

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

ЗАТВЕРДЖУЮ

Ректор ВНПЗ «Дніпровський
гуманітарний університет»

Олег КИРИЧЕНКО

« » _____ 2025 р.

РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЯ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь

магістр

(назва ступеня вищої освіти – бакалавр або магістр)

Спеціальність

С4 Психологія

(шифр і назва)

Освітня програма

«Психологія», наказ 24.04.2025 № 32-02

(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)

Статус навчальної дисципліни

обов'язкова

(обов'язкова або вибіркова)

Мова навчання:

українська

Дніпро – 2025

Психологія бойової психічної травми// Робоча програма навчальної дисципліни. Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 10с.

РОЗРОБНИК(-И):

Алещенко О. В., старший викладач кафедри психології
Варакута М.Л., старший викладач кафедри психології

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Ковальчук Олена Степанівна, зав. кафедри психології ДАНО, доцент, кандидат психологічних наук.

Стояцька Г. М., доцент кафедри психології ДАНО, доцент, кандидат філософських наук

Розглянуто на засіданні кафедри психології 19 серпня 2025, протокол № 1

Схвалено Вченою радою університету, рекомендовано для використання в освітньому процесі протягом п'яти років. 29.09.2025, протокол № 13.

Метою вивчення навчальної дисципліни «Психологія бойової психічної травми» полягає в наданні здобувачам глибоких знань і практичних навичок з розуміння психологічних механізмів, які впливають на осіб, що пережили бойові дії. Основні цілі включають розуміння психологічних аспектів бойової психічної травми, навчання методам діагностики та лікування ПТСР та інших психічних розладів, розвиток навичок кризового втручання та психосоціальної підтримки, адаптацію психотерапевтичних підходів до потреб військовослужбовців та їхніх сімей, а також ознайомлення з етичними стандартами і правовими аспектами професійної діяльності в цій області.

Завдання курсу полягає в глибокому засвоєнні здобувачами теоретичного матеріалу, усвідомленні ними основних положень, правильному застосуванні їх висновків на практиці. Курс охоплює такі ключові аспекти, як Психологічні наслідки бойових дій, Діагностика та оцінка ПТСР, психотерапевтичні підходи, кризове втручання, психосоціальна підтримка, наукові аспекти.

Предметом вивчення дисципліни «Психологія бойової психічної травми» є теоретичні і практичні аспекти, пов'язані з вивченням та розумінням впливу бойових дій на психічне здоров'я військовослужбовців та інших осіб, які пережили воєнні конфлікти. Курс охоплює психологічні механізми формування травматичних станів, їх клінічні прояви, методи діагностики та терапії, а також питання соціальної адаптації та підтримки ветеранів у процесі їхньої реінтеграції в цивільне життя.

Вивчення дисципліни сприяє формуванню компетентностей за ОП «Психологія»:

Загальні компетентності (ЗК)

- ЗК1. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях.
- ЗК4. Уміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми.
- ЗК6. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).
- ЗК7. Здатність діяти соціально відповідально та свідомо

Спеціальні (фахові) компетентності (СК)

СК1. Здатність здійснювати теоретичний, методологічний та емпіричний аналіз актуальних проблем психологічної науки та / або практики

СК2. Здатність самостійно планувати, організовувати та здійснювати психологічне дослідження з елементами наукової новизни та/або практичної значущості.

СК8. Здатність оцінювати межі власної фахової компетентності та підвищувати професійну кваліфікацію.

СК11. Здатність розробляти програми психологічної реабілітації людини.

СК12. Здатність надавати оперативну психологічну допомогу та

використовувати методи психологічного захисту людини в умовах надзвичайних ситуацій.

Програмні результати навчання (ПРН)

ПРН2. Вміти організовувати та проводити психологічне дослідження із застосуванням валідних та надійних методів.

ПРН4. Робити психологічний прогноз щодо розвитку особистості, груп, організацій

ПРН14. Надавати оперативну психологічну допомогу особистості з гострими стресовими реакціями.

ПРН15. Керувати людськими ресурсами, робочими процесами та поведінкою фахівців у складних і екстремальних професійних ситуаціях.

ПРН16. Надавати кваліфіковану психологічну допомогу особистості у кризовому стані для активізації ресурсів її життєстійкості.

Передумови для вивчення навчальної дисципліни Психологія бойової психічної травми» Для опанування дисципліни необхідні базові знання та навички отримані в процесі вивчення наступних дисциплін: «Клінічна психологія», «Основи психотерапії», «Теоретико-методологічні проблеми психології», «Психологічна допомога в надзвичайних ситуаціях», «Теорія та практика психологічного консультування», «Психосоціальна реабілітація та інтеграція».

Обсяг навчальної дисципліни: Додатки 1.1, 1.2.

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ТЕМА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПОНЯТТЯ БОЙОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ.

Вступ до теми: визначення поняття бойової психологічної травми. Історичний огляд досліджень у галузі. Теоретичні моделі появи та розвитку бойової психічної травми. Поточний стан досліджень психологічної травматизації військовослужбовців в Україні та світі. Механізми розвитку психологічної травматизації в умовах бойових дій. Роль особистісних особливостей та чинників бойового травматичного стресу у психологічній травматизації військовослужбовців. Етика та професійні стандарти в роботі психолога: етичні принципи роботи з учасниками бойових дій та їх сім'ями; професійні стандарти та компетенції психолога реабілітації; конфіденційність та дотримання прав клієнтів.

ТЕМА 2. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ БОЙОВОГО СТРЕСУ. СТРЕС І ЙОГО КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ

Поняття стресу та його роль у воєнних конфліктах. Фізіологічні та психічні реакції на стресові ситуації. Клінічні прояви стресу та їх вплив на психічне здоров'я. Адаптація та дезадаптація в умовах військових дій. Психопатологічні наслідки довготривалого стресу.

ТЕМА 3. ФІЗІОЛОГІЧНІ ТА БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ. ВПЛИВ БОЙОВОЇ ТРАВМИ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ

Фізіологічні механізми виникнення психічної травми. Вплив стресових гормонів на нервову систему. Біохімічні зміни в організмі в умовах стресу. Психофізіологічні дослідження та їх результати. Взаємозв'язок між психічними та когнітивними порушеннями.

ТЕМА 4. ТИПИ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ. ДІАГНОСТИКА БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

Класифікація бойових психічних травм за типами. Особливості діагностики посттравматичних розладів. Інструменти та методи оцінки психічного стану ветеранів. Психологічні та психіатричні підходи до діагностики. Критерії віднесення до категорій посттравматичних стресових розладів.

ТЕМА 5. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Огляд основних психотерапевтичних шкіл та методів. Когнітивно-поведінкова терапія: принципи та методи. Психодинамічна терапія в контексті воєнних травм. Емоційно-орієнтована терапія та її ефективність. Інтегративні підходи до психотерапії ветеранів. Експертна оцінка, діагностика та тестування військовослужбовців. Процес діагностики: перший етап діагностики: збори анамнезу, первинне інтерв'ю; використання стандартизованих опитувальників та тестів для оцінки психологічного стану. Основні методи тестування: психометричні тести: MMPI, BDI, PCL-5; проєктивні методи: ТАТ, Роршах. Мультидисциплінарний комплексний підхід.

ТЕМА 6. ГРУПОВА ТЕРАПІЯ ТА СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ. СІМЕЙНА ТЕРАПІЯ ТА ПІДТРИМКА СІМЕЙ ВЕТЕРАНІВ

Роль групової терапії у психологічній реабілітації. Особливості організації групових сесій для ветеранів. Соціальна підтримка та її вплив на психічне здоров'я. Сімейна динаміка в умовах військових травм. Підтримка сімей та їх роль у процесі реабілітації ветеранів.

ТЕМА 7. СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ТА РЕІНТЕГРАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ

Основні виклики соціальної адаптації ветеранів. Програми та ініціативи підтримки інтеграції. Роль урядових та громадських організацій у соціальній адаптації. Психологічні аспекти інтеграції у цивільне життя. Огляд національних програм: Державні та недержавні ініціативи з психореабілітації. Специфічні програми та центри реабілітації. Американський досвід психологічної допомоги військовослужбовцям і ветеранам війни. Перешкоди та стратегії подолання при адаптації ветеранів.

ТЕМА 8. ПРОФІЛАКТИКА НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ І ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Основні стратегії профілактики психічних порушень. Психосвіта та психологічна підготовка ветеранів. Використання технології мультидисциплінарного скринінгу. Прогнозування розвитку патологічних станів у військовослужбовців, пов'язаних із негативним стресом бойових дій. Прогнозування розвитку негативних психічних станів у військовослужбовців на основі їх індивідуально-особистісних особливостей

Форми проведення занять:

денна форма здобуття освіти - лекції, семінарські та практичні заняття, самостійна робота;

заочна форма здобуття освіти - лекції, семінарські заняття, самостійна робота.

Форма підсумкового контролю:

Підсумковий контроль проводиться з метою встановлення відповідності (вимірювання, оцінювання) здобутих особою результатів навчання вимогам освітньої програми у частині відповідного освітнього компонента.

З навчальної дисципліни «Психологія бойової психічної травми» передбачено:

- для денної форми здобуття освіти – залік;
- для заочної форми здобуття освіти – залік.

ПОЛІТИКА КУРСУ, КРИТЕРІЇ ТА ЗАСОБИ ОЦІНЮВАННЯ УСПІШНОСТІ НАВЧАННЯ

Політикою курсу «Психологія бойової психічної травми» є надання можливості здобувачам вищої освіти отримувати необхідні знання у повному обсязі (визначено рішенням кафедри та відображено у навчально-методичному комплексі із зазначеної дисципліни).

Для здобувачів вищої освіти очної форми навчання відвідування занять є обов'язковим. Поважними причинами для неявки на заняття є хвороба або академічна мобільність, які необхідно підтверджувати документами. Відсутність здобувача на заняттях передбачає самостійне опрацювання матеріалу та не звільняє здобувача від виконання завдання на самостійну підготовку або завдання поточного та підсумкового контролю.

Якщо здобувач вищої освіти не згоден з оцінюванням його знань, то він може оскаржити виставлену викладачем оцінку в установленому порядку. Порядок повторного проходження здобувачами вищої освіти контрольних заходів урегульовані процедурами університету.

Поточний контроль проводиться викладачами на всіх видах аудиторних занять. Основне завдання поточного контролю – перевірка рівня підготовки студентів за визначеною темою. Основна мета поточного контролю – забезпечення зворотного зв'язку між викладачами та студентами, управління навчальною мотивацією студентів. Інформація, одержана при поточному контролі, використовується як викладачем – для коригування методів і засобів навчання, – так і студентами – для планування самостійної роботи.

Поточний контроль може проводитися у формі усного опитування, письмового експрес-контролю, виступів студентів при обговоренні теоретичних питань, а також у формі тестування.

Критерії оцінювання рівня знань за видами навчальної роботи здобувачів визначені кафедрою психології та знайшли своє відображення у «Стандарті організації та критеріїв оцінювання навчальної роботи здобувачів вищої освіти з дисциплін, що закріплені за кафедрою психології». Зі змістом документу можна ознайомитися на сайті Університету в розділі «Силабуси навчальних дисциплін/ Магістр / 053 Психологія» або за посиланням: <https://surl.li/fdotxa> або за QR-кодом.



Схема формування оцінки. Розподіл балів за різними формами контролю для навчальної дисциплін.

ДЛЯ ДЕННОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ		
Поточний контроль (ПК)		Підсумковий контроль ЗАЛІК (З)/ ЕКЗАМЕН (Е)
Аудиторна робота	Самостійна та індивідуальна робота	
≤ 40	≤ 20	
≤ 60		≤ 40
Підсумкова оцінка у випадку заліку (П) = ПК+ З ≤ 100		
Підсумкова оцінка у випадку складання екзамену (П) = ПК+Е ≤ 100		
ДЛЯ ЗАОЧНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ		
Поточний контроль (ПК)		Підсумковий контроль ЗАЛІК (З)/ ЕКЗАМЕН (Е)
Аудиторна робота	Самостійна та індивідуальна робота	
≤ 20	≤ 40	
≤ 60		≤ 40
Підсумкова оцінка у випадку заліку (П) = ПК+ З ≤ 100		
Підсумкова оцінка у випадку складання екзамену (П) = ПК+Е ≤ 100		

Політика доброчесності. Обов'язковою умовою при нарахуванні загальної кількості балів здобувачу є необхідність дотримання принципів політики доброчесності. Дотримання академічної доброчесності передбачає: самостійне виконання навчальних завдань, поточного та підсумкового контролю результатів навчання; посилення на джерела інформації у разі використання ідей, розробок, тверджень, відомостей; дотримання норм законодавства про авторське право і суміжні права; надання достовірної інформації про результати власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використанні методики досліджень і джерела інформації.

Якщо має місце виявлення випадків академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації, списування, обману з боку студентів встановлюється академічна відповідальність. До здобувачів застосовуються види відповідальності, передбачені частинами 6 та 7 статті 42 Закону України «Про освіту».

За дотримання студентом політики академічної доброчесності під час виконання поставлених завдань кафедрою може бути прийняте рішення про

надання здобувачу вищої освіти додаткових балів у період підсумкового контролю.

Інструменти, обладнання та програмне забезпечення, використання яких передбачає навчальна дисципліна: *при вивченні дисципліни застосовується мультимедійне обладнання; графічні засоби; технічні засоби: звуко- і відеозаписи тощо.*

Програмне забезпечення: Платформа Moodle, Zoom, PowerPoint, Microsoft Excel, Microsoft Word.

Інформаційне та методичне забезпечення навчальної дисципліни (рекомендовані джерела інформації). Додаток 2.

Додаток 1.1.
до Робочої програми з навчальної
дисципліни

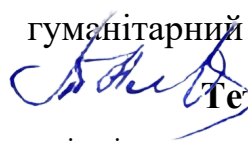
ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор

ВНПЗ

«Дніпровський

гуманітарний університет»


Тетяна АЛФЬОРОВА

ОБСЯГ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЯ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь магістр Спеціальність С4 Психологія
(назва ступеня вищої освіти) (шифр і назва)

на 2025/2026 навчальний рік

Форма навчання ДЕННА Обсяг 3,0 кредити ЄКТС, (90 годин)

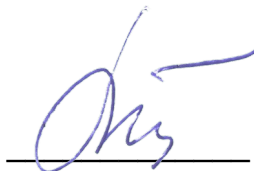
Курс перший Групи ПМ-25

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
1	Теоретико-методологічні підходи до вивчення поняття бойової психологічної травми	10	4	2		2	6
2	Психологічні наслідки бойового стресу. Стрес і його клініко-психопатологічні прояви	12	4	2		2	8
3	Фізіологічні та біохімічні аспекти бойової психічної травми. Вплив бойової травми на когнітивні функції	12	4	2		2	8
4	Типи бойової психічної травми. Діагностика бойової психічної травми	12	4	2		2	8
5	Психотерапевтичні підходи в реабілітації військовослужбовців	12	4	2		2	8
6	Групова терапія та соціальна підтримка для ветеранів. Сімейна терапія та підтримка сімей ветеранів	12	4	2		2	8
7	Соціальна адаптація та реінтеграція ветеранів	10	4	2		2	6

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
8	Профілактика негативних психічних станів і посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців	10	4	2		2	6
	Разом за семестр	90	32	16		16	58
	Форма підсумкового контролю	залік					

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри психології, протокол від 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри



Людмила ПРИСНЯКОВА

Додаток 1.2.
до Робочої програми з навчальної
дисципліни

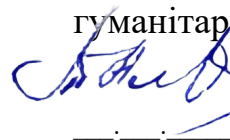
ЗАТВЕРДЖУЮ

Перший проректор

ВНПЗ

«Дніпровський

гуманітарний університет»

 **Тетяна АЛФЬОРОВА**

ОБСЯГ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЯ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь магістр Спеціальність С4 Психологія
(назва ступеня вищої освіти) (шифр і назва)

на 2025/2026 навчальний рік

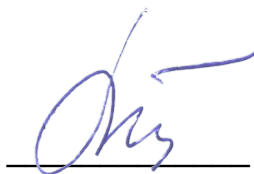
Форма навчання заочна Обсяг 3,0 кредити ЄКТС, (90 годин)
Курс перший Групи ПМЗ-25

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
1	Теоретико-методологічні підходи до вивчення поняття бойової психологічної травми	10					10
2	Психологічні наслідки бойового стресу. Стрес і його клініко-психопатологічні прояви	12	2	2			10
3	Фізіологічні та біохімічні аспекти бойової психічної травми. Вплив бойової травми на когнітивні функції	12	2		2		10
4	Типи бойової психічної травми. Діагностика бойової психічної травми	12	2	2			10
5	Психотерапевтичні підходи в реабілітації військовослужбовців	12	2		2		10
6	Групова терапія та соціальна підтримка для ветеранів. Сімейна терапія та підтримка сімей ветеранів	12	2	2			10
7	Соціальна адаптація та реінтеграція ветеранів	10					10

№ теми згідно з РПНД	Назва теми (згідно з РПНД)	Загальний обсяг годин	Аудиторна робота				Самостійна (індивідуальна) робота
			Всього	Лекції	Семінари	Практ. заняття	
8	Профілактика негативних психічних станів і посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців	10					10
	Разом за семестр	90	10	6	4		80
	Форма підсумкового контролю	залік					

Розглянуто і схвалено на засіданні кафедри психології, протокол від 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри



Людмила ПРИСНЯКОВА

ІНФОРМАЦІЙНЕ ТА МЕТОДИЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПСИХОЛОГІЯ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь	магістр	Спеціальність	С4 Психологія
	(назва ступеня вищої освіти)		(шифр і назва)

на 2025/2026 навчальний рік

Основні нормативні акти:

1. Етичний кодекс психолога.
2. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (далі - Закон)
3. Конституція України від 28 червня 1996 року // Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141 (зі змінами внесеними Законом України «Про відновлення дії окремих положень Конституції України» № 1401-VIII від 02.06.2016, ВВР, 2016, № 28, (ст.532).
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 року № 1338 «Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб»

Підручники:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
2. Консультативна психологія: підручник / І.С.Булах, В.У.Кузьменко, Е.О.Помиткін [та ін.] : Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2014. 482 с.

Навчальні посібники, інші дидактичні та методичні матеріали:

3. Балашова С. П., Васильєв С. П., Дубровинський Г. Р. Практичний курс військової психології. Навчальний посібник / С.П. Балашова. – Ч.П. – К., 2013. – 170с.
4. Кокун О. М. та ін. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Кокун, В. В. Ключков, В. М. Мороз, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. – Київ-Одеса : Фенікс, 2022. – 128 с. ISBN 978-966-928-814-1
5. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.

6. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.

7. Ми ПЕРЕЖИЛИ. Техніки відновлення для сімей військових, цивільних та дітей. Друге видання: практ. посіб. для внутрішньо переміщених осіб, демобілізованих та їхніх сімей / Психологічна кризова служба ГО «УАФПНПП», Посольство Сполученого королівства Великої Британії та Північної Ірландії в Україні. [авт.- уклад. Г. Циганенко, О. Масик, О. Григор'єва та ін.] за наук. ред. Г. В. Циганенко. — Дніпро: Середняк Т.К., 2019, — 96 с.

8. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. — Київ, 2018. — 236 с.

9. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. — Київ, 2018. — 240 с.

10. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. — Київ, 2018. — 208 с.

11. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів : метод. посіб. / Н. В. Павлик. Київ, 2020. 92 с. Бібліогр.: с. 90-92.

12. Психологія індивідуальної роботи з військовослужбовцями: навчально-методичний посібник / А. Неурова, А. Романишин. Київ. 2023. 335 с.

13. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України, Наук.- дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Евєрт. — К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. — 147 с https://www.mil.gov.ua/content/pdf/avp_book.pdf.

14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Київ, 2018. Т. 1. 208 с.

Монографії та інші наукові видання:

1. Агарков О.А., Буканов Г.М. Бойова психологічна травма: теоретичний аналіз. Габітус. 2024. № 60

2. Агарков О.А. Особистість у кризових умовах сучасності. Травматизація та реабілітація : колект.монограф.; за аг.ред. Л.М.Пріснякової.Дніпро: Дніпров. гум. ун-т, 2024. 324 с. С. 1-38

3. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. *Психологічний журнал*. 2019. Вип. 3. URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/issue/view/11893>

4. Блінов О.А. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника ОБСБ *Вісник Національного університету оборони України* (64) /2021DOI: 10.33099/2617-6858–21–64–6–5-18

5. Борисова О. Інтрузії у формі флешбеків як ядерний маркер посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2023. Випуск 18. С. 10–20. Visnyk of the Lviv University. Series Psychological sciences. Issue 18. P. 10–20. DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2023.18.2>

6. Борисова О.О. Методика ведення першої бесіди психолога з учасниками/учасницями бойових дій DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.6>

7. Борисова О.О. Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». *Загальна психологія. Історія психології. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 34 (73) № 3 2023 DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/01>

8. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій у системі соціальних служб : автореф. дис. ... докт. пед. наук. Тернопіль, 2019. 42 с.

9. Буковська О. О. Гірченко О. Л. Сучасні напрямки психологічної реабілітації кризових станів, викликаних екстремальними ситуаціями. *Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. Екологічна психологія*. 2019. Т. VII. Вип. 47. С. 19-27.

10. Гарець Н.О., Варакута М.Л. Аналіз динамічних характеристик психологічного ресурсу особистості. Традиційні та інноваційні підходи до наукових досліджень : *матеріали IV Міжнародної наукової конференції, м. Житомир, 10 лютого, 2023 р. Міжнародний центр наукових досліджень. Вінниця : Європейська наукова платформа, 2023. 260 с. С. 210-214* <https://doi.org/10.36074/mcnd-10.02.2023>

11. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально- психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО : посібник для ведучих груп. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.

12. Зарецька Н. В., Гридковець Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО членам їх сімей. *Вісник КІБіТ*. 2016. № 7. С. 26–33.

13. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Н.А. Агаєв та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

14. Зубовський Д. С. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період : дис. канд. психол. н. : 19.00.09 / Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. Київ, 2019. 195 с.

15. Карачинський О. А. Трансформація смислових структур особистості комбатантів у реабілітаційний період : дис. канд. психол. н. : 19.00.09 / Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. Київ, 2019. 175 с.

16. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань

в бойових умовах : монографія. Харків : НА НГУ, 2021. 75 с.

17. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.

18. Макаренко С. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. PSYCHOLOGICAL JOURNAL № 3 (13) 2018. DOI (Issue): <https://doi.org/10.31108/2018vol13iss3>

19. Паливода Л. І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021. Том 32 (71). № 6.

20. Посттравматичний стресовий розлад: причини та клінічні прояви «Journal of Psychology Research», Vol. 29 No. 12 (2023), с. 45-54. Алещенко О.В., Ткаченко Н.В.

21. Путівник для ветеранів і членів їхніх родин у межах системи надання психологічної, медико- психологічної, психіатричної допомоги. Збірник напрацювань і адаптованих матеріалів з досвіду діяльності Гарячої лінії кризової підтримки Українського ветеранського фонду / автори Лашко О. В., Вареня Т. В., Тимофієв В. Г., Кошова І. В., Петрушко Є. М., Орловська Н. М., Циганкова Г. Ю., Тернопольська І. Д., Діденко О. В.. - 2023. – XX с.

22. Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи : *Тези доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції*. Хмельницький, 2018. 232 с.

23. Реінтеграція ветеранів з інвалідністю : методичний посібник / укладачі: Соцька А., Олійник В., Гусак Н., Демко С., Головка Н., Чорнобровкіна В., Акименко Ю., Мельник Д., Сіренко Т., Лоюк І., Лялька Т. ; упорядниці матеріалів: Волгіна О., Іванова О., Лялька Т. ; Програма розвитку ООН у співпраці з Міністерством у справах ветеранів України. Київ, 2022. 78 с.

24. Трансформації особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін : колект. монограф. ; за заг. ред. Л. М. Пріснякової. Дніпро : ЛПРА, 2023. 250 с. С. 113–131.

25. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово». 2020. 179 с.

26. Ткаченко Н.В., Алещенко О.В. Соціальна адаптація й копінг стратегії демобілізованих комбатантів. «Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)»: журнал. 2025. № 4(50) 2025. С.2669, С.1800-1810

27. Liudmyla Prisniakova, Oleh Aharkov, Iryna Agapova Environmental anxiety and its impact on the mental health of the individual E3S Web of Conf. Volume 452, 2023 XV International Online Conference “Improving Farming Productivity and Agroecology – Ecosystem Restoration” (IPFA 2023). URL: <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202345201009>

Інші джерела:

15. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців - учасників бойових дій в системі соціальних служб : дис. ... д-ра педагогічних наук: 13.00.05 / Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Тернопіль, 2019. 559 с.

1. Особливості психічного стану учасників бойових дій. ULR: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/21539/1/59-61.pdf>

2. Сергій Васильович Тамарін система психологічної підтримки учасників бойових дій сектору безпеки і оборони. ULR: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/f32941ac-c10d-4d31-a285-5b8406722964/content>

3. "The Biopsychosocial Model Approach" (PDF). Rochester University. Rochester University. Retrieved 18 April 2019. ULR: <https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf>

Інтернет-ресурси:

1. Бібліотека БДПУ <https://library.bdpu.org.ua/>

2. Бібліотека Університету Ушинського: офіційний сайт. URL: <https://library.pdpu.edu.ua>

3. Електронна підтримка навчання Modle ВНПЗ ДГУ

4. Наукова електронна бібліотека періодичних видань НАН України. URL: <http://dspace.nbuv.gov.ua/>

5. Національна бібліотека України імені В.І. Вернадського: офіційний сайт. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/>

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**ПЛАНІ СЕМІНАРСЬКИХ (ПРАКТИЧНИХ)
ЗАНЯТЬ З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

ПСИХОЛОГІЯ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

(назва навчальної дисципліни)

Освітній ступінь **магістр**

(назва ступеня вищої освіти – бакалавр або магістр)

Спеціальність **С4 Психологія**

(шифр і назва)

Освітня програма **«Психологія**

(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)

Наказ від 24.04.2025 № 32-02

Форма навчання **денна**

(денна/заочна)

у 2025/2026 навчальному році

Плани семінарських (практичних)
занять обговорені та схвалені на
засіданні кафедри психології
протокол від 19.08.2025 № 1

Завідувач кафедри

Людмила ПРИСНЯКОВА

Дніпро – 2025

Психологія бойової психічної травми // План практичних та семінарських занять з навчальної дисципліни. Дніпро : ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 12 с.

РОЗРОБНИК(-И):

Алещенко О.В., старший викладач кафедри психології

ТЕМА 1.
ТЕОРЕТИКО- МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ
ПОНЯТТЯ БОЙОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

Практичне заняття № 1, 2 год.

Практичне заняття проводиться у вигляді круглого столу

План:

1. Поточний стан досліджень психологічної травматизації військовослужбовців в Україні та світі.
2. Дискусія:
 - 1) Механізми розвитку психологічної травматизації в умовах бойових дій.
 - 2) Роль особистісних особливостей та чинників бойового травматичного стресу у психологічній травматизації військовослужбовців.
 - 3) Етика та професійні стандарти в роботі психолога: етичні принципи роботи з учасниками бойових дій та їх сім'ями; професійні стандарти та компетенції психолога реабілітації; конфіденційність та дотримання прав клієнтів.
3. Підведення підсумків

Основні поняття: травма, психічна травма, бойова психічна травма, комбатант.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- вміння користуватися науковими джерелами, виконувати їх критичне оцінювання, робити власні висновки, систематизувати опрацьовану інформацію;
- формування навичок аналізу та узагальнення власного практичного досвіду й досвіду міжнародних та українських організацій у наданні першої психологічної допомоги

Завдання для самостійної роботи:

1. Підготувати презентацію за темою «Етика та професійні стандарти в роботі психолога: етичні принципи роботи з учасниками бойових дій та їх сім'ями»

Завдання для індивідуальної роботи:

1. Проаналізувати поняття «бойова психічна травма» в роботах науковців.
2. Написати есе: «Сучасна війна: унікальний досвід українських військових».
3. Створити список із 10-15 фраз, які НЕ РЕКОМЕНДОВАНО вживати у спілкуванні з учасниками бойових дій

ТЕМА 2. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ БОЙОВОГО СТРЕСУ. СТРЕС І ЙОГО КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ

Практичне заняття №2, 2 год.

План:

1. Поняття стресу та його роль у воєнних конфліктах.
2. Фізіологічні та психічні реакції на стресові ситуації.
3. Клінічні прояви стресу та їх вплив на психічне здоров'я.
4. Психопатологічні наслідки довготривалого стресу: ПТСР; Депресія; Девіантна поведінка

Основні поняття: стрес, фізіологічні та психо-емоційні прояви стресу, дистрес, стресостійкість

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття:

- вміння користуватися науковими джерелами, виконувати їх критичне оцінювання, робити власні висновки, систематизувати опрацьовану інформацію;
- формування навичок аналізу та узагальнення власного практичного досвіду й досвіду міжнародних та українських організацій у профілактиці психічних травм та їхніх наслідків

Завдання для самостійної роботи:

1. Визначити особливості стресогенних ситуацій в умовах бойових дій.
2. Дослідити поняття: стресостійкість, життєстійкість, резильєнтність

Завдання для індивідуальної роботи:

1. Розробити практичні рекомендації для підвищення стресостійкості військовослужбовців.
2. Написати практичні рекомендації для психологів «Як спілкуватися з комбатантом з підозрою на наявність психічного розладу».

ТЕМА 3. ФІЗІОЛОГІЧНІ ТА БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ. ВПЛИВ БОЙОВОЇ ТРАВМИ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ

Практичне заняття №5, 2 год.

План:

1. Фізіологічні механізми виникнення психічної травми. Вплив стресових гормонів на нервову систему. Біохімічні зміни в організмі в умовах стресу.
2. Психофізіологічні дослідження та їх результати. Взаємозв'язок між психічними та когнітивними порушеннями.

3. Дискусія:

1) Психосоціальні особливості військового колективу та умов перебування в зоні бойових дій.

2) Психоедукація як метод профілактики психологічної травматизації військовослужбовців.

3) Практичне напрацювання навичок роботи з комбатантом з підозрою на психічний розлад.

4. Підведення підсумків

Завдання для самостійної роботи:

1. Підготувати презентацію за темою «Психоедукація як метод профілактики психологічної травматизації військовослужбовців».

Завдання для індивідуальної роботи:

1. підготувати презентацію на тему: «Стрес: шкода чи користь?»

ТЕМА 4.

ТИПИ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ. ДІАГНОСТИКА БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

Практичне заняття №4, 2 год.

План:

1. Класифікація бойових психічних травм за типами.
2. Особливості діагностики посттравматичних розладів.
3. Інструменти та методи оцінки психічного стану ветеранів.
4. Скрінінгові методи діагностики: переваги й недоліки.
5. ПТСР. Основні клінічні прояви:
 - а. Дерезалізація й деперсоналізація при ПТСР
 - б. Профілактика ПТСР в учасників бойових дій
 - с. Посттравматичне зростання

Основні поняття: ПТСР, тривожно-панічні розлади, депресія, скрінінгові методи діагностики.

Завдання для самостійної роботи:

1. Підготувати й провести дихальну вправу;
2. Проаналізувати симптоми методи психотерапевтичної та психокорекційної роботи при ПТСР.

Завдання для індивідуальної роботи:

1. Створити й представити презентацію на тему: «Інструменти та методи оцінки психічного стану ветеранів»;
2. Розробити й представити психопрофілактичні рекомендації для рідних військового, який повернувся із зони бойових дій.

ТЕМА 5. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Практичне заняття №5, 2 год.

План:

1. Експертна оцінка, діагностика та тестування військовослужбовців.
2. Процес діагностики: перший етап діагностики: збори анамнезу, первинне інтерв'ю; використання стандартизованих опитувальників та тестів для оцінки психологічного стану.
3. Основні методи тестування: психометричні тести: MMPI, BDI, PCL-5;
4. Проективні методи: ТАТ, тест Роршаха.
5. Мультидисциплінарний комплексний підхід.

Основні поняття: психотерапевтичний метод, когнітивно-поведінкова терапія, арттерапія, EDMR

Завдання для самостійної роботи:

Провести порівняльну характеристику умов психологічної допомоги ветеранам в Україні та іншій країні.

Завдання для індивідуальної роботи:

Підготувати й представити презентацію «Реабілітація ветеранів в одному з психотерапевтичних напрямків».

ТЕМА 6. ГРУПОВА ТЕРАПІЯ ТА СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ. СІМЕЙНА ТЕРАПІЯ ТА ПІДТРИМКА СІМЕЙ

Практичне заняття №6, 2 год.

План:

1. Роль групової терапії у психологічній реабілітації. Особливості організації групових сесій для ветеранів.
2. Соціальна підтримка та її вплив на психічне здоров'я. Програма «Рівний рівному».
3. Стосунки на відстані: психологічні, емоційні та фізіологічні аспекти.
4. Сімейна динаміка в умовах військових травм. Підтримка сімей та їх роль у процесі реабілітації ветеранів.

Основні поняття: групова психотерапія, родина військово службовця, соціальна підтримка, «Рівний рівному»

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: вміння користуватися науковими джерелами,

виконувати їх критичне оцінювання, робити власні висновки, систематизувати опрацьовану інформацію;

-розуміння поняття «екстремальна ситуація», й розуміти її можливі наслідки,

-отримати уявлення про способи допомоги в екстремальній ситуації та взаємодію фахівців різних галузей

Завдання для самостійної роботи:

1. Проаналізувати сутність та ефективність програми «Рівний рівному»;
2. Підготувати практичні рекомендації: «Як зберегти близькі стосунки, коли один з партнерів приймає участь у бойових діях».

ТЕМА 7.

СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ТА РЕІНТЕГРАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ

Практичне заняття №7, 2 год.

План

1. Основні виклики соціальної адаптації ветеранів. Програми та ініціативи підтримки інтеграції.

3. Роль урядових та громадських організацій у соціальній адаптації. Державні та недержавні ініціативи з психореабілітації.

2. Специфічні програми та центри реабілітації.

3. Американський та ізраїльський досвід психологічної допомоги військовослужбовцям і ветеранам війни.

4. Перешкоди та стратегії подолання при адаптації ветеранів.

Основні поняття: соціальна адаптація, реінтеграція, програми підтримки ветеранів

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: вміння користуватися науковими джерелами, виконувати їх критичне оцінювання, робити власні висновки, систематизувати опрацьовану інформацію;

-розуміння впливу екстремальних ситуацій на психічне здоров'я.

Завдання для самостійної роботи:

1. Написати есе за темою: «Як допомогти ветерану повернутися у мирне життя»;

2. Підготувати й провести техніку на відновлення психологічного ресурсу особистості.

Завдання для індивідуальної роботи:

1. Підготувати й представити презентацію на тему : «Людина з інвалідністю в сучасному соціумі»;

2. Підготувати й представити презентацію на тему : «Психосоціальна допомога ветеранам».

ТЕМА 8. ПРОФІЛАКТИКА НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ І ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Практичне заняття №8, 2 год.

План:

1. Прогнозування розвитку патологічних станів у військовослужбовців, пов'язаних із негативним стресом бойових дій.
2. Прогнозування розвитку негативних психічних станів у військовослужбовців на основі їх індивідуально-особистісних особливостей:
 - Аддиктивна поведінка як наслідок бойової психічної травми
 - Хімічні залежності
 - Нехімічні аддикції
 - Комп'ютерна залежність
 - Ігрова залежність
3. Суїцидальна поведінка учасників бойових дій: на що варто звернути увагу психологу:
 - Причини суїцидальної поведінки.
 - Суїцидальна превенція.
 - Взаємодія психолога та психіатра.

Основні поняття: залежна поведінка, хімічна залежність, наркоманія, алкоголізм, нехімічні залежності.

Уміння, які мають бути вироблені, та навички, які мають бути напрацьовані під час заняття: вміння користуватися науковими джерелами, виконувати їх критичне оцінювання, робити власні висновки, систематизувати опрацьовану інформацію.

Завдання для самостійної роботи:

1. Написати есе за темою : «Чому в людини виникають залежності»;
2. Вивчити основні ознаки суїцидальної поведінки.

Завдання для індивідуальної роботи:

1. Підготувати й представити рекомендації для військовослужбовців «Наслідки вживання психоактивних речовин»;
2. Розробити й представити рекомендації для родичів людини з суїцидальною поведінкою.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Етичний кодекс психолога.
2. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (далі - Закон)
3. Конституція України від 28 червня 1996 року // Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141 (зі змінами внесеними Законом України «Про відновлення дії окремих положень Конституції України» № 1401-VIII від 02.06.2016, ВВР, 2016, № 28, (ст.532).
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 року № 1338 «Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб»
5. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
6. Консультативна психологія: підручник / І.С.Булах, В.У.Кузьменко, Е.О.Помиткін [та ін.] : Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2014. 482 с.
7. Балашова С. П., Васильєв С. П., Дубровинський Г. Р. Практичний курс військової психології. Навчальний посібник / С.П. Балашова. – Ч.ІІ. – К., 2013. – 170с.
8. Кокун О. М. та ін. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Кокун, В. В. Ключков, В. М. Мороз, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. – Київ-Одеса : Фенікс, 2022. – 128 с. ISBN 978-966-928-814-1
9. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
10. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.
11. Ми ПЕРЕЖИЛИ. Техніки відновлення для сімей військових, цивільних та дітей. Друге видання: практ. посіб. для внутрішньо переміщених осіб, демобілізованих та їхніх сімей / Психологічна кризова служба ГО «УАФПНПП», Посольство Сполученого королівства Великої Британії та Північної Ірландії в Україні. [авт.- уклад. Г. Циганенко, О. Масик, О. Григор'єва та ін.] за наук. ред. Г. В. Циганенко. — Дніпро: Середняк Т.К., 2019, — 96 с.
12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. – Київ, 2018. – 236 с.
13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. – Київ, 2018. – 240 с.
14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.

15. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів : метод. посіб. / Н. В. Павлик. Київ, 2020. 92 с. Бібліогр.: с. 90-92.

16. Психологія індивідуальної роботи з військовослужбовцями: навчально-методичний посібник / А. Неурова, А. Романишин. Київ. 2023. 335 с.

17. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України, Наук.- дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. – К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. – 147 с https://www.mil.gov.ua/content/pdf/avp_book.pdf.

18. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Київ, 2018. Т. 1. 208 с.

19. Агарков О.А., Буканов Г.М. Бойова психологічна травма: теоретичний аналіз. Габітус. 2024. № 60

20. Агарков О.А. Особистість у кризових умовах сучасності. Травматизація та реабілітація : колект. монограф.; за аг.ред. Л.М.Пріснякової. Дніпро: Дніпров. гум. ун-т, 2024. 324 с. С. 1-38

21. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. *Психологічний журнал*. 2019. Вип. 3. URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/issue/view/11893>

22. Блінов О.А. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника ОБСБ *Вісник Національного університету оборони України* (64) /2021 DOI: 10.33099/2617-6858–21–64–6–5-18

23. Борисова О. Інтрузії у формі флешбеків як ядерний маркер посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2023. Випуск 18. С. 10–20 *Visnyk of the Lviv University. Series Psychological sciences*. Issue 18. P. 10–20. DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2023.18.2>

24. Борисова О.О. Методика ведення першої бесіди психолога з учасниками/учасницями бойових дій DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.6>

25. Борисова О.О. Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». *Загальна психологія. Історія психології. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 34 (73) № 3 2023 DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/01>

26. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій у системі соціальних служб : автореф. дис. ... докт. пед. наук. Тернопіль, 2019. 42 с.

27. Буковська О. О. Гірченко О. Л. Сучасні напрямки психологічної реабілітації кризових станів, викликаних екстремальними ситуаціями. *Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. Екологічна психологія*. 2019. Т. VII. Вип. 47. С. 19-27.

28. Гарець Н.О., Варакута М.Л. Аналіз динамічних характеристик психологічного ресурсу особистості. Традиційні та інноваційні підходи до

наукових досліджень : матеріали IV Міжнародної наукової конференції, м. Житомир, 10 лютого, 2023 р. Міжнародний центр наукових досліджень. Вінниця : Європейська наукова платформа, 2023. 260 с. С. 210-214 <https://doi.org/10.36074/mcnd-10.02.2023>

29. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально- психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО : посібник для ведучих груп. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.

30. Зарецька Н. В., Гридковець Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО членам їх сімей. *Вісник КІБіТ*. 2016. № 7. С. 26–33.

31. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Н.А. Агаєв та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

32. Зубовський Д. С. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період : дис. канд. психол. н. : 19.00.09 / Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. Київ, 2019. 195 с.

33. Карачинський О. А. Трансформація смислових структур особистості комбатантів у реабілітаційний період : дис. канд. психол. н. : 19.00.09 / Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. Київ, 2019. 175 с.

34. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах : монографія. Харків : НА НГУ, 2021. 75 с.

35. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.

36. Макаренко С. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL* № 3 (13) 2018. DOI (Issue): <https://doi.org/10.31108/2018vol13iss3>

37. Паливода Л. І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проєкціях. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021. Том 32 (71). № 6.

38. Посттравматичний стресовий розлад: причини та клінічні прояви «*Journal of Psychology Research*», Vol. 29 No. 12 (2023), с. 45-54. Алещенко О.В., Ткаченко Н.В.

39. Путівник для ветеранів і членів їхніх родин у межах системи надання психологічної, медико- психологічної, психіатричної допомоги. Збірник напрацювань і адаптованих матеріалів з досвіду діяльності Гарячої лінії кризової підтримки Українського ветеранського фонду / автори Лашко О. В., Вареня Т. В., Тимофієв В. Г., Кошова І. В., Петрушко Є. М., Орловська Н. М., Циганкова Г. Ю., Тернопольська І. Д., Діденко О. В.. - 2023. – XX с.

40. Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи : *Тези доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції*. Хмельницький, 2018. 232 с.

41. Реінтеграція ветеранів з інвалідністю : методичний посібник /

укладачі: Соцька А., Олійник В., Гусак Н., Демко С., Головка Н., Чорнобровкіна В., Акименко Ю., Мельник Д., Сіренко Т., Лоюк І., Лялька Т. ; упорядниці матеріалів: Волгіна О., Іванова О., Лялька Т. ; Програма розвитку ООН у співпраці з Міністерством у справах ветеранів України. Київ, 2022. 78 с.

42. Трансформації особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін : колект. монограф. ; за заг. ред. Л. М. Пріснякової. Дніпро : ЛІРА, 2023. 250 с. С. 113–131.

43. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово». 2020. 179 с.

44. Ткаченко Н.В., Алещенко О.В. Соціальна адаптація й копінг стратегії демобілізованих комбатантів. *«Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)»*: журнал. 2025. № 4(50) 2025. С.2669, С.1800-1810

45. Liudmyla Prisniakova, Oleh Aharkov, Iryna Agapova Environmental anxiety and its impact on the mental health of the individual E3S Web of Conf. Volume 452, 2023 XV International Online Conference “Improving Farming Productivity and Agroecology – Ecosystem Restoration” (IPFA 2023). URL: <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202345201009>

46. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців - учасників бойових дій в системі соціальних служб : дис. ... д-ра педагогічних наук: 13.00.05 / Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Тернопіль, 2019. 559 с.

47. Особливості психічного стану учасників бойових дій. ULR: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/21539/1/59-61.pdf

48. Сергій Васильович Тамарін система психологічної підтримки учасників бойових дій сектору безпеки і оборони. ULR: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgclefindmkaj/https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/f32941ac-c10d-4d31-a285-5b8406722964/content

49. “The Biopsychosocial Model Approach” (PDF). Rochester University. Rochester University. Retrieved 18 April 2019. ULR: <https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf>

**ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ПРИВАТНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОВСЬКИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ
З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ**

ПСИХОЛОГІЯ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ

(назва навчальної дисципліни)			
Освітній ступінь	магістр	Спеціальність	С4 Психологія
	(назва ступеня вищої освіти)		(шифр і назва)
Освітня програма	«Психологія»		
	(назва, дата і № наказу про затвердження ОП)		
	наказ від 24.04.2025 № 32-02		
Форма навчання	денна		
	(денна/заочна)		
	у 2025/2026 навчальному році		

Дніпро – 2025

Психологія бойової психічної травми // Конспект лекцій з навчальної дисципліни. Дніпро: ВНПЗ «Дніпровський гуманітарний університет», 2025. 75 с.

РОЗРОБНИК(-И):

Алещенко О.В., старший викладач;

Пріснякова Л.М., зав.кафедрою, доц., к. псих.н.

Конспект лекцій обговорений та схвалений на засіданні кафедри психології
протокол від 19.08.2025 № 1.

Завідувач кафедри


(підпис)

Людмила ПРИСНЯКОВА

ЗМІСТ

ТЕМА 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПОНЯТТЯ БОЙОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ.....	4
ТЕМА 2. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ БОЙОВОГО СТРЕСУ, СТРЕС ТА ЙОГО КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ.....	13
ТЕМА 3. ФІЗІОЛОГІЧНІ ТА БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ. ВПЛИВ БОЙОВОЇ ТРАВМИ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ.....	24
ТЕМА 4. ТИПИ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ. ДІАГНОСТИКА БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ.....	32
ТЕМА 6. ГРУПОВА ТЕРАПІЯ ТА СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ, СІМЕЙНА ТЕРАПІЯ ТА ПІДТРИМКА СІМЕЙ ВЕТЕРАНІВ. .	54
ТЕМА 7. СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ТА РЕІНТЕГРАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ.....	58
ТЕМА 8. ПРОФІЛАКТИКА НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ І ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗДАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	63
ЛІТЕРАТУРА ДО КУРСУ.....	71

ТЕМА 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО ВИВЧЕННЯ ПОНЯТТЯ БОЙОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

Визначення поняття бойової психологічної травми. Історичний огляд досліджень у галузі. Теоретичні моделі появи та розвитку бойової психічної травми. Поточний стан досліджень психологічної травматизації військовослужбовців в Україні та світі. Механізми розвитку психологічної травматизації в умовах бойових дій. Роль особистісних особливостей та чинників бойового травматичного стресу у психологічній травматизації військовослужбовців. Етика та професійні стандарти в роботі психолога: етичні принципи роботи з учасниками бойових дій та їх сім'ями; професійні стандарти та компетенції психолога реабілітації; конфіденційність та дотримання прав клієнтів.

Війна є надзвичайно травмуючим подразником як для окремої людини, так і для суспільства в цілому. Війна має свою “психологію”. Ми не маємо природного імунітету, здатного захистити нас від стресу, що спричиняють бойовідії. Збройні сили є основним елементом системи оборони держави, а військовослужбовці – це особливі учасники війни, оскільки їх діяльність виходить за межі звичайного людського досвіду. Тому, збереження здоров'я та працездатності осіб, які беруть участь у бойових діях, є вкрай важливим. Аналіз практичного досвіду бойових дій свідчить, що протиборчі сторони, поряд з неминучими фізичними, зазнають відчутних психологічних втрат. Вони пов'язані з отриманням військовослужбовцями бойових психічних травм (від 10 до 50% всіх санітарних втрат у сучасних локальних війнах), які, у свою чергу, призводять до розладів психічної діяльності, повної чи часткової втрати боєздатності. Мета статті полягає у висвітленні дослідження феномену бойової психічної травми у сфері військової психології через вивчення основних концепцій та висновків, що стосуються бойової психічної травми та її наслідків для психічного здоров'я військовослужбовців і їх подальшого функціонування у професійній діяльності.

На сьогодні “психічна травма” є дуже поширеним поняттям, яке використовується у сучасному науковому обігу, особливо у сфері військової психології та охорони психічного здоров'я. В межах психоаналітичного підходу поняття “психічна травма” було запроваджено З.Фройдом та систематизовано у дослідженнях А. Кардінера, М. Горовіца, що назвали це явище “воєнним неврозом”, “хронічним воєнним неврозом”. У когнітивній психології, бойова психічна травма розглядається, як руйнування базових когнітивних схем та переконань особистості (Bartlett, Horowitz, Brewin, Holmes, Janoff-Bulman). Розмаїтим аспектам загального спектру психічної травми присвячено праці Джеймі Меріка, Гретхен Шмельцер, Бессела ван дер Колка. Вченими визначено поняття складної

бойової психічної травми, її вплив на функціонування військовослужбовців в бою та подальші наслідки травматизації (Judith Herman, Гретхен Шмельцер). Проаналізовано чинники, що впливають на формування бойової психічної травми (Želimir, Komar, Brewin, Solomon, Cardeña, Carlson, Yehuda). Проводиться аналіз питання специфіки надання допомоги травмованим військовослужбовцям у межах досліджень науковців: Т.Титаренко, Ю. Герман, З. Соломон, Д. Меріка. Огляд публікацій свідчить про активні розвідки феномену бойової психічної травми в сучасних дослідженнях, активний пошук методів формування стійкості та своєчасної реабілітації учасників бойових дій, які зазнали травматизації. Методи дослідження. Теоретико-методологічну основу дослідження складають концепції психоаналітичного та екзистенційного підходів, когнітивної психології, психології екстремальної діяльності. У ході проведення дослідження застосовано метод теоретичного аналізу, систематизації, порівняльний метод, контент-аналіз, конкретизація, абстрагування та узагальнення. Результати і обговорення. Бойові переживання є одними з найбільш жакливих і загрозливих з усіх травмуючих подій. Бойові дії мають потужний психологічний вплив на психіку військовослужбовця. Для того щоб вижити на війні психіка військовослужбовця має перелаштуватися на військовий режим функціонування. Механізмом такого переналаштування є бойовий стрес, який сприяє мобілізації всіх можливостей людини для пристосування до бойової обстановки. Проте, інтенсивний бойовий стрес може викликати перенапругу та збій механізмів стрес-регуляції, що проявляються в психічних, психологічних, фізичних та поведінкових реакціях на полі бою, призводити до виникнення деструктивного стресу та, як наслідок, бойової психічної травми, що впливають на здатність військовослужбовця ефективно функціонувати на полі бою. Вони також можуть повторюватися після завершення бойових дій та проявлятися протягом багатьох років у формі посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Бойова психічна травма займає вагоме місце у структурі бойових втрат. Вона в 3-4 рази збільшує психічні захворювання в армії, на 10–50% послаблює боєздатність збройних сил. В наукових джерелах описані різноманітні підходи до розуміння психічної травми. Слово “травматичний” (травмівний) вперше зустрічається у виданні Оксфордського словника 1656 року, де травма визначається як термін, “який можна віднести до ран та їх зцілення” (все що стосується фізичних ран або лікування ран). Тільки в кінці XIX століття цей термін став використовуватися для позначення психологічного стресу і шкоди, що розвивається внаслідок насилля і втрат [1].

У загальному розумінні травма визначається як раптовий потенційно смертельний досвід, який часто залишає тривалі тривожні спогади [2]. Події, які можна розглядати як потенційно травмуючі інциденти, включають широкий спектр навмисних та ненавмисних

насильницьких дій (актів насильства), таких як образа, фізичне або сексуальне насильство, аварії, природні та біотехнологічні катастрофи, викрадення та захоплення в заручники, смертельні захворювання, каліцтво, війни та терористичні напади, катування, позбавлення волі тощо. Всі ці різноманітні події поєднуються під спільним знаменником “травма” або “психотравма”, незважаючи на те, що кожне з них має власне значення та причинні атрибути страждань. Травматичні події відрізняються одна від одної за характером, частотою та тривалістю загрози, її особистою значимістю, яка може змінюватися з часом. Тим не менше, травма, травматичний стрес (traumatic stress), крім складних психологічних проявів на нейробіологічному рівні, є неспецифічною реакцією нашого організму на різні травматичні події.

Проте, травма – це не просто подія в певному місці. Це тристоронній процес, що проявляється у фізичних, психологічних та соціальних наслідках. Те, які будуть фізичні, психологічні та соціальні симптоми і захворювання залежить і від багатьох чинників, таких як вразливість, стійкість, які адаптивні і дезадаптивні реакції проявлялися в травматичних ситуаціях і які травматичні спогади залишилися. Травма також має вимір часу та соціального простору. І нарешті, травма має духовний вимір. Страждання, які вона завдає, варіюються від фізичного до екзистенційного болю. А це може порушити уявлення про мораль, цінності, принципи, ідентичність, переконання, ідеали. На початку ми вже говорили, що “травма” – це термін, який позначає, в першу чергу, фізичне ушкодження, рану. Справа в тому, що на стрес високої інтенсивності, коли небезпека загрожує життю людини, наш організм реагує як на загрозу фізичного ушкодження. Наприклад, загальновідомо, що при гострому стресі протромбіновий індекс (індекс коагуляції) крові значно збільшується. Це один із компонентів мимовільної, неспецифічної реакції нашого організму, яка покликана мінімізувати можливу крововтрату. Виявляється, що підвищення індексу коагуляції відбувається не лише при гострому стресі, але й під час хронічного посттравматичного стресового розладу (Post-Traumatic Stress Disorders, PTSD) [3].

Початкове уявлення про психічну травму формувалися у рамках психодинамічної парадигми. В роботі З. Фрейда “По той бік задоволення” було запропоновано енергетичну концепцію травми. З.Фрейд писав, що “травматичний вплив на психіку може спричинити будь-яка подія, що викликає болісне почуття жаху, страху, сорому, втрати, душевний біль. Від чутливості потерпілого залежить ймовірність того, що ця подія набуває характеру травми” [4]. Відкриття психоаналізу дають можливість поглянути на травматичні військові неврози з погляду їх каузальності, тобто виявити причинно-наслідкові зв’язки – “витіснення, що лежить в основі будь-якого неврозу” [4].

У 1941 році, в одному із перших систематизованих досліджень, А. Кардінер назвав це явище “хронічним воєнним неврозом”. Ним вперше

було дано комплексну характеристику симптоматики: 1) збудливість і подразливість; 2) нестримний тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах травмуючої події; 4) уникнення реальності; 5) схильність до неконтрольованих агресивних реакцій [5]. Після війни у В'єтнамі на зміну концепції "воєнного неврозу" в сучасну психіатрію до 1980 року увійшло поняття "посттравматичний стресовий розлад" (ПТСР), яке було включено в DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – класифікаційний психіатричний стандарт Американської психіатричної асоціації. У 1995 році ПТСР було введено в десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКБ-10. Згідно даної класифікації ПТСР визнано найбільш поширеною і помітною формою пост бойової патології. Когнітивні концепції психічної травми сягають теорії стресу Р.Лазаруса та роботам А.Бека. В залежності від оцінки стресової ситуації та вторинного оцінювання (оцінка індивідом власних ресурсів самоконтролю у цій ситуації) формується тип копінг-стратегії: проблемно-фокусований (дії, які спрямовані на подолання стресової ситуації) та емоційно-фокусований (дії, спрямовані на поліпшення емоційного стану). Психічна травма в когнітивній психології розглядається як руйнування базових когнітивних схем або базових переконань. (Bartlett, 1932). Когнітивні схеми використовуються як пояснювальний конструкт, детермінуючий процес пізнання суб'єктом навколишнього середовища та образ власного Я в свідомості особистості. М. Горовіц (Horowitz, 1976) був першим, хто описав вплив травми на систему глибинних уявлень людини про своє Я, світ і майбутнє і показав, що процес лікування відбувається через зміну когнітивних структур [6].

Проте найповніше вплив травми на систему переконань індивіда представлено у роботах Роні Янофф-Бульмана (Janoff-Bulman, 1989, 1992, 1997), які були створені на основі когнітивно-експерієнціальної теорії Епштейна. Згідно Янофф-Бульмана, структура базисних переконань включає імпліцитні переконання особистості про доброзичливість та справедливість навколишнього світу, про контрольованість (люди можуть контролювати те, що з ними відбувається), цінності та значимості власного Я. Перелічені переконання виступають для людини певними орієнтирами, точками опори, роблячи світ зрозумілим [7]. В бойовій обстановці всі перелічені цінності можуть бути відразу зруйновані. Якщо військовослужбовець не отримує психологічної підтримки від оточуючих, то він залишається без опори і повністю втрачає здатність орієнтуватися у світі, обстановці, самому собі. І що найважливіше, чим більш "гуманістичними" для військовослужбовця здавалися його базові цінності, тим більш драматичнішим відбувається їх руйнування. Військовослужбовець відчуває себе безпорадним. Стан безпорадності може привести до так званої психічної поразки (mental defeat) – стан в якому військовослужбовець втрачає здатність підтримувати в собі віру в силу

волі, відчуває себе “не живим”, зламаним, для якого все одно живий він чи ні.

Поведінковий підхід опирається на двофакторну модель психічної травматизації, яка розглядає психотравму з позицій класичного та оперантного обумовлення. Класичне обумовлення проявляється у виникненні почуття страху у жертви травматичних подій у відповіді на будь-які зовнішні стимули, які схожі з травматичною подією. Оперантне обумовлення виражається у вимкненні суб'єктом усіх стимулів, які викликають цей страх. Травма є більш широким поняттям, ніж гострий стресовий (Acute Stress Disorder, ASD) або посттравматичний стресовий розлад (PTSD). Для більш глибокого розуміння сутності травми ми можемо використовувати поняття “спектр травми” (spectre of trauma), який містить безліч проблем, викликаних травмою: починаючи від побутової мікро-травми, закінчуючи складною травмою, важкою залежністю (адикцією) і дисоціативними розладами [8].

Незважаючи на те, що ці психічні розлади нібито відносяться до різних регістрів, якщо їх походження травматичне по своїй природі, тобто пов'язано з травмою (trauma-related), всі вони характеризуються загальними універсальними маркерами, що відрізняють їх від психічних розладів нетравматичного походження. Ці унікальні ознаки зумовлені нейробіологією травмованого мозку, які описав у своїх дослідженнях Бессел Ван дер Колк (Van der Kolk). Він виділив три основні ознаки, що вказують на відмінності травмованого мозку від здорового. Перша – це вища система сприйняття загрози (threat perception system), за яку відповідає когнітивна частина мозку (мигдалеподібне тіло), яка підтримує порядок у нашому тілі. Друга – це система фільтрації (filtering system), яка контролює і фільтрує сенсорну інформацію (здатність зосереджуватися на важливій інформації і переносити менш важливу на задній план). І третя, так звана система самовідчуття (selfsensing system), яка розташована в проміжних структурах мозку: (anterior cingulate cortex, vmPFC and insula). Справа в тому, що ці структури мозку, крім негативних відчуттів, відповідають за весь спектр відчуттів, що складає основу нашої самосвідомості. І коли людина намагається “вимкнути” нестерпні відчуття, придушити і притупити почуття, викликати оніміння (numbing), вона позбавляє себе здатності почуватися живою. Як не парадоксально це звучить, але травмовані військовослужбовці відчувають себе повністю живими тільки тоді, коли вони знову в екстремальних умовах (бойових умовах). Незважаючи на те, що вони можуть ненавидіти те, що вони пережили, водночас, у них з'являється природне прагнення до аналогічних ситуацій.

Травмований військовослужбовець, як правило, відчуває заціпеніння, застигання, оніміння і не може насолоджуватися життям і відчуває себе живим тільки тоді, коли виявляється у ситуації, що викликала цей жах. Цей феномен називається травматичним переграванням (traumatic re-

enactment) [9, 10]. Термін “складна травма” запропонувала в 1992 Юдіт Герман у своїй відомій книзі “Травма та відновлення. Наслідки насильства – від сімейного (домашнього) насильства до політичного терору”. Гретхен Шмельцер назвала складну травму травмою, що повторилася (Repeated Trauma). Пізніше Янофф-Бульман разом із колегами почав активно працювати над концепцією комплексного травматичного розладу, який отримав назву екстремального стресового розладу без додаткових уточнень (Disorder of Extreme Stress Otherwise Specified, DESNOS). На їхню думку, DESNOS виникає в результаті жорстокого, тривалого, часто сексуального насильства в ранньому дитинстві, а також під час тортур чи тривалого перебування у зоні військових дій. Наслідками DESNOS є труднощі регуляції афектів, проблеми міжособистісних відносин, високий ризик розвитку депресивних та тривожних розладів, соматизація симптомів та багато іншого [11, 13]. У численних сучасних дослідженнях поняття “комплексної травми” перетинається з таким поняттями, як інтергенераційна/трансгенераційна травма, кумулятивна травма, травма зради та відносин, травма прихильності, травма розвитку.

Перераховані підходи дозволили сформулювати визначення бойової психічної травми. Бойова психічна травма (БПТ) – це неможливість психологічно та психічно протистояти травмуючим чинникам бойової обстановки, що супроводжується деформацією саморегуляції, базових цінностей військовослужбовця, його дезорієнтацією в собі та навколишньому світі та неможливістю вести бойові дії. Іншими словами, людина не поранена, не контужена, не отруєна, але вести бойові дії не може. За умовами та часом БПТ можна поділити на кілька груп. До першої відносяться БПТ, що виникають у відносно короткий проміжок часу, практично в момент виникнення психотравмуючої ситуації. До другої групи належать БПТ, що розвиваються відносно тривалий час під впливом менш виражених, але постійно діючих чинників. На БПТ людина може відреагувати у двох основних формах: загальмованість та надмірна збудженість. БПТ проявляється на фізіологічному рівні, психічному і поведінковому. Чи призведуть травматичні переживання до бойової травми залежить від багатьох чинників, таких як чинники поля бою, чинники профілактики бойового стресу, керівництва та лідерства, досвід та оцінка бойової обстановки, реакція на бойовий стрес [12, 14, 15]. Також здатність військовослужбовця переносити бойовий стрес залежить від трьох груп чинників та їх взаємодій: біологічних (наприклад, генетична схильність), психологічних (наприклад, стратегії подолання) та міжособистісних (наприклад, соціальна підтримка) [13]. Реакція військовослужбовців на вплив стресорів бойової обстановки залежить від їх значущості для конкретного учасника бойових дій та від особливостей їх копінг-поведінки. Звичайно, ймовірність розвитку хронічних наслідків бойової психічної травми безпосередньо залежить і від тяжкості перенесеного стресового впливу та тривалості перебування в умовах

театру військових дій. Актуальним для українських військовослужбовців, які ведуть бойові дії з 2014 року, є явище “травми, що повторилася”, оскільки значний відсоток ветеранів продовжують служити в армії, навіть після бойових дій, і знову вступають в бойові дії.

Що відбувається, коли травма постійно повторюється? Під час одиначної травми симптоми, за допомогою яких військовослужбовець намагається її подолати, можуть бути тимчасовими. Ці намагання можна назвати захисною реакцією (*defensive state*). У ситуаціях повторюваної травми, стратегія виживання краще описується, як захисна риса особистості (*defensive trait*). У цей час захисна реакція стає головним аспектом особистості військовослужбовця. Продовжуючи жити в світі травми, більшість постраждалих від ПТСР втрачають інтерес до діяльності, яка раніше приносила задоволення, розривають соціальні контакти, емоційно замикаються. Вони, як правило, нервові, дратівливі, мають труднощі зі сном, концентрацією уваги і пам'яттю. Більше того, життя травмованих військовослужбовців обертається навколо травматичного інциденту. Вчені вважають, що постійне вторгнення в їхнє життя образів, що пов'язані з травмою, відображає їх боротьбу за опанування над травматичною подією, шляхом повторення. Їх апатія, замкнутість та емоційна нечутливість, частково відображають спроби уникнення болючих спогадів. Виникає дилема: з одного боку, травмовані військовослужбовці намагаються подолати травматичний досвід, а з іншого – травма продовжує поглинати більшу частину їх інтересів та життєвої енергії. Разом з тим, психічна травма, це і специфічна трансформація особистості військовослужбовця в умовах переживання травматичних подій. Конфронтація з травмою перестає бути дуже руйнуючою і починає включати пошук позитивних змін, що мають місце після кризи, викликані травмою. Цей феномен називають “посттравматичним стресовим зростанням”. На концептуальному рівні в сучасних дослідженнях відбувається зміщення акценту з психопатології бойової травми та ПТСР на стійкість й зростання, особливо в спробах компенсувати негативні наслідки діагностики ПТСР. Цю тенденцію в своїх дослідженнях підтвердили О. Колініченко, В. Осьодло, Д. Зубовський, Figley, Nash.

Той факт, що у більшості військовослужбовців, які зіткнулися з екстремальними бойовими ситуаціями, не розвивалися розлади на кшталт ПТСР, викликав інтерес до феномену стійкості. Ця концепція широко використовується в останні роки в науковому та клінічному світі. Стійкість відноситься до динамічного процесу, що включає позитивну адаптацію до обставин перед значними негараздами. Проте є різне розуміння стійкості. Стійкість можна розглядати як якість, особисту рису, процес і результат. Деякі дослідники розуміють стійкість як багаторазово детермінований процес розвитку, який є фіксованим, інші розглядають стійкість як особистісну властивість. Більш детально даний феномен ми розглянемо в

наступних наших дослідженнях. Тим не менш, надана екстрена психологічна допомога запобігає розвитку травми, ПТСР, дозволяє зберегти здоров'я та професійне довголіття військовослужбовцям. Спеціально для військових були розроблені програми для підтримки психічного здоров'я під час бойового розгортання “Combat Operationa Stress Contro (COSC)” та “Trauma Risk Management (TRiM)”. Наприклад, ізраїльські учені створили модель BASIC Ph, згідно з якою індивідуальне поєднання шести елементів (B – віра й переконання; A – емоції; S – соціальність; I – увага; C – когнітивні стратегії; Ph – фізична активність) характеризує індивідуальну, унікальну для кожної людини стратегію опірності в умовах кризи. Після завершення бойових дій, науковці дійшли висновку, що найефективнішим методом допомоги психотравмованим військовослужбовцям є комплексна медико-психологічна реабілітація. Одним із суттєвих аспектів медико-психологічної реабілітації є психотерапія. Це все про відновлення довіри у постраждалого, пробудження у нього впевненості у власних силах, зміцнення його сили волі, усунення та полегшення його патологічного афективного стану, виправлення його патологічних психічних зв'язків і усунення патологічного самонавіювання [14]. Найшвидші за ефектом методи психотерапії: когнітивна, когнітивно-поведінкова терапія, АРТ-терапія та тілесно орієнтована терапія. Проте, найтриваліший ефект, навіть при відтермінованому зверненні, має логотерапія (Frankl, 1959). Найкращим показником травма-терапії є відновлення здатності того, хто вижив, отримувати задоволення від життя. (The best indices of resolution are the survivor's restored capacity to take pleasure in her life). Цією фразою Юдіт Герман пророкувала те, як має розвиватися травма-терапія у майбутньому. Висновки.

Не дивлячись на численні дослідження, поняття “психічної травми” є і досі актуальним, оскільки є надзвичайно драматичним явищем, яке може трапитись з кожним. З одного боку, травматичний досвід показує нам межі наших можливостей керувати своїм життям, здатність контролювати життєві обставини, а з іншого боку, поняття “психічної травми” є “небезпечним” поняттям, оскільки часто використовується занадто легко і занадто швидко. Не кожна стресова подія є травмуючим досвідом, і не кожна людина, яка зіткнулася з війною, катастрофою чи терором, травмована. Перевищення концепції може створити ризик медикаментизації допомоги ураженим людям та ігнорування їхньої самостійності та адаптаційних навичок. У зв'язку з цим, здатність травмованого військовослужбовця не тільки продовжувати військову службу, а й знову повернутися до звичного способу життя без травми, є надзвичайно нагальним для України. Для збереження психічного здоров'я військовослужбовців мають розроблятися профілактичні підходи до травми та розширюватись впливи різних форм втручання. Це дасть можливість зрозуміти, що допомога при травмах не відбувається без

створення відповідної системи реабілітації, бажання самого військовослужбовця, та залучення в цей процес суспільства в цілому.

Література:

1. Pedersen D. Rethinking Trauma as a Global Challenge. In Trauma and Migration. Cultural Factors in the Diagnosis and Treatment of Traumatized Immigrants. Берлін. 2015. Р. 9-31. DOI: 10.1007/978-3-319-17335-1_2
2. Encyclopedia of Trauma: An Interdisciplinary Guide. Charles R. Figley SAGE Publications, 2012, 904 p.
3. Robicsek, O., Makhoul, B., Klein, E., Brenner, B., Sarig, G. Hypercoagulation in Chronic Post-Traumatic Stress Disorder. IMAJ. Vol. 13. September. 2011.
4. Kardiner A. The traumatic neuroses of war. NY: Paul B. Hoeber, 1941. 258 p.
5. Brewin C. R., Holmes E. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. Clinical Psychology Review. 2003. V. 23. P. 339–376.
6. Janoff-Bulman R. Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma. NY: Free Press, 1992.
7. Van der Kolk, B. The Body Keeps the Score. Brain, Mind and Body in the Healing of Trauma, 2014.
8. Van der Kolk, B., Buczynski, R. Rethinking Trauma. How to Work with the Traumatized Brain. NICABM Webinar Series, 2014.
9. Rolf J. Kleber. Trauma and Public Mental Health: A Focused Review Front. Psychiatry, 25 June 2019 | <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00451>
10. Želimir Pavlina, Zoran Komar and Tomislav Filjak. Ministry of Defence of the Republic of Croatia PSYCHOLOGICAL MODEL OF COMBAT STRESS 36th IAMPS Split, CROATIA 2000.
11. Luxenberg, T., Spinazzola, J., Van der Kolk, B. (2001). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part I: Assessment, Part II: Treatment. Directions in Psychiatry, Vol. 21
12. Solomon Zahava. Combat Stress Reaction: The Enduring Toll of War (Springer Series on Stress and Coping) Series Springer Series ON Stress and Coping Ser. Xvi, 2012, 284 p.
13. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
14. Вінтоняк В.Ф. Особливості організації психологічного консультування військовослужбовців. Вектори соціальної, організаційної та економічної психології [Електронне видання] : тези доп. Міжнар. наук.-практ. конф. (Київ, 25 лютого 2022 року) / за заг. ред. А. А. Мазаракі. Київ: Держ. торг.-екон. ун-т, 2022, 356 с.

ТЕМА 2.

ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ БОЙОВОГО СТРЕСУ, СТРЕС ТА ЙОГО КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ

Поняття стресу та його роль у воєнних конфліктах. Фізіологічні та психічні реакції на стресові ситуації. Клінічні прояви стресу та їх вплив на психічне здоров'я. Адаптація та дезадаптація в умовах військових дій. Психопатологічні наслідки довготривалого стресу.

Військовослужбовці піддаються високому ризику впливу потенційно травматичних подій. Це робить їх «групою ризику», вразливою до психологічних розладів і проблем з психічним здоров'ям, включаючи депресію, насильство в сім'ї, зловживання психоактивними речовинами і посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), які є проблемами для військовослужбовців і загрозою для професійної діяльності.¹ Вплив психічного здоров'я на прийняття рішень особливо важливий з огляду на високотехнологічну, швидкоплинну війну 21-го століття, на полі бою, де майже не залишається місця для помилки. Крім того, багатьом збройним силам доводиться справлятися з дедалі складнішими конфліктами, а кількість солдатів, придатних для виконання цих обов'язків, постійно зменшується. Тому війська повинні функціонувати з максимальною ефективністю, а неефективність, спричинена робочим стресом і проблемами психічного здоров'я, може мати дуже серйозні наслідки.

Потенційна можливість зазнати впливу травматичних стресорів є постійною проблемою для осіб, які обирають військову службу як свою професію. Крім того, додаткові стресові фактори, пов'язані з роботою, такі як тривалість служби або несприятливі умови проживання, можуть посилювати вплив травматичного стресу.

Дослідження показали, що ступінь психологічної травми, отриманої під час виконання службових обов'язків, пропорційно пов'язаний з типом бойових дій.⁶ Одним з несприятливих наслідків травми, отриманої під час війни, є посттравматичний стресовий розлад. Рівень ПТСР у ветеранів бойових дій вимірювався неодноразово і коливається від 15 до 31%. Ці показники перевищують 2-3% поширеності симптомів ПТСР серед населення в цілому.⁹ Однак, зосередження уваги лише на ПТСР може не дати повної картини психологічного дистресу, спричиненого бойовими діями. Симптоми - це не те саме, що розлад, хоча було б нерозумно просто відкидати субдіагностичні симптоми як такі, що не мають значення: вони цілком можуть впливати на якість життя.

Окрім травматичного стресу, пов'язаного з бойовими діями, існує багато інших стресових факторів, пов'язаних з роботою, які суттєво впливають на життя військовослужбовців. Про значний стрес на роботі повідомили 26% військовослужбовців, а ще 15% описали значний емоційний дистрес, пов'язаний з робочими стресовими факторами. Дослідження

показало, що участь у бойових діях, значні втрати та несподівані передислокації корелюють з підвищеним рівнем психологічного дистресу.

Психічні розлади, незалежно від того, чи є вони наслідком травматичних або професійних стресів, мають значний вплив на чисельність особового складу та рівень його утримання. Хоге та ін.¹ провели популяційний аналіз госпіталізацій у військово-медичні заклади США між 1990 і 1999 роками серед військовослужбовців строкової служби. Результати показали, що психічні розлади були основною причиною демобілізації серед чоловіків і другою провідною категорією серед жінок, на яку припадало 13% усіх госпіталізацій. Загалом, 23% усіх ліжко-днів у стаціонарі були пов'язані з психічними розладами.

Г. Сельє зазначав, що «стрес – це і є життя, а його відсутність означає смерть». Однак, важко заперечити той факт, що сучасна людина нерідко зазнає значних стресових впливів, або ж вплив стресу є досить тривалим, що може призводити до негативних наслідків для психіки і здоров'я людини. Стресові навантаження – це повсякденна реальність сучасної людини, зокрема в Україні в умовах війни. Порушення адаптаційних можливостей особистості, неадаптивний копінг (вибір неконструктивних копінг-стратегій), недосконалість механізмів психологічного захисту, відсутність своєчасної допомоги – все це може призводити до довгострокових наслідків хронічного стресу (яким, безумовно, є і війна) для психічного здоров'я населення, серед яких: депресія, тривожні розлади, ПТСР, obsесивно-компульсивні розлади, зловживання психоактивними речовинами, когнітивні та психотичні розлади.

Деякі дослідники зазначають, що велика кількість випадків ПТСР та депресії в осіб, які пережили війну, має серйозні наслідки для відповідних суспільств, адже ментальне здоров'я впливає на повноцінне функціонування особистості в соціумі, зокрема: – ПТСР і депресія можуть мати хронічний перебіг і призвести до значних страждань постраждалих осіб, а також їхніх партнерів і сімей; – розлади, пов'язані з функціональними порушеннями, впливають на ширші міжособистісні стосунки, знижують продуктивність і спричиняють значні загальні витрати на здоров'я; – дослідження вказують на зв'язок між гнівом, на який не відреагували, і ПТСР, що може бути причиною подальшого домашнього насильства, посилити бажання помститися і таким чином підвищити ймовірність майбутніх конфліктів. Війна в Україні є також і колективною травмою для її населення. Поняття психічної травми значно ширше, ніж реакція на стрес, чи ПТСР. Психічна травма може проявлятися на психічному рівні в адикціях (хімічних і нехімічних), дисоціаціях, тривозі та депресіях, паніці, розладах поведінки та харчування, розладах особистості.

Цікаво, що рівень стресу, який відчуває особовий склад, відображає ставлення нації до армії, а також моральний дух підрозділу. Існує припущення, що однією з причин поганого психологічного стану багатьох американських ветеранів В'єтнаму було вороже ставлення багатьох їхніх співвітчизників до війни наприкінці 1960-х і 1970-х років. Існує також і протилежна думка: американські миротворці повідомляли про нижчий рівень

стресу після позитивного досвіду повернення додому. Лабукзвернув увагу на те, як моральний дух в армії корелює з рівнем бойових стресових реакцій; проаналізувавши низку кампаній ізраїльських і британських солдатів, він зазначає: "Видно, що коли бойовий дух є високим, втрати від стресу є низькими, і навпаки".¹⁶ Він стверджує, що згуртованість і підтримка підрозділу є важливими факторами, які визначають бойовий дух і, отже, можуть впливати на психологічний стан військовослужбовців, які служать в підрозділі. Таким чином, коли збройні сили можуть підтримувати високий бойовий дух серед особового складу, ймовірність того, що ці сили зазнають значних втрат через стрес, є нижчою. Прикладом цього є Фолклендська війна, де бойовий дух був високим, а рівень втрат від стресу становив близько 4%. Однак Мальтійська кампанія 1942 року була пов'язана з низьким моральним духом британських військ і, як наслідок, кількість стресових втрат була значною, за оцінками, щонайменше 25% від розгорнутого контингенту. Це могло бути наслідком різних факторів, включаючи погане керівництво, значні фізичні труднощі і фізичні втрати.

Стрес - це багатофакторне складне явище, коли органічні ресурси мобілізуються для боротьби з реальною або уявною загрозою. Реакція на стрес є одним з найбільш важливих філогенетичних механізмів подолання, які дозволили людині успішно адаптуватися до дуже вимогливих і потенційно небезпечних умов.

Внутрішні нейробіологічні механізми, що беруть участь у реакції на стрес, не зазнали значних змін на останніх етапах еволюції людської істоти, в тому числі,

гіпоталамо-гіпофізарно-адренкортикальна вісь та вегетативна нервова система. На відміну від цього, наш соціальний контекст останнім часом різко змінився в еволюційному плані. Як наслідок, ми стикаємося з невідповідністю між адаптивною психофізіологічною реакцією на гострі фізичні стресори та хронічним характером сучасних стресорів. Наприклад, рівень фізичної активності постійно знижувався протягом останніх десятиліть внаслідок останніх технологічних досягнень і сидячого способу життя, тоді як позитивна роль фізичної активності на розлади, пов'язані зі стресом, широко визнана. Більше того, фізичні вправи можуть відігравати роль захисника від старіння мозку та нейродегенерації.

Провідними ланками патогенезу в концепції стресу Г. Сельє вважає три положення:

1. Фізіологічна реакція на стрес не залежить від типу людини (виду тварини), у якої вона виникає. Синдром у відповідь представляє універсальну модель захисних реакцій, спрямованих на захист людини (або тварини) і на збереження цілісності його організму.

2. Захисна реакція при дії стресора, що повторюється, проходить три певні стадії; всі разом ці стадії представляють загальний адаптаційний синдром.

3. Захисна реакція, якщо вона буде сильною і тривалою може перейти в хворобу, так звану хворобу адаптації. Хвороба буде тією ціною, яку організм заплатив за боротьбу із збудниками, що викликали стрес.

Складність розкриття психофізіологічних механізмів стресу пояснюється тим, що в публікаціях Г. Сельє не розглядалася участь нервових механізмів регуляції у формуванні стресу. З цього приводу П. К. Анохін пише: «...Теорія стресу Ганса Сельє, що виключає участь нервової системи в активних реакціях організму на агресора, є недостатньою для пояснення механізму виникнення патологічних станів». Крім того, Г. Сельє побудував загальну схему розвитку стресової реакції, детально вивчивши в ній ендокринну ланку «гіпофіз - кора надниркових залоз». Проте він не проаналізував роль іншої істотної ланки, що бере участь в стресі. Ця ланка, не будучи окремо ні нервовою, ні ендокринною, може бути охарактеризована як єдина нейроендокринна система. Вона є результатом активації ендокринних залоз. Вони є шляхами, по яких реагування на стресори відбувається в останню чергу. Активація кожної залози може взаємно перекриватися ефектами інших залоз. Найчастіше наголошується активація нейроендокринної і ендокринної систем.

Важливе значення для оцінки активації вісей стресу має розроблена Г. Сельє теоретична база, що дає можливість прослідкувати в сукупності роль ендокринних вісей при хронічному стресі. Ця концепція отримала назву «загальний адаптаційний синдром».

Участь у формуванні стресових реакцій нервової регуляції робить актуальними питання про те, як реалізуються при стресі типологічні особливості ЦНС. Відомо, що зниження працездатності при стресі від стомлення (при тривалій одноманітній діяльності) виникає у випробовуваних із слабкою нервовою системою раніше, ніж у осіб з сильною нервовою системою. Разом з тим відсутня абсолютна залежність рівня працездатності при стресі від сили нервової системи. У випадках, коли стресором стає тривале повторення монотонних, одноманітних сигналів, особи з сильною нервовою системою могли бути схильнішими до стресу, ніж випробовувані зі слабкою нервовою системою. Деякі автори, що вивчали вплив типологічних особливостей нервової діяльності на адаптацію до екстремальних умов, підтверджують значення сили збудливого процесу як чинника, що забезпечує стійкість до стресових дій. Ці дослідження показали значення сили збудження (при її відносній перевазі) для адекватних і активних дій випробовуваного в умовах негативної емоційної дії. Проте є досить численні спостереження, результати яких часто свідчать на користь слабких нервових процесів при адаптації.

Основні компоненти механізму загальної адаптації реалізуються шляхом:

- мобілізації енергетичних ресурсів організму для енергетичного забезпечення функцій;

- мобілізації пластичного резерву організму і посилення адаптивного синтезу ензимних і структурних білків;
- мобілізації захисних здібностей організму.

Експериментальні дослідження дали можливість виявити три основні зміни, що розвиваються в організмі при адаптації до стресу:

- адаптивне збільшення потенційної потужності стрес-реалізуючих систем;
- зниження ступеня включення таких систем, тобто зменшення стрес-реакції через повторення стресових ситуацій;
- зниження реактивності нервових центрів і виконавських органів до медіаторів і гормонів стресу;
- їх своєрідна десенситизація.

Доповнюючи загальну картину психофізіологічних механізмів розвитку стресу, потрібно згадати про чотири субсиндроми стресу. Вони, прямуючи один за одним в певному порядку, стають фазами розвитку стресу.

Першим в гранично можливих екстремальних умовах виявляється емоційно-поведінковий субсиндром, потім іде вегетативний (субсиндром превентивно-захисної вегетативної активності). Після них переважно вираженими стають когнітивний (субсиндром зміни розумової активності при стресі) і соціально-психологічний (субсиндром зміни спілкування при стресі). Якщо перші два субсиндроми можна розглядати як прояви етапів адаптаційної активзації щодо низької (у ієрархічному плані) «функціональної системності» організму, то останні два – як обумовлені індивідуальними особистими особливостями людей, що виявляються в екстремальних умовах. Що стосується когнітивного і соціально-психологічного субсиндромів, то їх можливо розглядати як компоненти, а не як фази стресової реакції. Адже формування оцінок і відносин, що визначають розвиток стресу, проходить з участю розумових процесів, а не тільки емоцій.

В умовах екстремальної ситуації в діяльності функціональних підсистем організму здійснюються такі зрушення, що виходять за рамки оптимального функціонування адаптаційної системи. Це і супроводжується переживанням, відчуттям дискомфорту. З яких би позицій (фізіологічних, психофізіологічних, психологічних, біохімічних) не пояснювалися механізми стресу, центральною ланкою все-таки залишаються питання про нервову і ендокринну регуляції стресу. Відповісти на ці питання поки складно, проте дані, отримані при їх вирішенні, дають змогу будувати, хай нескладні, але вселяючі довіру схеми.

Багато в чому розвиток стресової реакції обумовлений природою стресора. Психосоціальна характеристика стресора, його якісні і кількісні особливості, градієнт дії стресора на організм, «валентність» у відношенні до особи не можуть не враховуватися при аналізі механізмів стресу. Природа стресора, як правило, і визначає термінологічну характеристику стресу (емоційного, фізичного, мотиваційного, операційного, інтелектуального,

бойового, акустичного та ін.). Наявність стресора ще не обумовлює розвиток стресової реакції. У багатьох людей до деяких стресорів існує стійкий психосоматичний імунітет, детермінований як фізіологічними, так і соціальними чинниками. Необхідно відзначити, що стійкість, принаймні до деяких стресорів, визначається генетичними агентами. Ще дуже мало відомо про генетичну основу реакції на стрес, генетичну детерміновану стійкість до стресу. Перші дослідження в цій галузі проведені на тваринах. Що стосується неспецифічності і специфічності відповідей під час дії різних стресорів, то, на думку Сельє, будь-який стимул, що викликає адаптаційні реакції організму, володіє специфічними і неспецифічними діями. По-перше, різні стресори можуть розрізнятися тільки за своїми специфічними ефектами і не розрізняються за своїми неспецифічними (стрес) ефектами. Наприклад, холод викликає тремтіння, а спека – виділення поту. Це специфічні ефекти. Вони обидва викликають підвищення активності кори надниркових, що є неспецифічним (стрес) ефектом. Нині багато авторів висловлюють сумнів щодо стереотипності гіпофіз-адреналових відповідей на стресові дії. Вони показують специфічність гормональних реакцій надниркових і багатьох функціональних систем за різних стресових ситуацій. Прикладні аспекти досліджень стресу відрізняються великою різноманітністю. Серед них виділяються два основних напрями – так званого стресу життя і професійного стресу. Кардинальні розробки першого напрямку представлені Г. Сельє. Він, кажучи про стрес життя, під цим поняттям має на увазі психологічний стан людини, що виникає під впливом ситуацій, обумовлених витратами сучасної цивілізації (урбанізації зростаючого темпу повсякденного життя, забруднення довкілля та ін.). Основною метою даного положення є вияв чинників ризику стресогенних психосоматичних захворювань, в основному серцево-судинних.

Психофізіологічне вивчення професійного стресу показало, що в його основі лежить закономірність, що встановлена ще в 1908 році Р. Йерксом і Дж. Додсоном. Вони експериментально довели, що із зростанням активації нервової системи до певного критичного рівня, ефективність діяльності підвищується. Проте при подальшій активації нервової системи, іншими словами, при збільшенні стресогенності чинників, що діють, показники діяльності починають знижуватися. Отже, між враженістю стресу емоційною напруженістю, активізацією нервової системи, з одного боку, і ефективністю робочої діяльності – з іншого, немає однозначної залежності. У подальшому це неодноразово підтверджено і узагальнено у вигляді закону Йеркса-Додсона, що поєднує ефективність діяльності з рівнем неспецифічної адаптації.

На сьогодні маємо обширні психофізіологічні дані про вплив емоційного стресу на професійну діяльність. Огляд цих публікацій, а також аналіз експериментальних даних, що представлені в них, свідчать про фундаментальну їх спільність. Основний сенс результатів досліджень полягає в тому, що при середньому рівні емоційного стресу досягнення людини в

діяльності відносно високі, а при емоційному стресі низького і високого рівнів – можуть бути гіршими і за результати, що показані у звичайних умовах. Отже, низьку працездатність при малій стресогенній активізації можна розглядати як результат малої залученості адаптаційних резервів у процеси «захисту» організму від вимог середовища.

Сенсорна адаптація, відображаючи пристосовані зміни чутливості до подразника, що інтенсивно діє на органи чуття, може виявлятися і в різноманітних ефектах, що суб'єктивно переживаються. Сенсорна адаптація повинна забезпечувати підвищену чутливість в зоні, що є близькою до величини актуального подразника. Виділені закономірності не завжди забезпечують необхідну інформативність при дослідженні складніших і триваліших періодів адаптації людини до нових умов життя і, зокрема, навчання у провідному вищому навчальному закладі. У таких випадках для вивчення тривалості і можливої корекції адаптивних процесів доцільно задіювати більш складні суб'єктивно сформовані психічні утворення (свого роду «суб'єктивні еталони»). До них можна віднести, в першу чергу, особливості сприйняття і суб'єктивної оцінки часових інтервалів: часова перцепція, сприйняття часу або «відчуття часу».

Цінність вимірювання часової перцепції може полягати і в тому, що оцінка ступеня розвитку «відчуття часу» може служити показником адаптованості. Особи, які добре адаптуються, володіють достатньо високим рівнем розвитку перцепції часу, зокрема, поведінкових реакцій передбачуваних партнерів спілкування. Вони вважають за краще позитивно оцінювати осіб, що реагують відразу. Точність часової перцепції (суб'єктивний еталон «відчуття часу») значно порушується в стані нестійкої адаптації і дезадаптації. Так недооцінка часу виявлена в осіб з низьким рівнем особистої тривожності і, навпаки, у дуже неспокійних індивідів виявлена переоцінка часових інтервалів. Люди з середнім балом особистої тривожності виявили найбільшу точність сприйняття і оцінки часу. Це відбивається на професійній діяльності (темп, ритм, стійкість та інше). Більш того, є дослідження, що обґрунтовують просторово-часову організацію особи як найбільш фундаментальна характеристика цілісної психіки.

Так в один і той же час при зростаючих симптомах стресу показники виконання складного завдання можуть знижуватися, а показники простого – зростати. Стрес, що сприяє поліпшенню показників працездатності, розцінюється як стрес без дістресу. Погіршення цих показників при стресі розглядається як прояв дістресу. Крім того оптимальний діапазон діяльності істотно залежить від індивідуального стресового порогу, обумовленого властивостями особи. В осіб з високим порогом чутливості для максимуму успішності необхідна велика інтенсивність стресових дій.

Стадію стресу, що характеризується підвищеною резистентністю (до настання виснаження), поділяють на дві фази: перехресну резистентність і перехресну сенсibiliзацію. У першій, – зазвичай, наголошується на зростанні неспецифічної стійкості і загальному підвищенні стійкості

психічних процесів, поліпшенню працездатності. У другій фазі спостерігається перерозподіл функціональних резервів.

Спостерігається істотне зниження імунної реактивності у спортсменів-лижників, які досягли найвищих результатів під час змагань. За зростанням рівня кортизолу у цих лижників говорили про розвиток стресу. В експериментах з виконання тривалих і надскладних польотів у пілотів на тлі кумуляції стомлення і стресу, що підтверджується значним підвищенням екскреції 17-оксикортикостероїдів, спостерігалось падіння ряду функціональних показників і результатів тестування психічних пізнавальних процесів, але пілотування літака і виконання основних професійних завдань залишалися на високому рівні.

Систематичне експериментальне вивчення тривалого стресу розпочате у зв'язку з підготовкою тривалих космічних польотів. Спочатку дослідження велися з метою визначення меж перенесення людиною тих або інших несприятливих умов. Потім предметом дослідження стали психічні розлади і працездатність людини в екстремальних умовах, проблема групової сумісності та управління психологічними процесами. Ці, а також натурні і лабораторні дослідження, присвячені діяльності людини при тривалому стресі, дають можливість розкрити деякі фізіологічні закономірності працездатності в екстремальних умовах. Що ж до діяльності космонавтів, то під час тривалих польотів на орбітальних станціях і в умовах тривалої стресогенної ізоляції, що моделює тривалий космічний політ, на початку польоту або експерименту, показники виконання простих і складних завдань поліпшуються. Це пояснюється, по-перше, активацією адаптаційних систем (згідно закону Йеркса-Додсона), по-друге, підвищенням тренованості обстежуваних. Потім на 12-13-й день польоту починають проявлятися явища втоми, сонливості, а на 30-й день вони стають більш вираженими. В умовах вираженого стресу сигнали готовності до можливих аварійних ситуацій, якщо вони не підкріплюються реальним виникненням аварії, починають гальмуватись.

Чіткіше виявляється неузгодження між ритмом сну і неспання як за годинниковою стрілкою (до 10 годин), так і проти неї (до 11 годин), що призводить до значних помилок в пілотуванні. Під час висадки на Місяць експедиції з космічного корабля «Аполлон-15» значне порушення добового ритму призвело до вираженої втоми астронавтів і змусило їх працювати на межі фізіологічних і психологічних резервів аж до моменту повернення в командний модуль. Приблизно через місяць-півтора спільних польотів, як відзначають більшість космонавтів, починає проявлятися проблема психологічної сумісності членів екіпажу. Іншими словами, тривала групова ізоляція за певних обставин може виступати як психогенний чинник екстремальних умов.

Діяльність, що вимагає самостійних вольових зусиль, мала виразну тенденцію погіршуватися при тривалому стресі без поліпшення в період очікування кінця дії стресогенних чинників. Цей факт ілюструє феномен

«екстерналізації» особи зі зниженням здібності до самостійного виходу з ситуації дістресу при тривалій стресовій монотонії. Рідше в аналогічних умовах може активізуватися волевов активність, що призводить до «вибухового» посилення діяльності людини за 2-3 доби до закінчення космічного польоту, тобто на завершальному етапі.

Емоційна напруженість, викликана очікуванням завершення польоту або тривалого експерименту, виразно виявляється у вегетативних реакціях, біохімічних зрушеннях, руховій активності, порушеннях сну і низки психофізіологічних показників (часові проби, робота на тренажері та ін.). Фізіологічні і психофізіологічні дослідження тривалого стресу дають змогу виділити на першій стадії стресу, стадії мобілізації адаптаційних резервів («стадії тривоги»), три періоди адаптації до стійких стресогенних дій.

Перший період – активізація адаптаційних форм реагування за рахунок мобілізації в основному «поверхневих» резервів. Його тривалість при максимальній суб'єктивній перенесеній екстремальності стресора обчислюється хвилинами, годинами. Перший період стресу у більшості людей відрізняється стеничними емоціями і підвищенням працездатності.

Другий період характеризується початком дії наявних в організмі «програм» перебудови існуючої «функціональної системності» і становленням її нової форми, адекватної екстремальній вимозі середовища. Тривалість цього періоду складає близько 11 діб. Для нього характерний безболісний стан людини із зниженням працездатності. Проте висока мотивація стресу в цьому періоді може підтримувати достатньо високу працездатність людини і, більше того, за рахунок тимчасової «надмобілізації» резервів, зокрема гіпофіз-адреналової системи, – припиняти несприятливі прояви другого періоду.

Третій період – нестійка адаптація. Виявляється у вкрай несприятливих для людини умовах. Його тривалість варіює від 20 до 60 діб.

Аналізуючи проблему стресу, що пов'язаний з трудовою діяльністю, можна відмітити тісний зв'язок цього стану із втомою і перевтомою. Стрес і втома служать основними «мішенями» фармакологічної корекції та інших способів регулюючих дій. Як стрес, так і втома вимагають у подальшому відпочинку, а при особливій вираженості обох станів – і реабілітаційних заходів. Вони обидва певною мірою дезадаптивні і позначають динамічний розлад індивіда з середовищем. Разом з тим, з фізіологічної точки зору, втома – це стан організму, викликаний розумовою або фізичною роботою, при якому тимчасово знижується працездатність, змінюються функції організму і з'являється суб'єктивне відчуття – втома. Стомленість, за своєю біологічною суттю є нормальним фізіологічним процесом, що виконує певну захисну роль в організмі, оберігає його окремі фізіологічні системи і органи від надмірної перенапруги і можливого пошкодження. Цей бік стомленості є фізіологічно вигідним. Інший, що призводить до зниження працездатності, неекономного витрачання енергії і зменшення функціональних резервів організму, –

невигідним. Останнє, а саме, зменшення рівня функціональних резервів при стомленості є відмінністю між станом стресу і втомою.

Отже, в стані втоми рівень функціональних резервів в тій чи іншій мірі знижений, в стані стресу відбувається гіпермобілізація резервів. Саме у фізіологічних резервах організму, в їх мобілізації і виснаженні знаходиться ключ до виконання конкретних фізіолого-гігієнічних практичних завдань, що пов'язані із забезпеченням роботи людини під час дії на нього екстремальних чинників. У зв'язку з цим стає переконливим припущення розглядати втому як реакцію, що генералізує, на стрес. При розгляді концепції втоми і стресу звертає на себе увагу і те, що стомленість, як правило, виникає в результаті напруженої або тривалої діяльності, тоді як виникнення стресу не завжди з цим пов'язане. Стрес може розвинути на початковій фазі роботи, а також в період підготовки до неї (антиципіруючий стрес, передстартовий стан), тобто спрямованість причинно-наслідкового зв'язку від стресу до стомленості вірогідніша, ніж протилежна.

Управління як травматичним, так і професійним стресом виявилось складною і суперечливою темою як у цивільному, так і у військовому середовищі. Зокрема, військові є складним середовищем для надання будь-якої медичної та психологічної допомоги. Під час операцій існують численні фізичні перешкоди для надання допомоги, такі як логістичні обмеження, складний рельєф місцевості, значна розосередженість особового складу, обмежена кількість лікарів і ворожість до сторонніх. Цей розділ не претендує на вичерпність, а радше має на меті окреслити деякі ключові особливості лікування стресу, зокрема, лікування на передовій, одноразові психологічні дебрифінги та програми втручання.

Найбільш поширеним методом лікування бойових стресових реакцій на полі бою є лікування на фронті. Відомо, що чим далі в тил від поля бою евакуюють постраждалого від стресу, тим менша ймовірність того, що він успішно пройде лікування і повернеться до бою. Лікування здійснюється відповідно до трьох основних принципів (PIE):

- proximity- близькість: у зоні бойових дій або якомога ближче до неї;
- immediacy- негайність: якомога швидше після отримання травми;
- expectancy- очікування: солдат повернеться до свого підрозділу і повернеться до виконання своїх колишніх обов'язків. Таке лікування вважається швидким і в багатьох випадках успішним.

Потужні зусилля, спрямовані на подолання стигматизуючих переконань, повинні бути постійними і підходити до проблеми з кількох напрямків з усім набором "протесту", "освіти" і "контакту". Британський Королівський коледж психіатрів провів широкомасштабну антистигматичну кампанію серед лікарів, дітей і підлітків, на робочих місцях, у ЗМІ та серед широкої громадськості. Результати 5-річної програми були в кращому випадку скромними і "включали в себе невелике, але іноді значне зменшення негативних думок щодо труднощів у спілкуванні/співпереживанні". Довгострокові антистигматичні програми, які враховують військову культуру,

мають вирішувати питання, як зменшити організаційні бар'єри, які можуть виникнути через взаємодопомогу і підтримку з боку колег, щоб люди відчували, що можуть звернутися за допомогою за межами своєї безпосередньої громади. Можливо, потрібні організаційні політики і програми, прийнятні як для фахівців у сфері психічного здоров'я, так і для тих, хто обіймає командні посади, спрямовані на підтримку солдатів в отриманні допомоги з питань психічного здоров'я.

Література:

1. [Психофізіологічні механізми стресу-> Стаття -> Збірник «Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами» \(uu.edu.ua\)](#)
2. [Culture: What Is Its Effect on Stress in the Military? | Military Medicine | Oxford Academic \(oup.com\)](#)
3. [\(PDF\) Editorial: Psychophysiology of Stress \(researchgate.net\)](#)

ТЕМА 3.

ФІЗІОЛОГІЧНІ ТА БІОХІМІЧНІ АСПЕКТИ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ. ВПЛИВ БОЙОВОЇ ТРАВМИ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ

Фізіологічні механізми виникнення психічної травми. Вплив стресових гормонів на нервову систему. Біохімічні зміни в організмі в умовах стресу. Психофізіологічні дослідження та їх результати. Взаємозв'язок між психічними та когнітивними порушеннями.

В умовах війни військовослужбовці стикаються не тільки в фізичними травмами та пораненнями. Так звана **бойова психологічна травма (БПТ)** — це дуже поширене явище, з яким зіткнулось чимало людей із тих, які воюють у гарячих точках. Вона характеризується вираженням розладом психіки, що виникає в результаті чинників бойової обстановки. Подібний стан вимагає своєчасного надання кваліфікованої психологічної допомоги, а також правильної діагностики, адже його нерідко плутають із контузією та травмами, що мають соматичну причину.

Вперше психологічні особливості військових зацікавили вченого Якоба Мендеса да Коста, який описував психосоматичні порушення в учасників громадянської війни у США. Один із розладів він описав як “солдатське серце”. І хоча в описі значна увага приділялась кардіологічним симптомам, все ж дана патологія багато в чому нагадувала БПТ. А от сам термін вперше з'явився під час Першої Світової Війни, яка стала найбільш смертоносною, порівняно з попередніми війнами. Його автором став британський психіатр Чарльз Майерс. В оригіналі даний термін звучав як “shellshock” — в дослівному перекладі “снарядний шок”.

Під час Другої Світової Війни вивчення подібних розладів продовжилось, і в обіг увійшов термін “невроз воєнного часу”. А уже в 1952 р. цю хворобу офіційно визнало Американське психіатричне товариство та включило її у класифікацію DSM 2 як “реакцію на сильний емоційний і фізичний стрес”.

На сьогодні “психічна травма” є дуже поширеним поняттям, яке використовується у сучасному науковому обігу, особливо у сфері військової психології та охорони психічного здоров'я. В межах психоаналітичного підходу поняття “психічна травма” було запроваджено З.Фройдом та систематизовано у дослідженнях А. Кардінера, М. Горовіца, що назвали це явище “воєнним неврозом”, “хронічним воєнним неврозом”. У когнітивній психології, бойова психічна травма розглядається, як руйнування базових когнітивних схем та переконань особистості (Bartlett, Horowitz, Brewin, Holmes, Janoff-Bulman). Розмаїтим аспектам загального спектру психічної травми присвячено праці Джеймі Меріка, Гретхен Шмельцер, Бессела ван дер Колка. Вченими визначено поняття складної бойової психічної травми, її вплив на функціонування військовослужбовців в бою та подальші наслідки травматизації (Judith

Herman, Гретхен Шмельцер). Проаналізовано чинники, що впливають на формування бойової психічної травми (Želimir, Komar, Brewin, Solomon, Cardeña, Carlson, Yehuda).

Слово “травматичний” (травмівний) вперше зустрічається у виданні Оксфордського словника 1656 року, де травма визначається як термін, “який можна віднести до ран та їх зцілення” (все що стосується фізичних ран або лікування ран). Тільки в кінці XIX століття цей термін став використовуватися для позначення психологічного стресу і шкоди, що розвивається внаслідок насилля і втрат. У загальному розумінні травма визначається як раптовий потенційно смертельний досвід, який часто залишає тривалі тривожні спогади.

Події, які можна розглядати як потенційно травмуючі інциденти, включають широкий спектр навмисних та ненавмисних насильницьких дій (актів насильства), таких як образа, фізичне або сексуальне насильство, аварії, природні та біотехнологічні катастрофи, викрадення та захоплення в заручники, смертельні захворювання, каліцтво, війни та терористичні напади, катування, позбавлення волі тощо. Всі ці різноманітні події поєднуються під спільним знаменником “травма” або “психотравма”, незважаючи на те, що кожне з них має власне значення та причинні атрибути страждань. Травматичні події відрізняються одна від одної за характером, частотою та тривалістю загрози, її особистою значимістю, яка може змінюватися з часом. Тим не менше, травма, травматичний стрес (traumatic stress), крім складних психологічних проявів на нейробіологічному рівні, є неспецифічною реакцією нашого організму на різні травматичні події. Проте, травма – це не просто подія в певному місці. Це тристоронній процес, що проявляється у фізичних, психологічних та соціальних наслідках. Те, які будуть фізичні, психологічні та соціальні симптоми і захворювання залежить і від багатьох чинників, таких як вразливість, стійкість, які адаптивні і дезадаптивні реакції проявлялися в травматичних ситуаціях і які травматичні спогади залишилися. Травма також має вимір часу та соціального простору. І нарешті, травма має духовний вимір. Страждання, які вона завдає, варіюються від фізичного до екзистенційного болю. А це може порушити уявлення про мораль, цінності, принципи, ідентичність, переконання, ідеали.

Травма – це термін, який позначає, в першу чергу, фізичне ушкодження, рану. Справа в тому, що на стрес високої інтенсивності, коли небезпека загрожує життю людини, наш організм реагує як на загрозу фізичного ушкодження. Наприклад, загальновідомо, що при гострому стресі протромбіновий індекс (індекс коагуляції) крові значно збільшується. Це один із компонентів мимовільної, неспецифічної реакції нашого організму, яка покликана мінімізувати можливу крововтрату. Виявляється, що підвищення індексу коагуляції відбувається не лише при гострому стресі, але й під час хронічного посттравматичного стресового розладу (Post-Traumatic Stress Disorders, PTSD).

Початкове уявлення про психічну травму формувалися у рамках психодинамічної парадигми. В роботі З. Фрейда “По той бік задоволення” було запропоновано енергетичну концепцію травми. З.Фрейд писав, що “травматичний вплив на психіку може спричинити будь-яка подія, що викликає болісне почуття жаху, страху, сорому, втрати, душевний біль. Від чутливості потерпілого залежить ймовірність того, що ця подія набуває характеру травми” [4]. Відкриття психоаналізу дають можливість поглянути на травматичні військові неврози з погляду їх каузальності, тобто виявити причинно-наслідкові зв’язки – “витіснення, що лежить в основі будь-якого неврозу”.

У 1941 році, в одному із перших систематизованих досліджень, А. Кардінер назвав це явище “хронічним воєнним неврозом”. Ним вперше було дано комплексну характеристику симптоматики: 1) збудливість і подразливість; 2) нестримний тип реагування на раптові подразники; 3) фіксація на обставинах травмуючої події; 4) уникнення реальності; 5) схильність до неконтрольованих агресивних реакцій [5]. Після війни у В’єтнамі на зміну концепції “воєнного неврозу” в сучасну психіатрію до 1980 року увійшло поняття “посттравматичний стресовий розлад” (ПТСР), яке було включено в DSM–III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – класифікаційний психіатричний стандарт Американської психіатричної асоціації. У 1995 році ПТСР було введено в десятку редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКБ-10. Згідно даної класифікації ПТСР визнано найбільш поширеною і помітною формою пост бойової патології. Когнітивні концепції психічної травми сягають теорії стресу Р.Лазаруса та роботам А.Бека. В залежності від оцінки стресової ситуації та вторинного оцінювання (оцінка індивідом власних ресурсів самоконтролю у цій ситуації) формується тип копінг-стратегії: проблемно-фокусований (дії, які спрямовані на подолання стресової ситуації) та емоційно-фокусований (дії, спрямовані на поліпшення емоційного стану). Психічна травма в когнітивній психології розглядається як руйнування базових когнітивних схем або базових переконань.

Когнітивні схеми використовуються як пояснювальний конструкт, детермінуючий процес пізнання суб’єктом навколишнього середовища та образ власного Я в свідомості особистості. М. Горовіц був першим, хто описав вплив травми на систему глибинних уявлень людини про своє Я, світ і майбутнє і показав, що процес лікування відбувається через зміну когнітивних структур. Проте найповніше вплив травми на систему переконань індивіда представлено у роботах Роні Янофф-Бульмана, які були створені на основі когнітивно-експерієнціальної теорії Епштейна. Згідно Янофф-Бульмана, структура базисних переконань включає імпліцитні переконання особистості про доброзичливість та справедливість навколишнього світу, про контрольованість (люди можуть контролювати те, що з ними відбувається), цінності та значимості

власного Я. Перелічені переконання виступають для людини певними орієнтирами, точками опори, роблячи світ зрозумілим [7]. В бойовій обстановці всі перелічені цінності можуть бути відразу зруйновані. Якщо військовослужбовець не отримує психологічної підтримки від оточуючих, то він залишається без опори і повністю втрачає здатність орієнтуватися у світі, обстановці, самому собі. І що найважливіше, чим більш “гуманістичними” для військовослужбовця здавалися його базові цінності, тим більш драматичнішим відбувається їх руйнування. Військовослужбовець відчуває себе безпорадним. Стан безпорадності може привести до так званої психічної поразки (mental defeat) – стан в якому військовослужбовець втрачає здатність підтримувати в собі віру в силу волі, відчуває себе “не живим”, зламаним, для якого все одно живий він чи ні. Поведінковий підхід опирається на двофакторну модель психічної травматизації, яка розглядає психотравму з позицій класичного та оперантного обумовлення.

Класичне обумовлення проявляється у виникненні почуття страху у жертви травматичних подій у відповіді на будь-які зовнішні стимули, які схожі з травматичною подією.

Оперантне обумовлення виражається у вимкненні суб’єктом усіх стимулів, які викликають цей страх. Травма є більш широким поняттям, ніж гострий стресовий (Acute Stress Disorder, ASD) або посттравматичний стресовий розлад (PTSD).

Для більш глибокого розуміння сутності травми можна використовувати поняття “спектр травми” (spectre of trauma), який містить безліч проблем, викликаних травмою: починаючи від побутової мікро-травми, закінчуючи складною травмою, важкою залежністю (адикцією) і дисоціативними розладами. Незважаючи на те, що ці психічні розлади нібито відносяться до різних регістрів, якщо їх походження травматичне по своїй природі, тобто пов’язано з травмою (trauma-related), всі вони характеризуються загальними універсальними маркерами, що відрізняють їх від психічних розладів нетравматичного походження. Ці унікальні ознаки зумовлені нейробіологією травмованого мозку, які описав у своїх дослідженнях Бессел Ван дер Колк (Van der Kolk). Він виділив три основні ознаки, що вказують на відмінності травмованого мозку від здорового. Перша – це вища система сприйняття загрози (threat perception system), за яку відповідає когнітивна частина мозку (мигдалеподібне тіло), яка підтримує порядок у нашому тілі.

Друга – це система фільтрації (filtering system), яка контролює і фільтрує сенсорну інформацію (здатність зосереджуватися на важливій інформації і переносити менш важливу на задній план). І третя, так звана система самовідчуття (selfsensing system), яка розташована в проміжних структурах мозку: (anterior cingulate cortex, vmPFC and insula). Справа в тому, що ці структури мозку, крім негативних відчуттів, відповідають за весь спектр відчуттів, що складає основу нашої самосвідомості. І коли

людина намагається “вимкнути” нестерпні відчуття, придушити і притупити почуття, викликати оніміння (numbing), вона позбавляє себе здатності почуватися живою. Як не парадоксально це звучить, але травмовані військовослужбовці відчують себе повністю живими тільки тоді, коли вони знову в екстремальних умовах (бойових умовах). Незважаючи на те, що вони можуть ненавидіти те, що вони пережили, водночас, у них з’являється природне прагнення до аналогічних ситуацій. Травмований військовослужбовець, як правило, відчуває заціпеніння, застигання, оніміння і не може насолоджуватися життям і відчуває себе живим тільки тоді, коли виявляється у ситуації, що викликала цей жах. Цей феномен називається травматичним переграванням (traumatic re-enactment).

Термін “складна травма” запропонувала в 1992 Юдіт Герман у своїй відомій книзі “Травма та відновлення. Наслідки насильства – від сімейного (домашнього) насильства до політичного терору”. Гретхен Шмельцер назвала складну травму травмою, що повторилася (Repeated Trauma). Пізніше Янофф-Бульман разом із колегами почав активно працювати над концепцією комплексного травматичного розладу, який отримав назву екстремального стресового розладу без додаткових уточнень (Disorder of Extreme Stress Otherwise Specified, DESNOS). На їхню думку, DESNOS виникає в результаті жорстокого, тривалого, часто сексуального насильства в ранньому дитинстві, а також під час тортур чи тривалого перебування у зоні військових дій. Наслідками DESNOS є труднощі регуляції афектів, проблеми міжособистісних відносин, високий ризик розвитку депресивних та тривожних розладів, соматизація симптомів та багато іншого. У численних сучасних дослідженнях поняття “комплексної травми” перетинається з таким поняттями, як інтергенераційна/трансгенераційна травма, кумулятивна травма, травма зради та відносин, травма прихильності, травма розвитку. Перераховані підходи дозволили нам сформулювати визначення бойової психічної травми.

Бойова психічна травма (БПТ) – це неможливість психологічно та психічно протистояти травмуючим чинникам бойової обстановки, що супроводжується деформацією саморегуляції, базових цінностей військовослужбовця, його дезорієнтацією в собі та навколишньому світі та неможливістю вести бойові дії. Іншими словами, людина не поранена, не контужена, не отруєна, але вести бойові дії не може. За умовами та часом БПТ можна поділити на кілька груп. До першої відносяться БПТ, що виникають у відносно короткий проміжок часу, практично в момент виникнення психотравмуючої ситуації. До другої групи належать БПТ, що розвиваються відносно тривалий час під впливом менш виражених, але постійно діючих чинників.

На БПТ людина може відреагувати у двох основних формах: загальмованість та надмірна збудженість. БПТ проявляється на

фізіологічному рівні, психічному і поведінковому. Чи призведуть травматичні переживання до бойової травми залежить від багатьох чинників, таких як чинники поля бою, чинники профілактики бойового стресу, керівництва та лідерства, досвід та оцінка бойової обстановки, реакція на бойовий стрес. Також здатність військовослужбовця переносити бойовий стрес залежить від трьох груп чинників та їх взаємодій: біологічних (наприклад, генетична схильність), психологічних (наприклад, стратегії подолання) та міжособистісних (наприклад, соціальна підтримка). Реакція військовослужбовців на вплив стресорів бойової обстановки залежить від їх значущості для конкретного учасника бойових дій та від особливостей їх копінг-поведінки. Звичайно, ймовірність розвитку хронічних наслідків бойової психічної травми безпосередньо залежить і від тяжкості перенесеного стресового впливу та тривалості перебування в умовах театру військових дій. Актуальним для українських військовослужбовців, які ведуть бойові дії з 2014 року, є явище “травми, що повторилася”, оскільки значний відсоток ветеранів продовжують служити в армії, навіть після бойових дій, і знову вступають в бойові дії. Що відбувається, коли травма постійно повторюється? Під час одиначної травми симптоми, за допомогою яких військовослужбовець намагається її подолати, можуть бути тимчасовими. Ці намагання можна назвати захисною реакцією (defensive state).

У ситуаціях повторюваної травми, стратегія виживання краще описується, як захисна риса особистості (defensive trait). У цей час захисна реакція стає головним аспектом особистості військовослужбовця. Продовжуючи жити в світі травми, більшість постраждалих від ПТСР втрачають інтерес до діяльності, яка раніше приносила задоволення, розривають соціальні контакти, емоційно замикаються. Вони, як правило, нервові, дратівливі, мають труднощі зі сном, концентрацією уваги і пам'яттю. Більше того, життя травмованих військовослужбовців обертається навколо травматичного інциденту. Вчені вважають, що постійне вторгнення в їхнє життя образів, що пов'язані з травмою, відображає їх боротьбу за опанування над травматичною подією, шляхом повторення. Їх апатія, замкнутість та емоційна нечутливість, частково відображають спроби уникнення болючих спогадів. Виникає дилема: з одного боку, травмовані військовослужбовці намагаються подолати травматичний досвід, а з іншого – травма продовжує поглинати більшу частину їх інтересів та життєвої енергії.

Разом з тим, психічна травма, це і специфічна трансформація особистості військовослужбовця в умовах переживання травматичних подій. Конфронтація з травмою перестає бути дуже руйнуючою і починає включати пошук позитивних змін, що мають місце після кризи, викликаної травмою. Цей феномен називають “посттравматичним стресовим зростанням”. На концептуальному рівні в сучасних дослідженнях відбувається зміщення акценту з психопатології бойової

травми та ПТСР на стійкість й зростання, особливо в спробах компенсувати негативні наслідки діагностики ПТСР.

Той факт, що у більшості військовослужбовців, які зіткнулися з екстремальними бойовими ситуаціями, не розвивалися розлади на кшталт ПТСР, викликав інтерес до феномену стійкості. Ця концепція широко використовується в останні роки в науковому та клінічному світі. Стійкість відноситься до динамічного процесу, що включає позитивну адаптацію до обставин перед значними негараздами. Проте є різне розуміння стійкості. Стійкість можна розглядати як якість, особисту рису, процес і результат. Деякі дослідники розуміють стійкість як багаторазово детермінований процес розвитку, який є фіксованим, інші розглядають стійкість як особистісну властивість. Більш детально даний феномен ми розглянемо в наступних наших дослідженнях. Тим не менш, надана екстрена психологічна допомога запобігає розвитку травми, ПТСР, дозволяє зберегти здоров'я та професійне довголіття військовослужбовцям.

Спеціально для військових були розроблені програми для підтримки психічного здоров'я під час бойового розгортання “Combat Operational Stress Control (COSC)” та “Trauma Risk Management (TRiM)”. Наприклад, ізраїльські учені створили модель BASIC Ph, згідно з якою індивідуальне поєднання шести елементів (B – віра й переконання; A – емоції; S – соціальність; I – уява; C – когнітивні стратегії; Ph – фізична активність) характеризує індивідуальну, унікальну для кожної людини стратегію опірності в умовах кризи. Після завершення бойових дій, науковці дійшли висновку, що найефективнішим методом допомоги психотравмованим військовослужбовцям є комплексна медико-психологічна реабілітація. Одним із суттєвих аспектів медико-психологічної реабілітації є психотерапія. Це все про відновлення довіри у постраждалого, пробудження у нього впевненості у власних силах, зміцнення його сили волі, усунення та полегшення його патологічного афективного стану, виправлення його патологічних психічних зв'язків і усунення патологічного самонавіювання. Найшвидші за ефектом методи психотерапії: когнітивна, когнітивно-поведінкова терапія, АРТ-терапія та тілесно орієнтована терапія. Проте, найтриваліший ефект, навіть при відтермінованому зверненні, має логотерапія.

Найкращим показником травма-терапії є відновлення здатності того, хто вижив, отримувати задоволення від життя. (The best indices of resolution are the survivor's restored capacity to take pleasure in her life). Цією фразою Юдіт Герман пророкувала те, як має розвиватися травма-терапія у майбутньому.

Не дивлячись на численні дослідження, поняття “психічної травми” є і досі актуальним, оскільки є надзвичайно драматичним явищем, яке може трапитись з кожним. З одного боку, травматичний досвід показує нам межі наших можливостей керувати своїм життям, здатність контролювати життєві обставини, а з іншого боку, поняття “психічної травми” є “небезпечним” поняттям, оскільки часто використовується занадто легко і

занадто швидко. Не кожна стресова подія є травмуючим досвідом, і не кожна людина, яка зіткнулася з війною, катастрофою чи терором, травмована. Перевищення концепції може створити ризик медикаментизації допомоги ураженим людям та ігнорування їхньої самостійності та адаптаційних навичок. У зв'язку з цим, здатність травмованого військовослужбовця не тільки продовжувати військову службу, а й знову повернутися до звичного способу життя без травми, є надзвичайно нагальним для України. Для збереження психічного здоров'я військовослужбовців мають розроблятися профілактичні підходи до травми та розширюватись впливи різних форм втручання. Це дасть можливість зрозуміти, що допомога при травмах не відбувається без створення відповідної системи реабілітації, бажання самого військовослужбовця, та залучення в цей процес суспільства в цілому.

Література:

1. [Бойові психологічні травми - Ресурсна психологія та психотерапія \(arpp.com.ua\)](http://arpp.com.ua)
2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ. Вінтоняк В.Ф. Рибчук О.О., Недвига О.В. Питання психології. Вісник Національного університету оборони України 4 (68) /2022

ТЕМА 4.

ТИПИ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ. ДІАГНОСТИКА БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ.

Класифікація бойових психічних травм за типами. Особливості діагностики посттравматичних розладів. Інструменти та методи оцінки психічного стану ветеранів. Психологічні та психіатричні підходи до діагностики. Критерії віднесення до категорій посттравматичних стресових розладів.

До психічних станів, які негативно впливають на виконання різних видів діяльності, найчастіше відносять стрес, нервово-психічна напругу, стомлення, депресію, тривогу та ін. У сучасній екстремальній психології чинники військово-професійної діяльності, які можуть викликати негативні психічні стани, прийнято поділяти на специфічні і неспецифічні. До першої групи відносять: ситуації, що загрожують життю і фізичній цілісності військовослужбовців; поранення, контузії, травми, каліцтва; загибель близьких людей і товаришів по службі; жахливі картини смерті і людських мук; події, у результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовця. До другої групи відносяться такі стресори: підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя; тривала напружена діяльність; тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб; різкі і несподівані зміни умов служби і життєдіяльності; важкі екологічні умови життєдіяльності; відсутність контактів з близькими; неможливість змінити умови свого існування; інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти; підвищена відповідальність за свої дії; потенційна можливість фізичних і моральних страждань заради досягнення цілей, неясних для військовослужбовця. У дослідженнях було встановлено, що вияв негативних психічних станів у військовослужбовців, які готувалися до відправки в зону АТО, у першу чергу, відобразився у порівняному зниженні показників самооцінки психофізіологічного стану («самопочуття» та «активності»). Як показала діагностика військовослужбовців відразу після повернення із зони бойових дій, різні негативні психічні стани в них починають виявлятися асинхронно. Зокрема, депресивні тенденції, підвищення тривожності, зниження рівня самооцінки різних параметрів психофізіологічного стану ще не набули відчутного прояву. Однак, у цих дослідженнях брали участь військовослужбовці, які бойових психічних травм не зазнали.

Бойову психічну травму (БПТ) розуміють як патологічний стан ЦНС, сформований в результаті бойового стресу, який перевищує адаптаційний потенціал конкретної особистості, і утворює *pathos* бойової психічної патології. Сутність БПТ полягає у включенні патофізіологічних механізмів регуляції гомеостазу, накопиченні морфологічних змін в структурах ЦНС, наростанні специфічної особистісної дисгармонії і готовності до психопатологічного синдромуутворювання. Пов'язані з БПТ функціональні

порушення (бойові стресові розлади) включають широкий спектр станів дезінтеграції психічної діяльності – від короткочасних дезадаптивних реакцій предпатологічного, предсіндромального регістру до стійких хворобливих процесів.

- У розвитку БПТ виділяють: - гостру реакцію на стрес;
- посттравматичний стресовий розлад – ПТСР;
- хронічну зміну особистості після переживання катастрофи.

Вважається, що основною та безпосередньою причиною виникнення психічної травми є відчуття сильної небезпеки, яка несе пряму загрозу для життя та здоров'я людини, яка перебуває на полі бою. Тому найчастіше її діагностують у тих, хто тривалий час перебуває “на нулі”, не пройшов відповідну психічну підготовку, має підвищену відповідальність, змушений швидко приймати рішення навіть при відсутності необхідної для цього інформації.

Психологічні фактори виникнення бойової психічної травми підсилюються також фізичними факторами. Мова йде про сильну втому (бойова втома), відсутність хоча б мінімального відпочинку, порушення режиму сну, відсутність нормального харчування. Певний вплив мають і умови бойової діяльності, що спричиняють бойовий стрес. Наприклад, якщо військовий виконує невласиві для нього функції або на виконання бойових завдань впливає клімат, особливості місцевості та особисті проблеми.

Симптоматика БПТ може дещо відрізнитись, адже саме порушення буває двох типів:

- **Психотравма**, що виникла безпосередньо без час травмуючої ситуації. В даному випадку йдеться про гострий стан. Військовий може впасти у ступор та практично не реагувати на зовнішні подразники. При цьому такий стан потрібно відрізнити, наприклад, від звичайної розгубленості. При останній людина може оговтатись від ляпасу чи холодної води. А от при БПТ такі методи використовувати не варто, адже вони можуть лише погіршити стан людини. Іншим варіантом реакції на БПТ є надмірна збудженість, коли військовий починає метушитись, кричати, може кидатись на оточуючих. В особливо важких клінічних випадках можуть з'явитись проблеми із зором, слухом чи координацією.

- БПТ, яка розвинулась поступово на протязі певного часу під впливом регулярно повторюваних факторів. У цьому випадку її розпізнати важче, адже стан людини погіршується поступово. Військовий стає биль похмурий, агресивний до оточуючих, часто закривається в собі.

Оскільки клініка БПТ буває різною, то основне завдання по розпізнаванню цього стану падає на командира. Він повинен вчасно помітити проблему у свого бійця та евакуювати його з поля бою для надання необхідної допомоги. Тому варто звертати увагу і на деякі фізичні ознаки, характерні для БПТ. Наприклад, діарею, часте сечовипускання, бліде обличчя. Відомим симптомом є також так званий “погляд на тисячу ярдів”, названий так американськими психологами. Він дуже кидається в очі,

оскільки виглядає відчуженим та порожнім. Крім того, є ще “бойова посмішка”, яка з’являється на обличчі, як одна із форм пасивної агресії.

Класифікація бойових психотравм

БПТ розрізняють в першу чергу за вираженістю симптоматики. Згідно даного критерію є три ступені:

- легка форма: людина страждає від мігрені, в неї погіршується апетит, з’являється підвищена стомлюваність;
- середня форма: характеризується істеричною поведінкою, агресивністю, страхом, відчуттям дереалізації, невротичністю;
- тяжка форма: серйозні розлади слуху, зору, координації та виражені зміни в психоемоційному стані.

Також слід пам’ятати, що сучасна психіатрія розглядає БПТ як один із різновидів посттравматичного стресового розладу.

У комбатантів спостерігаються порушення в сексуальній сфері, що характеризуються зверненням до аномальних і неприйнятних норм, така сексуальна активність часто є образливою як для партнерів, так і для самих комбатантів, і може призвести до сексуального насильства. Особиста схильність до встановлення стосунків та отримання задоволення від статевого акту пошкоджується на різних рівнях, а іноді й гальмується. Ці порушення обумовлені інтенсивністю прояву симптомів ПТСР і можуть бути частиною інших симптомів ПТСР, пов’язаних з бойовими діями, таких як імпульсивність, агресія та інші. Низькі показники ПТСР вказують на те, що учасники бойових дій схильні до зниження заборон у сексуальній активності та помірної схильності до сексуального насильства, але ці тенденції гіперкомпенсуються здатністю до встановлення зрілих чуттєвих стосунків та розумінням потреб на різних рівнях.

ПТСР - це психічний розлад, який може розвинутися після впливу надзвичайно загрозливих або жахливих подій. Багато людей демонструють неабияку стійкість і здатність до відновлення після пережитої травми. ПТСР може виникнути після однієї травматичної події або внаслідок тривалого впливу травми, наприклад, сексуального насильства в дитинстві. Прогнозування того, у кого розвинеться ПТСР, є складним завданням (див. рис.1)

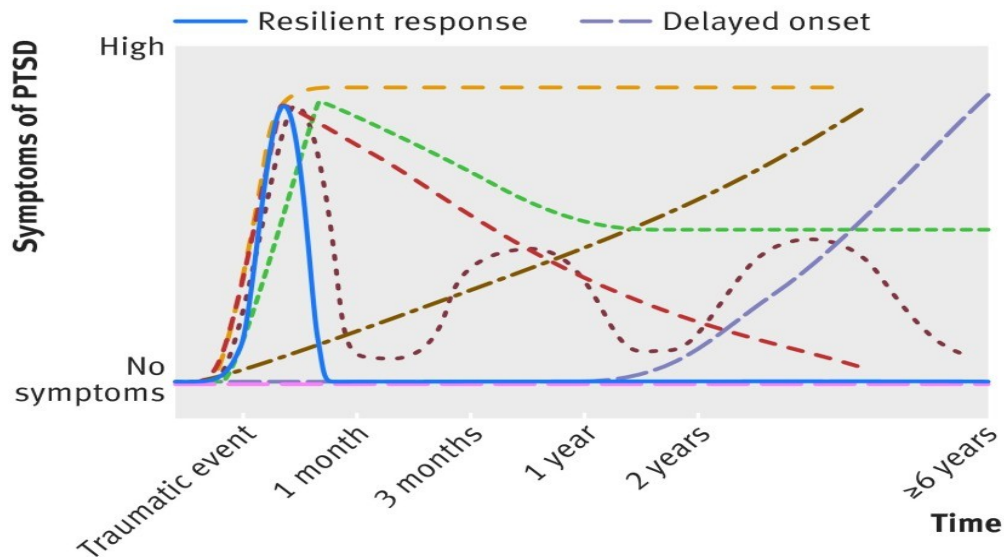


Рис 1. Імовірність виникнення симптомів ПТСР. Джерело [4]

Згідно з критеріями DSM-5, до основних діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу відносяться: 1. «Симптоми нав'язливості»: повторювані, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади; тривожні сновидіння, що весь час повторюються (за змістом та/або пов'язані з афектами); дисоціативна реакція (поведінка або відчуття, що подія повторюється); інтенсивний або тривалий психологічний дистрес та значні фізіологічні реакції у відповідь на сигнали, які можуть бути пов'язані з травматичною подією. 2. Уникнення або намагання уникати тривожних думок чи почуттів, пов'язаних з травмою; уникнення або намагання уникати зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, діяльності, предметів, ситуацій). 3. Негативні зміни в когнітивній сфері та настрої: нездатність згадати важливий аспект (зазвичай через дисоціативну амнезію); стійкі та перебільшені негативні переконання або очікування щодо себе, інших або світу (наприклад, «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ абсолютно небезпечний»); стійкі, викривлені уявлення про причину або наслідки, які призводять до самозвинувачення або звинувачення інших; стійкий негативний емоційний стан (наприклад, страх, жах, гнів, провина, сором); помітно знижений інтерес до участі у важливих видах діяльності; почуття відстороненості або відчуженості від інших, стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, щастя, задоволення, любов). 4. Зміни збудження та реактивності: дратівлива поведінка та спалахи гніву (при незначних провокаціях або без них); безрозсудна або саморуйнівна поведінка; підвищена пильність; перебільшена реакція на переляк; проблеми з концентрацією уваги; порушення сну.[3] В Міжнародній класифікації хвороб 11 (МКХ- 11) до цих симптомів додається: стійке сприйняття підвищеної поточної загрози - наприклад, про що свідчить підвищена пильність або посилена реакція здригання на подразники, наприклад, несподівані звуки; серйозні та поширені проблеми з регуляцією афективних реакцій; стійкі переконання у власній неповноцінності, поразці або нікчемності, що

супроводжуються глибоким і поширеним почуттям сорому, провини або невдачі, пов'язаним зі стресором; стійкі труднощі у підтримці стосунків та відчутті близькості з іншими людьми .[5]

ПТСР може бути важко діагностувати через суб'єктивний характер більшості діагностичних критеріїв (хоча це справедливо для багатьох психічних розладів); ризик потенціального перебільшення симптомів, наприклад, при отриманні допомоги по інвалідності, або коли ПТСР може бути пом'якшувальною обставиною при винесенні кримінального вироку, можливості приховування симптомів, наприклад, через гордість, страх, що діагноз ПТСР може перешкоджати певним можливостям працевлаштування; збіг симптомів з іншими психічними розладами, такими як обсесивно-компульсивний розлад, депресія та генералізований тривожний розлад. Розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин, які часто спричиняють деякі з тих самих ознак і симптомів, що й ПТСР і можуть підвищувати вразливість до ПТСР або загострювати симптоми ПТСР, або і те, і інше. Також варто пам'ятати про диференційоване вираження симптомів з огляду на культурні особливості (зокрема, щодо симптомів уникнення та оніміння, тривожних сновидінь та соматичних симптомів).

Варто відрізнити гострий стресовий розлад, який триває до чотирьох тижнів від посттравматичного стресового розладу, який може тривати значно довше, або виникати через місяці, а інколи й роки після впливу екстремального стресового і/або травматичного фактору. Також, необхідно провести диференціальну діагностику з обсесивно-компульсивним розладом, при якому нав'язливі думки та дії не пов'язані з травматичною подією.

В екстремальних випадках тривалої, повторюваної травматизації, коли немає реальних шансів втекти, у постраждалих може розвинутися комплексний посттравматичний стресовий розлад. Він виникає внаслідок нашарувань травми, а не однієї травматичної події, і включає в себе додаткову симптоматику, таку як втрата цілісного відчуття власної особистості.

Посттравматичний розлад може призвести до виникнення дисоціативних симптомів. Під терміном "дисоціація" розуміють захисний механізм (або його результат), за допомогою якого узгоджений набір дій, думок, стосунків або емоцій відокремлюється від цілісної психіки особистості та функціонує незалежно. При цьому два або більше психічних процеси можуть співіснувати незалежно один від одного. Одним із результатів дії цього захисного механізму є те, що якщо пацієнт входить у стан дисоціації, у нього знижується больова чутливість. У більшості пацієнтів із ПТСР не спостерігається значних дисоціативних симптомів. За даними досліджень, їх наявність корелює з травматичним дитячим досвідом. Також зазначено, що присутність симптомів дисоціації призводить до більш високого ризику суїциду при ПТСР. Дисоціативна амнезія: неможливість згадати будь-яку інформацію за відсутності розладів пам'яті. Дисоціативна fuga (від лат. fuga - "втеча"), яка виражається у виникненні рухового

збудження на тлі сутінкового стану (роздягання, біг та інші подібні активності). Період перебування в сутінковому стані частіше короткий, але може тривати багато годин і зазвичай забувається індивідом. У деяких випадках індивід може покинути своє місце проживання, забути своє минуле життя і вважати себе іншою людиною.

Дереалізація - індивід відчуває те, що відбувається з ним, як щось дивне, надприродне або навіть нереальне. Тривалість цього стану може варіюватися. Він виникає зазвичай у стані інтенсивного стресу і може викликати сильний страх. Під час дереалізації індивід сприймає реальність відсторонено, вона не викликає в нього жодних емоцій. Однак досвід втрати відчуття реальності може бути настільки страшним, що він посилює тривожний стан індивіда. Деперсоналізація - цей симптом схожий на дереалізацію, але відноситься не до зовнішнього, а до внутрішнього світу індивіда. Виражається він у втраті почуття власної ідентичності. Людина пам'ятає про події, які з нею відбувалися, але в неї немає внутрішнього відчуття, що вона брала участь у тому, що відбувається. Іноді їй здається, що вона не існує в реальності або є персонажем фільму. В індивіда може також з'являтися відчуття, що він не контролює свою поведінку і свої висловлювання. У нього може знижуватися тілесна чутливість і емоційний відгук щодо зовнішніх стимулів. Як і дереалізація, цей досвід може бути лякаючим і, своєю чергою, посилювати відстороненість людини від самої себе.

Багато військовослужбовців потребують медико-психологічної підтримки та реабілітації після повернення із зони бойових дій або повернення до цивільного життя після звільнення зі Збройних Сил України. За даними літератури, психічні розлади у збройних конфліктах трапляються у 20-70% людей, причому частота психічних розладів утричі-вчетверо вища, ніж у мирний час, впливаючи на функціонування всього організму, особливо внутрішніх органів, і потенційно спричиняючи різноманітні захворювання, зокрема захворювання сечовидільної системи. За даними досліджень, проведених у США та Австралії, середня частота посттравматичних стресових розладів у осіб, які брали участь у бойових діях, становить 15%, що визначає очікуваний рівень цього захворювання серед військовослужбовців Збройних Сил України. Такі військовослужбовці потребуватимуть медичної та психологічної підтримки і реабілітації. Досвід військових психологів показав, що посттравматичний стресовий розлад рідко розвивається у людей, які можуть швидко інтегруватися в суспільство через роботу, сім'ю, друзів і захоплення.

Посттравматичний стресовий розлад зазвичай характеризується трьома основними групами симптомів. Постійне нагадування про травматичну подію, спроби уникнути стимулів, що нагадують про травму, підвищена вегетативна активність, включно з підвищеною полохливістю (рефлекс лякання), різкий біль, занурення в минуле та повторне переживання події знову й знову, начебто вона щойно сталася («флешбеки»). Певні переживання

можуть також проявлятися у вигляді неприємних спогадів, важких снів і підвищених фізіологічних, психологічних та емоційних реакцій на стимули, що так чи інакше пов'язані з подією, яка спричинила психологічну травму [1,с.67].

Крім того, ПТСР характеризується старінням, зниженням пам'яті про події, пов'язані з травмою, емоційним притупленням, дереалізацією і почуттям безнадійності. Також спостерігається загострення інстинкту самозбереження, що призводить до надмірної пильності щодо подразників, схожих із травматичною подією (наприклад, солдат, почувши гучний шум, падає на землю та закриває голову руками, людина падає, щоб вчасно уникнути катастрофи, яку вона пережила або свідком якої стала, тощо). Однак варто зазначити, що «надмірна реакція» або гіперзбудження на психоемоційному чи фізіологічному рівні може бути спричинена лише стимулами, безпосередньо пов'язаними з подією, що якимось чином спричинила травму, тоді як ознаки інших небезпечних ситуацій спричиняють адекватну увагу та відповідні реакції.

Посттравматичний стресовий розлад проявляється на різних рівнях існування людини (ментальному, емоційному та фізичному). Люди намагаються уникати ситуацій, які навіть віддалено нагадують травму, що суттєво впливає на якість їхнього життя, а також на їхню соціальну та громадську інтеграцію й діяльність; ПТСР асоціюється з підвищенням артеріального тиску, розвитком або загостренням психосоматичних розладів, таких як бронхіальна астма, виразка шлунку й дванадцятипалої кишки, дискінезія жовчовивідних шляхів і дуже високою частотою різноманітних інфекцій, у тому числі сечостатевої системи. Захворюваність на різні інфекції надзвичайно висока. У жінок виникають проблеми з порушенням менструального циклу і вагітністю, а у чоловіків - проблеми з потенцією. Багато людей з посттравматичним стресовим розладом також мають відчуття холоду і поколювання в долонях і підшвах ніг, періодичне серцебиття, ламкість нігтів, випадання волосся тощо.

Людина, яка страждає на ПТСР, поступово починає використовувати різні свідомі та підсвідомі стратегії упоралося (копінгові стратегії) для зменшення інтенсивності посттравматичних симптомів. З усіх цих стратегій лише поведінка, спрямована на розв'язання проблеми, є адаптативною. Усі інші нижче перелічені стратегії лише погіршують ситуацію хворого та призводять до появи нових симптомів:

- Регресія - повернення до дитячих форм поведінки з перекладанням відповідальності на інших людей. Деякі різновиди алкоголізму та наркозалежностей належать до цього типу реакції на труднощі.

- Пасивність, заснована на переконанні, що будь-які спроби розв'язати проблему марні. Цей тип реакції характерний для людей депресивного або тривожно-недовірливого типу.

- Афективні реакції - найчастіше це спалахи гніву, іноді з проявами агресії.

- Спроби контролювати симптоми ПТСР. В основі цієї стратегії лежить переконання пацієнта, що, якщо він допустить у свідомість думки та емоції з приводу травми, він може, наприклад, збожеволіти, стати агресивним або захворіти фізично. Як приклад такої стратегії можна навести заперечення проблеми або уникнення зі спробами не думати про все, що пов'язано з травмою. Але результат виявляється парадоксальним: небажані спогади про подію починають виникати набагато частіше. Іноді пацієнт намагається відволіктися від думок про травму, постійно займаючись чим-небудь. Однак такі стратегії не дають змоги пацієнту детально відновити й осмислити травматичну подію, а потім пов'язати її з іншими автобіографічними спогадами. Вони також заважають пацієнтові усвідомити помилковість своїх страхів (наприклад, упевненості: "Якщо я буду думати про те, що трапалося, то я збожеволію"). До того ж спроби тримати під контролем свої емоції призводять до стану емоційного оніміння: пацієнт втрачає здатність відчувати позитивні емоції.

- Поведінка, тісно пов'язана з переконанням, що травмувальна подія знову станеться, якщо не вжити заходів щодо забезпечення безпеки. Наприклад, постраждалі від нападу у власному будинку можуть спати з ножом під подушкою, щоб звести до мінімуму ризик бути вбитим. Роздумуючи про те, що необхідно зробити, щоб знову не наразитися на небезпеку, пацієнт постійно розмірковує про всі деталі травматичної події. Усе це може в крайньому варіанті набути форми нав'язливості.

- Постійні роздуми про відновлення справедливості та помсту. Ця стратегія підтримує постійний негативний емоційний фон і фіксацію на найнегативніших аспектах травмувальної події. До того ж вона підтверджує песимістичну глобальну оцінку наслідків травми («те, що трапалося, зруйнувало моє життя назавжди»).

- Приймання алкоголю і медикаментів для зняття депресивно-тривожних симптомів. Ця стратегія може підкріпити переконання пацієнта, що, якщо він перестане контролювати свій емоційний стан подібними способами, це може призвести його до нервового зриву.

- Уникнення багатьох раніше улюблених видів діяльності або спілкування з друзями, щоб уникнути стресу, нерозуміння або осуду. Ця стратегія не дає змоги відбутися бажаним змінам у песимістичних переконаннях, як-от "люди засудять мене, якщо дізнаються, що зі мною сталося, або вважатимуть мене слабким, бо я не можу впоратися з моїми емоціями", або "якщо я зазнаю стресу, в мене може трапитися серцевий напад...".

- Тривожний тип ПТСР характеризується симптомами тривоги, дратівливістю, внутрішньою напруженістю, нав'язливими тривожними думками з приводу травмувальної ситуації та свого стану, розладами сну (труднощі під час засинання). Пацієнт часто боїться кошмарів на тему травми і з цієї причини навмисно відсуває настання сну. У вечірньо-нічний час можуть виникати відчуття нестачі повітря, серцебиття, пітливість, озноб або

припливи жару. Такі хворі прагнуть до спілкування та будь-якої цілеспрямованої діяльності, оскільки отримують полегшення від активності.

- Астенічний тип ПТСР характеризується пасивністю, байдужістю до подій у житті, які раніше цікавили, байдужістю до оточуючих людей і до професійної діяльності. Характерне переживання втрати почуття задоволення від життя. У свідомості домінують думки про власну неспроможність. На відміну від тривожного типу, в цих випадках спогади про травмувальну подію позбавлені яскравості, детальності та емоційного забарвлення^[94]. Може мати місце образливість і дратівливість^[56]. Відзначається гіперсомнія з неможливістю піднятися з ліжка, болісною сонливістю (іноді протягом усього дня).

- Дисфоричний тип ПТСР характеризується постійною присутністю невдоволення, роздратування (аж до спалахів люті) на тлі пригнічено-похмурого настрою. В уяві домінують образи покарання кривдників і сцени агресії з власною участю в ролі агресора. Часто хворі не здатні контролювати себе і згодом шкодують про свої агресивні реакції. Іноді це змушує їх зводити до мінімуму свої контакти з оточуючими. Зовні хворі виглядають похмурими, їхня поведінка вирізняється відгородженістю, замкнутістю, малословністю. Зазвичай вони не звертаються по допомогу і потрапляють у поле зору фахівців через поведінкові розлади, на які звертає увагу їхнє оточення.

- Соматоформний тип ПТСР вирізняється великою кількістю соматоформних розладів, при цьому неприємні відчуття локалізуються головним чином у ділянці серця (54 %), шлунково-кишкового тракту (36 %) і голови (20 %), що поєднується з психовегетативними пароксизмами. Часто зустрічається поведінка уникнення на тлі панічних атак. Хворого турбують насамперед неприємні тілесні відчуття (часто з іпохондричною фіксацією). З'являється тривожне очікування виникнення симптомів. Ця тривога може бути сильнішою, ніж страх з приводу пережитої травмувальної події.

- Істеричний тип ПТСР проявляється у формі демонстративної поведінки, прагнення привернути до себе увагу, підвищеної сугестивності та самонавіювання.

- Для депресивного типу характерні знижений настрій і песимізм.

Діагноз ПТСР встановлюється відповідно до вищевказаних критеріїв керівництва DSM-5. Спеціальні опитувальники і тести можуть бути корисними для уточнення діагнозу та оцінки інтенсивності симптомів ПТСР. Що стосується можливого симулювання, то, за даними досліджень, задовільні результати дає Міннесотський багатоаспектний особистісний опитувальник (MMPI), що містить "шкалу брехні" і "шкалу корекції" (виявлення аггравації та симуляції симптомів). Необхідно також звернути увагу на такі можливі ознаки симулювання:

- скарги на всі можливі проблеми, які можуть бути пов'язані з ПТСР;

- згадування великої кількості флешбеків за відсутності симптомів уникнення.

Існує програма, що розпізнає ПТСР за характеристиками голосу пацієнта, зокрема за менш виразною мовою та за "млявим" металевим тембром. Припускають, що ПТСР спричиняє негативні зміни в зонах мозку, які відповідають за емоції та за м'язовий тонус, що впливає на тональність голосу.

Під час диференціальної діагностики ПТСР беруть до уваги критерії, що відрізняють ПТСР від розладів, які мають подібні симптоми:

- депресія;
- фобія;
- розлад пристосувальних реакцій;
- розлад особистості;
- дисоціативний розлад;
- психоз[110] (іноді такі пацієнти отримують діагноз шизофренії[111]);
- тривожний розлад;
- панічний розлад;
- соціальна фобія;
- обсесивно-компульсивний розлад.

На відміну від цих розладів, ПТСР має такі важливі ознаки:

- флешбеки та кошмари;
- причиною ПТСР є подія, яка становила загрозу для життя або безпеки самого індивіда чи іншої людини. Депресивний, тривожний і панічний розлади зазвичай спричинені стресорами значно меншої інтенсивності (такими, як, наприклад, проблеми в професійній та сімейній сфері). Психотичний розлад не має своєю причиною травматичну подію.

- За ПТСР можуть спостерігатися депресивні симптоми (емоційне збідніння, втрата інтересу до життя, бажання плакати, втрата ваги, суїцидальні думки), але вони зазвичай менш інтенсивні, ніж за великого депресивного розладу.

- При панічному розладі індивід уникає ситуацій, в яких можуть проявитися панічні симптоми. За ПТСР частіше уникають ситуацій, у яких може статися подія, що нагадує травму. Наприклад, за панічного розладу індивід може боятися їздити в метро, тому що в разі панічної атаки він не зможе швидко вийти з вагона. За ПТСР індивід може боятися, наприклад, зустріти агресора у вагоні метро.

- За тривожного розладу страхи стосуються можливих життєвих проблем у майбутньому (таких як, наприклад, втрата роботи, хвороба тощо). За ПТСР переважає страх знову потрапити в небезпечну ситуацію.

- При фобіях уникнення обмежується об'єктом фобії. При ПТСР уникнення стосується більшої кількості різноманітних ситуацій. При цьому, на відміну від фобії, має місце гіперактивація симпатичної нервової системи.

- При соціальній фобії індивід уникає спілкування з людьми з побоювання стати об'єктом осуду або насмішок. За ПТСР уникнення спілкування пов'язане зі страхом знову стати жертвою агресії.

- На відміну від ПТСР, за obsесивно-компульсивного розладу в нав'язливих думках немає зв'язку з пережитим травматизмом, вони зазвичай стосуються уявних катастроф, які можуть трапитися в майбутньому. Крім того, вони сприймаються індивідом як ірраціональні, такі, що не мають сенсу і чужі особистості; іноді вони мають аморальний або непристойний зміст. Усе це не характерно для ПТСР.

- Важкі форми ПТСР можуть нагадувати шизофренію, Для встановлення правильного діагнозу необхідно детально розпитати пацієнта про події його життя

У світовій клінічній та дослідницької практиці для діагностики ПТСР розроблений і використовується величезний комплекс спеціально сконструйованих діагностичних методик. Основними з них є відповідні модулі структурованого клінічного діагностичного інтерв'ю:

1. СКІД (SCID – Structured Clinical Interview for DSM);
2. Композитного міжнародного діагностичного інтерв'ю – CIDI (2010);
3. Клінічна діагностична шкала (CAPS – Clinical-Administered PTSD Scale).

У кожному модулі перших двох інструментів дані чіткі інструкції, що дозволяють експериментатору при необхідності перейти до бесіди по іншому блоку питань.

Шкала CAPS застосовується, як правило, додатково до СКІД для клінічної діагностики рівня вираженості симптоматики ПТСР і частоти її прояви. Її використовують, якщо в ході інтерв'ю діагностується наявність будь-яких симптомів ПТСР або всього розладу в цілому (Weathers FW, Litz B. T., 1994; Blake DD, 1995). Ця шкала розроблена в двох варіантах (Weathers FW [et al.], 1992; Weathers FW, 1993).

Перший розроблений для діагностики тяжкості поточного ПТСР як протягом минулого місяця, так і в посттравматичному періоді в цілому. Другий варіант CAPS призначений для диференційованої оцінки симптоматики протягом останніх 2 тижнів.

CAPS дозволяє оцінити частоту зустрічальності і інтенсивність прояву індивідуальних симптомів розладу, а також ступінь їх впливу на соціальну активність і виробничу діяльність пацієнта.

Крім того, є можливість визначити достовірність отриманої інформації. За допомогою цієї шкали можна також визначити ступінь поліпшення стану при повторному дослідженні в порівнянні з попереднім, валідність результатів і загальну інтенсивність симптомів.

Рекомендується використовувати шкалу CAPS в комплексі з іншими методами діагностики (самооцінюючої, поведінковими, фізіологічними). За допомогою питань шкали визначається частота зустрічальності досліджуваного симптому протягом попереднього періоду, а потім оцінюється інтенсивність прояву симптому. Формулювання ключових моментів шкал оцінки можуть бути зачитані пацієнтові (при визначенні як частоти, так і інтенсивності симптому). Це дозволяє отримати максимально

коректні оцінки. Оцінка частоти > 1 і оцінка інтенсивності > 2, відображаючи реальні проблеми, пов'язані з даним симптомом, можуть служити підставою для висновку про його наявність.

Самоопитвальники для оцінки ПТСР. До числа найбільш часто використовуваних у світовій практиці методик самооцінки симптомів ПТСР відносяться Шкала оцінки тяжкості впливу травматичної події (Impact of Event Scale – Revised, IES-R) і Місісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій.

Шкала IES-R складається з 22 пунктів, заснована на самозвіті і виявляє переважання тенденції уникнення (8 пунктів) і вторгнення або нав'язливого ревідтворення травматичної події (7 пунктів). Для всебічної оцінки характеру реагування на травматичні події в неї включені також питання для аналізу симптомів гіперзбудження (6 пунктів)

1. злості і
2. дратівливості;
3. гіпертрофованої реакції переляку;
4. труднощів з концентрацією уваги;
5. фізіологічного збудження, обумовленого спогадами, і безсоння.
6. Ще одне питання призначений для виявлення флешбеків.

Місісіпська шкала (МШ) була розроблена для оцінки ступеня вираженості посттравматичних стресових реакцій у ветеранів бойових дій (Keane T. M. [et al.], 1987; 1988). Тепер вона є одним із широко використовуваних інструментів для вимірювання ознак ПТСР. Шкала складається з 35 тверджень, кожне з яких оцінюється за п'ятибальною шкалою Ликерта. Оцінка результатів проводиться підсумовуванням балів, підсумковий показник дозволяє виявити ступінь впливу перенесеного індивідом травматичного досвіду. Вміщені в опитувальнику пункти входять в 4 категорії, три з них співвідносяться з критеріями DSM:

- 11 пунктів спрямовані на визначення симптомів вторгнення;
- 11 – уникнення;
- 8 питань належать до критерію фізіологічної збудливості.

Література:

1. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми. Монографія., Київ, Талком.219, 699с.
2. Кокун О.М. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців, які отримали бойові фізичні та психічні травми / О.М. Кокун, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська // Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 19. –Харків.: НУЦЗУ, 2016. - С. 146 – 152
3. ПРОТОКОЛ З ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ ПТСР Національного інституту клінічної майстерності Великобританії (NICE) [nice_2.pdf](http://nice2.pdf(ipz.org.ua))

ТЕМА 5. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.

Огляд основних психотерапевтичних шкіл та методів. Когнітивно-поведінкова терапія: принципи та методи. Психодинамічна терапія в контексті воєнних травм. Емоційно-орієнтована терапія та її ефективність. Інтегративні підходи до психотерапії ветеранів. Експертна оцінка, діагностика та тестування військовослужбовців. Процес діагностики: перший етап діагностики: збори анамнезу, первинне інтерв'ю; використання стандартизованих опитувальників та тестів для оцінки психологічного стану. Основні методи тестування: психометричні тести: MMPI, BDI, PCL-5; проективні методи: ТАТ, Роршах. Мультидисциплінарний комплексний підхід.

Під дією факторів, що спричиняють бойовий стрес, і за наявності різних сприятливих умов для розвитку стресу, ділянки мозку постраждалого, які відповідають за свідоме мислення, можуть перенавантажуватися та «вимикатися». Тоді мозок починає контролюватися тільки ділянками, які відповідають за інстинкти та емоції. Під їхнім контролем логічне мислення не працює.

Щоб допомогти постраждалому, потрібно повернути його до усвідомленого мислення. Це і є основним завданням допомоги.

Крик, штовхання чи побиття не приведуть людину до тями, а навпаки — ще більше посилять рівень стресу. Ніжні, обережні слова теж не допоможуть, адже вони не впливають на ділянку мозку, яка відповідає за логічне мислення. Для ефективної допомоги потрібне саме «вмикання» логіки.

Є багато схем роботи з бойовим стресом. Основні принципи роботи з бойовим стресом коротко викладені в протоколі або алгоритмі ICOVER.

ICOVER протокол

ICOVER протокол — це спосіб швидкого виведення постраждалого зі стану бойового стресу:

I — Ідентифікація гострого бойового стресу. Потрібно визначити, що людина перебуває саме в цьому стані, а не, припустимо, у стані сп'яніння чи епілептичного нападу.

С — Контакт із постраждалим. Твердо й упевнено (але не агресивно) зверніться до побратима, попросіть його подивитися на вас, стисніть йому руку й попросіть зробити те ж саме. Змусьте його зосередити на вас його увагу.

О — Обіцянка бути поруч. Необхідно запевнити людину, що вона не сама.

V — Верифікація (підтвердження) фактів, які має знати постраждалий. Для цього поставте побратиму декілька простих запитань

про факти (не про почуття чи емоції) з деталями, які йому точно відомі, наприклад, назва взводу, ім'я командира, хто перебуває разом із ним на позиції, скільки в нього із собою БК тощо.

Е — Етапність подій. Опишіть людині що було, що відбувається і що має бути далі. Це поверне постраждалому усвідомлення навколишньої ситуації. Опишіть коротко останні факти, що відбулися.

Р — Реалізація дій. Впевнено й наполегливо, але не агресивно, дайте постраждалому просте й зрозуміле завдання, яке можна негайно виконати (наприклад, побігти, встати, принести щось, вистрілити, прикрити тощо).

ICOVER протоколу повинні дотримуватися побратими постраждалого, зокрема, бойові медики підрозділу.

Групою експертів Міжнародного товариства досліджень посттравматичного стресу (International society for posttraumatic stress studies - ISTSS) на основі консенсусу було створено керівництво для лікування КПТСР. Керівництво передбачає три фази терапії:

1. Стабілізація та розвиток навичок. На цьому етапі терапія націлена на створення почуття безпеки і розвиток навичок безпечної поведінки у стосунках. Якщо покинути небезпечні умови життя не представляється можливим, обговорюються ресурси, які можуть бути задіяні в разі небезпеки. Також на цьому етапі клієнту даються теоретичні пояснення з приводу наслідків травми. Проводиться терапевтична робота для розвитку навичок регуляції емоцій і управління стресом. Додатково можуть застосовуватися медитація і техніки, спрямовані на підвищення усвідомленості (mindfulness). Підготовча робота для стабілізації стану на цьому етапі дає змогу запобігти можливому посиленню симптомів на наступному етапі, під час роботи з травматичними спогадами.

2. Огляд і переоцінка травматичних спогадів. Цей етап є основним у терапії травми з часів класичного психоаналізу. На цьому етапі відбувається робота з травматичними спогадами через їхнє репереживання в безпечному контексті терапевтичних стосунків. Це сприяє інтеграції травматичних спогадів у структуру автобіографічної пам'яті, що, своєю чергою, покращує уявлення пацієнта про власне Я та покращує якість стосунків з іншими людьми.

3. Консолідація досягнень. Нові навички в регуляції емоцій і поведінки у стосунках апробуються в реальних життєвих умовах. Терапевт підтримує клієнта в процесі змін, надаючи, за потреби, додаткову допомогу щодо подальшого розвитку цих навичок.

Ще одна модель була створена дослідниками з Центру травми Інституту ресурсів правосуддя (Trauma center at Justice Resource Institute, Массачусетс, США). Ця модель, названа "Компонентна психотерапія", орієнтована насамперед на терапію для пацієнтів, які пережили психологічне насильство в дитинстві. Вона включає такі терапевтичні завдання:

1. Створення та підтримання почуття безпеки клієнта у стосунках із терапевтом. Для клієнтів з КПТСР, які пережили повторюване насильство у

стосунках, характерний дезорганізований тип прив'язаності. Вони мало довіряють іншим людям і, зокрема, терапевту. Для розвитку почуття безпеки і довіри у клієнта терапевт повинен розпізнавати і коригувати власні дисфункціональні установки і переконання і бути максимально усвідомленим під час зустрічей з клієнтом, намагаючись по можливості розпізнавати всі сигнали, що йдуть від клієнта (мова тіла, зоровий контакт, тон голосу), одночасно звертаючи увагу на власні емоції і відчуття [77].

2. Розвиток саморегуляції на всіх рівнях індивідуально-особистісної організації: соматичному, емоційному, когнітивному та поведінковому. Завдання терапевта - допомогти клієнту навчитися розпізнавати, витримувати і змінювати негативні емоції та пов'язану з ними реактивну поведінку.

3. Робота з дисоціацією. Дисоціація і фрагментація пережитого досвіду і власного Я є поширеною реакцією дитини на насильство та емоційну депривацію. У цьому випадку терапія може включати роботу з "частинами" (parts) - аспектами Я, відокремленими від свідомості [77]. "Частини" відокремлюються від усвідомленої психічної діяльності в досить ранньому віці. На відміну від особистості клієнта, вони "не ростуть". Робота з ними проводиться на трьох рівнях:

- психоосвітній (нормалізація наявності частин як свого роду "субособистостей", які властиві всім людям і не пов'язані з наявністю важкого психічного захворювання);

- когнітивний (розпізнавання тригерів, що запускають, розуміння зв'язку між дитячим травматичним досвідом і реакцією на тригери);

- інтегровальний (опрацювання зв'язку між емоційними, когнітивними, фізіологічними, сенсорними, тілесними та поведінковими аспектами фрагментованого досвіду).

Основним терапевтичним механізмом для роботи з частинами є "відігравання" (активація "частини" клієнта або терапевта в процесі стосунків між ними), що дає змогу клієнту вперше усвідомлено прожити активацію "частини".

4. Формування когерентного нарративу про різні аспекти Я клієнта в різних періодах розвитку його особистості та в різних ситуаціях. Наприклад, клієнт може розповісти про свої потреби, бажання і почуття, в той час коли ці потреби були важко фрустровані. Процес створення нарративу відображає п'ять стадій розвитку ідентичності:

- стан відсутності ідентичності ("no self"), пов'язаний із дисоціативною фрагментацією особистості;

- пошкоджена ідентичність ("damaged self"), з переважанням провини, сорому, неприйняття і негативної оцінки себе;

- ідентичність жертви ("victim") із переживанням заподіяної в минулому шкоди;

- ідентичність того, хто вижив ("survivor"), тут ідентичність клієнта, як і раніше, пов'язана з високою значущістю пережитого аб'юзу, проте він стає

здатним спрямовувати активність в інші сфери і проживати емоційно наповнене життя. На цій стадії терапія може бути завершена.

-П'ятої стадії ("person") досягають не всі клієнти. На цій стадії травматичний досвід стає лише одним із багатьох значущих аспектів життя людини та її уявлень про себе.

Однак існує й точка зору, яка стверджує, що терапія КПТСР не повинна мати значущих відмінностей від терапії ПТСР

Методи, що застосовуються для лікування посттравматичних розладів, можна класифікувати за тим, на які зони мозку вони впливають насамперед.

1. Методи типу "знизу-вгору" (bottom-up) допомагають знизити активність мигдалеподібного тіла, нормалізувати активність острівцевої частки і підвищити активність гіпокампа. Оскільки ці зони мозку недоступні для впливу свідомості, то використовуються техніки роботи з тілом: релаксація за допомогою дихальних технік, прогресивна м'язова релаксація, аутогенне тренування, "соматичне відчуття" тай-чи, спорт, йога, та деякі види медитації. Зниження активності мигдалеподібного тіла дає змогу зменшити стресову реакцію на тригери та допомогти пацієнтові вийти зі стану хронічного страху, нервового збудження і надмірної пильності. Нормалізація активності острівцевої частки зменшує схильність до надмірних емоційних реакцій, наприклад, страху або гніву (якщо активність була підвищена) або дисоціації (якщо активність була знижена). Підвищення активності гіпокампу (зони мозку, пов'язаної з упорядкуванням спогадів у часі) допомагає пацієнту усвідомлювати, що в даний момент він у безпеці. Завдяки цьому пацієнт стає здатним спокійніше згадувати про травму, усвідомлюючи, що вона залишилася в минулому. Також поступово знижується страх у ситуаціях, що нагадують травму, і зменшується схильність до уникнення таких ситуацій.

2. Методи типу "зверху-вниз" (top-down) впливають на свідомі зони мозку (префронтальну кору та поясну кору), збільшуючи їхню активність, та інколи сприяють їхньому розвитку. Прикладами такого підходу є різні техніки когнітивної терапії (зокрема, когнітивне реструктурування (англ.)рос. і терапія прийняття та послідовності), наративна терапія і деякі види медитації. Активніша робота префронтальної кори дає змогу пацієнтові зберігати ясність мислення в стресових ситуаціях, покращує здатність до концентрації уваги та розв'язання проблем, а також покращує здібності до соціальної комунікації. Активніша робота поясної кори покращує контроль над емоціями і думками, що викликають тривожність

3. "Горизонтальні" методи покращують комунікацію між різними зонами мозку або між правою і лівою півкулями мозку. До цих методів належать, наприклад, арт-терапія і десенсибілізація та переробка рухом очей.

У терапії насамперед рекомендується з'ясувати, чи знайомий пацієнт із методами типу "знизу-вгору". Якщо він не володіє ними, рекомендується почати терапію з навчання цих методів. В іншому разі рекомендується перейти до методів типу "зверху-вниз", порадивши пацієнтові продовжувати

застосовувати знайомі йому методи типу "знизу-вгору". Це пов'язано з тим, що методи типу "знизу-вгору" допомагають пацієнтові навчитися краще ідентифікувати свої емоції та відчуття, що необхідно для успішної терапії із застосуванням когнітивних методів (підхід типу "зверху-вниз"). Крім того, якщо активність мигдалеподібного тіла не знижена, то постійна тривожність знижує активність свідомих зон мозку, і пацієнт не може сконцентруватися на роботі зі свідомою складовою травми[200].

Загальні принципи терапії психологічних травм

-Принцип нормалізації - терапевт пояснює пацієнтові, що його симптоми є реакцією нормальної психіки на ненормальну ситуацію.

-Принцип партнерства і підвищення гідності особистості, який особливо важливий для жертв насильства.

-Принцип індивідуальності - взяття до уваги того факту, що пост-травматичний процес дуже складний, і не існує загальних принципів терапії, які підходять для всіх пацієнтів.

-Міждисциплінарний підхід із застосуванням, за необхідності, лікарських засобів, фізичних вправ і здорового режиму харчування, читання надихаючої літератури, надання соціальної допомоги тощо.

На вибір терапевтичної стратегії також впливає те, що КПТСР часто супроводжується проблемами в поведінці (імпульсивність, гнів, що доходить до сказу, агресія та автоагресія, проблеми сексуальної поведінки, розлади харчової поведінки), емоційною нестійкістю, емоційним збіднінням, депресією, панічними розладами, когнітивними проблемами (наприклад, амнезією або фрагментацією спогадів). Часто спостерігається дисоціація. Цей тип ПТСР потребує тривалої терапії, що включає розвиток навичок контролю емоцій і навичок спілкування (особливо у сфері сімейних стосунків), лікування аддикцій, розвиток навичок, необхідних для працевлаштування. Під час терапії необхідно створити у пацієнта відчуття безпеки, перш ніж терапевт зможе перейти до роботи над травмою.

Методи роботи з наслідками бойової психічної травми й ПТСР6

- З точки зору психокорекційної роботи варто розглянути такі методи, як тілесно орієнтована психотерапія, когнітивно- поведінкова терапія, позитивна терапія. Як психологія людської тілесності і почуттів, тілесно-орієнтована терапія заснована на цілісному підході до вирішення труднощів, стресів, криз, з якими людина стикається в процесі життя. Це система – психологічної допомоги, підтримки, зцілення і корекції – широкого спектру проблем людини. Суттєвою особливістю тілесно-орієнтованої терапії є те, що робота з тілом створює унікальні можливості для терапевтичного впливу «поза цензурою свідомості», що дозволяє виявити справжні витoki хворобливих проблем, отримати доступ до глибинних рівнів несвідомого, представленого в організмі [19]. В ході терапевтичної роботи негативні стани і почуття стають усвідомленими і доступними для змін - лють, гнів, агресія, страх, тривога, надмірний контроль і т.д. Ця особливість зумовлює високу ефективність тілесно-орієнтованого підходу в наданні психологічної

допомоги, в створенні умов для вирішення проблем, якими рясніє життя людини. Тілесно-орієнтована терапія через вплив на фізичне тіло здатна змінювати в позитивний бік психологічний стан. Тілесно-орієнтована терапія - це специфічний метод роботи з пацієнтом. Специфічний - тому, що тілесно-орієнтована терапія не розкладає людину на складові, в ній пацієнт - це, перш за все, організм і його енергія. Сьогодні тілесно-орієнтована терапія поєднує в собі роботу з тілом і розумом. В її основі лежить наступний постулат: тіло і розум нерозривно пов'язані один з одним. Те, як людина думає, може вплинути на те, як вона себе почуває. Вірно і зворотне. Але, на відміну від розуму, тіло не вміє брехати [18, с. 56]. В силу соціально-культурних особливостей, люди намагаються приховати свої постійно - сумні думки, пригнічений настрій, відчуття безнадійності. Але, через "безпечний" вплив на тіло можна коригувати цей стан. Заняття тілесно-орієнтованою терапією покращують не тільки настрій, і самопочуття, дозволяють дивитися у майбутнє якщо не з оптимізмом, то, принаймні, бачити промені надії. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) - це короткострокова форма поведінкового лікування. Вона допомагає людям вирішувати проблеми. КПТ також виявляє взаємозв'язок між переконаннями, думками і почуттями та поведінкою, яка за ними слідує. Завдяки КПТ люди дізнаються, що їхнє сприйняття безпосередньо впливає на те, як вони реагують на конкретні ситуації. Іншими словами, процес мислення людини визначає її поведінку та дії. Когнітивно-поведінкова терапія не є окремим методом лікування. Це загальний термін, який позначає групу методів лікування. Ці методи мають певну схожість у терапевтичній методології. До групи входять раціональна емоційно-поведінкова терапія, когнітивна терапія та діалектична поведінкова терапія. Когнітивно-поведінкова терапія ґрунтується на переконанні, що те, як людина сприймає події, визначає те, як вона буде діяти. Не самі події визначають дії чи почуття людини. Наприклад, людина з тривожністю може вважати, що "сьогодні все буде погано". Ці негативні думки можуть вплинути на її фокус. Тоді вона може сприймати лише негативні речі, які відбуваються. При цьому вона може блокувати або уникати думок чи дій, які могли б спростувати негативну систему переконань. Згодом, коли впродовж дня нічого не вдається, людина може відчувати ще більшу тривогу, ніж раніше. Негативна система переконань може стати сильнішою. Людина ризикує опинитися в пастці замкненого, безперервного циклу тривоги. Когнітивно-поведінкові терапевти вважають, що ми можемо коригувати наші думки. Вважається, що це безпосередньо впливає на наші емоції та поведінку. Процес коригування називається когнітивною реструктуризацією. Аарон Т. Бек - психіатр, який вважається батьком когнітивної терапії [20]. Він вважав, що спосіб мислення людини може бути закладений ще в дитинстві. Він виявив, що певні когнітивні помилки можуть призвести до депресогенних або дисфункціональних припущень. Когнітивно-поведінковий процес базується на освітній моделі. Людям, які проходять терапію, допомагають відучитися від негативних реакцій і навчитися новим. Це позитивні реакції на складні

ситуації. КПТ допомагає розбити непосильні проблеми на маленькі, керовані частини. Терапевти допомагають людям ставити і досягати короткострокових цілей. Потім терапевт поступово коригує те, як людина, що проходить лікування, думає, відчуває і реагує у складних ситуаціях. Позитивна психотерапія - це підхід до психічного здоров'я, який має на меті сприяти особистісному розвитку та допомагати людям процвітати, а не просто керувати негативними аспектами стану. Дослідження показали, що це лікування може також підвищити рівень щастя і задоволеності у тих, хто не страждає на фізичні або психічні захворювання. Зосереджуючись на позитиві, терапевти прагнуть підтримати людей, які беруть на себе особисту відповідальність у процесі лікування. Визначивши сфери, в яких може відбутися зростання, клієнти краще підготовлені до того, щоб рухатися вперед і реалізувати свій вроджений потенціал. Один з основних принципів позитивної психотерапії полягає в тому, що кожна людина має дві основні здібності: сприйняття і любов. Завдяки позитивній психотерапії люди можуть використовувати ці здібності для розвитку корисних якостей. Наприклад, здатність до сприйняття, пов'язана зі знанням, може допомогти розвинути вторинні здібності до пунктуальності, чесності та впорядкованості. Здатність любити, або емоційна сфера, може допомогти людині розвинути терпіння, впевненість і віру. Ці якості зміцнюють здатність клієнта долати перешкоди та керувати своїм станом [46]. Людям також рекомендується практикувати вдячність, прощення та емпатію, щоб стати більш стійкими до майбутніх проблем і жити щасливіше тут і зараз.

- Когнітивно-поведінкова терапія вважається одним із найефективніших методів для лікування посттравматичних розладів. Зокрема, цей підхід включено до "Посібника з лікування посттравматичного стресового розладу" Американської психіатричної асоціації. У рамках когнітивної психотерапії пацієнта навчають технік зниження тривожності та позбавлення від повторюваних образів, що призводять до дистресу. Велику роль під час когнітивної терапії відіграє також виявлення і зміна того значення, яке пацієнт надає психотравмувальним подіям. У цьому підході проводиться робота з негативними переконаннями і неефективними копінг-стратегіями пацієнта, які підтримують посттравматичні симптоми.

- Систематична десенсибілізація. Цей метод є частиною когнітивно-поведінкової терапії. Він включає в себе: пролонговане занурення в уяві

Ця методика допомагає пацієнтові повірити, що він здатний винести емоції, пов'язані з травмою. Наприклад, терапевт просить пацієнта повільно читати вголос розповідь про свою травму, концентруючи увагу на кожній деталі. Як домашнє завдання можна рекомендувати щодня читати опис події протягом 30 хвилин. Іноді також використовується метод "переписування сценарію", де пацієнт створює новий образ себе і новий фінал. Після того, як занурення в уяві перестає викликати тривожність, пацієнта заохочують поступово починати в реальному житті робити те, що викликає в нього

сильний страх і уникнення. У міру зменшення тривоги, пацієнта просять перестати використовувати прийоми "безпечної поведінки". Після кожного сеансу занурення обговорюється схожість і відмінності між новими і старими враженнями. Це допомагає пацієнтові відрізнити нешкідливі стимули, що мали місце в момент події, від реальних сигналів небезпеки. Поступово травматична реакція на ці нешкідливі стимули згасає. У методиці Virtual reality graded exposure therapy (VRGET) за допомогою комп'ютерної програми створюють віртуальну подоби страшних ситуацій. Терапевтичні сесії проводяться за участю терапевта. Він обирає сценарій відповідно до рівня негативних емоцій, які пацієнт здатний переносити в даний момент. Метод зменшує посттравматичні симптоми і дає хороші результати у пацієнтів, яким не допомогли вищеописані методи занурення. Зокрема, зменшується відчуття страху і ступінь збудження нервової системи під час контакту з лякаючою ситуацією.

- Діалектична поведінкова терапія

Цю методику було створено спочатку для лікування прикордонного розладу особистості, але нині розроблено її варіант для лікування посттравматичних розладів, оскільки обидва ці розлади об'єднують труднощі з контролем емоцій і проблеми у стосунках із людьми. Дослідження показали ефективність методу.

- Стрес-прищепна терапія

Цей метод спочатку був розроблений для зменшення симптомів тривожного розладу, але він показав хороші результати при терапії посттравматичних розладів. До нього входять прийоми релаксації, техніка "зупинка думки" і метод занурення в ситуації, що викликають страх.

- Терапія прийняття і послідовності

Цей метод належить до одного з різновидів когнітивно-поведінкової терапії. У цьому підході пацієнту насамперед пропонують усвідомити, що його спроби уникнути негативних думок і емоцій з приводу травм лише посилюють прояви симптомів і не дають йому сфокусуватися на теперішньому моменті. Замість уникнення рекомендується усвідомлення і прийняття своїх переживань.

- Десенсибілізація і переробка рухом очей

Одним із психотерапевтичних методів лікування посттравматичних розладів є метод десенсибілізації та переробки рухом очей (ДПРО). Численні наукові дослідження доводять ефективність цього методу. За даними мета-аналізів, ДПРО не менш ефективний, ніж кращі з інших наявних методів лікування посттравматичних розладів, але при цьому, мабуть, найкраще переноситься і діє дуже швидко. Під час застосування ДПРО терапевт спочатку викликає в пацієнта травматичний спогад з усіма його складовими - емоційною, візуальною, когнітивною та фізичною (відчуття тіла) - і потім стимулює інформаційно-переробну систему, яка забезпечує самозцілення у психотравматичних ситуаціях і яка раніше не зуміла переробити цей болісний слід. До числа переваг методу належать такі особливості цієї техніки:

-пацієнт може не розповідати про травматичні події, якщо з якихось причин він не хоче цього робити;

-терапевт може працювати з пацієнтом без хорошого знання мови, якою говорить пацієнт;

терапевту немає необхідності попередньо встановлювати довірчі стосунки з пацієнтом.

- Методи біологічного та нейрологічного зворотного зв'язку фізіологічні показники вимірюються за допомогою електродів і відображаються у формі зображення або звуку

Методи біологічного та нейрологічного зворотного зв'язку полягають у тому, що інформація про стан і зміну фізіологічних процесів або мозкової активності пацієнта зчитується за допомогою електродів. Потім ця активність відображається на екрані комп'ютера в режимі реального часу, в графічній формі або у вигляді мультимедійного ігрового інтерфейсу. Це забезпечує пацієнту зворотний зв'язок щодо функціонування його мозку і дає змогу йому навчитися ним керувати.

Метод нейрологічного зворотного зв'язку використовує вимірювання активності головного мозку. Для лікування посттравматичних розладів можуть застосовуватися різні протоколи нейрологічного зворотного зв'язку, залежно від спостережуваних симптомів і результатів електроенцефалографічного дослідження мозку. Наприклад:

-При посттравматичних розладах часто спостерігається підвищена активність у правій скроневій частці, що пов'язано зі станом хронічного гіперзбудження. Тренування зменшення активності цієї зони покращує ясність мислення та зменшує стресогенність зовнішніх стимулів.

-У деяких пацієнтів із посттравматичними розладами гіперактивність мозку проявляється, якщо вони заплющують очі. Нemoжливість бачити те, що відбувається навколо, приводить їх у стан, близький до паніки. У цьому випадку метод нейрологічного зворотного зв'язку використовується для вироблення більш спокійного стану під час закриття очей.

-Іноді спостерігається реакція страху на звуки або світло; можна припустити, що таламус пацієнта втратив здатність відфільтровувати малозначні зовнішні стимули. У цьому випадку нейрологічний зворотний зв'язок може допомогти поліпшити функціонування таламуса.

-Нарешті, іноді використовується протокол "альфа-тета", який посилює, в альтернативному режимі, активність хвиль альфа і тета. У разі посилення цієї активності з'являється стан загальної релаксації, свідомість концентрується на внутрішніх образах, з утворенням нових асоціативних зв'язків між цими образами. Таким чином, пацієнт із посттравматичним розладом може відтворити травматичний контекст, перебуваючи при цьому в спокійному розслабленому стані. Завдяки цьому, травматичні образи перестають викликати страх. Одночасно з цим нейтральні елементи контексту травматичної ситуації, які раніше асоціювалися з травмою, тепер

бачаться в ширшій перспективі, і перестають бути тригерами посттравматичних симптомів

- Релаксація. Люди, які пережили психологічні травми, часто страждають від постійного нервового напруження. Це може спричинити стан надмірної пильності, дратівливості, проблеми зі сном, що, своєю чергою, призводить до стомлюваності та посилює тривожно-депресивні симптоми. У цьому випадку терапія на рівні свідомості недостатня, і корисними можуть виявитися техніки релаксації. Ці техніки не тільки покращують стан пацієнта, а й дають йому змогу подолати відчуття безпорадності з приводу своїх симптомів: пацієнт усвідомлює, що він здатний впоратися зі своїм тривожним станом.

Використання технік релаксації корисно також на початку сеансу психотерапії. Вони дають змогу пацієнтові легше переносити неприємні думки та емоції (страх, печаль, почуття безпорадності), не вдаючись до їх витіснення. Завдяки цьому пацієнт легше усвідомлює свої тривожні думки і свій емоційний стан і може працювати над ними під час психотерапевтичного сеансу.

У разі посттравматичних розладів навчання релаксації пов'язане іноді з певними труднощами. Постійно підсвідомо побоюючись знову потрапити в травматичну ситуацію, пацієнт боїться розслабити м'язи і знизити контроль свідомості. Стан м'язової розслабленості може підсвідомо асоціюватися з більшою вразливістю. Іноді пацієнту страшно заплющити очі. Важливо також мати на увазі, що іноді пацієнт може сприймати навчання релаксації як щось, у чому він зобов'язаний досягти успіху, причому швидко. Це може збільшити його тривожність і стан стресу. Однак подолання цих труднощів може мати важливий терапевтичний ефект: пацієнт переконується, що він може ефективно контролювати свій стан, і що стан релаксації не робить його більш вразливим.

ТЕМА 6.

ГРУПОВА ТЕРАПІЯ ТА СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ДЛЯ ВЕТЕРАНІВ, СІМЕЙНА ТЕРАПІЯ ТА ПІДТРИМКА СІМЕЙ ВЕТЕРАНІВ

Роль групової терапії у психологічній реабілітації. Особливості організації групових сесій для ветеранів. Соціальна підтримка та її вплив на психічне здоров'я. Сімейна динаміка в умовах військових травм. Підтримка сімей та їх роль у процесі реабілітації ветеранів.

Групова психотерапія - часто застосовуваний метод терапії посттравматичних розладів, часто паралельно з індивідуальною терапією. Існують такі типи таких груп:

- групи відкритого типу для інформування клієнтів;
- групи для структурування травматичних спогадів (робота "там і тоді");
- групи, що мають задану структуру, для вироблення навичок подолання травми (робота "тут і тепер").

-Існують також групи з когнітивно-поведінковим підходом, психоаналітичні та психодраматичні групи, групи самопомогі, аналізу сновидінь, арт-терапії тощо.

Переваги групового підходу:

- повторне емоційне переживання травми в безпечному просторі, за підтримки групи (при цьому терапевту не слід форсувати процес);
- спілкування з людьми, які мають подібний травматичний досвід, що зменшує відчуття ізоляції, відчуженості або сорому;
- можливість спостерігати за тим, як інші переживають спалахи інтенсивних афектів за підтримки від терапевта і членів групи;
- можливість бути в ролі того, хто допомагає іншим учасникам (здійснює підтримку, допомагає повернути впевненість у собі та почуття власної гідності), що дає змогу подолати відчуття власної нецінності ("мені є що запропонувати іншим");
- зменшення концентрації на своїх негативних думках;
- набуття досвіду нових взаємин.

- Подружжя та сімейна терапія

За посттравматичних розладів часто проблеми в сім'ї або подружній парі виходять на перший план. Також може спостерігатися вікарна травматизація членів сім'ї пацієнта. З цієї причини рекомендується проводити подружню або сімейну терапію одночасно з індивідуальним лікуванням посттравматичного розладу або відразу після нього. Під час проведення подружньої або сімейної терапії рекомендується вважати її основною метою

поліпшення сімейної комунікації та зниження конфліктів між членами сім'ї. Існує два типи подружньої та сімейної терапії для осіб, які страждають на посттравматичні розлади:

- системний підхід, спрямований на корекцію порушень у сім'ї або подружній парі;

- підтримувальний підхід для членів сім'ї, які мають допомагати пацієнтові

- Модель "BASIC Ph" була розроблена професором Лахадом у 2004 році і фокусується на природних механізмах подолання стресу, яких він виділив шість типів. Модель припускає, що кожен з нас може володіти шістьма потенційними характеристиками, кожна з яких представляє окремий стиль подолання, і що чим більше з цих стилів ми здатні використовувати, тим більшу стійкість ми можемо розвинути, щоб відновити почуття контролю в ситуації, яка інакше була б жахливою. Тож, В – belief, віра. Переконавання може бути потужним фактором життєстійкості. Це може бути віра або будь-які інші спільні переконання, що спираються на внутрішні базові цінності. Спільні переконання є особливо корисними, оскільки вони також забезпечують зовнішню підтримку. А - афект

- Почуття або емоції. Виражаючи свої почуття через емоції, людина може поділитися страхами, гнівом, сумом і т.д. і отримати зовнішнє підтвердження цих емоцій, щоб відчувати себе менш самотніми. S – соціальна підтримка. Шукаючи підтримки через дружбу або організації, людина може набутися почуття відповідальності в групі, що допоможе їй залишатися на землі. Зменшення ізоляції разом зі збільшенням соціальної відповідальності може відновити емоційну безпеку. І – imagination, уява. Творчість - це метод подолання травми, який особливо вправно використовують діти. Вираження думок і почуттів у творчій формі може забезпечити більш безпечний вихід почуттів через мистецтво, письмо, драму чи музику. С – cognitive, когнітивний

Когнітивні навички подолання використовують вирішення проблем і прямий підхід до питання. Розробка стратегій разом з іншими може допомогти людям почуватися менш самотніми і більше контролювати свою ситуацію. Ph – physical Фізична активність має подвійну перевагу: забезпечує неформальне опрацювання ситуації, а також непряме вивільнення почуттів. Кожен з нас використовує ці стилі подолання у своєму житті, незалежно від того, чи переживаємо серйозну кризу, чи незначні незручності. Люди вільно володіють деякими з них, деякі знайомі, а інші є чужими для звичного способу життя, але чим більше людина вчиться використовувати різні стратегії, тим більш стійкою вона стає.

Рекомендації для членів родин військовослужбовців.

Пам'ятайте про власні потреби, бажання та цілі. «Життя в очікуванні» може затьмарити всі ваші власні цілі та прагнення. Не забувайте розставляти для себе пріоритети, щоб запобігти вигоранню в довгостроковій перспективі.

Знайдіть пристрасть або хобі, яке ви зможете взяти з собою, куди б ви не пішли. Шукайте наставників. Підтримка має величезне значення. Багато разів вам доведеться просити про неї, і це нормально. Знайдіть більш досвідченого людину військовослужбовця і попросіть про допомогу, підтримку і настанови. Більшість з них більш ніж готові допомогти, бо всі вони пройшли через це. Вивчіть свої ресурси та пільги. Дізнайтеся, які військові програми доступні для вас як для дружини військовослужбовця, і скористайтесь ними. Якщо ви не використовуєте свої ресурси, вони почнуть зменшуватися. Знайте про свої медичні, пенсійні та інші пільги для дружини/чоловіка. Знайдіть приятеля по службі.

Майже неможливо пережити мобілізацію без принаймні одного співрозмовника. Не будьте занадто суворими до себе. Це нормально, якщо ви відчуваєте себе пригніченою або іноді боретеся з труднощами. Це абсолютно нормально. Немає жодної супер-родини військовослужбовців, які б справлялися з усім цим ідеально. Як тільки ви відчуєте себе комфортно в ролі дружини\мами\сестри\іншого родича військового, візьміть інші родини під своє крило і станьте для них наставником. Вони будуть любити вас за це. Долучайтесь до волонтерської діяльності. Важливо налагоджувати зв'язки і контакти, щоб мати підтримку, коли вона вам дійсно потрібна.

Родини військових - ваш найбільший актив. Цивільні друзі - це чудово, але немає нікого, хто розуміє виклики військового життя більше, ніж дружина військовослужбовця. Подружіться з якомога більшою кількістю людей. Військові шлюби - це велика праця. Шлюб - це період важкої праці. Додайте сюди виклики військового життя, і шлюб перетворюється на зовсім іншу гру. Зробіть свій військовий шлюб пріоритетом, щоб зберегти його міцним. Цінуйте, поважайте і підтримуйте свого чоловіка. Настільки ж, наскільки ви потребуєте підтримки від свого чоловіка, він також потребує вас.

Повернення військовослужбовця додому - це важко. Іноді найважче після розлуки навчитися відновлювати зв'язки і знову бути сім'єю - це найскладніша частина розлуки. Це нормально, якщо все йде не так, як ви сподіваєтесь. Це абсолютно нормально, що повернення додому може бути складним. Плануйте все заздалегідь. Коли у вас є плани, все йде набагато легше. Не сподівайтесь, що жоден з ваших планів не здійсниться. Військове життя змінюється щомиті. Очікуйте, що плани можуть змінитися. Зберігайте вірність своєму чоловіку. Це, напевно, здається очевидним, але інколи буває занадто складно пережити всі складнощі життя, поки чоловіки на службі. Будьте розумними, робіть мудрий вибір. Дайте своєму чоловікові поблажку. Військове життя може здаватися однаково приголомшливим і для військовослужбовця.

Знайте, що народження і виховання дітей у військовому житті відрізняється від цивільного життя. Це просто інша сторона виховання дітей. Вам доведеться пояснювати дітям, чому тато так часто відлучається на роботу, і допомагати їм переживати складні емоції, пов'язані з розлукою. Розробіть стратегію, як ви найкраще впораєтесь з мобілізацією чоловіка.

Дізнайтеся, що допомагає вам під час відсутності чоловіка. Чи допомагає повернення до рідного міста? Чи допомагає наявність кількох додаткових хобі? Чи допомагає поїдання шоколаду під ковдрою? Вивчити сленг. Вивчення мільярдів військових аббревіатур дійсно полегшує життя. Варто знати, як знайти підтримку та допомогу. Використовуйте групи у Facebook, військові веб-сайти, сторінки спільнот та блоги дружин військовослужбовців, щоб отримати підтримку у вашому регіоні. Приєднуйтеся до груп для матерів, якщо ви мама, або беріть участь в інших групах за інтересами у вашій громаді, щоб створити мережу. Також варто розуміти, що Ваш чоловік пропустить багато важливих подій. На жаль, для військовослужбовців дуже часто трапляється так, що вони пропускають дні народження, свята, важливі події і навіть весілля та народження дитини. Не сприймайте себе занадто серйозно. Ви не зобов'язані бути ідеальним дружиною. Будьте готові до можливості смерті, поранень і посттравматичного стресового розладу. Дуже важливо бути готовим до всього, що може статися. Неможливо підготуватися повністю, але знання про те, чого очікувати, якщо ви зіткнетеся з серйозною ситуацією, допоможе. Тримайте всі юридичні документи в порядку. Заповіти, довіреності, страхування життя... всі ці речі повинні бути правильно оформлені і зберігатися в сейфі у вашому домі.

Ваше ставлення - це все. Залишатися позитивним дуже допоможе. Запам'ятайте важливі номери. Запам'ятайте номер телефону свого чоловіка, робочий номер, номер соціального страхування тощо. Це полегшує життя. Ніколи не згадуйте нічого, пов'язаного з підготовкою або роботою Вашого чоловіка, у соціальних мережах. Ваша головна мета - захистити свого чоловіка і свою сім'ю. Зберігати в таємниці інформацію, яка має бути таємною, дуже важливо. Дізнайтеся про базову зарплату та спеціальні надбавки. Якщо ви одружені, фінансова прозорість дуже важлива. Ви обоє повинні знати, звідки надходять і куди йдуть гроші.

Спілкуйтеся, спілкуйтеся, спілкуйтеся. Тримайте лінії зв'язку зі своїм чоловіком відкритими. Якщо потрібно, читайте книги про те, як покращити спілкування у вашому шлюбі. Все це дійсно проходить так неймовірно швидко. Через деякий час ви озирнетеся назад і здивуєтеся, як ви взагалі пройшли через це. У вас є це!

ТЕМА 7.

СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ ТА РЕІНТЕГРАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ

Основні виклики соціальної адаптації ветеранів. Програми та ініціативи підтримки інтеграції. Роль урядових та громадських організацій у соціальній адаптації. Психологічні аспекти інтеграції у цивільне життя. Огляд національних програм: Державні та недержавні ініціативи з психореабілітації. Специфічні програми та центри реабілітації. Американський досвід психологічної допомоги військовослужбовцям і ветеранам війни. Перешкоди та стратегії подолання при адаптації ветеранів.

Ветерани в Україні, особливо ветерани з інвалідністю, потребують всебічної підтримки у сфері фізичного і психічного здоров'я, соціальної інтеграції та розширення економічних прав і можливостей. Це передбачає забезпечення доступу до якісної медичної допомоги, послуг психічного здоров'я та психосоціальної підтримки. Поряд з цим важливим переліком послуг, включаючи індивідуальні консультації, варто відзначити роль навчених представників громади, які не маючи формальної освіти у галузі психологічних консультацій, можуть вислухати ветеранів, виявляючи емпатію, та надавати базову підтримку у сфері психічного здоров'я. Кампанії з підвищення обізнаності, спрямовані на зменшення стигматизації психічного здоров'я щодо ветеранів, можуть сприяти зверненню за послугами та взаєморозумінню в громаді. Економічні ініціативи повинні охоплювати навчання, професійну підготовку, послуги працевлаштування та створення інклюзивних робочих місць. Групи взаємодопомоги та взаємодія з організаціями громади можуть сприяти соціальній активності та встановленню контактів у громаді. Для ветеранів з інвалідністю вирішальне значення має доступне житло, обладнане необхідними пристосуваннями. Підтримка ветеранських організацій відіграє значиму роль для успішної реінтеграції ветеранів. Фінансова допомога у вигляді грантів і програм фінансування може розширити можливості цих організацій, а розбудова потужностей в галузі організаційного управління – підвищити їхню ефективність. Можливості зі встановлення контактів для інформаційного обміну сприятимуть співпраці та згуртованості ветеранських організацій. Підвищення обізнаності про доступні послуги для ветеранів і членів їхніх сімей, включаючи процес отримання статусу члена сім'ї загиблого Захисника чи Захисниці України, має величезне значення. Поряд з цим, підтримкою для ветеранів, як вразливої категорії населення та членів їхніх сімей, може також бути допомога у подоланні бюрократичних процесів і робота над спрощенням адміністративних процедур у державних установах.

Взаємодія з ветеранами передбачає подолання негативних стереотипів та чуток про послуги підтримки, які можуть заважати їм звертатися по допомогу. Один із респондентів рекомендував створити комплексний

посібник для ветеранів як відправну точку для інформування їх про наявні ресурси та пільги, що вирішило б проблему обмеженої обізнаності. Правова допомога, особливо з таких питань, як право на землю, вважається цінною послугою для ветеранів. Варто пам'ятати про дієвість порад з вуст в уста для встановлення контактів з ветеранами, зміцнення довіри і надання рекомендацій про послуги. Було зазначено, що правова допомога має бути спеціалізованою – з військових питань – для задоволення конкретних потреб ветеранів. Організації, які прагнуть взаємодіяти з ветеранами, повинні використовувати різноманітні методи налагодження взаємодії, включаючи сарафанне радіо, соціальні мережі та залучення спільноти. Повідомлення повинні бути сформульовані в контексті надання допомоги ветеранам, а не як натяк на те, що у них є проблеми, що дасть їм можливість звертатися за допомогою без стигматизації. Співпраця між організаціями та місцевими групами підтримки ветеранів розглядається як важлива умова дієвої підтримки та просвітницької роботи. Ефективними каналами спілкування з ветеранами є месенджери та соціальні мережі, де обмін повідомленнями було б зосереджено на таких темах, як реабілітація та працевлаштування.

Для більшості респондентів військовий досвід не вплинув на їхнє почуття приналежності чи зв'язку з громадою: 52 відсотки повідомили про відсутність будь-яких змін. Майже 25 відсотків вважають, що їхнє почуття зв'язку покращилося, а майже 19 відсотків повідомили про його погіршення. Однак, жінки-ветеранки частіше повідомляли про значне погіршення свого почуття приналежності та зв'язку з громадою (24% жінок порівняно з 5% чоловіків). Це говорить про суттєву гендерну відмінність між чоловіками та жінками-ветеранками у їхньому сприйнятті наслідків військової служби для їхнього життя. Деякі чинники, які могли б пояснити таку розбіжність, включають традиційні гендерні ролі та стереотипи, які впливають на очікування суспільства щодо ролей чоловіків та жінок після проходження військової служби. Жінки-ветеранки можуть стикатися з особливими труднощами в питаннях примирення свого військового досвіду з суспільними очікуваннями щодо ролі жінки в суспільстві, культурними уявленнями про жіночність і особливими очікуваннями щодо поєднання сімейного життя з військовою службою. Це може викликати сильніше почуття ізоляції, нерозуміння або більшої дискримінації з боку громади. Крім того, жінки іноді залишаються менш помітними та отримують менше визнання в порівнянні зі своїми колегами-чоловіками, що призводить до того, що їх здобутки не помічають або недооцінюють. Повертаючись до цивільного життя, жінкам-ветеранкам також може бути важче знаходити мережі підтримки через меншу кількість жінок-ветеранок.

Трохи більше семи відсотків респондентів стикалися з перешкодами у процесі долучення до соціального життя своїх громад. Основні проблеми, які виникають при переході від військового життя до цивільного, включають подолання наслідків військової служби для фізичного чи психічного здоров'я

та орієнтація в складних цивільних бюрократичних процесах і паперовій тяганині.

Респонденти зазначили, що ветерани, як правило, надзвичайно пишаються своєю військовою службою та сподіваються, що широка громадськість розуміє, що вони не «хворі», але, можливо, пережили унікальний, складний досвід під час проходження служби. На їхню думку суспільство повинно проявляти більше розуміння та уникати нетактовних питань про досвід ветеранів, що підкреслює потребу у більшій емпатії. Ветерани високо цінують жести поваги та розуміння з боку суспільства, як-от дотримання меж особистого простору та утримання від нав'язливих питань. Вони визнають, що між ветеранами та суспільством можуть виникати непорозуміння, та підкреслили важливість покращення спілкування та співпереживання з обох сторін. Крім того, ветерани прагнуть, щоб їх сприймали як звичайних людей, а не як таких, які втратили адекватність сприйняття реальності через військову службу. Проте один з опитаних зазначив, що українське суспільство не повною мірою готове оцінити службу ветеранів та бути вдячними їм, підкресливши значний розрив у розумінні між військовим і цивільним життям. Інший опитаний підкреслив необхідність реалістичного зображення ветеранів, підкресливши, що багато з них – це звичайні громадяни, яких обставини змусили служити. На думку опитаного героїзм слід розглядати в більш широкому контексті, включаючи повсякденні аспекти життя ветеранів, а навички спілкування є важливими для всіх українців для кращого розуміння досвіду та проблеми ветеранів. Серед ветеранів також існує враження про наявність дискримінації у різних соціальних контекстах. Цілих 15 відсотків ветеранів за останні шість місяців особисто стикалися або були свідками випадків дискримінації або несправедливого поводження з ветеранами. Серед жінок-ветеранок цей показник є удвічі вищим (32%).

Варто відзначити, що порівняно з результатами попередніх досліджень видається, що дискримінація щодо ветеранів зменшується. Коли МОМ проводила опитування ветеранів у 2020 році, 49 відсотків ветеранів повідомили, що стикалися з дискримінацією за останні шість місяців, тоді як у 2022 році цей показник становив 43 відсотки. Незважаючи на попередній характер цього висновку, він може свідчити про те, що українське суспільство починає ставитися до ветеранів більш позитивно, можливо, через досвід країни після повномасштабного вторгнення. Найчастіше випадки дискримінації трапляються під час оформлення пільг ветеранам та членам їхніх сімей: 43 відсотки респондентів зазначили, що стикалися з випадками дискримінації або несправедливого поводження. Із незначним відривом, 28 відсотків повідомили, що стикаються з подібними проблемами у транспорті та при зверненні за медичними послугами. Дискримінацію у контексті працевлаштування відзначили 24 відсотки респондентів. Інші випадками дискримінації, про які зазначили респонденти, були звернення за адміністративними послугами (19%), звернення за адміністративними

послугами в установи соціального захисту (7%) та звернення за послугами в банківські установи (7%). Незначний відсоток, 2%, повідомили про випадки дискримінації в контексті отримання освітніх послуг.

На запитання про ступінь довіри різним громадським групам та державним установам найвищу оцінку ветерани дали Збройним силам: 48 відсотків повідомили про значний рівень довіри, а 40 відсотків – досить значний рівень. За цим слідує громадські об'єднання ветеранів, НАТО, міжнародні організації в Україні та Міністерство економіки України. Високі оцінки Збройним силам, ветеранським організаціям і НАТО можуть пояснюватися досвідом військової служби ветеранів. Набагато нижчі оцінки були дані політичним партіям, парламенту, місцевим органам влади, Уряду, державній службі і т. д. Цікаво, що на запитання про рівень довіри до Уряду та державної служби загалом, ветерани дали низьку оцінку. Однак, коли їх попросили надати оцінки конкретним міністерствам, наприклад, Міністерству соціальної політики, Міністерству охорони здоров'я та Міністерству оборони, вони дали більш позитивні оцінки.

У контексті потреб у підтримці в питаннях психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, 53 відсотки опитаних ветеранів отримали безкоштовну психологічну підтримку та реабілітацію після звільнення з військової служби. Майже 10 відсотків не знали про існування такої підтримки, а 32 відсотки не отримували такої підтримки. Однак 75 відсотків вважають, що отримання психологічної підтримки відразу після закінчення служби є нагальною необхідністю для ветеранів, що узгоджується з результатами опитування ветеранів, проведеного у 2022 році. Крім того, 46 відсотків ветеранів повідомляють, що хотіли б отримувати 27 психологічну підтримку. Чоловіки-ветерани та особи з інвалідністю дещо частіше говорили, що хотіли б отримати таку допомогу. Серед ветеранів, які проходили службу після лютого 2022 року, спостерігається зростання попиту на послуги психічного здоров'я порівняно з тими, хто проходив службу з 2014 по 2022 рік. Серед ветеранів, які проходили службу з 2014 по 2022 рік (до лютого 2022 року), 35,9 відсотків зазначили, що хотіли б отримувати психологічну підтримку, а серед тих, хто проходив службу після лютого 2022 року, 51,4 відсотки зазначили, що хотіли б отримувати таку підтримку. Ескалація війни після повномасштабного вторгнення у 2022 році призвела до зростання потреб ветеранів у контексті підтримки фізичного та психічного здоров'я. Між ветеранами, які були призвані на військову службу, і тими, хто був добровольцем або є кадровим військовим, не відзначається суттєвої різниці в попиті на послуги підтримки психічного здоров'я. Серед призваних на військову службу ветеранів 47 відсотків заявили, що хотіли б отримувати підтримку у сфері психічного здоров'я, в той час як серед добровольців і кадрових військових цей показник складає 46 відсотків. Таким чином, важливим фактором зростання попиту на послуги з підтримки психічного здоров'я видається збільшення інтенсивності війни.

На питання, який вид психологічної допомоги вони хотіли б отримати, найбільш високу оцінку одержали індивідуальна консультація з психологом (70%) і консультація з психологом саме у контексті досвіду проходження військової служби (58%). Групова терапія та курси є не такими популярними: користь у зустрічах з іншими ветеранами та ветеранськими групами самопомогі вбачають 35 відсотків опитаних. Сімейні консультації (32%), групові консультації (22%) та тренінги з управління стресом (31%) також отримали нижчі оцінки. На запитання про те, до кого звертаються ветерани за емоційною підтримкою, найпоширенішою відповіддю були члени сім'ї, друзі та колеги. Другим за популярністю варіантом відповіді є громадські об'єднання ветеранів, ветеранські простори, хаби та центри або ж сімейні лікарі. Один з опитаних висловив скептицизм щодо дієвості служб психологічної підтримки, зазначивши, що вони часто дотримуються стандартизованих підходів та шаблонів і не завжди здатні задовольняти конкретні індивідуальні потреби ветеранів. Було запропоновано започатковувати довгострокову індивідуальну співпрацю з фахівцями, включаючи психологів і психотерапевтів, з метою дієвого задоволення психологічних потреб ветеранів.

Літратура:

1. СОЦІАЛЬНА РЕІНТЕГРАЦІЯ ВЕТЕРАНІВ В УКРАЇНІ, МОМ, липень 2023 року [veterans-social_reintegration_ukr.pdf \(iom.int\)](https://iom.int/sites/default/files/2023-07/veterans-social_reintegration_ukr.pdf)

ТЕМА 8. ПРОФІЛАКТИКА НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ І ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗДАДІВ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.

Основні стратегії профілактики психічних порушень. Психосоцiалiзацiя та психологiчна пiдготовка ветеранiв. Використання технологiї мультидисциплiнарного скринiнгу. Прогнозування розвитку патологiчних станiв у вiйськовослужбовцiв, пов'язаних iз негативним стресом бойових дiй. Прогнозування розвитку негативних психiчних станiв у вiйськовослужбовцiв на основi iх iндивiдуально-особистiсних особливостей.

Пiд час бойових дiй самостiйне подолання бойового стресу — це важливий фактор успішного виконання завдань для вiйськовослужбовцiв i для пiдроздiлу загалом. Є кiлька ефективних порад, якi можуть допомогти бiйцям вправно подолати стрес i зберегти психiчне здоров'я:

1. Самопiзнання. Розумiння власних емоцiй та iхнiх джерел є ключовим кроком. Будьте вiдкритi перед самими собою стосовно своїх почуттiв i реакцiй на стресори.
2. Фiзична активнiсть. Регулярнi фiзичнi вправи можуть значно покiршити настрiй i зменшити рiвень стресу. Прогулянки, бiг або фiтнес стають чудовими засобами вивiльнення накопиченої напруги.
3. Медитацiя та релаксацiя. Технiки медитацiї та глибокої релаксацiї, дихальнi технiки можуть допомогти знизити рiвень тривожностi та покращити концентрацiю.
4. Пiдтримка. Обговорення почуттiв iз побратимами може сприяти розумiнню та допомагає знайти спiльнi рiшення.
5. Творчiсть. Живопис, музика або письмо (ведення щоденникiв) можуть стати важливим способом вираження емоцiй та допомогти попустити напругу.
6. Режим роботи та вiдпочинку. За можливостi, створiть стабiльний розклад, включаючи регулярний сон i перiоди вiдпочинку (навіть невеличкi, але регулярнi). Це сприятиме пiдтримцi фiзичного та психiчного здоров'я.

Якщо власнi зусилля не допомагають, важливо вчасно звернутися за психологiчною або психiатричною допомогою. Професiйний пiдхiд може виявитися ефективним у вiрiшеннi проблем.

Як допомогти побратиму з бойовим стресом

Допомога побратиму, який переживає бойовий стрес, може бути важливою та пiдтримуючою мiсiєю. Далi подано декiлька рекомендацiй, якi можуть бути корисними у цьому процесi:

1. Виявiть спiвчуття та розумiння. Починайте спiлкування з виявлення спiвчуття та розумiння до переживань побратима. Заохочуйте його вiдкритися та подiлитися своїми почуттями.

2. Слухайте уважно. Слухання — ключовий елемент підтримки. Намагайтеся дати можливість побратиму висловити свої думки та емоції без переривань або суджень.

3. Не тисніть на постраждалого. Уникайте намагань переконати або змусити розповідати більше, ніж побратим бажає. Залишайте простір для самовизначення та вираження.

4. Запропонуйте спільні заняття. Проведіть час разом, зробіть щось приємне та корисне.

Будьте готові до довготривалої підтримки, адже кожна людина реагує на стрес індивідуально. Зберігайте повагу та конфіденційність усієї інформації, яку вам довірено.

Важливо: заохочуйте побратима звертатися до фахівців, таких як психолог чи психіатр, якщо він відчуває потребу в додатковій допомозі.

Професійний підхід також дуже важливий при виборі засобів, які рятують життя на полі бою. Подбайте, щоб у вашій аптечці були якісні кровоспинні засоби, наприклад бандажі та турнікети, що виготовлені з дотриманням усіх діючих стандартів та вимог.

Профілактика бойового стресу

До виникнення бойового стресу та його психологічних наслідків підготуватися неможливо. Але все-таки є певні профілактичні методи, що можуть допомогти людині при виникненні такої ситуації.

Перш за все, важливо розуміти, що бойовий стрес є нормальною реакцією на небезпеку та загрозу. Важливо не пригнічувати свої емоції, але також не дозволяти їм контролювати наше життя. Звернення до психолога або консультанта може бути корисним для отримання практичних порад і психологічної підтримки.

Регулярна фізична активність може допомогти зменшити напругу та стрес. Вона сприяє виділенню ендорфінів, так званих «гормонів щастя» в організмі, переробці кортизолу та інших «гормонів стресу» і тим самим покращує настрій.

Ефективні стратегії релаксації, наприклад, медитація або глибоке дихання, заспокоюють нервову систему, знижують рівень тривоги. Не менш важливою є підтримка соціального оточення, розмова з близькими людьми, правильне харчування, достатній сон та уникнення шкідливих звичок.

Запровадження цих стратегій може значно покращити стійкість військовослужбовців до стресових ситуацій і зменшити ризик виникнення бойового стресу.

Психологічна реабілітація — комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого та соціального статусу особи, сприяння психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті; Психологічна реабілітація — частина загального реабілітаційного комплексу

(разом із медичною, професійною, соціальною), спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності, відновлення (корекцію) самооцінки й соціального статусу військовослужбовців, учасників бойових дій, із психічними розладами, бойовими травмами й каліцтвами. Ґрунтуючись на запропонованому підході щодо визначення поняття ПР важливо розглянути основні компоненти моделі психологічної реабілітації. Метою психологічної реабілітації є: збереження або відновлення фізичного та психологічного здоров'я, зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій, запобігання інвалідності, профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки. Реабілітація передбачає надання таких послуг: психологічна діагностика, психологічна просвіта та інформування, консультування, психологічна підтримка та супроводження, психотерапія, групова робота. Система психологічної реабілітації здійснюється поетапно. Основними її етапами є: – первинна психопрофілактика, що здійснюється на етапі перед убуванням військовослужбовців у район бойових дій для виконання завдань за призначенням (превентивна реабілітація); – заходи психологічної реабілітації здійснюються під час виконання військовослужбовцями завдань за призначенням в районі проведення бойових дій; – заходи психологічної реабілітації здійснюються після виведення військовослужбовців з району проведення АТО для їх відпочинку, доукомплектування особовим складом, відновлення бойової готовності (боездатності); – психологічна (медико-психологічна) реабілітація проводиться в лікувально-профілактичних закладах МО України, МОЗ України, які здійснюють первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу. П'ятий етап - відділення медико-психологічної реабілітації медичних центрів МО України та госпіталю ветеранів війни. Послуги з психологічної реабілітації надаються в загальній системі, окремо або в комплексі з іншими оздоровчими, фізкультурно-спортивними, санаторно-курортними, медико-психологічними та соціальними послугами. Ґрунтуючись на запропонованому підході щодо визначення поняття ПР важливо розглянути основні компоненти моделі психологічної реабілітації - функції, принципи, психологічні завдання, основні етапи, організаційні умови психологічної реабілітації, види психологічних послуг, напрямки діяльності. Функції моделі, спрямовані на проведення психологічної реабілітації учасників бойових дій:

- діагностична – вивчення особистості: його вікових і психічних особливостей, здібностей, стану його фізичного й морального здоров'я; ступені й направленості впливу мікросередовища;
- організаторська – організація професійної перепідготовки, входження в неї як активного суб'єкта;
- координаційно-посередницька – координація зусиль органів державної влади та місцевого самоврядування, центрів зайнятості,

навчальних закладів, громадських і благодійних організацій у проведення психологічної реабілітації учасників бойових дій;

- профілактична – використання всіх спеціально-правових, юридичних, психолого-педагогічних механізмів попередження й подолання негативних явищ, які можуть викликати безробіття;

- прогностична – прогнозування процесу професійного самовизначення особистості в період перепідготовки в навчальному закладі;

- конфліктно-захисна – попередження й розв'язання конфліктів у родині й у колективах безробітних у процесі перенавчання;

- функція психологічної підтримки – надання допомоги безробітним у вирішенні проблем особистісного характеру, зняття нервової напруги, стану тривожності, різного роду «комплексів» за допомогою наявних психокоррекційних і інших методів впливу. В основу розроблювальної моделі мають бути покладені принципи психологічної реабілітації. Аналіз наукових джерел і документів, вивчення досвіду ПЗ в ході проведення АТО, показує, що дієвість ПР, пов'язана з констатацією та необхідністю врахування її основних принципів: професійності, оперативності; системності; гнучкості; багатоступеневості, превентивності, партнерство. Перший з них передбачає залучення до проведення заходів психофізіологічної реабілітації фахівців, що мають спеціальну підготовку з оцінки функціонального стану людини, володіють методами соціально-психологічного вивчення й психофізіологічного обстеження; другий- оперативність означає доцільність надання психологічної допомоги одразу після закінчення впливу психотравмуючих стресорів бойових дій, третій – використання методів, що дають змогу здійснювати комплексний і взаємопов'язаний вплив на психіку військовослужбовців, виходячи зі структури основних форм прояву негативних наслідків ПТРС; четвертий – своєчасну зміну форм і методів психологічного впливу залежно від психічного стану військовослужбовців та умов проведення ПР; п'ятий- оперативне використання пунктів і центрів ПР різних рівнів залежно від складності розв'язуваних в процесі ПР завдань. Принцип превентивності передбачає апіорне «закладання», «вбудовування» в систему життєдіяльності військ таких елементів, які б у разі необхідності автоматично спрацювали й попередили розвиток у військовослужбовців бойових психічних травм.

Партнерство – передбачає усіляке залучення пацієнта в лікувально-відновлювальний процес. Психологи, які працювали в зоні бойових дій, виділяють ще ряд принципів ПР учасників бойових дій, серед яких: невідкладність; ранній початок реабілітаційних заходів; етапність лікування – від початку виникнення захворювання до кінцевого його наслідку; наближення реабілітаційних установ до лінії зіткнення сторін (для осіб, що повертаються в бойовий стрій); послідовність та безперервність лікування на всіх етапах; комплексний характер реабілітаційних заходів; простоти заходів (доступність для самих військовослужбовців, командирів, офіцерів органів МПЗ); дружби і військового товариства (є найефективнішим

антитравматичним засобом); індивідуальність – передбачає в процесі її планування й проведення ведення обліку рівня зниження професійно важливих якостей, наявності патохарактерологічних змін особистості, сприйнятливості і переносимості клієнтами різних медико- психологічних методів.

Завдання ПР.

- В інтелектуальній сфері: формування в суб'єкта ПР обсягу, глибини, дієвості знань про принципи ПР.
- У мотиваційній сфері: співвідношення суспільних і особистих інтересів; прагнення досягти ідеалів; правдивості; мети й сенсу життя; відношення до своїх обов'язків; потреби у встановленні контактів з іншими.
- В емоційній сфері: формування характеру моральних переживань, пов'язаних з нормами або відхиленнями від них і ідеалів: довіри, вдячності, співчуття, здатності розуміти інших і т.д.
- У вольовій сфері: формування вольових прагнень до реалізації життєвих планів: мужності, сміливості, принциповості.
- У сфері саморегулювання: формування свідомого обґрунтованого вибору, а саме: совісті, самооцінки, самокритичності, уміння співвідносити власну поведінку з поведінкою інших, добропорядності, самоконтролю.
- У предметно-практичній сфері: проявляти сумлінне відношення до дійсності; уміння оцінювати ситуацію на ринку праці й співвідносити із власними здібностями.
- У рефлексивній сфері: формування усвідомленого відношення до власних дій, прагнення до професійного самовдосконалення, любові до себе й інших.

Важливим компонентом моделі психологічної реабілітації є реалізація завдань ПР, які визначаються характером негативних психологічних наслідків ПТРС від з'ясування характеру та ступеню нервово-психологічних розладів до визначення індивідуально-особистісних особливостей реагування на отриману психологічну травму і відпрацювання реабілітаційних заходів, вивчення динаміки змін психічних станів у процесі реабілітації; діагностика функціонального стану фізіологічних систем організму

Специфічними завданнями ПР, що проводиться в зоні бойових дій, є: діагностика наявності, виду та рівня психічного розладу; евакуація військовослужбовців, яким потрібна госпіталізація для відновлення психічного здоров'я; нормалізація психічного стану, відновлення порушених (втрачених) психічних функцій до рівня, що дозволяє виконувати бойові завдання; корекція самосвідомості, самооцінки, самопочуття і бойової мотивації військовослужбовців, які отримали психічні розлади, фізичні каліцтва; надання допомоги військовослужбовцям у їх підготовці до хірургічних операцій, в купіруванні больових відчуттів у поранених, швидкому поверненні психотравмованих військовослужбовців у бойовій стрій підрозділів.

Модель психологічної реабілітації включає чотири основних етапи: діагностичний; психотерапевтичний; реадаптаційний і етап супроводу. Змістом діагностичного етапу є вивчення характеру наявних у військовослужбовців психологічних проблем, ступеня впливу цих проблем на їх психічне здоров'я і життєдіяльність, і, виходячи з цього, визначення способів психологічного впливу, необхідних для психологічної допомоги конкретному військовослужбовцю, який проходить реабілітацію. Здійснення психотерапевтичного етапу включає цілеспрямоване використання конкретних форм і методів впливу на психіку реабілітованих військовослужбовців, а реадаптаційний - психологічну підготовку військовослужбовців, які проходять реабілітацію, до майбутньої військової діяльності і міжособистісної взаємодії з оточуючими людьми. При цьому реадаптаційний етап здійснюється переважно при проведенні специфічної реабілітації. Етап супроводу включає спостереження за військовослужбовцями, їх консультування, і, в разі потреби, надання їм додаткової психологічної допомоги в процесі наступної після ПР життєдіяльності. Отже, командири (начальники), офіцери органів МПЗ, військові психологи мають цілеспрямовано впливати на свідомість і психіку військовослужбовців при виконанні завдань в особливих умовах, що сприятиме підтриманню морально-психологічного стану особового складу на рівні, необхідному для якісного виконання бойових завдань. Організаційні умови психологічної реабілітації: психологічна компетентність працівників служб соціально-психологічної реабілітації; психолого-педагогічна компетентність фахівців установ та закладів, де учасники бойових дій проходять реабілітацію; нормативно-правове забезпечення; фінансове забезпечення ПР; мережа центрів ПР; наявність регіональних програм надання психологічної допомоги учасникам бойових дій. Психологічна реабілітація передбачає надання таких послуг:

- психологічна діагностика – оцінка актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей отримувача послуг, контроль за його психічним станом, визначення потреби та оптимальних методів психологічної реабілітації;

- психологічна просвіта та інформування – інформування отримувача послуг для формування розуміння закономірностей функціонування людської психіки, поведінки людей в екстремальних умовах, формування навичок і способів управління можливостями власної психіки, надання самодопомоги та першої психологічної допомоги іншим особам, а також готовності та бажання отримувати професійну психологічну допомогу в разі потреби;

- психологічне консультування – комплекс короткострокових заходів, які здійснюються психологом і спрямовані на надання отримувачу послуг інформації з психологічних питань, емоційної підтримки, допомоги у прийнятті усвідомлених рішень та оцінці власних психологічних ресурсів для зміни поведінки, на розвиток відповідальності за власну поведінку,

самосвідомості та зміну ставлення до проблеми, підвищення стресостійкості та психологічної культури;

- психологічна підтримка і супроводження – система соціально-психологічних способів і методів, застосування яких сприяє соціально-професійному самовизначенню особистості в ході відновлення її здібностей, ціннісних орієнтирів і самосвідомості, підвищенню її конкурентоспроможності та адаптованості, подоланню стресових та інших життєвих ситуацій і запобіганню виникненню психологічних кризових станів;

- психотерапія – використання методів психологічного впливу для розв’язання особистісних та міжособистісних проблем із застосуванням стандартизованих процедур в індивідуальній або груповій формі, спрямованих на відновлення порушеної діяльності організму отримувача послуг з метою відновлення або компенсації його психічних функцій, особистісних якостей, міжособистісних стосунків, а також поліпшення якості життя;

- групова робота – проведення психологічних тренінгів, інтерв’ю, занять із психологічної просвіти та інформування для груп підтримки із застосуванням стандартизованих процедур, спрямованих на саморозкриття учасників таких груп, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів розв’язання власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання та саморозвитку, опанування нових комунікативних і поведінкових стратегій.

Основними компонентами моделі психологічної реабілітації учасників бойових дій є: визначення напрямків діяльності із запобігання негативним психічним станам військовослужбовців; функції, принципи, завдання, етапи проведення ПР; виявлення рівнів соціально-психологічної дезадаптації особистості, яка викликана дією факторів посттравматичного стресу бою; розробка комплексу заходів щодо ПР відбудовного періоду військової діяльності; соціально-психічна адаптація учасника бойових дій у суспільстві, ефективна реалізація якої можлива в процесі виконання запропонованих рекомендацій. Психологічна реабілітація та реадаптація мають стати одним з ефективних інструментів подолання негативних наслідків участі особового складу Збройних Сил України, Національної гвардії України, Державної прикордонної служби України та інших збройних формувань та правоохоронних органів в бойових діях і спрямовуватись на відновлення психічних функцій, особистісних властивостей і системи відносин особистості військовослужбовця, що дозволяють йому успішно вирішувати бойові завдання і функціонувати після їх виконання в мирному соціумі. Необхідна Державна програма реабілітації учасників бойових дій щоб поєднувати зусилля держави, суспільства і враховувати досвід іноземних держав. Програма повинна передбачати законодавчо закріплені гарантії та аспекти реабілітації й адаптації, що безпосередньо стосуються учасників бойових дій. Її основними завданнями мають бути профілактика ПТСР,

прискорення душевного і психічного одужання ветеранів бойових дій, підтримання та надання допомоги, поступове перетворення їх на соціально активних громадян нашого суспільства.

Література:

1. [Бойовий стрес: що це, наслідки, алгоритм протидії - Компанія "Січ-Україна" \(sich.ua\)](http://sich.ua)
2. A psychological rehabilitation of military actions participants: theoretical and methodological grounds of the model. В. Алещенко. *Психологічний журнал* 3'2019 с. 10-21.

ЛІТЕРАТУРА ДО КУРСУ:

Основні нормативні акти:

1. Етичний кодекс психолога.
2. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (далі - Закон)
3. Конституція України від 28 червня 1996 року // Відомості Верховної Ради України. 1996. № 30. Ст. 141 (зі змінами внесеними Законом України «Про відновлення дії окремих положень Конституції України» № 1401-VIII від 02.06.2016, ВВР, 2016, № 28, (ст.532).
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 листопада 2022 року № 1338 «Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб»

Підручники:

1. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. К.: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
2. Консультативна психологія: підручник / І.С.Булах, В.У.Кузьменко, Е.О.Помиткін [та ін.] : Вінниця: ТОВ «Нілан-ЛТД», 2014. 482 с.

Навчальні посібники, інші дидактичні та методичні матеріали:

3. Балашова С. П., Васильєв С. П., Дубровинський Г. Р. Практичний курс військової психології. Навчальний посібник / С.П. Балашова. – Ч.П. – К., 2013. – 170с.
4. Кокур О. М. та ін. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Кокур, В. В. Ключков, В. М. Мороз, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. – Київ-Одеса : Фенікс, 2022. – 128 с. ISBN 978-966-928-814-1
5. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
6. Кокур О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.
7. Ми ПЕРЕЖИЛИ. Техніки відновлення для сімей військових, цивільних та дітей. Друге видання: практ. посіб. для внутрішньо переміщених осіб, демобілізованих та їхніх сімей / Психологічна кризова служба ГО «УАФПНПП», Посольство Сполученого королівства Великої Британії та Північної Ірландії в Україні. [авт.- уклад. Г. Циганенко, О. Масик, О.

Григор'єва та ін.] за наук. ред. Г. В. Циганенко. — Дніпро: Середняк Т.К., 2019, — 96 с.

8. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. — Київ, 2018. — 236 с.

9. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. — Київ, 2018. — 240 с.

10. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. — Київ, 2018. — 208 с.

11. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів : метод. посіб. / Н. В. Павлик. Київ, 2020. 92 с. Бібліогр.: с. 90-92.

12. Психологія індивідуальної роботи з військовослужбовцями: навчально-методичний посібник / А. Неурова, А. Романишин. Київ. 2023. 335 с.

13. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України, Наук.- дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Евєрт. — К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. — 147 с https://www.mil.gov.ua/content/pdf/avp_book.pdf.

14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Київ, 2018. Т. 1. 208 с.

Монографії та інші наукові видання:

1. Агарков О.А., Буканов Г.М. Бойова психологічна травма: теоретичний аналіз. Габітус. 2024. № 60

2. Агарков О.А. Особистість у кризових умовах сучасності. Травматизація та реабілітація : колект.монограф.; за аг.ред. Л.М.Пріснякової.Дніпро: Дніпров. гум. ун-т, 2024. 324 с. С. 1-38

3. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. *Психологічний журнал*. 2019. Вип. 3. URL: <http://psyj.udpu.edu.ua/issue/view/11893>

4. Блінов О.А. Діагностика бойового стресу за допомогою опитувальника ОБСБ *Вісник Національного університету оборони України* (64) /2021DOI: 10.33099/2617-6858-21-64-6-5-18

5. Борисова О. Інтрузії у формі флешбеків як ядерний маркер посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2023. Випуск 18. С. 10–20 *Visnyk of the Lviv University. Series Psychological sciences*. Issue 18. P. 10–20. DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2023.18.2>

6. Борисова О.О. Методика ведення першої бесіди психолога з учасниками/учасницями бойових дій DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.6>

7. Борисова О.О. Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». *Загальна психологія. Історія психології. Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 34 (73) № 3 2023 DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/01>

8. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців – учасників бойових дій у системі соціальних служб : автореф. дис. ... докт. пед. наук. Тернопіль, 2019. 42 с.

9. Буковська О. О. Гірченко О. Л. Сучасні напрямки психологічної реабілітації кризових станів, викликаних екстремальними ситуаціями. *Актуальні проблеми психології : збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка. Екологічна психологія*. 2019. Т. VII. Вип. 47. С. 19-27.

10. Гарець Н.О., Варакута М.Л. Аналіз динамічних характеристик психологічного ресурсу особистості. Традиційні та інноваційні підходи до наукових досліджень : *матеріали IV Міжнародної наукової конференції, м. Житомир, 10 лютого, 2023 р. Міжнародний центр наукових досліджень. Вінниця : Європейська наукова платформа, 2023. 260 с. С. 210-214* <https://doi.org/10.36074/mcnd-10.02.2023>

11. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально- психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО : посібник для ведучих груп. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.

12. Зарецька Н. В., Гридковець Л. М. Організаційні засади надання психологічної реабілітації учасникам АТО членам їх сімей. *Вісник КІБіТ*. 2016. № 7. С. 26–33.

13. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Н.А. Агаєв та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

14. Зубовський Д. С. Особистісне зростання учасників АТО у посттравматичний період : дис. канд. психол. н. : 19.00.09 / Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. Київ, 2019. 195 с.

15. Карачинський О. А. Трансформація смислових структур особистості комбатантів у реабілітаційний період : дис. канд. психол. н. : 19.00.09 / Національний університет оборони України імені Івана Черняхівського. Київ, 2019. 175 с.

16. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах : монографія. Харків : НА НГУ, 2021. 75 с.

17. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.

18. Макаренко С. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *PSYCHOLOGICAL JOURNAL* № 3 (13) 2018. DOI (Issue): <https://doi.org/10.31108/2018vol13iss3>

19. Паливода Л. І. Проблема визначення понять «психічна травма», «психологічна травма» і «травма втрати» у психологічних проекціях. Вчені

записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. 2021. Том 32 (71). № 6.

20. Посттравматичний стресовий розлад: причини та клінічні прояви «Journal of Psychology Research», Vol. 29 No. 12 (2023), с. 45-54. Алещенко О.В., Ткаченко Н.В.

21. Путівник для ветеранів і членів їхніх родин у межах системи надання психологічної, медико- психологічної, психіатричної допомоги. Збірник напрацювань і адаптованих матеріалів з досвіду діяльності Гарячої лінії кризової підтримки Українського ветеранського фонду / автори Лашко О. В., Вареня Т. В., Тимофієв В. Г., Кошова І. В., Петрушко Є. М., Орловська Н. М., Циганкова Г. Ю., Тернопільська І. Д., Діденко О. В.. - 2023. – XX с.

22. Реабілітація учасників бойових дій в Україні: досвід та перспективи : *Тези доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції*. Хмельницький, 2018. 232 с.

23. Реінтеграція ветеранів з інвалідністю : методичний посібник / укладачі: Соцька А., Олійник В., Гусак Н., Демко С., Головка Н., Чорнобровкіна В., Акименко Ю., Мельник Д., Сіренко Т., Лоюк І., Лялька Т. ; упорядниці матеріалів: Волгіна О., Іванова О., Лялька Т. ; Програма розвитку ООН у співпраці з Міністерством у справах ветеранів України. Київ, 2022. 78 с.

24. Трансформації особистості в умовах соціально-політичних та економічних змін : колект. монограф. ; за заг. ред. Л. М. Пріснякової. Дніпро : ЛПРА, 2023. 250 с. С. 113–131.

25. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово». 2020. 179 с.

26. Ткаченко Н.В., Алещенко О.В. Соціальна адаптація й копінг стратегії демобілізованих комбатантів. «Перспективи та інновації науки (Серія «Педагогіка», Серія «Психологія», Серія «Медицина»)»: журнал. 2025. № 4(50) 2025. С.2669, С.1800-1810

27. Liudmyla Prisniakova, Oleh Aharkov, Iryna Agapova Environmental anxiety and its impact on the mental health of the individual E3S Web of Conf. Volume 452, 2023 XV International Online Conference “Improving Farming Productivity and Agroecology – Ecosystem Restoration” (IPFA 2023). URL: <https://doi.org/10.1051/e3sconf/202345201009>

ІНШІ ДЖЕРЕЛА:

15. Бриндіков Ю. Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців - учасників бойових дій в системі соціальних служб : дис. ... д-ра педагогічних наук: 13.00.05 / Тернопільський нац. пед. ун-т ім. В. Гнатюка. Тернопіль, 2019. 559 с.

1. Особливості психічного стану учасників бойових дій. ULR: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/21539/1/59-61.pdf>
2. Сергій Васильович Тamarin система психологічної підтримки учасників бойових дій сектору безпеки і оборони. ULR: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/https://dspace.univd.edu.ua/server/api/core/bitstreams/f32941ac-c10d-4d31-a285-5b8406722964/content>
3. “The Biopsychosocial Model Approach” (PDF). Rochester University. Rochester University. Retrieved 18 April 2019. ULR: <https://www.urmc.rochester.edu/medialibraries/urmcmedia/education/md/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf>