

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ

Гуманітарно-педагогічний факультет

ПОГОДЖЕНО

Декан гуманітарно-педагогічного
факультету

_____ Інна САВИЦЬКА
«_____» _____ 2026 р.

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри
соціальної роботи та реабілітації

_____ Ірина СОПІВНИК
«_____» _____ 2026 р.

БАКАЛАВРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему

«Соціальний супровід військовослужбовців під час служби»

Спеціальність

231 «Соціальна робота»

Освітня програма

«Соціальна робота»

Гарант освітньої програми

доктор педагогічних наук, професор
(науковий ступінь та вчене звання)

_____ (підпис)

Інна ОСАДЧЕНКО
(ПІБ)

Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи

кандидат філософських наук, доцент
(науковий ступінь та вчене звання)

_____ (підпис)

Чекаль Людмила Анатоліївна
(ПІБ)

Виконав

_____ (підпис)

Ігнатенко Дмитро Євгенович
(ПІБ студента)

КИЇВ – 2026

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**
Гуманітарно-педагогічний факультет

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри соціальної
роботи та реабілітації

_____ Ірина СОПІВНИК.
(підпис) (ПІБ)

«___» _____ 2026 р.

**ЗАВДАННЯ
ДО ВИКОНАННЯ БАКАЛАВРСЬКОЇ
КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ**

Спеціальність
Освітня програма

*231 «Соціальна робота»
«Соціальна робота»*

Тема бакалаврської кваліфікаційної роботи «Соціальний супровід
військовослужбовців під час служби»,
затверджена наказом ректора НУБіП України від «27» жовтня 2025 р. № ____
Термін подання завершеної роботи на кафедру «24» квітня 2026 р.
Вихідні дані до бакалаврської кваліфікаційної роботи: *досвід країн-партнерів;
матеріали періодичних видань; навчальна та довідкова література з теми
дослідження, історичні особливості розвитку тощо.*

Перелік питань, які потрібно розробити:

- 1) провести огляд досліджень з тематики соціального супроводу
військовослужбовців;
- 2) описати форми та види соціально-психологічної роботи з українськими
військовими в сучасних умовах;
- 3) провести аналіз роботи Київського міського кризового центру
«Соціотерапія» щодо організації соціально-психологічної допомоги
військовим;
- 4) розробити тренінгові заняття для соціального супроводу
військовослужбовців.

Дати видачі завдання «___» вересня 2025р.

Керівник бакалаврської кваліфікаційної роботи _____ Чекаль Л.А.

Завдання прийняв до виконання _____ Ігнатенко Д.Є.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I. Теоретичні засади дослідження соціального супроводу військовослужбовців в сучасних умовах.....	7
1.1 Огляд досліджень з тематики соціально-психологічного супроводу військовослужбовців.....	7
1.2 Історичний аспект проблематики щодо соціального супроводу військовослужбовців.....	11
1.3 Концепції соціального супроводу військовослужбовців.....	18
РОЗДІЛ II. Аксіологічний вимір соціального супроводу військовослужбовців під час служби.....	25
2.1 Специфіка військової служби в сучасних умовах.....	25
2.2 Проблема психічного здоров'я військових.....	28
2.3 Бойовий стрес і основні симптоми бойових психічних травм.....	37
РОЗДІЛ III. Сучасний світовий досвід надання соціально-психологічної допомоги військовослужбовцям під час служби	44
3.1 Досвід країн НАТО у сфері організації соціально-психологічної допомоги військовим, які беруть участь у бойових діях.....	44
3.2 Аналіз роботи Київського міського кризового центру «Соціотерапія» щодо організації соціального супроводу військовослужбовців.....	50
3.3 Розробка тренінгових занять для соціально-психологічного супроводу військовослужбовців.....	55
ВИСНОВКИ.....	68
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	70

ВСТУП

Протягом тисячоліть людство разом із розвитком культури, суспільної свідомості й науки вдосконалювало форми, засоби і методи збройного вирішення різного виду конфліктів. У ХХІ столітті проблема використання військової сили у локальних або ж масштабних військових конфліктах, а також у терористичних актах при вирішенні тих або інших спірних питань не дозволяє сподіватися, що жахіття війни залишаться у минулому.

Вперше про значний вплив бойових дій на військовослужбовців фахівці заговорили після військових дій США у В'єтнамі – тоді виник так званий «в'єтнамський синдром». У різні часи були досліджені також різні стани військової психотравми у військових, які брали участь у різних війнах: корейський, афганський, чеченський синдром. В Україні в умовах сьогодення, на жаль, кількість військових із психотравмами зростає з кожним днем. Різні стани військової психотравми виникають внаслідок розвитку кризових ситуацій, пов'язаних із військовими діями. Політична ситуація в сучасному світі характеризується постійно зростаючою кількістю екстремальних подій із різним масштабом і специфікою.

При цьому збільшується кількість учасників зазначених подій. У другій половині ХХ століття й на початку ХХІ відбулося більше ніж два десятки локальних воєн і військових конфліктів на територіях різних країн (Україна, Іран, Ізраїль, Грузія й Абхазія, Вірменія, Придністров'я, Таджикистан, Афганістан, В'єтнам, Єгипет, Ємен, Сирія, Південний Судан, Ангола, Сомалі та ін.).

Різнобічний вплив війни та наслідки цього впливу на учасників військових дій можуть проявлятися як під час служби, так і після повернення до мирного середовища, з часом. Нагальність і актуальність дослідження особливостей такого впливу зумовлено потребою передбачення та організації необхідного соціального супроводу військовослужбовців як під час служби, так і після неї.

На сучасному етапі розвитку Збройних сил України увага до проблеми надійного й ефективного функціонування людини в умовах військових дій значно посилилася. У якості наукової основи діяльності військових кадрів у цій сфері виступає військова психологія. Здобутки сучасної науки й практики щодо соціального супроводу військовослужбовців дозволяють вирішити багато важливих завдань. На сьогодні накопичено достатньо спеціальних знань, різноманітних практичних методик і технік, які мають на меті вирішення надзвичайно актуального й суспільно значущого завдання – надати соціально-психологічну допомогу як військовослужбовцям в умовах бойових дій, так і військовослужбовцям, які в минулому брали участь у військових конфліктах.

Таким чином, посилення соціального супроводу військових в умовах війни і збройних конфліктів є одним із пріоритетних напрямів реформування Збройних сил України в умовах сьогодення. Окремою проблемою є застосування рівневого підходу щодо оцінки стану військовослужбовців, які постраждали в бойових діях. Це є важливим для ранньої діагностики початкових проявів різного роду проблем та психічних порушень, їх класифікації. З іншого боку, варто більш ефективно використовувати існуючі резерви соціального супроводу військовослужбовців.

Незважаючи на характер бойових дій і вплив чинників довкілля, стійкість військовослужбовців до різних психогенних травм залежить, передусім, від їх особистісних якостей. Численні дослідження свідчать, що перебування в травматичних ситуаціях з часом може призвести до специфічних змін у психіці військовослужбовця. Однак перебування в травматичних ситуаціях – це тільки одна сторона, одна з тих основних причин, які можуть призвести до посттравматичного стресового стану. Статистика свідчить, що в перші дні бойових дій психічні травми отримують 60-65% військовослужбовців, із них 20-25% не можуть виконувати свої посадові обов'язки й потребують спеціалізованої допомоги [16]. У подальшому, людина, що пережила сильну травматичну подію, проте не отримала своєчасної й необхідної соціально-психологічної допомоги,

вимушена вибирати неадаптивні стратегії для реагування на зміни в психіці. Це, у свою чергу, формує негативні наслідки захворювання або призводить до хронічної течії ПТСР. Як наслідок, це погано позначається і на психічному здоров'ї людини, і на її житті загалом.

Мета даного дослідження – теоретичне обґрунтування нагальності соціального супроводу військовослужбовців та практична розробка Програми тренінгових занять для соціально-психологічної роботи з військовослужбовцями

Завданнями дослідження є:

- 1) провести огляд літератури з тематики соціального супроводу військовослужбовців;
- 2) розкрити історичний аспект досліджуваної проблематики;
- 3) описати форми і види соціального супроводу військовослужбовців в сучасних умовах;
- 4) охарактеризувати специфіку військової служби в сучасній Україні;
- 5) розглянути проблему психічного здоров'я військових;
- 6) дослідити бойовий стрес і основні симптоми бойових психічних травм;
- 7) здійснити аналіз досвіду країн НАТО стосовно організації соціально-психологічної допомоги військовим, які беруть участь у бойових діях;
- 8) проаналізувати діяльність Київського міського кризового центру «Соціотерапія» у напрямку організації соціального супроводу військовослужбовців;
- 9) розробити комплекс тренінгових занять для соціально-психологічного супроводу військовослужбовців.

Об'єкт дослідження – соціальний супровід військовослужбовців.

Предмет дослідження – процес організації різноспрямованої соціальної допомоги військовим.

Дослідження базувалося на міждисциплінарному й системному структурно-функціональному підходах до аналізу проблеми організації соціально-психологічного супроводу військовослужбовців. Дослідження

містить аналіз сучасної наукової літератури щодо проблем соціального супроводу військовослужбовців. У дослідженні присутні: формулювання мети і завдання роботи, план дослідження, а також визначені методи дослідження, методики дослідження військовослужбовців, узагальнення отриманих даних.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що його результати певною мірою можуть бути використані в діяльності виховних структур, а також при наданні професійного соціально-психологічного супроводу військовослужбовцям із бойовими травмами й порушеннями різного характеру та ступеня тяжкості, отриманими під час бойових дій. Заходи для соціально-психологічної підтримки учасників бойових дій можуть бути використані в процесі розробки й реалізації програм реабілітації осіб, які постраждали при виконанні обов'язків на військовій службі.

Теоретична база й емпіричні матеріали дослідження можуть застосовуватися в навчальному процесі при підготовці фахівців з соціальної роботи та консультування, а також психологів для Збройних Сил України, фахівців із соціального супроводу, яких готують у вищих навчальних закладах України.

Структура роботи: робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, бібліографічного списку.

РОЗДІЛ I. Теоретичні засади дослідження соціального супроводу військовослужбовців в сучасних умовах

1.1 Огляд досліджень з тематики соціально-психологічного супроводу військовослужбовців

Процес розвитку сучасного наукового пізнання супроводжується глибокими змінами, що торкаються його сутнісних і змістовних компонентів. Більш сучасними стають методологічні засади й засоби проведення наукових досліджень, з'являються нові форми їх організації та реалізації. Якісно іншим стає взаємозв'язок процесів наукових пошуків і їх результатів з іншими сферами людської життєдіяльності, елементами матеріальної й духовної культури. Вказані тенденції мають прояв у розвитку вітчизняної військової науки. Так, особливої актуальності вони набувають у галузях, які пов'язані з «людськими вимірами» військових аспектів, зокрема, у військово-психологічних дослідженнях. Зазначена сфера наукового пізнання стала однією з найбільш сприйнятливих до сучасних реалій і схильною до впливу цілої сукупності низки об'єктивних факторів. До таких маємо віднести: підвищення значущості гуманітарних пріоритетів у процесі наукового пізнання; перегляд і переусвідомлення ролі й місця військової науки та практики у глобальному світі, реорганізацію системи вітчизняної, зокрема й військової освіти, яка заснована на принципах демократизму, варіативності й індивідуалізації, що знайшло відображення в законах України.

Зазначені чинники впливають як на продуктивність, так і на якість сучасних військово-психологічних досліджень, які у свою чергу виступають фундаментальним компонентом військової психології – галузі наукового пізнання. У зв'язку з цим з'ясування методологічних основ військово-психологічних досліджень і соціально-психологічної роботи з військовими

нашої держави є невід'ємним атрибутом їх оптимальності, важливим критерієм професійної зрілості, наукової компетенції й світогляду військового психолога.

Насамперед, досвід участі частин і підрозділів Збройних сил України в бойових діях засвідчив нагальну необхідність розробки реальних і науково обґрунтованих, а не суто кон'юнктурних аспектів соціально-психологічного забезпечення навчальної й бойової діяльності військ. Сучасний характер бойових дій за участю військовослужбовців нашої держави й зміст діяльності щодо їх психологічної підтримки є принципово відмінними від того, що було в минулому. У зв'язку з цим, нагально важливим питанням, яке потребує вирішення, є розробка методологічних основ військово-психологічних досліджень.

При цьому комплекс психологічних проблем пов'язаний із реформуванням Збройних Сил України. У процесі вдосконалення структури забезпечення як навчальної, так і бойової діяльності військ важлива роль відводиться військово-психологічним дослідженням. Вони доповнюють військові реформи психологічним контекстом. У зв'язку з цим розробка методологічних засад військово-психологічних досліджень дає можливість реалізувати позитивні й блокувати негативні тенденції у вивченні різного роду психологічних компонентів тривалих радикальних перетворень на стратегічному, оперативному й тактичному рівнях управління частинами й підрозділами.

Водночас зміна існуючої системи ідеологічних стереотипів і ціннісних основ наукових досліджень всіх рівнів по-новому конституують проблему змісту й методологічних основ військово-психологічних досліджень. У цьому контексті військові психологи повинні впроваджувати гуманістично орієнтовані підходи у роботі з військовослужбовцями, оптимізувати методи дослідження та здійснювати пошук нових, а також співвідносити їх із сучасними науковими парадигмами.

Окрім того, результати розвитку психологічних досліджень у військовій сфері свідчать про те, що психологія військових та її пізнавальні засоби мають право на власну методологію, яку потрібно розробляти не тільки на сторінках

наукових видань, а також і в межах науково-дослідницької діяльності військових психологів. Сучасна психологія військових через низку об'єктивних причин (потреба в психологічному забезпеченні різних видів військ, запити військово-психологічних знань, їх прикладна орієнтація, покладання на історичні традиції й емпіричну основу) має і цілком спроможна претендувати на роль лідера в генерації ідей і відображенні методологічних проблем гуманітарної науки у сфері збройних сил.

Зауважимо при цьому, що процес підготовки професійних військових психологів, який розгорнувся в системі військової освіти, висуває суттєво вищі вимоги до методологічного аналізу, наукової оцінки як минулих, так і сучасних військово-психологічних досліджень, а також рівня їх наукової рефлексії.

Зазначені явища й процеси виступили як об'єкти і предмети дослідження вітчизняних учених – представників військової психологічної науки. Разом із тим, наслідки зазначених передумов, тенденцій і факторів в узагальненому – цілісному вигляді - усе ще цілковито не усвідомлені. Потреба в спеціальному аналізі методологічних засад військово-психологічних досліджень, а також у відображенні процесу їх розвитку й сучасного змісту є очевидною.

За часів романтизму в становленні вітчизняної воєнної психології (з кінця XIX до середини 30-х рр. XX ст.) характерним було активне осмислення вченими (воєначальниками, військовими лікарями) можливостей застосування психологічних знань у бойовій практиці військ, формулювання основних військово-психологічних гіпотез та окреслення предметного кола військової психології. Було здійснено перші спроби ентузіастів застосувати висновки й рекомендації психологічної науки у військовій справі. На тому етапі ще не було сформованої військової психології, не було військових психологів, однак був самовідданий ентузіазм учених, їх віра в майбутнє військової психології та були чудові, евристичні наукові ідеї [13].

Так званий етап «анабіозу» військової психології (сер. 1930-х – поч. 1960-х рр.) почався з розгрому військово-психологічної науки й характеризувався

тимчасовим заморожуванням дослідницької і практичної діяльності в цій науковій сфері. У ті роки значні наукові психологічні праці не з'являлися. Військово-психологічна практика фактично пішла у «підпілля». Покликати військову психологію до життя й оживити її виявилось не до снаги навіть 2-й світовій війні. Хоча під час другої світової військово-психологічна теорія й практика розвивалися за різними напрямками – психофізіологічним, клінічним, інформаційно-психологічним і психолого-педагогічним, тим не менше масштаби вирішених психологами завдань були нікчемними на фоні масштабності подій того часу [13]. Фактично, на тому етапі відбулося повернення військово-психологічної думки в період стихійного розвитку й найбільш яскраво вона виявлялася в діяльності полководців, командирів частин і з'єднань. Багато з них показали себе визначними емпіричними психологами в процесі планування операцій, введенні противника в оману, а також при організації бойової й психологічної підготовки.

Що стосується етапу становлення військової психології як науки (поч. 1960-х – сер. 1990-х рр. минулого століття), то він характеризується низкою особливостей, головними з яких є:

- початок систематичних військово-психологічних досліджень найбільш важливих сторін життєдіяльності військ (кандидатські й докторські дисертації, комплексні науково-дослідні публікації у відкритому масовому друці; переклад низки військово-психологічних праць закордонних фахівців; поширення військово-психологічних знань у середовищі командирів, політпрацівників і військових педагогів; вихід рекомендацій щодо психологічної підготовки військовослужбовців частин Сухопутних військ; формування військово-психологічного співтовариства (зокрема, поява в армії перших вчених-психологів);
- становлення військово-психологічної практики (започаткування й розвиток системи психологічної підготовки й психологічної допомоги, а також реабілітації учасників бойових дій та ін.);

- генеза й перші спроби реалізації ідеї щодо створення єдиної психологічної служби для Збройних Сил України.

На сучасному етапі розвитку військової психології (із середини 1990-х рр. минулого століття) характерним є те, що в Україні розпочалася підготовка психологів для військових, до штатів військових частин почали вводити посади психологів, почалася розробка нормативно-правових основ психологічної роботи в ЗСУ, оголошується створення психологічної служби.

Нині розвиток військової психології та військово-психологічна наука значною мірою розширили поле своїх інтересів, відбуваються активні дослідження багатовимірних проявів психіки військовослужбовців у різних видах військової діяльності, розробляються обґрунтовані рекомендації для підвищення боєздатності військ. Серед напрямків сучасних досліджень виділяють проблеми психологічної дезадаптації військових (Р.А. Абдрахімов і Ц.Б. Абдрахімова, Ю.Г. Гриневич, О.В. Друзь, І.О. Черненко), психологічного забезпечення бойових дій у збройних конфліктах (В.М. Замана, І.В. Каськов, О.М. Кокун та ін.), психологічної адаптації військовослужбовців до різних обставин військової служби й повсякденної життєдіяльності (І.С. Попович, Є.М. Потапчук, Л.А. Кирієнко, С.В. Кушнарьов та ін.).

1.2 Історичний аспект проблематики соціально-психологічної роботи з українськими військовими

Історичні розвідки про дослідження соціально-психологічних наслідків для військових, які брали участь у війнах дають С.І. С'єдін і Р.А. Абдурахман. Однією з перших згадок про психотравму є її опис давнім греком Геродотом у його розповіді про афінського воїна Епізелоса, який осліп від переживань після Марафонської битви. У свою чергу, Лукрецій Кар першим вказав на ремінісценцію і назвав її основним елементом травматичного неврозу у воїнів.

Уперше психічний розлад, зумовлений тяжкою психічною травмою і подібний до сучасного ПТСР, був науково описаний у другій половині XVIII століття [31].

С. С'єдін та Р. Абдурахманов у своєму історичному огляді зазначають, що перші наукові спроби осмислення психологічних проблем учасників і ветеранів війни були здійснені американськими лікарями в часи Громадянської війни. Вона за своїми руйнівними можливостями й рівнем психотравматизації учасників подібна до війн XX століття [31].

Під час Російсько-японської війни (1904-1905 рр.) лікарі першими почали розглядати психічні проблеми військовослужбовців як результат бойового стресу. Ними були виявлені й описані психічні явища, що відмічалися у вояків після виходу з бою: це сновидіння про бойові епізоди, підвищена дратівливість, ослаблення волі й відчуття розбитості. Зазначається, що такого роду психічні явища можуть спостерігатися тривалий час після виходу з бою. Утому й потрясіння трактували як головні причини душевних ран у бою [9].

Перша світова війна була набагато більш психотравмуючою порівняно з попередніми війнами. Протягом тижнів тривали артилерійські канонади. Були величезні втрати живої сили: єдиний снаряд міг вбити й травмувати десятки людей. Це була позиційна війна – солдати проводили багато тижнів і місяців у брудних і сирих окопах, чекаючи на смерть, що зумовлювало виснаження нервової системи [27]. Під час цієї війни набуло розвитку психологічне тлумачення істерії, яке ґрунтувалось на ідеї психічної травми – її запровадили П. Жане, Й. Брейєр і З. Фрейд, спираючись на психогенне вчення Ж. Шарка та ідеогенне трактування Р. Мебіуса та П. Дюбуа [27].

Так, приміром, П. Жане вважав, що у відповідь на непереборні стресові події у житті виникають надзвичайно інтенсивні емоційні реакції, що порушують адаптивні здібності особистості й функції мозку, що синтезують. При цьому, травматичні спогади дисоціюються й зберігаються в зміненому стані окремо від звичайних, щоденних свідомих переживань.

Зазвичай дисоційовані травматичні спогади емоційно перевантажені й продовжують руйнувати життєву функціональність людини. Психолог П. Жане аналізував психічні розлади під назвою «снарядний шок», які виникають під час бойових дій на війні в солдатів. Він вперше запропонував схему допомоги військовослужбовцям у стресових ситуаціях. До того часу запропонована допомога лише погіршувала психологічний стан солдатів, які зазнали травми [35].

З. Фрейд, аналізуючи природу «травматичних неврозів» як основну причину захворювань, виділяв «момент несподіванки й страху». Його ідеї стосовно двох форм прояву реакції на психотравмуючу подію (витіснення та фіксація на травмі) знайшли своє відображення в сучасній концепції відстрочених реакцій на психотравмуючий стрес [18].

Важливими у цьому контексті є дослідження науковця А. Кардінера, який вивчав відстрочені психічні реакції у військових ветеранів Першої світової війни в контексті адаптації. При цьому під адаптацією зазначений учений розумів серію маневрів відповідно до змін навколишнього оточення або зміни всередині організму, що підпорядковують його активність у контексті мети збереження свого існування й своєї цілісності чи уникнення ушкоджень, а також і збереження контрольованого контакту з зовнішнім світом. У свою чергу, А. Кардінер виділив у ветеранів найбільш характерні відстрочені психічні реакції на психотравмуючі події війни. Зокрема, вчений виокремив такі обставини психотравмуючої події, як: 1) фіксація на травмі; 2) типові сни; 3) зниження загального рівня психічної діяльності, дратівливість; 4) схильність до вибухових агресивних реакцій; 5) втрата пам'яті (амнезія). Загалом, А. Кардінер реалізував одне з перших систематизованих досліджень такого явища, якому дав назву «хронічний військовий невроз». Уперше він представив комплексний опис симптоматики:

- збудливість і дратівливість;
- нестримний тип реагування на раптові подразники;
- фіксація на обставинах травмуючої події;

- ухилення від реальності;
- схильність до некерованих агресивних реакцій [38].

Визначний дослідницький матеріал щодо питань психотравмуючого стресу науковці отримали під час Другої світової війни в ході бойових дій і в процесі спостереження за особами, що перенесли ув'язнення в концентраційних таборах і полоні. Зокрема, Р. Грінкер і Дж. Шпігель у своїй монографії використали такі терміни, як «стрес від боїв», «гостра бойова реакція», «втома від боїв». Науковці окреслили симптоми, від яких страждали солдати, що повернулися з полону: висока стомлюваність, погіршення пам'яті, депресія, розлади концентрації уваги, агресія, нічні кошмари, фобії й підозрілість, підвищена активність симпатичної системи [19].

У працях українських авторів, які присвячені психічним наслідкам Другої світової війни, увага насамперед приділяється наслідкам бойових травм, різного ступеня поранень (насамперед головного мозку), фізичному й психологічному виснаженню, інфекційним захворюванням і іншим шкідливим впливам на нервову систему військових [31].

В процесі розвитку науки було сформовано низку підходів щодо розуміння феномена психічної травми. Приміром, Ю.Г. Даник розглянув психічну травму як подразник, дія якого визначається інформаційним значенням, а не фізичними його параметрами [24]. О.В. Друзь розглядав природу психічної травми в контексті концепції психологічного захисту. За визначенням зазначеного науковця психічна травма є порушенням психологічного захисту людини, яке зумовлює порушення колишньої системи значних переживань [30]. І.І. Кутько запропонував класифікацію психічних травм із точки зору на їхню інтенсивність і виділив психічні травми потужні, ситуаційні, пролонговані [35]. О.І. Черненко класифікувала психотравмуючі ситуації за ступенем збільшення симптомів патологічного горя в ситуації розвитку синдрому посттравматичних стресових порушень [23].

Специфіка психічної травми й рівень стресогенності психотравмуючої ситуації мають залежність від сили психотравмуючого впливу, зокрема зумовленого ослабленням активності, що спричиняє психогенні розлади [24].

Досвід бойових дій свідчить, що війська зазнають як неминучих фізичних, так і відчутних психологічних втрат. Це, насамперед ті, які пов'язані з отриманням воїнами бойових психічних травм, які призводять до розладів психічної діяльності, повної чи часткової втрати боєздатності [34].

О. Хвисяк зазначає, що формування БПТ зачіпає глибинні емоційно-афективні «шари» психіки, онтогенетично пізніші, а саме більш ранимі когнітивно-ідеаторні рівні, систему мотивацій, світоглядні установки, тобто власне структуру особистості та її адаптаційний потенціал. Це супроводжується підвищенням у військового особистісної тривожності, напруженості й конфліктності, значним порушенням адекватності самооцінки і зниженням стійкості до психогенних і інших зовнішніх впливів. Науковець зазначає, що основним фактором, який призводить до БПТ, виступає небезпека, яка загрожує життю й здоров'ю. Дослідження катамнезу комбатантів, які перенесли реактивні стани в умовах бойової обстановки свідчить, що через 4–5 років після повернення з військових із війни майже в половині випадків (46,5 %) прослідковувалася виражена соціально-психологічна дезадаптація з симптоматикою посттравматичного стресового розладу виражена дратівливістю, емоційною відчуженістю, ангедонією, нав'язливими переживаннями, безсонням, кошмарними сновидіннями, імпульсивністю, ворожістю. За результатами дослідження ймовірність розвитку хронічних наслідків бойової психічної травми залежить безпосередньо від важкості перенесеного стресорного впливу й тривалості перебування в стресогенних умовах [21].

Важливу роль у формуванні концепції ПТСР відіграло вивчення психологічних і психіатричних показників учасників військових конфліктів і локальних воєн. Під «локальною війною» як правило розуміють обмежений політичними цілями й просторовим розмахом військовий конфлікт між двома чи

декількома державами, який переважно стосується їх територіальних, економічних, політичних і інших інтересів. Історія свідчить, що коаліції держав, держави й соціальні групи при досягненні різних політичних цілей використовують засоби військового насильства. У свою чергу, військові конфлікти можуть бути міждержавними і внутрішніми. Залежно від обставин і різних факторів вони також поділяються на війни і збройні конфлікти [38].

До наслідків постійно зростаючої складності сучасних збройних конфліктів відносять постійне ускладнення права війни та зростаючу залученість цивільного населення до таких конфліктів [34].

Шлях формування концепцій ПТСР поданий у дослідженні І.І. Приходька. Він зазначає, що на основі спостережень, які велися під час ведення бойових дій у Кореї Сполученими Штатами Америки, в рамках DSM–I було виокремлено групу «великих стресових реакцій», а в рамках DSM–II – групу «минучих ситуаційних порушень», які діагностувалися в структурі невротичних розладів [23].

У середині 1970-х рр. у США було визначено проблему дезадаптивної поведінки в'єтнамських ветеранів. Найбільш частими розладами у них виявилися нав'язливі спогади, що повторювалися, часто набували форми яскравих уявлень, супроводжувалися страхом і пригніченням, а також наростаючим станом відчуження й байдужості з втратою раніше притаманних інтересів. Уперше узагальнююче дослідження проблеми психологічної адаптації ветеранів в'єтнамської війни було проведене П. Бурном. У подальшому стресові розлади у в'єтнамських ветеранів аналізував С.Р. Figley [29].

Наприкінці 1970-х років з'явилася нагальна необхідність створення уніфікованого клініко-діагностичного підходу до тих психічних розладів, які: 1) виявляли спільні риси в людей, які постраждали у різноманітних катастрофах; 2) не відповідали загальноприйнятим (на той час) у нозологічній симптоматиці діагностичним критеріям; 3) у низці країн (переважно в США) стали набувати характеру як медико-психологічної, так і соціальної проблеми [27].

Важливим концептуальним кроком, який узагальнив розмаїття клініко-психологічних аспектів реагування на різного роду катастрофи, стало виокремлення особливої діагностичної групи в DSM-III – так звані посттравматичні стресові розлади, головні критерії якої були розроблені ученим М. Горовицем із співавторами. Відтоді ПТСР розглядається в якості самостійної клінічної форми, хоча в подальшому дослідження виявили низку суперечливих і дискусійних моментів [8].

У контексті перегляда стресора, що може викликати ПТСР, у 1987 р. за DSM-III-R був розроблений критерій стресора, за яким особистість пережила подію, що виходить за рамки звичайного досвіду й що тягне за собою сильне потрясіння у будь-якої людини. Критерієм стресора, що сформульований у DSM-IV, точно визначено, що особистість або пережила, або була свідком, або зіткнулася з подією чи подіями, ставшими причиною дійсної смерті. Для дорослих людей травматичними подіями, що можуть призвести до ПТСР, є військові дії, жорстокий напад, викрадення, взяття в заручники, тортури, ув'язнення в якості військовополоненого або перебування в концентраційному таборі, природні чи спричинені людиною катастрофи, важкі дорожньо-транспортні події (і цим перелік не обмежується). Діагноз ПТСР потребує визначення того, що особа опинилася в одній із вищезгаданих обставин [38].

У пострадянських державах посттравматичні стресові розлади потрапили до поля зору науковців після війни в Афганістані. У подальшому низка трагічних подій (як то чорнобильська катастрофа, землетрус у Вірменії, військові дії Чечні, великі аварії на транспорті, теракти тощо) активували розвиток сфери досліджень проблем психологічної травми й посттравматичного стресу.

У 1990-х роках 20-го століття кількість досліджень із зазначеної проблематики різко зростає й розділилася на два великі та незалежні напрямки – медико-психіатричний і психологічний. Медико-психіатричний напрямок охоплює дослідження медико-біологічних складових ПТСР і фізико-фармакологічних методів корекції, відновлення й реабілітації, психогенний

ПТСР. Психологічний напрямок включає дослідження різних аспектів наслідків перебування в екстремальних умовах, непорозуміння й проблеми в міжособистісному спілкуванні та соціально-психологічні проблеми у «афганців» [17]. Із кінця 1990-х років з'явилися дослідження, в яких наголошується на механізмах адаптації в різних екстремальних умовах. Для початку 2000-х років характерним є адаптація західних діагностичних методик для досліджень психологічних особливостей людини в екстремальних умовах [32]. Якщо до цього в усіх експериментальних і теоретичних дослідженнях основний акцент робився насамперед на негативні наслідки ПТСР, а під основним завданням соціально-психологічної допомоги розуміли їх усунення, то в даний час з'явилися наукові роботи, у яких наголошується на можливостях посттравматичного зростання й розвитку особистості потерпілого.

1.3 Форми і види соціально-психологічної роботи з українськими військовими в сучасних умовах

У сучасних умовах соціально-психологічна робота з українськими військовими передбачає психологічну підтримку й психологічну реабілітацію, що відрізняються суб'єктами, об'єктами і змістом проведених заходів. Насамперед, психологічна підтримка спрямована на актуалізацію існуючих і створення додаткових психологічних ресурсів, які забезпечують активні дії військових на полі бою [27]. У плані профілактичного вона (для запобігання розвитку негативних психологічних явищ) необхідна всім військовослужбовцям, а в якості засіб психологічної корекції має застосування по відношенню до осіб із симптомами непатологічних і патологічних психогенних реакцій. До спеціалізованих способів і засобів соціально-психологічної підтримки відносять: медикаментозні (фармакологічні) та аутогенні [27]. Засоби психологічної підтримки військових і, зокрема фармакологічні засоби та засоби природотерапії, полягають у посиленні й корекції психологічного ресурсу УБД

(учасника бойових дій) шляхом застосування лікарських препаратів, вітамінів, а також лікувальних трав і інших препаратів, які мають психотропний ефект.

Досвід бойових дій в Афганістані, В'єтнамі, в зоні Перської затоки, у Чечні й інших регіонах світу засвідчив, що фармакологічні засоби можливо використовувати з метою: підвищення активності особового складу в умовах гострої небезпеки і хронічної втоми (як психостимулятори); зняття надмірної психічної напруженості (як релаксатори); прискорення процесу адаптації військовий до екстремальних умов життєдіяльності та підвищення показників працездатності певних психічних функцій тощо [28].

На сьогоднішній день найбільш відомими є аутогенні способи психологічної підтримки (самопоміч), як доступний і дуже ефективний засіб регуляції психічної діяльності. Ними є найпростіші прийоми саморегуляції (заспокійливе й мобілізуюче дихання; розслаблення м'язів за контрастом; найпростіші формули самопереконавання й самонавіювання, самонаказу й самопідкріплення), а також складні психорегуляційні комплекси (як то аутогенне тренування й самогіпноз) [26].

Психологічна реабілітація виступає як комплекс психофізіологічних, психотерапевтичних, організаційних і медичних заходів. Залежно від глибини психічних розладів військових, вона може здійснюватися і в бойовій обстановці, і в стаціонарних медичних установах [37]. До основних завдань психологічної реабілітації відносять: виявлення й діагностику психічних розладів у військовослужбовців; евакуацію військовослужбовців, які зазнали психотравматизації, з поля бою; дії щодо відновлення порушених (втрачених) психічних функцій; корекція самосвідомості, самооцінки й самопочуття військовослужбовців, які отримали психічні розлади, фізичні каліцтва тощо [40].

Широке застосування в практиці соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців як української, так і багатьох зарубіжних армій знайшли такі способи: фізіологічний (глибокий сон, відпочинок, якісна їжа, душ, польова лазня); аутогенний, що передбачає виконання прийомів психічної саморегуляції,

а також аутотренінг і медитацію; медикаментозний (передбачає прийом седативних препаратів, транквілізаторів, антидепресантів, ноотропів, актопротекторів, психостимуляторів, фітотерапію, вітамінотерапію тощо); організаційний (передбачає встановлення чіткого режиму роботи й відпочинку, залучення військовослужбовців до високоактивного бойового навчання); психотерапевтичний (індивідуальна й групова раціональна психотерапія, музико-, бібліо-, арт- і натуротерапія); природотерапія.

Таким чином, психологічний супровід військових у процесі бойових дій є процесом безперервного моніторингу (що включає відстеження, виявлення, аналіз і оцінку) психологічних умов виконання бойових завдань, психологічної підтримки військовослужбовців і проведення психологічної реабілітації з особами, що зазнали травмуючого впливу різного роду психогенних факторів бою. При цьому, діяльність військовослужбовців у бойовій обстановці визначається постійним впливом на них стресуючих факторів підвищеної інтенсивності. У певний момент вони призводять до виникнення в психіці людини змін, які знижують ефективність її діяльності у бойовій обстановці, а також у подальшому в мирних умовах.

Тиск чинників, які викликають стрес, під час бою завжди негативно впливає на бойові дії. Військовослужбовці зустрічаються з впливом багатьох, але не завжди завчасно передбачених стресогенних факторів. Фактично в бойових умовах зовнішньої енергії «завжди» є більше, ніж внутрішньої, захисної енергії. У той же час відбувається прорив психологічного бар'єру й зайва енергія, за З. Фрейдом, проникає до психологічної системи людини. Таким чином вона впливає на несвідому сферу людини. Ситуацій таких може бути безліч. Надмірна енергія, яка надходить, переповнює психічну систему людини й викликає механізми її нейтралізації й це не завжди здійснюється благополучно. Окрім того, відреагування цієї енергії може переноситися на об'єкти, що заміщають початкові об'єкти – стресори [38].

Дослідження свідчать, що часто вихід зайвої енергії виявляється у формі невмотивованої агресії по відношенню до випадкових людей, у тому числі, щодо рідних і близьких. Може впливати вона й на стан самого військовослужбовця: через порушення сну, зниження настрою і життєвого тону, занурення в себе, зловживання алкоголем і наркотиками та ін. Звідси випливає одне з завдань командира – створити військовослужбовцям належні умови для виходу зайвої енергії з психічної системи людини назовні, а також зробити цей процес керованим і контрольованим. Психологічний механізм такого процесу полягає в наступному. За підтримки командира й військового психолога військовослужбовець починає згадувати те, що відбувалося з ним на полі бою. Як правило, він згадує найбільш яскраві та емоційно забарвлені події і, відповідно, це призводить до повторного переживання страху, що нагадує той, який відчував у бою. Переживання емоцій, які виникають, зумовлює вихід зайвої, внутрішньої енергії людини. У разі, якщо описаний процес повторити певну кількість разів, то психічна система воїна поступово наблизиться до рівноваги. У літературі ця концепція отримала назву катарсичної.

З іншого боку, комплекс заходів, який організовується командирами для відновлення психічних і фізичних ресурсів особового складу має назву психологічної реабілітації. Але, беручи до уваги досвід сучасних бойових дій, більш доцільно говорити про психологічне забезпечення періоду відновлення військових, який включає [34]:

- інформування особового складу щодо можливих негативних психологічних наслідків бою і шляхи їх подолання;
- діагностику психічного стану у військовослужбовців, які становлять групу ризику (виконували складні й стресогенні завдання; переживали у минулому психологічні проблеми; мають складне становище в сім'ї; вперше брали участь у бойових діях; припустилися в ході завдань серйозні помилки; жінки-військовослужбовці тощо);

- психологічне консультування військовослужбовців із питань психологічних труднощів відновлювального періоду;
- психологічну й соціально-психологічну підтримку військовослужбовців, які стикаються з труднощами відновлювального періоду;
- використання спеціалізованих психологічних різного роду методів, які спрямовані на прискорення відновлювальних процесів у військовослужбовців (це й психофізичний тренінг, і гетеротренінг саморегуляції, і групи інтенсивного спілкування тощо);

У разі виникнення у військовослужбовця відхилень від програмного нормального процесу відновлення з ним проводять психокорекційну роботу, а у випадку появи стійких психологічних труднощів йому надають психотерапевтичну допомогу. Як і перелічені вище, ці дві форми соціально-психологічної допомоги теж можуть реалізовуватися в умовах військової частини психологом у співпраці з медичним персоналом військової частини. При цьому суб'єктом відновлювального процесу є сам військовослужбовець [16].

На противагу від згаданих вище форм соціально-психологічної допомоги, реабілітація психологічна здійснюється, коли відновлювальний процес із яких-небудь причин блокується чи можливий тільки за участю фахівців. Психологічна реабілітація є процесом системного психологічного впливу, який спрямовується на відновлення стану психічного здоров'я військовослужбовців, за якого вони можуть ефективно вирішувати службові й бойові завдання. Окрім того, психологічна реабілітація стає необхідною складовою медико-психологічної реабілітації й проводиться з військовослужбовцями, що перебувають на лікуванні у зв'язку з пораненнями й контузіями, травмами й опіками, опроміненням і психічними розладами. В окремих випадках медико-психологічна реабілітація може доповнюватися професійною й соціальною реабілітацією [35].

Окремого значення психологічна реабілітація набуває після закінчення бойових дій. У зв'язку з цим потрібно враховувати такі фактори:

1) ступінь активності участі військової частини / підрозділу / конкретного військовослужбовця у бойових діях. Що довше й активніше військовослужбовці були задіяні в зоні бойових дій, тим більш оперативною, масштабною й повноцінною має бути психологічна допомога. При цьому, ступінь бойової активності умовно визначається за кількістю й характером бойових операцій, учасниками яких були військовослужбовці, за рівнем їхньої бойової напруженості й значущості для вирішення більш масштабних бойових завдань;

2) кількість бойових втрат у частині / підрозділі й їх причини, а також характер і причини поранень, контузій, опіків, травм, доз опромінення та інших форм фізичної шкоди здоров'ю конкретного військовослужбовця чи групи військовослужбовців. У ході надання психологічної допомоги певному військовослужбовцю у відновлювальний період враховують:

- характер ситуації, в якій було завдано шкоди здоров'ю;
- ступінь впливу на військовослужбовця випадків загибелі (особливо масової) його побратимів по службі (передусім близьких друзів);
- характер ставлення військовослужбовця до вищезгаданих подій;
- особливості ставлення до вказаних подій командування різних рівнів;
- нагороди й відзнаки, пов'язані в тій або іншій мірі зі згаданими подіями;
- характер відображення згаданих подій у думках товаришів по службі та в засобах масової інформації;

3) час виходу частини / підрозділу / військовослужбовця з зони бойових дій. Що раніше й повніше психологічна допомога буде надана учасникам бойових дій, тим меншою є ймовірність виникнення психологічних проблем, спричинених бойовим стресом, у майбутньому;

4) особливості соціально-психологічного клімату й міжособистісних відносин у військовій частині чи підрозділі, характер відносин конкретного військовослужбовця із людьми, що його оточують. Для підвищення ефективності надання психологічної допомоги військовослужбовцям варто звертати увагу на їх психічні стани, які фіксувалися в минулому (в тому числі, в

бойовій обстановці), конфлікти й ускладнення у взаємовідносинах із товаришами по службі, командирами й близькими людьми, що мали місце;

5) особливості й умови діяльності військової частини / підрозділу / військовослужбовця після виходу з бойових дій. Організована й продумана діяльність військовослужбовців після того, як вони повернулися з бойової обстановки в нормальні для психічного здоров'я умови позитивно впливатиме на підвищення результативності психологічної допомоги. Вагоме значення набуває прогнозування командирами психологічного ефекту від прийнятих ними рішень стосовно організації діяльності особового складу після того, як частину / підрозділ вивели з зони бойових дій.

Разом із перерахованими факторами на хід надання психологічної допомоги впливають і переживання військовослужбовця, що пов'язані з такими подіями його бойового досвіду, як:

- фізичне знищення (особливо вперше) солдатів супротивника;
- загибель товаришів по службі й мирного населення, моральну відповідальність за яку військовослужбовець приписує собі;
- ведення (особливо тривале) бойових дій в оточенні противника, перебування в полоні;
- вчинення протиправних, на думку військовослужбовця, дій або пасивна співучасть у них [35].

Таким чином, розглянуті форми, методи й засоби соціально-психологічної допомоги в поєднанні з природотерапією формують той арсенал, який можуть ефективно використовувати фахівцями й командирами військових частин і підрозділів з метою швидкого відновлення боєздатності військовослужбовців. За умови вмілого й комплексного їх застосування цілком можливе суттєве зниження рівня психотравмування військовослужбовців.

РОЗДІЛ II. Аналітичний вимір особливостей соціально-психологічної роботи з українськими військовими

2.1 Специфіка військової служби в Україні в сучасних умовах

Психічна діяльність військовослужбовця в бойових умовах зазнає безлічі різноманітних впливів. Частина з них сприяє мобілізації й концентрації фізичних і духовних можливостей людини, а також підвищенню бойової активності, сміливості, самовідданості. Деякі, навпаки, можуть дезорганізувати бойову діяльність воїна, блокувати доступ до наявних резервів організму, розхитати роботу нервової системи й психіки. У бойовій обстановці у функціонуванні психіки військовослужбовців має прояв низка закономірностей. Виявити їх – це навчитися передбачати ті фізичні, моральні й психологічні випробування, які військовослужбовці повинні подолати в бою, реалізувати так званий «людський фактор» і, таким чином знайти ключ до перемоги над супротивником [25].

Для того щоб повною мірою визначити комплекс впливів, які тиснуть на психіку воїнів, доцільно побудувати психологічну модель бою, що виступає уявним образом (аналогом) або своєрідною картою психічних явищ і процесів, які мають місце в реальному бою. Така модель має наступну структуру [28]:

- об'єкт конфлікту;
- сторони зі сформованим ресурсом конфліктних процесів (образами, мотивами, установками, цілями, психофізіологічними можливостями);
- групові психологічні феномени, що чинять вплив на бойові дії (психологічний клімат, думки й настрої, традиції і згуртованість тощо);
- конфліктні дії (зокрема, стратегії, форми, методи, прийоми);
- засоби ведення конфліктних дій (звичайна зброя, зброя масового ураження, зброя нескортальної дії та ін.);
- умови конфлікту (соціальні, еколого-ергономічні, бойові).

Об'єктом протистояння і бою та на війні виступає здатність і воля супротивника чинити опір. У разі помилки при оцінюванні здатності супротивника до опору, виникають прорахунки в оперативно-тактичних розрахунках і обґрунтуваннях.

Найважливішою характеристикою протиборчих сторін виступає мотивація бойових дій військовослужбовців і її види [3]:

- широкі соціальні мотиви (як то любов до Батьківщини і ненависть до ворога, почуття військового обов'язку тощо);
- колективно-групові мотиви (це товариство, взаємовиручка та страх бути підданим презирству з боку групи військовослужбовців);
- індивідуально-особистісні мотиви (прагнення відзначитись та/або отримати нагороду, випробувати свої можливості чи заробити грошей та ін.).

Досвід ведення бойових дій свідчить, що найлегше виробляються й стійко функціонують мотиви бойового товариства. Але у випадку, коли бойові дії носять затяжний характер, у вигашному становищі опиняється та сторона, якій вдається зберегти дію соціальних мотивів.

Подана психологічна модель бойових дій дає змогу виділити дві групи факторів, які впливають на бойову діяльність військ: а саме зовнішні й внутрішні [37]. У свою чергу, зовнішні чинники поділяють на соціальні, бойові й еколого-ергономічні. Соціальні чинники у бойовій обстановці чинять вирішальний вплив на воїнів, оскільки є базою для формування широких соціальних мотивів їх поведінки й міцних бойових установок. Досвід свідчить, що характер бойових дій військовослужбовців (наприклад, активний або пасивний, самовідданий або самозберігаючий) значною мірою залежить від ставлення до війни народу держави й ступеня її значущості. Це, у свою чергу визначається як розумінням і внутрішнім прийняттям цілей війни, так і представленістю національних, соціальних, економічних, релігійних інтересів у сукупності причин, що її викликали.

Ще одним важливим соціальним чинником виступає згуртованість військового підрозділу. Це є своєрідна основа підтримки високої психологічної стійкості й активності окремих військовослужбовців [19]. Широким спектром змінних, які визначають певні реакції, стан і поведінку військовослужбовців у бою є бойові чинники. Дані військово-психологічних досліджень свідчать про особливу дієвість наступних бойових факторів: вид і інтенсивність бойових дій; особливості застосовуваної зброї, обсяг і співвідношення втрат сторін та ін. [15].

Вагомим чинником поведінки воїна в бою виступає інтенсивність бойових дій. Доведено, що високоінтенсивні бойові дії спричиняють швидке наростання перевтоми військовослужбовців і загальне зростання психотравматизації приблизно в 1,2 рази, якщо порівнювати з низькоінтенсивними діями [12].

Еколого-ергономічні чинники свідчать про специфіку впливу обставин і режиму бойової діяльності (частота зіткнень із противником, тривалість, режим, ступінь ізолюваності від головних сил тощо) на психологічний стан протиборчих сторін. Зазначені чинники спричиняють ступінь активності психіки військовослужбовця при виконанні бойових завдань. Ступінь ізолюваності діючих на полі бою з'єднань і частин від основних сил демонструє, що бойові можливості ізолюваного підрозділу знижуються на половину впродовж 48 годин через страх, який посилюється [14].

До внутрішніх факторів, які впливають на бойову діяльність військ, відносять психофізіологічні й психологічні. У сукупності психофізіологічних факторів, які визначають характер поведінки військовослужбовців, чільне місце посідають властивості нервової системи.

Проведені спостереження за діями воїнів у бойовій обстановці й інших екстремальних ситуаціях свідчать, що їх поведінка залежить значною мірою від типу темпераменту. Так, у складних умовах бою сангвініки приймають рішення швидко й діють сміливо. У випадку невдачі вони втрачають рішучість тільки на короткий період і швидко приходять у норму. Навпаки холерики виявляють сміливість і рішучість у більшості в стані емоційного підйому. Якщо вони

перебувають у стані занепаду сил, то можуть піддаватися несвідомому страху. Натомість флегматики діють активно й сміливо у разі, коли до виконання бойового завдання вони ретельно підготовлені. Для флегматиків характерною є стабільність емоційних переживань, завзятість і витримка. Меланхоліки спроможні виявляти рішучість і активність упродовж короткого часу й при подоланні незначних труднощів [35]. Основними психологічними чинниками поведінки воїна в бою є спрямованість особистості, особливості характеру, волі, емоцій і здібностей.

Соціальні, бойові, психофізіологічні й психологічні чинники поведінки воїнів у бою мають прояв у різний час, із різною силою та в різних комбінаціях. Небезпечна для життя обстановка по-різному сприймається воїнами, залежно від того, як вони розуміють мету війни, ставлення до супротивника, товаришів по службі й командирів, наявності в них бойового досвіду.

2.2 Проблема психічного здоров'я військових

В усіх вітчизняних і зарубіжних джерелах інформації акцентується увага на тому, що війна формує особливий тип особистості й психології, який можна визначити як психологію комбатанта. У міжнародному праві комбатантами називають тих осіб, які перебувають у складі збройних сил і ведуть упродовж війни бойові дії проти ворога [35]. За ними визнається право застосовувати військову силу. Комбатанти й самі можуть зазнати по відношенню до себе застосування вищої міри насильства в ході бойових дій, тобто фізичного знищення. Опинившись під владою противника, комбатанти мають право вимагати, щоб із ними поводитися як із військовополоненими. Категорії осіб, які належать до комбатантів, а також їх права й обов'язки визначені Гаагськими конвенціями 1899 і 1907 рр. (Конвенція про закони й звичаї сухопутної війни), Женевською Конвенцією про захист жертв війни 1949 р. і Додатковими протоколами до неї 1977 р. [33].

Стресори війни діють постійно й безперервно, вони поступово чинять вплив на характер реакції бійця на події в навколишньому світі, вони спричиняють нові реакції й створюють низку умовних рефлексів. Психоемоційний стрес, який набувається на війні відноситься до екстремальних за силою й дією стресорів, щодо яких генералізований адаптаційний синдром, представлений сукупністю стереотипних і філогенетично сформованих реакцій організму позбувається свого універсального пристосувального значення [33].

Перебування в умовах війни і пролонгований вплив травмуючих стресорів, які виходять за рамки звичайного людського досвіду, виступають причинними факторами дезадаптаційних розладів у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях після повернення їх у мирне життя, які термінологічно позначають як «військовий невроз» або «посттравматичні стресові розлади» (ПТСР, англійською – PTSD – posttraumatic stress disease) [26].

Відомо, що універсальною формою активності людини в різноманітних ситуаціях, зокрема й екстремальних, виступає стрес. Термін «стрес» (або «напруга») запозичено з фізики твердого тіла і характеризує він напругу, що виникає в тілах такого роду при застосуванні до них сили. Канадський вчений Ганс Сельє вперше використав цей термін у медичній науці для опису загальної неспецифічної адаптаційної реакції організму: під дією різних за якістю, проте сильних і неадекватних подразників стандартно в організмі розвивається той самий комплекс змін, які характеризують цю реакцію під назвою загальний адаптаційний синдром [42].

За своєю біологічною природою стрес є адаптивною реакцією, що виникає під впливом надзвичайних, нетипових або екстремальних впливів на організм людини і сприяє пристосуванню організму до нових умов. У свою чергу, стресова реакція є варіантом адаптації до екстремальної ситуації, що відбувається з допомогою мобілізації компенсаторних механізмів [35].

Під час стресу виникає стан, за якого забезпечуються лише найважливіші для організму людини функції. В умовах конкретної екстремальної ситуації це

єдина можливість вижити. Однак при впливі екстремальних факторів адаптаційні реакції, які виникають, завжди є надмірними, тому стрес-реакція супроводжується як пристосувальними, так і патологічними змінами. Нервова й ендокринна системи – основні регулюючі системи людського організму, тому зміна їх функції через стрес супроводжується змінами з боку низки інших органів і систем організму. Окрім біологічної складової (вегетативна і біохімічні компоненти) важливою складовою стресової реакції виступає психосоціальна [14].

У зоні ведення бойових дій комбатанти постійно знаходяться під впливом стресу. Тривала напруга біологічних, фізичних і психологічних функцій закономірно спричиняє виснаження захисних сил організму й травмування психіки. Нормальним психофізіологічним станом військовослужбовців у бойовій ситуації, що супроводжується стресом і характеризується напругою функціональних систем організму, виступають адаптивні реакції. Це своєрідні реакції стресу, що виявляються на рівні симптомів у вигляді порушень сну, стомлюваності, запальності, легких вегетативних розладів, дратівливості, епізодичного вживання алкоголю й інших психоактивних речовин, однак у цілому не позбавляють військовослужбовців здатності виконувати бойові завдання [18].

Дослідження психічних порушень комбатантів у різних екстремальних ситуаціях (як то збройні конфлікти, війни, катастрофи тощо) є необхідним, виходячи з загальновизнаного положення про їх виражений психотравмуючий вплив, який зумовлює можливий розвиток психічної і психосоматичної патології [12]. Психологічні зміни в комбатантів можуть проявлятися як окремі розрізнені симптоми, як більш-менш взаємопов'язані прояви і як синдром посттравматичного стресового розладу [30]. Психіка людей, адаптована до потреб бою, виявляється непристосованою до мирного життя, до стандартних цінностей суспільства, до того як мирні громадяни оцінюють пережиті ветераном військові події та ін. і це призводить до розвитку асоціальних форм поведінки.

Виокремлюють позитивний, нейтральний і негативний вектори впливу на учасників бойових дій психологічних факторів війни [32]. Позитивний вектор впливу війни на учасників бойових дій сприяє набуттю бойового досвіду, унікального досвіду життєдіяльності в екстремальних умовах і житейської мудрості. Це зумовлюється тим, що психіка комбатанта радикально перебудовується, «воєнізується». Такого роду трансформації відбуваються на рівні психофізіологічному, психологічному, соціально-психологічному й доходять до нормальних рівнів. Відкрита й проста поведінка призводить до детренованості механізмів психологічного захисту через їхню бездіяльність. Науковці зазначають: «повернути «психологічно оголену» людину в умови мирного життя без попередньої спеціальної підготовки – означає створити умови для її соціальної дезадаптації і навіть для розвитку психологічних розладів» [32].

Нейтральний вектор впливу війни пов'язаний із формуванням у комбатантів специфічних потреб (наприклад, бути зрозумілим суспільством, прийнятим у систему соціальних зв'язків і відносин із статусом людини-воїна, бути визнаним як людина, що чесно виконала громадянський і військовий обов'язок; потреба в порятунку від гострої психічної напруженості, що накопичилася на війні).

Негативний вектор впливу війни має прояв у процесі перманентної психотравматизації військовослужбовців. Людина є вразливою перед психотравмуючими факторами бою.

На думку науковців, усі три представлені вектори впливу війни на людину зумовлюють радикальну перебудову її психіки. Набуті на війні адаптивні реакції стають дезадаптивними поза зони бойових дій. Особливо важливо, що повернення непідготовленої людини з закріпленими в психіці слідами війни до мирних умов життєдіяльності може спричинити повторну психотравматизацію. «Психічна травма, що викликана непідготовленим зіткненням із незрозумілим і чужим мирним суспільством може виявитися сильнішою, порівняно з бойовою психічною травмою» [32].

Дослідження вітчизняних і зарубіжних психологів свідчать, що фізичне переміщення солдата з війни в мирну обстановку далеко не завжди значить його інтелектуальне, емоційне й «відчутне» повернення в обстановку, що до участі у бойових діях була для нього звичною [41]. Непідготовлене зіткнення учасників військових конфліктів із реаліями мирного життя, як вважає багато фахівців, загрожує посиленням їх психотравматизації й маніфестаціями посттравматичних стресових розладів [13].

У численних дослідженнях констатується, що на посттравматичні стресові розлади припадає від 10 до 50% усіх медичних наслідків бойових подій. Донині ними страждають 29-45% ветеранів Другої світової війни і 25-30% американських ветеранів В'єтнамської війни. У сукупності осіб, які отримали поранення, ПТСР сягають 42%. За статистикою 18,6% учасників бойових дій в Афганістані відчувають на собі дію цього синдрому. У тому числі хронічно хворими є 41,7 %, а інвалідами 56,2 % [29]. Перенесений психологічний стрес на війні формує в подальшому важкі психологічні й психосоматичні розлади. Процеси психосоматичної й соціальної дезадаптації в умовах мирного життя зустрічаються практично в кожного учасника сучасних бойових дій [29].

Бойова обстановка виступає каталізатором значної кількості психопатологічних реакцій, які спричинені тим, що «прикордонні ситуації» часто пред'являють до психіки людини непомірні вимоги. У зв'язку з цим психологи А. Караяні та Ю. Караяні зазначають, що факт фізичного повернення комбатанта в мирне життя не збігається з психологічною адаптацією його в систему соціальних зв'язків і відносин мирного часу.

В контексті дослідження розглянуто фактори службово-бойової діяльності, що зумовлюють бойову психотравматизацію військовослужбовців.

1. Природно-географічні умови. Приміром, у ході військових дій чеченські бойовики активно користувалися перевагами зеленої зони — зокрема, піднімалися на пагорби, вкриті густим лісом, і вели прицільний вогонь як живою силою, так і технікою. Зелені зони дозволяли бойовикам потай виходити з-під

ударів, маневрувати й раптово атакувати. Наявність зелених зон виступала як значний чинник травмування психіки військовослужбовців, адже зберігалася постійна загроза раптового нападу супротивника і не було можливості адекватного контролю над прилеглою територією. Ідеальні для оборони гірські умови призводили до того, що бойові дії в горах були пов'язані з великими втратами. Пересування ущелинами супроводжувалося постійною загрозою нападу бойовиків. З одного боку, гірські перевали, серпантини, глибокі урвища й вузькі дороги вимагали спеціальних навичок пересування ними, а з іншого боку вони були джерелами психофізичного й психоемоційного напруження. Ведення бойових дій у такій складній місцевості не давало змоги використовувати тактичні прийоми бою в повному обсязі й призводило до значних втрат.

2. Погодно-кліматичні умови. Несприятливі погодні умови (наприклад, затяжні дощі, тумани й обмеження видимості) не дають змоги використовувати авіацію в повному обсязі, що знижує якість бойових дій. До того ж, тумани й раннє настання темного часу доби посилюють фактор раптовості при нападі противника, вимагають додаткової психічної напруги. Затяжні дощі значною мірою погіршують прохідність доріг. Мокре обмундирування і взуття також негативним чином впливають на психофізичний стан учасників бойових дій.

3. Ізоляція від основних сил. Насамперед, це виконання службово-бойового завдання в тилу військ малими групами. Наприклад, розвідувальні й спеціальні підрозділи здійснюють дії малими групами у відриві від основних сил. Такими діями є розвідувальні операції й нічні штурми. Завдяки належній підготовці до дій у нічний час, розвідники раптовим кидком займали й «зачищали» будинки вночі або займали оборону. У подальшому в ці будинки (будівлі) підтягувалися мотострілкові підрозділи. У випадку, коли підхід основних сил затягувався або відбувалося раптове зіткнення з переважаючими силами противника, особовий склад зазнавав значних втрат або стикався з високою ймовірністю полону.

4. Перебування в умовах негативного ставлення місцевого населення. Характерною особливістю збройних конфліктів в умовах сьогодення є залучення місцевого населення. Дії провокаційного характеру, виражена озлобленість, використання зброї цивільним населенням, дітьми й підлітками потребують від військовослужбовців підвищеної пильності, трапляється, що й застосування силових заходів впливу, а це, у свою чергу, зумовлює переосмислення моральних і моральних позицій, виступає фактором додаткової травматизації психіки військових.

5. Висока інтенсивність бойових дій. Боєм є сукупність тактичних дій, вогневих ударів і маневрів протиборчих сторін. Поряд із цим, бій – це ще й напружене інтелектуальне, емоційне, мотиваційне, вольове протиборство. Також бій є найсуворішим, жорстким, жорстоким випробуванням не так фізичних сил військовослужбовців, як їх духовних і психологічних можливостей. У кожному бою в серці кожного його учасника відбувається власна війна. Високий рівень інтенсивності бойових дій виснажує учасників бойових дій фізично, знижує їх психофункціональні здібності, спричиняє моральну деградацію, зростання психічних і фізичних втрат серед особового складу [25].

6. «Рваний» режим життєдіяльності. Військова служба і бойова діяльність включає й дії вночі, дозори та варти. Спеціальний і продиктований умовами бойової обстановки, режим життєдіяльності пов'язаний із значним дефіцитом сну й відпочинку. Під впливом тривалого навантаження (як фізичного, так і психічного) як тимчасове зниження працездатності настає втома. Значною мірою специфіка втоми залежить від виду навантаження, часу, що необхідний для відновлення вихідного рівня працездатності, й рівня локалізації втоми [18].

7. Постійна напруга від очікування загрози (так званий дистрес). За умов війни «без лінії фронту» обов'язковою є готовність до відкриття вогню щомиті. Якщо цей закон порушується, то це призводить до плачевних наслідків. Прикладом підвищеної мобілізації психофізичних ресурсів у військовослужбовців є пересування в складі колони техніки. У такому випадку рух колони може порушити класично організований опір – як правило, спочатку

знищується головна й замикаюча машини в колоні, після цього, використовуючи умови місцевості, вогонь відкривається на ураження рештою бронетехніки. Як правило, щільність ведення вогню висока, тому ймовірність вижити – низька.

8. Вегетативні реакції. У людини активність вегетативної нервової системи не перебуває під контролем свідомістю, через що захисні вегетативні реакції запускаються незалежно від виду стресора. Ними є підвищення тонуусу серцево-судинної системи (зокрема, кровонаповнення й харчування життєво важливих органів), активізація фагоцитозу (на випадок проникнення інфекції), процесу регенерації тканин (на випадок ушкодження), тромбоцитоз (на випадок кровотечі), салівація, потовиділення, блювання (на випадок отруєння) тощо.

У ході клінічних розмов комбатанти діляться інформацією про неконтрольований страх, який змушує тремтіти, кричати, плакати, сміятися. Вони зазначають, що в цей момент «смокче під ложечкою», стають важкими ноги, трясуться руки, дзвенить у вухах, стає блідим обличчя, б'ється серце, розширюються зіниці, застрягає ком у горлі, перехоплює дихання, здається, що стає дибки волосся [17].

9. Травмуючі фактори бою. Дія загрозливих чинників бою характеризується пролонгованим характером. Коли звичайна людина в умовах природного лиха чи катастрофи й навіть у ході військових дій спроможна знаходити можливості для перепочинку, то військовослужбовці перебувають у ситуації небезпеки постійно (як удень, так і вночі), не дивлячись на те, знаходиться він на лінії зіткнення з військами противника, під бомбардуванням, у тилу противника чи своєму ближньому тилу. Причиною великих втрат військ є мінометні обстріли і точний снайперський вогонь. Снайпери ціляться у відкрито розташований особовий склад (тих, хто висувається з люків, зокрема командирів), а також антенні пристрої й оптичні прилади.

10. Факт одержаного поранення (біологічний дистрес). У цьому випадку на організм військовослужбовця одночасно діють емоційні й фізичні стресори. Травма, пов'язана з втратою крові, викликаючи зрушення в фізіологічному

гомеостазі, зумовлює серйозні емоційні переживання, що викликають стресову реакцію змішаного характеру [14].

11. Хронічна тривога (через загрозу життю, страх власної смерті, трупи супротивника й місцевого населення). Біологічний сенс реакції тривоги полягає в тому, щоб за будь-яку ціну забезпечити енергією в короткий термін, щоб забезпечити потрібні умови для «втечі» чи «нападу». Ця функція реалізується адреналіном і глюкокортикоїдами за рахунок розпаду жирів, білків і вуглеводів. Розглядають також тривогу як форму адаптації організму за умов гострого чи хронічного стресу. Однак, тривога виступає не так формою психічної адаптації, як сигналом, який свідчить про її порушення й активує адаптивні механізми [25].

Тривожний стан може відігравати охоронну й мотиваційну роль, порівняно з фізичним болем. Із виникненням тривоги пов'язане підвищення поведінкової активності, зміна характеру поведінки або включення механізмів інтрапсихічної адаптації. Відповідає тривога й за більшість розладів, у яких мають прояв клінічно виражені порушення психічної адаптації. Також тривога виступає як основний додаток різних психопатологічних синдромів і як базис для формування психопатологічних і психосоматичних проявів.

Варіантами страху, які проявляються в бойових умовах є біологічний страх (включає страх скалічення, болю й смерті); дезінтеграційний страх, який відповідає незвичайним і непрогнозованим враженням; соціальний страх, тобто страх показати свою боягузливість або втратити повагу; моральний страх – проявляється як страх втратити боєздатність і здатність до самозахисту [22].

12. Факт смерті товаришів по службі.

13. Картини руйнувань і спотвореної техніки.

14. Соціальний дистрес (почуття провини, сум).

За умов загрози загибелі виникає явище псевдопримітивізації, що постійно підстерігає військовослужбовців. Близькість смерті інших часто призводить до байдужості й цілковитої апатії. Усі думки зосереджені одному – «пережити сьогоднішній день». Такого роду явище може раптово перерости у спалахи

агресії, об'єктами якої можуть стати як товариші по службі, так і місцеве населення [19]. Нерідко комбатанти вказують на «непереносимість» шансону – своєрідних тужливих пісень про кохання чи зраду дружини, тощо. Після деякого часу прослуховування таких пісень, військовослужбовці відчують відразу від них. Відбувається так зване переживання втрати майбутнього, що викликає почуття внутрішньої порожнечі й безглуздості існування.

2.3 Бойовий стрес і основні симптоми бойових психічних травм

Відомо, що в перших міжнародних класифікаціях (DSM-I – DSM-III) переважали погляди А. Майєра, що базуються на психореактивній основі психічних розладів. Відносно них усі порушення є прикладом особистої реакції на соціальні, психологічні й біологічні чинники. При цьому, психози – це реакція всієї особистості, а розлади невротичного спектра – часткові.

Дана інтерпретація неминує порушувала питання, пов'язане з проблемою можливості перетворення неврозів у психози. У зв'язку з цим Г.М. Кожина й В.В. Стеблюк вважали, що «ні етіологія, ні патофізіологічні механізми, ні клінічна симптоматологія, ні тяжкість і тривалість течії не дають підстави для висновку, що неврози й психози це абсолютно різні захворювання, тобто за всіма цими ознаками між ними існують риси відмінності та подібності, проте немає розриву чи протилежності» [40].

У результаті нескінченних суперечок і спроб дослідників щодо запровадження нових незалежних клінічних одиниць, які посідають особливе місце в групі між неврозами й психозами, з'явилася ціла низка назв, таких як «прикордонні неврози», «прикордонні психози», «латентні психози», «латентна шизофренія», «рання шизофренія», «апсихотична шизофренія», «предпсихотична шизофренія», «неврозоподібна шизофренія», «псевдоневротична шизофренія», «псевдошизофренічний невроз», «парашизофренія», «прикордонна шизофренія», «прикордонна шизофренія» тощо [9].

Отже, в останніх традиційних класифікаціях (МКБ-10 і DSM-IV) відмовилися від класифікаційної основи у вигляді важких функціональних розладів (які руйнують здатність задовольняти базові життєві потреби) і зосередилися виключно на феноменологічних ознаках, які звужують межі психозів до розладів, які пов'язані з галюцинаціями, маренням, дезорганізацією мови, поведінкою й кататонічними симптомами. Тому всі інші порушення за замовченням віднесли до «невротичної» групи. У подальшому були пропозиції включити в сукупність критеріїв «ступінь критичності», а також «соціальну адаптацію» (втрата в разі психозу й збереження в разі неврозу), збереження особистості, неусвідомлені процеси (словесне вираження при психозі, символічне – при неврозі) [17].

Проблема розмежування нормального й ненормального функціонування в минулому була набагато складнішою. На жаль, підхід, який запропонував В.Д. Смірнов щодо поняття «аналог симптому», не набув подальшого розвитку в наукових працях. Із практичної точки зору альтернативна модель «передболювальних станів», «непатологічних ситуаційних реакцій», «передневротичних станів», «стан психічної дезадаптації» не містила чітких порогових критеріїв для класифікації суб'єктів. Теоретичні підходи до цих станів характеризувалися протилежністю думок, низка авторів розглядала їх як крайні варіанти норми, а частина як початкову стадію психічного захворювання [15].

При цьому прагнення до ранньої діагностики через ретельне вивчення всіх тонкощів психопатології, спричинило те, що субнорми поставили в одну лінію з очевидною патологією, як наслідок – межі невротичних розладів безперервно розширювалися [38]. У результаті почали з'являтися надзвичайно високі (до 80-90%) показники захворюваності на невротичні розлади, що підтверджувало їх гіпердіагностику. Дана обставина змусила відмовитися від жорсткого нозоцентричного підходу й визнання того, що деякі синдроми – це тимчасові гомеостатичні реакції на зовнішні чи внутрішні зміни та фактично не є психопатологічними розладами. Однак, цей факт не сприяв вирішенню питання

щодо існування чіткого кордону між нормою й патологією. У той же час низка авторів дотримується дискретного підходу, за яким існує певна межа між нормальними і патологічними проявами тривоги й депресії, яку нині неможливо визначити в силу недосконалості діагностичних критеріїв [20].

Деякі дослідники, проте, продовжують дотримуватися і відстоювати позицію безперервності континууму «норма-патологія» з ідентифікацією особливої групи «передхворобливих станів» [34]. Більше того, в якості можливих підходів щодо відмінності між нормою й патологією пропонується використовувати вищі діагностичні пороги з запровадженням додаткових критеріїв за ступенем тяжкості, тривалості, супутньої патології тощо, для уточнення відповідних критеріїв МКХ-10 та DSM-IV [28].

У схемах класифікації найскладнішою є диференціація тривожних і депресивних розладів. На сьогоднішній день дискусії про правомірність виокремлення генералізованих тривожних і змішаних тривожних розладів триває. Низка авторів схильні розглядати їх як «два прояви одного й того самого захворювання» виходячи з того, що перші практично завжди супроводжуються субсиндромічною депресією й депресією – субсиндромічною тривогою. Таке тісне поєднання цих проявів стало приводом для пропозиції об'єднати зазначені таксономічні одиниці в одну групу «дисфоричних розладів», а тривожні стани, що залишилися, віднести в групу «фобічних розладів». Однак, варто зазначити, що проблема, яка розглядається, вважається актуальною тільки для поперечних спостережень. За тривалих досліджень тривога сприймається як стадія розвитку або позбавлення від великої депресії [16].

Розлади адаптації виступають одними з найсуперечливіших розладів у колі невротичних станів. Уявлення про них у повній мірі відображають невирішену проблему меж між нормою і патологією [10].

ПТСР – це гостра стресова реакція на травматичну подію у житті людини. За умови своєчасного звернення до фахівців і правильних підходів до терапії, гостру форму ПТСР можливо успішно лікувати. Але за допомогою до лікарів,

зокрема психологів у випадку гострого симптому посттравматичного розладу звертаються не всі, надіючись, що гостра симптоматика розладу зникне, а психічний стан поступово стабілізується. Насправді, в реальності цього не відбувається, натомість гострий перебіг хвороби переходить у хронічний із практично ідентичними симптомами [4].

Окрім гострого й хронічного перебігу ПТСР, виокремлюють й різні стадії захворювання. Зокрема, виділяють наступні стадії посттравматичного розладу:

- 1) фаза гострої кризи;
- 2) безпосередньо сама фаза захворювання;
- 3) два можливі варіанти подальшого перебігу захворювання: хронічна форма ПТСР і повне відновлення після перенесеного розладу за умови сприятливого перебігу хвороби та надання своєчасної допомоги [3].

Для фази гострої кризи характерні наступні симптоми:

- інтенсивний страх, який викликає бажання бігти чи реакцію замирання. Такий симптом можна охарактеризувати як природну захисну реакцію організму у відповідь на сильний стрес. У науковій літературі ця реакція була описана з появою поняття «стрес» і отримала назву «fight or flight» – тобто «бий або біжи»;
- захисна реакція заперечення. Цей симптом є повним запереченням того, що відбувається, фактично стресова подія здається нереальною.

Фаза гострої кризи характеризується станом розгубленості й психологічної уразливості, соромом і відразою по відношенню до самого себе. Також можливий прояв психосоматичних симптомів, наприклад таких, як нудота чи повна втрата апетиту.

Діагноз ставиться на підставі критеріїв, які безпосередньо є симптомами ПТСР, зокрема:

- 1) безпосереднє переживання травматичної події;
- 2) особисте свідчення події, до якої залучені інші особи;
- 3) періодична чи надмірна схильність певних аспектів травматичної події, які викликають сильну негативну емоційну реакцію;

- 4) повторювані, мимовільні спогади щодо травматичної події, які викликають дистрес;
- 5) повторювані сновидіння, що спричиняють дистрес, зміст і / або афект яких стосується травматичної події;
- 6) дисоційовані реакції (приміром, флеш-бек ефекти), в яких індивід відчуває чи поводить себе так, ніби то травматична подія минулого відбувається нині;
- 7) сильний або тривалий психологічний дистрес під впливом зовнішніх або внутрішніх подразників, які подібні до будь-якого з аспектів травматичного події;
- 8) уникнення чи спроби уникнути викликають дистрес спогадів, думок або почуттів, безпосередньо чи тісно пов'язаних із травматичною подією;
- 9) неможливість пригадати важливі аспекти травматичної події (головним чином, у силу дисоціативної амнезії);
- 10) стійкі й перебільшено спотворені переконання чи очікування негативного характеру стосовно самого себе або навколишнього світу;
- 11) стійкі негативні емоційні стани (приміром, страх, жах, гнів, вина чи сором);
- 12) помітне зниження інтересу чи залученості у види діяльності, що раніше були значимі;
- 13) почуття відстороненості й відчуженості від інших людей;
- 14) стійка неспроможність відчувати позитивні емоції;
- 15) дратівливість або спалахи гніву (можуть виникати без всякої причини або через незначні приводи), зазвичай виражені в вербальній або фізичній агресії відносно людей або об'єктів;
- 16) поведінка самоушкодження, необдумані ризиковані поведінки;
- 17) труднощі з засинанням або зі збереженням сну тощо [4].

Також зазначимо, що ці критерії, насамперед, відносяться до гострого перебігу розладу й хоча вони можуть спостерігатися і при хронічному перебігу, проте стають менш вираженими чи проявляються не так часто, як у випадку гострої форми ПТСР.

Безумовно, адиктивна поведінка відносно осіб, які страждають від ПТСР, і коморбідні розлади є значною проблемою для формування високої якості життя в осіб, які брали участь у бойових діях. Але, найбільша кількість скарг і також стереотипна думка щодо того, що учасники бойових дій не здатні контролювати свої афективні стани, свідчать про те, що питання вивчення можливих особистісних аномалій є найгострішим. За різними даними, особистісні зміни та аномалії зустрічаються у 45-68% усіх діагностованих випадків ПТСР, що, безсумнівно, є високим показником. Актуальним є питання щодо формування особистісних змін також тому, що ці зміни значною мірою перешкоджають нормальному функціонуванню і соціалізації індивідів [5].

Є велика кількість особистісних реакцій на травму, фактично не можна передбачити, які саме зміни особистості виникнуть у тієї чи іншої особи. Але, існують деякі статистичні дані, які дають змогу прогнозувати найбільш імовірні варіанти розвитку патологій особистості. Наприклад, на думку деяких авторів, найбільш ймовірним є формування акцентуацій характеру за збудливим, а також істеричним типом, поряд із соціальною відчуженістю й ворожістю відносно оточуючих [6]. У збудливих особистостей можуть виникнути труднощі зі встановленням міжособистісних контактів, плануванням власного майбутнього, пошуком постійного місця роботи.

При цьому для істеричного типу характерним є підвищення рівня тривожності, бажання привернути до себе увагу. Для цього можуть використовуватися абсолютно різні способи – від надмірно прикрашених емоційних реакцій до якоїсь специфічної показної манери поведінки. Люди такого типу схильні до маніпуляцій іншими, якщо вони відчують негативну оцінку чи неувагу до себе; для них характерними є спалахи агресії й гніву, які теж погано контролюються, подібно до емоційних реакцій у збудливого типу.

Певна кількість учасників різних досліджень щодо віддалених наслідків ПТСР теж характеризувалися циклоїдним типом акцентуації характеру. Респонденти відмічали, що в один час для них характерним був підвищений

настрій і працездатність, натомість, як в інший час такий стан змінювався повною апатією й байдужістю [1].

Науковці відзначають, що в такому випадку не йдеться про біполярний розлад, так як немає достатніх підстав для постановки подібного діагнозу, проте цілком можливим є формування циклоїдного типу. Саме такий тип характеризується подібними змінами настрою. Також при спаді настрою особи такого типу погано переносять публічні приниження, можуть гостро реагувати на критику на свою адресу, натомість як у фазі підвищеного настрою вони навпаки поводять себе життєрадісно й по-товариськи [5].

Ще одним типом акцентуації, який згадується дослідниками в галузі відстрочених наслідків ПТСР – шизоїдний тип в учасників військових дій. Наслідками формування шизоїдного типу є відчуженість від оточуючих людей, замкнутість, а також невміння співпереживати й розуміти інших людей. Особи, для яких характерний шизоїдний тип акцентуації зазвичай формують свій власний внутрішній світ і вважають за краще відгородитися від суспільства.

Існує й можливість поєднання декількох типів акцентуації. Зокрема, для певної особи можуть бути характерні збудливість і підвищена агресивність паралельно з відчуженістю від світу й небажанням контактувати з іншими людьми, а також інші варіанти поєднання різних якостей особистості з різними типами акцентуацій характеру.

РОЗДІЛ III. Сучасний досвід надання соціально-психологічної допомоги військовим

3.1 Досвід країн НАТО у сфері організації соціально-психологічної допомоги військовим, які беруть участь у бойових діях

У сучасних умовах значна увага приділяється вивченню проблеми збереження психічного здоров'я військовослужбовців і їх медико-психологічного супроводу, а також перспективним технологіям ранньої діагностики психічних розладів. Велика кількість психічної патології, в тому числі, донозологічного рівня, в структурі потоків поранених і хворих на етапах медичної евакуації актуалізують розробку нових методів і технологій психологічної й психіатричної допомоги у сфері охорони здоров'я військових із урахуванням зарубіжного досвіду [12].

У військових структурах країн НАТО, зокрема в армії США, доктрина й стратегія управління людським капіталом розглядають людський фактор як ключовий у контексті забезпечення високої боєздатності збройних сил. У сукупності п'яти визначальних стратегічних пріоритетів побудови збройних сил США (Army Strategic Planning Guidance, ASPG), які є складовими плану розвитку армії (The Army Plan, TAP), два мають відношення до особового складу: зокрема, це підготовка командної ланки з високим рівнем адаптивності й навчання високопрофесійних солдатів [40].

Основою підтримки максимально високої боєздатності військовослужбовців є побудова системи психологічної стійкості («resilience») до потенційно травмуючих факторів професійної діяльності військовослужбовців із одночасною профілактикою негативних наслідків можливого бойового стресу.

Аналіз літературних джерел свідчить, що в армії НАТО розроблена й постійно вдосконалюється комплексна та багаторівнева система контролю бойового і військово-професійного стресу військовослужбовців (Combat and Operational Stress Control, COSC), яка включає не тільки спеціальні підрозділи й установи, а також і армійські структури всіх рівнів і організації членів сімей військовослужбовців [13]. Combat and Operational Stress, COS – бойовий і військово-професійний стрес включає гостро розвинені й відстрочені емоційні, інтелектуальні, фізіологічні, а також поведінкові реакції осіб, які потрапили під травмуючий вплив негативних факторів бойових дій [19]. Серед найбільш поширених потенційно травмуючих стрес-факторів виділяють психологічні, емоційні, когнітивні, а також чинники середовища проживання й житла. При цьому психотравмуючий вплив різного роду факторів бойового й військово-професійного стресу в рази посилюється внаслідок дій противника чи об'єкта проведення військової операції.

Значна кількість реакцій бойового стресу у військових виявляється в перший місяць (40%) [41]. Практика свідчить, що адаптивні реакції бойового стресу, зокрема згуртування військових колективів і посилення віри, поява почуття обраності й виконання надзавдання можуть суттєво покращувати як пристосування військових до умов ведення бойових дій, так і сприяти ефективності виконання службових обов'язків. Адаптивні реакції бойового стресу більше переважають у військових колективах злагоджених і згуртованих, по типу «сімейного», відносини в яких характеризуються довірою та взаємодопомогою. Формування такого типу військових колективів закладено в стратегію «Армійська сім'я» (Army Family) в рамках політики армії США. Із 2016 р. в армії цієї держави, відповідно програми розвитку армії майбутнього (Force 2015 and beyond, F2025B) «Сила 2025», запущено систему постійного вдосконалення боєготовності підрозділів ARFORGEN (Army Force Generation), яка спрямована на циклічне відтворення добре навчених і згуртованих підрозділів, які завжди проходять підготовку як єдині колективи [10].

При цьому дезадаптивні реакції бойового і військово-професійного стресу, наприклад такі як страх, паніка, дисоціативні порушення, втрата віри чи інші когнітивні й емоційні порушення, позначаються акронімом COSR (Combat and Operational Stress Reaction). Розвиток COSR суттєво знижує можливості адаптації до непростих умов військової служби, може зумовлювати значне погіршення якості військово-професійної діяльності, суттєве зниження боєздатності, збільшення кількості помилок в операторській діяльності й випадків девіантної поведінки військовослужбовців. Окрім цього, COSR провокують розвиток стрес-залежних психічних розладів, призводять до розвитку довгострокових постстресових реакцій, а також посттравматичних стресових розладів [8].

В більшості випадків реакції COSR мають прояв у погано підготовлених підрозділах із низьким рівнем військової дисципліни, згуртованості й злагодженості. Часто дезадаптивні реакції COSR поєднуються з проявами протиправної й кримінальної поведінки військовослужбовців. А неконтрольовані реакції COSR та стрес-обумовлена девіантна поведінка спричиняють деморалізацію особового складу, збільшення кількості бойових і небойових санітарних і безповоротних втрат, прийняття помилкових оперативно-тактичних рішень, втрат техніки й озброєнь. Попередити прояви COSR у військовослужбовців фактично неможливо, так як гострі стресові реакції – це природньо для нормального функціонування психіки людини під впливом інтенсивних психотравмуючих факторів, які характерні для військової служби й бойових дій [34].

Головні структурні елементи багаторівневої системи медико-психологічного супроводу військовослужбовців, яка існує в армії США, спрямовані на профілактику й реабілітацію бойового і військово-професійного стресу [4]. Система контролю COSC на рівні військової ланки складається з:

- загальноармійської програми комплексної психофізіологічної підготовки військовослужбовців і членів їх сімей (Comprehensive Soldier and Family Fitness, CSF2);

- постійного моніторингу психічного стану військовослужбовців;

- навчання, тренувань і консультацій молодших командирів, медиків (аналог санінструктора в Збройних силах України), капеланів (священиків), а також солдатів-наставників (загальна назва – Master Resilience Trainers, MRTs).

Інтенсивний курс підготовки таких фахівців здійснюється впродовж десяти днів у 16-ти армійських навчальних центрах, університеті Пенсільванії й інших навчальних закладах. Підготовлені фахівці після закінчення навчання повертаються до своїх підрозділів, де ведуть базові психологічні тренінги і консультації для військовослужбовців, а також членів їхніх сімей і цивільного персоналу [42].

У складі медичної служби армії США на рівні дивізій, бригад, медичних рот, батальйонів і бригад, при штабах корпусів і армій функціонують мобільні підрозділи психічного здоров'я (Mental Health Section, MHS). До складу організаційно-штатної структури підрозділу входить 8 осіб і включає він дивізійного психіатра (майор), клінічного психолога (капітан), соціального психолога (капітан), адміністратора (унтер-офіцер) і чотирьох асистентів (середній медичний персонал). До основних завдань підрозділів MHS відносяться:

- навчання військовослужбовців різного роду способам підвищення психологічної стійкості у рамках програми CSF2;

- проведення моніторингу психічного здоров'я і виявлення військовослужбовців, яким потрібна кваліфікована допомога;

- здійснення короткострокових втручань на догоспітальному етапі;

- реабілітація батантів;

- медичне сортування комбатантів із гострими психічними розладами і підготовка їх до евакуації в спеціалізовані медичні установи;

- проведення заходів з відновлення боєздатності військових підрозділів [42].

На рівні корпусів (корпусні медичні бригади і штаби) функціонують мобільні підрозділи контролю бойового стресу (Combat Stress Control, CSC), що складаються з управління та відділень профілактики та реабілітації. До складу управління входить: командир (підполковник); капелан (капітан); помічник командира з медичної частини (капітан або старший лейтенант); старшина підрозділу; адміністратори по роботі з пацієнтами (унтер-офіцери); спеціаліст із хімічного захисту і технічний персонал (сержантський і рядовий персонал). Організаційно-штатний склад профілактичного відділення складається з 16-ти осіб; організаційно-штатний склад реабілітаційного відділення – з 20-ти осіб. Такі підрозділи посилюють передові структури медичної служби, госпіталю і MHS військової ланки. Вони розгортають намети медико-психологічної допомоги і реабілітації з метою короткострокової допомоги військовослужбовцям при дії явищ COS і працюють як психіатричне відділення госпіталів, які забезпечують зону бойових дій. Окрім цього, підрозділи CSC допомагають командуванню в моніторингу ситуації, плануванні й координації сил і засобів для надання медико-психологічної допомоги при COS [25].

На рівні командування армії США діють аналітичні групи щодо оцінки бойового стресу в ході бойових дій (Operational Stress Assessment Team, OSAT), які формуються з спеціалістів Армійського дослідницького інституту, Медичного дослідного інституту хімічного захисту, Військово-повітряної медичної дослідницької лабораторії та Дослідницького інституту військової гігієни США. Організаційно-штатний склад аналітичної групи включає трьох психологів-дослідників або психіатрів із досвідом дослідницької роботи (офіцери), двох фахівців у галузі психічного здоров'я сержантського чи рядового складу і фахівців з інформаційних технологій. Завданнями фахівців OSAT є проведення макроаналізу факторів COS, аналіз і оцінка стану військовослужбовців на рівні підрозділів і прогноз потреб щодо надання медико-психологічної допомоги у ході бойових дій [25]. Науково-методичне

забезпечення системи контролю COS американської армії забезпечують наукові центри з контролю як бойового, так і військово-професійного стресу військових [40].

Командування армії США ставить наступні завдання щодо вдосконалення системи контролю стресу у військових (на прикладі корпусу морської піхоти):

1) підвищення боєздатності і боєготовності підрозділів шляхом профілактики, раннього виявлення і корекції ознак COS;

2) підвищення переносимості COS, активізація й розвиток у військовослужбовців і членів їхніх сімей механізмів психологічної стійкості (resilience) через застосування на практиці спеціальних психологічних знань, навичок і вмінь щодо управління своїм психофізіологічним станом і створення психологічно сприятливої атмосфери в підрозділі та сім'ї;

3) реалізація п'яти основних елементів системи контролю COS на рівні командування військових підрозділів у військовослужбовців: зміцнення психологічної стійкості («resilience»); профілактика психотравмуючого впливу факторів COS та своєчасна корекція його ознак; раннє виявлення дезадаптивних стресових реакцій; проведення стандартного семиетапного комплексу першої допомоги при COS; направлення за кваліфікованою короткостроковою медико-психологічною допомогою впродовж 24-72 год; підтримка при реінтеграції комбатанта в підрозділі;

4) формування в підрозділах умов і атмосфери, за яких військовослужбовці можуть вільно звернутися за допомогою при наявних дезадаптивних реакціях COS, не боячись насмішок із боку товаришів по службі [37].

У рамках реалізації програми COSC аналіз і оцінка ефективності заходів, які проводяться за допомогою наукових досліджень, здійснюються армійською дослідницькою групою і внутрішніми інспекціями. На підставі результатів досліджень публікують технічні звіти щодо ефективності впровадження програми. Основні результати таких досліджень демонструють, що солдати, які були учасниками тренінгів із психологічної підготовки в навчених за згаданими вище програмами наставників, характеризувалися вищим рівнем нервово-

психічної стійкості та в динаміці мали вищі показники психічного здоров'я порівняно з солдатами, що проходили спеціальну психологічну підготовку. Окрім того, в підрозділах, які включені до програми, було виявлено на 60% менше випадків алкогольної й наркотичної залежності та на 13% менше випадків тривожних розладів, депресій і посттравматичних стресових розладів, порівняно з військовослужбовцями підрозділів, які не проходили подібну підготовку [37].

У свою чергу, реалізація програми COSC у військовослужбовців ударних бригад, які беруть участь у бойових діях, засвідчила, що вираженість явищ бойового стресу та посттравматичного стресового розладу нижчі у військовослужбовців із підрозділів, які показали високі результати в психологічних тренінгах із саморегуляції, формування й побудови цілей.

3.2 Аналіз роботи Київського міського кризового центру «Соціотерапія» щодо організації соціально-психологічної допомоги військовим

На базі Київської міської наркологічної клінічної лікарні, за адресою Деміївський пров., 5А знаходиться Київський міський кризовий центр «Соціотерапія».

Програма реабілітації в Кризовому центрі включає групові сеанси психотерапії, психотренінги, групи тілесної терапії, арт терапії та фільмотерапії, а також індивідуальні психологічні консультації. Із постраждалими людьми працює мультидисциплінарна професійна команда, до якої входять досвідчені психіатри та психотерапевти, психологи та інші спеціалісти. Також психологи центру допомагають пацієнтам ознайомитися з методами самодопомоги з стресовими станами і відкриті для зв'язку за потреби пацієнта після проходження програми відновлення. Розрахована програма центру на один місяць стаціонарного перебування (за необхідності з можливістю продовження терміну) і є повністю безкоштовна, включаючи харчування.

Поряд із економічними, політичними і соціальними наслідками, що приносить війна, позначається вона й на психологічному стані населення. Найбільше це стосується тих, хто бачив кров і смерть на власні очі, зокрема тих, хто брав участь в бойових діях. Служба і військовий обов'язок зобов'язують чоловіків брати до рук зброю, захищати батьківщину та на власні очі бачити страшні речі. Такі події глибоко позначаються на духовному й психологічному стані людини і далеко не всі можуть повернутися в такому стані до соціуму і вести звичне спокійне життя.

Руйнівні наслідки воєн мають безліч варіантів. Якись із них відстрочені та пом'якшені, інші впливають на психіку людини, змінюючи світогляд і розхитуючи врівноваженість, порушуючи емоційний стан. Людині, що перебуває в такому стані, вкрай необхідна кваліфікована допомога.

Реабілітація для військовослужбовців є шансом набуті стабільності й опори, відновити життєві орієнтири і цінності, щоб адаптуватися в мирному соціумі. Війну безумовно не можна назвати нормальним періодом. Війна – це руйнування, смерть, страх і втрати близьких і все це спричиняє модифікацію соціальної свідомості. Посттравматичні стресові розлади для чоловіків після участі в бойових діях є зрозумілим явищем. Але не варто сподіватися на самостійну реабілітацію. Лише обстановка, що сприяє відновленню, а також кваліфікований склад психологів можуть надати професійну допомогу й повернути людину до психічно стабільного і здорового стану.

У зв'язку з останніми подіями в нашій країні у військовослужбовців є можливість пройти програму реадaptaції в комфортабельному сучасному центрі допомоги «Соціотерапія» в Києві. Реабілітація учасників військових дій проходить у стаціонарі в сприятливих умовах, які здатні відволікти пацієнта та надавши йому можливість відчувати себе в стані спокою і безпеки. Діяльність центру «Соціотерапія» – це складна робота психологів, сучасні ефективні програми з реабілітації й соціальної адаптації, що неодноразово продемонстрували найефективніші результати.

Реабілітація військовослужбовців з ПТСР в центрі «Соціотерапія» включає надання високопрофесійної психологічної допомоги і проходження різних програм. Психологи налаштовують довірливе спілкування з пацієнтом, формують індивідуальний підхід, який дозволяє визначити оптимальні заходи для запобігання порушенням соціальних функцій і розладів особистості.

До соціальної реабілітації військовослужбовців входять:

- заняття з групою;
- тренінги;
- індивідуальна робота з психологом;
- абстрактні заняття (зокрема, творчість, спорт, відпочинок);
- природотерапія.

Працюючи в групі, військові налагоджують соціальні навички, позбавляються неконструктивної фіксації на своєму стані, розвивають інші сторони своєї особистості, налагоджують контакти, відновлюють навички здорової комунікації, звикають до спокійного розслабленого стану.

Психологічна реабілітація учасників військових дій у такому центрі – це сучасний, ефективний і доступний спосіб налаштувати повноцінне життя без наслідків пережитого ПТСР. Значною мірою це відбувається завдяки сприятливій атмосфері, що вибудована відповідно до потреб пацієнтів і яка сприяє зняттю нервової напруги й тривожності, зміцненню стресостійкості, самореалізації.

Учасники бойових дій, які проходять реабілітацію в центрі «Соціотерапія» гарантовано отримують:

- правильну корекцію поведінки в соціумі;
- відновлення життєвих цінностей і орієнтирів;
- навички долати конфлікти;
- нормалізацію психічного стану.

Програми і системи, що практикуються фахівцями центру сертифіковані та легалізовані, їх застосування демонструвало максимально позитивний

результат реабілітації в ста відсотках випадків. Працівники центру в повній мірі відповідають за кожного з своїх пацієнтів і гарантують їм комфортність перебування, ефективність методик і доступну вартість послуг.

Психологічна допомога військовослужбовцям, які були учасниками бойових дій у центрі «Соціотерапія» включає декілька напрямків:

1) діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях на підставі результатів психодіагностики їх індивідуальних особливостей. Основні методи діагностики – візуальна діагностика і психодіагностична бесіда;

2) психологічне консультування – як індивідуальне, так і сімейне. У ході індивідуальних бесід військовослужбовцям/ветеранам дають можливість висловити все наболіле. Потім роз'яснюють що стан, який переживається, є тимчасовий і притаманний усім тим, хто брав участь у бойових діях. Важливо, щоб у ході бесіди вони відчули розуміння й побачили готовність допомогти їм із боку як фахівців, так і близьких і рідних;

3) навчання способам саморегуляції – прийомів зняття напруженості за допомогою релаксації, аутотренінгу й інших методів;

4) психокорекційна робота. Вона передбачає психологічну корекцію або психокорекцію – діяльність із виправлення (корегування) таких особливостей психічного розвитку, які не відповідають оптимальній моделі (нормі) за прийнятою системою критеріїв. Особливою кваліфікованої психотерапевтичної допомоги потребують ті військовослужбовці, в яких відзначаються різко виражені й запущені порушення адаптації (як то депресія, алкоголізм, девіантна поведінка тощо);

5) соціально-психологічні тренінги, що мають на меті підвищення адаптивності військовослужбовця і його особистісного розвитку;

6) допомога в професійному самовизначенні, профорієнтація для того, щоб перенавчитися і в подальшому працевлаштуватися.

Сутність психологічного консультування полягає в наданні допомоги клієнту через надання йому психологічної освіти, формуванні на основі результатів психодіагностики спеціальних рекомендацій стосовно зміни певних психологічних факторів, які ускладнюють нормальне функціонування особистості в умовах військової служби чи після участі у бойових діях.

Під час надання соціально-психологічної допомоги психолог використовує різні методи роботи. Усе разом допомагає вирішити завдання щодо:

- вивчення особистості клієнта, його емоційного стану, мотивації, системи відносин, виявлення причин, які сприяють виникненню і збереженню особистісних проблем;
- досягнення в особи усвідомлення й розуміння причинно-наслідкових зв'язків між особливостями його системи відносин і його психологічними проблемами чи проблемою;
- допомоги в розумному вирішенні психотравмуючої ситуації, зміні за необхідності його об'єктивного становища і відношення до нього оточуючих;
- зміни відношення клієнта, корекції неадекватних реакцій і форм поведінки, що сприяє покращенню самопочуття клієнта і відновленню його нормального функціонування в соціумі [26].

Головним завданням психолога є допомога особі, що звернулася за допомогою, усвідомити можливість трансформації її кризового стану, визначити нові перспективи і можливості повернення до нормального життя.

Інструментарій психологів охоплює такі методи:

- 1) раціональна психотерапія – коли клієнту роз'яснюють причини і механізми ПТСР;
- 2) методи психічної саморегуляції, що передбачають зняття симптомів напруги і тривоги – аутотренінг, активна візуалізація позитивних образів, прогресивна м'язова релаксація;
- 3) когнітивна психотерапія, що використовується для переосмислення дезадаптивних думок і зміни негативних установок;

4) особистісно-орієнтована терапія, що дає змогу змінити ставлення потерпілого до психотравмуючої ситуації й прийняти відповідальність або неї, або за своє ставлення до неї;

5) позитивна терапія, гештальт-підхід, які засновані на уявленні, що існують як проблеми та хвороби, так і способи й можливості їх подолання.

У центрі «Соціотерапія» компетентні фахівці працюють із різними наслідками психологічної травми, що включають: нав'язливі страхи, тривоги, фобії; неможливість пережити горе втрати; хронічні стреси, відчуття постійної напруги і неможливості розслабитися; депресивні стани, включаючи відчуття безнадійності, безсилля, безрадісності тощо; емоційні проблеми, що охоплюють почуття провини чи сорому, нав'язливе роздратування чи немотивовану агресію; проблеми соціальної дезадаптації, а також інші наслідки травм через воєнні дії в Україні.

Програму реабілітації центру «Соціотерапія» розробив кандидат психологічних наук Старков Д.Ю. Це є програма структурної кризової терапії, в рамках якої травма розглядається як наскрізне враження всіх рівнів існування людини – і тіла, і психіки. На першому етапі програми реалізується робота з регуляції стресової системи, на другому – робота відносно психічних проявів травм (страхів, фобічних реакцій, тривог тощо), далі відбувається робота з відновлення відчуття ідентичності й бачення майбутнього, а останній етап присвячується інтеграції травматичного досвіду.

3.3 Розробка тренінгових занять для соціально-психологічної роботи з військовими

Військовослужбовці ЗС України учасники бойових дій, піддавалися значному впливу психотравмуючих факторів війни (зовнішньосередовищних, внутрішньосередовищних, а також індивідуально-психологічних). Вплив на психіку був потужним за силою та травмуючим характером, про що свідчить

факт глибокого емоційно-особистісного включення комбатантів у процес обстеження.

В умовах сьогодення для визначення рівня травматизації подій, які пережили комбатанти та їх актуального стану розроблений інструментарій для оцінювання специфічних характеристик психотравмуючих факторів військової служби (СКІ), сформовано пакет психодіагностичних методик, які відповідають вимогам валідності, надійності, інформативності й простоти використання для дослідження клінічної картини ПТСР і афективних порушень у її структурі. За допомогою СКІ виявляється індивідуальний зміст психотравми, специфічні поєднання психотравмуючих факторів бойової обстановки і ступінь їхнього впливу на психіку комбатантів за суб'єктивними оцінками останніх. Визначено зміст основних способів подолання стресу під час знаходження на території ведення бойових дій і особливості поведінки й стану комбатантів після повернення до умов мирного життя.

Розроблена на підставі досвіду пілотного і попереднього клінічного дослідження, система клініко-психологічного аналізу стресових обставин військової служби в умовах бойових дій успішно і результативно апробована в групі комбатантів. Підтверджено психотравмуючий характер службово-бойової діяльності.

Аналіз змістовних критеріїв і оціночних параметрів досліджених матеріалів продемонстрував зв'язок актуального психологічного стану комбатантів із психічними травмами, отриманими під час війни. Потужні за силою своєї реалістичності й трагічності драматичні події, пережиті кожним комбатантом, продовжують виявлятися у актуальному психологічному стані.

Ті комбатанти, які мають високі показники рівня ПТСР, мають більш виражену індивідуальну картину психотравми за сукупністю факторів, які поєднуються, й за їх бальною оцінкою. У їхньому актуальному стані найвищими є показники рівня депресії, ситуативної й особистісної тривожності. У ході аналізу матеріалів виявили залежність психотравми, рівня ПТСР, стану і

поведінки комбатантів після повернення до мирного життя. Підтвердилася травматизація психіки через прояви психопатологій комбатантів: дратівливість, озлобленість, агресивність, запальність, виражена алкоголізація. Отримані психотравми негативно позначаються не лише на рівні здоров'я комбатантів. Високий рівень показників психотравми та ПТСР корелює з високими показниками особистісної, ситуативної тривожності та високим рівнем депресії.

У процесі аналізу досліджуваних параметрів виявлено значні відмінності між групою комбатантів із низьким рівнем ПТСР і групою комбатантів із високим рівнем ПТСР у розрізі показників депресії, особистісної й ситуативної тривожності, сумарного показника психотравми і сумарного показника особливостей поведінки.

За допомогою методу ретроспективного дослідження визначено системні співвідношення психотравмуючих обставин військової служби впродовж виконання завдань із характером посттравматичних стресових і, особливо, афективних розладів у комбатантів.

Розроблена програма дослідження психотравмуючих факторів, дію яких відчують військовослужбовці під час службово-бойової діяльності, завдяки даним тестової психодіагностики зручна в застосуванні й інформативна, тому може застосовуватися для відбору контингенту пацієнтів спеціалізованих медичних організацій і, зокрема, госпіталів для ветеранів воєн.

Видається важливим розробити короткострокову програму втручання, що мала би більше психоосвітній характер і передбачала б роботу з групою пацієнтів. У даному випадку можемо говорити про певну короткострокову програму для комбатантів, яка спрямована на терапію наслідків посттравматичних стресових розладів, зокрема роботу над специфічною симптоматикою, що проявляється переважно в учасників бойових дій, роботу з гнівом і агресією, а також тренування соціальних навичок і планування майбутнього.

Пропонуємо програму психологічного втручання з чотирьох занять для групи 8 –16 осіб під назвою «Програма психологічного втручання з використанням засобів природотерапії, розроблена для учасників бойових дій». У процесі реалізації програми психологічного втручання передбачено обговорення не лише теоретичної частини питання хронічного перебігу ПТСР і його можливих наслідків, а й також проведення вправ, спрямованих на активацію когнітивних функцій учасників і їх соціальну взаємодію.

Припускаємо, що на початку програми, швидше за все учасники не захочуть активно взаємодіяти один із одним. Також маємо на увазі, що учасниками програми будуть комбатанти віком 35 – 55 років, значна частина яких мають військові звання і можуть сприймати програму не зовсім серйозно. Через це гостро стоїть питання щодо вибору вправ і теоретичної частини, які б були не тільки корисними як терапія та психоосвіта, а й сприймалися б учасниками тренінгу як щось серйозне, як таке, чому можна довіряти й до чого можна прислухатися. До того ж варто зазначити, що учасників програми доцільно поділити на групи відповідно до їх вікових особливостей. Зокрема, можливо виділити щонайменше дві групи: 35 – 45 років і від 45 й вище. Припускаємо, що органічна симптоматика в першій групі може бути менш вираженою через вік і незначну кількість обтяжуючих обставин, через що деякі вправи програми можна замінити на ідентичні під час роботи з органічною симптоматикою.

Таким чином, «Програма психофізіологічної та соціальної адаптації учасників бойових дій з використанням засобів природотерапії», що пропонується, складається з чотирьох занять, кожне з яких присвячено окремій темі для обговорення:

- 1) органічна симптоматика при ПТСР;
- 2) гнівливість і агресивна поведінка;
- 3) формування адаптивних соціальних навичок;

4) планування майбутнього як один із можливих варіантів ефективної самостійної роботи з тривожними симптомами при хронічному перебігу ПТСР.

1. Органічна симптоматика при ПТСР.

Перше заняття варто присвятити роз'ясненню цілей і завдань програми загалом, а також розповісти про те, що потрібно виконати в рамках програми і до яких результатів потрібно дійти. Але насамперед варто познайомитися з групою. Для цього пропонуємо виконати наступну вправу.

Учасники, починаючи з ведучого, по черзі називають своє ім'я й по батькові, при цьому завданням кожного учасника є назвати не тільки своє ім'я й по батькові, а й імена вже попередньо названих учасників. Відповідно, кожен називає на початку імена людей, які знаходяться ліворуч або праворуч від нього, після чого вже своє ім'я. Вправа вважається закінченою тоді, коли всі імена будуть названі і коло знову замкнеться на ведучому. Потім потрібно уточнити, що учасники в рамках тренінгу називають один одного шанобливо, використовуючи при цьому повне ім'я й по батькові для формування найбільш комфортної атмосфери спілкування.

Наступним кроком необхідно пояснити учасникам, що вони будуть проходити короткострокову програму, що спрямована на розвиток соціальних навичок і навчання способів мінімізації симптоматики, що їх тривожить і яку вони можуть відчувати. Можна розповісти й про те, що таке посттравматичні стресові розлади і які бувають їх симптоми, попросити учасників подумки відзначити ті прояви, які зустрічалися саме в них. Повідомити, що до основних симптомів хронічного перебігу ПТСР відноситься агресія, що часто зустрічається, спалахи гніву, а також труднощі з запам'ятовуванням різної інформації та проблемами з концентрацією уваги. Мета програми – навчання можливим способам реагування на різного роду ситуації, що турбують, отримання знань щодо відновлення когнітивних функцій, навчання способам планування майбутнього не дивлячись на сприйняття психологічної травми і її наслідків.

Перше заняття передбачає роботу щодо мінімізації органічної симптоматики і навчання способам роботи над когнітивними функціями. Потрібно роз'яснити учасникам, що когнітивні функції, зокрема пам'ять, увага та мислення можуть постраждати насамперед через отримані травми голови, а по-друге помітно знижуються когнітивні функції у різних людей з віком. Також можна додати, що деякі з учасників вже зараз можуть помітити, що їхня пам'ять чи увага стала гіршою, їм значно важче працювати, запам'ятовувати нову інформацію, тощо. Але, когнітивні функції можливо відновити – як за допомогою деяких вправ, за умови їх виконання кожного дня, так і впродовж різних часових проміжків також можна постаратися покращити їхню якість.

Потім необхідно надати учасникам можливість обрати вправи, за допомогою яких вони зможуть тренувати свої когнітивні функції.

Необхідно конкретизувати, що список є орієнтиром і його можна й доповнювати, і повністю редагувати, відштовхуючись від власних інтересів.

Ті вправи, які учасники виконують в рамках самостійної роботи, повинні подобатися в першу чергу їм самим. Тільки тоді може з'явитися мотивація до їх виконання і бажання працювати. Також варто наголосити, що не варто чекати суттєвих змін упродовж перших кількох тижнів, адже відновлення когнітивних функцій є тривалим процесом. Однак уже через декілька місяців можна побачити, що виконувати щоденні завдання легше і в цілому самопочуття покращиться.

Загалом, орієнтовний список вправ, направлених на відновлення когнітивних функцій може мати наступний вигляд.

1. Вправи для відновлення пам'яті: запам'ятовування різних віршів, читання і переказ оповідань, запам'ятовування десяти слів, послідовне відтворення перебігу свого дня чи відтворення подій дня у зворотному напрямку тощо.

2. Вправи направлені на відновлення уваги: пошук відмінностей, вправа «Дальтонік», таблиці Шульте, графічні диктанти, вправа «Куди спрямована моя увага» тощо.

3. Вправи з розвитку мислення: рішення sudoku, нонограм і логічних завдань, завдань на відповідність, виконання різних варіантів «4-й зайвий», класифікації предметів, головоломки різного рівня складності.

Учасникам програми потрібно роздати орієнтовний план вправ на тиждень із детальним описом кожної вправи для того, щоб полегшити виконання завдань. Вправи можливо варіювати між собою та складати різні плани, виходячи з особливостей і потреб групи, з якою триває робота. Зокрема, для молодших учасників більш актуальними будуть складні вправи, що спрямовані на розумову діяльність, у той час як для осіб віком 60 років і вище більшою мірою актуальними можуть бути вправи, спрямовані на відновлення уваги і пам'яті.

Далі учасникам пропонується спробувати виконати деякі вправи в межах групи. Безпосередньо першою вправою програми може бути «Опис свого дня у зворотному порядку». Під час виконання цієї вправи, учасники у вільному порядку повинні розповісти, чим вони займалися впродовж дня, починаючи з останньої події та закінчуючи часом, коли прокинувся вранці. Ця вправа спрямована як на тренування пам'яті, так і уваги, тому що необхідно не заплутатися й розповісти все правильно. Вправу краще виконувати першою, так як вона не передбачає тісної соціальної взаємодії між учасниками групи і розкриття таємної інформації чи якихось секретів, тому рівень тривоги може бути невисоким, а сама робота в незнайомому середовищі може бути достатньо комфортною.

Наступною, другою, вправою цілком логічно може бути «Оповідь двох оповідань». Для неї ведучому потрібно поділити учасників на дві групи. Потім учасникам пропонується одночасно слухати дві розповіді, проте перша група має запам'ятати і записати перше оповідання, а друге – друга група. Ведучий і його помічник одночасно починають зачитувати дві невеликі розповіді, за часом

приблизно однакових. Як тільки ведучі перестають читати, учасникам пропонується записати те, що саме вони запам'ятали зі «своїх оповідань», тоді кожен зачитує варіант, який вийшов. Вправа розвиває пам'ять, оскільки потрібно запам'ятати оповідання, і увагу, так як важливо вичленувати слова лише своєї розповіді при запам'ятовуванні.

Наприкінці вправи учасники обговорюють наскільки просто було її виконати та з якими труднощами зітнулися учасники.

Заключною вправою зустрічі може бути гра «Оповідання». Мета цієї вправи – розвиток здатності послідовно викладати свої думки, пам'яті й уваги до співрозмовника. У ході вправи ведучий дає завдання групі придумати розповідь, кожен висловлює одну пропозицію, перший учасник починає розповідь і промовляє якусь фразу, а наступний повинен розповідь продовжити. Для того, щоб зробити вправу більш складною, можна попросити учасників відтворювати і свою фразу, і фразу попереднього оратора. По закінченню вправи обговорюються проблеми, що виникали в учасників у ході її виконання.

Наприкінці заняття потрібно повторити основні моменти першої зустрічі й наголосити на важливості роботи над когнітивними функціями і мінімізації органічної симптоматики. У якості домашнього завдання можна запропонувати виконати одне з логічних завдань або завдань на відповідність і як мінімум дві вправи на день, спрямовані на розвиток пам'яті й уваги.

Метою другого заняття стане робота над гнівливістю та агресивною поведінкою як однією з найчастіших скарг при ПТСР. За даними нашого дослідження та багатьох інших, значна частина учасників бойових дій скаржаться на неможливість контролю власних афективних реакцій та надмірну гнівливість. Багато учасників нашого дослідження зазначали, що їм складно контролювати спалахи гніву та агресії навіть по відношенню до близьких людей. Тому нам є важливим дати інструментарій з корекції агресивної поведінки у комбатантів. Нам є важливим розпочати заняття з теоретичної частини про те, які бувають методи роботи з гнівом та агресивною поведінкою.

Метою даного заняття є виявлення механізмів формування агресії, обговорення видів агресії й проведення практичного заняття, спрямованого на формування навичок правильного вираження гніву.

Учасникам програми потрібно розповісти про те, як саме формується агресія і в яких ситуаціях вона є чи може бути виправдана.

Варто відзначити, що під час військової служби і військових дій, агресивна поведінка вважається закономірною і цілком логічною, так як психологічні умови перебування в гарячих точках припускають сильний стресовий вплив на організм людини та, як наслідок, агресивна поведінка стає однією з адаптивних реакцій на сильний стрес. Але в мирний час така поведінка не лише не заохочується, а ще й може засуджуватися, так як завдає емоційної, в деяких випадках також і фізичної шкоди оточуючим людям.

Пояснюючи формування агресивної поведінки пропонуємо керуватися моделлю Берковіца (Berkowitz), який у своїх працях писав про те, що пізнавальні й емоційні процеси є основою взаємозв'язку фрустрації й агресії. Відповідно до його моделі формування нових когнітивних зв'язків, фрустрація чи інші аверсивні стимули (зокрема, біль, неприємні запахи, спека) можуть провокувати агресивні реакції через формування негативного афекту. Берковиць стверджував, що «перешкоди провокують агресію лише такою мірою, як вони створюють негативний афект» [17]. Тому блокування досягнення мети, таким чином, не спонукає до агресії, якщо вона не сприймається як неприємна подія. До того ж, те, як сам індивід трактує негативний вплив, визначає його реакцію на нього. Якщо, приміром, дівчина сприймає неприємне емоційне переживання як агресивність, більш за все в неї з'являться агресивні тенденції. У разі ж, якщо вона інтерпретує певний негативний стан як страх, у неї з'являється прагнення врятуватися втечею. У редакції 1989 р. теорія Берковиця свідчить, що передумови агресії зовсім не є обов'язковою умовою виникнення агресивної реакції. Швидше, вони «інтенсифікують агресивну реакцію на наявність якогось бар'єру, який перешкоджає досягненню мети» [17]. Науковець також навів

докази того, що індивід, спровокований чимось на агресію (якщо він пояснює як агресію свої негативні почуття), може стати більш сприйнятливим і частіше реагувати на посилення агресії. Відповідно, хоча агресія й може з'являтися за відсутності стимулюючих її ситуаційних чинників, людина, яка фрустрована все-таки більш часто звертатиме увагу на ці стимули та вони швидше за все посилять її агресивну реакцію.

Таким чином, учасникам програми потрібно роз'яснити, що емоційний стан людини здебільшого детермінує її власне сприйняття емоцій і стимулів і тому за допомогою зміни сприйняття можливо регулювати афект і агресію.

У подальшому учасникам пропонується виконати наступну вправу: пропонується на вибір одна з наступних ситуацій: «ваш друг зайняв велику суму грошей і не хоче її віддавати», «вам боляче наступили на ногу в громадському місці», «ваша дитина не хоче виконувати доручення, яке ви їй дали». Можливо вигадати додаткові ситуації, керуючись інтересами та особливостями групи. Упродовж 10-ти хвилин учасники записують два можливих варіанти реагування на подію: агресивний і конструктивний варіант. Потім обговорюється те, наскільки той або інший варіант поведінки стане ефективним способом реагування, за якого учасники почуватимуться більш комфортно.

Такі вправи можуть стати основою для формування навичок переговорів і конструктивної реакції на різного роду стресові події, учасники програми з допомогою ігрової форми можуть зрозуміти як використовувати аргументований підхід замість деструктивного для досягнення своєї мети та як відстоювати свою позицію. По завершенню вправи з учасниками тренінгу відбувається обговорення щодо того, наскільки корисною їм видалася гра, яка була мета гри, а також як можна застосовувати подібні правила в повсякденному житті.

Соціальні навички і способи спілкування виступають основою для психологічно здорового життя, у зв'язку з чим включення подібних тем є важливим у випадку роботи з людьми, що пережили сильні травматичні події. Значна частина людей після отримання психологічної травми намагаються

усунулися від суспільства й замикаються в собі, деякі з комбатантів втрачають зв'язок із близькими людьми й не вірять, що сім'я та найближче оточення спроможні зрозуміти їхні переживання.

Метою третьої зустрічі є навчання навичкам висловлювання власних емоцій і взаємодії з оточуючими людьми. Попередні зустрічі передбачали ознайомлення учасників із тим, як потрібно реагувати на фруструючі ситуації та роботу в команді. У рамках третьої зустрічі потрібно розповісти про те, як незалежно від ситуації конструктивно спілкуватися з людьми. Теоретична частина на такому занятті повинна бути мінімальною, більше часу варто присвятити обговоренню проблем, які безпосередньо стосуються спілкування в групі. Така робота буде більш ефективна, ніж лекційний матеріал.

Першою вправою пропонується виконати вправу «Перекладач». Вона має на меті розвиток навичок активного слухання та точного відтворення отриманої інформації. Усі учасники діляться на пари й протягом 5 хвилин кожна пара повинна розповісти про себе якомога більше інформації, по закінченню часу учасники по черзі представляють свого партнера, при цьому розповідають ту інформацію, якою з ними поділилися. Потім пропонується обговорення в контексті того, як комфортно почували себе учасники, слухаючи розповіді про себе, наскільки легко їм було виступати в ролі оповідача, чи вдалося зробити коротку і точну розповідь.

Далі йде вправа «Розпізнай емоцію». Ця вправа має на меті розвинути навички невербального спілкування і встановлення емоційного контакту, а також сформулювати можливості розуміння емоцій оточуючих людей. Спочатку учасникам роздаються картки, на яких написані різні емоції, потім учасники, не називаючи емоцію, повинні пояснити іншим що це таке. Вправу можна ускладнити й попросити учасників зобразити емоцію за допомогою жестів або міміки. Коли емоція буде вгадана, черга переходить до наступного учасника. Наприкінці обговорюється як просто було демонструвати чи пояснювати емоції, які виникали труднощі, які саме емоційні стани розпізнати важко та що може

сприяти правильному їх поясненню. Таке обговорення дозволяє сформувати основу невербальних проявів щодо того на що орієнтуватися під час спілкування.

Завершальна вправа даного заняття – вправа «Шнурівка». Її метою є розвиток умінь аргументувати свою думку. Для її досягнення ведучий розділяє учасників на дві команди й пропонує якусь тему для обговорення, приміром «чи варто лікуватися в лікарні, чи необхідно приймати ліки, які виписує лікар». Перша група учасників повинна придумати і назвати аргументи на користь висловленої тези, а друга – проти. Свої аргументи обидві команди наводять по черзі. Потім обговорюється які саме аргументи видалися вагомими і несподіваними та чи легко було наводити доводи.

4. Як зазначено вище, останнім заняттям програми вважатиметься формування цілей і планів на майбутнє. Більшість учасників пов'язують і минулий, і майбутній досвід із травматичною подією, що може перешкоджати адекватному сприйняттю реальності. У зв'язку з цим метою цієї зустрічі є формування цілей і планів на майбутнє, які принесуть користь або будуть приємні у виконанні для оточуючих.

У рамках останньої зустрічі учасникам роз'яснюється важливість позитивного бачення власного майбутнього й те, яким саме способом необхідно будувати подальші плани – такі, щоб вони позитивним чином впливали на життя.

Подібне обговорення дозволяє не тільки звернутися до власного майбутнього в позитивному ключі, а й скласти низку кроків, які варто зробити, щоб зробити своє майбутнє яскравим.

Проведення подібних вправ дозволить підвищити емоційний стан учасників і дасть можливість для розвитку і когнітивних функцій, і рефлексії й можливості звернення до власного емоційного стану. Варто пам'ятати, що обговорення кожної запропонованої нами вправи обов'язкове, так як це дає змогу учасникам зрозуміти зміст запропонованих вправ і проаналізувати отриману інформацію.

Програма розроблена з урахуванням характерних особистісних особливостей учасників бойових дій і спрямована на покращення психологічного стану учасників і загального настрою у рамках проходження основного лікування. Відноситься програма до групи когнітивно-поведінкових методик, які використовують вправи і рольові ігри, що спрямовані на відпрацювання навичок спілкування, планування майбутнього, подолання афекту і негативних емоцій, а також розвиток когнітивних функцій учасників. Загалом, програма психологічного втручання носить більш психоедукаційний характер, аніж психотерапевтичний, оскільки занадто обмежена в часі, що є головним недоліком запропонованої програми. Припускаємо, що основне осмислення вправ і інформації програми повинне відбуватися самостійно, через що варто спочатку пояснювати це учасникам.

Програму побудовано таким чином, що з учасниками групи в ній можуть бути задіяні різні рівні психологічної роботи – поведінковий, особистісний, емоційний і інформаційний.

ВИСНОВКИ

Проблема діагностики і виявлення у військовослужбовців психологічних синдромів порушення психічної діяльності в результаті бойових травм стоїть надзвичайно гостро, так як лише одиниці готові своєчасно звернутися до фахівців за допомогою в разі негативних симптомів розладу.

Деякі симптоми посттравматичного розладу зберігаються навіть через десятиліття, тоді як деякі з симптомів можуть редукуватися чи згладитися. Тільки одиниці володіють знаннями щодо посттравматичних розладів і симптомів цього розладу існують. До найбільш виражених симптомів відстрочених наслідків ПТСР відноситься органічна симптоматика. також легше комбатанти висувають скарги на проблеми з увагою чи пам'яттю, аніж на труднощі в емоційній сфері.

Організовуючи соціальний супровід та соціально-психологічну допомогу військовослужбовцям варто залучати фахівців широкого спектру служб з відповідними компетенціями.

В процесі дослідження наявних буттєвих проблем і можливих порушень психофізичного стану військовослужбовців необхідно уникати ізольованого використання самоопитувальників, а також інших суб'єктивних методик і дотримуватися принципів багатовекторного підходу до з'ясування життєвих обставин у військовослужбовців. При цьому потрібно диференціювати певні негативні ситуації, пов'язані з психофізичними порушеннями, та дисциплінарні чи навіть кримінальні дії військовослужбовців. Суттєво підвищити якість результатів таких досліджень може використання етологічних методів.

Організація й проведення профілактичних заходів у військовій сфері покладається як на фахівців спеціальних груп медико-психологічного супроводу і кабінетів медико-психологічної корекції, так і на посадових осіб, які відповідальні за збереження і зміцнення здоров'я і благополуччя військовослужбовців (командирів, офіцерів з роботи з особовим складом,

служби соціального супроводу, служби військ і безпеки військової служби, військових психологів).

Організація психопрофілактичної роботи повинна відбуватися на всіх етапах військової служби, а також на етапі відбору кандидатів на військову службу. Одним із основних чинників у налагодженні профілактичної роботи є вивчення динаміки профілю професійної надійності кожного з військовослужбовців упродовж усієї військової служби. Складаючи індивідуальний профіль професійної надійності потрібно враховувати виразність професійно-важливих якостей і можливість їх корекції.

Етапами медико-психологічного супроводу військовослужбовців повинні охоплювати:

- етап відбору кандидатів на заміщення посад;
- етап підготовки з військово-облікової спеціальності/за призначенням;
- етап підготовки до виконання бойового завдання;
- етап підтримки в період виконання бойового завдання;
- етап реабілітації/відновлення після виконання бойового завдання.

Основні результати роботи рекомендується використовувати для того, щоб можна було кваліфіковано діагностувати наслідки військового синдрому і психологічної реальності, а також мати можливість відбирати контингент пацієнтів госпіталів до спільноти ветеранів воєн.

«Програма психологічного втручання, розроблена для учасників бойових дій з використанням засобів природотерапії» дозволить підвищити рівень психологічної освіти учасників і надасть військовослужбовцям можливість формування навичок емоційного реагування на різні події, планування майбутнього, детального осмислення психофізіологічних реакцій і роботи над існуючими складнощами в когнітивній сфері.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Актуальні проблеми соціальної адаптації військовослужбовців та членів їх сімей. Під. ред. Рубцова. Київ, 2011. 346 с.
2. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації). Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 147 с.
3. Білий О.В., Іванцова Г.М., Мартинюк Г.М. Особливості психофізіологічної адаптації військовослужбовців до умов військової служби в залежності від спеціальності. Актуальні проблеми транспортної медицини. 2012. № 1 (27). С. 96-100.
4. Бойко О.В., Гузенко І.М., Кожевніков В.М. Психологічна підготовка військовослужбовців. Ч.1 : метод. посіб. За ред. О.В. Бойко. Львів: АСВ, 2010. 200 с.
5. Буряк О.О., Гіневський М.І. Соціальна адаптація армії України до нових умов існування . Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. 2014. Випуск 4. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ZKhUPS_2014_4_41
6. Військова психологія та педагогіка: інноваційний підхід : підручник : у 2 ч. За заг. ред. С.Д. Максименка. Київ: НУОУ, 2013. Ч. 1. 472 с.
7. Вус В. Терапевтичний потенціал малих груп у збереженні психічного здоров'я учасників бойових дій на сході України: аксіологічний підхід. Наукові студії із соціальної та політичної психології. 2019. (43(46), 95–106. URL: [https://doi.org/10.33120/ssj.vi43\(46\).28](https://doi.org/10.33120/ssj.vi43(46).28)
8. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання. Пер. з англ. О. Лизак, О. Наконечної, О. Шлапак. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
9. Головіхіна Н.М., Коваль А.М., Коваль М.А., Коваль О.М.. Основи військового етикету та психології. Навчальний посібник. К.: «Золоті Ворота», 233 с.

10. Горбенко Д.А. Організаційно-правові та методичні засади удосконалення діяльності психологічної служби МВС України: Юрид. Наук: 19.00.06. М-во внутрішніх справ України, Нац. Академія внутрішніх справ; наук. кер. Медведєв В.С. Київ, 2018. 307 с.
11. Грабовенко Н.В. Методичні рекомендації щодо забезпечення самостійної роботи студентів з дисципліни «Методи соціальної роботи» (для бакалаврів). Київ: МАУП, 2018. 30 с.
12. Діяльність психолога у ході психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України: (методичні рекомендації). Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, О.В. Еверт. Київ: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 110 с
13. Дмитренко Г.М. Психологічна реабілітація учасників АТО: види діяльності практичного психолога. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : Зб. наук. праць. 2016. С. 248–252.
14. Дуткевич Т. Теорія і практика розвивально-корекційної роботи психолога. Київ: КНТ, 2017. 266 с.
15. Євдокимова Н.О. Соціально-психологічний тренінг як технологія розвитку особистості студента. Вісник Національного університету оборони України. 2014. № 4. С. 211–217.
16. Квітко Н.М. Соціальна робота з вимушено переміщеними особами як наукова проблема. Шляхи розвитку науки в сучасних кризових умовах: матеріали наук. практ. інтернет-конф., (Дніпро, 3-4 черв. 2021 р). Дніпро, 2021. С. 513.
17. Карпюк Г. Реабілітація і медицина для військових : перехід від тактики до стратегії URL: https://www.segodnya.ua/ua/regions/donetsk/psiholo_giya-voyny-kak-pomoch-veteranam-ato-vernutsya-k-normalnoy-zhizni1117099.html
18. Класифікація психічних розладів МКХ-10. URL: <http://mkh10.com.ua>

19. Крючкова М.В. Здатність до адаптації в залежності від темпераменту. Київ, 2016. Випуск 5-1. С. 104–105
20. Кокур О.М. Психологічна робота з військовослужбовцямиучасниками АТО на етапі відновлення: метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
21. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
22. Кокур О.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Практикум з формування стресостійкості військовослужбовців до раптових змін бойової обстановки : метод. посіб. За ред. В. Мороза. К.: НДЦ ГП ЗС України, 2020. 70 с.
23. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І. Психологічна самота взаємодопомога військовослужбовців Національної гвардії України в умовах ведення бойових дій: посіб. За ред. І.І. Приходька. Харків: НА НГУ, 2016. 108 с.
24. Кондратенко О.О. Державне регулювання механізмів соціального захисту учасників антитерористичної операції та членів їх сімей: дис. канд. наук. з держ. управління : 25.00.02. Київ, 2019. 280 с.
25. Кравченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції : монографія. Харків: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.
26. Методичні рекомендації з організації психологічної підготовки військовослужбовців ЗС України до пере-бування в умовах примусової ізоляції (2020 р.). URL: <https://dovidnykmpz.info/psycho/metodychni-rekomendatsii-z-orhanizatsii-psykholohichnoi-pidhotovky-viys-kovosluzhbovtsiv-zs-ukrainy-do-perebuvannia-v-umovakh-prymusovoi-izoliatsii-2020-r/>
27. Мозговий В.І. Дослідження поняття психологічного супроводу військовослужбовців на різних етапах службової діяльності. Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна. Серія «Психологія». Вип. 63. 2017. С. 58-63

28. Недвига О.В. Психологічне забезпечення професійної діяльності військовослужбовців-саперів в особливих умовах діяльності : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.09. Київ, 2019. 257 с. URL: <https://nuou.org.ua/assets/dissertations/diser/diser-nedvyha.pdf>.

29. Положення про Психологічну службу Збройних Сил України від 04.12.2014. № 317. URL: <https://dovidnykmpz.info/psycho/nakaz-heneral-noho-shtabu-zbro-nykh-sy-7/>.

30. Приходько І.І. Досвід фахівців Республіки Хорватія з організації надання соціально-психологічної та психіатричної допомоги жертвам Вітчизняної війни 1991–1995 років. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2017. Вип. 21. С. 122–131.

31. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю: Закон України від 17.01.2019 р. № 2671-VIII. Відомості Верховної Ради України. 2001. Ст. 213.

32. Про соціальну роботу та соціальні послуги : Проект Закону України від 21.01.2014 р. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/NT0714>

33. Психологія бою : посіб. Грицевич Т.Л., Гузенко І.М., Капінус О.С., Мацевко Т.М., Романишин А.М. За ред. А.М. Романишина. Львів: Видавництво «Астролябія», 2017. 352 с.

34. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України : методичний посібник. О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська, Л.В. Корня. Київ: ФОП Маслаков, 2019. 288 с.

35. Психологія діяльності в особливих умовах : словник. За заг. ред. проф. І.І. Приходька. Харків: НА НГУ, 2018. 182 с.

36. Психологія і педагогіка військових колективів: навчальний посібник. В.О. Ананьїн, В.В. Горлинський, О.О. Пучков, О.В. Уваркіна; за ред. В.О. Ананьїна. ІСЗЗІ КПІ ім. Ігоря Сікорського, Київ Вид-во «Політехніка», 2021. 274 с.

37. Рассказова О.І., Логвінова О. Г. Визначення якості надання соціальної допомоги військовослужбовцям та членам їхніх сімей: анкета. URL: <http://surl.li/abukd>

38. Семигіна Т.В. Сучасна соціальна робота. Київ: Академія праці, соціальних відносин та туризму, 2020. 275 с.
39. Соціальна робота з військовослужбовцями. URL: <https://www.kazedu.kz/referat/152813>
40. Таран Ю.Я. Соціальна адаптація колишніх військовослужбовців та членів їх сімей. Досвід роботи недержавних некомерційних організацій. Праця і соціальні відносини. 2010. № 1. С. 211–217.
41. Титаренко Т. Напрямки психологічної реабілітації особистості, що переживає події війни. Збірник статей. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій. К.: 2015. С. 3–11.
42. Турбан В.В. Реабілітаційна робота з військовослужбовцями, учасниками бойових дій у центрах соціальних служб: етичний аспект. Творча спадщина Г. С. Костюка: історія та сучасність. 2018. С. 346–345.
43. Шолудько Ю.О. Соціальний захист військовослужбовців за законодавством України. Актуальні проблеми сучасного права. 2018. С. 55–68.
44. Osyodlo V., Zubovskyi D. Psychological Characteristics of Hybrid Warfar. Redakcja naukowa: P. Pacek, M.A. Kamiński, D. Merecz. Warszawa, 2020. P. 26–39. URL: https://www.researchgate.net/publication/344414030_PSYCHOLOGICAL_ASPECTS_OF_ARMED_CONFLICTS
45. Tytarenko T. Psychological Health Restorationasa Way of Socio-Psychological Rehabilitation of a Person. Mental Health: Global Challenges Journal. 2018. 1(1). P. 81–82. URL:<https://doi.org/10.32437/mhgcj.v1i1.33>