

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

До захисту допустити:
В.о. завідувача кафедри



Олена БЛАШКОВА

«25» грудня 2024р.

**«ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВІЙСЬКОВИХ,
ЯКІ ЗВІЛЬНИЛИСЯ З ПОЛОНУ»**

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

Іщенко Оксани Сергіївни

Науковий керівник:

Шахов В.В., кандидат психологічних
наук, доцент кафедри практичної
психології

Рецензент:

Вадим Подорожний, доктор філософії, ст.
викладач кафедри психології та соціальної
роботи Вінницького державного
педагогічного університету
ім.М.Коцюбинського

Кваліфікаційна робота захищена
з оцінкою 95 А / відмінно

Секретар ЕК



Ольга РЕБРО

«16 » січня 2025р

Київ –2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВІЙСЬКОВИХ, ЯКІ БУЛИ В ПОЛОНІ	
1.1. Психологічні наслідки перебування у полоні	9
1.2. Соціально-психологічні аспекти адаптації військових після полону	18
1.3. Особливості психологічного супроводу у реабілітації звільнених з полону військових	24
Висновки до розділу 1.....	28
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ ПОЛОНУ	
2.1. Психосоціальна діагностика стану військових після полону	31
2.2. Принципи та етапи психологічного супроводу звільнених військових	38
2.3. Методи психологічної допомоги військовим після полону	44
Висновки до розділу 2.....	53
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ ПОЛОНУ	
3.1. Опис вибірки та методології дослідження	55
3.2. Аналіз результатів дослідження	59
3.3. Рекомендації щодо покращення психологічного супроводу військових після полону.....	67
Висновки до розділу 3.....	73
ВИСНОВКИ.....	75
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	79

ВСТУП

Якщо в своєму житті людина близько не зустрічалася з війною та її наслідками, може здаватися, що війна – це лише про смерть та руйнування. Насправді ж війна – це в першу чергу про життя, війна стає для людини катаклізмом, який дістає у неї з глибини душі найпотаємніше. Війна здатна викликати в людини біль і страждання, змушує зустрітися з власною силою, може породити ненависть та відродити любов. Той, хто воював, може сказати, що війна – це, насамперед, про людські стосунки. Метою будь – якої війни є Перемога. І щоб прийти до неї, воюючі сторони використовують найрізноманітніші способи. Одним із найжорстокіших засобів впливу на противника є взяття в полон воїнів ворога. Полонені є на кожній війні, і російсько – українська війна не є винятком.

Як сказав Віктор Франкл: «Те що ти пережив, жодна сила на землі не зможе забрати від тебе».

На жаль, у контексті російсько – української війни тема полонених набула надзвичайного важелю впливу в процесі взаємовідносин з противником та міжнародної політики, що робить процес звільнення полонених надзвичайно складним. На сьогодні в Україні нараховується тисячі військових та цивільних осіб, які пережили полон та піддавалися тортурам у зв'язку з війною.

Мікі Дорон, МНА (клінічний психолог та супервізор Ізраїльської Коаліції терапії травми, дав чітке визначення терміну полон – це обмеження свободи особи, що брала участь у військових діях, з метою недопущення її до подальшої участі в них.

Повернення з полону супроводжується значними психоемоційними труднощами, які можуть мати глибокі і тривалі наслідки для їхнього фізичного та психологічного стану. Перебування в полоні часто пов'язане з жорстоким поводженням, ізоляцією, фізичним і психічним насильством, що

призводить до глибоких травм. Тому питання психологічного супроводу військових, які пройшли через полон, є особливо актуальним для українського суспільства, яке сьогодні стикається з наслідками тривалої війни.

У військових, які побували в полоні, можуть розвиватися різноманітні психічні та емоційні розлади, серед яких посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні та депресивні стани, розлади сну, агресивність, суїцидальні настрої та інші форми психологічної дезадаптації. Окрім цього, процес повернення до мирного життя часто супроводжується труднощами в соціальній адаптації, відчуженням від близьких людей, зниженням здатності до виконання професійних обов'язків та іншими проблемами, що погіршують якість життя колишніх військовополонених.

Одним із основних завдань сучасної психологічної науки є розробка та впровадження ефективних методів психотерапевтичної допомоги для цієї категорії військових. Психологічний супровід має включати різні етапи, починаючи від негайної підтримки після звільнення з полону та закінчуючи довготривалою реабілітацією і соціальною інтеграцією. Важливим аспектом є робота не тільки з індивідуальними проявами психічних розладів, але й з сім'ями військових, оскільки саме родинне середовище відіграє важливу роль у процесі реадaptaції та підтримки.

Необхідно відзначити, що проблему методів психотерапевтичної допомоги для цієї категорії військових розглядали ряд психологів (Н. Лозінська, В. Олійник, С. Хоружий, М. Сириця, А. Романишин, А. Неурова та ін.)

Завдяки систематичному підходу до вивчення психологічних особливостей колишніх полонених, можна розробити спеціалізовані програми допомоги, що враховують як індивідуальні, так і колективні потреби цієї групи. Важливо також наголосити на необхідності комплексного підходу до реабілітації, де буде задіяна команда різнопрофільних фахівців –

психологів, психотерапевтів, соціальних працівників, лікарів, юристів та інших.

У психологічних дослідженнях щодо комплексного підходу до реабілітації виділяли загальну картину Д. Журавльов, О. Дрозд, І. Копотун, І. Коропаткін, В. Петков, К. Бортняк, Ю. Сєдих, А. Шарашенідзе.

Метою даної дипломної роботи є всебічний аналіз психологічних особливостей військових, які перебували в полоні, та розробка рекомендацій щодо організації їхнього психологічного супроводу. Дослідження охоплює вивчення факторів, що впливають на розвиток психічних розладів у цієї категорії осіб, аналіз ефективних підходів до їх лікування та відновлення, а також методів профілактики рецидивів психоемоційних проблем.

Об'єкт дослідження: Психологічний супровід військових, які звільнилися з полону.

Предмет дослідження: Особливості, методи та ефективність психологічного супроводу військових після полону, а також вплив цього супроводу на їх психологічний стан і реабілітацію.

Мета дослідження: Аналіз особливостей психологічного супроводу військових, які звільнилися з полону, та оцінка ефективності різних методів реабілітації для їх адаптації до мирного життя.

Завдання:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до психологічного супроводу військових, які звільнилися з полону, та визначити їх практичне застосування.
2. Оцінити вплив психологічної підтримки на емоційний стан військових після полону, включаючи стресові розлади та ПТСР.
3. Визначити етапи психологічної реабілітації військових та розглянути принципи індивідуального підходу в процесі адаптації.

4. Оцінити ефективність різних психотерапевтичних технік і сформулювати рекомендації щодо їх використання для покращення адаптації звільнених військових.

Наукова новизна полягає в розробці та обґрунтуванні специфічних підходів до психологічної підтримки і реабілітації військових, які зазнали травматичного досвіду полону, з урахуванням їхніх індивідуальних потреб та соціальних контекстів.

Теоретична значущість полягає у розвитку теоретичних знань про психологічні наслідки полону, реабілітацію та психосоціальну підтримку військових, а також у розробці нових підходів до їх реінтеграції в соціум. Це сприяє подальшому розвитку психологічної науки в контексті роботи з військовими та людьми, що пережили травматичні події.

Практичне значення дослідження полягає у можливості безпосереднього застосування отриманих результатів для надання якісної психологічної допомоги, розробки спеціальних програм реабілітації та покращення соціальних послуг, що сприяє успішному відновленню військових, які були в полоні.

Методи дослідження, які були використані у дипломній роботі:

1. Теоретичні методи:

- Аналіз і узагальнення наукової літератури. Вивчення та аналіз наукових публікацій з питань психологічної травми, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), реабілітації військових і соціальної адаптації після полону. Це допоможе створити наукову базу для дослідження і визначити актуальні проблеми.

- Систематизація. Зведення та класифікація отриманих результатів дослідження, що дозволить побудувати модель психологічного супроводу військових.

- Моделювання. Розробка моделі психосоціальної підтримки і реабілітації військових на основі отриманих даних.

2. Емпіричні методи:

- Опитування (анкетування, інтерв'ю). Проведення опитувань серед військових, які були в полоні, для збору даних про їхній психологічний стан, переживання та потреби. Також можна опитувати психологів та соціальних працівників, що працюють з цією групою.

- Тестування. Використання стандартизованих психологічних тестів і опитувальників для діагностики рівня ПТСР, тривожності, депресії, емоційної нестабільності та інших психологічних станів у військових після полону (наприклад, Шкала тяжкості ПТСР, Beck Depression Inventory тощо).

- Кейс-стаді (вивчення окремих випадків). Аналіз окремих випадків військових, які були в полоні, для більш детального вивчення їхніх психологічних проблем та шляхів реабілітації. Це дає змогу глибше зрозуміти індивідуальні особливості і труднощі, з якими вони стикаються.

- Спостереження. Безпосереднє спостереження за поведінкою і психологічним станом військових під час реабілітаційних заходів, що дозволить оцінити ефективність певних методів психологічної підтримки.

3. Порівняльний аналіз:

- Порівняння результатів військових, які були в полоні, з військовими, що не мали такого досвіду, або з цивільними особами, що зазнали подібних травм. Це допоможе виявити специфіку психологічних наслідків саме для військових після полону.

Використання цих методів дозволить комплексно дослідити психологічні проблеми військових, які були в полоні, і розробити ефективні методи їхнього супроводу та реабілітації.

База дослідження: військові, які перебували в полоні країни агресора російської федерації протягом 2022 – 2024 року і були звільнені з нього.

Апробація результатів дослідження здійснювалася шляхом: проходження навчання в тренінговому центрі «Простір можливостей» за сприяння фонду Партнерство задля стійкості України на тему: Система

підтримки та супроводу ветеранів / ветеранок у громадах із застосуванням кейс- менеджменту, 15 – 20 липня 2024 року;

Участь у Всеукраїнській науково – практичній конференції «Теоретичні та праксеологічні аспекти реалізації психолого – педагогічних досліджень в умовах воєнного стану», червень 2024 року.

Участь в XXXVIII Міжнародній науково-практичній мультисекційній конференції “Development of Modern Science: State, Problems and Prospects”, 11- 13 вересня 2024 року, ст. 190 «Особливості психологічного супроводу військових, які звільнилися з полону».

Проходження навчання в Міжнародному інституті післядипломної освіти. Післядипломна програма «Психологічне консультування», спеціалізація «Клінічна психологія та психотерапія травми», листопад 2024 року.

Шахов В.В., Іщенко О.С. «Особливості психологічного супроводу військових, які звільнилися з полону». Збірник декади студентської науки МДУ. 2025. (подано до друку).

Структура випускної роботи

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з розділів, загальних висновків, списку використаних джерел.

Таким чином, дипломна робота спрямована на підвищення ефективності психологічної підтримки колишніх військовополонених, що є важливим для успішної їх інтеграції в мирне життя та збереження їхнього психічного здоров'я.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВІЙСЬКОВИХ, ЯКІ БУЛИ В ПОЛОНІ

1.1. Психологічні наслідки перебування у полоні

Людина, яка вважала, що досягла межі всіх можливих страждань, може виявити, що межі не існує і рівень болю може стати ще глибшим і нестерпнішим. Віктор Франкл і Ю. Широбоков, досліджуючи психологічні аспекти сучасного військового полону, зазначають, що ця проблема ще недостатньо досліджена. У багатьох військово-психологічних працях полон розглядається як побічний наслідок війни, а військовополонені згадуються лише як частина загального списку людських і матеріальних втрат [58, с. 139].

Ю. Широбоков у своїй роботі «Теоретичні та прикладні аспекти психології військового полону» зазначає, що в концепції Е. Гоффмана полон розглядається як своєрідний тотальний інститут десоціалізації особистості. В умовах ізоляції від зовнішнього світу цей інститут перетворюється на замкнутий простір, у якому людина повністю втрачає зв'язок із реальністю.

Сам факт перебування в полоні для військових супроводжується значними ризиками та повною втратою контролю над власним життям. Це створює передумови для тривалих і повторюваних травм. Навіть якщо полоненому дається можливість вибору або до нього виявляють поблажливість, це зазвичай не залежить від його особистих якостей чи поведінки, і ціна такого вибору зазвичай надзвичайно висока.

Стресові та травматичні переживання.

Рівень травматизму полонених може варіюватися залежно від багатьох факторів, які впливають на фізичний та психічний стан людини під час перебування в полоні. До основних факторів, що впливають на рівень травматизму, належать:

1. Тривалість перебування в полоні: Чим довше людина знаходиться в полоні, тим більше вона зазнає психологічного та фізичного виснаження, що підвищує ризик серйозних травм і психологічних розладів.

2. Тип поводження та насильство: Фізичні тортури, жорстоке поводження, відсутність медичної допомоги і навіть постійні погрози життю значно збільшують травматизацію. Жорстокість з боку ворога може включати побиття, катування, моральне приниження, що залишає глибокий слід на психіці.

3. Соціальна ізоляція: Відсутність контакту з родиною та близькими, тривала ізоляція від зовнішнього світу може спричинити сильний емоційний стрес і відчуття безвиході. Відсутність підтримки та зв'язку з оточуючим світом поглиблює психологічні травми.

4. Фізичні умови утримання: Недостатнє харчування, погані санітарні умови, нестача води та тепла, антисанітарія і хвороби можуть призводити до серйозних фізичних травм і захворювань, які без належної медичної допомоги погіршують загальний стан полонених.

5. Невизначеність і відсутність інформації: Постійна невизначеність щодо власної долі, страх перед можливою стратою або продовженням тортур підсилюють психологічне навантаження.

6. Попередній досвід та підготовка: Військові з психологічною підготовкою або досвідом виживання можуть краще витримувати стресові ситуації, ніж ті, хто не має такого досвіду. Водночас навіть найкраща підготовка не завжди може вберегти від травматичних наслідків.

7. Підтримка інших полонених: Соціальна підтримка від інших полонених може значно знизити рівень психологічного травматизму, оскільки спільний досвід і спілкування допомагають зменшити відчуття самотності.

Кожен із цих факторів впливає на загальний стан полоненого, а їх комбінація може суттєво збільшити рівень як фізичних, так і психологічних травм.

Досвід перебування в полоні і тортури, які там отримують військові, мають значний вплив на психологічний стан людини та суттєво змінює її внутрішній світ (О. Галкін, Є. Положій, Б. Логвиненко, В. Якушев, О. Сенцов). Людина втрачає базове відчуття довіри до світу, оточуючих і до самої себе. Для того щоб знову навчитися довіряти, потрібен час і зусилля.

Окрему групу військовослужбовців – учасників бойових дій становлять ті особи, які перебували в полоні, отримали серйозні фізичні травми або інвалідність внаслідок цього. Наслідки полону негативно впливають на їхній загальний психічний стан. В більшості випадків полон стає навіть більш серйозним випробуванням для психіки, ніж участь у військових діях. Враховуючи особливий характер відомостей про факти тортур у полоні й про ті психологічні травми, через які страждають люди, що їх отримали, в тому числі й спустошуюче почуття власної безпорадності, психолог-консультант для роботи з цією категорією має бути знайомим зі Стамбульським протоколом – Керівництвом з ефективного розслідування та документування тортур та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання [44] та мати відповідний рівень профільної підготовки, а також повинен пройти попередню підготовку по роботі з особами, які зазнали психологічних ушкоджень, зокрема, емоційних ран. Йому мають бути відомі умови утримання у ізоляції, місцях позбавлення волі, катувальних камерах, інструменти тортур, що використовуються в тій чи іншій території, де клієнт поміщений у місця утримання військовополонених, а також характерні наслідки тортур.

Індивідуальна психотерапевтична підтримка осіб, які пережили полон, а також членів їхніх сімей надається за їхньою згодою. Тривалість роботи може варіюватися, залежно від потреб постраждалих, і в досвіді спеціалістів вона становить від одного місяця до двох років [25, с. 50–63.]. Однією з основних цілей тортур є доведення людини до стану крайньої безпорадності та глибокого емоційного болю, що може спричинити розлади когнітивних, емоційних і

поведінкових процесів. Розповідь про тортури, яких зазнала людина, може змусити її як би знову переживати те, що трапилося, посиливши завдану їй психологічну травму. Вислуховування усіх деталей тортур може викликати наслідки вторинної травматизації і симптоми вторинного стресу, тому співбесідникам рекомендується обговорювати усі деталі, дотримуючись при цьому вимог професійної етики щодо збереження конфіденційності.

Катування, особливо сексуального характеру, є дуже особистою темою, і обговорювати її можна тільки під час наступних зустрічей, а іноді й пізніше. Не можна змушувати людей розповідати про будь-які форми тортур, якщо їм це важко. Для тих, хто пережив катування, детальний опис подій може бути важким через різні фактори, такі як: – обставини катувань, наприклад, зав'язування очей, наркотичне сп'яніння, втрата свідомості; – страх за свою безпеку чи за інших; – відсутність довіри до психологів чи лікарів; – психологічні наслідки травм, такі як емоційне напруження чи розлади пам'яті через депресію чи посттравматичний стресовий розлад; – нейропсихіатричні порушення пам'яті через удари по голові, задушення, занурення у воду чи голодування; – захисні механізми, такі як заперечення та уникнення; – культурні обмеження, які дозволяють розповідати про травму лише в умовах повної конфіденційності [58, с. 476].

До найбільш поширених психологічних реакцій у тих, хто пережив полон, належать депресія, тривога, безсоння, нічні кошмари, спогади та зниження пам'яті. Основними психічними розладами є ПТСР і глибока депресія. Душевний біль, що виникає через все, що нагадує про перенесену травму, часто проявляється у вигляді недовіри та страху перед людьми з владою, зокрема перед лікарями і психологами. Для встановлення довіри з жертвами, які нещодавно пережили сексуальне насильство, потрібна спеціальна підготовка та підтримка. Важливо уникати дій, які можуть посилити травму у людей, що пережили катування [56, с. 217].

Поширені психологічні реакції:

- Повторне переживання травми. Жертва може знову переживати події в своїх думках або страждати від нав'язливих спогадів, в яких вона знову відчуває травмуючі моменти, навіть коли не спить, або переживати кошмари, що повторюються, які можуть бути прямим чи символічним відображенням травми [12].
- Уникнення і емоційна байдужість. Людина намагається уникати думок, розмов, місць чи людей, що нагадують про травму, відчуваючи глибоке емоційне затуплення. Глибока емоційна скутість. Глибока особиста відчуженість та соціальна відстороненість. Людина не в силах усвідомити та згадати про всі аспекти травми. [12].
- Перезбудження. Люди, які пережили травму, можуть мати труднощі з засинанням чи сном, проявляти дратівливість або спалахи гніву, мати проблеми з концентрацією уваги. Вони часто відчувають надмірну підозрілість і посилену реакцію на різкі звуки, також можуть страждати від загального занепокоєння, прискореного дихання, пітливості, сухості в роті чи запаморочення, а також мати шлунково-кишкові проблеми.
- Депресивні симптоми. Часто у таких осіб спостерігається пригнічений настрій, зниження інтересу до звичних діяльностей, проблеми з апетитом або втрата ваги, безсоння або надмірна сонливість, зниження енергії, труднощі з концентрацією або запам'ятовуванням. Вони можуть мати думки про смерть або навіть намагатися покінчити з собою. [52].
- Порушена самооцінка та обмежене бачення майбутнього. Постраждалі відчувають, що їхня особистість зазнала непоправної шкоди, і це може змусити їх сприймати майбутнє без надії на нормальне життя, кар'єру чи сім'ю.
- Дисоціація та деперсоналізація. Людина може відчувати роздвоєння особистості, ніби спостерігає за собою з боку, або відчувати відчуження від свого тіла. Це може проявлятися в нетиповій поведінці, коли особа починає діяти необережно або наражати себе на ризик [39].

- Соматичні симптоми. Після тортур часто з'являються фізичні болі, зокрема головний біль, м'язова та спинна біль, які можуть не мати чіткої фізичної причини, а бути наслідком травм або психологічного стресу. Часто ці болі стають хронічними і посилюються через стрес.
- Сексуальні розлади. Тортири, пов'язані з насильством, часто призводять до сексуальних розладів, таких як зниження лібідо чи імпотенція.
- Психоз. У тих, хто пережив тортури, можуть виникати психотичні реакції, включаючи нав'язливі ідеї, галюцинації (слухові, зорові) та спотворене сприйняття реальності. Вони можуть мати симптоми параної або манії переслідування.
- Зловживання алкоголем і наркотиками. Відчуваючи труднощі з емоційною реакцією, деякі люди починають зловживати алкоголем або наркотиками, щоб забути травмуючі спогади або заспокоїти тривогу [18].
- Нейропсихологічні розлади, спричинені катуванням, можуть призводити до різноманітних мозкових порушень, таких як ушкодження голови, удушення або тривала недоїдність. Ці фактори можуть викликати довгострокові неврологічні та психічні проблеми, які не завжди видно при медичному обстеженні. Симптоми таких розладів схожі на прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або депресії. Зміни у свідомості, увазі, пам'яті, концентрації та координації можуть бути результатом як функціональних, так і органічних причин. [41].

Діагностичні категорії:

По - перше депресивні розлади. Більшість людей, які пережили тортури, мають депресивні стани, які можуть мати різні прояви: психотичні, кататонічні або меланхолійні. Глибокий депресивний розлад може проявлятися у вигляді одиничних нападів або періодично повторюваних криз. Для діагностики необхідно наявність щонайменше п'яти симптомів, серед яких мають бути: пригнічений настрій, зниження інтересу до життя, зміни в апетиті або вазі, проблеми зі сном, втома, почуття провини чи безнадійності, порушення

концентрації, думки про смерть чи самогубство. Ці симптоми повинні суттєво впливати на повсякденне життя. [41].

По - друге посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Цей розлад часто є наслідком пережитих тортур і проявляється через нав'язливі спогади, кошмари та спроби забути травмуючі події. Людина може не згадувати точні деталі подій, але основні моменти залишаються у пам'яті. ПТСР має різні форми: гостру, хронічну та сповільнену. Симптоми включають повторювані спогади про травму, сильний емоційний біль при згадуванні, уникання ситуацій, що нагадують травму, зниження інтересу до діяльності, відчуження від людей, а також підвищену збудливість, проблеми зі сном, дратівливість. [12].

По - третє стійка зміна особистості. Після сильної або тривалої стресової ситуації у людей, які раніше не мали психічних розладів, можуть розвиватися зміни в особистості. Ці порушення є тривалими і можуть мати серйозний вплив на соціальну та професійну діяльність. [35].

Ці психічні і нейропсихологічні розлади можуть проявлятися через різні симптоми, які часто з'являються після пережитих травм, таких як катування. Важливо враховувати ці фактори при діагностиці і лікуванні постраждалих осіб.

Існують ситуації, що викликають сильний стрес і можуть спричинити зміни в особистості. Це може статися, наприклад, під час перебування в концентраційному таборі, переживання стихійних лих, тривалого полону з реальним ризиком зазнати смертельної небезпеки або перебування в умовах, де загрожує життя, таких як бути жертвою терору чи катувань. [25].

Цей діагноз стосується змін у сприйнятті, реакціях чи судженнях людини щодо навколишнього світу та себе, які проявляються у вигляді негнучкої поведінки, що не була характерною до травми. Важливо, що ці зміни не повинні бути наслідком іншого психічного розладу, залишкових симптомів попередніх психічних проблем чи змін, спричинених хворобою, порушеннями нормальної діяльності або травмами головного мозку. [40].

Для встановлення остаточного діагнозу стійкої зміни особистості після пережитого стресу, ці зміни повинні тривати щонайменше два роки після того, як людина зазнала сильного стресу. Згідно з МКХ-10, стрес має бути настільки інтенсивним, що його вплив не можна пояснити вразливістю конкретної особи. Така зміна особистості проявляється у вигляді недовіри та підозрілості до навколишнього світу, соціальної ізоляції, почуття безнадійності та відчуженості, а також постійного відчуття тривоги, наче небезпека завжди підстерігає [17,19];

По - четверте алкогольна та наркотична залежність. Медики відзначають, що в осіб, які пережили тортури, часто в якості вторинного прояву розвивається надмірне вживання алкоголю та наркотичних речовин. Колишні полонені зловживають для того, щоб придушити хворобливі спогади, впоратися з неприємними емоціями та вгамувати тривогу. Хоча у дослідженнях, які проводяться систематично рідко висвітлюються питання про алкогольну та наркотичну залежність з боку жертв тортур. До підвищеного ризику і схильні колишні військовополонені, які страждають від ПТСР. Часто зустрічається поєднання ПТСР зі зловживанням алкоголем і наркотиками і серед ветеранів війни можливі інші діагнози, перелік яких не є вичерпним, зокрема [35]:

1) синдром загального занепокоєння, проявляється у надмірній тривозі та хвилюванні з приводу різних ситуацій і діяльності, супроводжується м'язовою напругою та підвищеною активністю нервової системи [17];

2) синдром панічних атак проявляється у вигляді раптових і повторюваних епізодів інтенсивного страху або тривоги, з такими симптомами, як потіння, ядуха, тремтіння, прискорене серцебиття, запаморочення, нудота, озноб або нападоподібні відчуття жару;

3) гострий стресовий синдром має подібні симптоми до ПТСР, але діагностується, якщо вони з'являються впродовж місяця після впливу травмуючої події;

4) психосоматичні розлади проявляються у вигляді фізичних симптомів, для яких не можна знайти органічне пояснення;

5) маніакально-депресивний синдром проявляється маніакальними або гіпоманіакальними епізодами, що супроводжуються підвищеним, експансивним або роздратованим настроєм, почуттям величі, зменшенням потреби у сні, швидким потоком ідей, психомоторним збудженням та можливими психотичними симптомами [20];

6) розлади, що виникають через загальний стан, часто проявляються у вигляді порушень роботи головного мозку, що призводять до змін або недостатності свідомості, орієнтації, уваги, концентрації, пам'яті та координації рухів [31];

7) фобії, такі як страх перед спілкуванням або відкритими просторами. Фахівці знають про емоційні реакції, які викликають в опитуваної особи та у психолога оцінка важкої травми. Ці емоційні реакції виявляються, як перенесення афекту та «зустрічне» перенесення афекту. Недовіра, страх, сором, гнів і почуття провини – це типові емоційні реакції жерт, особливо коли їх просять викласти або згадати подробиці заподіяної їм травми. Перенесення афекту відбувається щодо почуттів потерпілого до психолога, які стосуються пережитого у минулому, але помилково сприймаються потерпілим, як спрямовані на психолога як на особистість. Також, емоційна реакція психолога на жертву тортури, відома як «зустрічне» перенесення афекту, може вплинути на психологічну оцінку. Перенесення і «зустрічне» перенесення - це явища, які тісно переплітаються між собою. Поширені реакції «зустрічного» перенесення афекту [25]:

- уникання, ізоляція та захисна байдужість, що є відповіддю на знайомство з інформацією, яка викликає тривогу. Це може призвести до забуття деяких деталей і зменшення усвідомлення серйозності фізичних або психологічних наслідків [27];

- розчарування, безпорадність, безнадійність та надмірне ідентифікування, що можуть спричинити розвиток симптомів депресії та компенсаторних реакцій, таких як нічні кошмари, тривога та страх[18].

- почуття всемогутності й манія величі, які виражаються в тому, що людина почуває себе авторитетом у своїй справі та фахівцем по роботі із травмою або останньою надією на одужання та благополуччя особи, яка пережила тортури;

- відчуття ненадійності у своїх знаннях перед масштабами події або пережитими стражданнями, про які говорять постраждалі. Це може виявлятися, як невпевненість у своїй здатності віддати належне постраждалій від тортур та надмірний інтерес лікарськими нормами [16];

- почуття провини за те, що не можна розділити з жертвою тортур заподіяні їй страждання й біль;

- злоба і ненависть до знущальників передбачувані, але вони можуть досить погано позначитися на здатності зберігати об'єктивність, якщо в їх основі неусвідомлений особистий досвід, який може стати хронічним або надмірного масштабу;

- злоба або огида до жертви може виникнути через те, що довелося зазнати незвично сильного хвилювання [19];

Психологам, які займаються наданням допомоги жертвам тортур, рекомендується обов'язково враховувати механізм «зустрічного» перенесення афекту та, за можливості, забезпечити контроль і консультації з боку того чи іншого колеги.

1.2. Соціально-психологічні аспекти адаптації військових після полону

Військовослужбовець, який звільнився з полону, на перших тижнях може відчувати деперсоналізацію. Він ще не здатний повністю радіти життю, оскільки йому потрібно знову навчитися цьому, оскільки за час полону він

втратив здатність до цього. Якщо в перший день свободи все здається йому як дивовижний сон, то з часом минуле виглядатиме йому вже як кошмар. У своїй праці “Стійкість” Е. Грейтенс, колишній морський котик, підкреслив, що за сім років полону один полонений може пережити більше страждань, ніж інші люди за сім життів [10]. Військовий полон обмежує перспективи особистості, забираючи здоров’я, травмуючи психіку та краде час, який мав бути використаний для особистісного розвитку. Тому після повернення з полону важливо провести психодіагностику військового [21].

Практика показує, що після звільнення з полону особистість військовослужбовця є дезадаптованою на всіх рівнях піраміди потреб А. Маслоу. На фізіологічному рівні колишні військовополонені часто позбавлені статевого життя, належного харчування та нормального сну. Це призводить до загострення хронічних хвороб або розвитку нових. Для того, щоб зламати волю полонених та запобігти їхньому опору чи спробам втечі, їх утримують на голоді. В таких умовах у них майже не залишається сил для підтримки основних функцій організму. Безпека полонених повністю порушується, адже вони можуть отримати серйозні травми або навіть загинути, а їхнє майно забирають, знищуючи плани на майбутнє. Соціальний рівень також зазнає руйнувань через обмеження спілкування з близькими. Рівень поваги знищується через постійне приниження та презирство з боку ворога. Попередні досягнення втрачають сенс, оскільки полонені не можуть бути корисними в таких умовах, і почуття самозвинувачення призводить до падіння самоповаги. На рівні самовираження військовополонені стикаються з необхідністю відмови від своїх попередніх моральних норм, оскільки в полоні ці норми не працюють. Існує багато прикладів утримання військовослужбовців у полоні протягом десятків років [22,33.38,39].

Повернення з полону є процесом, який одночасно містить як досягнення, так і певні ризики. На наш погляд, найбільш влучним порівнянням цього процесу є сходження на Еверест. Адже перебування на вершині означає, що наступним

кроком має бути спуск, що є надзвичайно небезпечним. У нашому випадку спуск з вершини символізує процес реінтеграції та відновлення військовослужбовця. Відомо, що через виснаження психіки та тіла і складність маршруту, не всі здатні дістатися до базового табору. Таким чином, повернення з полону схоже на підкорення Евересту: не кожен військовослужбовець може повністю відновитися після полону та адаптуватися до нормального життя в суспільстві [41].

Після звільнення з полону людина потребує психологічної підтримки. Саме процес звільнення, який є різким зняттям душевного тиску, може бути небезпечним для психічного стану. З психологічної точки зору, це можна порівняти з кесонною хворобою, де раптове звільнення від стресу, подібно до різкої зміни тиску при піднятті водолаза на поверхню, може завдати шкоди емоційному та психологічному здоров'ю. Як зазначав Віктор Франкл, звільнення часто призводить до моральної деформації, а також двох основних переживань - гіркоти та розчарування на етапі повернення до звичного життя. Гіркота може виникати через дрібниці, наприклад, через холодне прийняття суспільством, яке часто обмежується лише формальними фразами і жестами. Це відчуття Франкл порівнював із запитанням: "Для чого я все це витримав?" [48, с.105]. Додатково, повернення полоненого стає стресом не лише для нього, але й для його родини, оскільки відновлення стосунків вимагає нових підходів, переосмислення цінностей і змін у звичному побуті. За словами Франкла, важливою не є просто зміна обставин, а здатність людини знайти сенс у своєму досвіді. Він підкреслював, що полонений не потребує лише зняття стресу, а усвідомлення глибшого смислу, який може стати рушійною силою для відновлення [48, с.115,].

Процес реабілітації після звільнення з полону не є безболісним. Психологічний стан військовослужбовців у цей період характеризується пригніченістю всіх психічних функцій [14,15]. Їх часто супроводжують почуття самотності і відсутності співчуття з боку оточуючих. Вони схильні до

відлюдькуватості та недовіри. Така віддаленість від світу зумовлена бажанням втекти у свій внутрішній світ, де вони обробляють травматичний досвід і намагаються адаптуватися до нового оточення, яке з його стандартами і вимогами здається недосяжним. Замкнутість і мовчазність стають своєрідним захисним механізмом у боротьбі з зовнішніми стресорами.

Моральний стан звільненого військовослужбовця характеризується великим виснаженням внутрішніх ресурсів. Щоб почати нове життя або відновити попереднє, звільнена особа намагається знайти відчуття, які б стали основою для відродження. Ці відчуття повинні стати стимулом для нового етапу життя, того, заради якого вона витерпіла жахливі тортури та кривди. Людина шукає ці відчуття у стосунках з іншими, їх ставленні до себе, в навколишньому середовищі, природі чи спорті. Колишній полонений прагне знайти те, що стане винагородою або хоча б компенсацією за пережите. Однак відсутність справжнього співчуття може завдати йому шкоди. Внутрішній вакуум вимагає наповнення новим сенсом для подальшого життя, адже той сенс, який давав сили пережити полон, після звільнення втрачає свою силу. Часто психологічні труднощі військовослужбовця виникають через переживання внутрішнього конфлікту або психічної травми. Несвідомо особистість тримається за травматичний досвід, який вона асоціює з власною самотністю [2].

Пережиті тортури у полоні можуть викликати у звільнених осіб повторну психічну реакцію, яка за своєю інтенсивністю наближається до первинних переживань. Мимовільні спогади іноді можуть повернути їх у стан, коли фізичний біль відчувається знову. Реакції на ці спогади можуть бути неконтрольованими і включати агресію до себе або до оточуючих, а також проявлятися у вигляді різних форм втечі – від замкненості в собі до фізичної ізоляції. Під час перебування в полоні особистість зазнає жорстоких тортур і часто змушена брати участь у насильстві над іншими, що завдає серйозної шкоди психіці, яка після цього певний час “черствіє”, втрачаючи чутливість до

насильства та здатність до співчуття. Згідно з поглядами В. Франкла та власним досвідом, можна стверджувати, що протягом перших тижнів після звільнення люди, які зазнали жорстокості, не можуть одразу позбутися її впливу. Вони можуть вважати, що здобули свободу і мають право поводитися з нею безжально та свавільно. Іноді така поведінка виправдовується тим, що самі вони пережили жахливі випробування [48. с.104]. Спогади про ці події спричиняють душевний біль і призводять до самозвинувачень. Це створює замкнуте коло стресу, яке може призвести до проявів суїцидальних думок чи поведінки [31].

Посттравматичний стресовий розлад у осіб, звільнених із полону, є наслідком численних форм фізичного і психологічного насильства, яке вони пережили під час примусової ізоляції. Близько 96% людей, які повернулися з полону, повідомляють про використання різноманітних форм тортур і жорстокого поводження, що спрямовані на посилення їхніх фізичних і психічних страждань [57.с.7]

Ось деякі з методів насильства, яким вони піддавалися:

1. Пиляння зубів напилком або виривання зубів за допомогою плоскогубців;
2. Підвішування за руки на ланцюгу;
3. Вставлення дротів у вуха для пробивання барабанної перетинки або гасіння цигарок в ушах;
4. Залишення в темній камері без світла на кілька тижнів;
5. Ненадання їжі і води;
6. Побиття руками, ногами, гумовими палками або іншими предметами, іноді до 12 годин, з чергуванням катів;
7. Імітація розстрілу;
8. Тортури електричним струмом за допомогою приладу "Тапик";
9. Придушення фізичного стану жертви;
10. Прострілювання обох ніг;
11. Переломи або відрізання пальців рук і ніг, зрізання нігтів;

12. Виколювання очей;

13. Згвалтування;

14. Примушування до публічного наклепу і участі в зйомці пропагандистських відео.

Більшість військовослужбовців, які пережили жахіття полону, мають різні ступені посттравматичного стресового розладу [26. с.65-73] Для них минуле залишається живим, і його важко сприйняти як завершене. У таких осіб спостерігаються симптоми, як емоційне оніміння, уникання певних зовнішніх стимулів, флешбеки, нічні кошмари та нав'язливі спогади. Одним із найбільш потужних методів психічного тиску є ізоляція, яка в поєднанні з фізичним насильством призводить до втрати віри у власні переконання та змінює їх. Кати, відчуючи свою владу над беззахисними полоненими, часто використовують методи “батога і пряника”. Знущення, які включають імітацію смерті (наприклад, удушення або утоплення), допомагають впливати на свідомість і поведінку полонених [18]. Важливо зазначити, що ступінь гуманності у ставленні до полонених залежить від культурних і моральних норм кожної зі сторін конфлікту. Створення інформаційного вакууму та подача спотворених новин (як-от вигадані перемоги) стають основою для маніпуляцій і змін у світогляді полонених. Кінцевою метою таких маніпуляцій є зміна їхнього світогляду, що є результатом успішної індоктринації [19, 21].

За допомогою нав'ювання, переконання та пропаганди полоненим нав'язують певні ідеї, які впливають на їхню свідомість і руйнують їхні основні переконання. Таким чином, створюється нова ідентичність, яка є заздалегідь визначеною і передбачуваною для військовополонених [18].

1.3. Особливості психологічного супроводу під час реабілітації звільнених з полону військових

Після звільнення полонений потребує психологічної допомоги. Саме звільнення як раптове зняття душевного гніту небезпечне щодо психологічного стану. Ця небезпека з характерологічного погляду є не що інше, як психологічний еквівалент кесонної хвороби. Так само, як фізичне здоров'я водолаза опиниться в небезпеці, якщо його раптово підняти на поверхню (після перебування під високим атмосферним тиском), моральне й душевне здоров'я людини, раптово звільненої від психічної напруженості, також може постраждати [48, с. 104]. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Військовослужбовці, які пережили полон, потребують ретельної психологічної реабілітації. Вони зазнали тяжкого морального тиску і фізичних тортур, проживаючи в жахливих умовах. Хоча їхнє виживання здається неймовірним, попереду в них ще довгий шлях відновлення, для чого їм потрібна підтримка кваліфікованих військових психологів. Психологічний стан кожного військовослужбовця залежить від багатьох факторів, таких як індивідуальні характеристики нервової системи, особистий досвід, здатність до стресостійкості, тривалість перебування в зоні бойових дій та інтенсивність пережитих травм. Тому точно визначити кількість осіб, яким необхідна психологічна допомога, неможливо. Однак всі військовослужбовці, звільнені з полону, після реінтеграції потребують постійного психологічного супроводу в своїх підрозділах та відновлення в установах, що надають психологічну допомогу. Кожен з них пережив цю травму по-своєму. [23, с. 108].

Звільнені бранці по-різному пережили своє перебування в полоні. Психологічний стан тих, хто повернувся, значною мірою залежить від обставин, за яких вони потрапили до рук ворога, а також від умов, в яких вони утримувалися. Важливими факторами є наявність тортур під час

полону, моральний тиск з боку охоронців, а також тривалість ув'язнення [11, с. 45-81]. Крім того, особистісні риси військовослужбовця, його моральна стійкість, значно впливають на те, як він пережив полон та як відбудеться його подальша психологічна реабілітація.

Реабілітаційні заходи для військовослужбовців Збройних Сил України проводяться в медичних закладах, що належать до Міністерства охорони здоров'я та Міністерства оборони, а також у інших установах і закладах, які співпрацюють на основі Меморандумів про співпрацю [28, 29,30,31]. Зокрема, з вересня 2022 року розпочато пілотний проєкт з надання психологічної реабілітації для військових у Державному закладі «Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів „Лісова поляна“», що є частиною Міністерства охорони здоров'я України. З початку 2023 року реабілітацію в цьому центрі пройшли 348 військовослужбовців, включаючи тих, хто був звільнений з полону. Крім того, спеціалісти центру розробили спеціальну соціально-психологічну програму реабілітації для осіб, які повернулися з полону.

Після повернення з полону всім військовослужбовцям проводять процес декомпресії, який є першим етапом психологічної реабілітації. Під час декомпресії психологи проводять індивідуальне психологічне оцінювання, дають роз'яснення та надають консультації за необхідністю. За результатами цих заходів визначають, які військовослужбовці потребують подальшої реабілітації, і направляють їх до медичних закладів Міністерства оборони України або інших установ, якщо це узгоджено [30,31].

Військовий психолог, маючи гуманітарну освіту у сфері психології, не здійснює діагностику психічних розладів, не займається лікуванням і не має права призначати медикаменти. Його діяльність не пов'язана безпосередньо із захворюваннями. Однак психолог має вміти відрізнити психопатологічні симптоми від особливостей поведінки та переживань людини, які є умовно нормальними, але виникають у складних життєвих обставинах [49,с.10-17]. .

Фахівець повинен розпізнавати патологічні прояви в мисленні, емоціях, поведінці та міжособистісних взаєминах, щоб уникнути помилок під час аналізу індивідуальних особливостей клієнта і вчасно виявити ознаки психіатричних порушень [49, с.21].

Така позиція вимагає від психолога глибоких знань у сфері феноменології психічних захворювань, а також чіткого усвідомлення меж своєї професійної компетенції. Лікування психічних розладів є завданням спеціаліста з медичною освітою. Розуміння своїх професійних обмежень є особливо важливим у випадках психічних розладів, оскільки необґрунтоване або недоцільне втручання може призвести до негативних наслідків як для стану клієнта, так і для професійної репутації та самооцінки самого психолога [55, 57].

Робота психолога вимагає високої компетентності в міждисциплінарній сфері. До нього висуваються значні вимоги, зокрема: ерудованість, гнучкість мислення, відкритість до нових знань, допитливість та толерантність до невідомого. Ситуації невизначеності, які часто виникають у професійній діяльності, можуть викликати тривогу і випробовують здатність психолога адаптуватися. Однією з ключових професійних навичок є здатність справлятися з невизначеністю і пов'язаними з нею емоційними переживаннями. [21, 22].

Професійна зрілість психолога передбачає прийняття відповідальності за власні потреби, усвідомлення їхнього існування і динаміки, а також вміння тримати їх під контролем, щоб вони не впливали нав'язливо на роботу [34, с.225]. .

Стосунки психолога з колишнім військовополоненим, що постраждав від катувань, мають певну специфіку, що відрізняє їх від класичних. У таких взаєминах важко встановити класичний нейтралітет, адже військовий психолог має забезпечити правовий захист і підтримку постраждалому. [34, с. 221].

Байдужість психолога щодо клієнта, який пережив катування – ознака синдрому вигорання, а нейтралітет – свідчення захисту від почуття страху, безпорадності або безсилля. Нейтральне ставлення до клієнта, що пережив тортури, може виявитися шкідливим: недостатньо емпатійного психолога клієнт може сприймати, як нового мучителя [5,11,22].

Під час надання психологічної допомоги для колишніх військово полених часто акцентується увага на потребу відкритої підтримки, емпатійності психолога. Завжди, особливо напочатку надання психологічної допомоги, постраждалим потрібно пояснити, що за наука психологія і що вона вивчає щоб в подальшому пояснити сутність проблеми, особливості та мету психологічної роботи [15].

Під час перших інтерв'ю з жертвою катувань важливо визначити графік сесій і наголосити на значущості кожної зустрічі [7, с. 80,31]. На початковому етапі психологічної допомоги основна мета полягає у створенні відчуття безпеки та поступовому відновленні базової довіри. На цьому етапі опрацювання травматичного досвіду може бути шкідливим, оскільки потерпілому важко взаємодіяти з джерелом свого болю та сильною тривогою через відсутність достатньо безпечного простору чи довірливих стосунків із психологом. Психолог повинен уважно стежити за тим, наскільки глибоко клієнт розкриває свій травматичний досвід під час однієї сесії, щоб уникнути перевантаження [11,12].

Робота з жертвами катувань є складним і довготривалим процесом, часто з обмеженими результатами, оскільки у багатьох із них зруйнована базова довіра. Це ускладнює відчуття безпеки в контакті з психологом. Блокування травматичних спогадів також порушує взаємодію, а переживання почуття провини та ідентифікація з кривдниками посилюють ізоляцію постраждалих. Така «залежність у ненависті» може викликати додаткову провину, яка ще більше віддаляє клієнта від оточення. Психолог має бути

обізнаним про ці ризики, встановлювати чіткі межі, залишатися стійким і тактовно уникати ідеалізації з боку клієнта. [40,41].

Наступний етап полягає у поступовому опрацюванні травматичного досвіду. Це зазвичай найтриваліша і найважча частина роботи. Психолог повинен демонструвати емпатію, тактовність і стабільність, створюючи безпечний простір для відкритого переживання травми. Цей процес сприяє відновленню внутрішнього відчуття цілісності та послідовності.

Заключна фаза включає реконструкцію ідентичності, реінтеграцію постраждалого в соціальне життя та планування його майбутнього. На цьому етапі клієнт поступово відокремлюється від психолога, набуваючи здатності до самостійного життя [8, с. 41]. .

Висновки до розділу 1

У першому розділі магістерської роботи було здійснено аналіз теоретичних засад психологічного супроводу військових, які пройшли через досвід полону. Це питання є надзвичайно актуальним, оскільки військовополонені, переживши екстремальні фізичні й психологічні умови, стикаються з серйозними наслідками для їхнього психічного здоров'я та соціальної адаптації. В рамках дослідження було визначено кілька ключових аспектів, що обумовлюють необхідність комплексного підходу до психологічної реабілітації цих осіб.

По-перше, було визначено, що полон є унікальною та надзвичайно стресовою подією, яка здатна кардинально змінити внутрішній світ особистості. Перебування в умовах постійної загрози життю, ізоляції, фізичного насильства та порушення базових прав і свобод формує глибокі психологічні травми. Найчастіше це призводить до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який проявляється в тривожності, флешбеках, порушеннях сну, депресії та відчутті постійної

загрози. Також важливим є те, що полон впливає на самооцінку, довіру до інших людей та впевненість у майбутньому, що ускладнює повернення до нормального життя після звільнення.

По - друге, теоретичні дослідження підкреслюють, що основними методами психологічної допомоги військовим, які пережили полон, є психотерапевтичні техніки, спрямовані на роботу з травматичним досвідом. Зокрема, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є ефективною для допомоги військовим у подоланні негативних переконань, пов'язаних з їхнім досвідом. Метод EMDR (десенсибілізація і переробка травматичних спогадів рухами очей) допомагає зменшити інтенсивність болісних спогадів. Також важливою складовою є травмофокусована терапія, яка працює безпосередньо з подіями, що викликають психологічну травму. Крім того, групова терапія може надавати додаткову підтримку, створюючи простір для спілкування з тими, хто пережив подібний досвід, що зменшує почуття ізоляції.

Третім важливим аспектом є соціальна складова реабілітації. Військовополонені, після звільнення, потребують не лише психологічної допомоги, але й підтримки у соціальній адаптації. Травматичний досвід змінює здатність людини функціонувати у соціумі, взаємодіяти з іншими людьми та брати участь у громадському житті. Для цього необхідно забезпечити комплексну соціальну підтримку, яка включає допомогу в отриманні медичних послуг, працевлаштуванні, юридичному супроводі та інших соціальних питаннях. Особливу увагу слід приділити роботі з родинами військовополонених, оскільки їхня підтримка є ключовою в процесі реінтеграції.

Далі, дослідження показують, що тривала підтримка з боку держави є вирішальною для успішного відновлення військових, які пережили полон. Важливо, щоб на державному рівні були розроблені програми реабілітації, які охоплюють всі аспекти відновлення – психологічний, соціальний та правовий. Необхідно створювати спеціалізовані центри для

військовополонених, де їм надаватимуть комплексну допомогу, включаючи медичне лікування, психологічну підтримку та допомогу у соціальній адаптації. Окрім того, потрібна активна участь міжнародних організацій у підтримці таких програм, особливо у випадках порушення прав людини та воєнних злочинів під час полону.

Окремо слід зазначити, що робота з військовими, які були в полоні, потребує не лише короткострокових втручань, але й довготривалої підтримки. Психологічні травми, отримані внаслідок полону, мають глибокий характер, і процес відновлення може зайняти роки. Для цього необхідно створювати механізми надання безперервної підтримки, зокрема через реабілітаційні центри, громадські організації та волонтерські ініціативи. Соціальна реінтеграція має включати допомогу в поверненні до роботи, відновленні соціальних зв'язків та участі у громадському житті.

Таким чином, теоретичні основи психологічного супроводу військових, які пережили полон, засвідчують необхідність багаторівневого підходу до реабілітації. Психологічна допомога повинна включати роботу з травмою за допомогою сучасних психотерапевтичних методів, тоді як соціальна підтримка забезпечує повноцінне відновлення особистості у суспільстві. Успішна реабілітація вимагає не тільки професійної роботи психологів, але й широкої соціальної та державної підтримки, що дозволить військовополоненим повернутися до нормального життя. Довготривала та систематична допомога є ключовою умовою для подолання наслідків полону та повноцінної інтеграції військових у мирне життя.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ ПОЛОНУ

2.1. Психосоціальна діагностика стану військових після полону

У військових, що пережили полон, надзвичайно посилюється комплекс провини та сором'язливості. Тому що під час полону люди частіше всього піддаються приниженню, потерпілі ідентифікують себе з учиненими над ними принизливими діями: «Зі мною зробили щось погане, отже я теж поганий» (М. Індарт). У потерпілих часто з'являється почуття провини за власні дії та реакції («Я повадився/повадилася негідно», «Я зрадив/зрадила своїх, свою Батьківщину», «Я виконав/виконала принизливу вимогу» тощо) і їх тяготить почуття провини за те, що вони вижили і вціліли. Також можна зауважити, що у військових спостерігається значно виражено прояви сорому та провини, ніж у цивільних полонених. Ці провини накопичується, бо для деякого з потерпілих провини – єдина можливість не визнавати ситуацію, яка склалася найбільш вразливою у їх житті. Наприклад: «Якщо я винен, то я зробив щось не так і потрапив у таку ситуацію. Це означає, що я все ж таки якось впливав на її виникнення». Без певного наміру потерпілий намагається повернути собі хоча б якесь відчуття контролю над своїм життям. Окрім цього, в людей, які пережили полон, формується так званий парадокс контролю. Під час утримання в полоні особистість випрацьовує плани виживання – контроль над власними емоціями та діями. [9, с. 25-33].

Після звільнення з полону психологічні механізми, які допомагали людині виживати в неволі, продовжують діяти. Наприклад, прагнення придушувати власний гнів може бути деструктивним, оскільки у полоні це лише погіршувало емоційний стан потерпілого. У таких випадках важливо

допомогти людині поступово відновлювати реальне та конструктивне відчуття контролю над своїм життям.

Підходячи до роботи з колишніми військовополоненими, психологу слід пам'ятати, що переживання кожного з них є унікальним. Психічний і психологічний стан після полону залежить від багатьох факторів: характеру і тривалості тортур, статі, віку, особистісних рис, попереднього життєвого досвіду, а також від підтримки родини та друзів після повернення. Це підкреслює важливість індивідуального підходу до кожного клієнта, уникаючи формального підходу до надання допомоги.

Потреби людей, які пережили полон, можуть бути різними, тому необхідно дотримуватися принципу комплексності. Спочатку потрібно ретельно оцінити ситуацію та визначити потреби постраждалого разом із ним. Важливо залучати колишнього полоненого до процесу вибору форм допомоги. Якщо він має сім'ю, слід також враховувати потреби її членів, адже вони також можуть бути психологічно травмовані та потребувати підтримки. [35, 37].

Однак варто враховувати, що сім'я може бути не лише джерелом підтримки, а й чинником стресу, нагадуючи про минулі події, які людина намагається забути. Часто після повернення з полону у стосунках з близькими виникають труднощі та конфлікти, які також потребують уваги з боку психолога.

Отже соціально-психологічна допомога військовим, які пережили полон, є критично важливою частиною реабілітації, оскільки ці люди стикаються з глибокими травмами, що впливають на їхнє фізичне, емоційне та соціальне життя. Полон залишає важкі наслідки, пов'язані з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією, тривожністю та соціальною ізоляцією. [39, с. 150-166].

Саме факт незаконного утримання всебічно впливає на родину потерпілого, на стосунки між подружжям, батьками та дітьми. Члени сім'ї

також значно зазнають психологічної травми та не завжди можуть підтримати постраждалого, оскільки, вони самі потребують підтримки, а також близькі люди, дуже сильно переймаються травмованою ситуацією й не завжди можуть допомогти своїм рідним. [37, с. 92-95].

У сім'ях постраждалих можуть змінюватися ролі та взаємини: довіра між членами родини та до світу загалом зменшується, що часто призводить до бажання надмірного контролю чи опіки. Такі прояви можуть спостерігатися як у постраждалого, так і в його партнера. Водночас люди, які пережили полон, стають дуже чутливими до будь-яких спроб контролю, але самі прагнуть контролювати близьких і ситуацію навколо, що часто провокує нові конфлікти. Психологічна допомога включає пояснення родині причин такої поведінки, що допомагає знизити рівень тривожності та напруження [33,34].

Робота з подружжям на перших етапах значно відрізняється від традиційної сімейної терапії. Чоловіка чи дружину постраждалого бажано залучати як підтримку та ресурс, але це не завжди можливо, оскільки самі партнери також можуть потребувати психологічної допомоги. Важливо, щоб члени родини отримали знання про особливості стану постраждалого, навчилися відкрито говорити про свої почуття, визначали тригери й обставини, які можуть посилювати травматизацію, та опанували стратегії подолання кризи. Основним підходом у роботі з родиною є активація її внутрішнього потенціалу для подолання складнощів [33,34].

Члени родини часто відчують втрату через ситуацію, в якій вони перебували під час полону близької людини. Вони чекали на її повернення, хвилювалися за неї, сподівалися, що звільнення стане кінцем проблем, але після повернення стикаються з новими труднощами. Поки людина перебувала в полоні, родина відчувала її психологічну присутність, незважаючи на фізичну відсутність. Багато рішень і подій у сім'ї були пов'язані з очікуванням її повернення. Проте після звільнення рідні часто

говорять, що, хоча людина фізично поруч, психологічно вона залишається віддаленою. Це стає ще одним викликом для родини, який потребує особливої уваги [33,34].

Дружини потерпілих часто говорять: «Я його чекала... Я знала що ми будемо щасливі тільки тоді, коли він повернеться... А зараз він вдома, але я його не відчуваю... Він часто мовчить. Таке відчуття ніби це не він, або ж він знаходиться в іншому місці... Мені так важко, наче я його втратила». В такі моменти дружина ще й відчуває провину: «Я мала б радіти, що він звільнений і живий..., а я весь час сумую, бо таке відчуття, що я втратила його назавжди». В такій ситуації важливо проводити психологічну просвіту, щоб допомогти усвідомити та прийняти власні почуття як природні та нормальні [46,52]. Пережите випробування насильства, жорстокості, несправедливості й приниження породжує сильні агресивні та сповнені помсти імпульси в людині. Ці імпульси починають конфліктувати з системою моральних цінностей особистості – відбувається витіснення, розщеплення або проектування назовні. Тому потрібний комплексний підхід до реабілітації як самого військового, що вийшов з полону так і членів його родини, а саме:

1. Психологічна допомога. Основний акцент має бути зроблений на емоційне відновлення, оскільки перебування в полоні часто пов'язане з фізичним та психологічним насильством:

Індивідуальна психотерапія включає в себе:

- використання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для подолання негативних думок, страхів і спогадів [13].

- методи травмофокусованої терапії, зокрема EMDR (десенсибілізація і переробка рухами очей), що допомагають обробляти травматичні спогади [15,16, с.42].

- психоедукація, де пацієнти навчаються розуміти свої симптоми і розпізнавати тригери травми.

Групова терапія включає в себе:

- групові сесії з людьми, які пережили подібні події, можуть допомогти побудувати довіру та підтримку, зменшити відчуття ізоляції.
- групові тренінги на розвиток навичок саморегуляції емоцій та подолання стресу [16, с.238-249].

Психіатрична допомога включає в себе:

- якщо людина страждає від сильного ПТСР або депресії, може бути необхідним медикаментозне лікування, наприклад, антидепресанти або анксіолітики для стабілізації емоційного стану [14].

2. Соціальна підтримка. Особи, що пережили полон, потребують реінтеграції в суспільство і підтримки в адаптації до звичайного життя.

Соціальний супровід включає в себе:

- соціальні працівники можуть допомагати з документами, доступом до медичних послуг, пошуком житла та відновленням трудових навичок.
- надання підтримки в отриманні пільг та соціальних виплат, таких як компенсації за полон, виплати для ветеранів чи інвалідів [11].

Підтримка сімей включає в себе:

- психологічна допомога не тільки для самих осіб, що пережили полон, але й для їхніх рідних. Сім'ї також потребують допомоги у розумінні стану близьких та навчання, як підтримати їх у процесі відновлення.
- програми сімейної терапії, щоб допомогти налагодити стосунки та подолати психологічні труднощі, з якими стикаються родини.

3. Реабілітаційні програми. Комплексна реабілітація включає фізичне, психологічне та соціальне відновлення [12].

Фізична реабілітація включає в себе:

- для осіб, що зазнали фізичних травм у полоні, необхідні програми фізіотерапії, лікувальної гімнастики, а також медична допомога для лікування наслідків травм.

Освітні та професійні програми включають в себе:

- курси професійної перепідготовки, що дозволять людині адаптуватися до нових умов на ринку праці.

- психологічні тренінги з адаптації до нових умов життя та відновлення впевненості у власних силах.

4. Психосоціальна реінтеграція. Особи, що пережили полон, часто стикаються із соціальною ізоляцією та втратою довіри до людей. Для їхньої реінтеграції важливо надавати [14]:

Залучення до громадських ініціатив включають в себе:

- участь у волонтерських проєктах чи громадських організаціях може сприяти відновленню соціальних зв'язків та віри в суспільство.

Психоосвітні програми включають в себе:

- навчання навичкам ефективної комунікації, управління конфліктами та розвитку стресостійкості, що сприятиме полегшенню адаптації в соціумі.

5. Правова допомога. Особи, які пережили полон, можуть мати правові претензії чи потребувати захисту своїх прав.

Юридична підтримка включає в себе:

- безкоштовна правова допомога для вирішення питань компенсації за полон, відновлення правового статусу та отримання необхідних документів.

- супровід у міжнародних правових інституціях для фіксації воєнних злочинів і порушень прав людини під час полону

Соціально-психологічна допомога особам, які пережили полон, є надзвичайно важливою складовою їхнього відновлення, що потребує системного та комплексного підходу [14]. Перебування в полоні завдає не лише фізичних, але й глибоких психоемоційних травм, що можуть мати довготривалі наслідки. Тому допомога повинна охоплювати декілька рівнів: медичний, соціальний, психологічний, правовий та інтеграційний [8,18, с.209.]

По-перше, необхідна кваліфікована психологічна підтримка, яка включає індивідуальну та групову терапію для роботи з травматичними

переживаннями, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією та тривожністю. Медичне лікування у випадках, коли це необхідно, допоможе стабілізувати психоемоційний стан осіб, що постраждали. Психіатрична підтримка з призначенням медикаментозної терапії також відіграє ключову роль в допомозі людям, які зазнали серйозних психологічних страждань [12,13,14].

По - друге, соціальні послуги повинні надавати людям можливість повернутися до нормального життя через відновлення соціальних зв'язків та інтеграцію у громади. Соціальні працівники можуть допомагати з практичними питаннями — від пошуку житла до працевлаштування. Важливо також залучати сім'ї осіб, що пережили полон, до процесу відновлення, надаючи їм консультації і психологічну підтримку, оскільки відновлення близьких стосунків є критичним для реабілітації постраждалих. Крім того, відновлення довіри до суспільства і побудова нових соціальних контактів відіграють значну роль у процесі реінтеграції. Участь у громадських ініціативах, волонтерських проєктах або спільнотах людей, які пройшли через подібні випробування, може допомогти постраждалим знову відчувати свою значущість та підтримку з боку суспільства [50, с. 54].

Групові форми роботи де люди діляться досвідом, дозволяють зменшити почуття ізоляції та сприяють створенню позитивної соціальної атмосфери. Важливо також зазначити необхідність довгострокової підтримки з боку держави. Реабілітація осіб, які пережили полон, не може обмежуватися короткостроковими інтервенціями. Необхідно створювати спеціалізовані програми та центри для реабілітації, забезпечувати правовий захист, включаючи допомогу у відстоюванні прав постраждалих на міжнародному рівні. Надання соціального житла, підтримка у пошуку роботи та доступ до безкоштовної правової допомоги також мають бути пріоритетними завданнями держави [55, с. 248].

Таким чином, для ефективної допомоги особам, що пережили полон, важлива співпраця на всіх рівнях — держави, місцевих громад, медичних установ та громадських організацій. Лише через поєднання психологічної, соціальної, медичної та правової допомоги можна забезпечити повноцінну реінтеграцію цих людей в суспільство, допомогти їм відновити свої внутрішні ресурси та повернутися до нормального життя [18,19,27].

2.2. Принципи та етапи психологічного супроводу звільнених військових

Психологічний супровід звільнених з полону військовослужбовців є комплексним процесом, який потребує особливого підходу. Головна мета цього супроводу - допомогти людині відновитися та інтегруватися в повсякденне життя, подолавши психологічні травми [5, 6, 9, 17]. Нижче розглянемо основні принципи та етапи цього процесу:

1. Безпека та довіра. Необхідно створити для колишніх полонених умови, в яких вони відчуватимуть себе безпечно. Важливо, щоб психологи викликали довіру, бо це основа для початку будь-якої роботи.

2. Індивідуальний підхід. Кожна особа має свої унікальні травматичні переживання, тому психологічна підтримка повинна враховувати індивідуальні особливості.

3. Стабілізація емоційного стану. Перший крок - стабілізувати психоемоційний стан людини, щоб вона могла зосередитися на лікуванні та відновленні.

4. Комплексний підхід. Важливо залучати різні методи, включаючи психологічну, соціальну та медичну підтримку, щоб забезпечити гармонійне відновлення.

5. Повага до особистих кордонів. Психологам необхідно бути обережними, щоб не порушувати особистий простір і не викликати нових тривожних реакцій.

Етапи реабілітації звільнених з полону військовослужбовців поділяються на три ключові фази: кризовий, відновлювальний та адаптаційний. Кожен з них має свою специфіку та методи, спрямовані на забезпечення повноцінного відновлення психологічного та фізичного стану людини [27, 38]. Розглянемо ці етапи детально.

1. Кризовий етап Цей етап починається одразу після звільнення і триває від кількох днів до кількох тижнів. Головна мета кризового етапу - стабілізувати емоційний стан людини та зменшити рівень тривожності, шоку та дезорієнтації, які зазвичай виникають після перебування в полоні.

Основні завдання:

- Надання першої психологічної допомоги. Забезпечення підтримки для заспокоєння, уникнення паніки та страху.
- Оцінка психічного та фізичного стану. Психолог чи психіатр проводить первинну діагностику, щоб виявити основні проблеми, такі як стресові розлади, депресія, тривожність.
- Створення безпечного середовища. Забезпечення фізичної та психологічної безпеки. Це включає надання базових потреб (їжа, місце для сну), стабільного режиму та мінімізацію стресових факторів.
- Робота із шоком і гострим стресом. Фахівці застосовують техніки стабілізації, дихальні вправи, методи заспокоєння, які допомагають зменшити гострі прояви стресу та страху.
- Забезпечення інформаційної підтримки. Психологи або медичний персонал розповідають, що відбувається, відповідають на запитання, пояснюють наступні кроки, щоб зменшити тривожність.

Методи та інструменти:

- Дихальні вправи, методики заземлення (для зняття напруги та фокусування уваги на теперішньому моменті).
- Тілесно-орієнтовані методи для зменшення м'язового напруження.

- Методики кризового консультування, щоб підтримати людину та знизити рівень гострого стресу.

2. Відновлювальний етап. Після стабілізації основних емоційних реакцій починається відновлювальний етап, який може тривати від кількох тижнів до кількох місяців. На цьому етапі головна мета - допомогти людині обробити травматичний досвід і відновити її психологічну рівновагу [33,41].

Основні завдання:

- Робота з травмою. На цьому етапі психолог чи психотерапевт допомагає людині поступово переосмислити травматичний досвід, що може зменшити вплив негативних спогадів.
- Налагодження емоційної стабільності. Навчання технік управління емоціями, розвиток навичок усвідомлення свого стану та саморегуляції. • Робота з почуттям провини і сорому. Багато колишніх полонених стикаються з почуттям провини за те, що вижили, чи сорому за свою вразливість. Психотерапевтичні методи допомагають їм впоратися з цими почуттями.
- Відновлення фізичного здоров'я. Залучення лікарів для роботи з фізичними наслідками полону, а також спеціалістів з фізичної реабілітації (наприклад, фізіотерапевтів).

Методи та інструменти:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — для роботи з негативними переконаннями, що з'явилися в результаті полону.
- EMDR-терапія (десенсибілізація та переробка рухом очей) — для обробки травматичних спогадів.
- Розвиток соціальних навичок — залучення до підтримуючих груп, де військовослужбовці можуть поділитися досвідом з іншими, які пережили подібне.

3. Адаптаційний етап. Адаптаційний етап починається після відновлення основної психологічної рівноваги та може тривати від кількох місяців до року. Мета цього етапу — допомогти військовослужбовцю

повернутися до нормального життя, адаптуватися до нових умов і подолати можливі труднощі у відносинах із сім'єю, роботою та суспільством [18,23]. .

Основні завдання:

- Реінтеграція в суспільство. Допомога у відновленні соціальних зв'язків, поверненні до родини та роботи.
- Відновлення ролей і обов'язків. Робота над поверненням до повсякденних обов'язків, ролей, які людина мала до полону (напр., сімейні, професійні).
- Розвиток стресостійкості та навичок подолання труднощів. Навчання технік з управління стресом, вирішення конфліктів та розв'язання проблем.
- Профілактика посттравматичних розладів. Психологічна підтримка для запобігання рецидиву ПТСР або депресії, регулярний моніторинг стану.

Методи та інструменти:

- Психосвіта — пояснення людині можливих наслідків травми і методів їх подолання.
- Групова терапія — створення підтримуючих груп для звільнених з полону, де вони можуть обговорити проблеми адаптації, ділитися досвідом.
- Кар'єрне консультування та допомога в професійній адаптації. Військовослужбовці, які мають потребу, можуть отримати допомогу в поверненні до роботи або перекваліфікації.

Кожен етап реабілітації має свої завдання і методи, що дозволяють поступово, у три етапи, стабілізувати психологічний стан звільнених з полону військовослужбовців, допомогти їм відновити фізичне та емоційне здоров'я, а також інтегруватися в повсякденне життя та повернутися до повноцінної соціальної діяльності [35,42].

Принципи індивідуального підходу є основою роботи з людьми, особливо в соціально-психологічній допомозі, реабілітації та підтримці. Такий підхід передбачає персоналізацію допомоги, адаптовану під конкретні

потреби, обставини та особливості кожної людини [22, 33 с. 236]. Детально розглянемо ключові принципи індивідуального підходу:

1. Принцип врахування особистих особливостей:

- Індивідуальні характеристики. Увага приділяється особистісним особливостям, таким як темперамент, характер, емоційна чутливість, рівень стресостійкості, а також ментальні та фізичні особливості.
- Життєвий досвід. Важливо враховувати життєвий шлях людини, її минулий досвід, а також специфічні ситуації чи травми, які можуть впливати на її теперішній стан [12].
- Потреби та цілі. Оскільки у кожного клієнта свої пріоритети, розробляються індивідуальні цілі, що відповідають його особистим потребам і очікуванням від допомоги.

2. Принцип емпатії та поваги:

- Емпатичне розуміння. Психолог чи соціальний працівник прагне зрозуміти почуття, емоції та потреби людини. Це допомагає створити атмосферу довіри, що дозволяє клієнту відкритіше сприймати допомогу [14].
- Повага до унікальності. Повага до кожної людини як до особистості з унікальними характеристиками, без порівняння з іншими клієнтами або нав'язування універсальних рішень.

3. Принцип гнучкості та адаптивності:

- Адаптація методів. Використання підходів та методик, що можуть змінюватися залежно від реакцій і потреб клієнта. Наприклад, при складному емоційному стані обираються техніки заспокоєння або дихальні вправи.
- Змінність програми допомоги. План підтримки або реабілітації може коригуватися відповідно до прогресу або нових обставин у житті клієнта [52].

4. Принцип конфіденційності та безпеки:

- Захист приватності. Вся інформація, яку клієнт надає, залишається конфіденційною. Це важливо для створення безпечної атмосфери, в якій клієнт може відверто ділитися своїми проблемами [55].

- Психологічна безпека. Забезпечення підтримуючого середовища, в якому людина відчуває себе захищеною, без страху осуду або тиску.

5. Принцип партнерства та залучення клієнта в процес:

- Активна участь клієнта. Клієнт бере участь у прийнятті рішень щодо власного лікування чи реабілітації, висловлює свої думки та побажання [11].

- Спільне планування. План підтримки розробляється спільно з клієнтом, з урахуванням його власних цілей і бажань. Це дає відчуття контролю над ситуацією і сприяє більшому залученню в процес відновлення [19]. .

6. Принцип довготривалої підтримки та поступовості:

- Поступовість. Реабілітаційний процес розбивається на етапи, що дозволяє поступово досягати позитивних результатів і уникати надмірного навантаження на клієнта.

- Тривала підтримка. Індивідуальний підхід передбачає підтримку людини на всіх етапах реабілітації або соціальної адаптації, що є важливим для повноцінного повернення до нормального життя [22].

7. Принцип врахування соціального оточення:

- Контекст родини та спільноти. Оцінюються соціальні зв'язки клієнта, сімейні обставини, підтримка з боку близьких та суспільства.

- Підтримка мережі. Включення соціального оточення клієнта (за згодою) у процес допомагає забезпечити стабільне середовище для відновлення та позитивно впливає на процес адаптації [17].

Загалом, психологічний супровід військовослужбовців, звільнених з полону, є комплексним процесом, що вимагає уважного дотримання принципів емпатії, поступовості та індивідуалізованого підходу [42, с. 220]. Реабілітація має включати не лише кризову психологічну допомогу, але й

довготривалу підтримку, спрямовану на повноцінну інтеграцію звільнених з полону у соціум. Таке поетапне відновлення сприяє психологічному благополуччю військовослужбовців та їхньому поверненню до звичного життя, дозволяючи подолати травму полону та знайти нове місце в суспільстві [33,41].

2.3. Методи психологічної допомоги військовим після полону

Індивідуальні консультації з військовослужбовцями, які повернулися з полону - це надзвичайно важливий елемент їхньої реабілітації та інтеграції у суспільство після звільнення. Полон залишає глибокі психологічні, емоційні та фізичні травми, які можуть впливати на всі сфери життя [12, 22]. Тому мета консультацій — надати цим людям професійну психологічну підтримку, допомогти опрацювати травматичний досвід, впоратися з емоціями, які його супроводжують, та відновити здатність до адаптації в мирному житті. Основними завданнями індивідуальних консультацій передбачається [17]:

- забезпечення безпечного і конфіденційного середовища, де військовослужбовці можуть відкрито говорити про свій досвід;
- поступове зняття напруги, страхів та болісних спогадів, з якими повернулися з полону;
- допомога в подоланні травматичних наслідків та відновленні емоційної стійкості;
- сприяння соціальній адаптації і поверненню до соціуму, особливо до сімейного оточення;
- надання навичок, які допоможуть справлятися з можливими майбутніми кризами або тригерами, що можуть викликати спогади про полон.

Індивідуальні консультації, як правило, проводяться у кілька етапів, які дозволяють поступово вибудувати процес реабілітації, враховуючи складність пережитого досвіду [15,16]:

1. Початкова оцінка психологічного стану. На першій зустрічі психолог проводить діагностику психологічного стану військовослужбовця, визначаючи рівень травматизації. Основна увага звертається на наявність симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР); рівень тривожності, депресії або інших психологічних проблем; фізичні травми або наслідки утримання в полоні, що можуть впливати на психічне здоров'я. Важливою є оцінка готовності до співпраці, адже деякі військовослужбовці можуть мати недовіру до психологів або переживати емоційне закриття [20,31]. Тому перші зустрічі можуть носити характер не терапевтичної роботи, а адаптації до процесу консультацій.

2. Побудова довіри. Основний принцип роботи на цьому етапі — емпатія та прийняття. Психолог демонструє готовність вислухати, не засуджуючи, не оцінюючи і не нав'язуючи рішення [11,18]. Важливим моментом є повага до меж і готовності військовослужбовця ділитися своїм досвідом. Психолог не тисне на нього, а дає час поступово відкриватися.

3. Робота з емоціями. Військовослужбовець вчиться розпізнавати та керувати своїми емоціями, що є важливим кроком на шляху до відновлення. Консультації включають емоційне розвантаження: військовослужбовець може безпечно виражати злість, тривогу, страх, сором або інші інтенсивні емоції, що виникли під час полону [32,35]. Психолог надає навички контролю емоцій через техніки релаксації, дихальні вправи та методи зняття стресу.

4. Психологічна стабілізація. Техніки стабілізації допомагають військовослужбовцю відчувати більший контроль над своїм станом. Це може включати: техніки заземлення, які повертають увагу на навколишню реальність і знижують рівень тривоги; техніки релаксації, такі як глибоке дихання, прогресивне м'язове розслаблення, які знижують фізичне напруження [24,38]. Мета стабілізації — дати людині відчуття безпеки та стійкості, що є необхідним для подальшого прогресу.

5. Аналіз травматичного досвіду. Поступове обговорення і переосмислення травматичних подій допомагає людині звільнитися від негативних асоціацій.

Застосовуються методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), які дозволяють змінити деструктивні переконання та відновити реалістичний погляд на події, що відбулися. Консультації сприяють переформулюванню болісного досвіду, дозволяючи військовослужбовцю побачити його з нової перспективи [14,18].

6. Робота з самооцінкою і відчуттям власної цінності. Психолог працює з відновленням позитивної самооцінки та почуття власної гідності, яке може бути втрачено внаслідок досвіду полону. Важливим є подолання почуття провини або сорому, які часто переслідують звільнених з полону [13,52]. Психолог допомагає прийняти власний досвід і зрозуміти, що відбулися події поза їхнім контролем.

7. Соціальна інтеграція. Психолог надає підтримку в адаптації до життя серед інших людей, зокрема у відновленні стосунків з близькими. Консультації також допомагають у підготовці до професійної діяльності або нових можливостей для реалізації, що є важливим для соціального включення військовослужбовця в суспільство [34, 60]. Може бути залучення до соціальних програм або участь у волонтерських проєктах, що допомагає повернутись до активного життя та знайти сенс у допомозі іншим.

Принципи роботи з військовослужбовцями, які повернулися з полону полягають в індивідуальному підході до проблеми - у кожного військовослужбовця унікальний досвід полону та особисті виклики, тому психолог підбирає методи відповідно до конкретних потреб [8,11,15].

Конфіденційність та повага до автономії - консультації проводяться у рамках повної конфіденційності, а військовослужбовець має право на визначення темпів і змісту роботи. Тривала підтримка - психологічний

супровід не обмежується короткотривалими консультаціями; тривала робота може допомогти глибше опрацювати досвід і зміцнити внутрішні ресурси [13].

Методи, що використовуються в консультаціях:

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) — допомагає розпізнавати негативні переконання та змінювати їх [17].

Експозиційна терапія — поступове повернення до спогадів про травматичні події для зниження реакції страху.

Терапія прийняття і відповідальності — допомагає військовослужбовцю приймати складні емоції та досвід, водночас не ідентифікуючи себе лише через них.

Тілесно-орієнтовані техніки — робота з тілом, зокрема розслаблення та заземлення, що знижує емоційну напругу.

Очікувані результати індивідуальних консультацій є зниження рівня тривоги, депресії, посттравматичних симптомів, покращення емоційної стійкості, здатність справлятися з тригерами та відновлення почуття власної гідності [5,10,19]. .

Групові психотерапевтичні сесії з військовослужбовцями, які повернулися з полону є важливою складовою процесу реабілітації військовослужбовців, які повернулися з полону. Цей формат роботи має значні переваги, оскільки дозволяє не лише отримати підтримку професійного психолога, але й створює можливість взаємодії з іншими людьми, які пережили подібні ситуації [17,23,44]. Завдяки груповим сесіям військовослужбовці можуть відчувати спільність у своїх переживаннях, обмінюватися досвідом та будувати нові соціальні зв'язки. Нижче розглянуто ключові аспекти, етапи та методи проведення групових психотерапевтичних сесій для таких категорій військовослужбовців.

Мета групових сесій — створити безпечне, довірливе середовище, де військовослужбовці можуть відчути підтримку з боку інших, хто також пройшов через подібний досвід; знайти ресурс для відновлення емоційного та

психологічного стану; розвинути навички соціальної взаємодії, що сприяють подоланню ізоляції; отримати можливість обговорити травматичний досвід у колі людей, які розуміють і поділяють схожі почуття [11,15,29]. А завданнями таких сесій є: підтримка в опрацюванні травматичних спогадів; зниження відчуття самотності та ізоляції; формування позитивного ставлення до себе та своїх можливостей; розвиток навичок саморегуляції та роботи з тривожністю; інтеграція у суспільство через відновлення довіри до людей.

Організація групових психотерапевтичних сесій побудована на принципах:

- 1) Конфіденційності де учасники дотримуються конфіденційності, що забезпечує довіру та відкритість.
- 2) Безпеці де психолог створює безпечне середовище, де учасники можуть вільно виражати свої думки та емоції без страху бути засудженими.
- 3) Довіра та підтримка. Важливим елементом є відчуття підтримки з боку групи, оскільки кожен учасник розуміє, що його досвід поділяють інші [13].
- 4) Рівноправність: Учасники мають однакові можливості висловлюватися, ніхто не домінує над іншими.
- 5) Повага до особистих кордонів: Військовослужбовці самі вирішують, наскільки глибоко готові ділитися своїм досвідом.

Етапи групових психотерапевтичних сесій включає:

- Початкова оцінка та підготовка групи: перед початком роботи проводиться індивідуальна оцінка стану кожного учасника, щоб з'ясувати готовність до роботи в групі [22]. Психолог знайомить учасників із правилами групової взаємодії, які забезпечують конфіденційність і підтримують довірливу атмосферу. На першій зустрічі також відбувається знайомство учасників між собою та формування базової довіри в групі.
- Етап встановлення довіри: на перших зустрічах психолог ставить перед собою завдання побудувати довіру серед учасників та до самого

процесу. Використовуються техніки, спрямовані на зниження тривожності, наприклад, вправи на зняття напруги та встановлення контакту з іншими. Психолог модерує сесію таким чином, щоб кожен учасник міг висловитися у своєму темпі і не відчувати тиску [34,42].

- Етап опрацювання травматичних спогадів: обговорення травматичного досвіду відбувається поступово. Учасники можуть ділитися своїми переживаннями, ідентифікуючи спільні моменти у своїх історіях. Застосовуються методи експозиційної терапії, яка допомагає військовослужбовцям розповідати про свій досвід у безпечному середовищі, що зменшує інтенсивність негативних емоцій [4,18]. Учасники обговорюють свої страхи та біль, а психолог допомагає їм переформулювати негативні переконання, пов'язані з полонем.

- Етап взаємної підтримки та позитивного підкріплення: На цьому етапі учасники починають активно взаємодіяти, надаючи підтримку одне одному. Кожен учасник може поділитися власними стратегіями подолання стресу та тривоги. Психолог підтримує позитивне підкріплення, спрямоване на зміцнення самооцінки та почуття власної гідності [3,9]. Також проводяться вправи, які сприяють розвитку взаємоповаги та солідарності.

- Розвиток навичок саморегуляції та подолання стресу: Психолог навчає учасників методів саморегуляції для контролю емоцій та подолання симптомів посттравматичного стресового розладу. Використовуються різні техніки, зокрема: Дихальні вправи та методи релаксації; Когнітивно-поведінкові техніки, що допомагають розпізнавати та змінювати деструктивні думки; Техніки заземлення, які повертають увагу на реальність та зменшують рівень тривоги. Учасники вчаться визначати тригери та застосовувати техніки для зняття стресу [15].

- Підсумковий етап і соціальна інтеграція: на заключних сесіях учасники обговорюють свої досягнення та зміни за час терапії. Психолог підбиває підсумки, оцінюючи прогрес кожного учасника. Основна увага

приділяється інтеграції навичок, отриманих у групі, у повсякденне життя. Учасники обговорюють, як можуть застосовувати ці навички у власній сім'ї, на роботі або у суспільстві [4,11]. Група працює над плануванням майбутнього та постановкою цілей, що допомагають спрямувати зусилля на адаптацію до мирного життя.

Методи та техніки групової психотерапії

1. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Використовується для корекції негативних переконань, пов'язаних з травматичним досвідом. КПТ дозволяє учасникам виявляти та змінювати деструктивні думки [13].

2. Техніки експозиції: Дозволяють поступово обговорювати травматичні події в безпечному середовищі, що знижує силу негативних емоцій.

3. Методи тілесної терапії: Техніки, що спрямовані на розслаблення та зниження рівня фізичного напруження, зокрема дихальні вправи та прогресивна м'язова релаксація.

4. Рольові ігри: Під час рольових ігор учасники можуть проживати ситуації, що допомагають навчитися управляти емоціями та вчитися комунікації з іншими.

5. Емоційне розвантаження: Групові обговорення створюють безпечне середовище для емоційного розвантаження, що дозволяє відчути полегшення від висловлення власних почуттів.

Завдяки груповій роботі учасники розвивають навички спілкування, співпраці та взаємної підтримки. І останнє це інтеграція в суспільство та формування надії та життєстійкості, учасники здобувають мотивацію для подальшого відновлення, налаштовуються на позитивне майбутнє та краще справляються з життєвими труднощами. Ці результати сприяють не лише поліпшенню якості життя військовослужбовців, але й ефективному поверненню до активного соціального та професійного життя [22, 28,37].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є станом, що виникає як відтермінована або тривала реакція на надзвичайно травматичну подію або

ситуацію [18,23,35]. Ця подія може бути короткочасною чи затяжною, але завжди пов'язана з загрозою або катастрофічними обставинами, які викликають сильний стрес навіть у людей зі стійкою психікою. Перебування у ворожому полоні є однією з таких подій, здатних спричинити ПТСР.

Діагностичні критерії ПТСР [18]. :

Критерій А (травматична подія):

1. Подія супроводжується смертю, тяжкими пораненнями чи загрозою їх настання. Постраждалий може бути безпосередньо жертвою або свідком події.
2. Під час травматичної події людина відчуває сильний страх, жах і безпорадність.

Критерій В (нав'язливі спогади): травма постійно відтворюється через:

1. Нав'язливі, повторювані спогади, які викликають глибокий емоційний дискомфорт.
2. Кошмарні сновидіння, що повторюють травматичні події.
3. «Флешбеки» – раптові, яскраві відчуття, що травма відбувається знову, часто супроводжуване страхом, панікою чи агресією.
4. Сильний емоційний дискомфорт, викликаний нагадуваннями про травму.
5. Фізіологічні реакції (наприклад, підвищена частота серцебиття) у ситуаціях, що нагадують про травму.

Критерій D (гіперактивація):

Спостерігаються стійкі симптоми, які не були присутні до травми:

1. Проблеми із засинанням або неспокійний сон.
2. Дратівливість чи раптові спалахи гніву.
3. Труднощі із концентрацією уваги.
4. Постійне відчуття настороженості.
5. Гіпертрофована реакція на раптові подразники.

Критерій Е (тривалість):

Симптоми з критеріїв В, С та D тривають понад місяць після травми.

Критерій F (порушення функціонування):

Розлад значно впливає на соціальну, професійну чи інші важливі сфери життя.

Під час діагностики ПТСР важливо перш за все встановити факт травматичної події в анамнезі. Після цього проводять комплексне обстеження, включаючи клініко-психопатологічні та психодіагностичні дослідження.

Розлади адаптації:

Ці порушення діагностуються, якщо:

1. Є чітко ідентифікований стресовий фактор, а симптоми виникають протягом місяця після його впливу.
2. Симптоми відповідають ознакам афективних, тривожних або поведінкових розладів, але не є достатніми для їх окремої діагностики.
3. Симптоми зникають протягом шести місяців після припинення стресу (за винятком затяжних депресивних реакцій).

Розлади адаптації можуть проявлятися у різних формах:

- Короткочасна депресивна реакція (легка депресія, що триває до місяця).
- Пролонгована депресивна реакція (депресія у відповідь на тривалий стрес, до двох років).
- Змішана тривожна та депресивна реакція.
- Емоційні розлади (наприклад, тривога, напруженість чи гнів).
- Поведінкові порушення (девіантна поведінка, часто у підлітків).
- Комбінація емоційних і поведінкових проявів.

У деяких випадках після ПТСР може розвиватися хронічна зміна особистості, що має стійкий характер і призводить до значних порушень у соціальному, професійному та міжособистісному житті. Такий стан

супроводжується ворожістю, соціальною ізоляцією, відчуттям безнадійності чи спустошеності та є практично незворотним [22,28]. .

З метою діагностики ПТСР клініко-психопатологічне обстеження доповнюється низкою спеціальних клінічних шкал і психодіагностичних методик [33,41]. .

У ході діагностики рекомендується використовувати такий методичний інструментарій:

1. “Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)” (Бреслау та ін.,1999 р.);
2. Опитувальник респондента про стан здоров’я (RHQ-9) –шкала самооцінки депресії;
3. Опитувальник Міні-мульт;
4. Шкала оцінки впливу травматичної події (ШОВТП);
5. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду (ШОБД);
6. Анкета “Стрес-фактори”;
7. Шкала для клінічної діагностики ПТСР (Clinical- administered PTSD Scale - CAPS);
8. Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості (СБМДО).
9. Опитувальник травматичного стресу І.О.Котеньова;
10. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант);
11. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Simptom Check List-90-r-Revised, Scl-90-R), в адаптації Н.В. Тарабриної;

Висновки до розділу 2

Психологічний супровід військових після полону є багатокомпонентним процесом, спрямованим на зменшення психологічного стресу, відновлення

їхнього психічного здоров'я та інтеграцію у суспільне життя. Ефективність супроводу залежить від використання комплексного підходу, врахування індивідуальних потреб військових та залучення професійної підтримки на всіх етапах реабілітації, а саме:

Актуальність психологічної підтримки. Перебування у полоні спричиняє глибокі психологічні травми, які можуть проявлятися у формі посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожності та інших порушень. Це вимагає комплексного підходу до реабілітації, який охоплює психологічні, соціальні та медичні аспекти.

Ефективність інтегрованих методів. Психологічний супровід після полону включає використання когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), технік стабілізації, арт-терапії, тілесно-орієнтованих практик та групової роботи. Ці методи допомагають стабілізувати емоційний стан військових, подолати наслідки психологічних травм та відновити функціонування у соціальному середовищі.

Роль міждисциплінарної взаємодії. Успішна реабілітація військових після полону можлива завдяки координації між психологами, психіатрами, соціальними працівниками та іншими фахівцями. Такий підхід сприяє створенню індивідуалізованої програми підтримки, яка враховує особисті потреби та специфіку пережитого досвіду.

Психоедукація та соціальна підтримка. Психоедукаційна робота з військовими та їхніми сім'ями допомагає знизити рівень стигматизації психічних розладів, сприяє розумінню процесу реабілітації та полегшує соціальну адаптацію. Залучення громади та організація підтримуючих груп також є важливими складовими відновлення.

Потреба у довгостроковій підтримці. Наслідки перебування у полоні можуть проявлятися навіть через тривалий час після звільнення, що вимагає забезпечення тривалої психологічної допомоги, моніторингу стану військових та доступності спеціалізованих послуг.

РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ВІЙСЬКОВИХ ПІСЛЯ ПОЛОНУ

3.1. Опис вибірки та методології дослідження

З метою експериментального визначення особливостей психосоціального супроводу військових, які звільнилися з полону, було проведене емпіричне дослідження, яке проходило в три етапи та тривало впродовж вересня та жовтня 2024 року.

Перший етап був спрямований на оцінку початкового психологічного стану військовослужбовців після їх звільнення з полону, а саме:

1. Діагностика психологічного стану (проведення психологічних тестів для виявлення наявності посттравматичних симптомів, таких як ПТСР, депресія, тривожність та інші емоційні порушення);
2. Визначення рівня стресу, емоційне виснаження та загальної психічної адаптації після звільнення з полону.

На другому етапі відбувався підбір вибірки, проведення емпіричного дослідження, аналіз та інтерпретація отриманих результатів.

На третьому етапі проводились впровадження експериментальній групі програми подолання симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а саме впровадження когнітивно - поведінкової терапії (КПТ) - психолог допомагає учасникам виявляти негативні думки та змінювати їх на більш позитивні або нейтральні, працює над симптомами тривожності та ПТСР; психоедукація - психолог навчає учасників методам боротьби з тривогою, стресом, депресією та іншими негативними емоціями; групова терапія- учасники беруть участь у групових сесіях, обговорюючи свої переживання з іншими учасниками під керівництвом психолога; релаксаційні техніки - навчання технік глибокого дихання, медитацій, прогресивної м'язової релаксації. Після 4 тижнів, коли експериментальна

група проходила відповідну програму, а контрольна не зазнавала додаткового впливу, було проведено повторне тестування та аналіз отриманих результатів.

Експериментальне дослідження охопило 20 військовослужбовців, які пройшли через ворожий полон та були звільнені в результаті обміну. Це дозволить забезпечити репрезентативність і провести аналіз даних, що стосується ефективності психологічного супроводу.

Факт перебування в полоні: від 1 року до 2 років;

Добровільна участь: військові погодилися брати участь у дослідженні на добровільній основі, що передбачало їх згоду на проходження психологічних тестів та анкетування.

Демографічні характеристики: учасники дослідження були у віці від 25 до 45 років. що відображено на рисунку 3.1.1

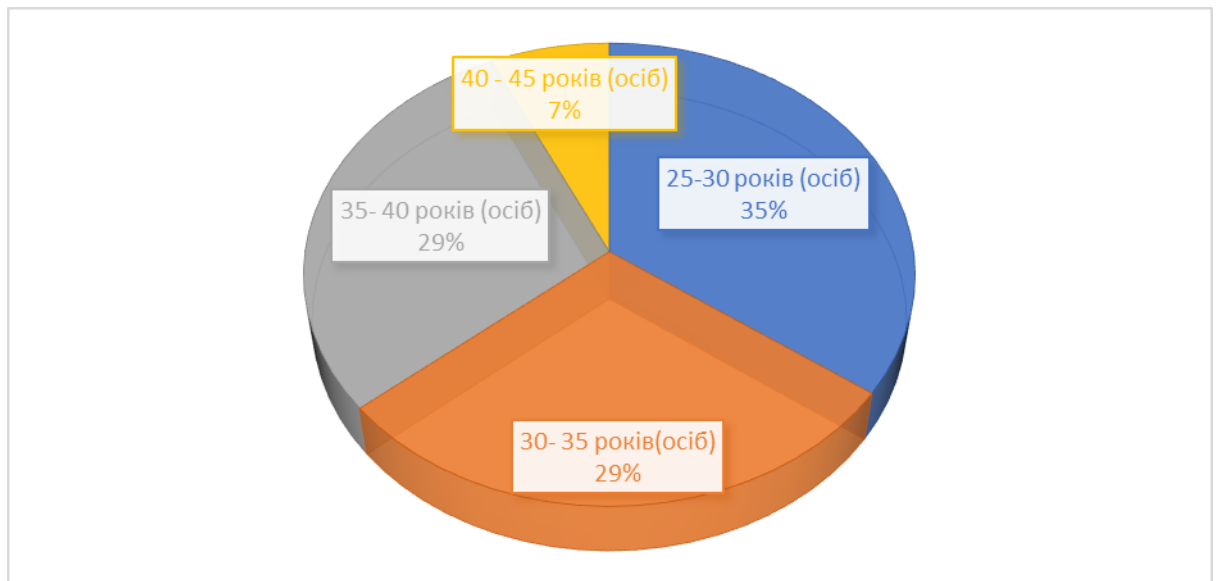


Рис.3.1.1. Вибірка респондентів емпіричного дослідження за віковими групами

До вибірки увійшли як чоловіки так і жінки: 15 чоловіків і 5 жінок, що відображено на рисунку 3.1.2

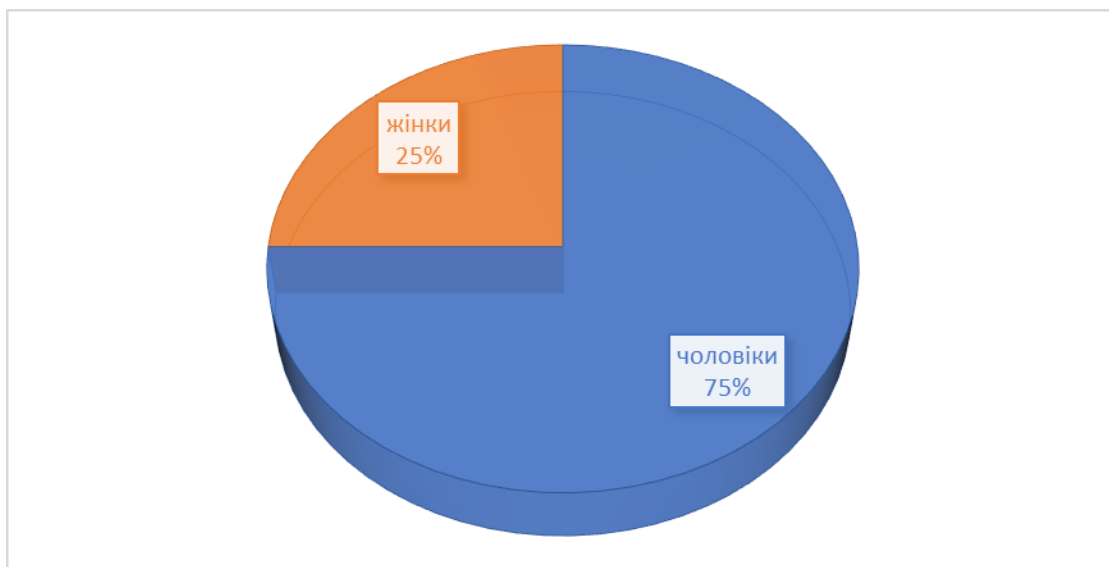


Рис. 3.1.2. Вибірка респондентів експериментального дослідження

Учасники мали однакове місце проживання до повномасштабного вторгнення, тобто однаковий регіон.

Характеристики служби: Учасники мали різну тривалість служби див. на рисунку 3.1.3:

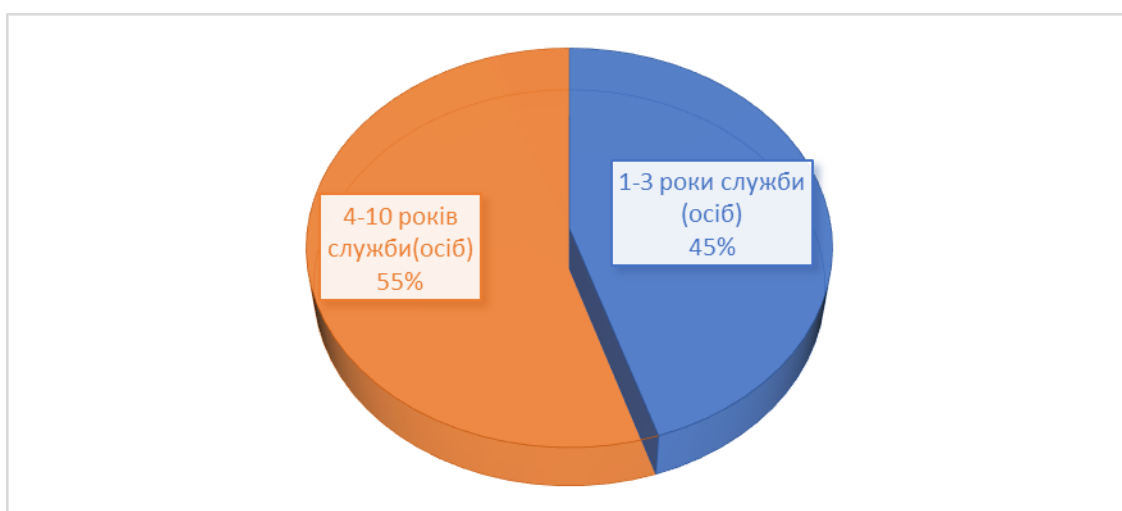


Рис. 3.1.3. Вибірка респондентів за тривалістю служби.

Новобранці (1-3 роки служби) молоді військові з відносно коротким бойовим досвідом;

Середній досвід (4-10 років) військові з значним досвідом служби, які мали за собою кілька бойових місій або довготривале перебування в бойових умовах.

Тип військової частини: підрозділи Національної гвардії України, Донецький прикордонний загін, Морська піхота Військово – морських сил Збройних сил України.

Для дослідження впливу психосоціального супроводу військових, які повернулися з полону, мною було обрано 3 психодіагностичні методики. Розглянемо детально кожен з обраних методик:

Перед початком роботи з психологом обом групам (експериментальній та контрольній) проводили діагностику за допомогою стандартизованих психометричних тестів, таких як:

1. Шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5) для оцінки рівня ПТСР. Шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5) Цей опитувальник використовується для діагностики та оцінки інтенсивності ПТСР. Він містить 20 питань, які відповідають 20 критеріям ПТСР за класифікацією DSM-5. Питання стосуються чотирьох основних груп симптомів:

- 1) інтрузії (повторювані спогади, кошмари);
- 2) уникання (уникнення думок, почуттів, ситуацій);
- 3) негативні зміни в настрої і когніціях (негативні думки про себе, інші людей, відчуття провини);
- 4) Підвищена збудливість (роздратованість, порушення сну)

Військовий має оцінити, наскільки сильно його турбували симптоми протягом останнього місяця. Шкала відповідей від 0 до 4:

0 - "Ніколи" 1 - "Трохи" 2 - "Дещо" 3 - "Досить" 4 - "Дуже сильно."

Військовий самостійно відповідає на питання, і фахівець підсумовує бали. Максимальний можливий бал - 80. Загалом, вважається, що рівень ПТСР є клінічно значущим при сумі балів 33 і вище. Однак порогові

значення можуть варіювати залежно від специфіки популяції. Окрім загальної оцінки, важливо аналізувати окремо групи симптомів, щоб зрозуміти, які аспекти ПТСР є найбільш вираженими у військового.

2. Шкала депресії Бека (BDI-II) для оцінки рівня депресії. Шкала депресії Бека (BDI-II) Широко використовуваний опитувальник для вимірювання рівня депресії. Містить 21 питання, що оцінюють симптоми депресії, такі як почуття провини, відчуття безнадійності, порушення сну та апетиту. Цей інструмент допомагає визначити ступінь тяжкості депресивного стану.

3. Опитувальник тривожності (шкала Гамільтона, Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D або HDRS) - це один із найпоширеніших інструментів для вимірювання рівня депресії та оцінки ефективності лікування депресивних розладів.

Її розробив психіатр Макс Гамільтон у 1960 році, і з того часу вона стала одним із золотих стандартів у клінічній практиці. Шкала Гамільтона містить 21 пункт, хоча зазвичай використовується скорочена версія з 17 пунктів, які оцінюють різні аспекти депресивних симптомів. Оцінка базується на спостереженнях психолога та відповіді пацієнта під час інтерв'ю чи опитування.

3.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Аналіз результатів емпіричного дослідження Аналіз результатів емпіричного дослідження за темою: «Особливості психологічного супроводу військових, які звільнилися з полону», – дає змогу узагальнити отримані результати.

Так, першим кроком аналізу та інтерпретації представимо результати методики PCL-5 на рисунку 3.2.1, 3.2.2 та 3.1.3. Шкала посттравматичного стресового розладу дає змогу оцінити рівень ПТСР у військовослужбовців,

що повернулися з полону. До впровадження тренінгової програми всі респонденти мають різний ступінь ПТСР. Відповідно 10,3% опитаних мають тяжкий рівень ПТСР (45 – 80 балів); 50,7% - виражений рівень ПТСР (33 – 44 бали) і 35,5% - помірний рівень ПТСР (21-32 бали), 3,5% (1- 20 балів) - легкий рівень ПТСР.

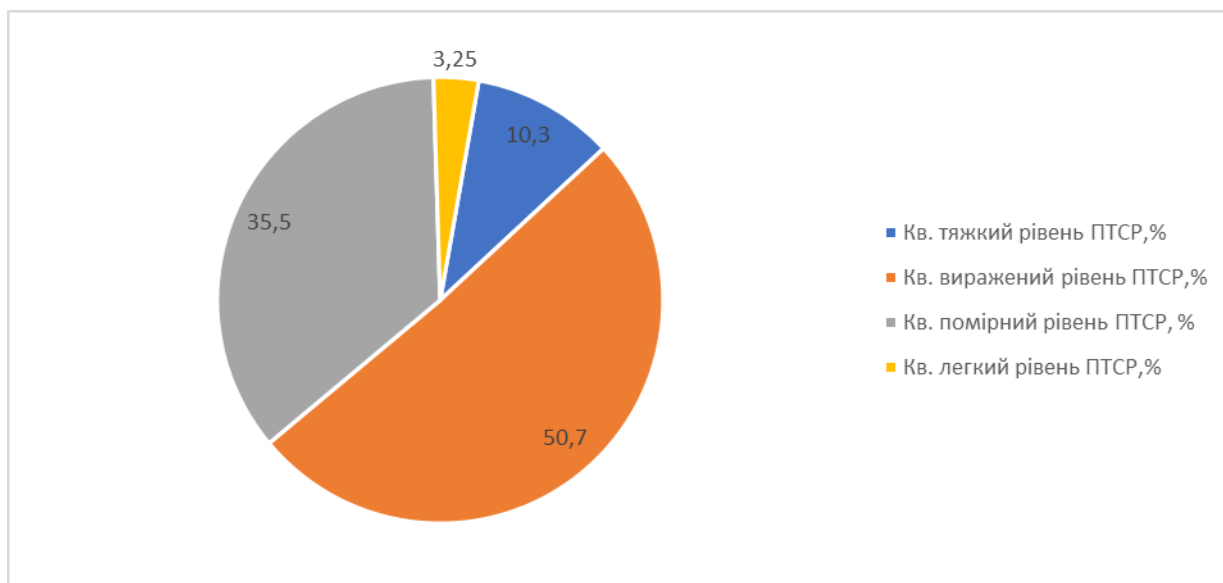


Рис. 3.2.1. Оцінка тяжкості ПТСР у військових, що повернулися з полону, (у %)

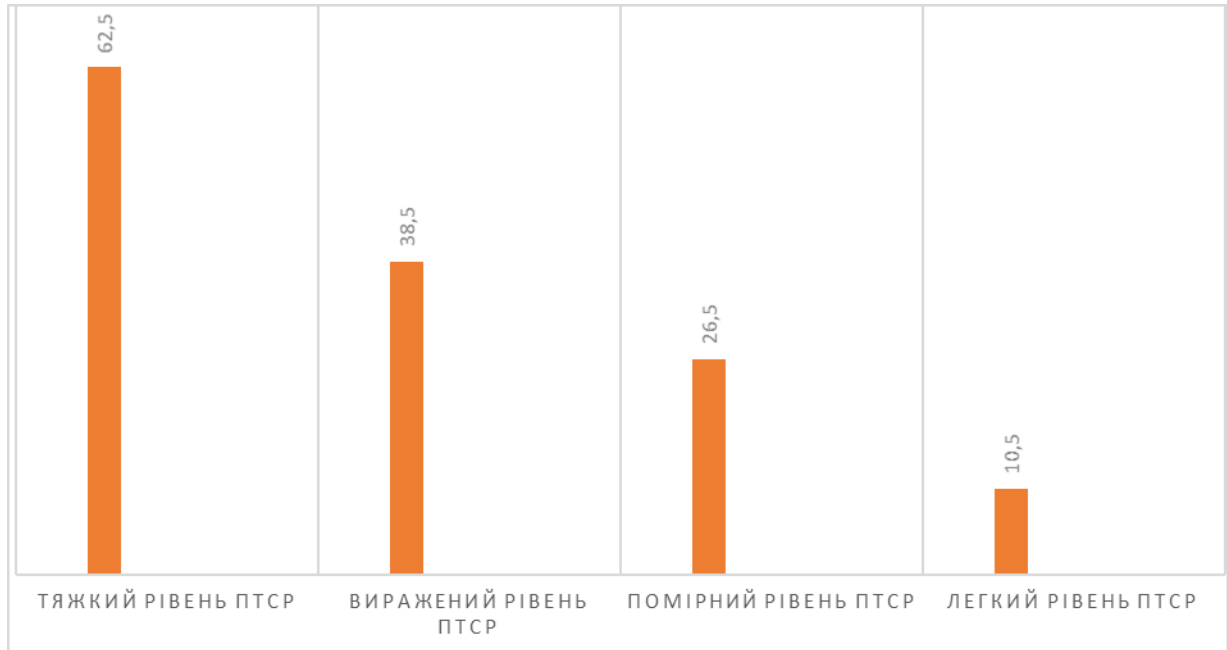


Рис. 3.2.2. середній рівень ПТСР у військовослужбовців, що повернулися з полону, (у балах)

На рисунку. 3.2.3. проведений аналіз окремих кластерів симптомів (інтрузії, уникання, негативні зміни в настрої та когніціях, підвищена збудливість), що дозволило зрозуміти, які саме симптоми є найбільш проблемними для військовослужбовців. Це дозволить в подальшому правильно спрямувати лікування на найбільш виражені проблеми.

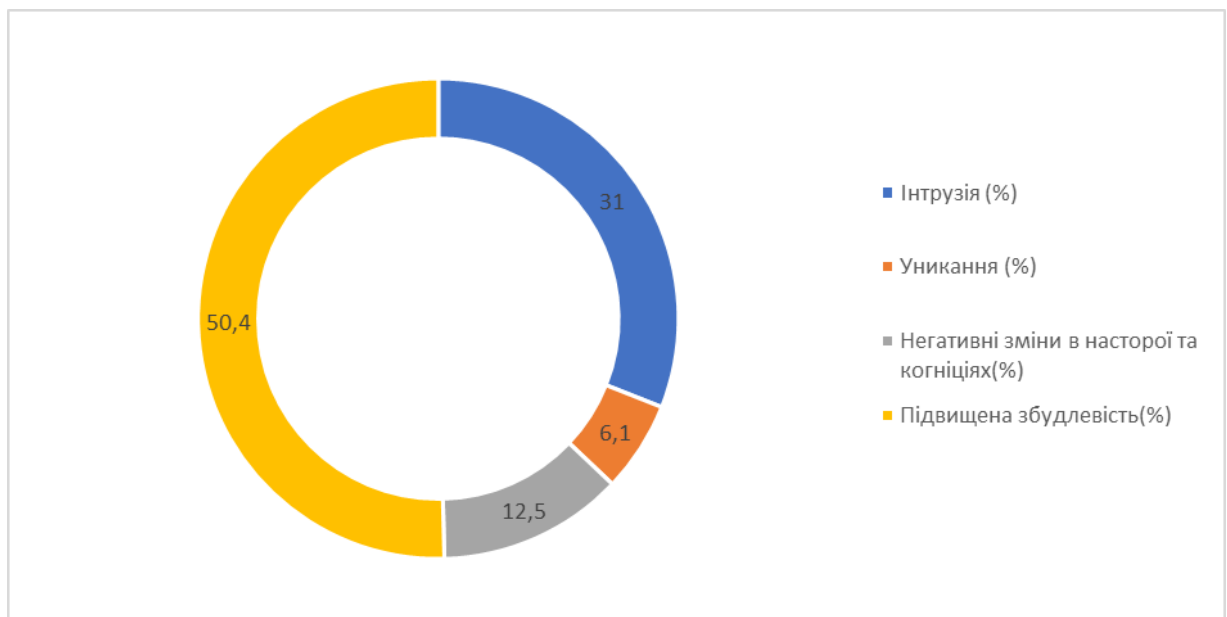


Рис. 3.2.3. Аналіз рівнів симптомів, які є найбільш проблемними для військовослужбовців, які повернулися з полону.

За шкалою PCL-5 також був проведений аналіз щодо індивідуальних тригерів та особливості травматичного досвіду, які оцінювалися через певні питання, які стосуються основних симптомів ПТСР на рисунку 3.2.4. Кожен із симптомів пов'язаний з різними аспектами травматичних подій і за допомогою відповідей на питання ми змогли ідентифікувати, які події або ситуації викликають найбільший стрес: (ізоляція, насильство, допити, фізичне насильство і психологічне насильство). Оцінка тригерів оцінюється за шкалою від 0 до 4 (0 – зовсім ні, 1- трохи, 2- помірно, 3- досить, 4 – дуже сильно)

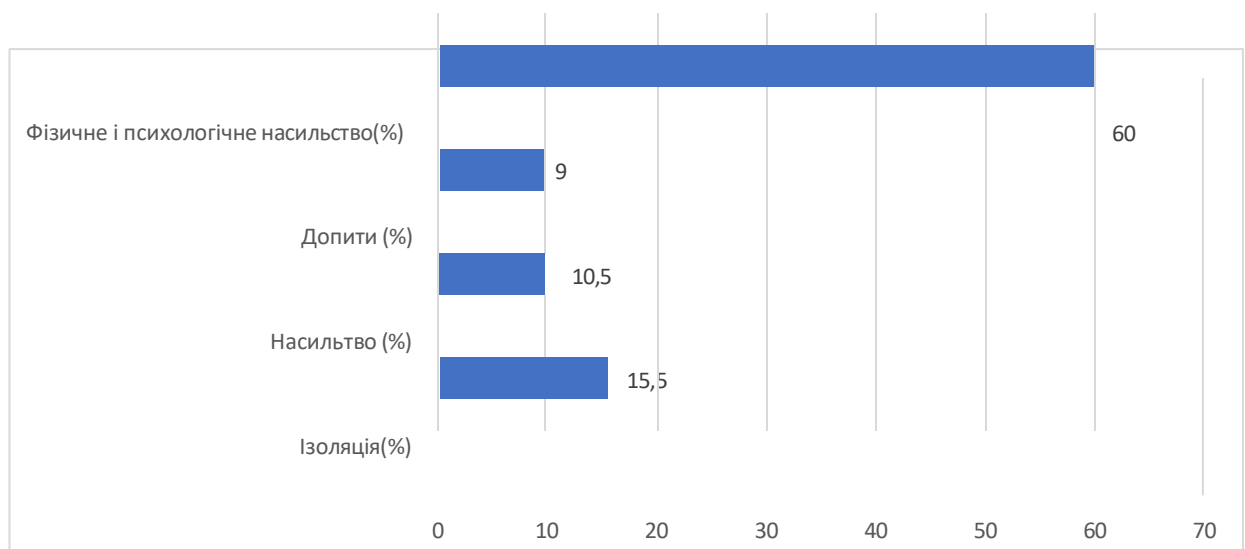


Рис. 3.2.4. Аналіз подій або ситуації, які викликають симптоми ПТСР.

Загалом, методика PCL-5 є ефективним інструментом для виявлення та оцінки ПТСР серед військових, що повернулися з полону, і відіграє важливу роль у їх психологічному відновленні.

Розгляньмо результати емпіричного дослідження до впровадження тренінгової програми за допомогою шкали депресії Бека (BDI – Beck Depression Inventory) для військових, які повернулися з полону, проводилося

з метою оцінки рівня депресії та виявлення психоемоційних розладів. Процес використання цієї шкали включав декілька основних етапів:

1. На початку дослідження військові отримали роз'яснення щодо мети дослідження та інструкцію щодо заповнення шкали Бека.

2. Заповнили опитувальник, який складався з 21 пункту, кожен з яких стосувався певного аспекту депресивних симптомів (наприклад, пригнічений настрій, песимізм, втрата інтересу до діяльності, зміни сну та апетиту).

Кожен пункт оцінюється по 4 рівневій шкалі від 0 до 3, де 0 означає відсутність симптомів, а 3 – максимальну вираженість симптомів.

Військовий самостійно обирає найбільш відповідний варіант для кожного питання, виходячи зі свого психоемоційного стану за останні два тижні.

3. Після заповнення опитувальника було підраховано загальну кількість балів, що відображено на рисунку 3.2.5. Рівень депресії складає:

0-13 балів — мінімальний рівень депресії;

14-19 балів — легка депресія;

20-28 балів — помірна депресія;

29-63 балів — важка депресія.

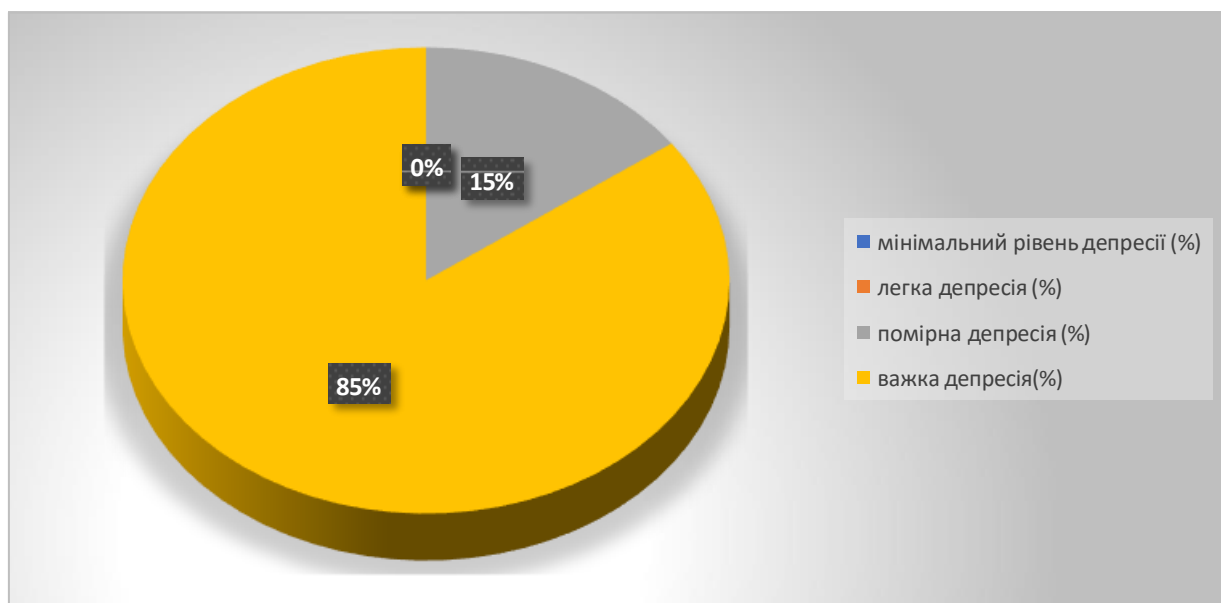


Рис 3.2.5. Рівень депресії у військовослужбовців, які повернулися з полону.

Отримані результати є індикатором необхідності подальшого психологічного втручання або додаткових обстежень.

4. За результатами першого етапу емпіричного дослідження майже у 100% учасників виявлено високий рівень депресії. Це свідчить, що військові потребують направлення до психіатра для детальнішої діагностики та подальшого лікування. Шкалу Бека будемо застосовувати ще один раз для моніторингу змін у стані військових після терапії. У зв'язку зі специфічними переживаннями, які могли бути викликані полонем (ізоляція, фізичне та психічне насильство), психологічна робота з військовими потребує підвищеної чутливості та підходу з урахуванням травматичного досвіду. Психологічне тестування, зокрема за шкалою Бека, допомагає не лише оцінити стан, а й стимулює військових до усвідомлення необхідності звернення за підтримкою. Таким чином, шкала Бека є надійним інструментом для виявлення депресії у військових, що повернулися з полону, і є важливим етапом у процесі їхнього психологічного відновлення.

Опитувальник тривожності (шкала Гамільтона, Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D або HDRS) Шкала тривожності Гамільтона (HAM-A) є одним із інструментів для оцінки рівня тривожності у військовослужбовців, які пережили важкі стресові ситуації, як полон. Це опитувальник, який допоміг визначити симптоми тривожності та їх інтенсивність. В контексті дослідження військових, які повернулися з полону, використовувати адаптований варіант цієї шкали для оцінки таких аспектів, як:

- Психічна тривожність (напруження, нервозність, страх, очікування найгіршого);
- Соматична тривожність (відчуття м'язової напруги, тремор, запаморочення, серцебиття);
- Сон (порушення сну, проблеми із засинанням, поверхневий сон).
- Поведінкові зміни (дратівливість, зниження концентрації, уникання соціальних ситуацій).

- Психосоматичні прояви (задишка, серцеві болі, дискомфорт у шлунково-кишковому тракті).

Загалом шкала Гамільтона складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюється за 5-бальною шкалою, від 0 до 4 (0 –17 балів- мінімальний рівень тривожності, 18-24 бали легка тривожність, 25 – 30 балів – помірна тривожність, більше 30 балів – дуже виражені симптоми). На рисунку 3.2.6. розміщені рівні тривожності у досліджуваних військовослужбовців.

Адаптоване використання шкали допоможе краще оцінити потреби в психологічній допомозі для цих людей.

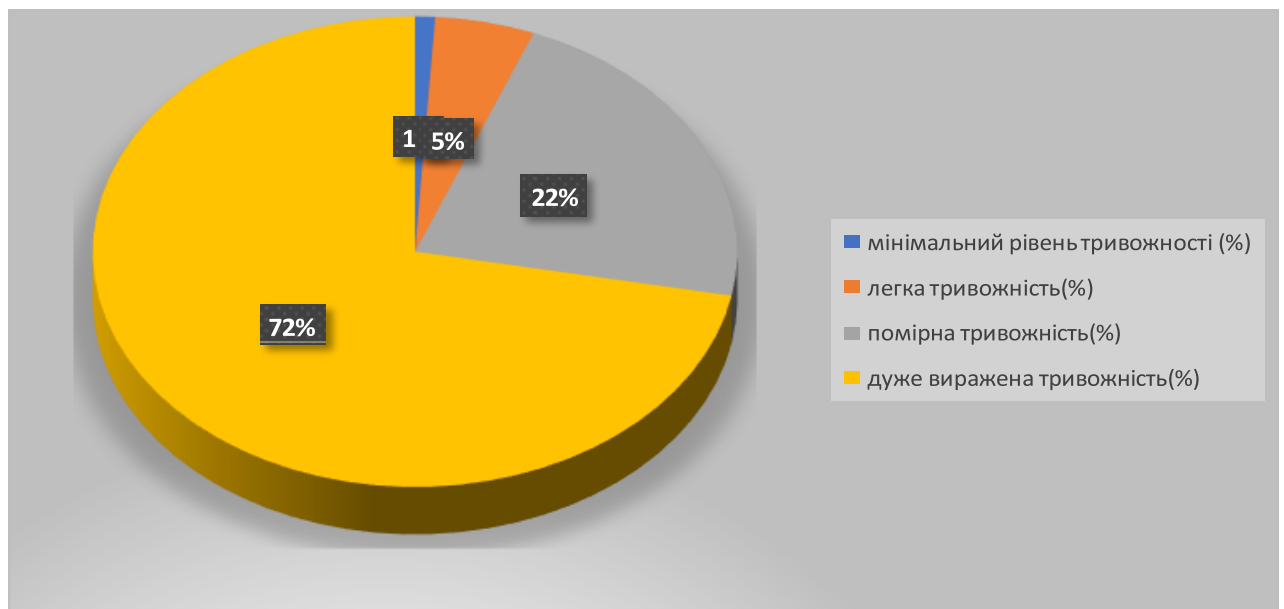


Рис. 3.2.6. Рівні тривожності у військовослужбовців, які повернулися з полону.

Підсумовуючи все вище зазначене можна зробити висновок, що після повернення з полону військовослужбовці часто стикаються з комплексом важких психічних наслідків, які включають високий рівень тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР), так і є нашому проведеному дослідженні. Це можна пояснити спираючись на декілька факторів:

1. Тривала ізоляція та постійний стрес: перебування в полоні є надзвичайно травматичним досвідом, що супроводжується страхом за своє життя, відсутністю контролю та фізичними обмеженнями. Військові можуть переживати фізичне насильство, психологічне приниження та загрози, що створює постійний стан тривоги, який не зникає навіть після звільнення.

2. Травматичні спогади: Після полону часто розвиваються симптоми ПТСР. Постійні спогади про пережиті події, флешбеки, нічні кошмари і гіперактивність нервової системи призводять до постійного відчуття небезпеки. Такі симптоми значно підвищують рівень тривожності та порушують здатність до нормального функціонування.

3. Почуття безпорадності та втрати: У полоні військовослужбовці часто позбавлені базових прав і гідності. Це може призвести до розвитку глибокого почуття безпорадності, яке перетворюється на депресію. Вони можуть відчувати себе ізольованими, втраченими, позбавленими підтримки або розуміння після повернення.

4. Порушення соціальної адаптації: Після звільнення з полону багато військових стикаються з труднощами адаптації до мирного життя. Втрата звичних соціальних зв'язків, відчуженість, почуття незрозумілості з боку оточуючих можуть призводити до соціальної ізоляції та підвищувати ризик розвитку депресії.

5. Фізичні та психосоматичні наслідки: Фізичні травми, отримані в полоні, або тривала нестача їжі, води та медичної допомоги можуть мати тривалі наслідки для здоров'я. Хронічні болі та інші фізичні прояви можуть посилювати почуття тривоги та депресії, створюючи замкнене коло між фізичним та психічним станом.

6. Нестача підтримки: Хоча після повернення з полону військовослужбовцям надається певна підтримка, багато з них не мають достатнього доступу до спеціалізованої психотерапії, яка потрібна для

обробки такого складного досвіду. Це збільшує ризик довготривалих наслідків у вигляді хронічної тривожності, депресії та ПТСР.

Усі ці фактори разом створюють сприятливе середовище для високих рівнів тривожності, депресії та ПТСР, що вимагає комплексної, тривалої психологічної допомоги та підтримки з боку фахівців.

3.3. Оцінка ефективності тренінгу

На третьому етапі проводились впровадження експериментальній групі тренінгової програми з когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) , що стало важливою частиною програми для військовослужбовців, які повернулися з полону.

КПТ є ефективним методом для лікування тривожних розладів, депресії та посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Ці тренінги включали наступні елементи:

1. Ідентифікація негативних думок. Учасників навчали виявляти автоматичні негативні думки, які виникають у відповідь на стресові або травматичні ситуації. Метою було навчити військових розуміти, як їхні думки впливають на емоції та поведінку, особливо в умовах післявоєнного стресу.

2. Когнітивна реструктуризація. Використовували техніки, які бкли спрямовані на заміну деструктивних або ірраціональних думок більш реалістичними та позитивними. Наприклад, якщо військовослужбовець вірить, що він “безпорадний” після полону, то психолог працює над спростуванням цього переконання та формуванням більш здорового ставлення до себе.

3. Експозиційна терапія. Учасників дослідження поступово підводили до того, щоб вони знову стикалися з травматичними спогадами або ситуаціями (у контрольованих умовах), щоб зменшити страх і уникання. Метою було допомогти військовим подолати уникання травматичних тригерів і зменшити силу їхнього впливу.

4. Навчання навичок вирішення проблем. Військовослужбовців навчали розвивати стратегії для вирішення складних ситуацій і подолання щоденних викликів щоб підвищити їхню впевненість у власній здатності справлятися з труднощами, зменшуючи відчуття безпорадності.

5. Робота з тригерами ПТСР. Навчали військових розпізнавати тригери, які активують симптоми ПТСР і розробляли стратегії, як справлятися з ними (через релаксацію, зміну думок тощо) для того щоб зменшити вплив стресових ситуацій на психічний стан і покращити здатність контролювати емоційні реакції.

6. Навчання навичок емоційної регуляції. Військових навчали розуміти і контролювати свої емоції, зокрема агресію, тривогу та депресію. Вони відпрацьовували техніки зміни негативних емоцій на більш прийнятні та стабільні емоційні реакції.

7. Навчання з управління тривогою. Використання когнітивних технік для розуміння і подолання тривожних станів, включаючи вправи на релаксацію та медитації усвідомленості з метою зменшити рівень тривоги, покращити емоційний стан та підвищити здатність до функціонування у стресових ситуаціях.

Після 6 тижнів, коли експериментальна група проходила тренінг, а контрольна не зазнавала додаткового впливу, було проведено повторне тестування та аналіз отриманих результатів.

Розглянемо результати формуючого експерименту.

Як зазначено на рисунку 3.3.1, до впровадження тренінгової програми рівень вираженості ПТСР за методикою PCL-5 виражений на 80% у експериментальної групи та на 82% у контрольної, себто різниця становить 2%, що є незначущим. Після проведення КПТ, у експериментальної групи рівень вираженості за цією шкалою став 59,5%, тобто зменшився на 20,5%. У контрольної ж групи, яка не зазнавала тренінгового впливу рівень залишився незмінним.

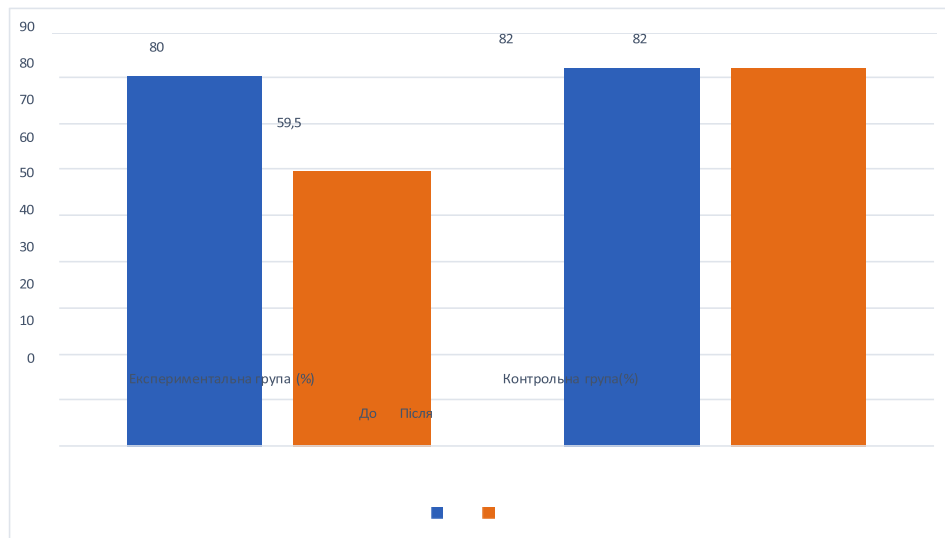


Рис. 3.3.1. Рівень вираженості ПТСР за методикою PCL-5 у експериментальній та контрольній груп (у %)

На рисунку 3.3.2. представлено графік рівня вираженості окремих кластерів симптомів (інтрузії, уникання, негативні зміни в настрої та когніціях, підвищена збудливість) у експериментальній групі. До проведення тренінгової програми ці рівні симптомів склали 50,4 % 31 %, 6,1%, 12,5% та 52,0%, 30%, 7%, 14% у експериментальній та контрольній групи відповідно. Різниця складає 1,6%, 1%. 0,9%, 1,5. Після впровадження тренінгової програми рівні склали 40%, 20,0% 2,5%, 5,5% у експериментальній групі, а у контрольній залишилися незмінними. Це позначає що у експериментальній групі рівень симптомів знизився на 10,4%, 11%, 3,6% 7% а у контрольній залишився незмінним.

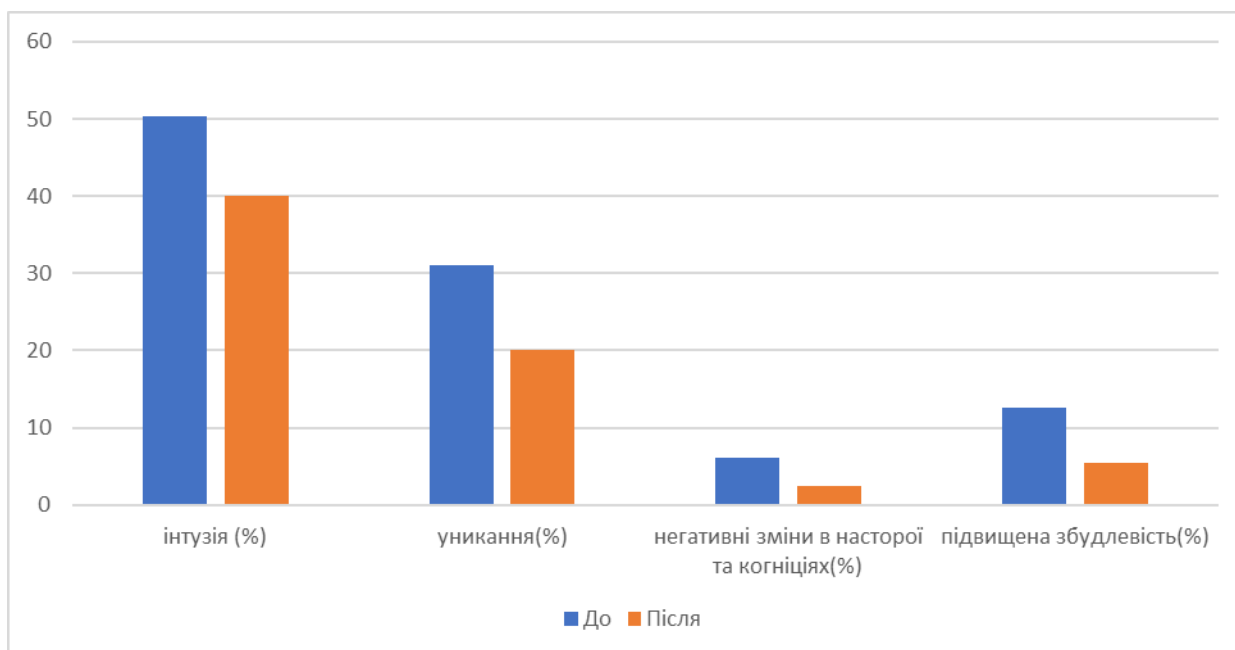


Рис. 3.3.2. Рівень вираженості симптомів ПТСР за методикою PCL-5 у експериментальної групи (у %)

На рисунку 3.3.3. представлено графік рівня вираженості окремих індивідуальних тригерів (ізоляція, насильство, допити, фізичне насильство і психологічне насильство) у експериментальній групі. До проведення тренінгової програми ці рівні тригерів складали 60,0 % 9 %, 10,5%, 15,5% та 62,0%, 10%, 7%, 14% у експериментальної та контрольної групи відповідно. Різниця складає 2,0%, 1%, 0,5%, 1,5. Після впровадження тренінгової програми рівні склали 45%, 7,0% 7,5%, 10,0% у експериментальній групі, а у контрольній залишилися незмінними. Це позначає що у експериментальної групи рівень впливу тригерів знизився на 15,0%, 2%, 3,0%, 5,5% а у контрольної залишився незмінним.

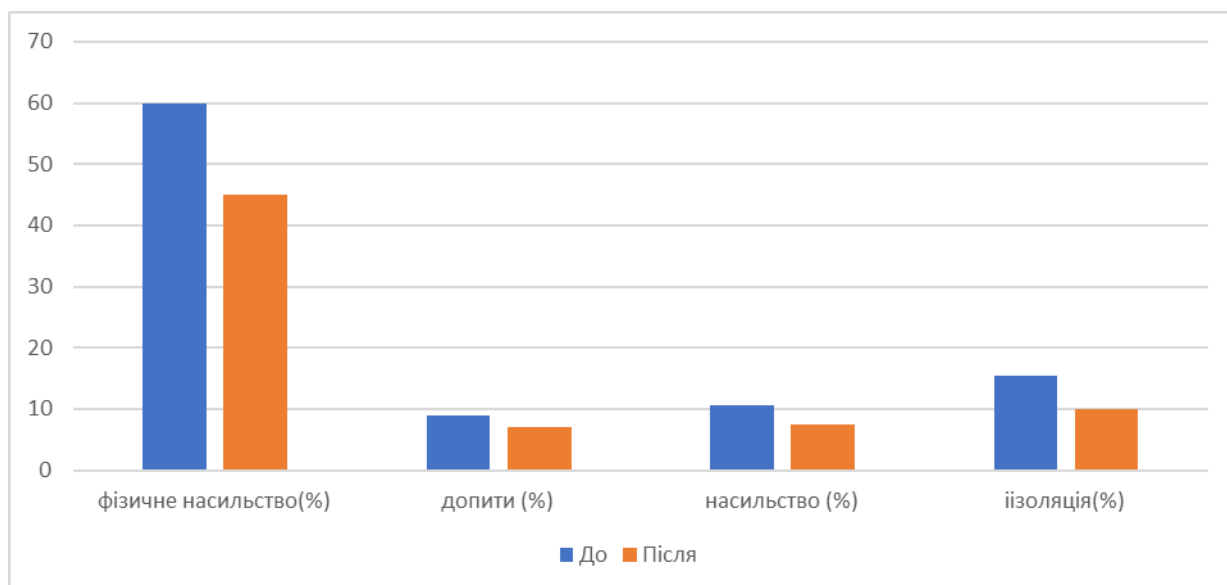


Рис. 3.3.3. Рівень вираженості окремих індивідуальних тригерів ПТСР за методикою PCL-5 у експериментальної групи (у %)

Оцінка депресії за шкалою Бека у військовослужбовців, які вийшли з полону, дала можливість глибше зрозуміти їхній психічний стан після пережитого полону. Шкала Бека є інструментом, який дозволяє кількісно оцінити рівень депресії, що є важливим для їхнього подальшого психологічного відновлення та успішної соціальної адаптації.

На рисунку 3.3.4. представлено графік рівня вираженості депресії за шкалою Бека. До проведення тренінгової програми ці рівні склали 85,0 % - важка депресія, 15 % - помірна депресія, 0 %, складала легка і мінімальна депресія у експериментальної та контрольної групи були однакові показники. Після впровадження тренінгової програми рівні склали 50%, - важка депресія, 5,0%, 15,% - легка депресія, 30,0% - мінімальна у експериментальній групі, а у контрольній майже залишився на тому ж рівні. Це означає що у експериментальної групи рівень вираженості депресії значно знизився на 35,0%, 10%, і перейшов у легку і мінімальну форму, а у контрольної групи зменшився на 5% у зв'язку із плином часу.

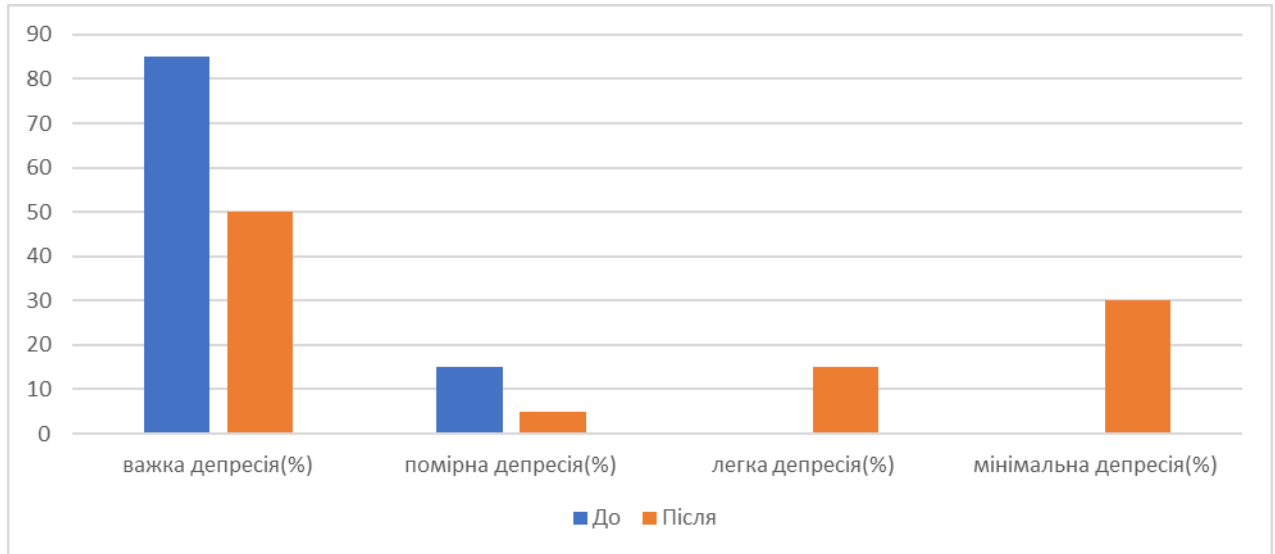


Рис. 3.3.4. Графік рівня вираженості депресії за шкалою Бека у експериментальній групі.

Шкала Гамільтона у нашому дослідженні стала ефективним інструментом для виявлення як гострої, так і хронічної тривожності, що є важливим для підтримки адаптації військових до цивільного життя після полону.

На рисунку 3.3.5. представлено графік рівня вираженості тривожності за шкалою Гамільтона. До проведення тренінгової програми ці рівні склали 72,0 % - дуже виражена тривожність, 22 % - помірна тривожність, 5% - легка тривожність, 1% - мінімальна тривожність у експериментальній та контрольній групі були однакові показники. Після впровадження тренінгової програми рівні тривожності склали 40%, 12,0%, 33,%, 15% відповідно у експериментальній групі, а у контрольній майже залишився на тому ж рівні. Це означає що у експериментальній групі рівень тривожності значно знизився перейшов у помірну і мінімальну форму, а у контрольній групі зменшився на 10% у зв'язку із плином часу.

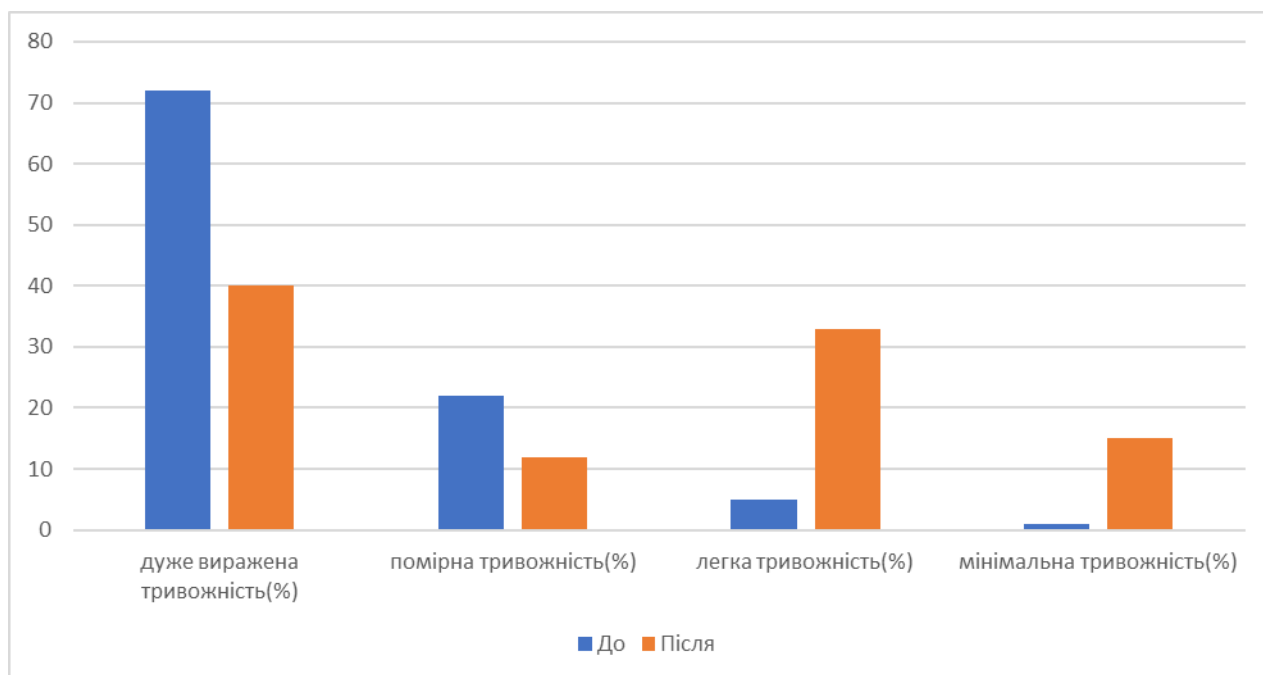


Рис.3.3.5. Графік рівня вираженості тривожності за шкалою Гамільтона у експериментальній групі.

Впровадження тренінгів з КПТ допомогло експериментальній групі військових, які повернулися після полону, значно покращити психологічне відновлення, допомогло їм змінити шкідливі мисленнєві моделі, знизити рівень тривоги і депресії, а також навчилися справлятися зі стресовими ситуаціями ефективніше. на формування навичок психологічного відновлення.

Висновки до розділу 3

Було проведено формуючий експеримент дослідження з використанням тренінгової програми Когнітивно-поведінкової терапія (КПТ), який є одним із найбільш ефективних методів роботи з військовими, які повернулися з полону. Використання КПТ у цьому контексті надало кілька важливих результатів:

Зменшення симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР): КПТ допомагає військовим краще опрацьовувати травматичний досвід, зменшуючи нав'язливі спогади, тривогу, страхи та нічні кошмари, характерні

для ПТСР. Військові вчаться керувати своїми емоціями, що сприяє зниженню симптомів.

Реконструкція деструктивних переконань: Методика фокусується на виявленні та зміні негативних або ірраціональних думок, які виникають у військових після повернення з полону. Це може стосуватися самооцінки, ставлення до світу або майбутнього, що дозволяє військовим позбутися почуття безвиході або провини.

Розвиток навичок подолання стресу: КПТ навчає військових технік керування стресом і тривогою через більш адаптивні поведінкові моделі. Це допомагає їм долати складні ситуації без емоційного зриву, формуючи нові стратегії реагування на стресові фактори.

Покращення емоційної регуляції та відновлення почуття контролю: КПТ допомагає військовим відновити почуття власної автономії та контролю над життям, що часто є пошкодженим після травматичних подій. Це важливо для інтеграції в мирне життя та стабілізації психічного стану.

Підтримка довгострокової життєстійкості: Через когнітивно-поведінкові техніки військові розвивають стійкі навички для підтримки психічного здоров'я у довгостроковій перспективі. Це допомагає їм бути більш адаптивними та життєстійкими в умовах цивільного життя.

Загалом, КПТ значно сприяє реабілітації військових, які пережили важкі психотравматичні події, дозволяючи їм зменшити тривожність, страхи, депресивні стани та інтегруватися в суспільство.

ВИСНОВКИ

Військовослужбовці, які звільнилися з полону, є особливо вразливою категорією, яка потребує комплексної психологічної допомоги. Пережитий досвід полону має значний вплив на їхнє психічне здоров'я, формуючи глибокі емоційні травми, з якими неможливо впоратися без фахової підтримки. У ході виконання дослідження вдалося розкрити основні аспекти психологічного супроводу цієї категорії осіб, проаналізувати існуючі методи та визначити оптимальні підходи до їхнього відновлення.

Для вивчення ефективності психологічного супроводу у військових, які звільнилися з полону було проведено емпіричне дослідження.

Експериментальне дослідження охопило 20 військовослужбовців, які пройшли через ворожий полон та були звільнені в результаті обміну. Це дозволило забезпечити репрезентативність і провести аналіз даних, що стосується ефективності психологічного супроводу.

Факт перебування в полоні був визначений від 1 року до 2 років;

Основною умовою експерименту була добровільна участь, а саме військові погодилися брати участь у дослідженні на добровільній основі, що передбачало їх згоду на проходження психологічних тестів та анкетування.

Демографічні характеристики: учасники дослідження були у віці від 25 до 45 років.

Для оцінки психоемоційного стану учасників було використано кілька стандартизованих шкал, зокрема:

1. Шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5) для оцінки рівня ПТСР. Шкала посттравматичного стресового розладу (PCL-5). Цей опитувальник використовується для діагностики та оцінки інтенсивності ПТСР.

2. Шкала депресії Бека (BDI-II) для оцінки рівня депресії. Шкала депресії Бека (BDI-II) Широко використовуваний опитувальник для вимірювання рівня депресії.

3. Опитувальник тривожності (шкала Гамільтона, Hamilton Depression Rating Scale, HAM-D або HDRS) - це один із найпоширеніших інструментів для вимірювання рівня депресії та оцінки ефективності лікування депресивних розладів.

Результати показали високий рівень ситуативної тривожності у всіх учасників, що вказує на значні стресові реакції, та високий рівень особистісної тривожності, що свідчить про необхідність довготривалої роботи для стабілізації емоційного стану. Велика частина респондентів мала низький рівень уважності та задоволення життям, що потребувало спеціалізованих психологічних втручань.

Відповідно до результатів дослідження було проведено формуючий експеримент дослідження з використанням тренінгової програми Когнітивно-поведінкової терапія (КПТ), який є одним із найбільш ефективних методів роботи з військовими, які повернулися з полону.

Покращення психологічного стану військових, які повернулися з полону, у результаті застосування технік і методів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) вдається пояснити завдяки ключовим факторам, які були застосовані при емпіричному дослідженні.

КПТ допомагає військовим опрацювати травматичні події, змінюючи деструктивні переконання та зменшуючи емоційну реакцію на спогади. Це сприяє зниженню симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що видно з нашого дослідження.

Методи КПТ саме фокусуються на ідентифікації та зміні негативних думок, які можуть спричиняти емоційну напругу. Це особливо важливо для військових, які можуть мати почуття провини, безпорадності чи тривоги, а також цей метод передбачає розвиток нових способів реагування на стресові

ситуації, що допомагає військовим уникати унікальної поведінки (наприклад, уникання соціальних контактів) і активно долати труднощі.

Також військові навчаються технік релаксації, усвідомленості (mindfulness) та емоційної регуляції, що дозволяє їм краще контролювати свої емоції та знижувати рівень тривоги.

КПТ має сильну доказову базу для роботи з ПТСР, депресією та тривожними розладами, що підтверджує її ефективність для військових, які пережили екстремальні умови.

Завдяки системному підходу КПТ військові змогли не лише зменшити симптоми психологічних розладів, але й отримати інструменти для подальшого самостійного управління своїм психічним здоров'ям.

Оскільки час проведення програми був обмежений, розширення її до 12 тижнів могло б забезпечити більш поступові зміни, знижуючи психічне відторгнення нових практик і сприяючи глибшому освоєнню психологічного супроводу. Це підвищило б ефективність програми та допомогло учасникам краще адаптуватися до нових умов і практик.

Програма була апробована серед добровольців, які зустрічались раз на тиждень в онлайн-форматі через Zoom протягом 6 тижнів, що підтвердило її ефективність.

Для оцінки результатів використовувались ті самі опитувальники в Google-формі, що дозволило зібрати об'єктивні дані щодо змін у психоемоційному стані учасників. Учасники програми відзначили зміни у своєму психоемоційному стані. Найбільш очевидними результатами стали зниження тривожності та емоційного напруження, покращення уваги й концентрації, а також якісні зміни у сні — він став глибшим і довшим. Люди почали посміхатися.

Особливо важливим результатом стало вдосконалення навичок саморегуляції. Учасники краще справлялися зі стресовими ситуаціями, зберігаючи спокій і контроль над емоціями. Також вони відзначили

поліпшення у стосунках із членами своїх родин, що свідчить про позитивний вплив програми на міжособистісні взаємодії.

Усі завдання дослідження були виконано, що підтвердило те що психологічний супровід військових , які звільнилися з полону є необхідним і ефективним інструментом в психологічній реабілітації військових, які зазнали травматичного досвіду полону, з урахуванням їхніх індивідуальних потреб та соціальних контекстів. Розроблена програма допомогла покращити психоемоційний стан учасників, знизити рівень тривожності та сприяла розвитку адаптивних стратегій поведінки, що стали важливими для гармонійного включення пережитого досвіду у повсякденне життя.

Результати дослідження можуть бути основою для розробки більш ефективних моделей допомоги цій вразливій категорії населення, а також слугувати практичним інструментом для фахівців, які займаються реабілітацією військових.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анпілова Д. В., Амінева Я. Р. Методичні рекомендації до курсу «Психологічний спецпрактикум за спеціалізаціями» за напрямом підготовки «Соціально-політичні науки» для студентів і слухачів спеціальності 6.030102 «Психологія». Дніпропетровськ: ДНУ, 2016. 94 с.
2. Афанасьєва Н. Є., Перелигіна Л. А. Теоретико-методологічні основи соціально-психологічного тренінгу: навч. посіб. Х.: УЦЗУ, 2008. 251 с.
3. Бевз В., Главник О. Основні положення щодо проведення тренінгів. URL: <https://ru.osvita.ua/school/method/technol/598/>. (дата звернення: 15.08.2020).
4. Бігун Н. І. Профілактична робота в практичній психології: навч.-метод. комплекс дисципліни. Кам'янець-Подільський Медобори-2006, 2011. 96 с.
5. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб: дис. д-ра пед. наук: 13.00.05. Тернопіль, 2019. 559 с.
6. Блінов О. А. Організація надання психологічної допомоги військовослужбовцям у воєнний час. Навчально-методичний посібник. К: НАОУ, 2006. 80 с.
7. Блінов О. А. Функції та специфіка роботи практичного психолога: навч. посібник / О. А. Блінов, П. П. Криворучко, В. М. Марченко. К.: КиМУ, 2009. 62 с.
8. Військова психологія та педагогіка: інноваційний підхід: підручник у 2 ч. Ч. 1. Київ: НУОУ, 2012. С. 329–338.
9. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп: навч. посіб. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.
10. Грейтенс Ерік. Стійкість: тяжко виборена мудрість для ліпшого життя. Харків: Фабула, 2021. 432 с.

11. Глуховський В. С. Мої спогади. Київ: Основа, 2008. 152 с.
12. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: метод. реком. / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін. Харків: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». 2014. 67 с.
13. Духневич В. М. Прикладні питання технологій підготовки та проведення когнітивно орієнтованих тренінгів спілкування: метод. реком. К.: Міленіум, 2014. 84 с.
14. Електронний документ «Клінічна настанова, заснована на доказах «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад», 2024 року, https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/galuzevi-standarti-ta-klinichni-nastanovi/.
15. Журавель Т. В. Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності: навч. посіб. / за заг. ред. О. В. Безпалько. Київ: Академвидав, 2013. 312 с.
16. Журавльов В. В. Вимоги до особистості і кваліфікації тренера-психолога в ході тренінгової підготовки керівників до професійно-управлінської діяльності. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Сер. Педагогічні та психологічні науки. 2014. № 1. С. 238-249. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znprnarv_ppn_2014_1_23. (дата звернення: 11.07.2020).
17. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: метод. посіб. / Н. Агаєв, О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська та ін. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
18. Зливков В. Л., Лукомська С. О. Теорія та практика психологічних тренінгів. К.-Ніжин: Видавець ПП Лисенко М. М., 2019. 209 с.
19. Зімбардо Ф. Ефект Люцифера. Чому хороші люди чинять зло. 3-те вид. Київ: Yakaboo Publishing, 2019. 592 с.
20. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії: навч. посіб. Дрогобич: Посвіт, 2015. 116 с.

21. Карпенко Є. Основи психотренінгу: навч. посіб. Дрогобич: Видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2015. 78 с.
22. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
23. Комар З. Психологічна стійкість воїна: підр. для військ. психологів. Київ, 2017. 185 с.
24. Кузьмін Є. Л. Методика прогресивної релаксації в службовій діяльності офіцера-психолога внутрішніх військ МВС України Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2012. № 2 (1). С. 286–294.
25. Красницька О. В. Депривація військовослужбовців, які виконують завдання у відриві від основних сил, та в умовах полону. Вісник Національного університету оборони України. 2022. № 2 (66). С. 50–63.
26. Лозінська Н. С. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. Вісник Національного університету оборони України. Київ, 2018. Вип. 2 (50). С. 65–73.
27. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії: навч. посіб. Луцьк: Вежа-Друк, 2014. 420 с.
28. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України «Про затвердження Положення про Психологічну службу Збройних Сил України» від 04.12.14 року № 317.
29. Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії

Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах» від 09.12.2015 № 702.

30. Наказ Міністерства оборони України «Про затвердження Інструкції з організації професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України» від 10.12.2014 р. № 883.

31. Наказ МОЗ України від 25 грудня 2014 року № 1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії».

32. Основи психологічного консультування (лекційний курс): навч.-метод. посіб. / уклад. Б. А. Якимчук, І. П. Якимчук. Умань: ПП Жовтий О.О., 2013. 204 с.

33. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посіб. за заг. ред. Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с.

34. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі: монографія. за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2017. С. 225.

35. Психологічні прийоми саморегуляції в екстремальних умовах. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=Ftcw88QVS9k> (дата звернення: 16.09.2020).

36. Психологія екстремальної діяльності: навч. посіб. / І. І. Приходько, О. С. Колесніченко, О. В. Тімченко та ін.; за заг. ред. І. І. Приходька. Х.: НА НГУ, 2016. 571 с.

37. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій: підхід резилієнс: навч.-метод. посіб. / Н. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін, А. Максименко, С. Богданов, О. Бойко; за заг. ред. Н. Гусак. Київ: НаУКМА, 2017. 92 с.

38. Прикладна психологія службово-бойової діяльності сил охорони правопорядку [Текст]: підручник / І. І. Приходько, І. І. Ліпатов, Л. Ф. Шестопалова та ін. – Х.: Акад. ВВ МВС України, 2012. – С. 256–257.

39. Реінтеграція та пост-ізоляційний супровід осіб, звільнених з примусової ізоляції: особливості роботи ПСИХОЛОГІЯ ОСОБИСТОСТІ в умовах гібридної агресії. Аналітичний звіт за результатами роботи з особами, звільненими з примусової ізоляції 27.12.2017 та 24.01.2018 (уточнений). Київ, 2018. 166 с.
40. Розов В. І. Адаптивні антистресові психотехнології: навч. посіб. К.: Кондор, 2005. 278 с.
41. Семенова Ю. С. Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України. 2012. Вип. 5. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2012_5_48 (дата звернення: 12.10.2020).
42. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник /228 Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.
43. Стресостійкість. Як і для чого її використовувати в життєвих ситуаціях? URL: <https://ns-plus.com.ua/2018/03/14/stresostijkist-yak-i-dlya-chogo-yiyi-vykorystovuvaty-v-zhyttyevyh-sytuatsiyah/> (дата звернення: 11.05.2018).
44. Стамбульський протокол. Посібник з питань ефективного розслідування і документування фактів катувань та іншого жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження або покарання. Нью-Йорк і Женева : Видання Організації Об'єднаних Націй, 2004. 137 с. URL: <https://ukraine.un.org/sites/default/files/2021-06/Istanbul%20Protoco> (дата звернення: 02.11.2022).
45. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомоги в умовах тривалої травматизації: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

46. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
47. Уніфікований клінічний протокол первинної, екстреної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: реакція на важкий стрес і розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського. 2016. № 4. С. 50-63.
48. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків: Клуб Сімейного Дозвілля, 2022. 159 с.
49. Федорчук В. М. Сучасні підходи до оцінювання ефективності тренінгу. Збірник наукових праць К-ПНУ імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2013. Вип. 20. С. 674–683.
50. Форми і методи надання психологічної допомоги та здійснення психокорекційної роботи у військових частинах, установах і закладах ЗС України : навч.-метод. посіб. / уклад. О. М. Чепур, В. Д. Наконечний, В. Е. Петухов. К., 2013. 54 с.
51. Холодецька Н. Профілактика та подолання стресових станів. URL: <http://www.osvitatlm.if.ua/sites/files/psych%20sl/16.doc> (дата звернення: 15.09.2020).
52. Христюк О. Аналіз етапів психологічної реабілітації військовослужбовців в межах медичного закладу. Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві: тези доп. II Всеукр. наук.-практ. конф. (м. Львів, 20 жовт. 2017 р.). Львів, 2017. С. 368–371.
53. Хміляр О. Ф. Психологія поведінки військовослужбовця в полоні. Застосування Сухопутних військ ЗС України у конфліктах сучасності: матеріали наук.-практ. конф., 16 листопада 2017 р. Львів: Національна академія сухопутних військ
54. Цимбалюк І. М. Психологічне консультування та корекція. Модульно-рейтинговий курс: навч. посіб. К.: ВД «Професіонал», 2005. 656 с.

55. Череповська Н. І. Деструктивні інформаційні впливи медіа та профілактика їхніх наслідків у військовослужбовців та ветеранів АТО. Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції: матеріали міжвідом. наук.-практ. конф., м. Київ, 30 берез. 2016 р. Київ, 2016. 248 с.
56. Шелестова О. В. Медико-психологічні чинники розладів військово-професійної адаптації військовослужбовців дис. канд. психол. наук: 19.00.04 / Інститут психології імені Г. С. Костюка. Київ, 2018. 217 с.
57. Шестопалова Л. Ф., Бучок Ю. С. Основні напрями профілактики посттравматичних стресових розладів у жертв екстремальних подій. Медицинская психология. Харків, 2011. Т. 6, № 4. С. 7–9.
58. Широбоков Ю. М. Теоретичні та прикладні аспекти психології військового полону: монографія Харків: ТОВ «В СПРАВИ», 2020. 476 с.
60. Яблонська Т. М., Булатевич Н. М. Етичні виміри діяльності психолога в практиці психологічного консультування. Психологічний часопис. Київ, 2018. № 5. С. 237–251. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2018_5_17. (дата звернення: 02.07.2020).
61. Beebe G. W. Follow-up studies of World War II and Korean war prisoners: II. Morbidity, disability and maladjustments. American Journal of Epidemiology. vol. 101 (1975), pp. 400–422.
62. Dadfar A. (1994). The Afghans: Bearing the scars of a forgotten war. In A. J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad, & J. Orley (Eds.), *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees*. American Psychological Association. pp. 125–139. URL: <https://doi.org/10.1037/10147-006> (дата звернення: 14.10.2022)