

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
МАРІУПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ПРАКТИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

До захисту допустити:

В.о. завідувача кафедри

 Ірина ДЕСНОВА

(ПБ завідувача кафедри)

«08» січня 2024р.

**«Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям в сучасній
Україні»**

Кваліфікаційна робота здобувача вищої освіти другого (магістерського) рівня вищої освіти освітньо-професійної програми «Практична психологія»

Федоришеної Валентини

Володимирівни

Науковий керівник:

Блашкова Олена Миколаївна

кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри практичної психології

Рецензент:

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології та педагогіки
Горлівського інституту іноземних мов
Державного навчального закладу
«Донбаський державний педагогічний
університет»

Дуткевич Тетяна Вікторівна

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою 75 С
Секретар ЕК Анастасія ВАГАБОВА
«20» лютого 2024 р.



Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ.....	6
1.1. Травмуючі ситуації: поняття та їх ознаки.....	6
1.2. Робота психолога з військовослужбовцями – етичний аспект.....	25
Висновки до розділу 1.....	34
РОЗДІЛ 2. ПРИНЦИПИ ТА РІВНІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ (ДІАГНОСТИКА СТАНУ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ). МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	37
2.1. Керівні принципи та рівні підтримки психологічної допомоги військовослужбовців.....	37
2.2. Результати діагностики емоційного стану військовослужбовців під час перебування у військовому шпиталі.....	45
2.3. Методичні рекомендації подолання наслідків психотравмуючих ситуацій військових.....	63
Висновки до розділу 2.....	71
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	80

ВСТУП

Перебування на війні є найбільш екстремальною ситуацією, під час якої людина безперервно знаходиться в сильному емоційному стресі, долаючи його вольовими зусиллями, наслідком чого є зміни у її фізичному і психологічному стані. Більшість учасників бойових дій страждають на нервово-психологічні розлади за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень. Інші наслідки проявляються через кілька місяців після повернення до мирного життя. За даними клінічних досліджень, в учасників бойових дій у 2–3 рази вищою є імовірність гіпертонічної хвороби, гастриту, виразки шлунку, фобійних реакцій порушення сну, розладів статевої сфери, розвиваються межові психічні розлади.

Довготривале знаходження в зоні бойових дій є одним із визначальних чинників того, що у бійців виникає «стійка соціально-психологічна дезадаптація», а результати травми можуть виявитися раптово або через тривалий час, на фоні загального зовнішнього добробуту людини, причому погіршення стану може ставати дедалі більш вираженим.

ПТСР є однією з найбільш частих і несприятливих форм психічних порушень у осіб, що пережили життєвонебезпечні ситуації, та займають центральне місце в числі так званих нових пограничних психічних розладів, що виокремлюють в останнє десятиліття.

Вплив травматичних подій розповсюджується не тільки на тих людей, які безпосередньо постраждали, а й набагато ширше, ефекти травматизації охоплюють їх сім'ї, оточення, працівників рятувальних служб тощо. Головними особливостями сучасних екстремальних подій, які склались зараз в Україні, є той факт, що від надзвичайних подій потерпає безпрецедентно велика кількість громадян; військові події мають непрогнозований тривалий характер; негативного інформаційно-психологічного впливу зазнає практично все населення країни.

Складні психопатологічні порушення, безумовно, потребують істотної корекції існуючих підходів до їх лікування, яка має знайти своє відображення

в нових стандартах надання медико-психологічної та психіатричної допомоги жертвам екстремальних подій воєнного часу. Це, в першу чергу, стосується підходів до діагностики, лікування та профілактики різноманітних психічних порушень, що виникають внаслідок травматичних подій, а також системи надання психологічної та психіатричної допомоги військовослужбовцям, які безпосередньо переживали психотравмуючу ситуацію та є вразливою верствою населення України.

Об'єкт: психологічна допомога військовослужбовцям.

Предмет: особливості надання психологічної допомоги українським військовослужбовцям.

Мета: проаналізувати психологічні особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям під час перебування у шпиталях України

Завдання:

1. Визначити сутність поняття психологічна травма.
2. Проаналізувати сучасні теорії надання психологічної допомоги військовослужбовцям України;
3. Емпірично дослідити емоційний стан військовослужбовців під час перебування у військовому шпиталі
4. Розробити методичні рекомендації подолання наслідків психотравмуючих ситуацій військових

У нашому дослідженні було використано для досягнення мети **методи** теоретичного аналізу та синтезу, класифікації, аналогії та узагальнення, аналізу наукових джерел, систематизації вивченої інформації, тестування, математичної обробки отриманих даних, статистичного аналізу; емпіричні методи – методика діагностики .

Теоретико-методологічною основою дослідження виступили наукові праці іноземних та вітчизняних вчених: вплив травмуючих подій на особистість: І. Гадецька, І. Гаркуша, Б. Іваненко, В. Кайко, Т. Кириленко О. Кокун., В. Крайнюк, С. Ларіонов, Н. Лозінська, Е. Носенко, В. Олійник, І. Пішко, О. Саннікова, М. Сириця Т. Титаренко С. Хоружий.

Зарубіжні вчені Р. Лазарус, Г. Сельє, Б. Фолкман досліджують проблеми впливу психотравмуючих ситуацій та здатність особистості успішно їх долати.

Апробація результатів науково дослідження. Результати дослідження відображено у науковій публікації:

1. Федоришена В. До проблеми розмежування понять: травмуючі події, психологічна травма та психічна травма в житті особистості (подана до друку).

Структура кваліфікаційної роботи: робота складається зі вступу, 2 розділів, висновків, списку використаних джерел (48), додатків і вміщує: 3 таблиці, 2 рисунки (діаграм). Загальний обсяг роботи складає 87 сторінок, з них текстова частина – 80 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ

1.1. Травмуючі ситуації: поняття та їх ознаки

Дослідження змісту надання психологічної допомоги військовослужбовцям в Україні займає одне із центральних місць у сучасній психології. Вивчення ряду особливостей реалізації цієї допомоги, для зазначеної категорії громадян є вкрай важливим аспектом наукових досліджень, оскільки набутий досвід військового стресу має хронічну причину і тенденцію до поступового погіршення із плином часу.

Адже наявна ситуація широкомасштабної війни, визначається як кризова, важка травмуюча подія у житті кожного українця, особливо у тих людей які проживали або продовжують проживати на територіях де відбуваються бойові дії чи в зоні окупації.

Ситуація війни є травмуючою як у прямому так і в переносному значеннях. Адже людина може отримати травму не лише психологічну, а й фізичну. Та більшість цивільних громадян та військовослужбовців України відчують такі негативні наслідки війни як-от вплив на психіку, загальну активність чи життєдіяльність. Саме психологічні особливості впливу травмуючих подій на життєдіяльність кожної людини, є предметом дослідження екстремальної психології.

Важливим є розуміння того факту, як саме особистість сприймає травмуючі події, адже такі переживання мають негативні наслідки на психіку людини та її життєдіяльність. Як підкреслюють С. Ставицька та Н. Улько, саме від того, як особистість сприймає травмуючі події і яким чином вона впоралася із стресом «залежить, чи стане для неї ця подія травмою, чи навпаки, ресурсом для особистісного розвитку» [38, с. 297].

Про це також зазначається в дослідженнях В. Зливкового, С. Лукомської, О. Федана де, «будь які стимули, які сприймаються індивідом, як стресові, обов'язково будуть викликати фізіологічні та психологічні наслідки шкідливого характеру» [9, с. 23].

Перед тим, як ми розглянемо основні поняття нашого дослідження, варто зазначити українських науковців, в наукових працях яких розглянуто вплив травмуючих подій на особистість: І. Гадецька, І. Гаркуша, Л. Гридковець, Б. Іваненко, О. Запорожець, В. Кайко, Т. Кириленко, О. Ковальчук, О. Кокун, Л. Кондратенко, В. Крайнюк, С. Ларіонов, Н. Лозінська, Л. Манилова, В. Невмержицький, Е. Носенко, В. Олійник, Т. Палієнко, І. Пішко, Н. Пророк, О. Саннікова, М. Сириця, Т. Титаренко, С. Хоружий, Л. Царенко, О. Чекстере та ряду інших.

Зарубіжні вчені Дж. Креймеєр, Р. Лазарус, Г. Сельє, Б. Фолкман досліджують проблеми впливу психотравмуючих ситуацій та здатність особистості успішно їх долати.

Дослідження того, як людина сприймає травмуючі події, а саме вивчення індивідуальних, психологічних чинників, від рівня сформованості яких залежить успішність прийняття рішень у кризовий момент, вміння адаптуватися до ситуації долаючи наслідки травмуючих подій, адекватність прояву адаптивної поведінки – все це є тими аспектами, які потребують подальшого наукового дослідження фахівцями психології.

Адже від того, як саме людина сприйматиме травмуючу подію буде залежати формування і прояв її поведінки в конкретній ситуації та подальший вибір способу подолання наступних травмуючих наслідків.

Сам факт сприймання травмуючої ситуації є фактором її констатації в момент існування, після чого людина приймає відповідне рішення як сприймати та ставитися до подій, які відбулися. Зрозуміло, що людина може користуватися як раціональними підходами вирішення важких ситуацій так і запереченням події, що відбувається, униканням того, щоб визнати, що дана подія сталася і потребує вирішення її наслідків.

Здійснивши ґрунтовний аналіз наукових публікацій [2, 3, 4, 8, 11, 12, 36, 42, 45], ми виявили наступні типові прояви сприймання людиною травмуючих подій:

- Демонстративне ставлення, що проявляється ігноруванням та перебільшенням ситуації, яка виникла;

- Продуктивне сприймання, що виявляється у сприйнятті себе та тієї ситуації в якій людина опинилася, таке сприймання передбачає наявність природної довіри до життя;

- Стратегія пошуку адаптивної поведінки, яка допомагає успішно вирішувати проблеми і зберегти належний рівень ресурсів здоров'я та життєдіяльності індивіда.

Як зазначають Б. Іваненко та Т. Кириленко, *сприймання травмуючих подій* може проявлятися:

- загальним розумінням травмуючої події, яка здатна призводити до порушення встановленого життєвого способу буття, до руйнації прийнятого укладу психічного світу особистості;

- типологічним розумінням травмуючої події, як критичною (негативною), тобто ситуацією, яка пов'язана з окремим періодом життя, що локалізована у часі й просторі і вимагає певних зусиль для адаптації та зміни всього життя чи окремих його частин;

- типологічним розумінням травмуючої події, тобто екстремальної, що виникає внаслідок настання небезпеки для існування людини в межах повсякденного життя [11, с.68; 12].

Українські дослідники О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська, В. Олійник, С. Хоружий, С. Ларіонов, М. Сириця визначають такі два аспекти переживання людиною травмівних подій:

перший аспект – той, що лежить на поверхні, він є руйнівним і проявляється у вигляді розладів, що пов'язані з травмою та стресом, тобто гострий стресовий розлад (відповідно до DSM-5) та посттравматичний

стресовий розлад (ПТСР); та інших розладів (депресія, генералізований тривожний розлад тощо);

другий аспект – це зростання (За Дж. Бріером), проявляється тоді коли людина «пройшла та пережила власну травму».

На стадії першого аспекту людина може переживати стан ізоляції, хронічних психопатологічних змін особистості, тощо. Під час проживання другого аспекту, навпаки, людина усвідомлює життя по-новому, змінюються погляди на світ та оточуючих людей. Власне перехід від першого аспекту до другого – досить непростий шлях, на якому вкрай важливою є надання якісної психологічної допомоги [14, с.8-9].

Враховуючи вищезазначене, можемо зауважити, що все це є порушенням нормальних умов життя через зовнішні впливи на особистість, до яких й відносяться впливи епідемії та війни.

Приділяючи увагу вивченню *чинників*, які впливають на сприймання травмуючих подій, В. Корольчук виокремлює наступні:

- когнітивний фактор, що проявляється через недостатній рівень необхідної інформації, негативний прогноз ситуації та почуттям безпорадності перед проблемою;
- надмірний вплив складних, психогенних чи фізичних чинників, які значно перевищують адаптаційні можливості особистості, виснаження адаптаційних можливостей організму через високу тривалість власне стресогенного фактору;
- та індивідуально-психологічні чинники, що проявляються низькою емоційною врівноваженістю, не стабільністю, високою невротизацією, завищеним роздратуванням, напруженням, проявами високої тривожності [17; 16,с, 159-160].

Особливості сприймання травмуючої події залежать від самої події. Наприклад, природні, екстремальні ситуації, ті, які не залежать від діяльності людини (повінь, землетрус та ін.) люди часто «переживають» набагато легше,

порівняно з антропогенними. Оскільки усі природні ситуації люди сприймають як «волю Божу» не відчуваючи власної провини та прямої причетності.

Що ж до ситуації війни, збройних конфліктів, що мають характер екстремальних подій антропогенного типу, то у людей найчастіше переважають такі емоції як гнів та лють, відкрита агресія, які проявляються у власній поведінці, намагаючись знайти винуватця.

На адекватність сприймання травмуючих подій впливають і соціальні чинники, такі як підтримка соціуму, матеріальне та фінансове становище, попередній досвід особистості.

Н. Абрамович, Н. Муранова, С. Ягодзінський виділяють такі *чинники*, які мають вплив на сприймання індивідом травмуючих подій:

Зовнішні – такі чинники, які стосуються конкретної події, оточуючого середовища та не залежать від особистості;

Соціальні – соціальна підтримка, соціальні ресурси, відносини з членами родини та іншими навколишніми;

Індивідуально-психологічні – ті, які властиві конкретній особистості, що проявляються у прийнятті рішення, сприйманні людей та подій, визначають активність поведінки в момент подолання стресових ситуацій [1, с. 15].

Можемо зазначити, що одним із найвагоміших є індивідуально-психологічний чинник, як здатність до розуміння, усвідомлення та прийняття необхідних рішень для переживання травмивних подій.

Як зазначає А. Ляшевич, «важко та неможливо проконтролювати кожен стресову ситуацію у житті, але можна контролювати свою реакцію на стрес, як би це не було важко. Тож основним принципом боротьби зі стресами, травмуючими ситуаціями є постійний самоконтроль», свідоме ставлення до себе і до того, що відбувається навколо [20, с. 328].

У дослідженнях І. Ващенко та Б. Іваненко висвітлено основні *способи* безпосереднього *психологічного реагування* людиною на травмуючу ситуацію у момент її виникнення і впливу:

- *Автоматичне реагування*, коли «вмикаються» егозахисні тенденції як схильність до соціального ізолювання, занурення у себе, замикання у внутрішньому світі; можливо виникнення самодеструктивного типу поведінки (самозвинувачення, шкідливі звички); як активізація системи психологічних захистів людини, що проявляється в раціоналізації, уникненні, придушенні думок та емоцій, пристосування та покірності обставинам;

- *Свідоме реагування*, проявляється актуалізацією психологічного потенціалу та застосуванні психологічних ресурсів, завдяки чому виникає можливість створенню конструктивних способів подолання важкої ситуації [3, с,34].

Враховуючи те, що у людини є природні можливості для здійснення найбільш адекватного вибору необхідної поведінки у момент травмуючої події, підкреслимо, що такі можливості забезпечуються власне загальним ставленням до відповідних життєвих ситуацій.

У класифікації ставлень особистості до травмуючої події Т. Кириленко виокремила наступні типи:

1) *позитивне ставлення* – намагання «підтримати» розпад усталеного способу життя, що було до травмуючої події, за відсутності ресурсів для повноцінного функціонування в поточному стані. Інколи, травмуючі події сприяють позитивним змінам у функціонуванні сім'ї, стосункам з друзями, тощо;

2) *пасивне ставлення*, яке може реалізовуватися за принципом «як є, так добре», «хай буде, як є», «аби не гріше»;

3) *негативне ставлення* – коли виникає страх руйнування усталеного способу життя, постійною тривогою за майбутнє, розгубленістю, не розумінням реальної ситуації, відсутності знань що і як можна вирішити;

4) *конструктивне ставлення* – сприймання травмуючої події як своєрідного сигналу або стимулу до необхідних змін [12; 13, с,34].

Як підкреслює Т. Кириленко, наявне конструктивне ставлення притаманне зрілій, свідомій особистості, що може трансформувати

проживання травмуючої події у сміливий вчинок, сприймати її як рушійну силу, що веде до зміни особистості і травмуючої ситуації [13, с.35].

Помірна адекватність переживання екстремальних ситуацій, пов'язана із такими поняттями як психологічний захист та копінг-стратегії, про це зазначає Т. Кириленко коли людина «виявляється в емоційному переживанні горя, страждання та печалі, власне ця ситуація вимагає і свого проживання та переживання її, як виходу зі стану наявної дисгармонії» [12, с.179].

Досліджуючи здатність особистості максимально ефективно подолати стреси та складні життєві події, українські науковці Г. Хомич та О. Ткач виділяють такі рівні подолання травмуючих ситуацій людиною.

Таблиця 1.1

Рівні подолання травмуючих ситуацій (за Г.Хомич та О.Ткач)

Рівень	Опис подолання
1	2
1 рівень	Рівень, який обирають ті люди, що переживають травмуючу подію і мають достатньо внутрішніх ресурсів для ефективного її подолання. Люди можуть реагувати незвичним чином на незвичайну ситуацію, інтегрують отриманий досвід та можуть з вдячністю вийти з ситуації з почуттям власної життєдіяльності та цілісності. Люди можуть потребувати незначну психологічну допомогу, виконують вправи на рефлексію та самоаналіз, завдяки чому їх психічний стан значно покращується
2 рівень	На цьому рівні люди переживають травмуючі події, які обрали шлях її заблокування, витіснення із сфери свого усвідомлення. Дана стратегія може тимчасово допомогти справитися із складними переживаннями, але при виникненні наступної є ймовірність, що незавершена минула травмуюча подія знову буде загострена та буде впливати на сприймання поточної ситуації. Варто звернутися за допомогою психолога.
3 рівень	Цей рівень обирають люди, які в момент реагування і переживання травмуючих подій, не здатні самостійно впоратися і потребують кваліфікованої психологічної допомоги. Займана позиція може бути пов'язана з недостатньо сформованими фізичними та емоційно-вольовими ресурсами, через негативні життєві сценарії, які перешкоджають подоланню фрустрації, тривожності тощо [43, с.155].

Здійснивши ґрунтовне дослідження проблеми чинників, які впливають на сприймання людиною травмуючої ситуації, способів психологічного реагування особистістю на них, охарактеризувавши можливе ставлення до травмуючих подій та проаналізувавши запропоновані науковцями рівні їх

подолання, вважаємо, за потрібне розглянути основні поняття нашого дослідження.

Будь яка подія, яка сприймається людиною, як загроза її життю чи здоров'ю, або впливає на перебіг повноцінної життєдіяльності сприймається людиною як травматичною подією або ж важким потрясінням.

Історично так склалося, що розвиток психології, як науки не можливий без досліджень різного роду ставлень та переживань особистості. Тому, цілком зрозуміло, що відоме сучасності, вивчення негативного, патогенного впливу травматичних переживань сягає свого коріння ще з середини ХІХ ст.

Враховуючи усі історичні події, які відбулися на теренах нашої держави з моменту її виникнення і аж до подій ХХ та ХХІ ст.ст., таких як Чорнобильська катастрофа та десятирічна, широкомасштабна російська війна проти українського народу, стає цілком зрозуміло про зростаючий інтерес сучасних психологів, науковців щодо вивчення понять *психічна травма*, *психологічна травма*, *посттравматичний синдром* та їх вплив на поведінку і життєдіяльність людини.

Дещо забігаючи наперед, зазначимо, що поняття *психотравма*, *психічна та психологічна травма* розглядаються під кутом зору медичного, психологічного та клініко-психіатричного підходів. Коротко розглянемо деякі із них.

З точки зору *психологічного підходу*, травмуюча подія розглядається як ситуація взаємовпливу особистості та середовища, де головну роль відіграють суб'єктивні фактори, що оточують людину: переживання, усвідомлення та розуміння ситуації людини та безпосереднє ставлення до неї. На думку У. Томаса, *травмуюча подія* трактується як «визначення ситуації, в процесі її аналізу та свідомого обмірковування», де провідна роль належить суб'єктивному ставленню до ситуації, яка формується в індивідуальній свідомості [18, с.8].

Тобто, опираючись на *психологічний підхід* розуміємо, що зміст поняття *психічна травма*, але не психотравма, розуміється як психічне

переживання особистості, що має значення для життя та діяльності людини загалом, але не як короткотривала реакція чи стан «афекту».

Коротко охарактеризувавши *медичний підхід* трактування *психічної травми* варто зазначити, що увага звертається на наступні фактори:

1. якщо травмуюча ситуація виходить за межі попередньо набутого досвіду людини;
2. травмуюча подія має тенденцію повторюватися і регулярно «переживається» індивідом;
3. ситуація, яка викликає травму та переживання викликає уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, дещо схоже на зціпіння загальної чутливості;
4. будь яка травмуюча подія стимулює стійкі симптоми підвищеного збудження, якого не існувало до моменту травми.

Зрозумілим є подібність у твердженнях зазначених підходів, щодо присутності травматичних переживань. Під поняттям *переживання* розуміється рефлексія психотравмуючої ситуації та її включення в особистісний досвід людини, тобто це ключовий процес переходу від критичної ситуації до розвитку та реалізації життєвих потреб та перспектив, в процесі усвідомлення та розуміння травмуючої ситуації, як такої, що відбулася і залишилася в минулому [18, с.6].

Як зазначає Л. Паливода узагальнене трактування власне поняття «*психічна травма*» в науковому світі з'являється наприкінці XIX ст. в публікаціях З. Фрейда, Д. Брейера [4, с.69; 28]. Хоча у медичній літературі поняття «психічна травма» відсутнє, все ж згідно з медичним підходом, психічна травма є надто сильним, руйнівним переживанням (жаху, страху) через ті події в житті людини, які сприймаються нею як загроза її життю та безпеки, і виникнення такої травми відбувається через певну подію, яка виходить за межі життєвого досвіду особистості.

Що ж до психологічного підходу, Л. Паливода підкреслює, *психічна травма*, є порушенням цілісності функціонування психіки, викликане тією

ситуацією, що суб'єктивно інтерпретується як така, яку неможливо здолати через брак захисних механізмів, через що й виникають глибокі емоційні переживання. Важливим є не сам факт наявності, існування травмуючої ситуації, а процес її переживання та інтерпретації індивідом [28, с.69].

Авторка підкреслює важливість розуміння розподілу психічної травми на *психологічну та психічну*, оскільки будь яка травмуюча ситуація може викликати або не викликати психологічну травму в індивіда, що в свою чергу залежить від суб'єктивної значущості ситуації та системи механізмів психологічного захисту і інтерпретації цієї ситуації особистістю. Проте, найважливішою рисою є те, що виникнення травми завжди пов'язане із переживанням тих надзвичайних, негативних та інтенсивних подій які відбуваються в житті особистості [28, с.69].

У сучасному тлумачному психологічному словнику В. Шапара *травма психічна* – трактується як різноманітні ушкодження психіки, які порушують її нормальний стан, породжують психічний дискомфорт і є причиною виникнення неврозів та інших захворювань. Причини і симптоми психічних і нервових захворювань утворюються як залишки, осад і сліди афективних переживань, які сильно впливають на психіку, діяльність психіки і поведінку особистості [44, с.546].

У тому ж словнику, зазначено, що за З. Фрейдом, *травма психічна* являє собою переживання, що призводить за короткий час до такого сильного збільшення подразнення, що звільнення від нього або його нормальна переробка не вдаються, від чого можуть наступити тривалі порушення у витраті енергії. Походження травми пояснюється переважно як наслідок психічного конфлікту, породженого зіткненням двох сил — лібідо, що занадто розрослося, і занадто суворого заперечення сексуальності, або витіснення [44, с.547].

У психологічному словнику В. Синявського, О. Сергеєнкова *травма психічна* – це травма, що виникла в результаті дії на психіку людини особисто значущої інформації. Яка здатна через недостатність механізмів

психологічного захисту і при наявності певних рис особистості призвести до розвитку психічного захворювання [37, с.311].

На думку Л. Паливоди, визначення *психічна травма*, є станом дуже сильного переляку, який переживає людина, коли зустрічається із раптово загрозовою подією. І ця подія переважає можливості людини, адже є неконтрольованою і не має можливості для ефективної реакції. Така ситуація є своєрідним проривом людського захисного бар'єру, який захищає людину та її психіку. Через це виникають тривога, нервозність, агресія, апатія, відчуття невизначеності та безпорадності [28, с.70].

Колектив авторів [20, с.22; 5, 19, 21, 33] розмежовуючи дані поняття, зазначає, що під час *психічної травми* спостерігаються помітні порушення нормального функціонування психіки, непередбачувані події загрожують життю людини. А от при *психологічній травмі* таких порушень не буде, але змінюються базові переконання та життєві цінності людини.

Події, які переживає особистість є загрозовими для неї самої або ж вона їх інтерпретує як загрозові: втрата усталеного способу життя, втрата житла, рідних, близьких людей, розлучення, тощо. В результаті, людина набуває дистресу (виснаження), кризи або важкого емоційного стану. Усе вищезазначене, автори підкреслюють як суттєві відмінності між поняттями *психічна* та *психологічна травми*.

Що ж до визначення поширеного поняття «*психологічна травма*» варто зазначити, що воно широко трактується у рамках розвитку теорії посттравматичного розладу і кризової психології [22, с.22].

Що ж до трактування поняття «*психотравма*» автори зазначають по існування додаткового терміну «*травмівний стрес*», що має додатковий виснажливий вплив на людину:

- *психотравма* – подія, яка викликає важкий психологічний стрес, який супроводжується почуттям жаху страху та безпорадності;

- психотравма – це болісний та патогенний вплив на індивіда, який провокують зовнішні подразники. При цьому виникають переживання та страждання [22, с.22].

Вивчення змісту поняття психотравма сягає початку ХХ ст., а вже у 1952 році Американська психіатрична спільнота включила її в класифікацію DSM – II визначаючи як «реакцію на сильний емоційний і фізичний стрес». Що в свою чергу відобразило змістовні витoki понять психотравма.

Через 16 років ця діагностична категорія була вилучена з класифікації, але ті проблеми, які переживали військовослужбовці В'єтнаму, знову привернула увагу фахівців психології. Саме тому, у 1980 році зазначений діагноз повернувся до американської класифікації DSM – III – але вже під назвою «посттравматичний стресовий розлад».

Опираючись на дані вітчизняної психіатрії, в публікаціях Міжнародної класифікації хвороб (МКБ-10), була виділена рубрика F-43 - як реакція на важкий стрес і порушення адаптації [36, с.2].

В сучасній психологічній науці, поняття психологічної травми використовується в рамках психології екстремальних ситуацій, психології стресу, психології конфлікту тощо.

У словнику-довіднику Т. Титаренко, зазначено таке трактування *психологічної травми* (психотравма, грец.Psyche – душа, trauma - пошкодження) як залишкові явища афективних переживань особистості, які зумовлені зовнішніми подразниками і спричиняють психічний дискомфорт, виявляючи патогенний вплив на особистість. Згідно з метафоричним визначенням, *психотравма* це будь яке потрясіння психіки, що виявляє сильний вплив на функціонування особистості і її подальший розвиток [39, с.102; 40].

На думку Л. Заграй, трактування поняття «психологічна травма» у сучасній психологічній науці є мало вивченим. Авторка підкреслює, що психологічна травма ґрунтується на суб'єктивній інтерпретації ситуації, де є можливість контролю та реакції на неї, знижуючи її невизначеність та

вразливість. Тобто, це є реакція людини на життєві обставини, які викликають тривалі емоційні переживання негативного характеру. Під визначенням переживання ситуації розуміється її інтерпретація, рефлексія на ту подію, яка й зумовила цю травму [6, с.102].

Враховуючи все вищезазначене зазначимо, що *психологічна травма*, *психічна травма* або ж *психотравма* це є та життєва подія, яка пов'язана з психотравмуючою дією навколишнього середовища або гострими емоційними міжособистісними взаєминами, які викликаються сильними переживаннями і нездатність суб'єкта до адекватної реакції, патологічні зміни в душевному житті.

Тобто, будь яка пережита травматична ситуація так чи інакше впливає на розуміння минулого, сьогодення і майбутнього. Адже набутий людиною травматичний досвід за інтенсивністю почуттів є співмірним з усім пережитим досвідом. Такого типу особистий досвід є найбільш важкою подією в житті будь якої людини, що ділить «до» і «після».

Психологічна травма викликає втрату віри у те, що життя організовану згідно з порядком і його можливо контролювати.

Щодо ж до причин, які викликають психологічні травми, на думку Ю. Семенової, можна звернутися до класифікації фруструючих причин С. Розенцвейга, як універсальних психотравмуючих факторів:

1. позбавлення – зовнішні (матеріальні, соціальні) та внутрішні (психологічне самообмеження, комплекс неповноцінності);
2. втрата (зовнішніх або внутрішніх об'єктів);
3. конфлікти (зовнішні та внутрішні) [36, с.4].

На думку В. Зликова, С. Лукомської, О. Федан, «будь які стимули, які індивід трактує, як стресові, викликатимуть фізіологічні та психологічні наслідки шкідливого характеру» [9, с.297].

Для здійснення належного дослідження, вважаємо за потрібне розглянути трактування понять «*подія*» та «*ситуація*».

Під розумінням поняття «ситуація» мається на увазі взаємовплив особистості та середовища, де головна роль належить суб'єктивним чинникам, тобто переживанню, розумінню та власне ставлення людини до ситуації.

Під поняттям «подія» мають на увазі вплив зовнішніх чинників на особистість [22, с.24].

Характеристиками *травмівної події* є те, що вона відбувається несподівано, не очікувано – пожежа, травма, нещасний випадок, тощо.

Травмівні події поділяються на *монотравми* (аварія) та *мульти травми* (декілька травмуючих подій діють одночасно). Під поняттям *політравма*, розуміється власне поєднання або комбінація декількох травм.

Коли людина переживає *політравми*, у неї виникають суттєві розлади життєво важливих функцій організму, людину важко продіагностувати, поставити відповідний діагноз та призначити лікування. Часто виникає інвалідність та смертельні випадки.

До такого типу травми призводять чинники, які можуть не діяти в один і той самий момент. Тому визначені особливості *політравм*:

- *синдром взаємного обтяження* – шоківий стан, як реакція людини на множинну травму, при цьому важко перебиваються травмівні ситуації та гірший прогноз їх подолання;
- коли існує *поєднання різних травм* – утруднюється терапевтичний процес;
- під час переживання такого типу травми, у людини часто *виникають супутні розлади* та важкі ускладнення;
- часто виникає *нечіткість симптоматики*, що негативно впливає на діагностику [22, с.25];

Зрозуміло, що наслідки від пережитих людиною політравм та мульти травм є важчими, ніж від переживання однієї, монотравми.

- Науковці розглядають також поняття «*повторювана травма*», це такого роду травма, яка має часове продовження, триває певний період, як-от

насилля в сім'ї, війна, постійний обман чи зрада від близької людини. Тобто, це той тип життєвої ситуації, який повторюється періодично [22 с.25];

Під поняттям «ситуації», автори [там само] дають наступне визначення – *життєва ситуація особистості*, життєдіяльність людини, що складається із сукупності обставин, що визначають поведінку людини безпосередньо чи опосередковано. Таким чином спрямовуючи людину на індивідуальний розвиток.

З психологічної точки зору «ситуація», є інтегральною характеристикою потреб та діяльності конкретної людини відповідно до можливостей, ресурсів (здоров'я, професійної підготовки) щодо характеру завдань і проблем, які стоять перед людиною і які вона розв'язує, в конкретних життєвих умовах [22, с.25; 23, 24].

Розглянемо *типи життєвих ситуацій*, що визначаються рівнем їхньої суб'єктивної складності та впливу на психічне здоров'я людини:

1. *Комфортні ситуації*, які потребують мінімальних затрат енергії людини. За таких ситуацій задовольняються головні актуальні потреби людини і вона може природно відновлюватися;

2. *Ситуації повсякденного життя*, проблемні, ті які вимагають вибіркового психічного та фізичного напруження. Ці ситуації належать до стресових. І лише за рахунок особистісних та соціальних чинників буде відомо, як вирішиться дана проблемна ситуація або адаптацією до обставин або дистресом. Зрозуміло, якщо не має адаптації то людина швидко виснажується. Коли відбувається позитивне вирішення проблемної ситуації, людини швидко відновлюється природним шляхом.

3. *Важкі ситуації* ті, які надзвичайні, екстремальні. Викликають велике навантаження на людину, виснажують її енергетичний потенціал. Основними чинниками виснаження є небезпека, несподіваність, невідомість, новизна, високий рівень завдань інтелектуальної чи психофізичної складності, постійна необхідність поєднувати та виконувати кілька завдань одночасно, що вимагає додаткових затрат ресурсів.

До важких життєвих ситуацій належать:

- *Стрес*, тобто неспецифічна реакція організму на ситуацію, такі ситуації які потребують певної функціональної перебудови організму та адаптації;
- *Фрустрація*, такий стан людини, при якому неможливо досягнути поставленої цілі навіть за наявності мотивації. Перешкодами досягнення цілей можуть бути зовнішні та внутрішні чинники (фізичні, біологічні, психологічні, соціокультурні, матеріальні);
- *Конфлікт*, спосіб розв'язання суперечностей в певних інтересах особистості, який виходить за межі норм та правил поведінки, часто супроводжується негативними емоціями;
- *Криза* складна, важка та небезпечна ситуація, що «породжує дефіцит смислу в майбутньому», коли стає не можливо реалізувати свої прагнення, мотиви та цінності, тобто те, що викликається внутрішньою необхідністю.

4. *Гіперекстремальні ситуації*, такого типу ситуації, за яких на людину діє надмірне навантаження, що значно перевищує адаптаційно-компенсаторні можливості організму та психіки, в свою чергу викликаючи руйнування психічного здоров'я [22, с.27-28].

Вважаємо за доцільне розглянути поняття «*екстремальна*» та «*надзвичайна*» ситуація, які часто вважаються синонімами. А сукупність таких ситуацій є *небезпечними ситуаціями*.

Під *надзвичайною ситуацією* розуміється обстановка на певній території, що виникла в результаті аварії, природного явища, катастрофи, що може призвести до людських жертв, шкоди здоров'ю, знищенню довкілля та завдати великих матеріальних і моральних втрат, порушуючи звичні умови життєдіяльності людини. Це такі ситуації, які визначаються як масштабні, небезпечні, екстремальні, що несуть тяжкі наслідки для людини або довкілля.

Екстремальна ситуація, є сукупністю умов та обставин, які виходять за рамки звичайних, ускладнюють та роблять неможливою звичну

життєдіяльність людини або ж соціальних груп. Такі ситуації є особливо складними, небезпечними, коли поєднуються кілька несприятливих умов. Та вимагають додаткових ресурсів та сил для самозахисту людини [22, с.29].

Головною ж відмінністю між надзвичайними та екстремальними ситуаціями є джерело їх походження. Так, для надзвичайних ситуацій характерним є природні явища, аварії, техногенні катастрофи, що призводять до людських жертв, тощо. Що ж до джерела виникнення екстремальних ситуацій, то головними чинниками тут є людина, її діяльність та суспільство. Враховуючи масштабність обидва типи ситуацій поділяють на: загальнодержавні, регіональні, місцеві та об'єктові. [22, с.29].

Тому, важливо виділити **воєнні надзвичайні ситуації**, що існує в межах екстремальної ситуації, в якій опинилася наша країна. Така ситуація характеризується застосуванням сучасних засобів ураження населення України. Серед такого типу ураження виділяють ядерну, хімічну, біологічну зброю, яка вкрай негативно впливає на довкілля та призводить до масштабної загибелі людей, тварин, рослин, непоправної руйнації еко- та біосистеми нашої держави.

Саме в межах надзвичайних або екстремальних ситуацій виникають *колективні психічні травми*, така травма, яку отримала група людей будь якого розміру, внаслідок впливу соціальної, техногенної чи екологічної катастрофи, дії злочинних, політичних суб'єктів.

Тому й серед основних *причин* набуття суспільством такого типу *колективної психічної травми* виділяють:

- війну;
- геноцид;
- катастрофи (техногенні, гуманітарні);
- стихійні лиха (екологічні катастрофи);
- соціальні революції і перевороти;
- депортації або вигнання груп людей;
- обмеження свобод великих груп людей (рабство, полон);

- політичні, релігійні репресії;
- терористичні акти;
- вбивство, трагічна загибель суспільних лідерів

Таким чином, переживання колективної травми мають *психологічні наслідки* такі як: соціальна фрустрація; загострення психологічних проблем; соматичні захворювання; постравамівні стресові та супутні розлади, тощо [22, с.30-31; 23, 24].

Певною мірою, такого типу переживання колективних травм можна послідувати у військовослужбовців, які проходили військову службу безпосередньо у зоні бойових дій, та/або отримавши поранення перебувають на лікуванні у шпиталях.

На думку українських авторів О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінської, В. Олійник, С. Хоружий, С. Ларіонова, М. Сириці, військовослужбовці та учасники бойових дій часто вирізняються характерними особливостями, що виявляються у певних психічних станах, процесах, властивостях, поведінці. Це, насамперед, можуть бути підвищена дратівливість, схильність до поганого настрою, нетерплячість, підвищена реактивність, напруженість, ознаки депресії, підвищена стомлюваність, апатичність, тривожність, страх, фобічні реакції, почуття провини [27, с.7; 14].

Такого плану особистісні переживання призводить до виникнення відчуття вираженого стомлення й нестачі енергії, підозрливості, ослаблення пам'яті, труднощів концентрації, захопленості спогадами про війну, симптомів посттравматичних стресових розладів, несприятливих особистісних змін, соціально-психологічної дезадаптації, обмеження комунікацій, асоціальної поведінки, проблем побутового та медичного [27, с.8].

Таким чином, здійснивши ґрунтовний аналіз основних понять нашого дослідження *психічна травма* та *психологічна травма*, стало відомо про відсутність чіткого розмежування між ними.

З висвітлених наукових поглядів авторів, виявлено, що головна думка стосується власне розуміння процесів, які відбуваються в психіці людини під час переживання травмуючих подій. Спільним є те, що виникнення травм пов'язані із певними обставинами життя людини, подіями, які виходять за межі попереднього досвіду індивіда викликаючи при цьому вкрай болісні переживання, відчуття безпорадності та жаху.

Враховуючи вищезазначене щодо визначення основних понять нашого дослідження та їх трактування, вважаємо за необхідне окреслити основні завдання надання психологічної допомоги військовослужбовцям як під час виконання обов'язків так під час проходження реабілітації:

- вивчення особливостей виникнення, проходження ефективності психологічних заходів, що здійснюються під час надання допомоги військовим;
- власне організація та безпосереднє проведення заходів щодо надання психологічної допомоги військовим при отриманій бойовій психічній травмі, при пораненнях, захворюваннях;
- організація профілактики розвитку психічних розладів військовослужбовців в бойових умовах;
- запобігання розвитку та прояву адиктивних відхилень у військових;
- організація та проведення психодіагностичних заходів із військовими, які потребують підвищеної психологічної допомоги та супроводу;
- організація та проведення психокорекційної роботи, психологічного консультування, необхідних заходів психопрофілактичної та психогігієнічної спрямованості;
- організація та реалізація психологічного супроводу військовослужбовців у період проходження військової служби;

- надання якісної, кваліфікованої психологічної допомоги військовим, які несуть бойове чергування, учасникам бойових дій та різного роду надзвичайних ситуацій;
- організація психологічної просвітницької діяльності.

Перелічені завдання діяльності психолога, який працює із військовослужбовцями, зокрема етичний аспект роботи, будуть розглянуті у наступних розділах та параграфах нашого дослідження.

1.2. Робота психолога з військовослужбовцями – етичний аспект

Враховуючи тривалу напружену, невизначену ситуацію, в якій перебувають військовослужбовці є усі підстави для надання ефективної та якісної психологічної допомоги. Важливою є надання допомоги саме у зміцненні стресостійкості, життєстійкості, формуванню та подальшому розвитку адаптивних стратегій поведінки військовим, які допоможуть впевнено долати наслідки набуті від травмуючих ситуацій, обирати оптимальні рішення проблем у майбутньому.

Та не менш важливим є дотримання психологом етичного аспекту під час звичайного спілкування з військовими, консультування, проведення діагностики та різного роду терапій.

В цьому процесі значне місце займає характер, динаміка, своєрідність міжособистісних взаємовідносин військового та психолога. Вагоме значення мають і особистісні якості психолога.

Так, найважливішим етапом надання якісної психологічної допомоги є момент встановлення психологічного контакту і довіри між психологом та військовим. А це, в свою чергу вимагає врахування фахівцем певних особливостей.

Варто зазначити, що військові під час спілкування керуються правилами поведінки в бою і власне питання довіри є найважливішим. Адже військовий під час бойових дій дотримується правила недовіри, тобто вважає усіх ворогами, доки не переконається в протилежному. Саме тому тривалість

встановлення ефективного спілкування психолога та військового може бути значно довшою. Інколи, саме перша зустріч та бесіда може бути вирішальною [27, с.12].

Психолог має володіти навичками, що полегшують процес встановлення первинної комунікації. Категорично заборонено тиснути на військового, аби він «почав» розмовляти.

Досить часто серед військових зустрічаються такі особистості, які «все знають», сумнівні, що приховують реальну інформацію. Самостійно намагаються вирішити свої проблеми, створюючи власні ілюзії правоти.

Військовим, з рентною орієнтацією, властива занижена самооцінка, можливо займають позицію жертви та переоцінюють власні сили. Головним у роботі психолога це не допускати підтримувати такого типу демонстративну поведінку, через яку військові не здатні самостійно протистояти життєвим труднощам [27, с.13].

В процес консультування військових можлива неадекватність реакцій при будь-якій взаємодії з оточуючими і з психологом у тому числі. Поведінка таких людей може бути агресивною, спілкування супроводжується роздратуванням та ймовірними конфліктами.

У військових може спостерігатися неконтрольований гнів та роздратування, зростаюче відчуття, що не має тієї людини «яка може його зрозуміти». Часто виникає невмотивована підозрілість, настороженість, тривожність, несприйняття слів психолога та його підтримки.

Таким чином, працюючи із військовослужбовцями психолог має дотримуватися ряду умов.

Взаєморозташування психолога та військового в процесі консультування є вкрай важливим елементом організації «простору бесіди». Важливим є варіант посадки клієнта і консультанта – навпроти один одного, під невеликим кутом, для того щоб погляди обох перехрещувалися під кутом 120 [27, с.13]. Сам контакт очима психолога з військовим має займати лише 25-30% загального часу консультування. При цьому важливо, щоб

військовий сидів спиною до стіни і в його полі зору були вікна та двері кабінету психолога чи кімнати.

Займана дистанція має бути з дотриманням «особистого простору» обох учасників консультування. І цей особистий простір може змінюватися залежно від розвитку подій та від стосунків між учасниками. Дотик психолога до військового може трактуватися вкрай негативно як спроба встановити контроль над клієнтом. Якщо ж дотик необхідний, психологу варто запитати дозволу у військового [27, с.14].

Під час консультування психологу важливо спостерігати за так званими спонтанними реакціями, емоціями, будь якими невербальними проявами військового, за усіма змінами, під час обговорення важливих тем. Необхідно фіксувати мінімальні зміни пози тіла, міміки обличчя, рухів, зміни голосу, які проявляє військовий [27, с.14].

Варто зазначити, що прояв опору та захисту від військового є нормальною реакцією в процесі консультування, аде саме вони допомагають людині уникнути хворобливих переживань, забезпечуючи певну емоційну стабільність та внутрішню рівновагу [27, с.14]. Власне опір може проявлятися в позі тіла, рухах та в погляді. Військові можуть демонструвати пильність погляду, спрямованого на психолога. Тому консультант має бути готовим в будь-який момент надати психологічну допомогу клієнту.

Не менш важливим, є врахування психологом того факту, що психолог може мати при собі зброю, задля відчуття власної безпеки. Психолог повинен дотримуватися спокійної поведінки та рівноваги.

Ще на самому початку бесіди, психолог має поінформувати військового про дотримання конфіденційності, аби заспокоїти.

Саму ж консультацію варто розпочати із пошуку позитивних спогадів в умовах війни, намагатися починати нову зустріч із хороших, веселих підтримуючих слів та спогадів [27, с.15].

Зрозуміло, що більшість військових налаштовані разову консультацію, тому психолог не має вимагати подовження зустрічей, поки сам клієнт не

запропонує наступну. Для цього консультант має поінформувати військового про можливість кількох консультацій.

Важливим є розуміння психологом надання допомоги клієнту. з боку інших фахівців Якщо виникає така необхідність, консультант має надати чітку інформацію військовому про фахівців юридичної, медичної, психіатричної сфери [27, с.16].

У разі успішної консультації, коли клієнт виявив бажання нової зустрічі, психологу варто дати просте у виконанні домашнє завдання. Обов'язково обговорюючи його виконання чи невиконання під час наступної зустрічі. Необхідно заздалегідь обговорити час та дату наступної зустрічі з клієнтом, таким чином підвищення шанс того, що військовий дотримається домовленості.

Зрозуміло, що надання психологічної допомоги військовослужбовцям потребує часу та професійності з боку психолога, адже це процес нерівномірній та інколи, суперечливий [27, с.17].

Спілкування із травмованими клієнтами може викликати у психолога негативні реакції, спричиняючи травматичне контрперенесення, але спеціаліст має дотримуватися правил зобов'язання не зловживати владою, поважати автономію клієнта, не контролювати поведінку та життя військового.

Виділяють наступні контртрансферні реакції психолога:

- переживання, що пов'язані із порушенням стосунків з оточуючим, подібні до переживань військового (недовіра, песимізм);
- виникнення почуття безпорадності, через емпатійний контакт з військовим (виникнення у психолога відчуття власної некомпетентності або ж навпаки всемогутності);
- розвиток емоційної ідентифікації з негативними емоціями військового (агресією) до тих, хто не захистив та спровокував такі негативні переживання;

- виникнення ідентифікації з переживаннями клієнтом горя, коли психолог відчуває те саме;
- переживання ідентифікації психолога з почуттями «зловмисника»
- знецінення емоційного стану клієнта, його історій, дій, зневага до його безпорадності;
- переживання таких емоцій, як «провина свідка», «неушкоджений спостерігач» за подіями, які не торкнулися психолога. Таке переживання може викликати некоректну поведінку та появ непрофесійності з боку психолога, через бажання якомога краще допомогти військовому [27, с.18-19].

Варто зазначити, що робота цивільного психолога з військовослужбовцями вимагає врахування ряду аспектів, особливостей, які характеризують військову діяльність. До них належать повага та дбайливе ставлення між військовими, дотримання підпорядкованості, субординації; відповідальність за прийняття рішення; напружений психологічний стан військових, тощо [27, с.20].

Важливо дотримуватися структурування проведення консультації, чіткого часу, дати, місця, врахування особистого досвіду клієнта.

Під час роботи з військовими, психолог має володіти певним правилами роботи:

1. **Правило – ніяких почуттів та емоцій** – людина має загострити свої відчуття, але не має виявляти свої почуття;
2. **Правило – зупинка в хаосі** – коли навколо відбувається хаос, невідомо що відбувається, варто зупинитися, лягти на землю, завмерти і відчутти себе, озирнутися, щоб зрозуміти ситуацію;
3. **Правило – реагуй, коли тобі щось загрожує** – реакція на звук.
4. **Правило, пов'язане з особистою безпекою військового - нікому не довіряй, нічому не довіряй.**
5. **Правило – завжди плануй заздалегідь.**
6. **Правило – довіряй лише перевіреним людям** [27, с.22].

Успіх будь-якого консультування виявляється у встановлених довірчих стосунках між клієнтом та психологом, без цього не можливо вирішити проблеми. Жодні психологічні техніки які застосує психолог не дадуть потрібного результату, якщо не має довіри.

Ефективність консультаційної роботи прямо залежить від уміння психологом обрати доцільні форми та методи роботи, враховуючи специфіку та особливості клієнта. Не варто перетворювати консультацію на «просто розмову». Важливо, щоб клієнт не сприймав психолога як чарівника, який буде швидко вирішувати проблеми.

Розглянемо наступні ***правила роботи з демобілізованим учасниками бойових дій:***

1. Учасник бойових дій – це захисник;
2. Не варто застосовувати термін «герой» до ветерана, оскільки завдання психологічної допомоги відновити життєвий потенціал військового, але не цінувати його лише здійснений за одноразовий вчинок;
3. Розуміти те, що демобілізований учасник бойових дій ніколи не зможе повернутися до «себе колишнього». Адже військові, які повернулися з війни – це змінені особистості і потребують нового сприйняття себе соціумом;
4. Заборонено стигматизувати ПТСР або інший розлад і одночасно стимулювати його до кризового зростання;
5. Розуміти, що зростання після кризового травмівного досвіду відбувається не автоматично, а опирається на ресурси внутрішнього та зовнішнього потенціалу ветерана;
6. Варто навчати ветеранів технікам саморегуляції, регуляції емоцій (агресії);
7. Потрібно максимально активізувати у ветерана позитивне ставлення до себе, віру у власні сили, мріяти і досягати поставлених цілей;
8. Психолог має чітко розуміти власні ресурси під час надання психологічних послуг ветеранам;

9. Під час консультування необхідно чітко розрізняти рівні потреб та бажань військового, для того щоб визначити належний рівень наданої психологічної допомоги спектр комунікативних методів і стратегій [27, с.39-41].

Надання допомоги військовослужбовцям у спеціалізованих медичних та реабілітаційних закладах України має здійснюватися за рекомендаціями офіцерів-психологів та фахівцями медичних установ, про що зазначається у розробленій військовими психологами інструкції протоколів з надання психологічної допомоги військовослужбовцям [4, с. 9].

Враховуючи вищезазначене зауважимо, що наступний процес психологічної реабілітації військових ветеранів є складним та довготривалим процесом, покликаним сформувати активне, усвідомлене ставлення до необхідності відновлювати власний стан психічного благополуччя.

Безпосереднє завдання психологічної реабілітації полягає у поступовому відновленні функціонального стану організму, нормалізації емоційної, моральної, етичної та мотиваційної сфери особистості, що забезпечуватиме не лише військову працездатність, а й можливість повернутися до мирного життя.

Л. Гридковець підкреслює, що спектр завдань під час надання психологічної реабілітації цивільним людям та військовослужбовцям набув значного розширення. Надходять запити, що стосуються корекцій поведінки чи емоційної сфери особистості, які пережили сильні травмуючі ситуації, різного роду психотравчумі події; допомоги особам із прогнозованою інвалідністю, із психічними порушеннями, девіантною поведінкою, тощо. Все це потребує надання якісної кваліфікованої психологічної допомоги фахівця [24, с.12].

Наразі, в сучасній Україні працює велика кількість закладів, де військовослужбовці мають можливість пройти реабілітацію. Усі заклади поділяють на різні типи: медичної реабілітації, медико-соціальної, психологічної та спеціалізованої за нозологіями (нейрореабілітації,

травматично-ортопедичної), фізичної, різні центри для учасників АТО-ООС та учасників бойових дій.

У сучасній психологічній діяльності значне місце належить реабілітації та надання кваліфікованої терапії саме військовослужбовцям, які безпосередньо є учасниками бойових дій та ветеранів, які перебувають або перебували на лікуванні у шпиталях.

Найвищим рівнем стресу, переживання травмуючої ситуації, яку проживає людина є безпосередня участь у бойових діях, коли є постійний ризик власним життям та здоров'ям.

Вивчення психологічного стану військових, з можливістю здійснення діагностики та надання якісної психотерапевтичної допомоги все більше привертає увагу сучасних науковців. І, особливо актуальності ця проблематика набула ще з початку 2014 року аж до сьогодні.

Що ж до вивчення проблеми психологічної реабілітації у учасників бойових дій, Ю. Бриндіков у своїх дослідження розглядає теорію і практику реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій у системі державних соціальних служб, аналізує вікові особливості адаптації учасників бойових дій до цивільного, мирного життя [24, с.559].

В полі зору О. Мельник також лежить дослідження індивідуальних особливостей адаптації учасників бойових дій до суспільства та мирного життя [24, с.258].

О. Шелестова вивчала медико-психологічні чинники розладів, які впливають на військово-професійну адаптацію учасників бойових дій, авторкою розглядалися механізми формування, маркери, система психологічної допомоги та необхідної корекції [24, с.217].

Важливість на розвитку та подальшому вдосконаленню системи медичної реабілітації, її медико-соціальне обґрунтування військовослужбовців на регіональному рівні підкреслювала у своїх працях І. Гайда [24, с.180]

Враховуючи поданий вище матеріал, про актуальність розуміння суті понять психічна та психологічна травми, травмуюча ситуація та подія, про необхідність надання військовослужбовцям та ветеранам кваліфікованої психологічної допомоги, можемо підкреслити те, що малодослідженою залишається проблема особистого заохочення людини на проходження психологічного консультування і терапії.

Принципи та рівні надання психологічної допомоги військовослужбовців , а саме процедура діагностики стану емоційної сфери військовослужбовців, які перебувають у шпиталях України буде розглянуто у наступному розділі дослідження.

Висновки до розділу 1

За результатами здійсненого ґрунтовного аналізу основних понять нашого дослідження таких як «*психічна травма*», «*психологічна травма*», «*психотравма*», «*травмуюча подія*», «*травмуюча ситуація*», можемо зазначити, що це є та подія у житті військового, яка пов'язана з особистим переживанням психотравмуючої дії навколишнього середовища або гострими емоційними міжособистісними взаєминами, які викликаються сильними переживаннями і нездатністю суб'єкта до адекватної реакції, що викликають патологічні зміни в психіці.

Прожита військовим травматична ситуація так чи інакше впливатиме на розуміння та сприйняття минулого, сьогодення і майбутнього. Адже набутий людиною травматичний досвід за інтенсивністю почуттів є співмірним з усім пережитим досвідом.

Також були розглянуті типові прояви сприймання людиною травмуючих подій, Б. Іваненко та Т. Кириленко, так визначили *сприймання травмуючих подій*: як загальне розуміння травмуючої події (може порушитися усталений спосіб життя); типологічне розуміння травмуючої події (негативна ситуація, яка пов'язана з окремим періодом життя і вимагає певних зусиль для адаптації).

В. Корольчук, Н. Абрамович, Н. Муранова, С. Ягодзінський приділяють увагу вивченню *чинників*, які впливають на сприймання травмуючих подій: *Зовнішні* (конкретна подія), *Соціальні* (соціальна підтримка); *Індивідуально-психологічні* (властиві конкретній особистості).

Розглянуто класифікацію Т. Кириленко ставлень особистості до травмуючої події : позитивне ставлення (намагання «підтримати» розпад усталеного способу життя); пасивне ставлення («як є, так добре», «хай буде, як є»); негативне ставлення (страх руйнування усталеного способу життя);

конструктивне ставлення (сприймання травмуючої події як своєрідного сигналу або стимулу до необхідних змін).

Більшість військовослужбовців психологічно нездатні самостійно повернутися в систему соціальних зв'язків і норм мирного життя, тому постає потреба в спеціалізованому наданні соціальної та психологічної допомоги.

Колектив авторів під керівництвом Н. Пророк, даючи характеристики та розмежовуючи основні поняття нашого дослідження зазначають, що під час *психічної травми* спостерігаються помітні порушення нормального функціонування психіки, непередбачувані події загрожують життю людини. А от при *психологічній травмі* таких порушень не буде, але змінюються базові переконання та життєві цінності людини.

Опираючись на важливість розуміння надання психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам, нами було розглянуто й етичні аспекти безпосередньої роботи під час консультування та терапії.

Було охарактеризовано певні правила організації, підготовки, проведення бесіди із дотриманням усіх умов комфорту для військових та конфіденційності.

Працюючи з військовими, цивільний психолог має чітко знати, розуміти та дотримуватися певних правил поведінки та спілкування з учасниками бойових дій, ветеранами які знаходяться на лікуванні у шпиталях. Адже для кожної категорії військових розроблені протоколи надання психологічної допомоги залежно від актуальної ситуації в момент її надання.

Психологічна допомога, яку надає фахівець військовим, які перебувають безпосередньо у зоні бойових дій, або ж ветеранам які перебувають у шпиталях чи завершили стаціонарне лікування є вкрай важливо і має відповідати нормам, правилам Етичного кодексу психолога.

Важливо дотримуватися особливостей спілкування з військовими, враховуючи емоційний стан напруженості, підозрливості та підвищеної схильності до прояву агресивної поведінки.

У наступному розділі нами буде розглянуто діагностичний матеріал за допомогою якого, психолог який безпосередньо працює з військовими, здійснює первинну діагностику емоційного стану військових, які перебувають на лікуванні у шпиталях до одного місяця та більше одного місяця. Врахування змін в емоційній сфері вкрай важливо для надання якісної психологічної допомоги людям, які її потребують.

РОЗДІЛ 2. ПРИНЦИПИ ТА РІВНІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ (ДІАГНОСТИКА СТАНУ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ). МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

2.1. Керівні принципи та рівні підтримки психологічної допомоги військовослужбовців

Першим етапом, перед наданням кваліфікованої психологічної допомоги військовослужбовцям, як зазначають колектив авторів Н. Пророк, О. Запорожець, Дж. Креймеєр та інші, є психологічна діагностика.

Застосовуючи доречно підібраний діагностичний інструментарій можливо проведення якісного скринінгу людей, які постраждали від травмуючих ситуацій. Серед груп інструментів виділяють такі *скринінгові опитувальники*, якими оцінюють травмування та міри впливу травмивного досвіду на людину, вони є швидкими та доступними у роботі. Інші інструменти які можуть використовувати підготовлені лише фахівці для поглибленої діагностики [23, с.86; 22].

У навчальному посібнику, колективу авторів Л. Царенко, Т. Вебер, М. Войтович, Л. Гриценко, В. Кочубей, Л. Гридковець презентовано загальні, базові принципи надання психологічної допомоги людям, які пережили психотравмуючі ситуації.

Так, посилаючись на рекомендації Міжвідомчого постійного комітету, створеного Генеральною Асамблеєю ООН, варто організовувати заходи, спрямовані на *мінімальне реагування*, тобто найперші кроки, пріоритетні

першочергові заходи, які варто реалізовувати якомога швидше під час кризових ситуацій [47, с.9;].

Коротко розглянемо запропоновані керівні принципи МПК у системі мінімального реагування під час надзвичайної ситуації.

1. *Права людини та справедливість* – передбачає дотримання прав людини; справедливість та недискримінація щодо наявності та доступності психічної та соціально-психологічної підтримки для потерпілих згідно до виявлених проблем та потреб. Зазначене є важливо передумовою психологічної допомоги в екстремальних ситуаціях.

2. *Участь громади* - максимальне залучення населення, для організації будь яких заходів із соціально-психологічної підтримки людей. Даний принцип також передбачає створення таких умов, які б дозволили різним групам потерпілих максимально зберегти та відновити контроль над прийняттям рішень, що впливають на їхнє життя, закласти принцип «місцевого відчуття відповідальності».

3. *Принцип «не зашкодь»* - де одним із пунктів є розвиток культурної делікатності та компетентності щодо надання психологічної допомоги; оновлення інформацію щодо доказової бази стосовно ефективних практик;

4. *Орієнтування на наявні ресурси та можливості* – передбачає сприяння зміцненню місцевого потенціалу, підтримки можливості самопомоги, здатності до самостійного розвитку і зміцнення вже доступних ресурсів;

5. *Інтегрування системи підтримки* – заходи і програми інтегруються в загальну систему підтримки, наприклад, механізми підтримки спільноти, загальні медичні послуги, загальні послуги в галузі психічного здоров'я, соціальні послуги, тощо.

6. *Багаторівневість*, передбачається, що характер психоціальної підтримки та психологічної допомоги визначається власне самою ситуацією, її особливістю, потребами самого постраждалого [47, с.11-13].

Враховуючи вищезазначені загальні принципи надання психологічної та психосоціальної допомоги особам, які пережили травмуючі ситуації, варто розглянути власне ті принципи, дотримання яких, сприятиме здійсненню якісної психодіагностичної роботи.

Для того аби розпочати здійснювати психологічну діагностику, варто звернути увагу на власне процедуру діагностування. Процедура психодіагностики передбачає вміння фахівцем оцінити ситуацію, встановити довірливі стосунки з клієнтом, важливими є навички надання правильної, дозованої інформації та підтримки, вміння збирати інформацію про психічний та фізичний стан людини, тощо. Якщо психолог не буде дотримуватися принципів, правил проведення процедури, тоді буде неможливим здійснення якісної психодіагностики особи.

Саме тому, розглянемо деякі принципи, дотримуючись яких, психолог може здійснювати психологічну діагностику військовослужбовців.

Колективом авторів Н. Пророк, О. Запорожець, Дж. Креймеєр виокремлено наступні принципи роботи психолога з військовими:

1. *Принцип безпеки*, передбачає створення атмосфери безпеки для клієнта. Володіючи професійними знаннями та навичками, психолог має створити таку атмосферу психологічної та емоційної безпеки для клієнта, у якій відчувається безпека та спокій. Важливим є пояснення клієнту, щодо необхідності заповнення опитувальників, як важливої ланки для надання психологічної допомоги.

2. *Принцип зацікавленості* передбачає демонстрацію клієнту небайдужого ставлення, поваги, підтримки та турботи. Частина допомоги передбачає вирішення не лише психологічних проблем, а й допомоги у розв'язанні проблем соціальних, із працевлаштуванням, помешканням, допомога у вирішенні родинних проблем. Варто направити клієнта у ті організації, які можуть надати таку допомогу.

3. *Принцип мінімізації травми* передбачає створення таких умов, які б мінімізували ті переживання, що викликають повторне переживання

травм людиною. Потрібно ставити лише необхідні запитання, щоб отримати необхідну для психологічної допомоги відповідь. Необхідно мати на увазі схильність до підвищеної вразливості клієнтів до ситуації, яку вони пережили.

4. *Принцип відповідальності* передбачає певну відкритість та послідовність у діях самого психолога. Варто ставити клієнта до відома про перебіг та план діагностики, пояснити що і як буде відбуватися.

5. *Принцип конфіденційності* передбачає дотримання відповідності того, що інформація особистого характеру, яку повідомляє клієнт використовується лише в його інтересах.

6. *Принцип професіоналізму та професійної відповідальності* передбачає відповідальність психолога, як фахівця за ту роботу, яку він виконує, за пріоритетність надання кваліфікованої допомоги клієнту, незалежно від поведінки або реакцій самого клієнта.

7. *Принцип достатнього мінімуму* передбачає розуміння того, що не можна перевантажувати клієнта, наприклад пропонувати великі за обсягом опитувальники чи тести, особливо на етапі скринінгу. Психолог має послуговуватися лише тим інструментарієм, який допомагає вирішувати поставлені завдання.

8. *Принцип чіткого розуміння психологом межі професійної компетентності*, фахівець має усвідомлювати де закінчується «професійне» спілкування і починається «особисте».

Поруч із принципами роботи з клієнтами, існують кілька правил проведення психодіагностики, які не можна порушувати:

- Не можна діагностувати людину, яка перебуває у стані інтоксикації різного характеру. Потрібно допомогти клієнту і почати спілкування коли клієнт буде дієздатним;

- Не варто змушувати клієнта розповідати про те, що з ним відбувається і що вона відчуває, якщо клієнт не виявляє бажання до розмови;

- Не варто ставити запитання особистого характеру;
- Не варто говорити людині те, що вона має відчувати або як має поводитися [22, 24, 23, с.87-88].

Розглянемо рівні підтримки психічного здоров'я осіб, які постраждали від впливу надзвичайних ситуацій. Так, в організації роботи з військовими ключовим є розробка багаторівневих систем підтримки психічного здоров'я і надання власне психологічної допомоги. Рівні такої допомоги є взаємодоповнюючими та важливими.

Згідно із Керівництвом МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, виділяють **4 рівні підтримки психічного здоров'я** людини, яка пережила або переживає надзвичайні або екстремальні ситуації.

1. *Спеціалізовані послуги – додаткова підтримка, яка передбачає надання тієї допомоги, яку потребує конкретна особа (психологічна або психіатрична допомога людям, які мають серйозні розлади психіки), якщо необхідно тоді надається направлення на спеціалізовані служби;*

2. *Цільові неспеціалізована допомога – підтримка тих категорій людей, які потребують цілеспрямованої, індивідуальної, сімейної або групової допомоги; першу психологічну та базову психіатричну допомогу надають працівники первинної медико-санітарної допомоги;*

3. *Підтримка громади і сім'ї – заходи мають бути спрямовані на возз'єднання родин, підтримка в горюванні, сприяння проведення ритуалів, обрядів, дотримання традицій, тощо;*

4. *Базові послуги і безпека – задоволення потреби в необхідних умовах виживання, слід допомогти людям відчувати себе захищеними – відновлення безпеки та задоволення основних фізичних потреб; [47, с.14-15].*

Висвітлені вище чотири рівні стосуються підтримки психічного здоров'я та психосоціальної підтримки особистості в умовах надзвичайної ситуації.

Розглянемо рівні психологічної допомоги на етапі комплексного реагування, тобто коли закінчилася гостра фаза надзвичайної або екстремальної ситуації.

Керівництво МПК пропонує наступні стратегії вирішення проблем психічного здоров'я та надання психосоціальної підтримки, які варто реалізовувати ще до настання готовності до надзвичайних ситуацій і після того, як завершиться гостра фаза такої ситуації, тобто *комплексне реагування* [47, с.16-17].

На етапі *комплексного реагування* присутнє дотримання *принципу багаторівневості* – тобто, під час психологічної роботи має бути дотримання вимог до місця надання допомоги, підготовки фахівців, вимоги до реалізації різних заходів та форм психологічної допомоги, враховуючи соціальну ситуацію, потреби чи стан людини.

Таким чином, автори пропонують такі чотири рівні на етапі комплексного реагування після або під час екстремальної ситуації:

1. Рання психологічна допомога і/або соціально-психологічний супровід у перший місяць після зміни соціальної ситуації;
2. Соціально-психологічний супровід;
3. Психологічна реабілітація;
4. Комплексна медико-психологічна реабілітація [23, с. 17].

Як зазначають автори, такі форми надання психологічної допомоги, як психологічна підтримка, психологічна просвіта та інформування, а також психологічна діагностика проводяться на усіх рівнях, лише змінюється власне наповнення та суть матеріалу

Перший рівень. *Рання психологічна допомога* – надається саме у перший місяць після травмуючої події (4-30 діб).

Здійснюються наступні заходи:

- Стабілізація психічного стану, відновлення попереднього рівня функціонування;
- Запобігання розладам адаптації;

- Виявлення осіб, що потребують власне психологічної допомоги на інших рівнях.

Відповідно, до форм психологічної допомоги на першому рівні психодіагностика також належить. Проводять її для з'ясування особливостей актуальної ситуації саме в медичній, особистісній, психічній або професійній сферах. Таким чином можна з'ясувати проблематику, симптоми та психологічні розлади, а також його внутрішні та зовнішні ресурси [23, с.17].

Отже, *психологічна діагностика* допомагає визначенню психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей людини, через застосування комплексу стандартизованих валідних інструментів і процедур вимірювання, опрацювання та інтерпретації результатів. Після яких можна визначити, необхідні оптимальні шляхи психологічного або психотерапевтичного втручання. Психодіагностика може проводитися в індивідуальній або в груповій формах.

На даному рівні також передбачено реалізацію *психологічної підтримки* та *психологічної просвіти* і *інформування* людини [23, с.17-18].

На **другому рівні** здійснюється *соціально-психологічний супровід людей*, які зазнали впливу травм різної складності або працюють чи працювали у надзвичайній або екстремальній ситуації.

Заходи на даному рівні здійснюються задля психологічної підтримки осіб, які зазнали травматичного впливу або з метою сприяння:

1. Процесу адаптації та реадaptaції до нової соціальної ситуації;
2. Формуванню активної соціальної позиції;
3. Вирішення актуальних психологічних проблем;
4. Осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації тощо.

Авторами визначено наступні форми психологічної допомоги на другому рівні:

- Психологічна підтримка;
- Інформування;
- Психоедукація;

- Психологічні допомога;
- Індивідуальне консультування;
- Сімейне консультування;
- Групове консультування;
- Групова робота [23, с.18-19].

Третій рівень має назву *психологічна реабілітація* – тобто певна система заходів на відновлення або корекцію психологічних станів, якостей, тощо від тих подій, які пережила людина. Також важливим є створення сприятливих умов для розвитку та реалізації особистісних потреб.

На даному рівні автори пропонують такі заходи з метою:

1. відновлення або компенсації порушених психічних функцій, особистісних якостей, тощо;
2. конструктивної компенсації або відновлення психічних чи соціальних механізмів адаптації;
3. відновлення життєдіяльності та працездатності людини;
4. створення умов для повноцінного виходу з важких ситуацій [23, с.20].

На третьому рівні фахівцем проводиться психодіагностика та психотерапія постстресових симптомів та супутніх розладів, важливим є проведення спостереження після завершення активної фази лікування. Таким чином відповідно до запиту здійснюється усі форми психологічної допомоги та психотерапії.

На останньому, **четвертому рівні** – комплексної медико-психологічної реабілітації надається допомога:

- Якщо людина яка має психотравмівний досвід виявила бажання отримати таку допомогу;
- Коли наявні суттєві тілесні ушкодження/захворювання;
- Якщо людина має гостру реакцію на травмівну подію;
- Якщо людина постраждала за одним чи кількома розладами (схильність до суїциду, самопошкоджень, диференційними розладами, депресія, тощо).

Отже, для того щоб надати якісні психологічні послуги клієнту, у нашому випадку це військовослужбовці, фахівцю варто, відповідно на кожному рівні пропонуваної допомоги, дотримуватися як керівних принципів МПК у системі мінімального реагування під час надзвичайної ситуації, так і загальних принципів роботи психолога.

2.2. Результати діагностики емоційного стану військовослужбовців під час перебування у військовому шпиталі

Для виконання третього задання дипломної роботи нами було проведено емпіричне дослідження для здійснення якісної діагностики емоційного стану військовослужбовців.

Участь у дослідженні взяли 874 військовослужбовця різного рангу, віком від 19 до 59 років, з яких 3 особи жіночої статі. Вибірку склали військовослужбовці, які перебували у Вінницькій обласній клінічній лікарні ім. М. І. Пирогова Вінницької обласної Ради; Вінницькій міській клінічній лікарні № 1; Вінницькій центральній районній клінічній лікарні та Вінницькому обласному клінічному медичному реабілітаційному центрі ветеранів війни та радіаційного захисту населення.

Під час діагностики військовослужбовці перебували у різних відділеннях таких як, хірургія, урологія, травматологія, судинне, реабілітаційне, гастронологія, ЛОР, опікове, офтальмологія, реанімація, терапевтичне, дитяче та неврологічне. Військовослужбовці, які проходили діагностику, були уродженцями з різних областей нашої держави.

Емпіричне дослідження емоційного стану військовослужбовців під час перебування у військовому шпиталі було проведене з використанням двох видів анкет для скрінінгу травм (TSQ) (Hofmann A., Seidler G., Miska R. Und Hueg A.):

- **Анкета №1** (Додаток А) використовується у нещодавно поранених, якщо військовий повернувся з АТО (ООС) в період до одного місяця. У таких пацієнтів найчастіше спостерігаються гострі посттравматичні стани, такі як дезадаптація, бойовий дистрес чи гостра стресова реакція, з якими найбільш продуктивно може працювати психолог [48];
- **Анкета №2** (Додаток Б) використовується для військових, які знаходяться на лікуванні понад один місяць [23].

Дослідження проводилося упродовж 2022-2023 років. Усього взяли участь в обстеженні 874 військовослужбовців різного військового звання (табл. 1):

- 2022 рік – 540 військовослужбовців, віком від 20 до 58 років;
- 2023 рік – 334 військовослужбовці, віком від 19 до 59 років.

Таблиця 2.1

Кадровий склад військовослужбовців, які взяли участь в експерименті

Військове звання	Кількість осіб		Військове звання	Кількість осіб	
	2022	2023		2022	2023
Артилерист		1	Прапорщик	1	
Водій	1	7	Рядовий солдат	4	
Головний сержант	2		Сапер	2	
Гранатометник	1	4	Сержант	43	17
Кадровий офіцер		1	Снайпер		3
Капітан	5	8	Солдат	308	144
Командир відділу		1	Старший водій		1
Кулеметник	1	2	Старший кулеметник	1	
Лейтенант	8	3	Старший лейтенант	9	5
Майор		3	Старший майор		1
Матрос	2	2	Старший матрос	3	1
Молодший лейтенант	3	8	Старший навідник		1

Молодший сержант	38	34	Старший сержант	24	4
Молодший солдат		1	Старший солдат	71	64
Навідник		3	Старший стрілець	2	1
Начальник застави		1	Старшина	3	
Пантонер		1	Стрілець	3	12
Полковник	1		Штаб сержант	4	

Як зазначають автори посібника із психологічної роботи з військовослужбовцями, учасниками АТО на етапі відновлення О. Кокур, Н. Агаєв, І. Пішко І., Н. Лозінська та В. Остапчук, що кваліфікований психолог не лише займається тим, що заповнює стандартизоване інтерв'ю, а також веде бесіду на всіх етапах психологічного дослідження, в ході якої висуває або перевіряє гіпотези про особливості і причини поведінки клієнта.

Дані, отримані в ході бесіди, фіксує або сам психолог, або асистент. Психолог також може записувати інформацію після бесіди з пам'яті. Однак, і той, й інший способи фіксації інформації мають свої недоліки.

Якщо запис ведеться в ході бесіди, може порушитися довірливий контакт зі співбесідником. У цих випадках допомагає прихований аудіо- і відеозапис, але це породжує етичні проблеми.

Запис із пам'яті призводить до втрати частини інформації через неповноту і помилки запам'ятовування, які виникають внаслідок коливання уваги, інтерференції та інших причин. Частина інформації втрачається або спотворюється через те, що психолог іноді не може оцінити деякі повідомлення досліджуваного як більш значущі, а іншими знехтувати. Якщо запис бесіди проводиться вручну, то доцільно кодувати мовну інформацію [14, с.108]

Авторами зазначено, що однією з перших умов високої ефективності бесіди є ретельна підготовка до її проведення; друга вимога бесіди – її

невимушеність; третя умова - бесіда не повинна перетворитися в просте опитування [14, с.108-109].

Усім пораним було запропоновано Анкету №1 чи Анкету №2. Проведення опитування дозволило нам виокремити групу військовослужбовців з гострими психологічними станами, які потребували допомоги психолога, і з якими здійснювалася подальша робота.

Після отримання їх згоди на співпрацю саме з цією групою проводилася консультативна робота. Інші обстежені, які продемонстрували кращі результати (надали меншу кількість позитивних відповідей на запитання анкети), не потребували психологічної допомоги, проте за запитом їм також могла бути надана психологічна консультація. Група осіб з поганими результатами (багато позитивних відповідей на скрінінгові анкети) передавалася на контроль психіатра.

Анкета скрінінгу травм (TSQ) Брюін, 2002 TSQ — це скрінінг симптомів із 10 чи 7 пунктів, розроблений для використання з особами, які пережили всі типи травматичного стресу. TSQ базується на Шкалі симптомів посттравматичних стресових розладів – самооцінки (PTSD Symptom Scale - Self Report (PSS-SR; Foa et al., 1993) і містить пункти, спрямовані на діагностику повторного переживання та діагностику збудження.

Респондентів просять підтвердити ті події, які вони пережили принаймні двічі за останній тиждень. Автори Брюін та ін. (2002) рекомендували проводити скрінінг через 3-4 тижні після травми, щоб забезпечити нормальний процес відновлення. Позитивні результати скрінінгу слід оцінити за допомогою структурованого інтерв'ю на предмет посттравматичного стресового розладу.

Інструкція, яку пропонують обстежуваному: зверніть увагу на наступні реакції, які іноді виникають після травматичної події. Ця анкета стосується вашої особистої реакції на травмуючої події, яка сталася з вами. Будь ласка, вкажіть (Так/Ні), чи відчували Ви щонайменше двічі протягом останнього тижня щось із наведеного нижче.

Зразки пропонованих тверджень:

- *Тривожні думки, спогади про травмуючі події, що з'являються проти вашої волі.*
- *Поведінка або відчуття, ніби щось має статися знову.*
- *Тілесні реакції, наприклад, прискорене серцебиття, враження, що в животі щось перевертається, посилене потовиділення, запаморочення тощо під час спогадів про подію тощо.*

Анкета №2 призначена для скринінгу посттравматичного стресового розладу. Даний опитувальник входить до уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад».

На відміну від Анкети №1 ця Анкета №2 містить 7 запитань, які пропонують тим військовим, які знаходяться поза межами бойових дій понад один місяць. Тобто, Анкету №2 пропонують особам, які вже тривалий час перебувають на лікуванні або реабілітації у військових шпиталях та лікарнях.

Анкети №1 та №2 дозволяють встановити преконтакт з солдатом, який потрапив до лікарні після поранення під час воєнних дій. Наявність офіційного бланку анкети та посвідчення волонтера-психолога від воєнного шпиталю надає можливість встановити ієрархію стосунків при спілкуванні з пацієнтом.

Встановлення контакту розпочинається зі збору анкетних даних (ПІБ, номер військової частини, вік, звання, освіта, обов'язки, які виконувались на війні). Також з'ясовується, чи пацієнт мав попередній досвід бойових дій (в АТО), щоб з'ясувати ступінь стійкості психіки пацієнта відносно травмуючих подій, які доводиться спостерігати під час воєнних дій.

Збір інформації про тривалість безпосередньої участі в бойових діях дозволяє виявити орієнтовну глибину отриманої психологічної травми, встановити наявність зв'язків та дружніх стосунків, прив'язаностей в оточенні, у якому перебував солдат.

З'ясовується час, який минув після травмуючої події, щоб отримати уявлення про гостроту посттравматичного синдрому та обрати відповідний діагностичний інструментарій (анкету №1 чи №2).

Уточнюються особливості фізичного стану, зокрема, відчуття дискомфорту чи важкості, які турбують на момент опитування. Розмова проводиться у довільній формі, у сприятливій емоційній атмосфері, що дозволяє встановити довіру до психолога та перейти до скрінінгу травм згідно анкет TSQ.

Анкета №1 містить 10 запитань, з варіантами відповідей «Так» або «Ні». Анкета №2 – 7 запитань. Кількість відповідей «Так» свідчить про ступінь потреби у допомозі психолога.

Низький рівень психологічної травми (низька потреба в психологічній допомозі) діагностується при отриманні значень шкали **від 0 до 3**. Психолог може зробити висновок, що опитуваний на даний час має стабільний психологічний стан та не має гострої потреби у наданні психологічної допомоги.

Середній рівень психотравми (допомога психолога актуальна) визначається при значеннях шкали **від 4 до 7**. Опитуваний підлягає подальшому психологічному супроводу психологом, а також за необхідності (власним бажанням військовослужбовця) призначається додаткова консультація психіатра для додаткового медикаментозного лікування.

Високий рівень психологічної травми діагностується при значеннях шкали **від 8 до 10**. Військовослужбовцю призначається консультація психіатра для з'ясування потреби переведення респондента до психіатричного лікувального закладу.

Таблиця 2.2

Результати обстеження рівня психологічної травми, отриманої бійцем внаслідок участі у бойових діях та поранення

Рівень психотравми	К-ть позитивних відповідей	К-ть обстежених пацієнтів			
		2022 рік		2023 рік	
		час після поранення		час після поранення	
		менше місяця	більше місяця	менше місяця	більше місяця
Низький рівень	0	48	13	60	5
	1	60	22	46	11
	2	71	10	54	5
Середній рівень	3	72	11	41	3
	4	47	12	31	0
	5	48	2	24	1
	6	40	1	26	1
	7	31	1	5	1
Високий рівень	8	37	-	11	-
	9	14	-	6	-
	10	0	-	3	-

Для кращого представлення отриманих результатів скринінгу, нами було використано звичайну лінійчасту діаграму (рис. 1).

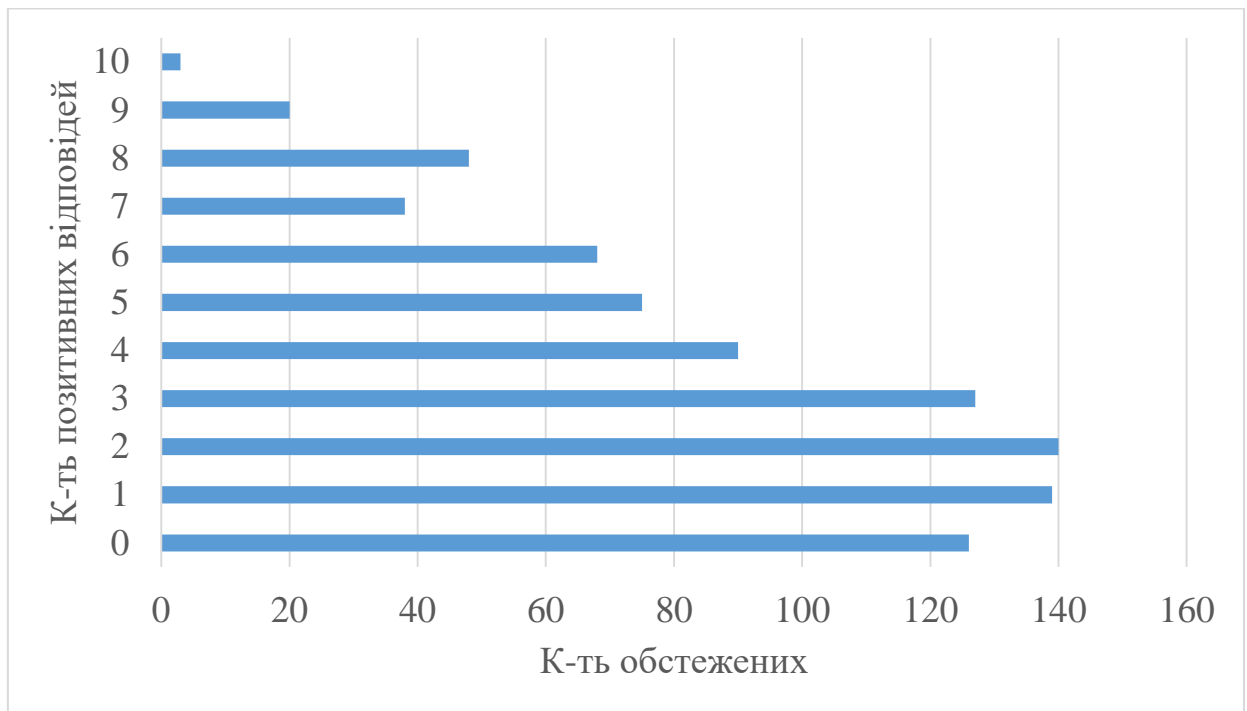


Рис. 2.1. Результати скрінінгового обстеження поранених військовослужбовців, осіб

З діаграми бачимо, що найчастіше військовослужбовці надавали позитивну відповідь від 0 до 3 разів – 405 відповідей. Такі результати є свідченням того, що ці опитувані не потребують глибокої психологічної або психотерапевтичної допомоги фахівців. Військовослужбовці скоріше самостійно здатні впоратися із власними емоційними переживаннями та станами.

При таких результатах обстеження військовослужбовець посміхається, має гарний апетит, бажання, жагу до життя, усвідомлення себе та плани на майбутнє. При наявності окремих дисфункцій сну, апетиту, настрою, опитуваний повністю усвідомлює їх залежність від свого психологічного стану та можливість його корекції завдяки спілкуванню із близькими, прогулянкам, сприятливим умовам для відновлення фізичного та психологічного стану.

Наприклад, *військовослужбовець М. після розмови з психологом запитує "Де у вас можна випити смачної кави?", "Куди можна сходити погуляти у вашому місці у вільний час?", "Які місця варто відвідати?" та ін.*

398 обстежених надали від 4 до 7 позитивних відповідей, що є свідченням того, що ці поранені потребують кваліфікованої психологічної або психотерапевтичної допомоги фахівців. Військовослужбовці самостійно нездатні впоратися із власними емоційними переживаннями та станами.

У опитуваного може бути поганий сон з кошмарами, панічними атаками, флешбеками (повторами), фантомні відчуття запахів (крові, пилу, гарі), тілесні реакції (прискорене серцебиття, дискомфорт у животі, запаморочення, посилене потовиділення тощо) при згадуванні травмуючих подій.

Наприклад, *при першій зустрічі з психологом військовослужбовець К., який лежав на ліжку, різко підвівся та почав агресивно виражати свою відмову від спілкування з використанням нецензурної лексики. Не отримавши агресивної відповіді, а натомість розуміння його стану, емпатійне сприйняття та відсутність зверхнього ставлення, військовослужбовець змінює свою тактику: визнає свій безпорадний стан, біль та гнів від пережитої психотравми (наказ командира призвів до загибелі його побратимів), готовність прийняти допомогу психолога.*

Ще один приклад: *при спілкуванні з психологом військовослужбовець В. розповідає про присутність поруч з ним на ліжку свого мертвого побратима, тіло якого він виносив з-під обстрілу декілька кілометрів. У військовослужбовця присутнє відчуття провини за те, що він залишився живим. Після спілкування з психологом стан опитуваного нормалізувався, він прийняв та пережив втрату друга, почав відновлювати свій психологічний стан.*

Від 8 до 10 разів позитивну відповідь обрав 71 поранений. Такий вибір свідчить про те, що опитуваний знаходиться у депресивному стані, має суїцидальні думки, скритну або агресивну поведінку, уникає спілкування,

має неконтрольовані реакції під час сну чи галюцинації, може вживати алкоголь чи наркотичні речовини.

Наприклад, *військовослужбовець М. з осколковим пораненням в голову не реагує на присутність психолога, неадекватно сприймає реальність, рахуючи плитки на стіні, розказує свої страхи про те, що його переслідує медперсонал, які бажують його смерті.*

Враховуючи кількість позитивних відповідей військовослужбовців, як показник рівня отриманої психологічної травми внаслідок участі у бойових діях та отримання поранення, за якими обраховувалися отримані результати опитування за анкетами, можна виділити 3 категорії (групи) військовослужбовців, які потребують або не потребують допомоги психолога, психотерапевта або психіатра.

Відповідно до ґрунтового аналізу усіх підрахунків, наступним етапом роботи передбачено подальше надання або не надання психологічної і/або психотерапевтичної допомоги військовослужбовцю.

Для кращого розуміння та порівняння отриманих даних усі результати у відсотковому співвідношенні представлено у Таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Розподіл обстежених військовослужбовців за рівнем отриманої психотравми внаслідок бойового поранення

Рівень психотравми	К-ть обстежених пацієнтів			
	2022 рік		2023 рік	
	осіб	%	осіб	%
Низький рівень	224	41,48	181	54,19
Середній рівень	265	49,07	133	39,82
Високий рівень	51	9,44	20	5,99

Отже, з таблиці видно, що 405 осіб, які проходили діагностику протягом 2022-2023 років, можна віднести до III категорії необхідності отримання психологічної допомоги. Вони не потребують термінової допомоги психолога у подоланні емоційного напруження для переживання психотравмуючих наслідків пережитої ситуації.

398 осіб можуть бути віднесені до II категорії необхідності отримання психологічної допомоги. Вони потребують допомоги психолога у подоланні емоційного напруження від переживання психотравмуючих ситуацій. 71 особа потребує кваліфікованої допомоги психіатра у подоланні набутих психічних розладів. Представимо отримані дані з допомогою кругової діаграми (рис. 2.2).

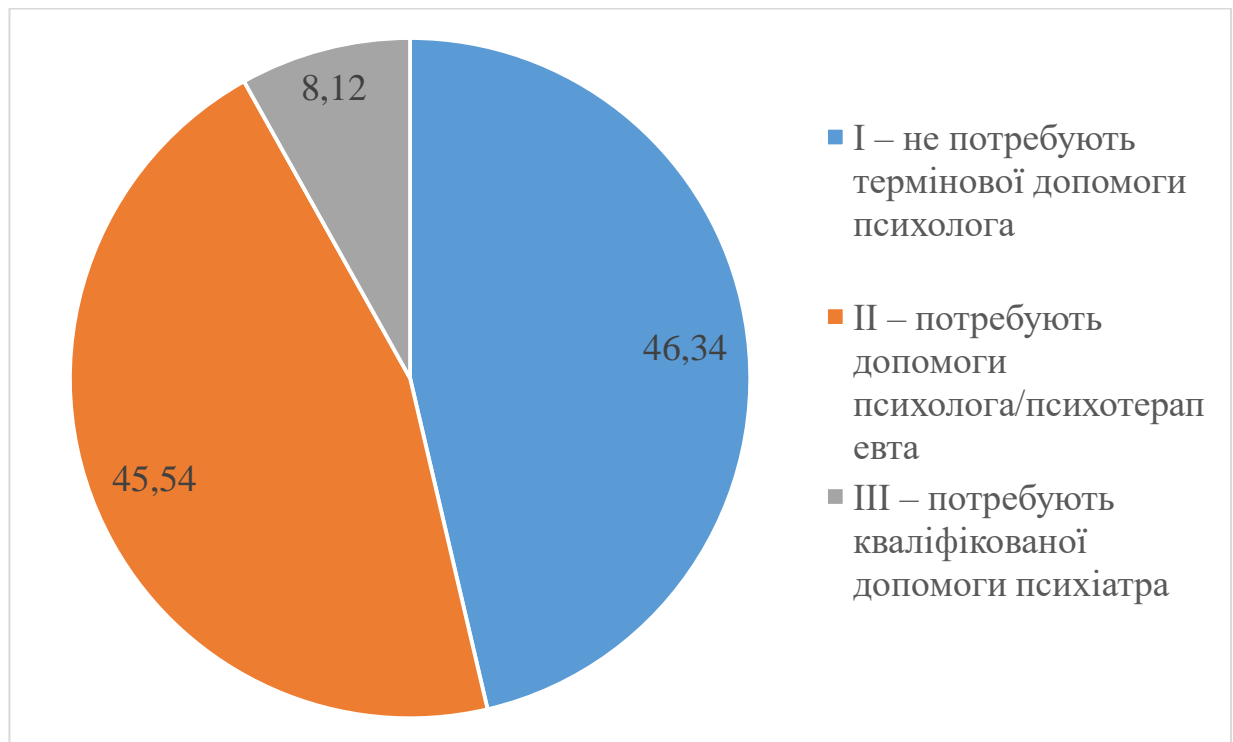


Рис. 2.2. Розподіл військових за групами необхідності надання психологічної допомоги, %

Згідно з отриманими даними психодіагностики, яку проводить психолог, або волонтер, наступним кроком буде розробка індивідуального плану роботи, за потреби із додаванням медикаментозного лікування.

Варто відзначити, на які запитання найбільше давали відповідь «Так» військовослужбовці за Анкетою №1. Так, серед 10-ти запропонованих запитань найбільшу кількість разів «Так» було надано запитанням під номерами:

- *Неспокійні кошмарні сни, пов'язані з подією;*
- *Тілесні реакції, наприклад, прискорене серцебиття, враження, що в животі щось перевертається, посилене потовиділення, запаморочення, тощо під час спогадів про подію;*
- *Важко засинати, прокидаєтесь вночі;*
- *Дратівливість, вибухи гніву.*

Проаналізувавши відповіді за Анкетою №2, серед 7-ми запропонованих запитань найбільшу кількість разів «Так» було надано запитанням під номерами:

- *Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?;*
- *Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?;*
- *Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном;*

Отримавши результати та виявивши саме такі відповіді, можемо зробити висновок про те, що більшість військових мають проблему із засинанням та сном та присутністю «незвичних» тілесних реакцій. Досить часто опитувані втрачають сенс життя, жагу до життя, відчують себе непотрібними.

У роботі психолога важливо звернути увагу саме на те, які відповіді із запропонованих анкет були найпопулярнішими, адже розуміння того, що хвилює військовослужбовців окреслює план терапевтичної роботи, звужує спектр діяльності психолога у певному напрямку.

Так, до прикладу, В. Грандт у навчальному посібнику визначив типові реакції військових на травму після повернення додому. Серед *фізичних реакцій* автор виділяє наступні:

- безсоння, постійна втома;
- проблеми зі шлунком та вживанням їжі;
- головний біль та спітніння при думці про війну;
- прискорене серцебиття й дихання;
- загострення існуючих захворювань.

Емоційні реакції:

- погані сни, кошмари;
- часті негативні спогади про війну;
- злість, ненависть;
- відчуття безпорадності, страху, нервування;
- відчуття суму, самотності, непотрібності;
- відчуття збудження, схвильованість;
- відчуття шоку, оніміння, неможливості відчувати позитивні емоції;
- легке погіршення настрою;
- почуття провини, сорому, самоосуду;
- почуття безнадії щодо майбутнього.

Як зазначає В. Грандт, військовослужбовець, який повернувся із зони бойових дій, може мати небажані спогади про війну. Якщо відбуваються події, що нагадують війну, особа може реагувати по-різному: від появи нав'язливих образів перед очима й небажаних думок до спогадів бою. Ці спогади можуть бути настільки реалістичними, що людині здається, ніби вона знову на війні. Тому може діяти неадекватно, стикаючись зі звичними сімейними проблемами [5, с.87].

Злість та агресія є стандартними реакціями при бойовому стресі. Навіть незначні події можуть спричинити неадекватну й бурхливу реакцію. Більшість військовослужбовців, які повертаються із зони бойових дій,

переживають стресові реакції, але лише в незначній кількості бійців розвивається ПТСР.

До поведінкових реакцій належать :

- труднощі з концентрацією уваги;
- легко лякається, реагує на голосні звуки;
- постійно напготові, проявляє надмірну пильність, нав'язливі думки про безпеку;
- уникання людей або місць, пов'язаних із травмуючою подією;
- надмірне вживання алкоголю, надмірне паління, вживання наркотиків;
- поганий апетит, не дбає про своє здоров'я;
- проблеми з виконанням звичних завдань удома або на роботі;
- агресивний стиль водіння автомобіля.

Часто самі військовослужбовці та члени їхніх сімей відзначають і *позитивні зміни:*

- нова особистісна зрілість;
- більше цінується сім'я та час, проведений разом із сім'єю;
- почуття впевненості в собі та у власній сім'ї;
- розуміння свого покликання та віра у свою справу та власні сили.

Розглянемо наступні стани які можуть переживати військовослужбовці.

Деадаптація: поняття виникло в контексті психології адаптації та соціальної психології. Вчені та психологи, які досліджували вплив зміни умов життя на людську психіку, внесли значний внесок у розуміння цього поняття.

Бойовий дистрес: термін спочатку активно використовували у військовій медицині та військовій психології. Це поняття виникло внаслідок спостережень за психічним станом військовослужбовців у воєнний час та після його завершення.

Гострий стресовий розлад (ПТСР): Термін вперше описаний та досліджений у психіатрії та психотерапії як реакція на травматичну подію. Перші дослідження в цьому напрямку були проведені психіатрами та психологами, які працювали з ветеранами війн та людьми, які пережили тяжкі травми та катастрофи [22, с.43-50]

Започаткування цих понять відбувалося в результаті багаторічних спостережень, клінічних випробувань та досліджень реакцій людини на стрес та травматичні події. Різні вчені та дослідники внесли свій вклад у розвиток та розуміння цих концепцій.

1. Деадаптація:

Деадаптація - це процес втрати адаптації до середовища чи ситуації, що виникає, коли особа не може адекватно пристосуватися до нових умов.

Симптоми: Відчуття втрати контролю, нездатність вирішувати проблеми, погіршення роботи чи навчання, апатія, стрес, зневіра, агресивність тощо.

Етіологія: Деадаптація може виникати внаслідок різних чинників, таких як зміни в робочому оточенні, культурні чи соціальні зміни, травми тощо.

Техніки відновлення: Для подолання деадаптації корисною може бути психологічна підтримка, включення до нового оточення, розвиток нових навичок адаптації, збереження позитивного сприйняття себе тощо.

При деадаптації, коли людина відчуває втрату адаптації до нових умов чи середовища, важливо використовувати техніки, які допоможуть їй знову знайти баланс і зрозуміти, як адаптуватися до нових умов:

Психоосвіта: Розуміння того, що деадаптація - це нормальна реакція на зміни, може допомогти клієнту сприймати свої власні відчуття та емоції без глибокого стресу.

Стрес-менеджмент та релаксація: Вивчення технік стрес-менеджменту, таких як глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація та медитація, може допомогти зняти напругу та заспокоїти нервову систему.

Розвиток навичок пристосування: Розробка стратегій адаптації до нових умов, включаючи вивчення нових навичок, пошук нових ресурсів та підтримка від інших, може допомогти клієнту відновити втрачену адаптацію.

Підтримка соціальних зв'язків: Розмова з друзями, родиною чи підтримка від групи ровесників може стати важливим джерелом підтримки та розуміння в умовах дезадаптації.

Психотерапія: Індивідуальна або групова психотерапія може допомогти клієнту розібратися зі своїми емоціями, знайти нові способи мислення та реагування на зміни, а також виявити сильні сторони, які можуть бути використані для адаптації.

Збереження позитивного сприйняття себе: Важливо підкреслювати позитивні аспекти клієнта та допомагати йому побачити можливості для особистого зростання та розвитку, незважаючи на зміни та виклики.

Ці техніки можуть використовуватися як окремо, так і в поєднанні, в залежності від потреб та властивостей кожного клієнта. Головна мета полягає в тому, щоб надати клієнту підтримку та інструменти для того, щоб він міг ефективно впоратися з дезадаптацією та повернутися до стану психічного благополуччя [22, с.43-50].

2. Бойовий дистрес:

Бойовий дистрес - це психічний стан, що характеризується негативними емоціями та фізіологічними реакціями, спричиненими стресом внаслідок військових подій чи конфліктів.

Симптоми: Страх, тривога, депресія, психічна напруга, біль у м'язах, безсоння, збільшена чутливість до подразників тощо.

Етіологія: Бойовий дистрес зазвичай спричинений надзвичайними ситуаціями, які сприймаються як загроза для життя, травматичні події, військові операції тощо.

Техніки відновлення: Лікування бойового дистресу може включати психотерапію, медикаментозну терапію, релаксаційні техніки, групову

підтримку, фізичну активність, регулярний відпочинок та здоровий спосіб життя.

При бойовому дистресі, який виникає внаслідок стресу, пов'язаного з воєнними подіями або конфліктами, важливо використовувати техніки, які допоможуть клієнтові зняти фізичну та емоційну напругу, заспокоїти нервову систему та відновити психічний стан:

Терапія та підтримка групи ровесників: Участь у груповій терапії з іншими ветеранами або людьми, які пережили подібний стрес, може допомогти клієнту відчувати підтримку, розуміння та співпереживання.

Емоційне вираження через мистецтво та творчість: Використання мистецтва, музики, письма або інших творчих засобів вираження може допомогти клієнту знайти спосіб виразити свої емоції, які можуть бути важко висловити словами.

Експозиційна терапія: Поступове викладання себе до елементів стресової ситуації або споглядання матеріалів, пов'язаних зі стресовою подією, під наглядом психотерапевта, може допомогти клієнту звикнути до неприємних спогадів та подій.

Техніки стрес-менеджменту та релаксації: Навчання клієнта методам глибокого дихання, медитації, йоги або прогресивної м'язової релаксації може допомогти зменшити фізичну та емоційну напругу.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Використання КПТ для вивчення та переоцінки негативних думок та переконань, пов'язаних з воєнними подіями, може допомогти клієнту змінити свій спосіб мислення та реагування на стресові ситуації.

Підтримка соціальних зв'язків: Збереження і підтримка здорових соціальних зв'язків з родиною, друзями та співробітниками може зменшити відчуття самотності та ізоляції, які часто супроводжують бойовий дистрес.

Ці техніки можуть бути ефективними, але важливо враховувати індивідуальні потреби та можливості кожного клієнта. Підбір методів

повинен відбуватися відповідно до конкретної ситуації та враховувати особистість та унікальні потреби кожного клієнта [22, с.43-50].

3. Гострий стресовий розлад:

Гострий стресовий розлад - це реакція організму на надзвичайну стресову подію, характеризується важкими психічними та емоційними реакціями.

Симптоми: Велика тривога, страх, безсоння, збудженість, депресія, нав'язливі думки, фізіологічні реакції (наприклад, підвищений пульс, потовиділення, дихання тощо).

Етіологія: Гострий стресовий розлад може виникати внаслідок травматичних подій, аварій, природних катастроф, загрози для життя, переживання військових дій тощо.

Техніки відновлення: Лікування гострого стресового розладу включає психотерапію, медикаментозну терапію, техніки зняття стресу, регулярний відпочинок, підтримку від близьких, уникання стресових ситуацій та роботу над здоровим способом життя.

При *гострому стресовому розладі* важливо використовувати техніки, які допоможуть клієнтові зняти стрес, заспокоїти нервову систему і поступово відновити психічний стан:

Глибоке дихання та релаксація: Навчання клієнта глибокому диханню і релаксаційним технікам, таким як прогресивна м'язова релаксація, може допомогти зняти фізичну напругу та заспокоїти нервову систему.

Медитація та уявні вправи: Включення у медитаційні техніки або вправи з уявлення може допомогти клієнту зосередитися, заспокоїти свої думки та знизити рівень тривоги.

Емоційне вираження та обробка: Допомога клієнту висловити свої емоції, включаючи страх, гнів, сором тощо, може допомогти знизити напругу та відчуття внутрішньої конфліктності.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Використання методів КПТ для вивчення та переоцінки негативних думок, переконань і реакцій на стресові події може допомогти клієнту змінити свої способи реагування на стрес.

Фізична активність: Регулярна фізична активність, така як йога, плавання, прогулянки тощо, може допомогти зняти напругу, поліпшити настрій та сприяти загальному відчуттю благополуччя.

Підтримка соціальних зв'язків: Важливо підтримувати соціальні зв'язки та шукати підтримку від друзів, родини або групи ровесників. Відчуття приналежності та підтримки може значно поліпшити психічний стан [22, с.43-50] .

Кожна людина унікальна, тому важливо підходити до технік відновлення індивідуально, з урахуванням їхніх потреб, вподобань та можливостей. Важливо, щоб клієнт співпрацював із своїм психотерапевтом, щоб разом знайти ті методи, які найефективніше допоможуть йому подолати гострий стресовий розлад.

Використання правильних технік відновлення важливо для кожного з цих станів, і вони можуть включати елементи психологічної підтримки, медичної терапії та самостійних стратегій для зняття стресу.

Військовий може стати більш духовним, звернутися до своїх духовних цінностей і переконань. Саме тому багато поранених бійців хочуть повернутися до армії та продовжувати захищати свою країну. Важливо розуміти, що позитивні й негативні психологічні реакції бойового стресу можуть проявлятися одночасно [5, с.88].

2.3. Методичні рекомендації подолання наслідків психотравмуючих ситуацій військових

Надання кваліфікованої психологічної допомоги та реалізація психологічної корекції направлена на виправлення певних особливостей психічного стану, розвитку, становлення, а також для зниження рівня тривожності, емоційного напруження особи.

Що ж до особливостей надання психологічної допомоги військовослужбовцям, то важливим є розуміння основної мети психотерапевтичної роботи. Мета полягає у тому, щоб максимально повно відновити попередній рівень соціального та особистісного функціонування потерпілих.

У такому випадку надання психотерапевтичної допомоги спрямовано на:

1. створення нової когнітивної моделі життєдіяльності людини;
2. афективну переоцінку нею набутого травматичного досвіду;
3. відновлення відчуття цінності власної особистості;
4. відновлення здатності до подальшого життя.

Організація системи медико-психологічної реабілітації військовослужбовців, учасників бойових дій на етапі відновлення. ***Оскільки мета та специфіка нашого дослідження полягає у наданні психологічної допомоги, розглянемо лише психологічний аспект.***

О. Кокун, Н. Агаєв, І. Пішко, Н. Лозінська та В. Остапчук, зазначають, що власне система медико-психологічної реабілітації має реалізовуватися послідовно і поетапно. Завдання реабілітації, її форми та методи змінюються в залежності від етапу проведення. На кожному етапі реабілітації передбачається проведення превентивних заходів [14].

До основних етапів організації системи реабілітаційних заходів належать:

1. *Перший етап. Первинна психопрофілактика*, що здійснюється на етапі перед убуванням військовослужбовців у район проведення АТО/бойових дій для виконання завдань за призначенням (превентивна реабілітація).

2. *Другий етап. Заходи медико-психологічної реабілітації* здійснюються під час виконання військовослужбовцями завдань за призначенням в районі проведення АТО/бойових дій.

3. *Третій етап. Заходи медико-психологічної реабілітації* здійснюються після виведення військовослужбовців з району проведення

АТО/бойових дій для їх відпочинку, доукомплектування особовим складом, відновлення бойової готовності (боєздатності).

4. *Четвертий етап. Медико-психологічна реабілітація проводиться в лікувально-профілактичних закладах МО України, МОЗ України, які здійснюють первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.*

5. *П'ятий етап системи медико-психологічної реабілітації - відділення медико-психологічної реабілітації медичних центрів МО України та госпіталю ветеранів війни [14,с.17].*

Аналізуючи подані авторами етапи організації системи реабілітаційних заходів, нашу увагу привертає саме *третій етап*: де здійснюються необхідні заходи медико-психологічної реабілітації, після повернення військовослужбовців з району виконання завдань за призначенням під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів).

Порядок організації заходів медико-психологічної реабілітації регулюється наказом “Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)” № 702 від 09.12.2015, зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 15 лютого 2016 р. за № 237/28367.

Поняття «*психологічне відновлення особового складу*», після прибуття до пунктів постійної дислокації, визначене О. Кокун, Н. Агаєвим, І. Пішко, Н. Лозінською та В. Остапчук, може здійснюватися психологами МОУ та інших взаємодіючих структур за планами відновлення бойової готовності (боєздатності) військових частин (підрозділів) [14, с.18]. .

Заходи медико-психологічної реабілітації проводять офіцери-психологи, психологи, медичні працівники, військові психологи зі складу позаштатних груп психологічного забезпечення, у разі потреби та відповідної можливості можуть залучатися представники громадських та волонтерських психологічних організацій та представники духовенства [14, с.18].

О. Коkun, Н. Агаєв, І. Пішко, Н. Лозінська та В. Остапчук підкреслюють, що *метою проведення заходів з психологічного відновлення* військовослужбовців після виконання завдань за призначенням (бойових дій) є:

1. *Комплексне використання ресурсів органів військового управління, командувань військових частин, медичної та психологічної служб Збройних Сил України, державних, релігійних, громадських та волонтерських організацій для запобігання негативним соціальним, медичним та психологічним наслідкам після перебування військовослужбовців в районі проведення бойових дій.*

2. *Інформування військовослужбовців та членів їх сімей про особливості адаптації до умов мирного життя та можливостей психологічної, медичної та соціальної підтримки у разі необхідності після виконання завдань за призначенням (бойових дій).*

3. *Виявлення осіб, що за своїми медичними, психічними та психологічними показниками непридатні (обмежено придатні) продовжити службу в Збройних Силах України.*

4. *Психологічна допомога та відновлення можливостей військовослужбовців до подальшого виконання завдань за призначенням та мирного життя [14, с.18-19].*

Серед заходів медико-психологічної реабілітації на етапі відновлення, запропонованих авторами є:

1. Медичний огляд військовослужбовців на наявності відповідних показань, для надання поглибленої медичної, наркологічної, психологічної допомоги;

2. *Психодіагностика поточних психофізіологічних станів військовослужбовців з метою виявлення осіб, які потребують психологічної та/або психіатричної допомоги (виявленням гострих реакцій на стрес, посттравматичних стресових розладів, ознак фізичної і розумової перевтоми, вираженої астенизації, психічної дезадаптації тощо; оцінка наявних*

адаптаційних резервів для визначення їх подальшої придатності до виконання поставлених завдань).

3. Надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям, які її потребують.

4. Проведення відповідних заходів з виявленими особами: психокорекційних (за умови, якщо психічний розлад ще не сформувався) – зазначеними штатними силами із залученням позаштатних груп; психотерапевтичних (за наявності сформованого психічного розладу) – силами позаштатних груп.

5. Профілактика психологічної деформації особистості військовослужбовців.

6. Оцінювання рівня боєздатності військових частин (підрозділів).

7. Аналіз результатів впливу бойових стресових чинників на морально-психологічний стан військових колективів, що дозволяє здійснювати прогнозування можливості розвитку віддалених наслідків впливу бойового стресу.

8. Надання керівному складу військових частин (підрозділів) узагальнюючих рекомендацій щодо подальшого раціонального використання особового складу під час виконання службових (бойових) завдань з урахуванням поточних психофізіологічних станів військовослужбовців.

9. Проведення індивідуального консультування військовослужбовців.

10. Психологічна допомога (консультування) при таких кризових станах, як тривожність, сором, провина, ворожість, переживання втрати, страх смерті, депресія, тощо.

11. Сприяння психосоціальній стабілізації, кращому розумінню себе (своєї ситуації та людей зі свого оточення).

12. Сприяння оптимізації психоемоційного стану, забезпеченню психологічного комфорту у ставленні до самого себе, свого оточення та світу в цілому.

13. Кризове консультування по телефону, в окремих випадках – за місцем проживання (щодо кризових станів, які можуть загрожувати життю та здоров'ю).

14. Проведення заходів емоційного та психологічного розвантаження. Навчання прийомам емоційного і психологічного розвантаження, саморегуляції й самокорекції (самоконтроль, фізичні вправи, дихальні практики та аутогенне тренування, візуалізація).

15. Бесіди, спілкування, мотивація до активності та позитивного мислення, спрямовані на поліпшення відносин і взаємодії із соціальним середовищем.

16. Формування відповідальності за власну поведінку, навчання продуктивному спілкуванню, яке не принижує інтереси інших;

17. Надання допомоги військовослужбовцям в отриманні нових навичок поведінки, нових стилів міжособистісних та внутрішньокolleктивних відносин.

18. Адаптування до нової життєвої ситуації через активізацію сильних сторін особистості, самореалізацію у військовій діяльності чи творчості, розширення кругозору та світогляду, подолання екзистенціальних проблем.

19. Допомога в зміцненні / відновленні родинних і суспільно корисних зв'язків.

20. Відновлення соціальних контактів, особистісного статусу та соціальної ролі в сім'ї, військовому колективі, референтних групах тощо, втрачених в результаті складних життєвих обставин.

21. Допомога в аналізі проблем сімейного спілкування, виявлення конфліктогенних зон, знаходження альтернативних шляхів виходу та прийняття рішень.

22. Корекція сімейної ситуації, розроблення заходів, спрямованих на підтримку сім'ї в різних сферах її життєдіяльності.

23. Оцінка ефективності проведених заходів психологічної реабілітації.

24. Направлення військовослужбовців на реабілітацію до лікувальних закладів за наявності відповідних показань [14, с.19-22].

Проаналізовані заходи медико-психологічної допомоги військовослужбовців, які перебувають на відновленні включають широкий спектр надання психологічної допомоги. Але, одним із найперших етапів є якісно проведена психологічна діагностика особи. На підставі отриманих результатів якої, психолог має можливість розробити план психокорекційної програми.

Враховуючи отримані результати проведених анкетувань військовослужбовців та проаналізовані заходи надання медико-психологічної допомоги у місцях їх відновлення, пропонуємо **методичні рекомендації**, щодо надання психологічної допомоги військовослужбовцям, які перебувають на відновленні та потребують первинної або вторинної допомоги фахівця.

Методичні рекомендації для подолання наслідків психотравмуючих ситуацій військових які перебувають на відновленні:

1. ***Розуміння психологом своїх професійних компетентностей*** – психолог не має права здійснювати діагностику психічних захворювань та призначати лікарські препарати, здійснювати лікування психічних захворювань;

2. ***Психолог має чітко розуміти професійні межі своєї діяльності*** – має вміння розмежовувати психопатологічні симптоми від близької до норми своєрідної поведінки та переживань людини, що викликані відповідними обставинами (психотравмуючими ситуаціями);

3. ***Психолог має володіти навичками розпізнавання патологічних сигналів*** в емоційній, поведінковій, когнітивній сферах особистості;

4. ***Професіоналізм та особистісні якості психолога*** мають відповідати професійним та компетентнісним вимогам;

5. ***Психолог має дотримуватися певних етапів роботи з військовослужбовцями:***

- А) вивчення клінічних, соціальних даних військовослужбовців;
- Б) вивчення психологічних даних – встановлення бесіди (за етапами із з дотриманням конфіденційності);
- В) проведення психологічної діагностики за допомогою стандартизованого методичного інструментарію;

6. Врахування отриманих результатів під час розробки індивідуальної програми роботи з військовими;

7. За потреби надавати рекомендацію, щодо відвідування інших фахівців.

За рахунок систематичних впливів на особистість реалізуються поставленні в психологічній корекції задачі. Психологічна корекція може бути реалізована шляхом проведення одного тренінгу або певної кількості занять.

Отже, проведене експериментальне дослідження дозволяє наголосити про можливість ефективного застосування запропонованих рекомендацій та можливість їх подальшого застосування для розробки психокорекційної програми в роботі з військовослужбовцями, які перебувають на відновленні, оскільки це може мати позитивний вплив на цей показник

Рекомендоване подальше вивчення особливостей надання психологічної допомоги військовослужбовцям у закладах України, з глибоким зануренням в проблему та з можливістю розробки більш розширених рекомендацій та психокорекційних програм.

Висновки до розділу 2

Проведення емпіричного дослідження здійснювалося впродовж 2022-2023 р.р. та включало декілька етапів роботи

На першому етапі роботи було проаналізовано діагностичні групи інструментів серед яких виділяють такі скринінгові опитувальники, якими фахівці оцінюють травмування та міри впливу травмивного досвіду на людину, вони є швидкими та доступними у роботі. Інші інструменти можуть використовувати підготовлені лише кваліфіковані психологи для поглибленої діагностики.

Здійснено аналіз рекомендацій Міжвідомчого постійного комітету, створеного Генеральною Асамблеєю ООН, організації заходів, спрямованих на *мінімальне реагування*, тобто найперші кроки, пріоритетні першочергові

заходи, які варто реалізовувати якомога швидше під час кризових ситуацій [с.9] та керівних принципів МПК у системі мінімального реагування під час надзвичайної ситуації: *права людини та справедливість; участь громади; принцип «не зашкодь»;* *орієнтування на наявні ресурси та можливості;* *інтегрування системи підтримки; багаторівневість.*

Опрацьовано, запропоновані колективом авторів Н. Пророк, О. Запорожець, Дж. Креймеєр принципи роботи психолога з військовими: принцип безпеки; принцип зацікавленості; принцип мінімізації травми; принцип відповідальності; принцип конфіденційності; принцип професіоналізму та професійної відповідальності; принцип достатнього мінімуму; принцип чіткого розуміння психологом межі професійної компетентності.

Також, проаналізовано запропоновані Керівництвом МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, **4 рівні підтримки психічного здоров'я** людини, яка пережила або переживає надзвичайні або екстремальні ситуації: *спеціалізовані послуги; цільова неспеціалізована допомога; підтримка громади і сім'ї; базові послуги і безпека.*

Висвітлені вище чотири рівні стосуються підтримки психічного здоров'я та психосоціальної підтримки особистості в умовах надзвичайної ситуації.

Керівництво МПК пропонує наступні стратегії вирішення проблем психічного здоров'я та надання психосоціальної підтримки, які варто реалізовувати ще до настання готовності до надзвичайних ситуацій і після того, як завершиться гостра фаза такої ситуації, тобто *комплексне реагування* [с.16-17].

Опрацьовані, запропоновані автори **2 том чотири рівні** на етапі комплексного реагування після або під час екстремальної ситуації: рання психологічна допомога і/або соціально-психологічний супровід у перший місяць після зміни соціальної ситуації; соціально-психологічний супровід; психологічна реабілітація; комплексна медико-психологічна реабілітація [с. 17]. Як зазначають автори, такі форми надання психологічної допомоги, як

психологічна підтримка, психологічна просвіта та інформування, а також психологічна діагностика проводяться на усіх рівнях, лише змінюється власне наповнення та суть матеріалу

Другим етапом дослідження було здійснення психологічної діагностики емоційного стану військовослужбовців під час перебування у військовому шпиталі з використанням двох видів анкет.

1. **Анкета №1 збору травматичного матеріалу (TSG)** (Hofmann A., Seidler G., Miska R. Und Hueg A.), використовується якщо військовий повернувся з АТО (ООС) до одного місяця часу (Додаток А).

2. **Анкета №2 збору травматичного матеріалу (TSG)** (Hofmann A., Seidler G., Miska R. Und Hueg A.), використовується якщо військовий повернувся з АТО (ООС) понад один місяця часу (Додаток Б).

Дослідження проводилося упродовж 2022-2023 років, всього взяли участь у обстеженні 874 військовослужбовця різного військового звання: Здійснивши ґрунтовний аналіз за даними обох анкет, встановлено:

1. Під час визначення та розподілу військовослужбовців до певної категорії був здійснений підрахунок кількості осіб та їх відповідей «Так» на запропоновані питання в анкетах, що подано у діаграмах даного параграфу

2. Враховуючи вищезазначені критерії та показники, за якими обраховувалися отримані результати опитування за Анкетою №1 - стає відомо про 3 категорії (групи) військовослужбовців, які потребують або не потребують допомоги психолога, психотерапевта або психіатра.

3. Враховуючи вищезазначені критерії та показники, за якими обраховувалися отримані результати опитування за Анкетою №2 - стає відомо про 2 категорії (групи) військовослужбовців, які потребують або не потребують допомоги психолога, психотерапевта або психіатра

4. Відповідно, до ґрунтового аналізу усіх підрахунків, наступним етапом роботи передбачено визначення з відповідними рекомендаціями подальша робота з надання або не надання психологічної і/або психотерапевтичної допомоги військовослужбовцю.

5. Під час проведення діагностики військовослужбовців необхідно враховувати чи це первинна чи вторинна діагностика. Врахування первинності або вторинності дає можливість доречно скоригувати психологічну допомогу у подальшому.

Зокрема стало відомо, що за результатами Анкета №1 2022-2023 р.р., - 483 (69%) продіагностованих військовослужбовців, які перебувають на відновленні – не потребують довготривалої допомоги психолога у подоланні емоційного напруження під час переживання психотравмуючих ситуацій; 153 (22%) продіагностованих військовослужбовців, які перебувають на відновленні – потребують допомоги психолога у подоланні емоційного напруження під час переживання психотравмуючих ситуацій; - 65 (9 %) продіагностованих військовослужбовців, які перебувають на відновленні – потребують кваліфікованої допомоги психіатра у подоланні набутих психічних розладів.

За результатами Анкети №2 2022-2023 р.р., стало відомо, що - 80 (84%) продіагностованих військовослужбовців, які перебувають на відновленні за – не потребують довготривалої допомоги психолога або частково потребують допомоги у подоланні емоційного напруження під час переживання психотравмуючих ситуацій; - 15 (16%) продіагностованих військовослужбовців, які перебувають на відновленні – потребують кваліфікованої допомоги психіатра у подоланні набутих психічних розладів.

Згідно з отриманими даними психодіагностики, яку проводить психолог, або волонтер, наступним кроком буде розробка індивідуального плану роботи, за потреби із додаванням медикаментозного лікування.

Враховуючи отримані результати проведених анкетувань військовослужбовців та проаналізовані заходи надання медико-психологічної допомоги у місцях їх відновлення, запропоновано *Методичні рекомендації для подолання наслідків психотравмуючих ситуацій військових які перебувають на відновленні*, які складаються із 7 пунктів.

Отже, вважаємо, що керуючись отриманими анкетними даними психологічної діагностики, можливо здійснити розподіл військовослужбовців згідно їх потреб, надання чи не надання їм кваліфікованої психологічної допомоги, керуючись зазначеними методичними рекомендаціями, дотримання яких сприятиме реалізації якісної, кваліфікованої психологічної допомоги.

ВИСНОВКИ

В даній кваліфікаційній роботі було здійснено теоретичний аналіз літературних джерел та було ґрунтовно проаналізовано основні поняття нашого дослідження, що є *першим завданням* нашої роботи: «*психічна травма*», «*психологічна травма*», «*психотравма*», «*травмуюча подія*»; дано визначення «*травмуючій ситуації*» - як подія у житті військового, яка пов'язана з особистим переживанням психотравмуючої дії навколишнього середовища або гострими емоційними міжособистісними взаєминами, які викликаються сильними переживаннями і нездатністю суб'єкта до адекватної реакції, що викликають патологічні зміни в психіці.

Виконання *другого завдання* дипломного дослідження передбачало розгляд типових проявів сприймання людиною травмуючих подій, (Б. Іваненко, Т. Кириленко), та визначення *сприймання травмуючих подій*: як загального розуміння травмуючої події (може порушитися усталений спосіб

життя); типологічне розуміння травмуючої події (негативна ситуація, яка пов'язана з окремим періодом життя і вимагає певних зусиль для адаптації).

Вивчено *чинники* (В. Корольчук, Н. Абрамович, Н. Муранова, С. Ягодзінський), які впливають на сприймання травмуючих подій: *Зовнішні* (конкретна подія), *Соціальні* (соціальна підтримка); *Індивідуально-психологічні* (властиві конкретній особистості).

Розглянуто класифікацію Т. Кириленко ставлень особистості до травмуючої події: позитивне ставлення (намагання «підтримати» розпад усталеного способу життя); пасивне ставлення («як є, так добре», «хай буде, як є»); негативне ставлення (страх руйнування усталеного способу життя); конструктивне ставлення (сприймання травмуючої події як своєрідного сигналу або стимулу до необхідних змін).

Охарактеризовано певні правила організації, підготовки, проведення бесіди із дотриманням усіх умов комфорту для військових та конфіденційності: працюючи з військовими, цивільний психолог має чітко знати, розуміти та дотримуватися певних правил поведінки та спілкування з учасниками бойових дій, ветеранами які знаходяться на лікуванні у шпиталях. Адже для кожної категорії військових розроблені протоколи надання психологічної допомоги залежно від актуальної ситуації в момент її надання.

Психологічна допомога, яку надає фахівець військовим, які перебувають безпосередньо у зоні бойових дій, або ж ветеранам які перебувають у шпиталях чи завершили стаціонарне лікування є вкрай важливо і має відповідати нормам, правилам Етичного кодексу психолога.

Виконання *третього завдання* нашого дослідження передбачало проведення емпіричного дослідження (впродовж 2022-2023 р.р.) та включало декілька етапів роботи

На першому етапі роботи було проаналізовано діагностичні групи інструментів серед яких виділяють такі скринінгові опитувальники, якими фахівці оцінюють травмування та міри впливу травмивного досвіду на

людину, вони є швидкими та доступними у роботі. Інші інструменти можуть використовувати підготовлені лише кваліфіковані психологи для поглибленої діагностики.

Здійснено аналіз рекомендацій Міжвідомчого постійного комітету, створеного Генеральною Асамблеєю ООН, організації заходів, спрямованих на *мінімальне реагування*, тобто найперші кроки, пріоритетні першочергові заходи, які варто реалізовувати якомога швидше під час кризових ситуацій [с.9] та керівних принципів МПК у системі мінімального реагування під час надзвичайної ситуації: *права людини та справедливість; участь громади; принцип «не зашкодь»;* *орієнтування на наявні ресурси та можливості; інтегрування системи підтримки; багаторівневість.*

Опрацьовано, запропоновані колективом авторів Н. Пророк, О. Запорожець, Дж. Креймеєр принципи роботи психолога з військовими: принцип безпеки; принцип зацікавленості; принцип мінімізації травми; принцип відповідальності; принцип конфіденційності; принцип професіоналізму та професійної відповідальності; принцип достатнього мінімуму; принцип чіткого розуміння психологом межі професійної компетентності.

Також, проаналізовано запропоновані Керівництвом МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, **4 рівні підтримки психічного здоров'я** людини, яка пережила або переживає надзвичайні або екстремальні ситуації: *спеціалізовані послуги; цільова неспеціалізована допомога; підтримка громади і сім'ї; базові послуги і безпека.*

Висвітлені вище чотири рівні стосуються підтримки психічного здоров'я та психосоціальної підтримки особистості в умовах надзвичайної ситуації.

Керівництво МПК пропонує наступні стратегії вирішення проблем психічного здоров'я та надання психосоціальної підтримки, які варто реалізовувати ще до настання готовності до надзвичайних ситуацій і після того, як завершиться гостра фаза такої ситуації, тобто *комплексне реагування* [с.16-17].

Опрацьовані, запропоновані Л. Царенко, Т. Вебер, М. Войтович, Л. Гриценко, В. Кочубей, Л. Гридковець. **чотири рівні** на етапі комплексного реагування після або під час екстремальної ситуації: рання психологічна допомога і/або соціально-психологічний супровід у перший місяць після зміни соціальної ситуації; соціально-психологічний супровід; психологічна реабілітація; комплексна медико-психологічна реабілітація [с.17]. Як зазначають автори, такі форми надання психологічної допомоги, як психологічна підтримка, психологічна просвіта та інформування, а також психологічна діагностика проводяться на усіх рівнях, лише змінюється власне наповнення та суть матеріалу

Другим етапом дослідження було здійснення психологічної діагностики емоційного стану військовослужбовців під час перебування у військовому шпиталі з використанням двох видів анкет.

1. **Анкета №1 збору травматичного матеріалу (TSG)** (Hofmann A., Seidler G., Miska R. Und Hueg A.), використовується якщо військовий повернувся з АТО (ООС) до одного місяця часу (Додаток А).

2. **Анкета №2 збору травматичного матеріалу (TSG)** (Hofmann A., Seidler G., Miska R. Und Hueg A.), використовується якщо військовий повернувся з АТО (ООС) понад один місяць часу (Додаток Б).

Дослідження проводилося упродовж 2022-2023 років, всього взяли участь у обстеженні 874 військовослужбовця різного військового звання: Здійснивши ґрунтовний аналіз за даними обох анкет, встановлено:

1. Під час визначення та розподілу військовослужбовців до певної категорії був здійснений підрахунок кількості осіб та їх відповідей «Так» на запропоновані питання в анкетах, що подано у діаграмах даного параграфу

2. Враховуючи вищезазначені критерії та показники, за якими обраховувалися отримані результати опитування за Анкетною №1 - стає відомо про 3 категорії (групи) військовослужбовців, які потребують або не потребують допомоги психолога, психотерапевта або психіатра.

3. Враховуючи вищезазначені критерії та показники, за якими обраховувалися отримані результати опитування за Анкетною №2 - стає відомо про 2 категорії (групи) військовослужбовців, які потребують або не потребують допомоги психолога, психотерапевта або психіатра

4. Відповідно, до ґрунтового аналізу усіх підрахунків, наступним етапом роботи передбачено визначення з відповідними рекомендаціями подальша робота з надання або не надання психологічної і/або психотерапевтичної допомоги військовослужбовцю.

5. Під час проведення діагностики військовослужбовців необхідно враховувати чи це первинна чи вторинна діагностика. Врахування первинності або вторинності дає можливість доречно скоригувати психологічну допомогу у подальшому.

Зокрема стало відомо, що за результатами Анкета №1 2022-2023 р.р., - 483 (69%) продіагностованих військовослужбовців, які перебувають на відновленні – не потребують довготривалої допомоги психолога у подоланні емоційного напруження під час переживання психотравмуючих ситуацій; 153 (22%) продіагностованих військовослужбовців, які перебувають на відновленні – потребують допомоги психолога у подоланні емоційного напруження під час переживання психотравмуючих ситуацій; - 65 (9 %) продіагностованих військовослужбовців, які перебувають на відновленні – потребують кваліфікованої допомоги психіатра у подоланні набутих психічних розладів.

За результатами Анкети №2 2022-2023 р.р., стало відомо, що - 80 (84%) продіагностованих військовослужбовців, які перебувають на відновленні – не потребують довготривалої допомоги психолога або частково потребують допомоги у подоланні емоційного напруження під час переживання психотравмуючих ситуацій; 15(16%) продіагностованих військовослужбовців, які перебувають на відновленні – потребують кваліфікованої допомоги психіатра у подоланні набутих психічних розладів.

Згідно з отриманими даними психодіагностики, яку проводить психолог, або волонтер, наступним кроком буде розробка індивідуального плану роботи, за потреби із додаванням медикаментозного лікування.

Для виконання четвертого завдання нашого дослідження варто враховувати отримані результати проведених анкетувань військовослужбовців та проаналізовані заходи надання медико-психологічної допомоги у місцях їх відновлення, запропоновано Методичні рекомендації для подолання наслідків психотравмуючих ситуацій військових які перебувають на відновленні, які складаються із 7 пунктів.

Отже, вважаємо, що керуючись отриманими анкетними даними психологічної діагностики, можливо здійснити розподіл військовослужбовців згідно їх потреб, з надання чи не надання їм кваліфікованої психологічної допомоги, керуючись зазначеними методичними рекомендаціями, дотримання яких сприятиме реалізації кваліфікованої психологічної допомоги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Абрамян Н., Муранова Н., Ягодзінський С. Вісник післядипломної освіти. Вип. 22(51) Серія *Соціальні та поведінкові науки* (психол. 053, екон. 051, держ. управ. 281)(Категорія «Б») *Bulletin of Postgraduate education. Is. 22(51) Social and Behavioral Sciences Series(psychol. 053)*
2. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми : монографія. Київ: Талком, 2016. 246 с. URL: <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051503.pdf>.

3. Ващенко І., Іваненко Б., «Психологічні ресурси особистості в подоланні складних життєвих ситуацій», *Проблеми сучасної психології*, вип. 40, 2018. с. 33–49
4. Види екстремальних ситуацій та їх характеристика. <https://westudents.com.ua/glavy/81623-1-harakter-vidi-ekstremalnih-situatsy-psihologchniy-vpliv-ekstremalnih-situatsy-na-osobistst-pratsvnika-pravoohoronnih-organv.html>
5. Грандт В. Психологія травмуючих ситуацій: навчальний посібник для здобувачів вищої освіти другого магістерського рівня за освітньо-професійною програмою «Психологія». Запоріжжя: ЗНУ, 2023. 110 с.
6. Заграй Л. Концептуалізація «Я» і психологічна травма. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія: *Психологічні науки*. 2015. Вип. 128. С. 108–111.
7. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». – <https://zakon.rada.gov.ua/go/2011-12>
8. Зарицька В., Л. Бекіньова, «Особливості емоційної саморегуляції у молодих жінок», Вісник Харківського нац. пед. ун-ту імені Г. С. Сковороди. *Психологія*, вип. 55, с. 26–36, 2017.
9. Зливков В., Лукомська С., Федан О., Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. посібник. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с. URL: <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051544.pdf>.
10. Інструкція, протоколи надання психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України в бойових (екстремальних) умовах. Військова навчально-методична публікація Військовим організаційним структурам щодо надання психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України. Головне управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України. Березень 2021, С. 48

11. Кириленко Т., Іваненко Б., «Психологічні особливості переживання втрати роботи в умовах карантину», *Вчені записки Таврійського нац. ун-ту імені В. І. Вернадського*. Серія: Психологія, т. 31(70), с. 65–72, 2020.
12. Кириленко Т., «Індивідуальні відмінності у переживанні психотравмувальних ситуацій», *Проблеми гуманітарних наук*. Психологія, вип. 33, 2014. с. 176–187
13. Кириленко Т., Психологія травмуючих ситуацій. Київ, Україна: КНУ, 2014
14. Кокун О., Агаєв Н., Пішко І., Лозінська Н., Остапчук В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с
15. Кондрюкова В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник / В.В. Кондрюкова, І.М. Слюсар. Київ : Гнозіс, 2013. 116 с.
16. Корольчук В., «Психологічні детермінанти стійкості особистості до дії стресогенних факторів», *Проблеми екстремальної та кризової психології*, вип. 14, ч. I, 2013, с. 153–162.
17. Корольчук В., «Психологія стресостійкості особистості», автореф. дис. д-ра наук; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2009.
18. Корольчук М.С. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах : навч.посібник для студ. вищ. навч. закл. Київ : Ніка-Центр, 2009. 580 с.
19. Кризові стани в сучасних умовах: діагностика, корекція та профілактика : навч. посіб. / під ред. Л. М. Юр'євої. Київ : Галерея Принт, 2017. 174 с. URL: <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051492.pdf>.
20. Ляшевич А., «Стрес та вікові особливості людського організму», *Біологічні дослідження*, вип. 1, 2017. С. 327–328

21. Малхазов О. Р. Розвиток емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 215 с. URL: <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051490.pdf>
22. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
23. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
24. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
25. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик : навч. посіб. / авт. кол.: Н. О. Євдокимова, В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. Миколаїв : Іліон, 2016. 342 с.
26. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2017. 540 с. URL: <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051497.pdf>
27. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: методичний посібник / Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Київ: «Центр учбової літератури», 2023. 176 с.
28. Паливода Л. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. Вчені записки тну імені В.І. Вернадського. *Серія: психологія. соціальна психологія; психологія соціальної роботи*. Том 32 (71) № 6 2021 с. 69-72
29. Про соціальні послуги (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2003, N 45, ст.358) (із змінами 2004-2017 р (Закон визначає основні організаційні та правові засади надання соціальних послуг особам, які перебувають у складних життєвих обставинах та потребують сторонньої

допомоги). <https://xn--80aagahqwyibe8an.com/ukrajiny-zakony/zakon-ukrajini-pro-sotsialni-poslugividomosti-2003-1017.html>

30. Про психіатричну допомогу (Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2000, № 19, ст.143) (Із змінами, 2013с. – 2018 р.р.). – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14>

31. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1057 «Про затвердження Порядку проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності». <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017-п>

32. Про затвердження Державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року / Постанова Кабінету Міністрів України; Програма, Паспорт, Заходи від 05.12.2018 № 1021. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1021-2018-%D0%BF>

33. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві : зб. матеріалів VII Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 28 жовтня 2022 р.) / уклад. В. С. Бліхар. Львів : ЛьвДУВС, 2022. 412 с. URL: <http://ebooks.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi69/0050386.pdf>

34. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Логос, 2015. 207 с. URL: <http://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051501.pdf>

35. Психологічні травми і самогубство: поради фахівців : поради щодо першої допомоги. Безпека життєдіяльності: Всеукраїнський науково-популярний журнал. 2006. № 4. С.43-44. Керівництво МПК з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайній ситуації. Київ : Унів. вид-во Пульсари, 2017. 216 с.

36. Семенова Ю. Психотравма (психологічна травма): дискусійні питання медицини та психології / Ю.С.Семенова // *Український науково-медичний молодіжний журнал* - Спеціальний випуск № 3, Актуальні проблеми сучасної медичної психології: Матеріали V науково-практичної конференції, м.Київ, 11-12 травня 2011 р.: Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, 2011.с.50-54
37. Синявський В.В., Сергеєнкова О.П. Психологічний словник. / за ред. Н.А. Побірченко. Київ, 2007. 336 с. с.311
38. Ставицька С., Н. Улько, «Психотерапевтична допомога особистості у кризово-травматичних життєвих ситуаціях», на IV Міжнар. наук.-практ. конф. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2018, с. 297–298
39. Титаренко Т. Психологія особистості : словник-довідник / за ред. П.П. Горностая. Київ : Рута, 2001. 320 с. 263-293
40. Титаренко Т. Життєві кризи: технології консультування. Перша частина. Київ: Главник, 2007. 144 с. (Психол. Інструментарій)
41. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_121_PTZR/2016_121_UKPMD_PTZR.doc (accessed: 01.03.2016).
42. Харченко А. Психологічні особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 : захищ. 27.06.19. Харків, 2019. 20 с.
43. Хомич Г., Ткач О., «Стратегії надання психологічної допомоги клієнтам в кризових ситуаціях», *Humanitarium*, vol. 44, iss. 1, s. 2020, С. 152–160
44. Шапар В. Сучасний тлумачний психологічний словник. Харків, Прапор, 2007, с.546-547

45. Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях : метод. рек. до самост. роботи. Запоріжжя : ЗНУ, 2023. 57 с.

URL: <http://files.znu.edu.ua/files/metodychky/2023/06/0053496.doc>

46. Шевченко Н. Ф. Психологічна допомога в кризових та екстремальних ситуаціях : навч. посіб. Запоріжжя : ЗНУ, 2021. 192 с.

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

48. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. – К.: ДП “Вид. дім “Персонал”, 2017. 160 с. Бібліогр.: с. 149–159.

Додаток А

ЯКЩО ЧАС ПОВЕРНЕННЯ З АТО (ООС) ДО ОДНОГО МІСЯЦЯ

Анкета збору травматичного матеріалу (TSF) Hofmann A. Seldler G. Miska R. und Haug A. Trauma Screening Questionara (TSG)

Шановний друже! Перевірте, будь ласка, Вашу сьогоднішню реакцію на стресові події. Перечитайте, будь ласка, наведені нижче реакції, які іноді проявляються після травматичних подій. Ця анкета описує Ваші реакції на травматичні події, що сталися кілька тижнів тому. Вкажіть, будь ласка, на реакції, що за останній тиждень проявились щонайменше двічі. Якщо так, поставте "+", якщо ні "-"

№ п/п	Реакції	Так "+"	Ні
1	Тривожні думки, спогади про травмуючі події, що з'являються проти Вашої волі		
2	Неспокійні кошмарні сни, пов'язані з подією		
3	Поведінка або відчуття, ніби щось має статися знову		
4	Коли Ви згадуєте про подію, в тілі з'являються якісь відчуття (запах, біль, дискомфорт тощо)		
5	Тілесні реакції, наприклад, прискорене серцебиття, враження, що в животі щось перевертається, посилене потовиділення, запаморочення, тощо під час спогадів про подію		
6	Важко засинати, прокидаєтесь вночі		
7	Дратівливість, вибухи гніву		
8	Важко сконцентруватися		
9	Підвищена пильність щодо потенційної небезпеки, своєї чи інших		
10	Здригання, коли трапляється щось неочікуване		

Підрозділ _____ ПІБ _____

Вік _____ Звання _____ Контракт/Мобілізований/Доброволець _____

Освіта _____ Професія _____

Час перебування в АТО(ООС) _____ Час після травм-ї події _____

Вкажіть конкретно, які фізичні дискомфортні відчуття Вас турбують

Що допомагає адаптуватися

ЯКЩО ЧАС ПОВЕРНЕННЯ З АТО (ООС) ПОНАД ОДИН МІСЯЦЬ

СКРИНІНГОВИЙ ОПИТУВАЛЬНИК

№ п/п		Варіанти відповіді
1	Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?	так
		ні
2	Чи втратили Ви інтерес до діяльності, що колись була важливою або приємною?	так
		ні
3	Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?	так
		ні
4	Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?	так
		ні
5	Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?	так
		ні
6	Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?	так
		ні
7	Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?	так
		ні

Висновок психолога:

на момент проведення психологічного дослідження виявлені/не виявленні ознаки розвитку

Психологічний супровід потребує/ не потребує/ потребує додаткове обстеження/ консультація психіатра, (потрібне підкреслити)

Дата _____, _____ 20__ р. Психолог _____