить і посмійтесь з цього та з себе.
8. Важливою навичкою для ветеранів є вміння приймати рішення в мирному житті в конструктивний спосіб. Процес реабілітації має включати навчання таких навичок, наприклад, як алгоритм прийняття рішень, який допомагає зважити всі недоліки й переваги, прорахувати наслідки та скласти план дій вирішення будь-якої проблеми.
9. Спробуйте знайти позитивну сторону ситуації, яка здається на перший погляд негативною. В цьому може допомогти рефреймінг: “Так... , зате...” Таким чином, можна побачити ситуацію з іншого боку та потенційні можливості.

Психологічна реабілітація учасників бойових дій є емоційно складним процесом, який повинен ґрунтуватись на науково-вивірених та доказових методах діагностики та терапії. Разом з цим процес реабілітації повинен враховувати особливості травми та поточних життєвих викликів реабілітанта й бути гнучким та творчим процесом, заснованим на емпатії та повазі до особистого досвіду ветерана.

**Висновки до 3 розділу**

Психологічна реабілітація повинна ґрунтуватись на фундаментальних, доказових та загальновизнаних світовою практикою методах діагностики та терапії. Разом з цим процес реабілітації зобов’язаний враховувати особливості переживання травми, особистісні особливості та життєві виклики реабілітанта. Реабілітаційна діяльність психолога вимагає стійкості, психологічної пружності, гнучкості та глибокого розуміння процесу осмислення травмівного досвіду як важливого процесу відновлення, заснованого на емпатії та повазі до особистого досвіду ветерана

Психологи, які надають реабілітаційні послуги учасникам бойових дій мають також розуміти і мати навички подолання труднощів в реабілітаційному процесі. До них ми віднесли заборону переживати негативні емоції, зневіра в подолання та контроль труднощів, вихід з точок застрягання та неадаптивних ролей, споживацьку мотивацію та інші. Важливим є також і розуміння фахівцем ознак прогресу у реабілітаційному процесі та повернення це клієнту для підтримки мотивації до змін.

Нами було визначено три групи клієнтів реабілітаційного центру за важкістю симптомів та особливостями переживання стресових та травмуючих подій. В залежності від того, до якої групи за симптомами та особливостями переживання стресових та травмуючих подій віднесено мають проводитись реабілітаційні заходи. Для першої групи було розроблено програму з 10 індивідуальних консультацій для вирішення частих запитів та навчання навичок самодопомоги реабілітантам. Реабілітаційний процес для реабілітантів з частково інтегрованим досвідом та складно-інтегрованим досвідом має включати три етапи, важливими складовими яких є стабілізація, травмофокусована психотерапія та інтеграція. За потреби повинні долучатися лікарі та проводитись робота з мотивацією до змін та подоланням перешкод в реабілітації. Для цього успішно використовується мотиваційне інтерв’ю та сократівський діалог в когнітивно-поведінковому підході.

**ВИСНОВКИ**

Наше дослідження присвячене психологічним особливостям переживання стресових і травматичних ситуацій учасниками бойових дій у період реабілітації ставило на меті проаналізувати стан цієї проблеми в науковій літературі та практичне дослідження системи реабілітації й досвід психологічної допомоги переживання складного травматичного досвіду ветеранами.

Вирішуючи перше завдання дослідження, а саме вивчення феномену переживання стресу та психологічної травми в наукових літературних джерелах, було з’ясовано, що стрес та травма - це захисна реакція організму людини в надзвичайних обставинах, раптових та пов’язаних з загрозою життю і здоров’ю людини або свідком яких вона стала. Реакції людини в стресі та травмі можна описати як фізіологічні, емоційні, поведінкові та когнітивні. У переживанні стресу та травми важливе надане значення події, яка відбулась з людиною або свідком якої вона стала.

Інформація про травматичну подію зберігається в імпліцитній системі пам’яті; може бути викликана за допомогою асоціативних стимулів; не контролюється кортиком і не модифікується. При відсутності кваліфікованої допомоги з часом у людини з’являються неконструктивні способи компенсації болю і чим довше не надається психологічна допомога, тим більше погіршується стан. Важливо вчасно надати психологічну допомогу, починаючи з перших годин після травми і проведення реабілітації в наступному.

В українських реаліях сьогодення процес реабілітації починається з оцінки та лікування хвороби, травми або патологічного стану. Окрім цього повинна відбуватися оцінка будь-якого дефіциту, що залишається після лікування та його впливу на соціальні, психічні та професійні навики людини. Реабілітація же, навпаки, орієнтується на ті навики, які є збереженими, і на ті, які можуть бути сформовані на основі резервних можливостей людини. На основі діагностики визначається реабілітаційний потенціал, будується реабілітаційний прогноз, здійснюється постановка реабілітаційного діагнозу, розробляється програма реабілітації та здійснюється реабілітаційний процес.

Другим завданням дослідження було проведення емпіричного дослідження та визначення психологічних особливостей переживання стресу та травмуючих подій учасниками бойових дій. За ступенем переживання та інтеграції травматичного досвіду було визначено три групи реабілітантів, як успішно інтегровані, частково інтегровані та складно інтегровані.

Група успішно інтегрованих реабілітантів, яка становить 14,4%, досліджуваних, за даними опитувальника за шкалою оцінки травматичної події, не мають симптомів ПТСР. Тілесні, поведінкові, емоційні та когнітивні симптоми відзначають, але їх не багато та вони мають ситуативний й тимчасовий характер. За шкалою депресії А. Бека симптоми не відзначаються або є симптоми легкого ступеню прояву. За шкалою тривоги А. Бека симптоми відсутні або наявна нормальна чи помірна тривога. Думки по суїцид у минулому й на теперішній час заперечували. Отже, учасники бойових дій, які увійшли до даної групи інтегрували події власного життя у особистий досвід, вони зосередженні не на минулому, а на подіях сьогодення і переживання стресових та травмуючих ситуацій минулого для них не є актуальними.

56,7% учасників бойових дій, які звернулись до реабілітаційного центру - це найбільш чисельна група частково інтегрованих реабілітантів. Це ветерани, які за даними опитувальника за шкалою оцінки травматичної події, мають симптомів ПТСР легкого ступеня вираженості або окремі симптоми інтрузії, гіперзбудження чи уникнення. За шкалою А. Бека депресивні симптоми легкого ступеня або помірного мають ситуативний характер (для прикладу синдром річниці). За шкалою А. Бека тривога помірна або виражена ситуативно в певних незнайомих або стресових ситуаціях. Наявність суїцидальних думок в минулому й на час дослідження заперечують. Мають помірно виражені симптоми тілесного, поведінкового, емоційного та когнітивного спектру. Не мають достатньо внутрішніх та зовнішніх ресурсів для подоланні життєвих труднощів. Мають певні психологічні перешкоди для осмислення та інтеграції життєвих травмуючих подій в особистий досвід, що супроводжується бурхливими переживаннями, які виявляються в комплексі емоційних, когнітивних, тілесних та поведінкових симптомів.

Близько 24,5% досліджуваних складають групу реабілітантів зі складно інтегрованим досвідом, про що свідчить результати, отримані за шкалою оцінки впливу травматичної події IES-R. Це учасники бойових дій, які мають гострий процес переживання травматичних подій ускладнений супутніми розладами й незначну кількість і якість внутрішніх та зовнішніх (соціальних) ресурсів. Тілесні, емоційні, поведінкові та когнітивні симптоми виражені значно. За шкалою депресії А. Бека депресивні симптоми мають виражений або важкий ступінь. За шкалою тривоги А. Бека тривога має виражена або важкий ступінь. Симптоми ПТСР виражені в діапазоні від легкого до помірного та сильного ступеню. Відзначають наявність суїцидальних думок в сьогоденні або в минулому, а також думки нанести шкоду іншим. Певні ускладнюючі особливості особистості та поведінка чи досвід (травми розвитку, комплексні травми та ін.) стають перепоною до осмислення та інтеграції травмуючих подій в особистий досвід. Ці реабілітанти не живуть сьогоденням, не планують майбутнього, вони зациклені на подіях минулого. Дефіцит соціальної підтримки та мотивації до змін також у переважній більшості має місце.

Вирішуючи третє завдання дослідження, було розроблено програму реабілітації, спрямовану на подолання переживання стресу та травмівних подій та набуття навичок самодопомоги військовослужбовцями, які мають бойовий досвід або комбатантами. Ця програма складається з десяти індивідуальних консультацій та спрямована на реабілітантів з категорії успішно інтегрованих, які мають ситуативні тружнощі в комунікації та самопочуття.

Для другої групи частково інтегрованих реабілітантів було запропоновано алгоритм психологічної допомоги, яка включає три етапи. Перший етап реабілітації включає розширення вікна толерантності та актуалізації особистісних ресурсів. На другому етапі застосовуються травмофокусовані напрямки психотерапії, а саме EMDR, травмофокусована КПТ, когнітивно-процесуальна терапія. Третій етап реабілітації полягає в соціальній інтеграції реабілітанта, тобто подолання труднощів, які принесла травма в його життя пов’язаних з сімейними та професійними функціями.

Реабілітанти, які були віднесені до третьої групи складно-інтегрованих рекомендується консультація медико-психологічної команди фахівців, для встановлення діагнозу, надання медичної допомоги, стабілізації психоемоційного стану і індивідуальної психотерапії супутніх коморбітних станів. Після стабілізації ці реабілітанти можуть бути залучені до реабілітації за програмою другої групи до результатів посттравматичного стресового зростання.

Реабілітація, на нашу думку, має складатись з багатьох чинників: це і надання першої психологічної допомоги якомога раніше, соціальної підтримки в підрозділі побратимами, підтримки командирами, фахової системи реабілітації та відновлення в державних реабілітаційних центрах і на державному рівні, як важливий соціальний меседж вдячності і поваги до учасників бойових дій, які ціною життя і здоров’я врятували і захистили незалежність України.

Перспективами даного дослідження вбачаємо впровадження розробленої програми в реабілітаційну практику та перевірку її ефективності після перемоги України і повернення наших героїв до мирного життя.

**ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА**

1. Аннибала Д. Тревожный мозг. Как успокоить мысли, исцелить разум и вернуть контроль над собственной жизнью. URL: <http://loveread.me/read_book.php?id=87956&p=7> (Дата звернення: 20.08.2022)
2. Аршава І. Ф. Посібник до вивчення курсу «Медико-соціальна і психологічна реабілітація хворих та інвалідів» [текст] / І. Ф. Аршава, М. І.Черненко, В. В.Корнієнко. – Д.: РВВ ДНУ, 2008. – 24 с.
3. Блінов О.А. Переживання бойового стресу військовослужбовцями підрозділів і тих, хто лікується в госпіталі. *Психологія і особистість*. № 1 (2022) с. 85-99. <http://psychpersonality.pnpu.edu.ua/article/view/252055/249516> (Дата звернення: 11.09.2022)
4. Блінов О.А. Психологічний захист від бойового стресу в збройних силах провідних країн світу. Збірник наукових праць КПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Проблеми сучасної психології, 2017. Випуск 38. URL: <http://problemps.kpnu.edu.ua/en> (Дата звернення: 14.07.2022)
5. Буковська О. О. «Кризова життєва ситуація» в реабілітаційній діяльності психолога. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. Ін-ту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України* Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Житомир. держ. ун-т ім. І. Франка. Житомир, 2016. Т. 7 : Екологічна психологія, вип. 44. С. 21–29.
6. Буковська О. О. Ресурсний підхід у подоланні психологічної кризи. *Дев’яті Сіверянські соціально-психологічні читання:* матеріали Міжнародної наукової конференції (30 листопада 2018 року, м. Чернігів). Чернігів: НУ „ЧК” імені Т. Г. Шевченка, 2019. С. 41 – 44.
7. Буковська О.О. Гірченко О.Л. Сучасні напрями психологічної реабілітації кризових станів викликаних екстремальними ситуаціями. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка. – Екологічна психологія. – 2018. – Том. VII. – Вип. 45. С. 19-27.
8. Буковська О.О. Екологічність реабілітаційних впливів. *«Сучасні проблеми екологічної психології: Екологічна парадигма сучасного образу життя і світу»*: матеріали ХV Міжнародної науково-практичної конференції (м. Харків, 17-18 травня 2019 р.). Київ, Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2019 р. URL: <http://surl.li/ctytj> (Дата звернення: 22.06.2022)
9. Буковська О.О. Психологічна допомога сім’ям військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету.* Серія: Психологічні науки. 2015. Вип. 128.С. 29-32.
10. Буковська О.О. Психологічна реабілітація осіб, які переживають втрату. *Десяті Сіверянські соціально-психологічні читання*: матер. Міжн. наук. конференції (29 листопада 2019 року, м. Чернігів), за наук. ред. О. Ю. Дроздова, І. І. Шлімакової. Чернігів: НУЧК імені Т. Г. Шевченка, 2020. С. 26-29. URL: <http://surl.li/ctysw> (Дата звернення:15.05.2022 )
11. Буковська О.О. Психологічний аналіз життєвої перспективи особистості у кризовий період. *Вісник Чернігівського державного педагогічного університету.* Серія: Психологічні науки: зб. наук. праць у 2-х т. наук. ред. Носко М.О. Чернігів, 2015. Вип. 126. Т.1. С.17-21. URL: <http://surl.li/ctyps> (Дата звернення: 2.05.2022)
12. Буковська О.О. Реінтерпретація та інтеграція психотравмуючого досвіду учасників бойових дій методом наративу. *Актуальні проблеми психології. Т. 7. Екологічна психологія.* Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. Вип. 42. С.18-25. URL: <http://surl.li/ctyqz> (Дата звернення: 10.06.2022)
13. Буковська О.О., Гірченко О.Л., Науменко О.П. Особистісні ресурси подолання кризи молоддю. *Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості:* колективна монографія. Херсон: Вид-во ФОП Вишемирський В.С., 2019. С. 141-152. URL: <http://erpub.chnpu.edu.ua:8080/jspui/bitstream/123456789/560/1/1.docx.pdf> (Дата звернення:8.07.2022 )
14. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). М: Изд-во МГУ, 1984. 200 с. URL: <http://mhp-journal.ru/upload/Library/Vasilyuk_FE_(1984)_Psychology_of_Experience.pdf> (Дата звернення: 12.09.2022 )
15. Горбунова В.В., Карачевський А.Б., Климчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціальнопсихологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп : навчальний посібник. – Львів : Інститут психічного здоров’я Українського католицького університету, 2016. – 91 с.
16. Горбунова В.В., Климчук В.О. Фахівці у сфері психічного здоров’я у Великобританії. Збірник наукових праць : психологія. Вип. 21 – Івано-Франківськ: пп О.М. Голіней, 2016. – С. 128-134.
17. Ермошин А. Вещи в теле. Психотерапевтический метод работы с ощущениями / А. Ермошин. – Рига.: Библиотека психологии и психотерапии. 2007. – 300 с.
18. Жигайло Н. Психотерапія в умовах війни. Психологія перемоги. Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія. Випуск 66. URL: [file:///C:/Users/kvp27/Downloads/3944-7912-1-SM.pdf](file:///C:\Users\kvp27\Downloads\3944-7912-1-SM.pdf) (Дата звернення: 30.05.2022)
19. Исцеление от травмы: Питер Левин и его 8 этапов. URL: <http://woman-delice.com/istselenie-ot-travmy-piter-levin-i-ego-8-etapov/> (Дата звернення: 13.05.2022)
20. Калшед Д. Внутренний мир травмы: Архетипические защиты личностного духа: пер. с англ. М.: Академический проект, 2001. – 368 с.
21. Каневський В.І. Суїцидологія в соціальній роботі: навчальний посібник. Миколаїв: Вид-во ЧДТУ ім. Петра Могили, 2014. 348с.
22. Климчук В.О. Посттравматичне зростання та як можна йому сприяти у психотерапії. Наука і освіти. Психологія. – Випуск №5, 2016. – С. 46-52.
23. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. ― К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2018. ― 310 с.
24. Лаад, М., Хадоми Э. Как справиться с кризисом или бедствием (Шаг за шагом): Теория, практика и способы вмешательства. – Израиль: Центр предупреждения стресса (СSPC). – URL: <http://www.silk-highway.org/ru/stepGuide.aspx.> (Дата звернення: 23.07.2022)
25. Лэнгле А. Эмоции и экзистенция. — Харьков: «Гуманитарный центр», 2011. 332 с.
26. Максименко С.Д. Переживання як категоріальна основа сучасної загальної і медичної психології. Psyhological Journal, May 2015. 2(2). C. 65-70. URL: <https://cutt.ly/hCheN6e> (Дата звернення: 20.09.2022 )
27. Марковська М. Стрес і психологічна травма. Що з нами відбувається зараз. URL: <https://nus.org.ua/articles/stres-i-psyhologichna-travma-shho-z-namy-vidbuvayetsya-zaraz/> (Дата звернення: 3.08.2022)
28. Методические рекомендации по порядку формирования и оформления новой формы индивидуальной программы реабилитации инвалида с учетом разработанных классификаций и кодификатора категорий инвалидности (проект) [Електронний ресурс] – URL: <http://textarchive.ru/c-1556662-pall.html> (Дата звернення:3.06.2022 )
29. Мушкевич В. Психологічні чинники переживання стресу військовослужбовцями. *Психологічні перспективи*. 34 (Груд 2019), 119–136. <https://psychoprospects.vnu.edu.ua/index.php/psychoprospects/article/view/576/505> (Дата звернення: 14.07.2022)
30. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію. Пер. З англ. Діана Бусько; наук. Ред. Катерина Явна. (Серія “Сам собі психотерапевт”) Львів: Видавництво “Свічадо”, 2016. 120 с.
31. Осьодло, В. І., Грилюк, С. М., & Тютюнник, Л. Л. (2021). Сучасний стан і перспективи психологічного забезпечення в Збройних Силах України. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права, (1), 89-98. <http://chasopys-ppp.dp.ua/index.php/chasopys/article/view/37/34> (Дата звернення: 28.04.2022)
32. Папуча М.В. Внутрішній світ людини та його становлення: наукова монографія. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2018. 538 с. URL: <https://cutt.ly/UChrrgU> (Дата звернення: 22.09.2022)
33. Попелюшко Р. П. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками бойових дій / Р. П. Попелюшко, Д. І. Боярова // Проблеми сучасної психології : зб. наук. пр. / Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Запоріз. нац. ун-т ; за ред. С. Д. Максименка, Н. Ф. Шевченко, М. Г. Ткалич. – Запоріжжя : ЗНУ, 2019. – № 2 (16). – С. 97-102. <http://elar.khnu.km.ua/jspui/handle/123456789/7928> (Дата звернення: 14.07.2022)
34. Прокоф’єва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету. Серія: Історичні науки. Випуск 57. 2022. С. 110-120. URL: <http://visnyk.idgu.edu.ua/index.php/nv/article/view/610> (Дата звернення:7.07.2022 )
35. Реабілітаційний потенціал. [Електронний ресурс] – Режим доступу до ресурсу: Міністерство охорони здоров'я, Наказ "Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності" від 05.09.2011. URL: <http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/TM043108.html.> (Дата звернення: 19.06.2022)
36. Сергієнко О. Якщо ви надмірно переживаєте за все. Львів: Видавництво “Свічадо”, 2018. 100 с.
37. Словник української мови: в 11 томах. За ред. І.К. Білодіда. К: Наукова думка, 1975. Т.6. С.180.
38. Табачніков С.І., Горбань Є.М., Михайлов Б.В., Влох І.Й., Маркова М.В., Чугунов В.В. Актуальні проблеми соціально-реабілітаційної психіатрії в Україні // Медичні дослідження. — 2001. — Т. 1, вип. 1. — С. 6-8.
39. Табачніков С.І., Чайковська В.В., Черкасов В.Г., Маркова М.В., Пінчук І.Я. Напрями розвитку реабілітаційної геронтопсихіатричної допомоги в Україні // Медичні дослідження. — 2001. — Т. 1, вип. 1. — С. 21-22.
40. Титаренко Т. Психологічна підтримка, допомога, реабілітація. Життєва криза очима психолога. URL: <https://upsihologa.com.ua/tytarenko_crisis5.html>. (Дата звернення: 19.07.2022)
41. Ткач Б. М. Особливості часової перспективи постраждалих учасників антитерористичної операції. Актуальні проблеми психології Т. ХІ Випуск 17. с.211-231. <http://www.appsychology.org.ua/data/jrn/v11/i17/17.pdf> (Дата звернення: 1.10.2022)
42. Франкл В. Логотерапия и екзистенциальный анализ: статьи и лекции. М.: Альпина нон-фикшин. 2018. 344с.
43. Чапляк А. П. Основні напрямки реабілітації учасників бойових дій/ А. П. Чапляк, О. П. Романів, Б. Я. Надь //Україна. Здоров'я нації. - 2018. - №3/1 (51). - С. 59-61 . <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/21539> (Дата звернення: 28.04.2022)
44. Шпак М.М. Роль переживання у структурі емоційного інтелекту особистості. Проблеми сучасної психології, 2016. Випуск 3. С. 549-558. URL: <https://journals.indexcopernicus.com/api/file/viewByFileId/918117.pdf> (Дата звернення: 23.09.2022)
45. Doody, C. B., Egan, J., Bogue, J., & Sarma, K. M. (2022). Military personnels’ experience of deployment: An exploration of psychological trauma, protective influences, and resilience. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 14(4), 545–557. [https://doi.org/10.1037/tra0001114](https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/tra0001114) (Дата звернення: 4.07.2022)
46. Fel, S.; Jurek, K.; Lenart-Kło´s, K. Relationship between Socio-Demographic Factors and Posttraumatic Stress Disorder: A Cross Sectional Study among Civilian Participants’ Hostilities in Ukraine. Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 2720.[file:///C:/Users/kvp27/Downloads/ijerph-19-02720.pdf](file:///C:\Users\kvp27\Downloads\ijerph-19-02720.pdf)(Дата звернення: 14.07.2022)
47. Markov, A., Markova, M., Rosinsky, G., Chernyaev, M., & Driuchenko, M. (2020). Correlations of family health deterioration and poststress psychological maladaptation in combatants. <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/27429/1/18.pdf> (Дата звернення: 11.09.2022)
48. Markova M.V. , Aliieva T.A. , Markov A.R. , Korop O.A. , Lisovaya E.V., Babych V.V., Vyazmitinova S.O. DISORDERS OF ADAPTATION OF COMBATANTS AND THEIR MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION AT THE SANATORIUM STAGE OF TREATMENT. Wiadomości Lekarskie, VOLUME LXXV, ISSUE 2, FEBRUARY 2022. <https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2022/02/WLek202202121.pdf> (Дата звернення: 24.09.2022)
49. Melnik O. V. THE POST-TRAUMATIC GROWTH OF ATO COMBATANTS IN THE CONTEXT OF THEIR SOCIAL ADAPTATION .Science Review 5(12), Vol.1, June 2018. <https://cutt.ly/YNwsI4Q>(Дата звернення: 24.07.2022)
50. Reginald U. Amanze, Jerome Carson. (2022) Forgiveness and mental Well-being: a transnational comparison. Mental Health and Social Inclusion 22. <https://doi.org/10.1080/10911359.2019.1658685> (Дата звернення: 4.08.2022)
51. Semigina, T., Kachmaryk, A., & Karagodina, O. (2021). Analysing Social Needs of the Ukrainian Ex-Combatants: Looking on The Lived Experience. Traektoriâ Nauki= Path of Science, 7(6), 3001-3011. <https://cutt.ly/dNwjICA>(Дата звернення: 14.10.2022)
52. Soloviev, A., Ichitovkina, E., & Zlokazova, M. (2019). The Mental Health of Combatants. In Psychopathology-An International and Interdisciplinary Perspective (p. 61). IntechOpen. <https://cutt.ly/1NwjlOE> (Дата звернення: 24.05.2022)
53. Tsokota V. Organization of psychological follow-up for specialists engaged in medical and psychological rehabilitation of ex-combatants. 2020. <https://cutt.ly/1NwhZuG>(Дата звернення: 14.05.2022)
54. Jashmiya, K. (2019). Political, social and economic issues of the rehabilitated ex-combatants in the Sri Lankan Northern Province. American Journal of Social Research, 1. <https://cutt.ly/7Nwj0Az> (Дата звернення: 1.07.2022)
55. Faidiuk, O., & Liakh, T. (2021, May). Comparative Analysis of Social Services Provided to Female Combatants and Veterans in Ukraine and Abroad. In SOCIETY. INTEGRATION. EDUCATION. Proceedings of the International Scientific Conference (Vol. 3, pp. 243-253). <http://journals.rta.lv/index.php/SIE/article/view/6382>(Дата звернення: 10.05.2022)
56. McFarlane A.C. Relationship between psychiatric impairment and a natural disaster: The role of distress // Psychological Medicine. — 1988. — V. 1 8 . - P . 129-139
57. Klymchuk V. Motivational dimensions of life events’ perception: Toward an individual motivational mapping on self-determination theory basis // Education Science and Psychology. – 2014. – № 2 (28). – P. 78 – 92.

**ДОДАТКИ**

**Додаток А**

Опитувальник симптомів для учасників бойових дій

- Відмітьте тілесні прояви, які ви відчуваєте після участі у бойових діях:

* головні болі,
* посилене серцебиття,
* підвищений артеріальний тиск,
* понижений артеріальний тиск,
* потіння,
* судоми,
* нудота,
* запаморочення, непритомність,
* тремтіння, поколювання в пальцях,
* відчуття напруги м'язів,
* підвищена втомлюваність,
* відчуття слабкості,
* неспроможність розслабитися,
* біль у різних частинах тіла,
* втрата/підвищення ваги.

- Відмітьте поведінкові прояви, які ви відчуваєте після участі у бойових діях:

* втрата апетиту, переїдання,
* порушення сну,
* погані сни, кошмари,
* уповільнена мова,
* прискорена мова,
* труднощі у спілкуванні,
* підвищена конфліктність/ імпульсивність,
* уникнення думок і почуттів,
* уникнення всього, що нагадує про травму,
* проблеми в сім'ї (спілкування, взаємодія),
* соціальна самоізоляція,
* низька продуктивність діяльності,
* сексуальна дисфункція,
* зловживання алкоголем,
* зловживання психоактивними речовинами.

- Відмітьте емоційні прояви, які ви відчуваєте після участі у бойових діях:

* підвищена тривожність,
* страх,
* дратівливість або спалахи гніву, агресія,
* немотивована пильність,
* надмірні полохливі реакції,
* апатія, байдужість,
* відчуття туги, смутку, депресії,
* втрата інтересу до життя, радощів,
* відчуття самотності,
* відчудженність,
* почуття провини,
* почуття образи,
* власна неспроможність,
* проблеми переживання позитивних емоцій,
* незадоволення собою, оточенням.

- Відмітьте когнітивні прояви, які ви відчуваєте після участі у бойових діях:

* проблеми з пам'яттю, забудькуватість,
* повторне переживання подій (спалахи),
* нав'язливі думки, спогади, флешбеки,
* порушення логіки,
* порушення абстрактного мислення,
* часті помилки, неуважність,
* труднощі з концентрацією уваги,
* самозвинувачення або звинувачення інших,
* самозвинувачення або звинувачення інших,
* роздуми про помсту,
* роздуми про відновлення справедливості,
* втрата сенсу життя.

- Чи маєте/мали суїцидальні думки / гоміцид (шкода собі/шкода іншим):

* заперечую думки про суїцид у минулому й тепер,
* маю суїцидальні думки,
* мав суїцидальні думки в минулому,
* маю думки нашкодити собі,
* маю/в думки нашкодити іншим,
* маю план нанести шкоду собі (іншим).

**Додаток Б**

**Індивідуальний план психологічної реабілітації**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Дата, час надання послуг | Форма роботи  (індивідуальна/ групова) | Вид послуг | Зміст/ завдання, яке вирішується |
|  | Індивідуальна | Консультування | Встановлення контакту. Визначення психоемоційного стану дитини. |
|  |  | Інформування | Загальна психоедукація чинників виникнення проблеми та пояснення процесу реабілітації. |
|  |  | Супровід та підтримка | Техніки саморегуляції. Дихальні вправи на стабілізацію психоемоційного стану та розслаблення. |
| 2) | Індивідуальна | Консультування | Визначення психоемоційного стану клієнта порівняно з попереднім сеансом. |
|  |  | Діагностика | Обстеження за типовими формами та аналіз і формулювання проблеми |
|  |  | Супровід та підтримка | Техніки саморегуляції. Дихальні вправи на стабілізацію психоемоційного стану та розслаблення. |
| 3) | Індивідуальна | Консультування | Оцінка та аналіз змін у психоемоційному стані клієнта. |
|  |  | Діагностика | Додаткові психодіагностичні обстеження та формулювання проблеми і побудова цілей психологічної реабілітації |
|  |  | Супровід та підтримка | Техніки саморегуляції. Прогресивна нервово-м’язова релаксація по Джекобсону. |
| 4) | Індивідуальна | Консультування | Обговорення актуальної життєвої ситуації та самовідчуття. Уточнення запиту та цілей психологічної реабілітації. |
|  |  | Інформування | Психоедукація причин виникнення проблеми, створення реабілітаційного плану та побудова терапевтичних стосунків |
|  |  | Супровід та підтримка | Техніки саморегуляції. «Безпечне місце». |
| 5) | Індивідуальна | Консультування | Обговорення актуальної життєвої ситуації та самовідчуття. Визначення симптомів ПТСР, які заважають у мирному житті |
|  |  | Інформування | Алгоритм повернення з війни додому. Психоедукація |
|  |  | Супровід та підтримка | Техніки саморегуляції. Вправа «Ключ». |
| 6) | Індивідуальна | Консультування | Обговорення актуальної життєвої ситуації та самовідчуття. Переорієнтація на дім. Маркери «дому». |
|  |  | Інформування | Обговорення кроків, які потрібно зробити. |
|  |  | Супровід та підтримка | Вправа «Колесо емоцій». |
| 7) | Індивідуальна | Консультування | Обговорення актуальної життєвої ситуації та самовідчуття. Пошук ресурсів для досягнення реабілітаційних цілей та виконання реабілітаційного плану. |
|  |  | Інформування | Діагностика провідних та дефіцитарних ресурсів за мультимодальною моделлю BASIC PH |
|  |  | Супровід та підтримка | Вправа «Я через рік». |
| 8) | Індивідуальна | Консультування | Обговорення актуальної життєвої ситуації та самовідчуття. Актуалізація внутрішніх ресурсів клієнта. |
|  |  | Інформування | Розвиток дефіцитарних ресурсів. Тренінг комунікативних та когнітивних навичок подолання стресу та невизначенності. |
|  |  | Супровід та підтримка | Вправа «Емоції живуть в моєму тілі». Конструктивний прояв та відреагування емоцій. |
| 9) | Індивідуальна | Консультування | Обговорення актуальної життєвої ситуації та самовідчуття. Аналіз випадків та агресивних спалахів у поведінці клієнта. |
|  |  | Інформування | Обговорення механізмів виникнення агресії. |
|  |  | Супровід та підтримка | Вправа «Думка-емоція-дія». Як розірвати коло агресії. |
| 10) | Індивідуальна | Консультування | Обговорення актуальної життєвої ситуації та самовідчуття. Аналіз результатів та цілей реабілітації. Побудова нових цілей клієнта. |
|  |  | Інформування | Найближча та віддалена перспектива та цілі клієнта. |
|  |  | Супровід та підтримка | Техніка емоційної свободи. Вправа «Енергія». |