

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут

Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»
завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
«__» _____ 2022 р.

УДК 615.8:159.98]355.422-052

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

Кваліфікаційна робота магістра
за освітньо-професійною програмою «Психологія»
другого (магістерського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 - Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконала:
студентка 665мз групи
Колеснік Наталія Володимирівна

Науковий керівник:
к.психол.н., доцент
Васильєва Ганна Вікторівна

Миколаїв – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	7
1.1. Загальна характеристика психологічної реабілітації як наукової дефініції.....	7
1.2. Теоретико-методологічні основи реабілітації військово-службовців учасників бойових дій	13
1.3. Характеристика різних видів психологічної реабілітації військовослужбовців.....	19
1.4. Психологічні особливості прояву ПТСР в учасників бойових дій.....	24
Висновки до першого розділу	31
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	33
2.1. Методи та організація дослідження	33
2.2. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовців.....	36
2.3. Діагностика емоційної сфери учасників бойових дій	43
2.4. Діагностика адаптації учасників бойових дій.....	47
Висновки до другого розділу	51
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ	54
3.1. Організація та методологія експериментального дослідження	54
3.2. Тренінгова програма щодо реабілітації учасників бойових дій	65
3.3. Методичні рекомендації щодо психологічної реабілітації учасників бойових дій	75
Висновки до третього розділу	82
ВИСНОВКИ	84
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	87
ДОДАТКИ	95

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасний етап становлення та розвитку України зумовлює необхідність розвитку нових життєвих стратегій, компетентності, посилення гнучкості та мобільності у житті учасників бойових подій. Проблема у сім'ях військовослужбовців є однією з найактуальніших тем сучасного стану України. Велике значення надається ступеню взаємодії під час стресових та кризових ситуацій, що впливає на якість життя військовослужбовців.

Практична значимість даної роботи полягає в подальшій розробці оптимальних методик психокорекції психологічного та емоційного стану військовослужбовців, що сприяють розрядці напруженої емоційної обстановки в сумпільстві і запобіганню кризових ситуацій у житті учасників бойових дій.

Аналіз сучасних тенденцій розвитку суспільства констатує наявність життєвої кризи та переломного моменту життя після повернення військовослужбовців із зони АТО. Нові соціально-економічні умови суттєво впливають на всі сторони життя особистості, цей вплив відбивається і на психологічному стані, у зв'язку з чим проблема вивчення конструктивної взаємодії особистості в соціумі, її гармонійного існування в ньому і самостійного розвитку набуває все більшої актуальності.

У вітчизняній психології, при вирішенні проблем, пов'язаних з розробкою питань корекції психологічного стану військовослужбовців, спираються на ідеї, закладені в працях радянських дослідників (Ю.Є. Альошина, Л.Я. Гозман, Е.М. Дубовська). Ю.Є. Альошина пояснює функціонування родини як системи, що розкриває особливості відносин сім'ї з учасником бойових дій. Л.Я. Гозман вважає, що виникнення емоційних відносин, у тому числі й любов, можна пояснити міжособистісною атракцією (привабливість одного для іншого). Він використовує результати емпіричного вивчення міжособистісної атракції, які показують, що сильними детермінантами її є подібність аттитюдів і вираження об'єктом атракції свого

позитивного відношення до суб'єкта при високій самооцінці кожного. У теоретичному плані значний внесок у вирішенні проблеми взаємозв'язку і вплив тривожності на формування нових стосунків внесли А.С. Спиваковська, Е.Г. Ейдемільер та ін. Проблема формування відносин військовослужбовців розглядається у підходах вчених А. Антонова, Ю. Солонікова, В. Терьохіна, В. Переведенцева, а також у дослідженнях інституційно-трансформаційного підходу до формування особистісних відносин (О. Здравомислова, С. Голод). Все це обумовлює актуальність даної теми.

Мета дослідження – дослідити, обґрунтувати та експериментально перевірити дієвість системи психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Відповідно до мети були визначені **завдання дослідження**:

- 1) на основі теоретико-методологічного аналізу визначити особливості мотивів психологічної реабілітації учасників бойових дій;
- 2) вивчити основні характеристики методів психологічної реабілітації;
- 3) розробити діагностичну програму, щодо поліпшення та оптимізації емоційного стану учасників бойових дій;
- 4) дослідити рівні психоемоційного напруження та зменшення проявів ПТСР у військовослужбовців;
- 5) надати рекомендацій щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях.

Об'єкт дослідження – психологічний стан учасників бойових дій.

Предмет дослідження – динаміка психологічного стану в процесі реабілітації учасників бойових дій.

Методи досліджень: У роботі для розв'язання поставлених завдань та забезпечення об'єктивності дослідження були застосовані теоретичні методи: метод теоретичного аналізу й узагальнення наукової літератури з проблемами дослідження; метод порівняльного аналізу та узагальнення даних. Також для роботи ми використали такі емпіричні методи: спостереження, бесіди,

анкетування та психодіагностичні методики: методика «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна», клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів К.К. Яхін, Д.М. Менделевич, методика «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)», методика «Самопочуття, активність, настрої (САН)» (В. Доскін). До комплексу методів статистичної обробки даних увійшли: порівняльний та кореляційний аналізи (коефіцієнт кореляції Стьюдента для залежних вибірок). При обробці даних було використано комп'ютерну програму SPSS 17.0.

Практична значимість. Психокорекційну програму можуть використовувати усі, хто націлений на нормалізацію свого психологічно-емоційного стану після повернення із зони АТО. У результаті такого дослідження тестуючим вказуються ті проблеми, які потрібно коригувати. Такий підхід корекції емоційного стану можна використовувати під час консультацій. Дана тема є актуальною для вивчення та дослідження адже охоплює значну частину сучасного життя. Матеріали кваліфікованої роботи можуть бути корисними для студентів при підготовці до групових, лабораторних занять, при написанні курсових та інших робіт. Також можуть бути корисними викладачам при розробці лекційних занять, групових консультацій, написанні підручників, посібників та монографій.

Теоретична значимість. Полягає в узагальненні теоретичних матеріалів наукових психологічних і соціальних праць, присвячених проблемі психологічної реабілітації учасників бойових дій та особливостей її реалізації у даний момент.

Емпірична база дослідження. Дослідницько-експериментальна робота проводилася на базі 36-тої окремої бригади морської піхоти імені контрадмірала Михайла Білінського (36 ОБрМП, в/ч А2802) – з'єднання морської піхоти України. Перебуває у підпорядкуванні Командування Морської піхоти ВМС України. Вибірка склала 30 осіб.

Публікації. Матеріали дослідження висвітлені у статтях «Теоретико-методологічні основи реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій», «Проблема сімейних відносин у сім'ях військовослужбовців», «Особливості корекції сімейних відносин у сім'ях військовослужбовців» та опубліковані у збірниках матеріалів конференцій.

Структура та обсяг кваліфікаційної магістерської роботи. Робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний текст дослідження викладено на 86 сторінках комп'ютерного тексту. Список використаних джерел включає 82 найменування українських та зарубіжних авторів.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Загальна характеристика психологічної реабілітації як наукової дефініції

Основою розвитку реабілітаційної науки є війна: Перша і Друга світова війни. В умовах бурхливого розвитку сучасної медицини, екологічної санітарії та особистої гігієни захворюваність і смертність від гострих інфекційних захворювань знизилися. У той же час швидкий розвиток науки і техніки, швидкий розвиток індустріалізації та урбанізації, забруднення навколишнього середовища, посилення тиску призвели до зростання серйозних психічних захворювань. Збільшується кількість пацієнтів, які страждають від психологічних травм і розладів.

Реабілітаційна психологія як самостійна галузь науки виникла в 1980-х роках. Багато університетів по всьому світу створили кафедри реабілітаційної психології для викладання суміжних предметів.

Науково-теоретичний огляд реабілітаційної психології не має чітких меж, але практичний розвиток цієї галузі активно використовується в усіх формах реабілітаційних структур, оскільки психологічна реабілітація є невід'ємною частиною будь-якого виду реабілітаційної допомоги [3].

Протягом століть люди, які зазнали душевних, духовних чи фізичних травм, часто одужували в багатьох монастирях (отримували духовне, психологічне, а іноді навіть фізичне одужання). Якщо говорити про історичні події, які стали передумовою виникнення реабілітаційної психології, то насамперед слід згадати про перший національний досвід догляду людини за ветеранами – ветеранський притулок, побудований Людовіком XIV. Будівництво тривало протягом 1671–1706-х років. Паризький «Дім Інвалідів» став справжнім містом у мініатюрі, де жили за церковними

правилами і військовою дисципліною. Якщо описати «дім інвалідів» сучасною мовою, то буде відбуватися певна соціальна та психічна реабілітація, трудотерапія (робота в швейних, гобеленових майстернях, малювання тощо), формування чіткої ієрархічної системи взаємовідносин (приєдналися майже 4 тис. ветеранів). руки). Ветерани підтримують один одного, а командири та священнослужителі надають психологічну підтримку.

Термін «реабілітація» з'явився лише в середині ХХ століття. Після Другої світової війни у Великобританії та США розроблені принципи реабілітації, які згодом лягли в основу концепції реабілітації інвалідів у різних країнах. Реабілітація – це використання різноманітних можливостей для зменшення впливу факторів, що обмежують життя людини або викликають інвалідність, надання інвалідам можливості досягти найкращої соціальної інтеграції [30].

У той же час з'явилася така галузь науки і практики, як фізика та реабілітаційна медицина - незалежна медична професія, покликана забезпечувати фізичні та когнітивні функції (поведінку), брати участь у суспільному житті (особливо якість життя) та змінювати особистість і фактор середовища. Фахівці з медичної реабілітації відповідають за профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію людей із клінічними та супутніми захворюваннями, які спричиняють інвалідність різного віку.

Реабілітація є розділом сучасної медицини, і її різні методи базуються переважно на особистості пацієнта та активно намагаються відновити порушені функції людини та соціальні зв'язки.

Реабілітація – це відновлення здоров'я, функцій та працездатності внаслідок захворювання, травми або фізичних, хімічних та соціальних факторів.

Мета реабілітації – дати можливість пацієнтам та інвалідам ефективно та рано повернутися до сімейно-трудового процесу суспільства, відновити їх особистісні якості. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) дуже близька до такого визначення реабілітації: «Реабілітація – це комплекс заходів, призначених для адаптації людей з інвалідністю через хворобу, травми та

вроджені вади до нових умов життя в суспільстві, в якому вони живуть. Слово реабілітація походить від латинського *habilis* – «здатність», *rehabilis* – «відновлення здібностей».

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, реабілітація – це процес, спрямований на комплексний догляд за хворими та інвалідами з метою досягнення якомога більшої фізичної, психологічної, професійної, соціальної та економічної цінності при цьому захворюванні [11, с. 9-10].

Таким чином, реабілітацію слід розглядати як складну, соціально-медичну проблему, яку можна поділити на кілька видів, або аспектів: медичну, фізичну, психологічну, професійну (трудова) та соціально-економічну.

Психологічний аспект реабілітації спрямований на корекцію психічного стану пацієнта, а також формування його стосунків до лікування, лікарських рекомендацій, виконання реабілітаційних заходів. Необхідно створити умови для психологічної адаптації хворого до життєвої ситуації, що змінилася внаслідок хвороби.

Психологічний аспект реабілітації спрямований на корекцію психічного стану хворих, формування ставлення до лікування, медичних консультацій, проведення реабілітаційних заходів. Необхідно створити умови, щоб пацієнти могли психологічно адаптуватися до умов життя, змінених у зв'язку з захворюванням. Професійні аспекти реабілітації охоплюють такі питання, як працевлаштування, професійне навчання та перепідготовка, які визначають працездатність пацієнта.

Соціально-економічна реабілітація полягає у відновленні економічної незалежності та соціальної цінності постраждалих. Ці завдання вирішують не лише медичні установи, а й установи соціального захисту. Тому реабілітація є багатограним процесом відновлення здоров'я людини та її реінтеграції в роботу та соціальне життя.

Звичайно, вид реабілітації слід розглядати уніфіковано та взаємопов'язано. Три види реабілітації (медична, професійна та соціальна) відповідають трьом типам наслідків захворювання:

1) медико-біологічні наслідки хвороб, які полягають у відхиленнях від нормального морфофункціонального статусу;

2) зниження працездатності чи працездатності у сенсі слова;

3) соціальна дезадаптація, тобто порушення зв'язків із сім'єю та суспільством. Звідси випливає, що одужання хворого після перенесеного захворювання та його реабілітація – зовсім не те саме, оскільки крім відновлення здоров'я пацієнта необхідно відновити ще й його працездатність (працездатність), соціальний статус, тобто повернути людину до повноцінного життя в сім'ї, суспільстві, колективі.

В даний час немає спільної точки зору про можливі перспективи лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Одні фахівці вважають, що ПТСР – розлад, щовиліковується, інші – що його симптоми повністю не можна усунути.

Згідно з літературними джерелами, американські психіатри Р. Грінкер і Д. Шпігель були одними з перших, хто розглядав уповільнений психічний стан ветеранів бойових дій як відповідь на бойовий стрес. Ю.А. Александровський сказав – «переживання людей, які постраждали від різних катастроф, війн, навіть якщо вони не постраждали, не залишаються ними без уваги. Через роки, переживши це, у них розвиваються різні патологічні ознаки невротизму» [82].

Ще під час Другої світової війни В.А. Гіляровський описав «синдром нервової демобілізації», який виникає після повернення солдатів з передової і характеризується залишковою втомою на тлі різкого зниження мобілізації волі.

На основі досліджень повоєнної адаптації ветеранів Великої Вітчизняної війни вітчизняні вчені приходять до висновку, що травматичні наслідки війни можуть зберігатися довгий термін вже після воєнних дій (Введенський І.Н., Краснушкін Є.К., Холодовський Є.М. та ін).

Лікуванням ПТСР займаються медичні працівники, психологи та психотерапевти, у деяких клінічних випадках – психіатри. Військові психологи надають допомогу учасникам та ветеранам бойових дій у купуванні окремих

його симптомів. Така допомога може надаватися як в індивідуальній, так і груповій формі [1].

А отже, посттравматичний стресовий розлад ПТСР, посттравматичний стресовий розлад, комбатантський синдром, в'єтнамський синдром, афганський синдром, східний синдром тощо) – це психічний розлад, тип неврозу, спричинений однією або кількома травмуючими подіями, такими як бойові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха. катастрофи, серйозні фізичні травми, домашнє чи сексуальне насильство, загроза смерті, свідок чи виконавець чиєїсь смерті.

ПТСР проявляється як тривала реакція на стрес – ефект, за словами лікарів, спостерігається не раніше ніж через чотири тижні після травматичної події.

Враховуючи, що військовий психолог працює виключно з окремими симптомами ПТСР, а не з його розгорнутими формами, то тимчасові рамки та методична схема процедур психологічної допомоги щоразу будуть визначатися видом та силою прояву симптому, готовністю військовослужбовця до роботи та професіоналізмом психолога.

Для досягнення цілей психологічної допомоги можуть використовуватися засоби раціональної, когнітивної, поведінкової, особистісно-орієнтованої психотерапії, прийоми психічної саморегуляції.

Психологічна допомога військовослужбовцям із симптомами ПТСР включає три стадії. На першій стадії з'ясовуються симптом, ступінь його впливу на повсякденну життєдіяльність військовослужбовця, готовність клієнта до роботи з його усунення, формується психологічно безпечна та комфортна для роботи атмосфера. На другій стадії здійснюється усунення тривожного симптому. Третя стадія присвячується тестуванню результату та «приєднання» до реального життя [9].

Таким чином, сучасна психологічна наука і практика мають різноманітні форми та засоби індивідуальної психотерапії, придатні для психологічної реабілітації військовослужбовців.

Всі заходи з психологічної реабілітації базуються на результатах психодіагностики, які визначають їх змістовну сторону та спрямованість, виступають як об'єктивні показники необхідності їх проведення та оцінки досягнутих результатів (ефективності). Грунтуючись на результати психодіагностики, кожного клієнта заповнюється індивідуальна карта психологічної реабілітації, у якій відбивається весь комплекс корекційних і розвиваючих заходів [5, с. 4-5]. Основними методами психологічної реабілітації є психологічна консультація (бесіда), психологічний тренінг, психокорекційні заняття в сенсорній кімнаті.

На завершальному та узагальнюючому етапі психокорекційних заходів відбувається оцінка ефективності проведеної роботи, складаються психолого-педагогічні рекомендації, обговорюються підсумки проведеної роботи з психологом.

Оцінка ефективності проведеної роботи з клієнтами може бути різною, залежно від того, хто здійснює цю оцінку: клієнт, тобто безпосередньо той, на кого була спрямована робота чи інша зацікавлена особа (лікарі, адміністрація установи), хто звернувся із запитом про допомогу до психолога, або ж сам психолог.

З погляду клієнта робота буде успішною та ефективною, якщо він під час занять отримає емоційне задоволення і в цілому, як у ході роботи, так і по її закінченню, переживатиме позитивні емоції щодо своєї участі у групових та індивідуальних заняттях. Для педагогів проведена робота ефективна, якщо її задоволений запит [39].

Для психолога критерієм результативності проведеної роботи та ефективності корекційної програми є ступінь досягнення мети корекції та вирішення поставлених завдань. Оцінка результативності виробленого впливу здійснюється психологом повторною діагностикою тих сторін психіки та особистості клієнтів, які стали предметом корекції. Для оцінки стійкості отриманого ефекту необхідно провести спостереження за поведінкою клієнта та ретестування.

Слід розглядати реабілітацію і як багатоетапний процес, «метою якого є попередження (за індивідуальною програмою) у період лікування, відновлення здоров'я (особистого та соціального статусу) до можливого оптимуму та максимуму у фізичному, психічному (духовному), соціальному, професійному відношенні», на думку А.Г. Караян [34]. Таким чином, реабілітацію, на підставі вищесказаного, можна представити як:

- комплекс заходів;
- систему заходів (всіх можливих);
- професійну адаптацію, реадaptaцію, перекваліфікацію (спеціальну, загальну, неспецифічну);
- галузь діяльності різних фахівців (взаємозв'язок,
- взаємодія);
- багатоетапний процес взаємодії індивідуума (реабілітованого) та учасників реабілітації (що реабілітують та створюють умови для неї) [27, с.69 - 70].

Завдання реабілітації, а також її форми та методи змінюються залежно від етапу. Якщо на першому етапі (відновне лікування) завдання полягає у профілактиці дефекту, то на наступних етапах вона полягає у пристосуванні індивіда до життя та праці, у раціональному побутовому та трудовому устрої, у створенні сприятливого мікросередовища.

1.2. Теоретико-методологічні основи реабілітації військово-службовців учасників бойових дій

Наше суспільство зустрічається з реальністю, де йде війна та притаманні їй жахливі наслідки. Люди, а саме чоловіки, молоді хлопці, які беруть участь у бойових діях на них це залишає відбиток на всі наступні роки життя. Війна надовго, або навіть назавжди, змінює якість їхнього життя.

Внаслідок бойових дій може настати інвалідність, яка часто призводить до безробіття, депресії, втрати мотивації, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) тощо. Кожен четвертий боєць, який повертається із зони АТО, потребує психологічної допомоги [31].

Повертаючись із війни, солдат потрапляє у зовсім інший світ без вибухів, стрілянини, передчасної смерті. Одне з найважливіших завдань суспільства, яке зустрічає своїх солдатів із війни – це психологічна реабілітація військовослужбовців. Відсутність адекватної реабілітації суттєво впливає на долю людей, котрі зіткнулися з війною. У США після війни у В'єтнамі кількість самогубств серед колишніх військовослужбовців перевищила втрати під час самої війни.

А.Г. Караян та І.В. Сиромятников у книзі «Прикладна військова психологія» [20, с. 154-156] пояснюють, як саме психологічна реабілітація вирішує широкий спектр завдань психологічної допомоги для учасників бойових дій.

Насамперед це:

- нормалізація психічного стану;
- відновлення порушених (втрачених) психічних функцій;
- гармонізація «Я–образу» ветеранів війни зі сформованою соціально-особистісною ситуацією (поранення, інвалідність тощо);
- надання допомоги у встановленні конструктивних відносин з референтними особами та групами.

Таким чином, мета психологічної реабілітації – відновлення психічного здоров'я та ефективної соціальної поведінки військових.

Основне значення психологічної реабілітації у даному випадку є у груповій психотерапії надається таким чинникам, як згуртованість, емоційна підтримка, універсальність, ідентифікація, самоврядування та емоційне реагування групи.

Групи є переважно відкритими, тобто на місце клієнтів, що закінчили реабілітацію, надходять нові. Відкритість групи допомагає створенню у

клієнтів оптимістичної тимчасової перспективи, навчає конструктивним способам адаптації, пізнання себе та інших, дає знання причин хворобливих розладів, забезпечує формування ефективніших когнітивних схем. У той час як у традиційній груповій психотерапії забороняється обговорювати поза групою те, що відбувається на заняттях у групі, у групах ветеранів бойових дій, навпаки, заохочується спілкування учасників групи поза заняттями, їх подальша соціалізація [70]. «Соціальний склад терористичних груп був якісно іншим і складався з робітників, переселенців, засуджених, саме там закладався фундамент так званого «бомбового тероризму», який набув стрімкого розвитку на теренах Російської імперії, через велику кількість вибухівки, яка була потрібна під час роботи на шахтах. Крім того, науковець підкреслює, що особливістю тамтешнього тероризму було те, що він мав всі ознаки бунту: був ірраціональним, спонтанним і масовим. На сході України через те, що там утворилося неконтрольоване імперією «гуляй поле», влада використовувала силу регулярної армії» – пише японський дослідник Гіроакі Куром.

«Основним методом групової кризової психотерапії є проблемна дискусія біографічної та тематичної спрямованості. У наступній груповій психотерапії велику роль починають грати тренінгові методики рольового тренінгу з використанням поведінкових процедур, психодрама з розігруванням рольових ситуацій. У фазі закінчення групової кризової психотерапії узагальнюються терапевтичні досягнення клієнта, підкріплюється його впевненість у можливості реалізувати намічені їм плани» – говорить Ю.М. Шаніна.

Учасники бойових дій – громадяни, які беруть безпосередню участь у бойових діях у складі об'єднань, з'єднань, військових частин, підрозділів, тимчасових формувань, штабів та установ Збройних Сил України, інших військ, військових формувань та органів, організацій [33, с. 155-156].

Учасники збройних конфліктів – громадяни, які проходять (проходили) військову (спеціальну) службу та виконують (виконували) службові обов'язки, або тимчасово перебувають (перебували) в об'єднаннях, з'єднаннях, військових частинах, підрозділах, тимчасових формуваннях, штабах та установах Збройних

Сил України інших військ, військових формувань та органів, організаціях у районах збройних конфліктів, а також у період проведення миротворчих операцій під час збройних конфліктів.

Дослідження, які проводяться в цій галузі, показують, що у людей, які побували в екстремальних ситуаціях, виникають так звані посттравматичні стресові порушення. За результатами досліджень, у структурі психічної патології серед військовослужбовців термінової служби, які брали участь у бойових діях під час локальних війн в Афганістані, Карабаху, Абхазії, Таджикистані, Чечні, психогенні розлади досягають 70%, у офіцерів та прапорщиків цей показник дещо менший. У 15-20% військовослужбовців, які пройшли через збройні конфлікти, є хронічні посттравматичні стани, спричинені стресом [4].

За даними провідних вітчизняних військових психіатрів, які вивчають частоту та структуру санітарних втрат при збройних конфліктах та локальних війнах, останнім часом суттєво змінилися втрати психіатричного профілю у бік збільшення кількості розладів прикордонного рівня. Проте набагато серйозніше пом'якшені і відстрочені наслідки війни, що впливають як на психофізичне здоров'я військовослужбовців, а й на їх психологічну врівноваженість, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій.

Коло явищ, що викликають травматичні стресові порушення, досить широке і охоплює безліч ситуацій, коли виникає загроза власного життя або життя близької людини, загроза фізичному здоров'ю або образу «Я». Порушення, що розвиваються після пережитої психологічної травми, торкаються всіх рівнів людського функціонування (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної та соціальної взаємодії) і призводять до стійких особистісних змін не тільки у людей, які безпосередньо пережили стрес, а й у членів їхніх сімей, а також очевидців [19, с. 57-58].

Посттравматичні стресові порушення сприяють формуванню специфічних сімейних відносин, особливих життєвих сценаріїв та можуть впливати на подальше життя. Психічна травма, психологічний шок та їх

наслідки – ось що визначатиме життєвий настрій тих, хто вижив у військових конфліктах. Статистичні дані також показують, що кожного загиблого на війні військовослужбовця припадає один випадок самогубства ветеранів у період після проходження військової служби.

Значна поширеність ПТСР внаслідок екстремальних переживань воєнного часу або різних техногенних та природних катастроф робить актуальною цю проблему для представників різних галузей науки. Необхідність тривалої медико-психологічної реабілітації осіб із ПТСР частіше супроводжується явищами лікарської інтоксикації, фармакологічної та психологічної залежності. Значимість проблеми полягає у поширеності патології, а й у її соціальних наслідках, оскільки захворювання схильні переважно люди працездатного віку [2]. Хронічний стрес розглядається як фактор, що призводить до раннього старіння організму та зниження у зв'язку з цим працездатності. Вивченню впливу стресуючих чинників на особистість присвячено безліч наукових праць. Гіляровський В.А. вказуючи на важливе значення вивчення впливу ситуації, що стресує, на психічне здоров'я, відзначав, що «психотравмуюче переживання, зовні не виявляючись, надовго зберігає патогенну дію, що може позначитися згодом у будь-яких реакціях». Він також вказував на те, що психічна травма «має розглядатися як вплив на весь організм, на його біохімічні та вегетативні процеси».

Незважаючи на те, що цій проблемі присвячено значну кількість робіт, питання діагностики, класифікації та методів лікування не тільки не вирішені до кінця, а й піддаються періодичному переосмисленню.

Низка подій кінця ХХ століття: війна в Афганістані, катастрофа на Чорнобильській АЕС, землетрус у Вірменії, бойові дії на Сході України, великі аварії на транспорті, вибухи житлових будинків, захоплення заручників тощо, викликали підвищений інтерес українського суспільства до проблеми травматичного психологічного стресу та посттравматичного розвитку особистості, яка пережила якусь із екстремальних подій. Стало очевидним наявність значимих особистості та суспільства психологічних наслідків

подібних подій, зокрема і таких, які унеможливають для частини населення нормальне функціонування в соціумі [8, с. 118-119].

Психологічна допомога має сприяти успішній адаптації військовослужбовця до нових умов життя.

Психологічна реабілітація – це допомога особистості на всіх етапах формування нової системи значимих відносин: від виникнення первинного розладу самосвідомості у вигляді негативних значимих відносин до формування позитивних значимих відносин особистості себе у співвідношенні зі світом у минулому, теперішньому та майбутньому етапах власного життя.

Психолог допомагає військовослужбовцям та членам їх сімей відновити та затвердити свої зв'язки з природним, соціальним та культурним просторами життя, структурувати у самосвідомості реальності зовнішнього світу, співвідносячи їх із реаліями внутрішнього світу [15].

Психологічна допомога військовослужбовцям – учасникам бойових дій має містити кілька напрямків:

1. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовця (психоемоційного стану на «громадянці», використуваних стратегій адаптації, поведінки) на підставі результатів психодіагностики індивідуальних особливостей військовослужбовця.

2. Психологічне консультування (індивідуальне та сімейне). В індивідуальних розмовах необхідно дати військовослужбовцям можливість висловити все наболіле, виявляючи зацікавленість їхньою розповіддю. Потім доцільно роз'яснити, що стан, який переживається – тимчасовий, він притаманний усім, хто брав участь у бойових діях [81].

Дуже важливо відчувати розуміння і бачити, що вони готові їм допомогти, не тільки професіонали, а й рідні. Одним із способів психологічної реабілітації є щире розуміння і терпіння до проблем людей, які пережили травматичні військові умови. Відсутність такого розуміння і терпіння з боку близьких може призвести до трагічних наслідків.

3. Психокорекційна робота. Психологічна корекція або психокорекція – це діяльність з виправлення тих особливостей психічного розвитку, які за прийнятою системою критеріїв не відповідають оптимальній моделі і т.д.

4. Навчання навичкам саморегуляції (прийомів зняття напруженості за допомогою релаксації, аутотренінгу та інших методів).

5. Соціально-психологічні тренінги з метою підвищення адаптивності військовослужбовця та його особистісного розвитку.

6. Профорієнтація для сприяння професійному самовизначенню, перепідготовці та подальшому працевлаштуванню. Кожен учасник бойових дій повинен пройти психологічну та медичну реабілітацію. Тому слід говорити про загальну медико-психологічну реабілітацію (або допомогу) та соціальну підтримку воїнів, які беруть участь у бойових діях [42].

Найбільш оптимальним для реалізації завдань системи соціальної реабілітації учасників бойових дій є створення спеціалізованого центру соціальної реабілітації осіб, які брали участь у бойових діях. Такий центр може вирішувати весь комплекс проблем соціальної адаптації та реабілітації ветеранів АТО.

1.3. Характеристика різних видів психологічної реабілітації військовослужбовців

Учасники бойових дій під час професійної діяльності зазнають стресових ситуацій. Це викликає різноманітні психологічні стани деструктивного характеру і найскладніші – посттравматичні стресові розлади, психічні травми, нервово-психічні напруження, військовий невроз, військова втома, які мають свої симптоми, форми, прояви та наслідки.

Найскладнішим видом розладу є стрес військовослужбовців, викликаний довготривалою загрозою життю воїнів [6, с. 23-24].

У дослідженні представлені наукові підходи щодо виділення стресових факторів, що призводять до різноманітних проблем для військовослужбовців у

конфліктному середовищі та мирному житті. Проаналізовано різні типології військовослужбовців, які зазнали стресу під час бойових дій.

Враховуючи багатоплановість завдань реабілітації, її розподіляють на так звані види, або складові. Якщо диференціювати окремі етапи реабілітації, в тому розумінні, як це прийнято на Заході, то слід розрізняти два основних: медичну (лікувальну) реабілітацію та соціально-професійну (психологічну).

Відзначимо, той факт, що багато зарубіжних та вітчизняних фахівців виокремлюють психологічний і медичний види реабілітації. У процесі дослідження нами було встановлено, що реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій передбачає наявність чотирьох основних складових (видів) – психологічної, соціальної, педагогічної та медичної. Окрім цього, ці види можуть цілеспрямовано поєднуватися між собою, утворюючи нові дефініції в залежності від об'єкта реабілітації, його психоемоційного стану, конкретної ситуації, в яку потрапив військовослужбовець, факторів та умов, що впливають на організацію проведення реабілітаційних заходів з цією категорією клієнтів (Рис. 1.1.).

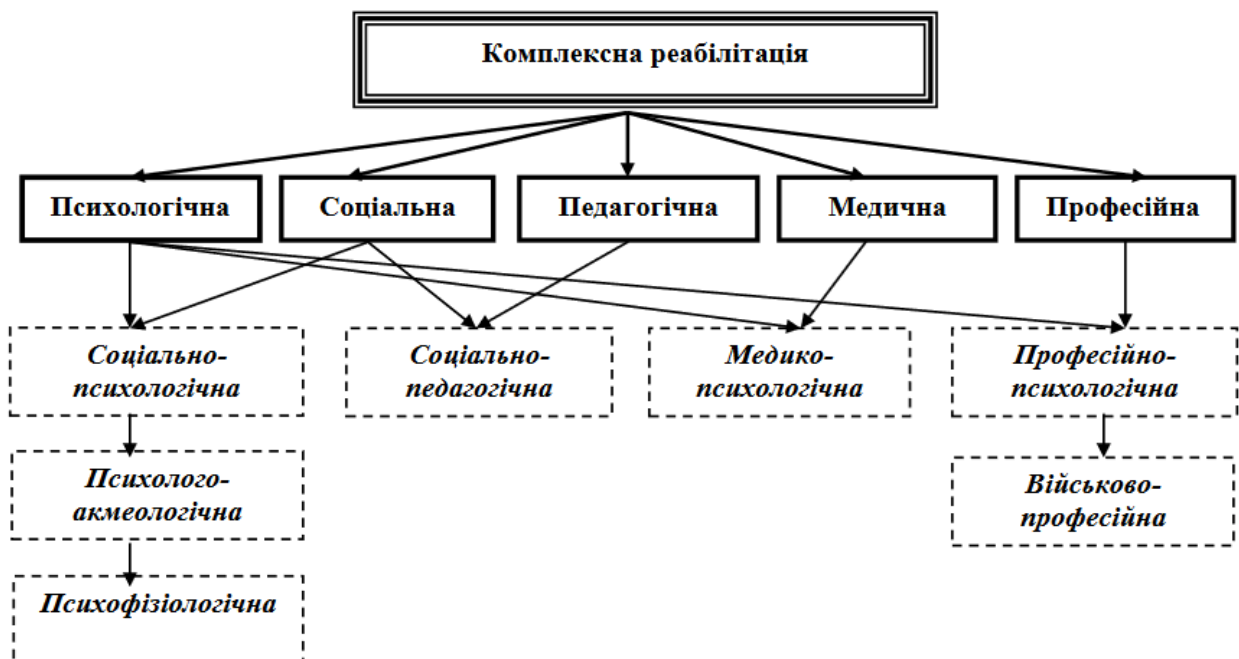


Рис. 1.1. Види реабілітації у складі комплексної реабілітації

Психологічна реабілітація покликана вирішувати широке коло завдань психологічної допомоги особам з обмеженими можливостями здоров'я, і перш за все таких як:

1. Нормалізація психічного стану.
2. Відновлення порушення (втрачених) психічних функцій.
3. Гармонізація Я-образу з соціально-особистісною ситуацією, що склалася (поранення, інвалідизація та ін.).
4. Надання допомоги у встановленні конструктивних відносин з референтними особами та групами [25].

Таким чином, мета психологічної реабілітації полягає у відновленні психічного здоров'я та ефективної соціальної поведінки.

Це означає повернення до життя, повернення у суспільство, тобто ресоціалізацію. Реабілітація має не лише кінцеву мету – відновлення особистого та соціального статусу хворого (повне або часткове). Це – процес, що прискорює саногенез, що має свої нейрофізіологічні та психологічні параметри, і метод підходу до хворої людини, що характеризується принципами апеляції до особистості хворого, партнерство його з лікарем у реалізації цілей реабілітації, різнобічність зусиль, спрямованих на різні сфери життєдіяльності хворого та зміну його ставлення до себе та до своєї хвороби.

Види реабілітації:

1.1. Медична реабілітація. Завдання реабілітації полягає в тому, щоб за допомогою здібностей і функцій, що збереглися, пошкодженого хворобою органу шляхом використання і тренування цих функцій пристосувати хворого до колишніх або змінених умов праці і побуту. Успіх реабілітації залежить від того, наскільки адекватно будуть враховані функції та здібності, що збереглися у даної людини, і саме на них необхідно спиратися у процесі реабілітації. Про медичну реабілітацію говорять у тих випадках, коли за допомогою лікарських засобів, психотерапії, фізіотерапевтичних процедур, фізкультури, масажу і т.д. прагнуть відновити працездатність хворого.

1.2. Під професійною реабілітацією розуміють прагнення використовувати працездатність, що збереглася, пристосувати хворого до колишнього або іншого (менш складного) виду трудової діяльності.

1.3. Соціальна реадaptaція – створення відповідних умов у сім'ї (покращення житлових умов, матеріального забезпечення), відновлення втрачених контактів з оточуючими, які дають можливість хворому повернутися у суспільство, тобто призводять до відновлення його громадського становища. Внаслідок хвороби може залишитися більш-менш виражений дефект [53, с. 124-125].

Прийнято виділяти дві форми його компенсації: високий рівень компенсації (активне подолання дефекту) та низький рівень (пристосування до дефекту).

Рівень компенсації не так залежить від самого дефекту, як від особливостей особистості хворого, від психотерапевтичної роботи з ним, вміння лікаря знайти контакти з хворим і створити нову життєву доміанту.

М.М. Кабанов, враховуючи, що в літературі існує велика кількість термінів, що використовуються для позначення завдань із психологічного та трудового відновлення хворих, для уніфікації та попередження змішування поняття запропонував користуватися терміном «ресоціалізація».

Етапами ресоціалізації є: відновна терапія, реадaptaція та власне ресоціалізація. Відновлювальна терапія спрямована на запобігання дефекту. Реадaptaція має на меті пристосування хворого до умов середовища. Реабілітація полягає у комплексі зусиль, спрямованих на відновлення соціальних зв'язків хворого та його індивідуальної та суспільної цінності .

Найбільш складною психологічною проблемою для хворого є стан, який виникає у зв'язку із хворобою або травмою. Нерідко саме психогенна реакція хворого на дефект викликає більшу втрату працездатності, ніж дефект. Не кожен хворий може легко змиритися з дефектом, звикнути до нього, знайти шляхи компенсації [32].

Сучасні програми психологічної реабілітації – це інтегративний вплив методів:

– Коліротерапія (підвищення адаптаційних можливостей організму людини, регуляція психовегетативних процесів, підвищення стійкості до стресів).

– Музикотерапія (емоційне розвантаження, розвиток комунікативних функцій, гармонізація загального стану).

– Ароматерапія (допомагає розслабленню, має антидепресивний ефект, імуностимулюючий, знижує стомлюваність).

– Вібротерапія (зменшення дратівливості та тривоги, розслаблення скелетної мускулатури, покращення загального психофізіологічного стану, нормалізація сну). Вплив світлом, звуком із застосуванням біологічного зворотного зв'язку – БОС, світлоформокорекції (діагностика психофізичного стану, профілактика та корекція наслідків психоемоційних навантажень та оптимізація психофізіологічного стану) [26, с. 123-124].

– Сенсорна кімната (швидко нормалізує психоемоційний стан, стимулює процеси саморегуляції, створює відчуття безпеки, є важливою складовою всіх програм психологічної реабілітації).

– Тілесноорієнтована терапія – (корекція та оптимізація психоемоційного та фізичного стану).

– Тренінги (підвищення рівня знань у галузі психології стресу, пошук та розвиток прихованих ресурсів організму, актуалізація адаптаційних та фізіологічних ресурсів).

– БОС-терапія. Методика проведення «бос терапії» полягає в тому, що людина може коригувати більшість своїх біологічних функцій за наявності зворотний зв'язок. Цей вид терапії допомагає немедикаментозно усунути саму причину захворювання, користуючись внутрішніми, які не мають побічних ефектів, ресурсів організму. Метод біологічного зворотного зв'язку інструментально реєструє всі зміни у тілі людини і дає можливість

контролювати на свідомому рівні те, до чого він раніше не мав доступу: комплекс біологічного зворотного зв'язку [17, с. 41-43].

1.4. Психологічні особливості прояву ПТСР в учасників бойових дій

Комплекс симптомів, що спостерігався у тих, хто пережив травматичний стрес, отримав назву посттравматичний стресовий розлад – ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder). Критерії діагностики цього розладу були включені до Американського національного діагностичного психіатричного еталону (Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders) і досі зберігаються там. З 1994 року ці критерії включені по європейському діагностичному еталону МКБ-10 (10).

Поширеність цих розладів залежить від частоти стресових ситуацій. У 50-80% осіб, які перенесли тяжкий стрес, розвиваються клінічно оформлені розлади та порушення адаптації. У мирну годину випадки ПТСР відзначають у 0,5% випадків у жінок та у 1,2% – у чоловіків. Найбільш уразлива група – це діти, підлітки та люди похилого віку. Крім специфічних біологічних та психологічних особливостей, у цієї групи осіб не сформовані (у дітей) чи ригідні (у людей похилого віку) компенсаторні механізми. Симптоми ПТСР можна розділити в наступних категоріях: симптоми присутності, симптоми розбігу, негативні зміни когнітивних процесів і настроїв, а також зміни у збудженні та реактивності. Часте всі пацієнти мають небажані спогади і відтворення ініціюючих подій. Сни про минулі події можуть довгий час переслідувати учасників, які були травмовані тими подіями [62].

Симптоми розладу не так легко піддаються лікуванню. Найефективніший метод роботи з ПТСР – це психотерапія. Проте експертка наголошує, що фахівець має бути навчений роботі з травматичним матеріалом.

Крім цього, є варіанти, як сама людина або її близькі можуть допомогти пережити наслідки розладу.

«Це гігієна сну, режим дня, часткове повернення до роботи, догляд за тваринами, за близькими, дітьми та онуками. Десь людині можна навіть делегувати якісь прості речі, наприклад, приготувати їжу. Тобто важливо повернути до рутини, нормалізувати стан і при цьому не патологізувати, дати людині право боятися виходити на вулицю і не гвалтувати цим. Організувати йому максимально комфортний побут. Допомогти відновити зв'язок із значущими іншими – запросити гостей, допомогти сконтактуватись в інтернеті», – пояснює Франкова.

Менш поширеними є дисоціативні стани, в яких події переживаються, як ніби вони проходять у реальності. Це іноді призводить пацієнтів до реагування, як у вихідні ситуації (наприклад, гучні звуки, такі як фейерверк, можуть викликати спогади про певні події, які в свою чергу можуть привести до пошуку укриття або падіння на землю для захисту).

Пацієнтам важко уникнути стимулів, пов'язаних з травмою, і вони часто відчують себе емоційно-заціпленими в повсякденній діяльності.

При цьому в доповненні до травматичної тривоги пацієнти можуть відчувати відчуття вини через свої дії у схожих подіях або пов'язуючись темою, що вони вижили, а близькі їм люди загинули [17, с. 41-42].

ПТСР виникає як відстрочена та/або затяжна реакція на стресову подію або ситуацію виключно тяжкого чи катастрофічного характеру, здатна викликати дистрес. Зазвичай дистрес є відносно короткочасним психічним станом, проте під впливом потужних стресс-факторів (смерть близької людини, тяжка травма, хвороба тощо) він може тривати місяці майже у будь-якої людини (катастрофі, війни, муки, тероризм тощо) [80].

ПТСР – це розлад, який може розвинути зліше після того, як людина відчує небезпеку для власної життя. Упродовж життя ПТСР переживають 1% населення, а 15% можуть виникнути окремі симптоми ПТСР.

Фактори, які провокують ризик посттравматичного стресового стресу, включають:

- особистісні риси;

- залежна поведінка у минулому є попередня психічна травма;
- підліток; літні люди;
- наявність фізичних захворювань [18].

ПТСР характеризується трьома типами симптомів:

а) уникнення будь-яких нагадувань про події з онімінням загальної емоційної чутливості. Діти починають закривати голову руками та ховатися. Відмінна втрата інтересу життя, психологічна амнезія на звичайні речі. Суспільство починає відкидати людей, не розуміючи, що то хвороба. Такого чоловіка необхідно, як дитину, вести з-за руку, брати на собі відповідальність з-за неї і цілу годину про це їй говорити. Для людей, які продлили подію, що травмує, характерне дуже сильне відчуження, адже вони розуміють, що майбутнього немає, і їм необхідно вибудувати його, дати мінімальний чин дій на найближчий період – годину, день, кілька днів – залежно від буду потерпілого. Якщо людина перебуває в стані відчуження, навіть якщо вона є дещо агресивною, ніяк не слід залишати її на самоті;

б) компульсивний досвід випадкових повторюваних травматичних подій; нав'язливі переживання травматичної події, що епізодично повторюються;

с) підвищена збудливість, що проявляється у комплексі гіпертрофованих психофізіологічних реакцій.

Тривалість прояву цих симптомів повинна становити не менше 1 місяця з моменту травматичної події, для того щоб підтвердити діагноз [28].

Критерії діагностики:

- основні травматичні події в історії хвороби;
- захворювання з'являється після інкубаційного періоду (від кількох тижнів до 6 місяців після травми, але іноді пізніше);
- спалахи спогадів («флешбеки»), що відображають травматичні події (вони можуть виникнути через десятиліття);
- усвідомлення травми в думках, снах, кошмарах;

- соціальне уникнення, відчуження та відчуження друзів, у тому числі близьких родичів; Зміни в поведінці, вибухові спалахи, агресивні тенденції (можливо, антисоціальна або протиправна поведінка);

- зловживання алкоголем і наркотиками, особливо для усунення гостротивеgetативні порушення та неспецифічні соматичні скарги (наприклад, головний біль).

У значній частині осіб ПТСР зустрічається і часто поєднується з афективними розладами та наркологічними захворюваннями.

Слід зазначити, що людей із ПТСР час не лікує. Можуть потроху стиратися реакції, крім рестимуляції. ПТСР може поступово згасати, але вистрілити може і через 10-15 років. Тому через підозру на ПТСР необхідно звертатися за спеціалістами-психіатрів [79, с. 209-210].

У разі легковажного випадку ПТСР в хорошій справі діє психотерапія. Примирити людину з її минулим – сенс більшості методів психотерапії при ПТСР. Для успішного лікування психотерапевт винен уміло реагувати на «сильні афекти», які нерідко виявляють хворі: емоційну лабільність, вибуховість, вразливість.

Психотерапія допомагає хворому впоратися з почуттям провини, знайти втрачене почуття контролю над оточуючим, упоратися зі станом безпорадності та безсилля.

Дуже важливі групи підтримки, у яких пацієнту допоможуть глибше розібратися у значенні травматичної події.

У США функціонують групи підтримки ветеранів, потерпілих воєнних дій та військовополонених, у Нідерландах – притулок для жінок-потерпілих домашнього насильства.

На певних етапах розвитку ПТСР є доцільним застосування фармакотерапії. Показаннями для призначення медикаментозного лікування є:

- психомоторне збудження;
- панічні атаки, напади страху;
- депресія, аутоагресивна поведінка;

- агресивна та деструктивна поведінка;
- соматовегетативні порушення;
- стійкі порушення сну.

Дуже важливим є лікування симптоматичного алкоголізму або наркоманії, які нерідкі у цих хворих.

Нічні кошмари відображали події, пов'язані з досвідом на війні, у 15% осіб були відірвані від реальності, а у 32% діагностовано поверхневий сон з частими пробудженнями, пов'язаний із зовнішніми (різними звуками) та внутрішніми (нічними сновидіннями) факторами.

У 63% випадків серед військовослужбовців, які отримали контузію головного мозку середнього та легкого ступеня тяжкості, виявлено астено-депресивні та тривожно-депресивні порушення, які розвивалися безпосередньо в зоні бойових дій після різних психотравмуючих переживань [75].

«Людина пильно стежить за всім, що відбувається довкола, ніби їй постійно загрожує небезпека. Але ця небезпека не лише зовнішня, а й внутрішня – вона полягає в тому, що небажані травматичні враження, що мають руйнівну силу, прорвуться до тям. Часто надмірність проявляється у вигляді постійної фізичної напруги. Це фізичне напруження, яке дозволяє розслабитися і відпочити, може створити чимало проблем.

По-перше, підтримання високого рівня пильності вимагає постійної уваги та величезних витрат енергії. По-друге, ветерану починає здаватися, що це і є його основна проблема і що, як тільки напруга вдасться зменшити або розслабитися, все буде добре. Насправді, фізична напруга може захищати свідомість, і не можна прибирати психологічні захисту, доки зменшилася інтенсивність переживань. Коли ж це станеться, фізична напруга піде сама», – констатує дослідник В. Колодзин.

Підвищена дратівливість, лють, гнів, потяг до насилля були типовими проявами ще однієї констеляції симптомів підвищеної збудливості (96% осіб вказували на їх наявність у тій чи іншій мірі вираженості).

У 71% військовослужбовців відзначено підвищену ситуаційну тривожність, настороженість та підозрлість, знижено здатність контролювати свої емоції та необхідність у груповій підтримці. Така реакція притаманна у відповідь особистості на екстремальну ситуацію у бою чи поранені. Найбільші зміни психологічних показників відзначалися у тих, які перебували в умовах бойових дій понад три місяці.

У 49% відзначалася підвищена особистісна тривожність, що супроводжувалася вегетативними реакціями: серцебиттям, підвищеною пітливістю, артеріальною гіпертензією, почуттям утруднення дихання. У структурі особистості спостерігалися прояви соматизації тривоги (53%) та перепади настрою (61%), які досягали рівня патології [78].

Дослідження профілю особистості виявило, що практично більша половина обстежуваних мала підвищення акцентуації, при цьому у 38% спостерігалось порушення механізмів інтрапсихічної адаптації та у 62% – екстрапсихічної, до якої належать яскраво виражена дезінтеграція особи (18%), сенситивні (23%) та істеричні прояви (25%), підвищення за шкалою шизоїдності (8%), значне зниження за шкалою гіпоманії (7%) та підвищення за шкалою психопатизації (19%) (Рис. 1.2.).

При цьому найбільш поширеними були істеричний (25%), сенситивні (23%) та психопатизаційний (19%) типи реагування, які були проявами соціально опосередкованого ставлення людини до дійсності, свого місця в суспільстві та особистісної реакції на соціально значущі події чи зміни свого соціального статусу. Тому суттєвими були не травматичні прояви, а неприємні відчуття наслідків бойових дій та реакція на них з боку оточуючих.

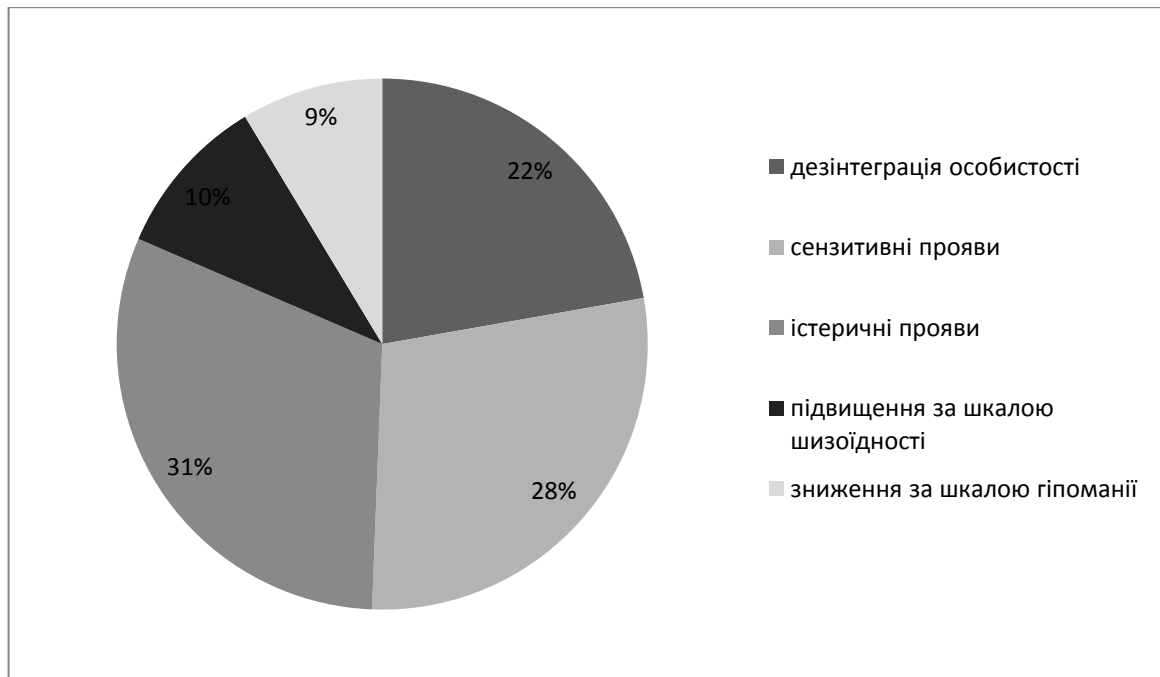


Рис. 1.2. Дослідження профілю особистості з ПТСР

Соціально-психологічна дезадаптація, в основному зводилася до конфліктів з командирами та товаришами по службі, викликала декомпенсації у вигляді часто рецидивних поліморфних та демонстративних реакцій активного і пасивного протесту на тлі властивого інфантильного егоцентризму, внутрішньої беззмістовності [24].

«Після травматичної ситуації ідентичність людини як би змінюється, вона більше не може покладатися на себе та інших, не може захистити себе. Тоді людина починає намагатися максимально убезпечити себе: уникає знайомств з новими людьми, перестає часто виходити на вулицю, зазнає серйозних проблем із самооцінкою, адже якщо раніше вона могла, а потім раптом не змогла – то на що вона взагалі тепер придатна. Так людина може втратити роботу, місце у навчальному закладі, не може підтримувати дружні та сімейні стосунки, замикається, ізолюється, не хоче вилазити зі своєї шкаралупи, яка на той час виступає для неї захистом. У подібній ситуації люди часто звертаються до природних захисних способів – вживають алкоголь, щоб угамувати панічні атаки, п'ють снодійне, щоб заснути, вдаються до наркотиків», – каже Франкова.

Військово-травматичний стрес є різновидом ПТСР. Він виникає у безпосередніх учасників бойових дій. Формуванню військово-травматичного стресу сприяють певні умови.

1. Різка зміна розумів мирної життя на бойові, у яких необхідно швидко пристосовуватися. Людина постійно перебуває у небезпеці, є свідком руйнувань, пожеж, смертей (як знайомих, так і незнайомих людей).

2. Різка зміна ситуації бойових дій на життя у мирному часі. За цією ситуацією військовим необхідно адаптуватися наново. Дезадаптації, що виникають саме у цей період, відрізняються своєю тривалістю та називаються саме ПТСР. Повертаючись за звичайним мирним життям в результаті закінчення бойових дій або внаслідок демобілізації, людина нерідко залишається адаптованою до бойових дій [58].

Висновки до першого розділу

Визначено, що «реабілітація» пов'язана з такими категоріями, як адаптація, реадaptaція, дезадаптація, ресоціалізація та психологічна допомога. Сьогодні поняття «реабілітація» активно використовується в різних галузях – медицині, психіатрії, психології, освіті, соціології.

У соціальному контексті реабілітація передбачає відновлення здоров'я та соціального статусу людини, які втрачені або знижені через проблеми, які призводять до важких ситуацій. У медичному сенсі реабілітація спрямована на відновлення фізичних і психічних сил людини, тобто її професійних навичок.

У широкому розумінні реабілітація вважається окремим видом соціальної діяльності спеціально уповноважених державних органів, органів соціального обслуговування, об'єднань громадян та інших соціальних структур, і безпосередньою метою якої є досягнення організації, економіки, права, культури, освіти, медичної допомоги. та інші соціальні заходи для поліпшення фізичного та функціонального стану та підвищення працездатності та

відновлення честі, гідності, прав та свобод певних категорій населення, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та іншими соціальними факторами. Інституційно реабілітація здійснюється у різноманітних соціально-медичних закладах, а саме: кризових центрах, центрах ранньої соціальної реабілітації, центрах соціально-психологічної реабілітації; спеціалізованих реабілітаційних центрів; військових госпіталях, притулках, лікувальних та спеціалізованих заставах.

Основна увага приділяється комплексним і нюансованим характеристикам реабілітації, оскільки це система науково-практичних заходів, спрямованих на відновлення особистісного та соціального статусу суб'єкта шляхом комплексних впливів з медико-соціального, психологічного, виховного, правового та іншими аспектами. метод.

Військова реабілітація – це сукупність лікувальних, фізичних, психологічних, соціально-виховних заходів, спрямованих на відновлення їх здоров'я, психічного та емоційного стану, працездатності, удосконалення процесу соціалізації та адаптацію до розуміння мирного життя.

РОЗДІЛ 2

ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Методи та організація дослідження

Дослідницько-експериментальна робота проводилася на базі 36-тої окремої бригади морської піхоти імені контрадмірала Михайла Білинського (36 ОБрМП, в/ч А2802) – з'єднання морської піхоти України. Перебуває у підпорядкуванні Командування Морської піхоти ВМС України. Вибірка складала 30 осіб.

Для точної констатації результатів роботи було проведено зрізи до та після тренінгової програми за такими методиками: методика «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна»(Додаток А); методика «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» (Додаток В); клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (автори К.К. Яхін, Д.М. Менделевич) (Додаток Б); методика «Самопочуття, активність, настрої (САН)» (В. Доскін) (Додаток Д) та для виявлення результатів після корекційної роботи було використано метод статистичної обробки даних розрахунок за t -критерієм Стьюдента [55]. Опитування та тестування респондентів проводилось на основі їх добровільної та анонімної участі серед учасників бойових дій та військовослужбовців.

Визначення якісних і кількісних параметрів за даними методиками проводилися за відповідним шкалами. Методика Спілбергера-Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності). Рівні реактивної та

особистісної тривожності визначали за шкалою: до 30 балів – низька тривожність; від 31 до 45 балів – помірна тривожність; 46 балів і більше – висока тривожність.

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. У нашій країні використовують тест у модифікації Ю.Л. Ханіна. Реактивна (ситуативна) тривожність – стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Кеале Т.М. зі співавторами для діагностики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. У 1995 році був розроблений і опублікований цивільний варіант шкали, валідність на вибірці цивільних осіб з встановленим діагнозом ПТСР.

Опитувальник складається з 35 питань в «військовому» і 39 питань в «цивільному» варіантах. Відповіді на питання даються за шкалою Ліккерта. Незважаючи на групування питань в чотири субшкали, вираховується тільки один підсумковий коефіцієнт. Частина питань має перевернуті значення, що дозволяє знизити встановлену випробуваного або заповнення бланка в довільному порядку.

Питання утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів посттравматичних стресових розладів: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення», 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості». У п'яти питаннях, що залишилися, описуються симптоми, пов'язані з почуттям провини, та суїцидальної схильності.

M-PTSD – це показник самозвіту з 35 пунктів, який оцінює посттравматичні стресові розлади, пов'язані з боєм, у популяції військових, які перебували в зоні АТО. Елементи демонструють симптоми посттравматичного стресового стресу та часто спостерігаються ознаки (зловживання психоактивними речовинами, суїцидальність і депресія).

Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич та ін.) застосовується для оцінки невротичних станів. Тест був розроблений у 1978 році, що дає можливість якісного аналізу невротичних проявів, який дозволяє виявити основні синдроми невротичних станів. Опитувальник складається з 68 питань і включає шість шкал: тривога, невротична депресія, астения, істеричний тип реагування, obsesивно-фобічні порушення (нав'язливості), вегетативні порушення.

Методика САН (Самопочуття. Активність. Настрій) розроблена в 1973 р. авторським колективом (В.А. Доскін, Н.А. Лаврентьєва, М.П. Мірошников, В.Б. Шарай) та спрямована на вивчення актуального самопочуття, настрою та активності випробуваного.

Методика застосовується з метою відстеження змін в емоційному та функціональному станах випробуваного на початку та на закінчення консультації; вивчення кривих працездатності, діагностики втоми та інших видів функціональних станів. Методика може використовуватися також у дослідженнях з ергономіки, фізіології, гігієни праці, під час роботи зі студентами, спортсменами. Може використовуватися як метод експрес-діагностики актуального функціонального стану.

Статистична обробка результатів дослідження, яка проводилася за допомогою комп'ютерної програми SPSS 17.0, включала розрахунок середнього арифметичного значення для кількісних (M) і якісних (P) індексів та їх похибок (m і p). При порівнянні даних, отриманих у групах і підгрупах, використовувався t -критерій Стьюдента, а кореляційний аналіз взаємозв'язків – коефіцієнт кореляції Спірмена. Вибірку склали респонденти з ознаками, що відповідають діагностичним критеріям ПТСР (ICD-10 \ DSM-R).

2.2. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовців

Діагностика психічних станів, рівня нервово-психічної діяльності, що проводиться психологами та психіатрами, має бути основним змістом роботи під час медичного обстеження військовослужбовців після їхнього повернення з районів бойових дій. При цьому особливу увагу слід приділити проведенню групових та індивідуальних бесід, у ході яких необхідно зорієнтувати у проблемах, що виникають у процесі реабілітації учасників бойових дій до звичайних умов життєдіяльності [29, с. 96-97].

У сучасній психологічній літературі проблема психосоціальної дезадаптації людей, які пережили травму, не розроблена до кінця. Попередні дослідження з цього питання були пов'язані з медико-психологічними характеристиками реабілітації, і донедавна не було опублікованих робіт щодо прогнозування психологічних наслідків локалізованого військового конфлікту (В.П. Каширін, В.О. Корзунін, О.Г. Маклаков, С.В. Чермянін) [35].

Психосоціальна реабілітація учасників бойових дій та працівників професій з підвищеним ризиком (Т.І. Єр'оміна, П.П. Іванов, О.Г. Караяні, Ю.Ю. Логінова, В.Н. Смірнов, Н.В. Тарабрина) [37]. Психосоціальна адаптація людини в контексті інвалідизуючого захворювання (С.В. Бабурін, В.І. Петров, В.Б. Салахова) [38].

Проблема соціально-психологічної дезадаптації у військовій психології найбільше розроблена з точки зору теоретичних методів і застосувань. Єр'оміна Т.І., Крюкова Н.П. враховує психологічні наслідки впливу бойових дій на військових, використовуючи поняття «соціальна реабілітація», під якою розуміється процес забезпечення соціалізації особистості та відновлення її на попередньому рівні здоров'я, суспільство, статусу, соціального рівня, психічної рівноваги та власної впевненості.

Психологічна допомога має сприяти успішній адаптації військовослужбовця до нових умов життя.

Розглядаючи проблему запобігання психологічної дезадаптації у поранених, вважаємо за доцільне проаналізувати кожен складову досліджуваного явища, оскільки, на нашу думку, вона визначає характер всього явища.

Таким чином, поняття «дезадаптація» в широкому сенсі можна розглядати як порушення (упередження) процесу адаптації організму до нових умов життя. У літературі останнім часом цю проблему вважають такою, що значною мірою відповідає поведінковій проблемі учня, тому доцільно розрізняти окремі загальні та специфічні моменти дезадаптації індивіда, виходячи з його статусу та стану тощо.

Щодо загальної точки зору, наприклад, ми згодні з Л.В. Мардахаєвим і Т.Д. Молодцовою, що дезадаптація і адаптація – це процес, прояв і результат.

У процесі психосоціальної реабілітації важливо спрямовувати особистість на створення нової суб'єктивної моделі середовища та її місця в ньому, розвивати адаптивну стратегію. Психологічна допомога військовослужбовцям – учасникам бойових дій має містити кілька напрямків:

1. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовця (психоемоційного стану на «громадянці», використовуваних стратегій адаптації, поведінки) на підставі результатів психодіагностики індивідуальних особливостей військовослужбовця [21].

2. Психологічне консультування (індивідуальне та сімейне). В індивідуальних бесідах необхідно дати військовослужбовцям можливість висловити все наболіле, виявляючи зацікавленість їхньою розповіддю. Потім доцільно роз'яснити, що стан, який переживається – тимчасовий, він притаманний усім, хто брав участь у бойових діях. Дуже важливо, щоб вони відчули розуміння та побачили готовність допомогти їм з боку не лише фахівців, а й близьких, рідних. Засобом психологічної реабілітації є щирий прояв розуміння та терпіння до проблем осіб, які пережили психотравматичні військові умови. Відсутність такого розуміння та терпіння з боку близьких призводить до трагічних наслідків.

3. Психологічна корекція або психокорекція – це діяльність з виправлення тих особливостей психічного розвитку, які за прийнятою системою критеріїв не відповідають оптимальній моделі (нормі) і т.д.

4. Навчання навичкам саморегуляції (прийомів зняття напруженості за допомогою релаксації, аутотренінгу та інших методів).

5. Соціально-психологічні тренінги з метою підвищення адаптивності військовослужбовця та його особистісного розвитку.

6. Допомога у професійному самовизначенні, профорієнтація з метою перенавчання та подальшого працевлаштування .

Кожен учасник бойових дій має проходити, і психологічну, і медичну реабілітацію. Таким чином, слід говорити про цілісну медико-психологічну реабілітацію (або допомогу) та соціальну підтримку військовослужбовців, які брали участь у бойових діях [40].

Найбільш оптимальним для реалізації завдань системи соціальної реабілітації учасників бойових дій є створення спеціалізованого центру соціальної реабілітації осіб, які брали участь у бойових діях. Такий центр може вирішувати весь комплекс проблем соціальної адаптації та реабілітації ветеранів гарячих точок.

Центр соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій має вирішувати такі завдання:

- медична реабілітація військовослужбовців (особливо інвалідів);
- соціально-психологічна адаптація військовослужбовців – учасників бойових дій та членів їх сімей у системі ринкових відносин (індивідуальна психологічна та психотерапевтична допомога, групові та індивідуальні форми реабілітації);
- соціально-психологічна підтримка військовослужбовців та членів їх сімей (з цією метою має бути організована робота кімнати психологічного розвантаження при центрі);
- сприяння у працевлаштуванні: створення банку вакансій робочих місць на ринку праці, підтримка зв'язків із роботодавцями [36, с. 150-151].

Стрес під час нового відрядження на складну та небезпечну роботу, проходить 3 етапи, перший з яких це – стадія тривоги, що виникає з появою подразника, що викликає стрес. Наявність такого подразника викликає низку фізіологічних змін: у людини частішає подих, трохи піднімається тиск, підвищується пульс. Змінюються і психічні функції: вся увага концентрується на подразнику, виявляється підвищений особистісний контроль ситуації.

Усе разом покликано мобілізувати захисні можливості організму і механізми саморегуляції на захист від стресу. Якщо цієї дії досить, то тривога і хвилювання вщухають, стрес закінчується. Більшість стресів вирішується на цій стадії.

Відповідно до окреслених критеріїв було виділено наступні виражені показники невротичного стану у військовослужбовців двох груп, 1 група – ті, які повернулись із зони АТО, 2 група – ті, які планують відрядження у зону АТО [13] (рис. 2.1.).

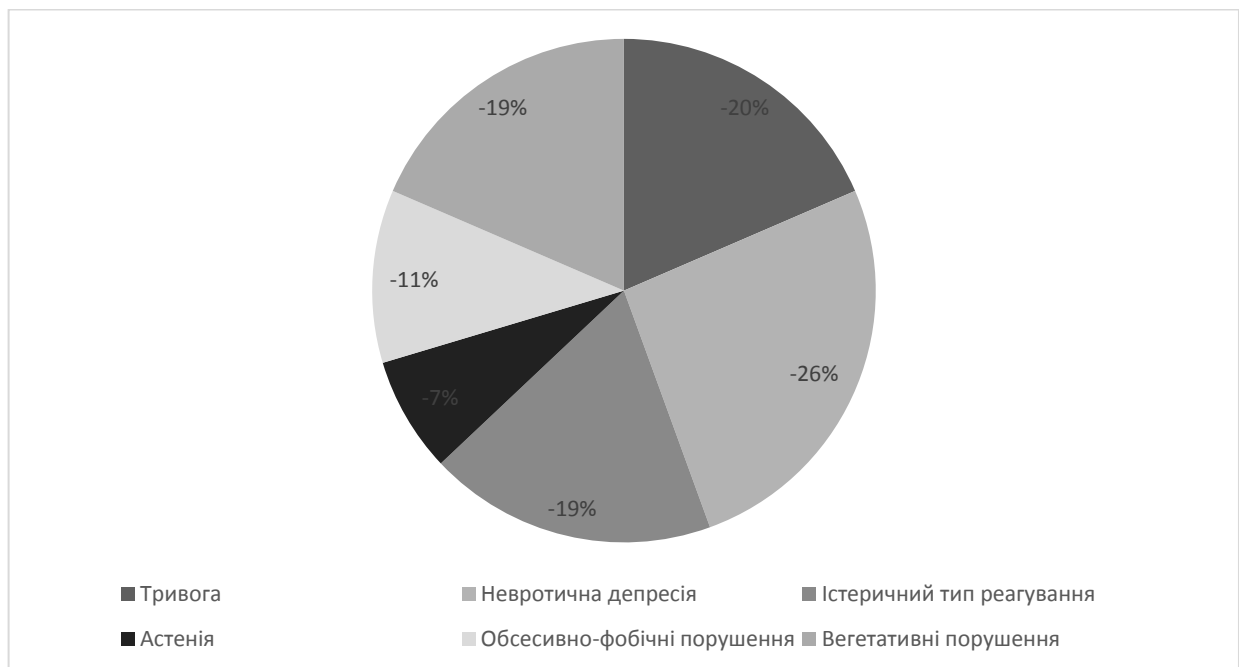


Рис. 2.1. Показники невротичного стану військовослужбовців до корекційної роботи (за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» К.К. Яхін, Д.М. Менделевич)

Також критичні показники мають шкали «істеричний тип реагування» та «вегетативні порушення» це дає чітке роз'яснення та прямий зв'язок взаємозалежності один з одним.

Істеричні реакції (стигми, непритомність і т.д.) та інші форми істеричного поведінки (екстравагантність, схильність драматизувати тривіальні ситуації, прагнення бути в центрі уваги), властиві психопатії цього типу, мають досить широке поширення і нерідко спостерігаються у психопатичних особистостей інших типів при розвитку невротичних реакцій або реактивних психозів, сформованих на фоні стресових подій у даному випадку високих показників переживання.

Істеричної психопатії властиві не тільки психогенно обумовлені істеричні реакції і форми поведінки, але і певний склад особистості (тобто і її тип характеру, що зумовлює відповідні реактивні прояви), саме такі порушення і відмічають вегетативними порушеннями і існують як дві паралелі. Це різновид неврозу, що виявляється у вигляді симптомів різних хронічних захворювань, яких насправді у клієнта немає. Можливі періодичні напади, клінічно подібні з панічними атаками. Також часті психогенний кашель і задишка, порушення травлення, запаморочення і т.д. Цей вид вегетативної дисфункції зустрічається найбільш часто, як правило, обумовлений хронічним стресом і піддається лікуванню найкраще [74, с. 165-166].

Дезадаптація – стан, що характеризує труднощі людини в адаптації до факторів середовища життєдіяльності, до внутрішніх факторів, неприйняття його нового соціального статусу та нових способів взаємодії в середовищі, що веде, зрештою, до формування девіантної поведінки [41, с. 124-125].

Адаптація до армійського соціуму специфічна за своєю природою, здебільшого вона має стихійний характер. До таких специфічних особливостей належить багатофакторність цього процесу. Це полягає в тому, що дія зовнішніх та внутрішніх факторів може ускладнити процес пристосування солдатів-новобранців до нових умов їхнього існування. Це такі чинники, як внутрішній порядок армійського життя, жорстка дисципліна; нестатутні

взаємини; характер, моральні цінності та встановлення самих солдатів строкової служби, які можуть викликати протиріччя з колективними, емоційні переживання, пов'язані з розставанням із близькими, часті конфліктні ситуації у армійському середовищі. У сукупності дія цих факторів призводить до гальмування соціальної адаптації, а здебільшого і до соціальної дезадаптації військовослужбовців.

З точки зору теорії психологічної дезадаптації середовищ, існує три сфери життя людини, в яких вона може адаптуватися – колектив, сім'я, середовище неформального спілкування [44].

У разі адаптації військовослужбовців до армійського соціуму насамперед розглядається сфера адаптації – військовий колектив. Якщо адаптації у цій сфері немає, можна говорити про психологічне середовище дезадаптації військовослужбовця.

Кожен процес адаптації відбувається по-різному. У одних новобранців – болісно, у молодих людей з досвідом спілкування у колі дворових компаній, у неформальних групах шкіл, технічних училищ. Ще більше ускладнюють цей процес існування інституту армії «традиції» армійського соціуму, що склалися протягом багатьох років. Молоді люди, які зазнають емоційного стресу, пов'язаного з освоєнням нового соціального статусу, розставанням з рідним домом, необхідністю входження до армійського соціуму, «зустрічаються» з проблемами адаптації, що може призвести до різного роду відхилень.

Перший рік або півроку, що проходить військову службу за призовом, адаптується до армійського соціуму. Підсумки такої «адаптації» можуть виявлятися згодом усе життя: погіршення психічного та фізичного здоров'я, можливі проблеми у повторній адаптації до громадянського соціуму.

У процесі адаптації до армійського соціуму йде кардинальна перебудова особистості військовослужбовця. Вже сформовані і усталені властивості особистості згодом змінюються. Ці зміни можуть бути позитивними або негативними. Про позитивну зміну можна говорити, коли в армії молодик виховує вольові якості свого характеру, мужність, відповідальність. Тоді

справді армія виховує справжніх чоловіків, людей, які зможуть захистити Батьківщину [45].

Але, на жаль, є й негативна сторона цього процесу. У ході пристосування до армійських порядків можуть сформуватися такі якості особистості, як хитрість, підлабузництво, агресивність, емоційна нестійкість тощо. Все це викликає зростання негативних явищ в армії – суїцидів, мимовільних спалахів агресії, випадків нестатутних взаємин та дезертирства.

Професійна адаптація – це пристосування набутого професійного досвіду та стилю поведінки та діяльності до вимог конкретної військової посади (обстановки), здатність швидко звикнути до незвичних факторів зовнішнього середовища, засвоєння нових контрактних функцій та обов'язків, включення до професійної співробітництва та партнерство, поступовий розвиток конкурентоспроможності.

Психологічний супровід передбачає оцінку реальної компетентності фахівця, надання допомоги у професійному розвитку, подолання відчуття професійної неповноцінності, що виникає, формування адекватної професійної самооцінки [43, с. 182-183].

Напрямами психологічної підтримки військовослужбовців є душпастирство та наставництво. Стратегія душпастирства полягає в наданні психологічної підтримки та допомоги тим, хто її потребує, включаючи комбатантів та інші верстви населення. Священнослужителі організують реколекції, на яких викладають релігійні вчення та зміцнюють парафіян у вірі. Наставництво спрямоване на формування у молодих спеціалістів – військовослужбовців раціональної системи знань, умінь і навичок, необхідних для подальшого спеціалізованого вдосконалення та високоефективного застосування у військовій діяльності. Психологічна допомога військовослужбовцям включає застосування короточасної та системної психотерапії, аутогенного тренування, навичок самоконтролю емоцій у стресових ситуаціях, тренування конструктивних копінг-стратегій поведінки в

кризових ситуаціях, пошук ресурсів, внутрішні механізми відновлення та оптимізації. кризових станів [66].

2.3. Діагностика емоційної сфери учасників бойових дій

Актуальність досліджень у цій сфері визначається тим, що ці стани є одними з основних внутрішніх бар'єрів для адаптації до цивільного життя, а також припускають можливість переходу в девіантну поведінку. Водночас в Україні такі обмежені дослідження проводяться, оскільки в країні більше 20 років не було війни і фундаментальні дослідження практично відсутні.

За даними дослідження методики «Самопочуття, активність, настрої (САН)» (В. Доскін) були отримані результати (Таблиця 2.1.).

Таблиця 2.1.

Результати за діагностичною методикою до корекційної роботи «Самопочуття, активність, настрої (САН)» (В. Доскін)

Самопочуття, %	Активність, %	Настрій, %	Симптоматичні прояви ПТСР
40,61	40,94	18,45	
+	+	+	Вторгнення
+	+	+	Втеча
+	–	–	Збудливість
+	+	–	Провина
+	+	–	Суїцидальні схильності

За даною методикою маємо такі показники у відсотковому співвідношенні:

- Загальний показник за шкалою «Самопочуття» – 40,61%;
- Загальний показник за шкалою «Активність» – 40,94%;
- Загальний показник за шкалою «Настрій» – 18,45%.

У всіх членів вибірки спостерігалось погіршення самопочуття та настрою, зниження активності.

Після повернення до цивільного життя до вже існуючого посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з впливом бойових ситуацій, нового ламінованого стресового розладу, пов'язаного з соціальними дезадаптаціями комбатантів.

Учасники бойових дій зазвичай стикаються з нерозумінням, осудом, труднощами в спілкуванні та професійному самовизначенні, економічними проблемами, вихованням, створенням чи збереженням сім'ї тощо. У таких умовах важливо застосовувати адекватні методи психокорекції та психотерапії посттравматичних стресових розладів.

Шкала Міссісіпі (MSS) була розроблена для оцінки тяжкості посттравматичного стресового розладу у ветеранів війни. Один з найбільш широко використовуваних інструментів для вимірювання симптомів посттравматичного стресу [14, с. 83-84].

Шкала складається з 35 (в деяких варіантах – 39) варіацій, за якою вона оцінюється за прийнятною шкалою Лайкерта. Оцінка результатів здійснюється додаванням усіх отриманих даних, і цей показник дозволяє виявити ступінь впливу травматичного ушкодження. Щоденні опитування поділяються на 4 категорії, три з яких відповідають критерію DSM: 11 даних проведено за частотою інвазійних симптомів(вторгнення), 11 – щодо втечі(уникнення) та 8 – за критерієм нормального збудження(збудливість). П'ять інших запитань були поставлені, щоб викликати почуття провини та прояви самогубства. Дослідження показали, що дана методика володіє необхідними психометричними властивостями, і її результативність засвідчує наявність посттравматичного стресового розладу.

У класифікації психічних і поведінкових розладів, що розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я, в симптоматичному комплексі посттравматичного стресового розладу виділяють три групи симптомів:

- Група симптомів повторного переживання (або симптоми «вторгнення»).
- Група симптомів уникання.
- Група симптомів фізіологічної гіперактивації (підвищеної збудливості).

Група симптомів повторного переживання

Враження, отримані під час надзвичайної ситуації, можуть бути настільки сильними, що вони зберігаються дуже довго: спогади часто спалахують на повторюваних відчуттях, які людина відчувала під час або після події. Людині раптом може здатися, що подія повторюється знову.

У пам'яті раптово з'являються жахливі, незручні сцени, пов'язані з переживанням. Кожна зачіпка, все, що може нагадати про подію: видовище, запах, шум – ніби образи й образи травмуючих подій винесені з глибини пам'яті.

Свідомість виявляється роздвоєною: людина як за звичайних обставин, так і там, де відбувалися події (відчуття емоційної залежності, звуження свідомості, відчуття «тут і тут»). Ці несподівані, «небажані» нагадування можуть тривати від кількох секунд або хвилин до кількох годин.

В результаті людина знову переживає сильний стрес. Ті, хто вижив, кажуть, що несподіваний або гучний звук часто супроводжується посиленням страху. При найменшій несподіванці людина робить швидкі рухи, кидається на землю, почувши звук вертольота, або різко повертається і приймає бойову позицію, коли відчуває, що хтось наближається ззаду. Такі явища називають «флешбеками».

Група симптомів уникнення

Інша група симптомів проявляється у відкладенні травматичного переживання. Людина наполегливо уникає всього, що може бути пов'язано з травмою: думки чи розмови, дії, місця чи люди, які нагадують про травму, стають не в змозі згадати основні епізоди травми, яка сталася з нею. Виникає страх повторення надзвичайно сильних, деструктивних емоцій.

При цьому супроводжується вираженим зниженням інтересу до того, що цікавило раніше, людина стає до всього байдужою, їй ніщо не цікавить. Виникає відчуття відчуженості і відчуженості від інших, відчуття самотності. Стає важко розвивати близькі та дружні стосунки з іншими. Фази творчого підйому виникають рідше або зникають. Людина перестає планувати своє майбутнє. Травматична подія змінює погляд на важливі моменти життя людини. Надії на краще майбутнє можна втратити або змінити через глибоке розчарування.

Під впливом психотравмуючої ситуації людина відчуває жах, який викликає в ньому навколишній світ і власна безпорадність, руйнуються попередні переконання, що приводить людину в стан розчинення.

Група симптомів фізіологічної гіперактивації проявляється у важкому засипанні (безсонні), дратівливості, труднощі з концентрацією уваги, спалахах гніву та вибухових реакціях, невмотивованому піднесеному настрої та підвищеній готовності «втекти».

У звичайному житті жертва здається досить заможною людиною, але будь-який подразник (відповідний тон, запах, подібна ситуація, тінь, що промайнула через плече – може бути будь-яким), що повертає людину в критичну ситуацію, викликає негайне одужання жертви. Необхідно докладати більше зусиль, щоб захистити жертву від цих переживань. На нього йде вся людська енергія.

Перебільшена підозрілість проявляється в тому, що людина знаходиться в постійному очікуванні і пильності, ніби їй загрожує небезпека. Однак небезпека тут не стільки зовні, скільки всередині, вона не дає розслабитися і розслабитися.

Перебільшена реакція: при найменшому роздратуванні, стуку, шумі людина голосно кричить, тікає тощо. Були випадки, коли під час решти, більш слабких підземних поштовхів, люди вистрибували з вікон і падали на смерть, хоча ці удари не були небезпечними.

За даними дослідження методики «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» були отримані результати (Таблиця 2.2.).

Таблиця 2.2.

**Результати за діагностичною методикою до корекційної роботи
«Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій
(військовий варіант)»**

Вірогідність ПТСР, %			
Групи симптомів ПТСР	низька	середня	висока
		22,85	50,80
Вторгнення	–	80±82	91±94
Втеча	45±52	–	91±91
Збудливість	–	81±84	–
Провина	40±42	82±93	91±91
Суїцидальні схильності	45±47	–	–

Зріз за даною методикою свідчить про вірогідність прояву ПТСР у такому співвідношенні:

- Низька вірогідність ПТСР – 22,85%;
- Середня вірогідність ПТСР – 50,80%;
- Висока вірогідність ПТСР – 9,05%.

За результатами даної методики, ми бачимо, що найбільше виражений середній показник ПТСР, що свідчить про наявність певних психологічних розладів, таких як: тривога, занепокоєння, страх та можливі інші симптоми залежно від симптоматики психотрамуючої події.

2.4. Діагностика адаптації учасників бойових дій

Актуальним питанням є медико-соціальної та психологічна адаптації учасників бойових дій та осіб, які постраждали від травмуючих факторів бойової ситуації. Політичні події в Україні 2014 року визначили необхідність подальшого вивчення психічних станів населення, пов'язаних зі стресом, а посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) неминуче призведе до розвитку участі у бойових діях або після перебування в зоні бойових дій.

Для визначення особливостей адаптації до стресових ситуацій використано комплекс психодіагностичних методик: «Шкала реактивного та особистісного стресу Ч.Д. Спілберга–Ю.Л. Ханіна», що дозволяє виявити ознаки емоційного стану та посттравматичного стресового розладу у військових.

За даними дослідження методики «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» були отримані результати (Таблиця 2.3.).

У відсотковому значенні ми маємо такі результати:

- Ситуативна тривожність – 40,05 %;
- Особистісна тривожність – 59,95 %.

Таблиця 2.3.

**Результати за діагностичною методикою до корекційної роботи
«Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної
тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна»**

Вид	Бали		Вибірка (к-сть)	Відсоткове співвідношення,%
Ситуативна тривожність	дуже високий рівень	3,5 – 4,0	1	40,05

	високий рівень	3,0 – 3,4	2	
	середній рівень	2,0 – 2,9	17	
	низький рівень	1,5 – 1,9	8	
	дуже низький рівень	0,0 – 1,4	2	

Продовження таблиці 2.3.

Особистісна тривожність	дуже високий рівень	3,5 – 4,0	1	59,95
	високий рівень	3,0 – 3,4	4	
	середній рівень	2,0 – 2,9	19	
	низький рівень	1,5 – 1,9	6	
	дуже низький рівень	0,0 – 1,4	0	

Середнє значення ознаки до експерименту становить $6,000 \pm 6,745$ ($m = \pm 3,017$).

Результати даної методики свідчать про наявність ознак тривожності, військовослужбовців, показник особистісної тривожності особистісної тривожності більший на 19,9%, ніж ситуативна тривожність. Дана різниця між показниками може говорити, про важливість власних почуттів та особистостого емоційного стану військового, на які в першу чергу він орієнтований, а вже потім на підтримку та допомогу своєму товаришу.

Адаптація має місце під час зміни місця роботи, місця навчання, місця проживання у своїй країні, у разі виникнення нових соціально-політичних, економічних та інших умов життя суспільства (соціально-політична адаптація), після повернення із тривалої поїздки до колишніх умов життя (соціальна реадaptaція), після тяжкої хвороби, психічних потрясінь, внаслідок інвалідності (соціальна реабілітація), за необхідності освоєння нових правових норм (соціально-правова адаптація) тощо [37].

Соціально-правовий захист (координація дій центру з військкоматами, військовими частинами, службами зайнятості, навчальними центрами, юридичне консультування; підтримка підприємництва, участь у створенні та реалізації систем соціального захисту).

Розробка цілісної моделі соціальної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, у якій мають знайти своє місце організаційні структури, що працюють з учасниками бойових дій, такі як:

- військові комісаріати, основним завданням яких є постановка на облік, створення комп'ютерної бази даних, систематичне інформування структур, які займаються питаннями соціальної адаптації даної категорії осіб;

- органи соціального захисту, що займаються питаннями матеріального забезпечення (грошових виплат, пільг) та правового захисту учасників бойових дій та їх сімей;

- органи охорони здоров'я, основним завданням яких має бути медична реабілітація ветеранів бойових дій та організація роботи медико-відновлювальних центрів для учасників військових дій;

- спеціалісти, які забезпечують соціально-психологічну та психологічну реабілітацію учасників бойових дій (психологи та психотерапевти) та діють у тісній співпраці з медиками;

- служба зайнятості, до чієї компетенції входить вирішення питань професійної підготовки та перепідготовки колишніх військовослужбовців, а також сприяння їм у працевлаштуванні;

- організації самих учасників військових дій, що вирішують насамперед проблему моральної підтримки ветеранів та членів їх сімей [60].

Для узгодженої діяльності структур, які займаються питаннями соціальної реабілітації осіб, які брали участь у бойових діях, є доцільним створювати регіональні координаційні ради, які включають представників цих структур.

Таким чином, для вирішення проблеми соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій необхідний системний та комплексний підхід.

Загальними напрямками психологічного забезпечення адаптації військовослужбовців є:

- виявлення дезадаптивних факторів, що ускладнюють процес проходження військової служби;
- зниження рівня та сили когнітивних, емоційних та соціально-психологічних розладів, спричинених дезадаптивними факторами;
- розвиток психологічного клімату в армії; психологічний супровід у покращенні психологічних характеристик та емоційного стану військовослужбовця; формування старанності, витримки, пунктуальності, акуратності при виконанні доручень;
- оцінка професійного потенціалу військовослужбовця за контрактом при призначенні на вакантну посаду під час співбесіди; психологічний тренінг для розвитку комунікативних якостей, самооцінки, самоприйняття;
- розвиток навичок емоційного самоконтролю [46].

Висновки до другого розділу

Відповідно до зазначеної тематики було розглянуто чинники адаптації (соціалізації) військовослужбовця до умов бойових дій. Аналізуючи психологічну модель сучасного емоційного стану військовослужбовців після повернення з зони АТО, ми розділили всі фактори на два великі класи: зовнішні та внутрішні.

Зовнішні чинники – це соціальні (згуртованість, керівництво, ставлення народу до своєї армії, панівні настрої тощо), еколого-ергономічні (сон, інтенсивність навантажень, комфорт та гігієна, клімат, географічні умови тощо) та бойові.

Внутрішні фактори соціалізації – психофізіологічні (тип нервової системи, темперамент) та психологічні (інтелект, здібності, характер, емоції, установки, віра тощо).

Однак, як би не був підготовлений військовослужбовець, так чи інакше його психіка в ході бойових дій піддається впливу бойового стресу.

Якщо сила та тривалість негативних впливів бойового стресу перевищує індивідуальні пристосувальні можливості, то військовослужбовець отримує бойову психологічну травму, що призводить до посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

У результаті після закінчення бойових дій військовослужбовець не може повноцінно повернутися до «мирного життя»: відсутність розуміння, поваги, визнання, соціальних гарантій робить його агресивним, вразливим, дратівливим.

Саме тому при створенні системи соціальної адаптації осіб, які брали участь у бойових діях, необхідно враховувати насамперед відновлювальний реабілітаційний характер, що складається з медичної, психологічної допомоги та соціальної підтримки державою та близькими. Цілком очевидно, що механізм ресоціалізації учасників бойових дій має бути мінімум двоступінчастим.

За діагностикою синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовців було встановлено, такі показники у відсотковому співвідношенні: тривога – 11%, астения – 7 %, невротична депресія – 26 %, obsesивно фобічні порушення – 20 %, істеричний тип реагування – 19 % та вегетативні порушення – 19 %.

За діагностикою емоційної сфери учасників бойових дій маємо такі показники у відсотковому співвідношенні: самопочуття – 40,61%, активність – 40,94% та настрій» – 18,45%. А також було встановлено рівні прояву ПТСР у військослужбовців, які повернулися з зони АТО за такими показниками як: вторгнення, втеча, збудливість, провина, суїцидальні схильності.

Середнє значення ознаки до експерименту становить $6,000 \pm 6,745$ ($m = \pm 3,017$), за дослідженням адаптації учасників бойових дій, що в свою чергу підтверджують показники особистісної тривожності військовослужбовців до корекційної роботи – 40,05 % та ситуативної тривожності – 59,95%.

Посттравматичний стресовий розлад – це нова нозологія, яка розвивається як відстрочена реакція на життєво важливий травматичний стрес, пов'язаний насамперед з участю у бойових діях, з клінічними, психологічними та соціальними проявами та призводить до особистісних і соціальних невідповідностей. Ступінь соціальної дезадаптації при ПТСР визначається тяжкістю тривожного, фобічного та депресивного синдромів. Прогресуюча соматична патологія у хворих на ПТСР відображає психосоматичну декомпенсацію цього розладу. Психосоціальну та психосоматичну корекцію ПТСР мають проводити спеціально підготовлені високопрофесійні психотерапевти та психосоматики.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1 Організація та методологія експериментального дослідження

Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан відрізняється нестійкістю в часі і різною інтенсивністю в залежності від сили впливу стресової ситуації. Таким чином, значення підсумкового показника по даній підшкалах дозволяє оцінити не тільки рівень актуальною тривоги випробуваного, а й визначити, чи знаходиться він під впливом стресової ситуації і яка інтенсивність цього впливу на нього.

Особистісна тривожність являє собою конституційну межу, яка обумовлює схильність сприймати досить широкий «віяло» ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожен з них певною реакцією. Як схильність, особиста тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні для самооцінки, самоповаги. При високій особистісній тривожності кожна з цих ситуацій буде володіти стресовим впливом на суб'єкта і викликати у нього виражену тривогу. Дуже висока особистісна тривожність прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і психосоматичними захворюваннями [23].

Для них характерна схильність в діапазоні ситуацій сприймати будь-який прояв якостей їх особистості, будь-яку зацікавленість в них як можливу загрозу їх престижу, самооцінці. Ускладнені ситуації вони схильні сприймати як загрозові, катастрофічні. Відповідно сприйняття проявляється і сила емоційної реакції. Такі люди запальні, дратівливі і перебувають у постійній готовності до конфлікту і готовності до захисту, навіть якщо в цьому об'єктивно немає потреби. Для них, як правило, характерна неадекватна реакція на зауваження,

поради і прохання. Особливо велика ймовірність нервових зривів, афективних реакцій в ситуаціях, де йдеться про їх компетенції в тих чи інших питаннях, їх престиж, самооцінці, їх відношенні. Зайве підкреслення результатів їх діяльності або способів поведінки, як в кращу, так і в гірший бік, категоричний по відношенню до них тон або тон, що виражає сумнів, - все це неминуче веде до зривів, конфліктів, створення різного роду психологічних бар'єрів, що перешкоджають ефективній взаємодії з такими людьми [22]. До високо тривожним людям небезпечно пред'являти категорично високі вимоги, навіть у ситуаціях, коли об'єктивно вони здійсненні для них. Неадекватна реакція на такі вимоги може затримати, а то і взагалі відсунути на довгий час виконання необхідного результату.

Певний рівень тривожності – природна та обов'язкова особливість активної діяльнісної особистості. У кожної людини існує свій оптимальний чи бажаний рівень тривожності – це корисна тривожність. Оцінка людиною свого стану щодо цього є йому істотним компонентом самоконтролю і самовиховання [10].

Під особистісною тривожністю розуміється стійка індивідуальна характеристика, що відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати досить широке «віяло» ситуацій як загрозові, відповідаючи на кожен з них певною реакцією. Як схильність, особиста тривожність активізується при сприйнятті певних стимулів, що розцінюються людиною як небезпечні для самооцінки та самоповаги.

Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується емоціями, що суб'єктивно переживаються: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю у часі.

Особи, що відносяться до категорії високотривожних, схильні сприймати загрозу своїй самооцінці та життєдіяльності в широкому діапазоні ситуацій та реагувати високим станом тривожності. Якщо психологічний тест висловлює у випробуваного високий показник особистісної тривожності, це дає підстави

припускати, що в нього поява стану тривожності у різноманітних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки його компетенції та престижу [65].

Під впливом тривоги може спостерігатися як підвищення чи зниження чутливості, а й порушення перцептивної діяльності. При ледь вираженій тривозі найбільш характерним є підвищення концентрації уваги зі зростанням ефективності аналітико-синтетичної діяльності мислення (ефект мобілізації), при інтенсивній тривозі – паніці, страху – зниження концентрації уваги, порушення оперативної пам'яті, зниження рівня аналітико-синтетичної діяльності (ефект дезорганізації). Порушення продуктивності мислення можуть супроводжуватися розгубленістю, зниженням вольової діяльності [48].

Виникнення стану тривоги є «пусковим моментом» у розвиток процесу щодо його подолання чи трансформації. Відбувається пошук виходу із небезпечної ситуації, підбір найбільш оптимального варіанта поведінки, активація екстраполяційних механізмів (інформаційний пошук), максимальна активізація енергетичних процесів та вегетативних механізмів забезпечення активності. Весь цей комплекс і є початковою фазою розвитку емоційно-стресової реакції – гострий емоційний або психологічний стрес. Тривале чи гостре переживання тривоги є основою низки психопатологічних явищ. На думку Ю.А. Олександровського – невроз формується шляхом динамічної взаємодії актуального «ґрунту» і тривожної напруги, у той час як пролонгування ні суб'єктивно, ні об'єктивно не вирішуваної психогенної ситуації, що входить у суперечність із прагненнями та бажаннями індивіда та може формувати аномальний розвиток особистості [71, с. 80-81].

Для вирішення завдань виявлення військовослужбовців з проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) використовують саме цей опитувальник затверджений наказом Генерального штабу Збройних Сил України.

ПТСР діагностується, якщо ви набрали 112 і більше балів. Якщо результат знаходиться в інтервалі від 86 до 112 балів, це означає, що є характерні для ПТСР розлади, але їх не достатньо, щоб із впевненістю говорити

про посттравматичний стресовий розлад. Значення менше 86 балів говорить про гарну адаптацію та пристосування.

Психологічні симптоми психотравми: шок, заперечення, невіра, гнів, дратівливість, перепади настрою, почуття провини, сорому, самозвинувачення, сум, відчуття безнадійності, труднощі із концентрацією уваги, занепокоєння і страх, відокремлення від інших. Фізичні симптоми психотравми: безсоння або нічні жахи, переляк за відсутності причин, сильне серцебиття, біль, втома, знервованість, ажитація, напруження м'язів.

Загальні ознаки важкої ситуації:

- Наявність труднощів, усвідомлення особистістю загрози, перешкоди на шляху реалізації будь-яких цілей, мотивів;
- Стан психічної напруженості як реакція особистості на труднощі, подолання якої значуще для суб'єкта;
- Помітна зміна звичних параметрів діяльності, поведінки, спілкування, вихід за рамки «звичайності».

Основними видами важких ситуацій є утруднені ситуації діяльності, побутові, соціальної взаємодії і внутрішньо-особистісного плану, спрямовані на задоволення власних або потреб інших.

При аналізі функціонального стану важливими є не тільки значення окремих його показників, але і їх співвідношення. У відпочилої людини оцінки активності, настрою та самопочуття зазвичай приблизно рівні. В міру наростання втомленості співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття й активності в порівнянні з настроєм.

Позитивні функціональні стани завжди отримують високі бали, а негативні – низькі. По цих «приведених балах» і розраховується середнє арифметичне як у цілому, так і окремо з активності, самопочуття та настрою. При розробці методики виходили з того, що три основні складові функціонального психоемоційного стану – самопочуття, активність і настрої можуть бути охарактеризовані полярними оцінками, між якими існує континуальна послідовність проміжних значень. Однак отримані дані про те,

що шкали САН мають надмірно узагальнений характер. Факторний аналіз дозволяє виявити більш диференційовані шкали: «самопочуття», «рівень напруженості», «емоційний фон», «мотивація».

Військовослужбовці виконують складні бойові завдання, які зазвичай супроводжуються зниженням фізичного та розумового резерву, що призводить до порушень життєдіяльності, несприятливих особистісних змін, які надалі погано позначаються на загальному стані здоров'я, працездатності, відносинах з оточуючими тощо. Травматичний досвід, здобутий під час бойових дій, погано впливає на стан здоров'я військовослужбовців-учасників бойових дій. Зокрема, після повернення до мирної життя вони переживають нові стреси, пов'язані з соціальною адаптацією, нерозумінням близьких, труднощами у спілкуванні, професійному самовизначенні, самореалізації, створенням сім'ї тощо [61].

Саме тому слід зазначити важливість діагностування рівня тривожності військовослужбовців, які перебували у зоні АТО. Нами було виявлено рівень тривожності учасників бойових дій за допомогою методики «Оцінка рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (Таблиця 3.1.).

Якщо ж говорити про внутрішні прояви видів тривожності та їх направленість, можна вказати на паралельну співзалежність двох видів тривожності, адже ситуативно і буде включатись той чи інший емоційний стан, прояв та реакція особистості на травмуючу подію у її житті.

Для подальшого дослідження було використано t-критерій Стьюдента/Ст'юдента – загальна назва для класу методів статистичної перевірки гіпотез (статистичних критеріїв), заснованих на порівнянні з розподілом Стьюдента. Найчастіші випадки застосування t-критерію пов'язані з перевіркою рівності середніх значень у двох вибірках.

У відсотковому значенні ми маємо такі результати:

- Ситуативна тривожність – 28,95 %;
- Особистісна тривожність – 30,30 %.

Показники ситуативної та особистісної тривожності змінилися, орієнтир змінився у бік особистісної тривожності, але загальні показники зменшилися – це може свідчити про результативність кореляційної роботи.

Таблиця 3.1.

**Результати за діагностичною методикою після корекційної роботи
«Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної
тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна»**

Вид	Бали		Вибірка (к-сть)	Відсоткове співвідношенн я, %	Коефіцієнт кореляції, t	Тестова величина, T	Вірогідність похибки, p
Ситуативна тривожність	дуже високий рівень	3,5 – 4,0	0	28,95	0,142	10,259	0,001
	високий рівень	3,0 – 3,4	1				
	середній рівень	2,0 – 2,9	2				
	низький рівень	1,5 – 1,9	10				
	дуже низький рівень	0,0 – 1,4	17				
Особистісна тривожність	дуже високий рівень	3,5 – 4,0	0	30,30	0,181	2,237	0,01
	високий рівень	3,0 – 3,4	2				
	середній рівень	2,0 – 2,9	11				
	низький рівень	1,5 – 1,9	9				
	дуже низький рівень	0,0 – 1,4	8				

За результатами статистичного аналізу отриманих даних до та після корекційної роботи за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна» були отримані наступні результати: парний t-критерій за Стьюдентом за ситуативною тривожністю – 0,142, тестова величина для парних вибірок становить (T) – 10,259, число ступенів свободи (f) – 29, саме тому вірогідність похибки становить $p = 0,001$. $p_{\text{набл}} > p_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,001$).

Показники за особистісною тривожністю парний t-критерій за Стьюдентом – 0,181, тестова величина для парних вибірок становить (T) – 2,237, число ступенів свободи (f) – 29, саме тому вірогідність похибки становить $p = 0,01$. $p_{\text{набл}} > p_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,001$), такі показники підтверджують наявність різниці між показниками, саме тому можна вказати, що результати є значимими, так як вірогідність похибки досить низька.

Зріз за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» після корекційної роботи результати свідчать про вірогідність прояву ПТСР у такому співвідношенні (Табл. 3.2.):

- Низька вірогідність ПТСР – 65,45%;
- Середня вірогідність ПТСР – 34,55%;
- Висока вірогідність ПТСР – 0%.

Таблиця 3.2.

**Результати за діагностичною методикою після корекційної роботи
«Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій
(військовий варіант)»**

Вірогідність ПТСР, %			
Групи симптомів ПТСР	низька	середня	висока
		65,45	34,55

Вторгнення	–	–	–
Втеча	–	–	–
Збудливість	–	81±84	–

Продовження таблиці 3.2.

Провина	40±42	–	–
Суїцидальні схильності	–	–	–

Показники за даною методикою зазнали змін відповідно до рівнів прояву ПТСР до корекції та після показник низького рівню вираженості ПТСР підвищився на 42,6%, середній показник знизився на 16,25 %, високий зменшився на 9,05%, що після корекційної роботи свідчить про відсутність високої вірогідності прооявів ПТСР. Також за даною методикою, можна засвідчити зміни відповідно до груп симптомів ПТСР, що при середній вірогідності ПТСР спостерігається прояви симптому збудливості у межах від 81±84, та при низькій вірогідності ПТСР у досліджуіаних спостерігається відчуття провини, як одного з симптомів прояву ПТСР.

За методикою «Самопочуття, активність, настрої (САН)» (В. Доскін) маємо такі показники у відсотковому співвідношенні (Табл. 3.3):

- Загальний показник за шкалою «Самопочуття» – 30,40%;
- Загальний показник за шкалою «Активність» – 30,38%;
- Загальний показник за шкалою «Настрій» – 39,22%.

Таблиця 3.3.

**Результати за діагностичною методикою після корекційної роботи
«Самопочуття, активність, настрої (САН)» (В. Доскін)**

Самопочуття, %	Активність, %	Настрій, %	Симптоматичні прояви ПТСР
30,40	30,38	39,22	
+	+	–	Вторгнення
–	+	+	Втеча

+	–	–	Збудливість
+	+	–	Провина

Продовження таблиці 3.3.

–	–	–	Суїцидальні схильності
---	---	---	---------------------------

За результатами отриманих даних за методикою «Самопочуття, активність, настрої (САН)» (В. Доскін) до та після корекційної роботи свідчать про значимість проведеної роботи. Результати отримані такі:

За шкалою «самопочуття» – парний t-критерій за Стьюдентом – 0,207, тестова величина для парних вибірок становить (T) – 4,813, число ступенів свободи (f) – 29, саме тому вірогідність похибки становить $p = 0,001$. $p_{\text{набл}} > p_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,001$).

За шкалою «активність» – парний t-критерій за Стьюдентом – 0,107, тестова величина для парних вибірок становить (T) – 7,296, число ступенів свободи (f) – 29, саме тому вірогідність похибки становить $p = 0,001$. $p_{\text{набл}} > p_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,001$), такі показники підтверджують наявність різниці між показниками, саме тому можна вказати, що результати є значимими, так як вірогідність похибки досить низька.

За шкалою «настрої» парний t-критерій за Стьюдентом – 0,51, тестова величина для парних вибірок становить (T) – 1,993, число ступенів свободи (f) – 29, саме тому вірогідність похибки становить $p = 0,028$. $p_{\text{набл}} < p_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично не значима ($p > 0,001$), такі показники підтверджують, різниці між показниками немає, саме тому можна вказати, що результати отримані за даною шкалою не зазнали суттєвих змін. Отримані результати можуть залишити без значних змін, адже при певному емоційному прояві з'являються нові прояви ПТСР, тобто один прояв може змінюватись іншим.

Для детального ознайомлення з отриманими результатами до та після корекційної роботи за методиками «Самопочуття, активність, настрій (САН)» (В. Доскін) та «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна», було подано у стобчатую діаграму у відсоткових співвідношеннях (Рис. 3.1.).

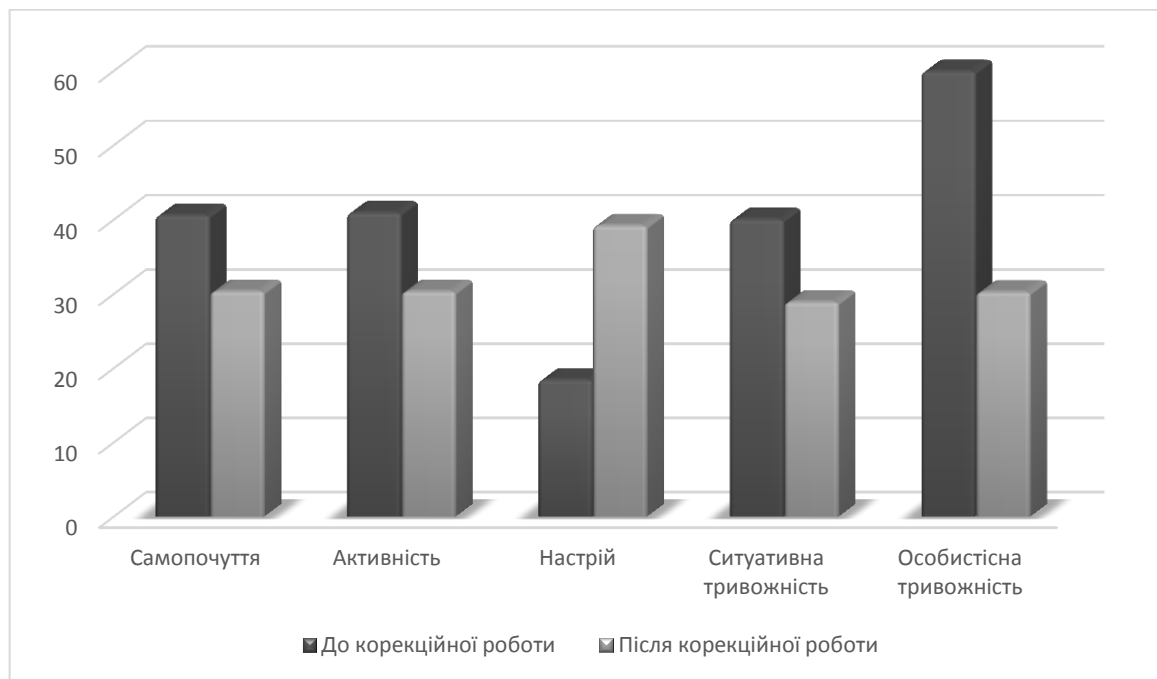


Рис. 3.1. Порівняльний аналіз отриманих результатів до та після корекційної роботи за методиками «Самопочуття, активність, настрій (САН)» (В. Доскін) та «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна»

Результати невротичного стану військовослужбовців після корекційної роботи за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» К.К. Яхін, Д.М. Менделевич було подано у графіку Рис. 3.2.

Математично статистичні данні розраховані за допомогою програми SPSS 17.0 маємо наступні: парний t-критерій за Стьюдентом – 0,906, тестова величина для парних вибірок становить (Т) – 5,500, число ступенів свободи

(f) – 5, саме тому вірогідність похибки становить $p = 0,001$. $p_{\text{набл}} > p_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,001$), такі показники підтверджують наявність різниці між показниками, саме тому можна вказати, що результати є значимими, так як вірогідність похибки досить низька [12, с. 65-66].

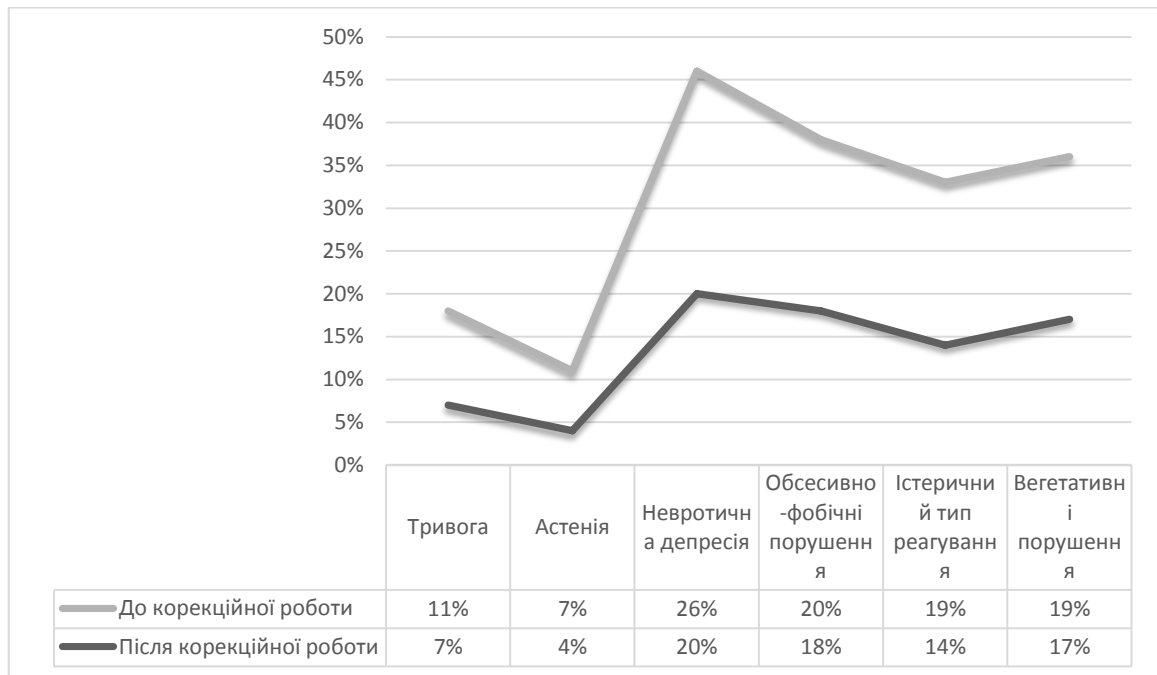


Рис. 3.2. Динаміка змін результатів невротичного стану військовослужбовців за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» К.К. Яхін, Д.М. Менделевич

Відповідно до проведеної корекційної роботи можна зазначити, що психоемоційний стан військовослужбовців, які прибули з зони АТО якісно покращився відповідно до окреслених критеріїв, за результатами методик дійсно видимі результати, що відтвердженні t-критерієм Стюдента, результати проведеної роботи є значими, що дозволяє констатувати достовірність даних.

Цьому засвідчують результати проведеного дослідження, на скільки саме змінились показники:

- Ситуативна тривожність – зниження показників на 11,1%;
- Особистісна тривожність – зниження на 29,65%;

- Місісіпська шкала у відсотковому відношенні – 17,3 %;
- «Самопочуття» – зниження 10,21%;
- «Активність» – зниження 10,56%;
- «Настрій» – підвищення 20,77%;
- «Тривога» – зниження 3 %;
- «Астенія» – 3 %;
- «Невротична депресія» – 6 %;
- «Обсесивно-фобічні порушення» – 2 %;
- «Істеричний тип реагування» – 5 %;
- «Вегетативні порушення» – 2 %.

3.2 Тренінгова програма щодо реабілітації учасників бойових дій

Для визначення ефективності програми психологічної реабілітації на початку та в кінці, було розроблено план корекційних занять щодо психологічної реабілітації учасників бойових дій (Таблиця 3.4.).

Таблиця 3.4.

Структура психокорекційного тренінгу для формування, розвитку, підтримання та збереження психологічної стабільності особистості у військовослужбовців

№з/п	Теми занять	Вправи	Кількість годин
1.	Співпраця	1. Дозвольте відрекомендуватись. 2. Правила групи. 3. Ритуал. 4. Релаксація.	1 год 30 хв
2.	Знайомство	1. Мій настрій. 2. Портрет. 3. Професійний девіз і символ діяльності.	1 год 30 хв

		4. Життєвий і професійний кодекс військовослужбовця. 5. Записки. 6. Релаксація.	
3.	Я тебе розумію...	1. Прогулянка у гори. 2. Двигуни мого «Я». 3. «Я – президент». 4. Тріски на річці [23].	1 год 30 хв

Продовження таблиці 3.4.

4.	Мої переживання	1. «Привіт, індивідуальносте!». 2. «Поговоримо про день вчорашній». 3. Впасти зі стільця. 4. Медитація.	1 год 30 хв
5.	Конфлікти та невдачі	1. Комплімент. 2. Мозковий штурм «Що таке конфлікт?» 3. «Я не боюся, багато хто боїться». 4. Групова дискусія «Чого ми навчилися при вирішенні конфліктів». 5. Рефлексія.	1 год 30 хв
6.	Ефективне спілкування	1. Зіпсований телефон. 2. «Головом'яч». 3. Дацький бокс. 4. Маска щастя [49].	1 год 30 хв
7.	Групова згуртованість	1. Як стати своїм. 2. Підкреслення спільності. 3. Серветки. 4. Людина. 5. Колаж [52].	1 год 30 хв
8.	Взаємини у колективі	1. Квадрат. 2. Мій досвід і моменти професійної діяльності. 3. Премія. 4. Самопрезентація. 5. П'ять кроків.	1 год 30 хв
9.	Остання зустріч. Уміння прощатись	1. Новорічна радість. 2. Лист до себе. 3. Валіза. 4. Мішень. 5. Підсумок та настанови.	1 год 30 хв

Структура тренінгових зустрічей була побудована таким чином, аби зменшити рівень напруженості роботи в групі та на меті мала зменшити ознаки

ПТСР та тривожності військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій.

Перша зустріч «Співпраця» була присвячена встановленню контакту між клієнтами, налаштування на довірливу взаємодію під час роботи, стимулювання до роботи в групі, а також встановлення зв'язку з психологом для подальшої реабілітаційної роботи [62].

Друга зустріч «Знайомство» присвячена знайомству з самим собою, саме через призму того ким ти є та яким тебе стриймають інші, розкриття власних умінь та досягнень.

«Я тебе розумію...» – це важливий компонент у роботі з групою саме в реабілітаційному напрямку, чому саме і присвячена третя зустріч. Головне завдання якої розширити власні кордони, власний потенціал та сформулювати чіткий запит на майбутнє життя «Яким воно буде?», «Чи зараз я вже покинув відчуття страху минулого...?» і т.д.

Четверта зустріч «Мої переживання» присвячена проживанню минулих подій з відчуттям чіткого усвідомлення того, що «це вже відбулося в моєму житті, але я маю жити далі».

П'ята зустріч «Конфлікти та невдачі» присвячена саме емоційно-вольовим особливостям особистості, адже залежно від певних ситуацій та подій, людина може вести себе по різно, відповідно до усвідомлених та закріплених життєвих концепцій, патернів поведінки [67].

Наступна шоста зустріч «Ефективне спілкування» направлена на комунікацію, адже саме спілкування може нам допомогти не занепасти духом, відчутти себе неодиноким, побачити власні «болючі» травми завдані у наслідок пережитих подій.

Сьома зустріч «Групова згуртованість» дозволить застосувати вже набуті навички на попередній зустрічі в реальному житті, допоможе чітко сформулювати потребу особистості і дозволить досягти поставленої чітко сформованої цілі.

«Взаємини у колективі» – предостання зустріч у груповій роботі військовослужбовців, має професійний орієнтир, адже у силу набутого життєвого досвіду військові мають сприймати власну готовність до оборонних дій і чітко усвідомлювати свої професійні обов'язки, але першочергово не забуваючи «Хто я?», «Що я можу...?» і т.д [57, с. 63-64].

Дев'яте заняття «Уміння прощатись» – покликане налагодити зв'язок з самим собою, власною «дитиною», умінню отримувати насолоду від життя, звертати увагу на свої почуття та відчуття, відчувати радість як це було у дитинстві, щиро без утиску власних бажань та патернів поведінки в силу набутого життєвого досвіду [68].

Саморегуляцію можна визначити різними способами. У найпростішому сенсі це передбачає контроль над своєю поведінкою, емоціями та думками для досягнення довгострокових цілей. Точніше, емоційна саморегуляція відноситься до здатності керувати руйнівними емоціями та імпульсами [16, с. 137-138].

Іншими словами, думати, перш ніж діяти. Це також відображає здатність підняти настрій після розчарувань і діяти відповідно до ваших найглибших цінностей.

За Баумейстером, самоконтроль (тісно пов'язаний із саморегуляцією та силою волі) – це здатність людини змінювати свої реакції, особливо відповідати перним стандартам, ідеалам, цінностям, моралі та соціальним очікуванням. Крім того, він розглядає самоконтроль як цілеспрямований, свідомий і здобутий з великим зусиллям. Щоб зрозуміти недоліки в самоконтролі, Баумейстер надає докази, використовуючи модель сили, яка аналогічно нагадує роль м'язів та енергетичної системи в людському тілі.

Зокрема, невдача самоконтролю пов'язана з тим, що це обмежений ресурс, як і м'яз, який втомлюється від вправ, а саме як явище відомого як «вичерпання его», і як воно стосується поведінки та продуктивності військовослужбовця та лідера [50].

Як і м'язи та енергетичну систему людини, самоконтроль можна поповнити для подальшого використання. Обізнаність та підготовка є надзвичайно важливими для військослужбовців, щоб озброїти себе та своїх солдатів знаннями та інструментами, які допоможуть подолати виснажену функцію самоконтролю.

Інструменти самоконтролю за Баумейстром:

– Режим тренувань самоконтролю. Дослідження було спрямоване на агресивну поведінку, але застосовне для контролю інших поведінкових результатів. Загалом, дослідження показало, що конкретні тренування та фізичні вправи навчили учасників визначати ознаки виснаження самоконтролю та пов'язану з цим незадовільну поведінку. З часом регулярні фізичні вправи нагадують режим репетиції, які попереджають людей про те, що може повторитися у середовищі та при наявності схожих умов [59].

– Практикуйте логічні міркування. Бертрамс і Шмейхель дійшли висновку, що люди, які щоденно практикують логічні вправи, демонструють кращий самоконтроль після виснажливого завдання. Однак, як тільки практика припиняється (через тиждень), користь зменшується. Як і нетренований м'яз, якщо його не опрацювати, він втратить силу.

– Створіть позитивний настрій або емоцію. Тіссе та Баумейстер, неодноразово виявляли, що створення позитивних емоцій у людей після виснажливого завдання відновлює їх енергію для наступних завдань [49].

– Підвищуйте життєвий тонус за допомогою змінних мотивації. Райан і Десі визначають життєву силу як відчуття ентузіазму, живості, відчуття бадьорості, позитивних емоцій та спокійної енергії, які сприяють покращенню поведінки та здоров'я. У цьому контексті вони виявили, що більша продуктивність і наполегливість (сила волі, регулювання) були результатом, коли людей заохочували працювати автономно, вони були компетентними та розуміли мету власних дій [48, с. 25-26].

– Самоствердження основних цінностей. Шмейхель і Вохс виявили, що самоствердження зміцнює переконання людини в тому, що вона цінна,

компетентна, хороша і здатна до вільного вибору. Подібно до створення позитивного настрою чи емоції, самоствердження протидіє виснаженню его через роздуми над своїми основними цінностями та переконаннями, що відновлює впевненість і зв'язок із метою.

– Замініть рівень глюкози, відпочиньте і додайте більше сну. Баумайстер, Вохс та Тіссе обговорюють зусилля, затрачені на використання самоконтролю та прийняття вибору. Це оцінюється запасами глюкози. Згодом вони досліджували переваги заміни рівня глюкози для поповнення рівня енергії, що використовується під час виснажливої діяльності (фізичної чи інтелектуальної), а саме Баумейстер визначає, що відпочинок і сон відновлюють ресурси особистості.

Більшість методів цієї групи ґрунтуються на навіюванні та самонавіюванні. До них з повною підставою можна віднести:

- слова підтримки з боку людини, яка користується довірою;
- наказ авторитетного начальника (керівника);
- самонаказ, що сприяє мобілізації функціональних резервів та вольових зусиль.

Ефективність подібних методів при сильному емоційному збудженні тільки посилюється, оскільки людина в цих умовах стає все більш навігаційною і добре сприймає конкретні команди. При цьому самонакази виконуються набагато краще, якщо військовослужбовці вже мають певний досвід.

В даний час існують спеціальні прийоми психічної регуляції та саморегуляції, що сприяють виконанню тих чи інших звичних професійних дій. Їхня мета, як правило, полягає в перемиканні від зайвого емоційного збудження на будь-яку практичну, переважно моторну (але іноді й розумову) діяльність. Наприклад, відомий вчений Б. Паскаль долав нездужання і навіть зубний біль, зосереджуючись на вирішенні математичних завдань.

До методів, що сприяють вирішенню професійних завдань, слід включити і методи управління увагою. Зокрема, використовуються прийоми концентрації

уваги на певних предметах та явищах, не пов'язаних із психотравмуючої ситуацією. Увага може зосереджуватися на уявному стані спокою [76].

Позитивний ефект можуть забезпечувати також ідеомоторні дії, які здійснюються в аспектах вирішення планованих завдань, що протистоять негативним психогенним впливам.

Позитивне значення має тренування концентрації уваги. Наприклад, шляхом багаторазового повторення можна досягти досить чіткого відтворення 5-секундного інтервалу, потім 10-го, 15-секундного і т.д. Зосередження уваги можна тренувати шляхом концентрації на певній думці або предметі, наприклад стрільці приладу. Таке тренування має тривати від хвилини і більше [77].

К.С. Станіславський пропонував виконувати вправу, яка отримала назву «три кола» (Рис. 3.3.).

Ця вправа полягає в уявленні трьох умовних концентричних кіл, причому ці кола повинні поступово звужуватися. Для виконання вправи можна використовувати реально існуючі об'єкти та явища. Наприклад, при виконанні вправи насамперед необхідно заплющити очі і подумки уявити те, які об'єкти знаходяться у дворі, де вони розташовуються і як співвідносяться один з одним [44]. Далі необхідно подумки зосередитися на кімнаті, де знаходиться людина, і відтворити у пам'яті всі предмети, що у кімнаті. На завершення вправи необхідно подумки відтворити все те, що знаходиться на самій людині, що на ньому одягнено, як виглядають його обличчя та руки. При цьому слід домагатися, щоб усе довкола, окрім самого себе, поступово виключалося з поля уваги.

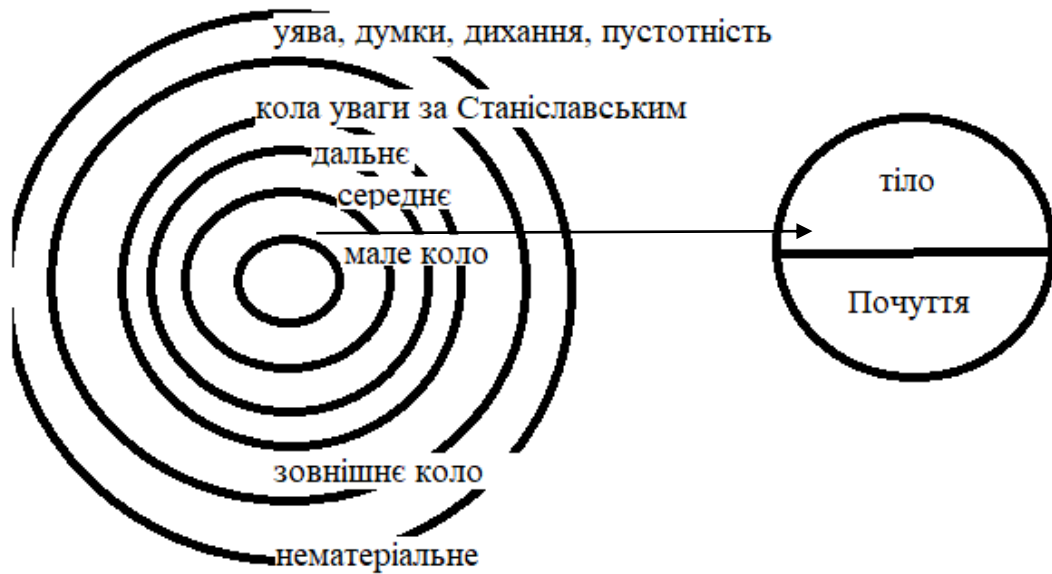


Рис. 3.3. Коло уваги за К.С. Станіславським

В.Д. Леві рекомендував використовувати вправу, названу ним «безперервне споглядання». Ця вправа полягає в уважному розгляданні (понад 3 хв) будь-якого простого предмета. При цьому не відводячи від нього погляду, потрібно постаратися знайти в ньому нові деталі. В даний час існує ціла низка аналогічних вправ. Наприклад, «ритмічне споглядання», суть якого полягає в необхідності вдивлятися в обраний предмет на спокійному вдиху, заплющуючи очі на видиху і стираючи при цьому те, що було зафіксовано. Таким чином, слід здійснити не менше 30 повторів. Інший варіант цієї вправи – «думкове споглядання». Виконуючи його, необхідно уважно розглядати якийсь предмет близько 3 хвилин, потім із заплющеними очима подумки відтворити все побачене, після чого, розплющивши очі, звірити реальність з тим, що вдалося уявити. Ця вправа була запозичена у Леонардо да Вінчі. У військовій практиці для його виконання можна скористатися топографічними картами. Доцільно виконати п'ять-сім повторень, потім скористатися іншою картою чи нескладним кресленням, схемою, малюнком [51, с. 95-96].

Створення чуттєвих образів також може бути засобом управління і особливо самоврядування психічним станом. Відомо, що Г. Флобер при описі отруєння миш'яком пані Боварі, вивчивши симптоми дії отрути, настільки увійшов до образу своєї героїні, що у нього виникли характерні для отруєння симптоми: блювання, пронос, металевий смак у роті. Йому навіть довелося надавати медичну допомогу. Тому у практичній діяльності доцільно навчитися відтворювати чуттєві образи, щоб застосовувати це вміння з метою саморегуляції [54].

Найчастіше з метою саморегуляції психічного стану використовуються різні словесні формули навіювання та самонавіювання. Їхнє формулювання, як правило, будується за стверджуючим принципом. Вони мають бути короткими та гранично простими. При цьому надзвичайно важливим є почуття вихідної впевненості в позитивному ефекті даних формул. Прикладами таких формул є фрази: «Я спокійний!», «Я готовий до влучного пострілу!», «Я збережу швидкість бігу!», «Я зможу подолати страх!» [64].

Ще одним прийомом регулювання психічних станів є музичне кондиціонування. Даний прийом є використання музичних програм для оптимізації психічного стану людини в різних видах професійної діяльності.

Наприклад, у спорті цей прийом психічної регуляції широко використовується у заходах щодо психореабілітації, тобто відновленню функціональної реактивності органів і систем після високих фізичних та психоемоційних навантажень. Функціональна музика може сприяти більш швидкому та успішному виконанню деяких видів військової праці, пов'язаних з автоматизованими моторними актами. Наприклад, використання музики під час виконання робіт військовими будівельниками сприяє формуванню позитивного емоційного тла праці [52, с. 95-96].

Особливо корисною є функціональна музика при організації відпочинку, наприклад, між змінами в бойових чергуваннях або при організації відпочинку після перельотів або плавань. На практиці може застосовуватися і так звана «зустрічна» музика, що активізує нервову систему перед початком роботи.

При цьому виконуються твори у бадьорих мажорних тонах, енергійні, веселі мелодії. Для скорочення періоду впрацьованості музика підбирається таким чином, щоб її темп відчутно прискорювався до кінця звучання музичного твору. Ритм має бути чітким, оскільки аритмічність негативно впливає формування динамічних стереотипів. Зрештою, музика може суттєво допомогти мобілізації функціональних резервів організму на тлі вираженої фізичної та психічної втоми, наприклад, наприкінці маршу. Функціональна музика успішно застосовується і при аутогенному тренуванні [73, с. 8].

Дуже цікавим методом психічної саморегуляції є метод арома-фітоергономіки – вплив на психічний, емоційний та функціональний стан людини за допомогою рослинних ароматів. З давніх часів найпоширенішими ароматичними речовинами були пахучі смоли – мирра та ладан. Дуже ефективно впливають на органи почуттів ефірні олії – багатоклітинні суміші легких органічних сполук, що виробляються рослинами та є поширеними нетоксичними лікарськими засобами. Вдихання ефірних олій стимулює діяльність серцево-судинної та дихальної систем, підвищує працездатність, знижує втому та почуття тривоги, сприяє поліпшенню сну та загального психічного стану організму.

Розуміючи основні аспекти саморегуляції та попередньо отримані результати досліджень для відновлення самоконтролю військовослужбовцям необхідно:

- розуміти, чого від нього очікують, які його власні ресурси є у досягненні поставленої мети;
- встановлювати та повідомляти про вимоги військослужбовців у армії при виконанні бойових дій;
- бути присутніми та активними, щоб знати сильні та слабкі сторони людей;
- передбачати відхилення від мети, показувати своїм прикладом, як виглядає правильно і заохочувати вчитися на помилках;

– бути інноваційними та залучати солдатів до змін, які покращують продуктивність військослужбовців [56].

Кожна людина має здатність до саморегулювання, але вона часто базується на обмежених ресурсах. Комбатанти повинні стежити за цим і розробляти методи відновлення самоконтролю. Так само військові повинні використовувати методи розвитку один одного, щоб мінімізувати наслідки виснаження самодисципліни.

Статус-кво українського суспільства пов'язаний з різними економічними, політичними, демографічними та духовними чинниками, які негативно впливають на людину. У надзвичайних ситуаціях особливе місце займають соціальні катастрофи, у тому числі військові конфлікти, які супроводжують активні бойові дії [60, с. 222-223].

Яскравим прикладом військової надзвичайної ситуації є військова операція на сході України, існування якої суттєво вплинуло на психологію людини та спричинило зміни в особистому житті та поведінці. Військова служба характеризується необхідністю виконання професійних обов'язків у складних умовах емоційного та фізичного напруження, пов'язаного з бойовими діями, тому їх можна віднести до групи ризику психосоціальної дезадаптації.

3.3 Методичні рекомендації щодо психологічної реабілітації учасників бойових дій

Результати дослідження показують, на важливість підтримки військовослужбовців, які тривалий час перебувають в соціально-стресовій ситуації потребують психологічної підтримки, адже це впливає на їх психологічний стан і на життя у цілому.

Наше дослідження базувалося на вивченні особливостей реабілітації військовослужбовців, а саме як військові, які перебувають у зоні бойових дій, проживають своє життя після стресових подій, в тому числі і їх рівень тривожності, дезадаптації на службі та дослідили наявність ПТСР.

Насамперед важливим є те, як саме підготуватися до повернення військового додому, з урахуванням попередньо узагальнених даних було розроблено рекомендації військовослужбовцям та їх сім'ям у вигляді пропозицій:

- Ви можете поговорити з родинами військових, які вже повернулися додому, дізнатися з якими труднощами вони зустрілись, що допомогло встановити контакт та слід пам'ятати, що кожне возз'єднання родини індивідуальне, і в кожного свій досвід.

- Ви можете перечитати літературу, де описують як відбувається повернення додому, що варто робити, а яких дій слід уникати.

- Дуже важливий момент – Ви маєте піклуватись про себе, можете переглянути техніки самопомоги, дихальні вправи, які допомагають розслабитись, стабілізувати емоції, переключити думки.

- Ви можете вивчити важливі для вашого військового дати боїв, дізнавшись більше про цей день Ви можете зрозуміти чому він настільки важливий для вашого чоловіка. Слід пам'ятати, що не можна тиснути на військового, говорити, щоб він Вам розповідав про бої, свої страхи та переживання. Коли він буде готовий то сам Вам про це розповість, а в цей момент Ви можете вислухати.

Рекомендації щодо спілкування:

- Не радьте військовому все забути. Ваш чоловік набув іншого, нового досвіду, який залишився з ним. І щоб адаптуватися до мирного життя має знадобитися час.

- Не згадуйте старих образ, зосередьтесь на спілкуванні «тут і зараз».

- Виділяйте час для спілкування, при цьому вмикайте телевізори радіо, зведіть до мінімум інші відволікаючі фактори.

- У момент спілкування старайтеся вислухати точку зору до кінця без осуду та переривання мови близької людини.

- Говоріть про свої потреби та чуйте прохання близької людини.

- У жодному разі не терпіть насильство, у будь-яких його проявах.

- Пам'ятайте, що Ви завжди можете звернутися за психологічною допомогою. Ви можете відвідувати індивідуальні консультації або парні, відвідувати групи підтримки, де можете в безпечному для нас середовищі розповісти про свої переживання, виявити емоції та отримати підтримку.

Рекомендації щодо підтримки власних ресурсів для жінок військовослужбовців:

- Проявляйте свої почуття: плачте, якщо хочеться, радійте щасливим моментам, пам'ятайте ви теж можете відчувати сум, розчарування, гнів.

- Не ігноруйте своїх емоційних потреб.

- Пам'ятайте про спілкуванням. Обговорюйте з близькими вам людьми свої переживання.

- Стежте за своїм здоров'ям – намагайтеся добре харчуватися, бо ваше тіло після виснажливого переживання потребує підкріплення. Збалансоване харчування, спорт, фізична праця, прогулянки на свіжому повітрі можуть стати вашим додатковим ресурсом.

- Звертайте увагу на свій емоційний стан. Існує так зване «Вікно толерантності», яке умовно можна поділити на три зони – зону виснаження; працездатності та надмірного збудження. Розуміння у якій з цих зон ви перебуваєте допоможе краще зрозуміти ваші потреби та фактори, які викликають даний стан.

- Відпочивайте разом з друзями, близькими, колегами.

- Хваліть себе та знаходьте час для себе (прийняти аромо-ванну, прочитати книгу чи подивитися фільм).

- Зосередьте увагу на своїх ресурсах, подумайте, що дає вам сили, а що навпаки забирає. Використовуйте ці ресурси.

- Пам'ятайте про важливість сну.

Для більш детальної та практичної допомоги в Україні існують центри допомоги саме таким сім'ям кожен центр працює у режимі онлайн-підтримки та оф-лайн:

- Veteran Hub - (097) 34 82 868 Адреса: Київ вул. Юрія Іллєнка 42

- БФ Карітас Київ - 044 512 0085 Адреса: вул. Івана Микитенка, 7Б,
- СЕТА - 068 283 2098, <http://www.ceta.org.ua/>
- КМЦ гендерної рівності, запобігання та протидії насильству kmc.gender@gmail.com [24]
- Центр психосоціальної реабілітації НаУКМА - <http://kmarehab.org/>
Знижуйте рівень стресу через здоровий спосіб життя.
- Виконуйте фізичні вправи практикуйте прогулянки на свіжому повітрі чи йогу.
- Обов'язково щоденне фізичне навантаження (від занять фізкультурою до рубання дров, чи прибирання ділянки у дворі).
- Для виведення гормонів стресу ви повинні раз на день пропотіти від фізичного навантаження.
- Використовуйте техніки розслаблення Добре допомагає розслабитися заняття улюбленою справою. Якщо Ви віруючі, добре допомагає молитва чи відвідування служби.
- Забезпечте тривалий нічний сон (8-9 годин) або визначте який для вас є оптимальний і намагайтесь його дотримуватися.
- Якщо ви вживаєте алкоголь, робіть це помірно. Важливо не використовувати алкоголь як снодійне, оскільки він заважає глибоким фазам сну. Не вживайте алкоголь, як спосіб уникнення негативних ситуацій, які повинні бути вирішені. Вживання алкоголю з негативних причин, призводить до виникнення залежності. Вживання алкоголю робить неможливим самоконтроль над Вашими реакціями. Він посилює стрес, та призводить до погіршення психологічного стану. Алкоголь – це депресант [69, с. 11-13].
- Встановіть, наскільки це можливо, розпорядок дня: лягайте та харчуйтеся в один і той же час. Відпочивайте, працюйте.
- Вживайте по можливості сезонні овочі та фрукти, або мультивітамінні комплекси (ідеально підходять мультивітаміни для вагітних, оскільки там збільшена норма, що дає змогу організму поновити, використані під час стресових подій, запаси мікроелементів за більш короткий час).

- Заведіть собі щоденник (навіть шкільний), де плануватимете основні події на тиждень. Важливо планувати дозвілля з родиною, чергуйте його з часом, який проводите на самоті! Можна завести зошит, де щодня протягом 15 хвилин ви будете записувати всі свої думки, все що вас турбує або лякає, щоб дотримуватись часу краще завести будильник. Потім ці записи можна знищити.

- Зменшіть кількість, або відмовтесь на час відновлення від кофеїновмісних напоїв: кава, чай (особливо в пакетиках) – надлишково збуджують нервову систему. Краще вживати чаї з шипшини, трав'яні збори, липу, м'яту, мелісу, ромашку, соки, компоти з сушки та ягід, морси.

- Мийтеся щодня, або кілька разів на тиждень. Якщо немає протипоказань і є змога, відвідайте баню, басейн, просіть домашніх, або самі робіть легкий масаж напружених зон тіла.

- Уникайте цілодобового перегляду телевізора! Зведіть до мінімуму перегляд новин. Краще дивиться відео для релаксації. Якщо дуже хочеться, переглядайте новини не частіше одного разу на тиждень, у чітко визначений день і час [63, с. 295-296].

- При сильних емоційних реакціях (тривога, паніка, вибух агресії, злість) виконуйте дихальні вправи – дихання по квадрату: на рахунок 1, 2, 3, 4 повільно вдихніть, при цьому живіт випинається вперед, м'язи живота розслаблені, а грудна клітка нерухома. На наступні чотири рахунки 1, 2, 3, 4 – затримайте дихання і плавно видихніть на рахунок 1, 2, 3, 4, 5, 6, під час якого підтягніть м'язи живота до хребта. Перед наступним вдихом знову зробіть паузу на 2-4 рахунки. Слід пам'ятати, що дихати потрібно тільки носом і плавно (так, ніби перед вашим носом на відстані 10-15 см висить пушинка, що не повинна коливатись). Вже через 3-5 хвилин такого дихання Ви помітите, що ваш стан став значно спокійнішим і врівноваженішим [77].

Для самозаспокоєння перед сном дихати за схемою: рахунок 1, 2, 3, 4 – вдих носом; пауза – 1, 2; потім 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 – повільний видих ротом. При безсонні дихати в такому режимі по 3-4 хвилини щодня, 6-8 разів на день.

Багато міжнародних досліджень виявили зв'язок між стресом і щастям. Іншими словами, у порівнянні з людьми з низьким або високим тиском, люди з помірним тиском почуваються краще і працюють ефективніше. Фактором, що знімає стрес, є не особистість і темперамент, а саморегуляція. Перше – заспокоїтися. Полегшити дихання, наприклад, коротким і довгим видихом, і помолитися за рідних (чоловіка, дружину, сина чи дочку). Це може бути будь-яка молитва. Якщо ви не знаєте жодної молитви, подумайте про свої власні молитви і скажіть Богу все, що ви думаєте, своїми словами. Є у військових і свої молитви, маленькі ламіновані ікони. Звичайно, ви можете помолитися за себе, вдома, в храмі, на всі ваші молитви будуть відповіді. Іноді під час перебування в зоні бойових дій члени сімей військовослужбовців не можуть спати, відчують розчарування, беспорядність, плачуть, розгублені перед майбутнім, час від часу відчують агресію до дітей та оточення.

Такі прояви не є чимось аномальним, бо це природна реакція організму та психіки на події, які відбулися.

Звісно, що таке занепокоєння можуть зрозуміти лише родичі військовослужбовців, які пережили те ж саме. Тому в цей час буде дуже корисно знайти групу, де ваші місцеві військові сестри (родичі) підтримують одна одну, або познайомтеся з родичами колег, або самі створіть такі групи. З досвіду жінок така підтримка дуже допомагає їм у найважчі часи: спілкування, обмін інформацією про бойові дії, допомога з дітьми та повсякденне життя.

У цей час дружини часто відчують, що ніхто з них не може їх зрозуміти і ніхто не може поділитися своїм досвідом, тому вони не наважуються цього робити. Але іноді вам просто потрібно поговорити з оточуючими людьми. Це можуть бути батьки, друзі, колеги.

Якщо тривога посилюється, зверніться до психолога, пастора чи іншого фахівця, який, на вашу думку, може допомогти. Ми вже обговорювали, як використовувати телефон для спілкування зі своїми близькими в зоні бойових дій. Проте є особливості, про які Ви, можливо, знаєте і робите, але їх не завадить згадати:

- Говоріть про повсякденні речі, поділіться почуттями та емоціями.
- Ви погодилися з правилами дзвінків. Практика показує, що іноді ваша армія краща за вас (це може врятувати йому життя, особливо коли йому загрожує небезпека).
- Постарайтеся не акцентувати увагу на сімейних проблемах. Рішення залежить від участі чоловіка. Якщо можливо, відкладіть оголошення до повернення армії додому.
- Намагайтеся не запитувати по телефону про розташування армії, кількість побратимів і бойові завдання - не наражайте його на небезпеку.
- Вирішіть самі, яку інформацію ви хочете знати про своїх близьких під час перебування в зоні бойових дій: переживання, емоції, спілкування з колегами, їх оточення.

Найефективнішими способами знизити стрес є відчуття, звук, дотик, запах і рух: можна доторкнутися до чогось, глибоко дихати, стиснути кулаки, напружити і розслабити м'язи.

Вам варто знайти сенсорні способи, які вас заспокоюють, наприклад, ванна чи душ, арома-лампа, в'язання, догляд за квітами, майстрування.

Гумор є наліпшим способом, щоб знизити напругу, полегши-ти стрес при спілкуванні. Коли всі навколо надто серйозно до чогось ставляться, справа може йти гірше, ніж коли є розслабленість і спокійний настрій.

Якщо будете гнучкими, знайдете більше варіантів, і це дасть змогу сформуванню навколо щасливе середовище. Окрім того, жартівлива робоча атмосфера допоможе не лише отримати те, що Ви хочете, а й задовольнити потреби іншої людини [80].

Якщо ви щоразу в думках повертаєтесь до певної ситуації, міркуєте, як її владнати, але не знаходите способу, це показник, що напруга значна, і щоб її зняти, потрібно відволіктись. Вийдіть надвір, погуляйте, проведіть кілька хвилин у розважаннях, щоб відновити свій баланс і знизити стрес. Такі ж хвилювання можуть мати діти [72].

Питання збереження інтимного життя за відсутності вашого військового вдома часто є табуйованим. Звісно, треба відтермінувати сексуальне задоволення до часу повернення Вашого військового додому, проте можна додавати сексуальності в стосунки пари і в період очікування.

Зазвичай, прагнучи до позашлюбного, випадкового сексу, військовий або його партнер може розглянути стосунки «на здоров'я». Але це не так, тому що подружжя зрада викликала і продовжує викликати розлучення, венеричні захворювання і навіть втрату довіри до пари.

У сім'ї важливо з'ясувати між дружиною і чоловіком, що для них означає зрада. Наприклад, ви можете записати щоденник сексуальних думок, які виникли під час розриву стосунків. Тоді відправте ці щоденники своїм близьким і обміняйтеся ними. Це ступінь близькості, яку може мати пара на відстані.

Звісно, обмін слід узгодити, адже коли в сім'ї немає цієї традиції, така пропозиція може здатися партнеру дивною і загрозовою. Після повернення додому багато пар можуть знову провести медовий місяць. Додайте кілька цікавих речей у сексуальне життя вашої мрії про розлуку: свічки, пелюстки троянд, музику, яка вам подобається обом, тощо.

Висновки до третього розділу

Експериментальне вивчення взаємозв'язку між тривожністю та емоційним станом військослужбовців проводилося за допомогою методик «Самопочуття, активність, настрої (САН)» (В. Доскін) та «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна».

Вивчення емоційних проявів показало, що найбільш характерними для військослужбовців є самопочуття (40,61%), яке безпосередньо залежить від настрою (18,45%), через що може зменшуватись фізична активність військослужбовців (40,64%), тим самим і рівень тривожності може

змінюватись і фокус уваги зміщуватись на інший вид, відповідно до статистичної обробки даних, оскільки $p = 0,001$, $p_{\text{набл}} > p_{\text{крит}}$, залежність ознак статистично значуща ($p < 0,001$), такі показники підтверджують наявність різниці між показниками, тобто результати є значимими, так як вірогідність похибки досить низька.

Використовуючи методику «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» також було встановлено вірогідність проявів посттравматичного розладу (9,02%), але у ході корекційної роботи вдалось позитивно підкріпити вже існуючі установки військослужбовців, які допомогли перенести фокус уваги на інші симптоматичні прояви. Зміни відповідно до груп симптомів ПТСР, при середній вірогідності ПТСР спостерігається прояви симптому збудливості у межах від 81 ± 84 , та при низькій вірогідності ПТСР у досліджуваних спостерігається відчуття провини, як одного з симптомів прояву ПТСР.

Саме тому результати пов'язані з проявом тривожності, дещо змінились, а саме ситуаційна тривога (28,95%) стала значно меншою, ніж особистісна (30,30%), але в свою чергу інші показники знаходились в межах норми.

Аналіз отриманих зв'язків дозволяє прогнозувати побудову роботи психологів з емоційними особистостями та рівнем тривожності військовослужбовців. Незважаючи на те, що на даний момент рівень тривожності зменшився, але залежно від ситуації і умов її особливостей прояву можуть потребувати корекції.

ВИСНОВКИ

У сучасних нестабільних суспільно-політичних і соціально-економічних умовах для нашої держави великого значення набувають психологічні проблеми та розлади населення, особливо це стосується ПТСР, які є найбільш поширеними серед учасників бойових дій АТО та тимчасово переміщених осіб. Проте негативні медико-соціальні наслідки від цих розладів торкаються значно ширших категорій населення, що вимагає активної та виваженої роботи закладів сфери охорони здоров'я щодо раннього діагностування, психологічної підтримки та подальшого лікування ПТСР.

Основними та найбільш значущими методами, що мають використовуватись додатково до традиційної психологічної терапії, є створення сприятливих соціально-психологічних умов життя клієнтів і застосування сучасних методів психологічної корекції, зокрема арт-терапії та анімалотерапії. Отримані дані свідчать про актуальність даної проблеми і розробки відповідних медико-психологічних заходів. Представлена модель психологічного супроводу клієнтів з ПТСР в зоні проведення АТО дає можливість уніфікувати підходи психологів, психотерапевтів та психіатрів.

Розроблений психодіагностичний комплекс дозволяє оцінити ступінь тяжкості психічних розладів пацієнтів, підібрати адекватні методи психокорекції, проаналізувати ефективність психокорекційних заходів.

У кваліфікаційній магістерській роботі ми досліджували дієвість системи психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій та виконали поставлені завдання:

- 1) На основі теоретико-методологічного аналізу визначили особливості мотивів психологічної реабілітації учасників бойових дій дослідили відчизняну літературу та погляди вчених на сучасний стан реабілітації військовослужбовців. Аналіз ситуації показує, що багато людей перебуває у стані важкої психологічної кризи. Військовослужбовці, які виконують або виконували на сході України свій обов'язок, перенесли

внутрішні навантаження, які можуть призвести до небезпечних наслідків: складних змін в емоційній сфері, самопочутті, діяльності; можуть виявлятися різні посттравматичні стресові реакції та розлади.

2) Вивчили основні характеристики методів психологічної реабілітації, до них відносяться: психологічне діагностування, психологічна просвіта та інформування, психологічне консультування, психологічна підтримка і супровід, психотерапія та групова робота.

3) Розробили діагностичну програму, щодо поліпшення та оптимізації емоційного стану учасників бойових дій, що дало нам можливість більш ширше переглянути роботу з ПТСР. Відповідно до окреслених аспектів системи організації психологічної реабілітації учасників бойових дій, було встановлено, що саме на даний момент у нашій країні відбувається початковий етап становлення процесу реабілітації військових, які потерпіли у наслідок військових дій на Сході країни.

4) Розробили та впровадили діагностичну програму, спрямовану на подолання емоційного напруження та зменшення проявів ПТСР у військовослужбовців, що в свою чергу дозволило підібрати комплекс дієвих та валідних психодіагностичних методик, які включають у себе ведення якісного та кількісного аналізу емпіричних даних, з використанням математичної статистики при їх обробці.

5) Надали рекомендацій щодо оптимізації реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях, а саме військових на базі 36-тої окремої бригади морської піхоти імені контрадмірала Михайла Білинського (36 ОБрМП, в/ч А2802) – з'єднання морської піхоти України, що перебуває у підпорядкуванні Командування Морської піхоти ВМС України.

Таким чином, у ході дослідження підтвердилося, що психологічна реабілітація ветеранів бойових дій дозволяє вивчити особливості життєвих орієнтацій та провести їх корекцію в умовах реабілітаційного центру. У ході проведеного дослідження у учасників бойових дій, які проходили в комплексі

медичну та соціально-психологічну реабілітацію, було виявлено значні зміни у життєвих орієнтаціях та термінальних цінностях.

Дослідження показало, що психологічна реабілітація учасників бойових дій сприяє насамперед формуванню тимчасової перспективи, здатності ставити перед собою цілі в майбутньому, підвищенню значущості цінностей розвитку себе та своїх досягнень, що проявляється насамперед у зацікавленості у своєму особистісному потенціалі, можливостях власного розвитку, у прагненні планувати своє життя задля досягнення конкретних результатів.

СПОСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаєв Н. А., Кокур О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців. Київ. *НДЦ ГП ЗСУ*. 2016. 130 с.
2. Агаєв Н.А. Екологічна психологія в Україні. URL: http://ecopsy.com.ua/data/zbirki/2003_01/sb01_01.pdf. (дата звернення 20.01.2020)
3. Агаєв Н.А. Негативні психічні стани військовослужбовців у бойових умовах: класифікації, визначення, ідентифікація. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. 2016. No 2 (4). 268 с.
4. Алещенко В. І. Психологічне забезпечення миротворчої діяльності військовослужбовців Збройних Сил України: монографія. Харків . *ХУПС*. 2018. 238 с.
5. Алексеєнко Т.Ф. Умови позитивної соціалізації дитини у сім'ї. Діти – батьки – сім'я. 2005. Вип. 3. С. 4–9.
6. Бех І.Д. Особистість народжується в сім'ї. Початкова школа. 1994. Вип. 2. С. 23–25.
7. Бігун Н.І. Профілактична робота в практичній психології: навч.-метод. комплекс дисципліни. Кам'янець-Подільський: Медобори. 2017. 96 с.
8. Блінов О.А. Вплив стрес-факторів діяльності на військово-службовців. *Вісник Національної академії оборони України*. 2017. Вип. 2. С. 118–124.
9. Бондарчук О.І. Психологія сім'ї : курс лекцій. МАУП. Київ. 2001. 96 с.
10. Бриндіков Ю.Л. Теорія і практика реабілітації військово-службовців - учасників бойових дій в системі соціальних служб: автореф. дис. д-ра пед. наук: 13.00.05. Тернопіль. 2019. 39 с.
11. Буніна Л.М. Врахування потреб дитини як основа усвідомленого батьківства. Діти – батьки – сім'я. 2005. Вип. 3. С. 9–16.

12. Васильєва Г.В., Колеснік Н.В. Емоційні та поведінкові порушення в наслідок ПТСР. *Габітус*. 2021 Вип. 30. С. 65–69.
13. Васильєва Г.В., Колеснік Н.В. *Матеріали студентської наукової конференції «Українська молодь для сталого майбутнього України»*. Могілянські читання – 2020: Особливості корекції сімейних відносин у сім'ях військовослужбовців. 17 листопада. Миколаїв. 2021.
14. Васильєва Г.В., Колеснік Н.В. Проблема сімейних відносин у сім'ях військовослужбовців. *Молодь у психології: етнічна самосвідомість та міжетнічна взаємодія*: матеріали XI міжнар. наук.-практ. конф., м. Суми. 22-23 квітня 2021 р. Суми. 2021. С. 83 – 89.
15. Вказівки щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / Організаційно-методичні вказівки розглянуто та схвалено Вченою радою Української військово-медичної академії : протокол № 192 від 07.11.2017 року. 76 с.
16. Волошин П.В., Шестопалова, Л.Ф., Підкоритов В.С. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. Харків. Вип. 3 (44). 2002. С. 137–141.
17. Дідик Н.Ф. Соціально-психологічна підтримка членів родин військовослужбовців як чинник впливу на морально-психологічний стан бійця під час виконання завдань у зоні АТО. *Український психологічний журнал*. Вип 1(7). 2018. С. 41–56.
18. Дубчак О. Д. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Київ. *Наш формат*. 2017.
19. Духневич В.М. Психологічне благополуччя професіонала: модель досягнення/дотримання (на прикладі професії психолога-консультанта). *Проблеми загальної та педагогічної психології*. 2020. Т. 4, ч. 3. С. 57–63.
20. Ершова Н.М. Развитие советского семейного права В кн. : СССР-Австрия: Проблемы гражданского и семейного права. Москва. 1983. С. 154–166.

21. Журавель Т.В. Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності /Т.В. Журавель /Соціальна педагогіка: навч. посіб. / за заг. ред. О.В. Безпалько. Київ. *Академвидав*. 2016. 312 с.

22. Заняття з елементами тренінгу «Зміни себе сам». URL: <https://vseosvita.ua/library/zanatta-z-elementami-treningu-zmini-sebe-sam100710.html> (дата звернення 11.06.2021).

23. Інтерв'ю з Міністром оборони України (2018). Інформаційний ресурс «Голос Америки». URL: <https://ukrainian.voanews.com/a/stepan-poltorakinterviudzhaveliny/4237833.html> (дата звернення 01.02.2020)

24. Інтерв'ю з начальником управління морально-психологічного забезпечення Генштабу ЗСУ). Інформаційне агентство «РБК». (2018). URL: <https://daily.rbc.ua/rus/show/general-mayor-vsuo-oleg-gruntkovskiy-okolo.html> (дата звернення 01.02.2020)

25. Капська А.Й. Соціально-педагогічна робота з проблемними сім'ям: посібник. Тернопіль. Астон. 2010. 304 с.

26. Кокун О.М., Агаєв Н.А, Пішко І.О. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО. *Вісник Національного університету оборони України*. Вип. 3 (46). С. 123–129.

27. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Окремі соціально-психологічні характеристики військовослужбовців ЗС України, які виконують завдання в районі проведення АТО. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи*: матеріали III міжнар. наук.-практ. конф. м. Київ. 02-03 березня 2018 р. Київ, 2018. С. 69–71.

28. Концепція розвитку Державної прикордонної служби України на період до 2015 року. *Держ. кордон України : зб. док.* Київ. 1996. С. 29.

29. Кошонько Г.А. Психологічні особливості становлення сімей курсантівприкордонників. *Збірник наукових праць НАДПСУ № 33. Ч. 2.* Хмельницький. 2005. С. 96–102.

30. Кузьменко Т.М. Соціологія. Навч. посіб. *Центр учбової літератури*. Київ. 2010. 320 с.
31. Культура семейных отношений : сб. статей. Москва. *Знание*. 1980. 112 с.
32. Куприянчик Л. Психология любви. Москва. Мысль, 1998. 240 с.
33. Лозінська Н.С. Поняття бойового стресу та його наслідки у військовослужбовців. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. 2018. № 3 (11). С. 150–166.
34. Лукашевич М.П., Туленков М.В., Яковенко Ю.І. Соціологія. Основи загальної, спеціальних та галузевих теорій. *Каравела*. Київ. 2008. 544 с.
35. Любити, жити і чекати. Путівник для родин військових, які перебувають у зоні бойових дій. Львів. Колесо. 2018. 144 с
36. Максименка С.Д. Київ. Міленіум. 2002. Том I. Ч. 8. С. 150–154.
37. Максименко С.Д. , Носенко Е.Л. Експериментальна психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл. Київ. *Центр учбової літератури*. 2018. 360 с.
38. Максимова Н.Ю. Сімейне консультування: навч. посіб. Київ. *ДП Вид. дім «Персонал»*. 2001. 304 с.
39. Маска щастя. Психологічний короткометражний мультфільм. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=2sH4jxIJ74k> (дата звернення: 19.09.2021).
40. Матвеев Г.К. Советское семейное право. Москва. 1978. 240 с.
41. Матеріали науково – практичної конференції «Тенденції розвитку сучасної сім'ї в Україні». *Український соціум*. 2004. Вип. 3(5). С. 124–150.
42. Матійків І.М. Тренінг емоційної компетентності: навч.-метод. посіб. Київ. *Педагогічна думка*. 2019. 112 с.
43. Мацевко Т. М. Теоретичні аспекти формування стресостійкості у курсантів ВВІЗ. Вісник Національного університету оборони України. 2018. Вип. 5 (24). С. 182–186.
44. Ми пережили. Техніки відновлення для сімей військових, цивільних та дітей: практ. посіб. для внутрішньо переміщених осіб, демобілізованих та їхніх сімей / за наук. ред. Г.В. Циганенко. Київ. 2018. 100 с.

45. Наказ Міністерства оборони України від 10.12.14 № 883 «Інструкція з організації професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0013-15> (дата звернення: 17.10.2021).

46. Наказ Міністерства охорони здоров'я від 23.02.2016. №121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». URL: [http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTZR/2016_121_YKPMO_PTZR.pdf](http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMO_PTZR.pdf) (дата звернення: 17.08.2021).

47. Нечаєва О.С. Шляхи формування мотивації досягнення успіху в обдарованих підлітків. Обдарована дитина. 2007. № 9. С. 25–30.

48. Осьодло В.І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 14(1). С. 242–252. URL: <http://surl.li/atshy> (дата звернення: 10.11.2021).

49. Павліченко П.П., Литвиненко Д.А. Соціологія. *Лібра*. Київ. 2000. 256 с.

50. Пацалюк Н. М. Формування особистісних якостей та рівень взаємодії в колективі м. Вінниця. 2017 URL: https://mmk.edu.vn.ua/uploads/images/articles/psiholog/2017-2018/Trening_ZH32/broshure.docx (дата звернення: 11.11.2017)

51. Піча В.М., Хоронжий А.Г., Кліманська Л.Д., Савка В.Є. Соціологія: короткий навчальний словник: терміни і поняття /за ред. В.М. Пічі. «Каравела». Київ. 2008. 340 с.

52. Попелюшко Р. П. Причини виникнення та механізм розвитку ПТСР у комбатантів. International Scientific-Practical Conference Actual questions and problems of development of social sciences. Kielce: Holy Cross University. 2016. С. 95–98.

53. Приходько І.І., Тімченко О.В. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у комбатантів. *VIII Науково-практична*

конференція Національної академії Національної гвардії України : матеріали конф., м. Харків, 30 березня 2017 р. Харків, 2017. С. 124–125.

54. Причепій Є.М. Філософія: посіб. для студ. вищих навч. закл. Вид. центр «Академія». Київ. 2017. 576 с.

55. Про внесення змін до Загального положення про центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді. Постанова Кабінету Міністрів України № 528 від 19 липня 2017 р. URL: <http://zakon5.rada.gov.ua>. (дата звернення 20.01.2020)

56. Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції: монографія/С. Лебедева, О. Назаров, Я. Овсяннікова / за заг. ред. Н. Оніщенко, О. Тімченка. Харків. НУЦЗУ. 2019. 174 с.

57. Ромовська З.В. Сімейний кодекс України: погляд у майбутнє. *Право України*. 2001. Вип. 2. С. 63–69.

58. Сасіна Л.О., Мажник Н.А. Соціологія. Навчальний посібник. *Інжсек*. Харків. 2016. 208 с.

59. Сахаров А.Б. Правонарушние подростка и закон. Москва. 2017. 216 с.

60. Сидоренко О.Ю. Актуальні питання психології сімейно-побутових відносин працівників міліції. *Проблеми загальної та педагогічної психології : збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України* / за ред. Максименка С.Д. Київ. ГНОЗІС. 2017. Т. V. Ч. I. С. 222–227.

61. Соціологія: Підручник / за ред. докт. соціол. наук, проф. В.М. Пічі. Вип. 4. «Магнолія 2006». Львів. 2019. 293 с.

62. Соціологія: Підручник / за ред. Н.П. Осипової. *Юрінком Інтер*. Київ. 2019. 336 с.

63. Стасюк В.В. Організаційні принципи та напрямки діяльності щодо профілактики психічних розладів в умовах підготовки до ведення бойових дій. *Вісник Національного університету оборони України*. 2017. Вип. 5 (36). С. 295–301.

64. Стасюк В.В. Психологія локальних війн та збройних конфліктів. Київ. *НАОУ*. 2016.
65. Танчин І.З. Соціологія: навч. посіб. Вип. 3. *Знання*. Київ. 2018. 351 с.
66. Трубавіна І.М. Соціально-педагогічна робота з неблагополучною сім'єю: навч. посіб. *ДЦССМ*. Київ. 2018. 132 с.
67. Устінова Т., Глазкова А., Донець Ю. Батьки повертаються з війни: Розповідь про сімейне відновлення. Київ. 2020. 64 с.
68. Черниш Н.Й. Соціологія: Підручник за рейтингово – модульною системою навчання. Вип. 5. *Знання*. Київ. 2019. 468 с.
69. Шевченко Н.Ю. Права дитини – права батьків. Діти – батьки – сім'я. 2016. Вип. 5. С. 11–17.
70. Шевченко Я.М., Барило Т.С. Радянський закон про відповідальність неповнолітніх. *Наукова думка*. Київ. 2018. 104 с.
71. Яблонська Т.М. Актуальні проблеми досліджень сучасної сім'ї в Україні. *Український соціум*. 2016. Вип. 2(4). С. 80–84.
72. Якубова Ю.М., Антонова-Турченко О.Г., Святненко Г.В., Московка М.М. Проблемні сім'ї: діти і батьки. *Студцентр*. Київ. 2018. 138 с.
73. Cella D. Quality of Life : The concept. *Journal of Palliative Care*. 2018. No 8. P. 8.
74. Epstein S. Cognitive experiential self-theory. In L.A. Pervin (Ed.) *Handbook of personality : Theory and research*. 2020. P. 165–192.
75. Erikson K. *New Species of Trouble : Explorations in Disaster, Trauma, and Community*. NY. 2017.
76. Figley C.R. *Traumatic stress the role of the family and social support system*. Trauma and its wake. V. 2nd. NY. 1986.
77. Figley, C. *Trauma and its wake*. Vol. 2. New York : Brunner / Mazel. 2016.
78. Goodwin J. The etiology of combat-related PTSD. In: Williams T. (Ed). *Posttraumatic stress disorder : a handbook for clinicians*. Cincinnati : DC DAV. 1987.

79. Horowitz M.J., Wilner N. J., Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress. *Psychosom. Med.* 2019. P. 209–218.
80. Horowitz M.J. *Stress response syndromes*. N.J.: Jason Aronson Inc. 2016. 295 p.
81. Kardiner A., Spiegel H. *War Stress and Neurotic Illness*. N.Y. 2017. P. 325–330.
82. Kulka R., Schlenger W. *Trauma and the Vietnam war generation*. NY. *Brunner / Mazel*. 2020.

ДОДАТКИ

Додаток А

Структура психокрекційного тренінгу для формування , розвитку, підтримання та збереження психологічної рівноваги особистості у військослужбовців

Заняття 1

Вправа 1. «Дозвольте відрекомендуватись».

Знайомство в групі – уміння говорити про себе.

Вправа 2. «Правила групи».

Проговорити усі правила , дати можливість висловитись кожному члену групи. Затвердити правила для подальших зустрічей.

Вправа 3. «Ритуал».

Обговорити з членами групи ритуал, який на їх думку буде зупиняти співрозмовника у разі незручностей для учасників групи.

Вправа 4. «Релаксація».

Використати запроповановану медитацію, для гармонізації настрою учасників групи після першого знайомства.

Заняття 2

Вправа 1. «Мій настрій».

За допомогою будь якого власного предмета необхідно описати, який твій настрій орієнтуючись на характеристики предмету.

Вправа 2. «Портрет».

Використовую методи верифікації, символізації та допоміжних предметів описати, себе орієнтуючись на власні почуття та відчуття.

Вправа 3. «Професійний девіз і символ діяльності».

Робота у групі, необхідно скласти груповий професійний девіз та символ спільної діяльності.

Вправа 4. «Життєвий і професійний кодекс військослужбовця».

Ведучий інструктує учасників: «Уявіть, що вас об'єднує загальна мета професійної діяльності, яка виражає зміст подальшої діяльності в Національній гвардії України. Грунтуючись на цих переконаннях, придумайте головний девіз, який би підкріплював ваші погляди, необхідні для розвитку як в особистісній, так і професійної сфері. Зупинятися на одному девізі не варто, пропонуйте допоміжні гасла до основного. Для більш чіткої картини професійного девізу придумайте символіку вашої діяльності й спробуйте пояснити основні елементи цього символу».

Вправа 5. «Записки».

1. На трьох білих листочках написати питання, що хвилюють з дитинства та протягом життя. По одному на кожному листочку.

2. На трьох кольорових листочках – твердження, сформовані протягом життя. Теж по одному на кожному.

3. Всі учасники складають свої питання та затвердження разом, перемішують і кожен бере по три білі та три кольорові листочки.

4. Взявши за основу вибрані питання та твердження, створити цілісну літературну композицію: оповідання, притча, казка, есе, вірш тощо.

5. Кожен представляє свій твір групі. Зворотній зв'язок.

6. Загальне обговорення, враження від процесу та результату, підбиття підсумків.

Вправа 6. «Релаксація».

Використати запропоновану медитацію, для гармонізації настрою учасників групи після першого знайомства.

Занятт 3

Вправа 1. «Прогулянка в гори».

Учасники діляться на пари. Кожен малює свою професійну діяльність у вигляді вершин гір (вершини – це події, досягнення, важливі моменти професійної діяльності, коли кожен був найбільш успішним). Далі учасники розповідають один одному про події, згадуючи всі деталі, почуття, за шаблоном: «коли я робив те-то, те-то..., я відчував те-то і те-то», «коли зі мною відбувалося те-то і те-то..., я відчував те-то і те-то».

Вправа 2. «Двигуни мого «Я».

Вправа спрямована на усвідомлення вибору професії та ціннісних пріоритетів. Починається з загального запитання для всіх: «Що спонукає людину до діяльності?». Після декількох відповідей ведучий пропонує кожному учасникові попрацювати із певними мотивами власної діяльності. В основі мотиву лежать наші потреби, інтереси, нахили, бажання. Необхідно проранжувати для себе мотиви вибору професії (бажані її аспекти) та написати кілька слів, розкриваючи для себе їх сутність.

Список мотивів:

1. Соціальні мотиви (прагнення займатись корисною, необхідною для інших, актуальною діяльністю, що була б бажаною та корисною в соціумі).

Моя професія цінується іншими...

2. Моральні мотиви (прагнення переживати почуття гармонії, розвитку, естетичності, відповідності діяльності моральним настановам і традиціям соціуму).

Якщо поміркувати, то для душі моя професія дає...

3. Пізнавальні мотиви (прагнення розширювати світогляд, розвивати здібності, вдосконалюватись, розв'язувати нові, нестандартні проблеми і питання).

Мій найбільший інтерес, коли я працюю, полягає в тому, що...

4. Творчі мотиви (прагнення бути оригінальним, особливим, виражати власне ставлення та творчий пошук, зробити нові відкриття).

Коли я працюю, то можу дати волю фантазії й робити...

5. Матеріальні мотиви (прагнення мати добре оплачувану професію, забезпечити стабільне майбутнє, надати допомогу близьким та рідним).

Серед професіоналів у моїй галузі є бідні, які... і багаті, які...

6. Престижні мотиви (прагнення досягнути видного становища, суспільного статусу, кар'єри, авторитету та популярності).

Найбільшим досягненням у моїй професії може стати...

7. Егоїстичні мотиви (прагнення реалізувати власні амбіції, користуватись привілеями, дбати лише про свої інтереси, розвивати особистісні риси).

Особисто для себе в діяльності я...

Вправа 3. «Я – президент».

Психолог запитує дітей про те, на кого вони хотіли перетворитися, якби вони мали вибір (з тварин, птахів, квітів, дерев, предметів, уроків тощо.)

Психолог каже: «Сьогодні я вам пропоную подорож до чарівного лісу. Зараз ви заплющте очі, розплющте, і ми всі перенесемося в нього. Як вам у лісі? Тепер, щоб знайти прихильників і друзів, ми повинні познайомитися з усіма мешканцями. Так, щоб познайомитися з птахами, ми повинні самі перетворитися на птахів». (Діти зображують птахів). Так по черзі діти перетворюються на різних мешканців лісу, включаючи гриби та рослини. Потім дітям пропонується намалювати себе у вигляді будь-якої рослини. Діти малюють під музику. Після цього малюнки обговорюються.

Вправа 4. «Тріски на річці».

Встаньте в два довгих ряди, один навпроти іншого. Відстань між рядами повинна бути трохи більше витягнутої руки. Уявіть собі, що ви всі разом – Вода однієї річки. По річці зараз «попливуть» Тріски. Одна дитина відправиться зараз в дорогу по річці як перша Тріска. Вона сама вирішить, як буде рухатися. Наприклад, вона може закрити очі і повільно піти прямо. А Вода плавно допоможе руками тріски знайти дорогу. Можливо, Тріска «попливе» не прямо, а буде крутитися. Вода повинна і цій трісці допомогти знайти дорогу. Може бути, Тріска залишить очі відкритими і буде рухатися хаотично або колами.

Вода повинна їй допомогти. Коли Тріска проходить до кінця Річки, то вона стає поруч з останньою дитиною і чекає, поки не припливе наступна Тріска. Вона встає напроти першої, і тим самим вони складають Річку і поступово подовжують її. І так, неспішно, Річка буде блукати по класу, поки всі діти не пропливуть по Річці, зображуючи Тріски. Чи всім зрозуміло?

Заняття 4

Вправа 1. «Привіт, індивідуальності!»

Психолог запитує дітей про те, на кого б вони хотіли перетворитися, якби у них був вибір (з тварин, птахів, квітів, дерев, предметів, уроків тощо)

Психолог каже: «Сьогодні я пропоную вам подорож у чарівний ліс. Зараз ви заплющте очі, розплющте, і ми всі перенесемося в нього. Як вам у лісі? Тепер, щоб знайти прихильників і друзів, ми повинні познайомитися з усіма мешканцями. Так, щоб познайомитися з птахами, ми повинні самі перетворитися на птахів». Так по черзі діти перетворюються на різних мешканців лісу, включаючи гриби та рослини. Потім дітям пропонується намалювати себе у вигляді будь-якої рослини. Діти малюють під музику. Після цього малюнки обговорюються.

Вправа 2. «Поговоримо про день вчорашній».

Група сідає колом, і всі, хто бажає, по черзі висловлюють свої враження про це заняття. Що сподобалося? Що ні? Що допомагало в роботі над собою? Що так і не вийшло? У чому причини? Які претензії є до членів групи, до ведучого? Чи усе зрозуміло в правилах, за якими працює група? Можливо, є пропозиції щодо їх зміни і доповнення? Що хотілося б зробити сьогодні по-іншому?

Робота організовується в режимі великого кола або в мікрогрупах по 7-8 чоловік. В обговоренні беруть участь тільки ті, хто бажає.

Керівник інформує учасників групи про результати анкетування (див.: анкета «Підсумок роботи групи за сьогодні»).

Вправа 3. Впасти зі стільця.

Для виконання цієї вправи потрібен міцний стілець, бажано із м'якою спинкою. Ведучий сідає на нього, починає розгойдуватися на задніх ніжках, відхиляється назад і... падає на спину. Добровольцям із числа учасників пропонується повторити цей нехитрий трюк. Потрібно дотримуватися всього двох правил, під час виконання яких ця вправа цілком безпечна:

- не відхиляти голову назад, а падати, нахиливши її вперед, притиснувши підборіддя до грудей;

- не виставляти назад долоні або лікті, краще за все скласти руки хрест-навхрест на грудях.

У випадку, якщо хтось порушить ці правила, рекомендується підстелити на місце падіння мат, хоча у разі правильного виконання необхідності в цьому не має. Під час демонстрації вправи ведучим можна обмежитися газетою, аби не забруднитися об підлогу.

Під час обговорення необхідно звернути увагу на такі питання:

- як змінювався емоційний стан учасників у різні моменти: коли вони дивилися, як вправу виконують інші, самі сіли на стілець й почали готуватися впасти, уже впали, спостерігали після цього за іншими учасниками;

- якщо хтось не став виконувати вправу, то чим це викликано – об'єктивними сумнівами в його безпеці чи емоцією страху;

- наскільки часто люди відмовляються робити щось, керуючись страхом;

- в яких життєвих ситуаціях це виправдано, а в яких ні.

Вправа 3. «Релаксація».

Використати запроповановану медитацію, для гармонізації настрою учасників групи після першого знайомства.

Занятт 5

Вправа 1. «Комплімент».

Учасники повинні обов'язково сказати один одному декілька теплих слів, висловити комплімент зовнішності.

Вправа 2. Мозковий штурм «Що таке конфлікт?».

Поділ групи на підгрупи по 5 – 8 осіб. Кожній підгрупі дається аркуш паперу та олівець і вибирається писар. По команді «почали»! підгрупи мають за 2 хв. Написати як найбільше варіантів оригінальних відповідей на запитання: «Що у що можна покласти?» (наприклад, промінчик сонця у дзеркальну скриньку, щоб світліше було на душі). Потім обидві підгрупи зачитують свої записи, визначають найоригінальнішу підгрупу.

Вправа 3. «Я не боюсь, багато хто боїться».

Учасникам необхідно спробувати вибудувати стосовно себе фрази за наступним шаблоном: “я не боюся чогось, хоча цього бояться і (або) не можуть багато людей”. Завдання кожного – вимовити 3 подібні фрази.

Ведучий починає виконання вправи такими словами: “Можливо, хтось із вас помітив, що він боїться того, чого не бояться інші учасники групи. Скажіть, будь ласка, їм про це”.

Якщо група довго мовчить, керівник починає сам, наприклад, фразою: “Я не боюся проводити тренінги, хоча цього бояться і не вміють багато людей”. У випадку, якщо група надовго замовкає, керівник може вимовляти фрази: “я не боюся критики, хоча її боїться багато людей”; “я не боюся виступати привселюдно, хоча цього бояться або не можуть багато людей”.

Керівник активно підкріплює висловлення кожного учасника невербально або фразами: “Прекрасно, чудово, добре, здорово” і т.п.

Керівник фіксує в протоколі названі “зони сміливості” окремо для соціальних і біологічних страхів. Ці факти можуть бути корисними для тренування самопідкріплення і заохочення інших людей.

Якщо виникають занадто великі паузи, то учасникам пропонується самим називати того, хто буде говорити наступним або кидати йому іграшковий м’ячик, на якому написано: “зона сміливості”.

Вправа 4. Групова дискусія «Чого ми навчилися при вирішенні конфліктів?»

Учасники об'єднуються у групи і обговорюють один із способів вирішення конфліктів, підшуковують приклад із життя чи історії. Потім один із групи пояснює і наводить свій приклад.

Стилі поведінки у конфліктних ситуаціях: Уникнення конфлікту (іноді відмова від власних цілей; намагання ухилитися від участі у конфлікті) «Третейський суд» (звертання за допомогою у вирішенні конфлікту до третьої особи).

Аналіз ситуації (на нейтральній стороні, щоб жодна із конфліктуючих сторін не мала переваги, почуття психологічної захищеності).

Конкуренція (активне відстоювання своєї позиції, шляхом наведення все нових і нових логічних міркувань). Ультиматум (пред'явлення рішучої вимоги з погрозою застосування засобів впливу у випадку відмови). Співпраця сторін (спільний пошук вирішення проблеми, варіантів, які задовольнили б обидві сторони). Компроміс (угода на основі взаємних поступок).

Спільними зусиллями учасники визначають найпродуктивніший спосіб вирішення конфліктів.

Вправа 5. «Релаксація».

Використати запропоновану медитацію, для гармонізації настрою учасників групи після першого знайомства.

Заняття 6

Вправа 1. «Зіпсований телефон».

Учасники гри знаходяться разом в одному приміщенні, розташовуючись ланцюжком, один за іншим. Ведучий тихим голосом (або пошепки), так, щоб не було чути іншим, вимовляє на вухо першому учаснику заздалегідь заготовлену, зазвичай записану на аркуші паперу коротку фразу або важковимовне слово. Перший учасник повинен так само тихо повторити сказане на вухо другому, той - третьому, і так далі, до кінця ланцюжка. Повторювати і перепитувати не можна. Останній учасник голосно вимовляє те, що він почув, після чого ведучий голосно зачитує з паперу те, що було ним

сказано першому учаснику. Як правило, при достатній довжині ланцюжка і незвичайною, труднопроизносимой фразі, обраної провідним, на виході ланцюга виходить зовсім не те, що було на вході. Далі, якщо це потрібно, учасники можуть обговорити результати, сказати, що кожен з них почув і з'ясувати, де відбулися спотворення.

Вправа 2. «Дацький бокс».

В давнину Данію населяли племена варварів. Чоловіки були дуже агресивними і часто влаштовували кроваві бої. Одного разу мудрець, який непокоївся тим, що чоловіче населення може винищити один одного, запропонував їм безкровний спосіб розв'язання конфліктів. Цей спосіб отримав назву «Датський бокс».

Всі об'єднуються в пари, простягають руки як для рукостискання, зімкнути пальці в замок, долоні притискають. Великі пальці направлені вгору. Необхідно піймати великий палець суперника і притиснути його до замка долонь.

Завдання – якомога більше раз протягом 2 хвилин спіймати і притиснути великий палець суперника. Слідкуємо за стратегією поведінки.

Вправа 3. «Мультфільм маска щастя».

Перегляд мультфільму «Маска щастя», обговорення.

Заняття 7

Вправа 1. «Як стати своїм».

Учасникам тренінгу пропонується ситуація, коли військовослужбовець нікого не знає з членів колективу, але хоче познайомитися з ними й увійти в контакт. Для цього йому необхідно сказати кілька фраз, щоб на нього звернули увагу, сприйняли як “свого”.

Програється кілька варіантів такого знайомства, після чого проводиться обговорення. Військовослужбовці надають зворотній зв'язок в процесі пошуку оптимальної моделі поведінки (відповідної нормам військового середовища).

Вправа 2. «Підкреслення спільності».

Вправа проводиться в колі з м'ячем. Учасник, що кидає м'яч іншому, повинен назвати психологічну якість, що поєднує його з тією людиною, якій він кидає м'яч. У цьому разі він починає свою фразу словами: “Я думаю, нас із тобою поєднує...”, і називає цю якість, наприклад:

- “ми з тобою однаково товариські”;
- “мені здається, ми обоє буваємо трохи прямолінійні”.

Той, хто одержує м'яч, відповідає: “Я згодний”, якщо він дійсно згодний; або: “Я подумаю”, якщо не згодний. Той, до кого потрапив м'яч, продовжує вправу, передаючи м'яч кому-небудь іншому, і так доти, поки кожний не одержить м'яча.

Вправа 3. «Серветки».

Кожному дається серветка, яка складена кілька разів. Психолог дає команди: Відірвати правий кут, потім нижній лівий і т.д. Потім серветка розвертається. Потрібно постаратися знайти однакові серветки. Їх немає. Підвести військових до думки, що всі ми різні і серветки різні, але ми всі живемо в мирі та злагоді.

Вправа 4. «Людина».

Необхідне оснащення: аркуші кольорового паперу формату А4, авторучки відповідно до кількості учасників.

Кожний учасник отримує аркуш кольорового паперу А4. Необхідно скласти аркуш вертикально навпіл, а потім без ножиць, тільки руками, “вирізати” силует людини. Кожний учасник пише на паперовому силуеті людини свою мрію, захоплення, книгу, улюблену страву та місце відпочинку.

На наступному етапі учасники підводяться зі своїх місць, підходячи один до одного, мають знайти й записати на відповідних частинах паперового силуету людини імена тих учасників, з ким у них збігаються ті чи інші позиції. Після виконання завдання, учасники повертаються на свої місця й ведучий проводить обговорення. – В кого із вас збігалися всі позиції? – В кого збіглася одна позиція?

- В кого збіглася декілька позицій?

– Чи є учасники, в яких не збіглася жодна із позицій?

– Про що говорять відмінності? Ведучий коротко коментує: “Наші відмінності свідчать проте, що всі ми різні, підкреслюють нашу індивідуальність”. Ведучий пропонує учасникам розмістити паперовий силует людини на великому аркуші паперу.

Запитання для обговорення:

– Що нагадує вам ця картина? (клас, суспільство, в якому ми живемо).

– Що допомагає нам, незважаючи на наші відмінності, жити в злагоді?

(Правила).

Вправа 5. «Колаж».

Вправа, зазвичай, виконується індивідуально, хоча можливо, за бажанням учасників, можна проводити її і в мікрогрупах. В якості основи для колажів використовуються аркуші паперу формату А2-А3 або світлі шпалери.

Окрім звичайного комплексу образотворчих матеріалів для колажу (фломастери, фарби, ілюстровані журнали, з яких можна вирізати потрібні картинки), доречно прохати учасників принести для виконання цієї вправи декілька власних фотографій, що відображають важливі події їх життя. На виконання колажів відводиться 35-50 хв., потім проводиться їх презентація.

Вона організується як екскурсія, під час якої кожен з учасників по черзі виступає в ролі екскурсовода, який презентує свою композицію (3-5 хв. на людину).

Обговорюється:

– Які емоції та почуття виникали в процесі роботи та виникають зараз, під час перегляду готових колажів?

– Що нового вдалося зрозуміти про себе, свої життєві цілі й цінності?

– Наскільки можна досягнути майбутнього, зображеного на малюнку, на що можна спиратися, аби воно втілювалося у реальність?

Заняття 8

Вправа 1. «Квадрат».

У кожного з нас є певне уявлення про самого себе, про ті ролі, які б він хотів виконувати у житті, про свої сильні сторони і слабкості, про особливості своєї особистості. Ми відчуваємо себе щасливими тоді, коли можемо жити у відповідності до цього образу себе, як в особистому, так і в професійному житті. Однак, часто ми вважаємо, що в професійній діяльності не слід проявляти свою особистість. І тоді відносно швидко починаємо відчувати напругу та незадоволеність роботою.

Тому кожному пропонується намалювати наступну схему: посередині аркуша треба намалювати квадрат і вписати в нього такі особливості особистості, які здаються учасникам важливими для професійної діяльності.

Навколо квадрату необхідно вписати ті якості, які учасники не можуть використовувати в професійній діяльності, тому що з їх точки зору вони не потрібні і, більш того, є недоречними (30 хвилин).

Потім всі учасники по черзі презентують свої схеми. Решта учасників діляться своїми враженнями. Дуже важливий момент в роботі тренінгової групи – це самозвіти учасників тренінгу, завдяки яким можна зрозуміти відношення до проведеного заняття, внутрішній стан та відчуття кожного учасника.

Вправа 2. «Мій досвід і моменти професійної діяльності».

Пригадайте якусь подію з вашого власного професійного досвіду. Яка професійна ситуація запам'яталася, стала вирішальною?

Проаналізуйте нетипову подію з професійної діяльності, постарайтеся зрозуміти, чому подія трапилася, якою була ваша поведінка, чим вона була обумовлена, що на неї вплинуло, що було добре, чого не відбулося. Зробіть висновки про причини і можливі способи усунення зроблених раніше помилок, недоліків або способи досягнення ще більшого позитивного результату.

Вправа 3. «Премія».

Керівник оголошує, що кожному учаснику необхідно уявити ситуацію, в якій його нагороджують досить значною премією за успіхи у роботі. Завдання

полягає в тому, щоб визначитися, за що саме він може її отримати, які професійні якості заслуговують на увагу.

Після проведеного самоаналізу учасники діляться своїми думками та отримують зворотні зв'язки від колег.

Вправа 4. «Самопрезентація».

Учасникам пропонується провести самопрезентацію себе як професіонала. Для цього кожному потрібно уявити якомога повніше психологічний портрет людини, з якою буде проходити спілкування.

Самопрезентація буде проводитися за наступною схемою: Учасники готують завдання. Після 10 хвилин починається самопрезентація і обговорення в групі.

Всі члени групи включаються в обговорення запитань, які ставить керівник:

- які прийоми використовувалися вами при створенні портрету партнера по спілкуванню?
- чому саме ці техніки були обрані для спілкування?
- чи враховували ви особливості вашого темпераменту, характеру для розробки моделі спілкування?
- наскільки відрізняється ваша модель від звичного для вас способу поведінки?

Вправа 5. «П'ять кроків».

Керівник пропонує групі вибрати будь-яку цікаву професійну мету. Групі пропонується визначити уявлену людину, яка повинна досягти цю мету. Учасники повинні назвати її головні характеристики за наступними позиціями: стать, вік (бажано аби ця людина була однолітком гравців), успішність в навчанні, матеріальне становище, соціальний статус батьків і близьких людей.

Кожен учасник на окремому аркуші повинен виділити головні п'ять елементів (п'ять кроків), які забезпечили б досягнення обраної мети. Всі запропоновані варіанти обговорюються в групі.

Далі всі розподіляються на мікрогрупи по 3–4 учасника. Кожна мікрогрупа формулює одну життєво важливу мету, виробляє п'ятикроковий план з досягнення цієї мети і презентує її для всієї групи. Інші учасники можуть задавати уточнюючі питання. Можлива невелика дискусія.

Заняття 9

Вправа 1. «Новорічна радість».

Вправа 2. «Лист до себе».

На окремому аркуші паперу напишіть листя самому собі, якими ви бачите себе наприкінці тренінгу. Опишіть свої очікування від занять, власні цілі, наскільки, в чому, як ви змінитесь. Також запишіть, як ви зараз думаєте, в результаті якої події ви могли б стати більш особистісно зрілим. Це буде ваш лист у майбутнє, який ви відкриєте на останньому занятті. Зверху на згорнутому аркуші намалюйте позначку, за якою ви впізнаєте свій лист. Тоді ж зможете проаналізувати власні очікування. До останнього заняття ваші листи будуть зберігатися у ведучого”.

Вправа 3. «Валіза».

Один із членів групи виходить із кімнати, а інші починають збирати йому в далеку дорогу “валізу”. У цю “валізу” набирається те, що, на думку групи, допоможе людині в особистісному і професійном рості, всі позитивні характеристики, які група особливо цінує в ньому. Але обов'язково вказується й те, що заважає людині, її негативні прояви, над чим їй необхідно активно попрацювати.

Обирається “секретар”. Він ділить аркуш вертикально навпіл, на одній стороні ставиться знак “+”, на іншій – “-”. Для доброї “валізи” потрібно не менше 5–7 характеристик з тієї й іншої сторони. Потім входить член групи, і йому зачитується й передається цей список.

Вправа 4. «Мішень».

Незважаючи на те, що в кінці тренінгового дня підбивається підсумки групової роботи, які дозволяють слідкувати за всіма процесами, що

відбуваються у групі, обов'язковою процедурою завершення багатоденного тренінгу повинно бути підбиття підсумків і оцінки отриманих результатів, як усією групою, так і кожним її членом.

Цей процес має кульмінаційний характер, якщо супроводжується глибокою рефлексією всієї групової роботи, емоційністю, вдячністю всім учасникам яким досягнуті такі результати, й глибокою розлученням.

На цьому етапі роботи тренінгу не тільки підбиваються підсумки у цілому, а також намічаються шляхи подальшої роботи над собою кожним членом групи.

Тут учасники висловлюють своє ставлення до тренінгу як активного методу розвитку психологічної готовності до діяльності в екстремальних умовах.

Вами проведена велика внутрішню робота щодо самосприйняття, самоаналізу, самопізнання, самооцінки, саморозвитку, які спонукали вас до найскладнішої роботи – психологічної готовності до виконання службово-бойових завдань в екстремальних умовах.

На закінчення кожному з вас бажаю: мужність – змінити те, що можна змінити в собі; смирення – прийняти те, що змінити в собі неможливо; розуму – щоб відрізнити одне від іншого.

Ця мудрість повинна стати для вас керівництвом до дій при проходженні служби у Національній гвардії України.

Вправа 5. «Підсумок та настанови».

Підбиття підсумків. Що лежить в основі того, що сподобалося (не сподобалось) на тренінгу? Що може бути критерієм результативності тренінгового заняття?

**«Шкала оцінки рівня ситуативної (реактивної) тривожності
Ч.Д. Спілберга – Ю.Л. Ханіна або (Тест Спілбергера-Ханіна)»**

Тест Спілбергера-Ханіна належить до методик, за допомогою яких досліджують психологічний феномен тривожності. Цей опитувальник складається з 20 висловлювань, які відносяться до тривожності як стану (стан тривожності, реактивна або ситуативна тривожність) і з 20 висловлювань на визначення тривожності як диспозиції, особливості особистості (властивість тривожності). Що розуміє Спілбергер під обома мірами тривожності видно з наступної цитати: "Стан тривожності характеризується суб'єктивними, свідомо сприйнятими відчуттями загрози і напруги, що супроводжуються або пов'язані з активацією або збудженням автономної нервової системи". Тривожність як риса особи, очевидно, означає мотив або набуту поведінкову диспозицію, яка зобов'язує індивіда до сприйняття широкого кола об'єктивно безпечних обставин, як таких, які несуть загрозу, спонукаючи реагувати на них станами тривоги, інтенсивність яких не відповідає величині реальної небезпеки.

Шкала реактивної і особистісної тривожності Спілбергера є єдиною методикою, яка дозволяє диференційовано вимірювати тривожність і як властивість особистості, і як стан. У нашій країні використовують тест у модифікації Ю. Л. Ханіна (1976).

Реактивна (ситуативна) тривожність - стан суб'єкта в даний момент часу, який характеризується емоціями, які суб'єктивно переживаються особою: напругою, занепокоєнням, заклопотаністю, нервозністю у цій конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамікою у часі.

Мета роботи : визначити рівень ситуативної тривожності; провести тестування, аналіз результатів, зробити порівняння з нормативами літературних даних.

Устаткування: бланк опитувальника.

Хід роботи:

1. Обстежуваному пропонується – «Уважно прочитайте кожне з наведених тверджень і закресліть відповідну цифру справа залежно від того, як ви себе відчуваєте в даний момент. Над питаннями довго не замислюйтеся. Перша відповідь, зазвичай, яка приходить в голову, є найбільш правильною, адекватною Вашому стану».

2. Проводиться тестування з використанням опитувального бланка (Табл. Б.1.).

Таблиця Б.1.

**Опитувальний бланк ситуативної тривожності
(Спілбергера-Ханіна)**

№з/п	Ситуація	Ні, це не так	Напевно, що так	Вірно	Дійсно вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені нічого не загрожує	1	2	3	4
3.	Я відчуваю себе напружено	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я відчуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я розчарований	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я стурбований	1	2	3	4
10.	Я маю відчуття внутрішнього задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
1.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
2.	Я напружений	1	2	3	4
3.	Я не відчуваю скованості	1	2	3	4

Продовження таблиці Б.1.

4.	Я задоволений	1	2	3	4
5.	Я заклопотаний	1	2	3	4
6.	Я надто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
7.	Мені радісно	1	2	3	4
8.	Мені приємно	1	2	3	4

3. Показник ситуативної (реактивною) тривожності розраховується за формулою:

$$PT = \sum 1 - \sum 2 + 35,$$

де $\sum 1$ – сума закреслених цифр по пунктах 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13,14, 17,18;

$\sum 2$ – сума закреслених цифр по пунктах 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20.

Якщо РТ не перевищує 30, то, особа, яку опитували, не відчуває особливої тривоги, тобто у неї в даний момент виявляється низька тривожність. Якщо сума знаходиться в інтервалі 31-45, то це означає помірну тривожність. При 46 і більше - тривожність висока.

Дуже висока тривожність (> 46) прямо корелює з наявністю невротичного конфлікту, з емоційними і невротичними зривами і з психосоматичними захворюваннями.

Низька тривожність (<12), навпаки, характеризує стан як депресивний, ареагивний, з низьким рівнем мотивацій. Але іноді дуже низька тривожність у показниках тесту є результатом активного витіснення особою високої тривоги з метою показати себе в «кращому світлі».

4. Результати записати у зошиті і сформулювати висновок про рівень реактивної тривожності обстеженої особи.

Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів К.К. Яхін, Д.М. Менделевич

Застосовується для виявлення та оцінки невротичних станів. Інструкція: випробуваному пропонується оцінити свій поточний стан за п'ятибальною системою: 5 балів - ніколи не було, 4 бали – рідко, 3 бали – іноді, 2 бали – часто, 1 бал – постійно або завжди.

1. Ваш сон поверхневий і неспокійний?
2. Чи помічаєте Ви, що стали більш повільні і мляві, немає колишньої енергійності?
3. Після сну Ви відчуваєте себе втомленим і «розбитим» (невідпочилої)?
4. У Вас поганий апетит?
5. У Вас бувають відчуття здавлювання в грудях і відчуття браку повітря при заворушеннях або розладах?
6. Вам важко буває заснути, якщо Вас що-небудь турбує?
7. Чи відчуваєте Ви себе пригніченим і пригнобленим?
8. Чи відчуваєте Ви у себе підвищену стомлюваність, втома?
9. Чи помічаєте Ви. Що колишня робота дається Вам важче і вимагає великих зусиль?
10. Чи помічаєте Ви, що стали більш розсіяним і неуважним забуваєте куди поклали яку-небудь річ або не можете згадати, що тільки збиралися робити?
11. Вас турбують нав'язливі спогади?
12. Чи буває у Вас відчуття якогось неспокою (наче щось має трапитися), хоча особливих причин і ні?
13. У Вас виникає страх захворіти важким захворюванням (рак, інфаркт, психічне захворювання і т. д.)?
14. Ви не можете стримувати сльози і плачете?

15. Чи помічаєте Ви, що потреба в інтимному житті для Вас стала менше або навіть стала Вас обтяжувати?
16. Ви стали більш дратівливі і запальні?
17. Чи приходиться Вам думка, що у Вашому житті мало радості і щастя?
18. Чи помічаєте Ви, що стали якимось байдужим, немає колишніх інтересів і захоплень?
19. перевіряєте Ви багаторазово виконані дії: вимкнений газ, вода, електрика, замкнені чи двері і т. Д.?
20. Чи турбують Вас болі або неприємні відчуття в області серця?
21. Коли Ви турбуєтеся, у Вас буває так погано з серцем, що Вам доводиться приймати ліки або навіть викликати «швидку допомогу»?
22. Чи буває у Вас дзвін у вухах або брижі в очах?
23. Чи бувають у Вас напади прискореного серцебиття?
24. Ви так чутливі, що гучні звуки, яскраве світло і різкі фарби дратують Вас?
25. Чи відчуваєте Ви в пальцях рук і ніг, або в тілі поколювання, повзання мурашок, оніміння або інші неприємні відчуття?
26. У Вас бувають періоди такого занепокоєння. Що Ви навіть не можете всидіти на місці?
27. Ви до кінця роботи так сильно втомлюєтеся, що Вам необхідно відпочити, перш ніж взятися за що-небудь?
28. Очікування Вас турбує і нервує?
29. У Вас паморочиться голова і темніє в очах, якщо Ви різко встанете або нахиліться?
30. При різкій зміні погоди у Вас погіршується самопочуття?
31. Ви помічали як у Вас мимоволі сіпаються голова і плечі, або повіки, вилиці, особливо, коли Ви хвилюєтеся?
32. У Вас бувають кошмарні сновидіння? 33 Ви відчуваєте тривогу і занепокоєння за кого-небудь мул за що-нібудь?
34. Чи відчуваєте Ви клубок у горлі при хвилюванні?

35. Чи буває у Вас відчуття, що до Вас ставляться байдуже, ніхто не прагне Вас зрозуміти і поспівчувати, і Ви відчуваєте себе самотнім?

36. Чи відчуваєте Ви труднощі при ковтанні їжі, особливо Ви хвилюєтеся?

37. Ви звертали увагу на те Що руки або ноги у Вас знаходяться в неспокійному русі?

38. турбує Вас, що ви не можете звільнитися від постійно повертаються нав'язливих думок (мелодія, вірш, сумніви)?

39. Ви легко потієте при заворушеннях?

40. Чи буває у Вас страх залишатися на самоті в порожній квартирі?

41. Чи відчуваєте Ви у себе нетерплячість, непосидючість або метушливість?

42. У Вас бувають запаморочення або нудота до кінця робочого дня?

43. Ви погано переносите транспорт (Вас «заколисує» і Вам стає погано)?

44. Навіть у теплу погоду ноги і руки у вас холодні (зябнут)?

45. Чи легко Ви ображаєтеся?

46. У Вас бувають нав'язливі сумніви в правильності Ваших вчинків або рішень:

47. Чи не вважаєте Ви, що Ваша праця на роботі чи вдома недостатньо оцінюється навколишніми?

48. Вам часто хочеться побути на самоті?

49. Ви помічаєте, що Ваші близькі ставляться до Вас байдуже або навіть неприязно?

50. Ви відчуваєте себе скуто або невпевнено в суспільстві?

51. Чи бувають у Вас головні болі?

52. Чи помічаєте Ви, як стукає або пульсує кров у судинах, особливо якщо ви хвилюєтеся?

53. Чи здійснюєте Ви машинально непотрібні дії (потираєте руки, поправляють одяг, волосся та т. Д.)?

54. Ви легко червонієте або бліднете?

55. Покривається чи Ваше обличчя, шия або груди червоними п'ятнами при заворушеннях?

56. Чи приходять Вам на роботі думки, що з Вами може несподівано щось трапитися і Вам не встигнуть надати допомогу?

57. Чи виникають у вас болі або неприємні відчуття в області шлунка, коли Ви турбуєтеся?

58. Чи приходять Вам думки, що Ваші подруги (друзі) або близькі більш щасливі, ніж Ви?

59. Чи бувають у Вас запори або проноси?

60. Коли Ви турбуєтеся у Вас буває відрижка або тошно та?

61. Перш ніж прийняти рішення Ви довго вагаєтеся?

62. Чи легко змінюється Ваш настрій?

63. При розладах у Вас з'являється свербіж шкіри або висип?

64. Після сильного розлади Ви втрачали голос або у Вас віднімалися руки або ноги?

65. У Вас підвищене слиновиділення?

66. Чи буває, що Ви не можете одна перейти вулицю, відкрити площу?

67. чи буває, що Ви відчуваєте сильне почуття голоду, а ледве почавши є, швидше насичується?

68. У Вас виникає почуття, що в багатьох неприємностях винуваті Ви самі?

Обробка: використовуються таблиці значень діагностичних коефіцієнтів по шести шкалами:

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
12	-1,08	-1,3	-0,6	0,37	1,44
26	-1,6	-1,34	-0,4	-0,6	0,88
28	-1,11	0	0,54	1,22	0,47
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,41	1,3
33	-1,19	-0,2	1	1,04	0,4
37	-0,78	-1,48	-1,38	0,11	0,48
41	-1,26	-0,93	-0,4	0,34	1,24
50	-1,23	-0,74	0	0,37	0,63
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1

Рис. Б.1. Шкала тривоги

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
2	-1,58	-1,45	-0,41	0,7	1,46
7	-1,51	-1,53	-0,34	0,58	1,4
15	-1,45	-1,26	-1	0	0,83
17	-1,38	-1,62	-0,22	0,32	0,75
18	-1,3	-1,5	-0,15	0,8	1,22
35	-1,34	-1,34	-0,5	0,3	0,73
48	-1,2	-1,23	0,36	0,56	0,2
49	-1,08	-1,08	-1,18	0	0,46
58	-1,2	-1,26	-0,37	0,21	0,42
68	-1,08	-0,54	-0,1	0,25	0,32

Рис. Б.2. Шкала невротичної депресії

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
3	-1,51	-1,14	-0,4	0,7	1,4
8	-1,5	-0,33	0,9	1,32	0,7
9	-1,3	-1,58	-0,6	0,42	1
10	-1,62	-1,18	0	0,79	1,18
14	-1,56	-0,7	-0,12	0,73	1,35
16	-1,62	-0,6	0,26	0,81	1,24
24	-0,93	-0,8	-0,1	0,6	1,17
27	-1,19	-0,44	0,18	1,2	1,08
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
62	-0,5	-0,56	0,38	0,56	0

Рис. Б.3. Шкала астенії

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
5	-1,41	-1,25	-0,5	0,4	1,53
21	-1,2	-1,48	-1,26	-0,18	0,67
31	-1,15	-1,15	-0,87	-0,1	0,74
34	-1,48	-1,04	-0,18	1,11	0,5
35	-1,34	-1,34	-0,52	0,3	0,73
36	-1,3	-1,38	-0,64	-0,12	0,66
45	-1,58	-0,23	0,34	0,57	0,78
47	-1,38	-1,08	-0,64	-0,1	0,52
49	-1,08	-1,08	-1,18	-0,1	0,46
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
64	-0,6	-1,26	-1,08	-0,38	0,23

Рис. Б.4. Шкала істеричного типу реагування

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
11	-1,38	-1,32	-0,3	0,3	1,2
13	-1,53	-1,38	-0,74	0,23	0,9
19	-1,32	-0,63	0	0,99	1,2
38	-0,9	-1,17	-0,43	0,37	0,69
40	-1,38	-0,67	-0,81	0,18	0,64
46	-1,34	-1,2	0,1	0,54	0,43
53	-0,78	-1,5	-0,35	0,27	0,36
56	-0,3	-1,2	-1,3	-0,67	0,33
61	-0,92	-0,36	0,28	0,56	0,1
66	-1	-0,78	-1,15	-0,52	0,18

Рис. Б.5 Шкала obsесивно-фобічних порушень

Номер вопроса	1 балл	2 балла	3 балла	4 балла	5 баллов
1	-1,51	-1,6	-0,54	0,5	1,45
4	-1,56	-1,51	-0,34	0,68	1,23
6	-1,33	-0,44	1,18	1,31	0,87
20	-1,3	-1,58	-0,1	0,81	0,77
22	-1,08	-1,5	-0,71	0,19	0,92
23	-1,8	-1,4	-0,1	0,5	1,22
25	-1,15	-1,48	-1	0,43	0,63
29	-1,6	-0,5	-0,3	0,62	0,9
30	-1,34	-0,7	-0,17	0,42	0,85
32	-0,9	-1,32	-0,41	0,42	1,19
39	-1,56	-0,43	-0,1	0,48	0,76
42	-1,3	-0,97	-0,4	-0,1	0,7
43	-1,11	-0,44	0	0,78	0,45
44	-1,51	-0,57	-0,26	0,32	0,63
51	-1,34	-0,78	0,2	0,31	1,4
52	-0,97	-0,66	-0,14	0,43	0,77
54	-0,93	-0,3	0,13	0,93	0,6
57	-1,2	-1,34	-0,3	0	0,42
59	-1,08	-0,83	-0,26	0,24	0,55
63	-0,9	-1,15	-1	-0,1	0,25
65	-1	-1,26	-0,22	-0,43	0,27
67	-0,7	-0,42	-0,55	0,18	0,4

Рис. Б.6. Шкала вегетативних порушень

Інтерпретація: підсумовують діагностичні коефіцієнти по шести шкалами і вибудовують графік. Показник більше +1,28 вказує на рівень здоров'я, менше - 1,28 – хворобливий характер виявлених розладів.

Методика «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»

Для вирішення завдань виявлення військовослужбовців з проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) використовується «Міссісіпський опитувальник для бойових ПТСР».

Інструкція: обведіть кружечком твердження, які найбільше відповідають вашим відчуттям з приводу даних висловлювань.

Приклад:

1	2	3	4	5
Не зовсім так	Майже так	Вірно	Досить вірно	Цілком вірно

Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів.

Пункти 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34 оцінюються у зворотному порядку, тобто відповідь «1» відповідає 5 балам, «2» – 4 тощо. Складіть усі бали, це дозволить вам отримати суму, за якою з достовірністю до 90% можна розділити військово-службовців, що мають і не мають ПТСР.

ПТСР діагностується, якщо ви набрали 112 і більше балів. Якщо результат знаходиться в інтервалі від 86 до 112 балів, це означає, що у вас є характерні для ПТСР розлади, але їх недостатньо, щоб із впевненістю говорити про посттравматичний стресовий розлад. Значення менше 86 балів говорить про те, що ви добре адаптовані (Табл. Д.1.).

Таблиця Д.1.

Бланк анкети-опитувальника

№ s/п	Питання	Відповідь				
		1	2	3	4	5
1.	До участі в бойових діях у мене було більше близьких друзів, ніж зараз					

Продовження таблиці Д.1.

2.	Я відчуваю почуття провини за деякі вчинки, які я робив під час бойових дій	1	2	3	4	5
3.	Якщо хто-небудь штовхне мене, це може легко мене розлютити	1	2	3	4	5
4.	Якщо відбувається що-небудь, що нагадує мені про бойові дії, я стаю засмученим і пригнобленим	1	2	3	4	5
5.	Люди, які добре мене знають, ставляться до мене з побоюванням	1	2	3	4	5
6.	Я здатний до емоційної близькості з іншою людиною	1	2	3	4	5
7.	Мені сняться кошмари про випадки, які мали місце в моїй службі	1	2	3	4	5
8.	Коли я згадую про деякі речі, які я робив під час бойових дій, я думаю, що краще б мені померти	1	2	3	4	5
9.	Здається, що у мене немає відчуттів, я став нечутливим	1	2	3	4	5
10.	Нещодавно у мене виникли думки про самогубство	1	2	3	4	5
11.	Я нормально засинаю, сплю, прокидаюся лише тоді, коли дзвонить будильник	1	2	3	4	5
12.	Я здивований, чому я дотепер живий, коли дехто загинув під час бойових дій	1	2	3	4	5
13.	У деяких ситуаціях я відчуваю, ніби я знову на війні	1	2	3	4	5
14.	Мої сновидіння такі реальні, що я прокидаюся в холодному поту і потім не сплю	1	2	3	4	5
15.	Я відчуваю, що мої сили закінчуються	1	2	3	4	5
16.	Я не сміюся і не плачу над тим, що зазвичай смішить або викликає плач в інших	1	2	3	4	5
17.	Мені, як і раніше, подобається робити ті речі, які я любив робити	1	2	3	4	5
18.	Мої мрії, фантазії реальні і такі, що лякають	1	2	3	4	5
19.	Після повернення із зони бойових дій мені було легко служити	1	2	3	4	5
20.	У мене інколи є ускладнення з тим, щоб зосередитися на сьогоднішньому завданні	1	2	3	4	5
21.	Я можу заплакати без приводу	1	2	3	4	5
22.	Я люблю бути в компанії інших людей	1	2	3	4	5
23.	Мене лякають мої раптові бажання	1	2	3	4	5
24.	Я легко засинаю вночі	1	2	3	4	5
25.	Несподіваний шум примушує мене здригнутися	1	2	3	4	5
26.	Ніхто, навіть члени моєї сім'ї, не розуміють мого стану	1	2	3	4	5
27.	Я м'яка, добродушна людина з рівним характером	1	2	3	4	5
28.	Є такі речі, які я робив під час бойових дій, про які нікому не сміг би розповісти, оскільки вважаю, що цього нікому не зрозуміти	1	2	3	4	5

Продовження таблиці Д. 1.

29.	Часом я вимушено вживаю алкоголь або ліки (таблетки, наркотики), щоб заснути або ненадовго забути про те, що відбулося зі мною під час бойових дій	1	2	3	4	5
30.	У натовпі я почувуюся спокійно	1	2	3	4	5
31.	Я втрачаю спокій і вибухаю через дрібниці	1	2	3	4	5
32.	Я боюся засинати вночі	1	2	3	4	5
33.	Я прагну уникнути всього, що мені нагадувало б про мою службу як учасника бойових дій і про те, що там відбувалося	1	2	3	4	5
34.	Моя пам'ять така ж добра, як і завжди	1	2	3	4	5
35.	Мені важко виразити свої відчуття навіть людям, до яких я добре ставлюсь і про яких я піклуюся	1	2	3	4	5

Методика «Самопочуття, активність, настрої (САН)»

Тест «САН», назва якого складається з перших букв слів «Самопочуття», «Активність», «Настрої», був розроблений співробітниками Московського медичного інституту імені І.М. Сеченова: В.А. Доскіним, Н. А. Лаврентєвою, М.П. Мірошніковим і В.Б. Шарай і уперше опублікований в 1973 році. «САН» використовується для визначення функціонального стану людини і його змін впродовж певних інтервалів часу (наприклад, робочої зміни, етапів навчання і тренажу або різних періодів соціальної або медичної реабілітації). «САН» – це бланк (Табл.Ж.1.), на якому нанесені 30 пар слів протилежного значення, що відображають різні сторони самопочуття, активності і настрою.

Метод дослідження функціонального стану людини полягає у тому, що опитуваному пропонується поставити оцінку своєму стану (оцінити міру вираженості кожної ознаки). Шкала оцінок представлена сімома градаціями. Між парами слів розташовані цифри 3-2-1-0-1-2-3. Завдання опитуваного полягає у тому, щоб вибрати і відмітити цифру, що найбільш точно відображає його стан у момент обстеження.

Кожну категорію характеризують 10 пар слів. Десятиразове пред'явлення полярних слів - характеристик однієї і тієї ж категорії дозволяє отримати надійніші дані.

Мета роботи: визначити рівень самопочуття, активності і настрою людини; провести тестування, аналіз результатів, зробити порівняння з нормативними даними літератури.

Устаткування: бланк опитувальника.

Хід роботи :

1. Особі, яку обстежують, дають інструкцію, в якій вказано, що вона повинна співставити свій стан зі шкалою 3 2 1 0 1 2 3 кожної пари ознак. Наприклад, між парою тверджень «САМОПОЧУТТЯ ХОРОШЕ» і «САМОПОЧУТТЯ ПОГАНЕ» розташовані цифри 3 2 1 0 1 2 3. Цифра «0»

відповідає середньому самопочуттю, яке обстежуваний не може віднести ні до поганого, ні до хорошого. Одиниця, яка знаходиться зліва від «0» відображає самопочуття – вище за середній, а цифра три – відповідає прекрасному самопочуттю. Ті ж цифри в цьому рядку, що стоять праворуч від цифри «0», аналогічно характеризують самопочуття досліджуваного нижче середнього. Таким чином, послідовно розглядається і оцінюється кожен рядок цього опитувальника.

У кожному випадку, відносно кожної пари тверджень обстежуваний здійснює свій вибір відмічаючи необхідне значення шкали «3 2 1 0 1 2 3».

2. Під час обробки результатів усі оцінки перекодовують в ряд від 1 до 7, причому бал «3 шкал 3 2 1 0 1 2 3, що відповідає поганому самопочуттю, низькій активності і поганому настрою набуває значення 1, бал «0» оцінюється цифрою 4, бал 3, який відображає хороше самопочуття, високу активність і гарний настрій, набуває значення 7.

Наприклад:

	7	6	5	4	3	2	1	
ПОЧУВАЮ СЕБЕ СИЛЬНИМ	3	2	1	0	1	2	3	ПОЧУВАЮ СЕБЕ СЛАБКИМ
	1	2	3	4	5	6	7	
ПАСИВНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	АКТИВНИЙ

Підсумком аналізу результатів дослідження є сума значення балів по окремих шкалах: «самопочуття», «активність», «настрій».

Таблиця Ж.1.

Бланк тесту диференціальної самооцінки функціонального стану (САН)

1	САМОПОЧУТТЯ ХОРОШЕ	3	2	1	0	1	2	3	САМОПОЧУТТЯ ПОГАНЕ
2	ПОЧУВАЮ СЕБЕ СИЛЬНИМ	3	2	1	0	1	2	3	ПОЧУВАЮ СЕБЕ СЛАБКИМ
3	ПАСИВНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	АКТИВНИЙ

Продовження таблиці Ж.1.

4	МАЛОРУХОМИЙ	3	2	1	0	1	2	3	РУХЛИВИЙ
5	ВЕСЕЛИЙ	3	2	1	0	1	2	3	СУМНИЙ
6	ГАРНИЙ НАСТРІЙ	3	2	1	0	1	2	3	ПОГАННИЙ НАСТРІЙ
7	ПРАЦЕЗДАТНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	РОЗБИТИЙ
8	ПОВНИЙ СИЛ	3	2	1	0	1	2	3	ЗНЕСИЛЕНИЙ
9	ПОВІЛЬНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ШВИДКИЙ
10	БЕЗДІЯЛЬНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ДІЯЛЬНИЙ
11	ЩАСЛИВИЙ	3	2	1	0	1	2	3	НЕЩАСНИЙ
12	ЖИТТЕРАДІСНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ПОХМУРИЙ
13	НАПРУЖЕНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	РОЗСЛАБЛЕНИЙ
14	ЗДОРОВИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ХВОРИЙ
15	БЕЗУЧАСНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ЗАХОПЛЕНИЙ
16	БАЙДУЖИЙ	3	2	1	0	1	2	3	СХВИЛЬОВАНИЙ
17	ЗАХОПЛЕНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	СУМОВИТИЙ
18	РАДІСНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ЗАСМУЧЕНИЙ
19	ВІДПОЧИВШИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ВТОМЛЕНИЙ
20	СВІЖИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ВИСНАЖЕНИЙ
21	СОНЛИВИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ЗБУДЖЕНИЙ
22	БАЖАННЯ ВІДПОЧИТИ	3	2	1	0	1	2	3	БАЖАННЯ ПРАЦЮВАТИ
23	СПОКІЙНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ЗАКЛОПОТАНИЙ
24	ОПТИМІСТИЧНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ПЕСИМІСТИЧНИЙ
25	ВИТРИВАЛИЙ	3	2	1	0	1	2	3	ТАКИЙ, ЩО ШВИДКО СТОМЛЮЄТЬСЯ
26	БАДЬОРИЙ	3	2	1	0	1	2	3	В'ЯЛИЙ
27	МІРКУВАТИ ВАЖКО	3	2	1	0	1	2	3	МІРКУВАТИ ЛЕГКО
28	РОЗСІЯНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	УВАЖНИЙ
29	ПОВНИЙ НАДІЙ	3	2	1	0	1	2	3	РОЗЧАРОВАНИЙ
30	ЗАДОВОЛЕНИЙ	3	2	1	0	1	2	3	НЕВДОВОЛЕНИЙ

Робиться розрахунок суми балів згідно ключа до тесту.

Самопочуття сума балів за питання: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активність сума балів за питання: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настрій сума балів за питання: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

Отримана за кожною шкалою сума знаходиться в межах від 10 до 70 і дозволяє виявити функціональний стан індивіда в даний момент часу за принципом:

- < 30 балів – низька оцінка;
- 30 - 50 балів – середня оцінка;
- 50 балів – висока оцінка.

3. Заповнюється підсумкова таблиця, робиться висновок про поточний рівень самопочуття, активності та настроїв обстеженої особи.