**МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ**
**ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Факультет соціально-гуманітарних технологій,**
**спорту та реабілітації**

**Кафедра психології, педагогіки та суспільних дисциплін**

# КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

**на тему: Технології подолання посттравматичного стресового розладу у співробітників силових структур**

Здобувача вищої освіти
другого(магістерського) рівня
ПСМЗ-22-1 групи,
спеціальності 053 «Психологія»
ОПП «Психологія. Психологія бізнесу» _____ **Ірина Іванівна Сінічук**
*підпис здобувача вищої освіти*

Науковий керівник _____ **О. Г. Льовкіна**
*підпис наукового керівника* д.філос.н., професор

Гарант освітньо-
професійної програми _____ **О. О. Нежинська**
*підпис керівника ОПП* к. психол.н., доцент

Допущено до захисту за рішенням кафедри
психології, педагогіки та суспільних дисциплін
протокол від «1» грудня 2023 р. № 7

Завідувач кафедри _____ **І. О. Пєтухова**,
*підпис* к. пед. н., доцент

Ірпінь – 2024

Реєстрація № 12 17.03.24 _____
(дата) (підпис відповідальної особи)

Результати перевірки до захисту 01.12.2023 _____
(до захисту, на доопрацювання) (дата) (підпис)

Результат захисту 85 09.02.24 _____
(оцінка) (дата) (підпис)

Голова комісії: _____ С. І. Корсун
(підпис) (ініціали, ПІБ)

Члени комісії: _____ О. О. Нежинська
(підпис) (ініціали, ПІБ)

_____ І. О. Пєтухова
(підпис) (ініціали, ПІБ)

_____ М. Ю. Заушнікова
(підпис) (ініціали, ПІБ)

**МІНІСТЕРСТВО ФІНАНСІВ УКРАЇНИ**
**ДЕРЖАВНИЙ ПОДАТКОВИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Факультет соціально-гуманітарних технології, спорту та реабілітації
Кафедра психології, педагогіки та суспільних дисциплін
Спеціальність 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма «Психологія. Психологія бізнесу»

**Затверджую:**
Завідувач кафедри психології, педагогіки та суспільних дисциплін
_____ І. О. Пєтухова

**Завдання на кваліфікаційну роботу**
**здобувача вищої освіти**

Сікічук І. І.
(прізвище, ім'я, по батькові)

*Тема кваліфікаційної роботи*: **Технології подолання посттравматичного стресового розладу у співробітників силових структур**

Затверджена наказом ректора від 08. 02. 2023 № 180

*Термін подачі закінченої роботи*: 25.12.2023

*Цільова установка*: полягає у систематизації теоретичних напрацювань зарубіжних та вітчизняних вчених щодо проблематики та особливостей посттравматичного стресового розладу; проведенні емпіричного дослідження посттравматичного стресового розладу в співробітників силових структур; розробці та впровадженні психокорекційних заходів посттравматичних стресових розладів.

*Мета роботи* — полягає у теоретичному описі та експериментальному дослідженні індивідуально-психологічних особливостей переживання посттравматичного стресового розладу співробітниками силових структур в умовах воєнного стану.

*Об'єктом дослідження* є посттравматичний стресовий розлад у співробітників силових структур в умовах воєнного стану.

*Предметом дослідження* є арт-терапія, як засіб психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

*База дослідження:* військова частина А3018. Досліджуваними були 40 військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій.

# Календарний план виконання роботи

| № п/п | Назва етапів кваліфікаційної роботи | Строк виконання етапів роботи | |
|---|---|---|---|
| | | За планом | Фактично |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Вибір теми, вивчення літературних джерел та складання плану роботи | 30.10.2022 | 28.10.2022 |
| 2. | Підготовка першого розділу роботи та подання її керівнику | 30.03.2023 | 24.03.2023 |
| 3. | Підготовка другого розділу роботи та подання її керівнику | 30.06.2023 | 23.06.2023 |
| 4. | Підготовка третього розділу роботи та подання її керівнику | 20.09.2023 | 15.09.2023 |
| 5. | Доопрацювання роботи з урахуванням зауважень керівника | 20.10.2023 | 16.10.2023 |
| 6. | Попередній захист роботи | 01.12.2023 | 01.12.2023 |
| 7. | Отримання відгуку керівника роботи | 20.12.2023 | 18.12.2023 |
| 8. | Публікація тез у збірнику наукових матеріалів | до 20.12.2023 | 20.04.2022 |
| 9. | Отримання зовнішньої рецензії | до 15.01.2024 | 12.01.2024 |
| 10. | Допуск роботи зав. кафедри до захисту | до 15.01.2024 | 12.01.2024 |
| 11. | Захист роботи | 31.01.2024 | 01.02.2024 |

1. Дата видачі завдання «19» грудня 2022
2. Керівник кваліфікаційної роботи _____ І. О. Пєтухова
3. Керівник освітньо-професійної програми _____ О. О. Нежинська
4. Завдання до виконання отримав

   здобувач вищої освіти _____ І. І. Сінічук

# АНОТАЦІЯ

У роботі розкрито та систематизовано структуру та теоретичні основи напрацювання зарубіжних та вітчизняних вчених щодо проблеми посттравматичного стресового розладу у співробітників силових структур.

Визначено психологічні особливості прояву посттравматичних стресових розладів в учасників військових дій.

Проведено огляд технологій подолання посттравматичного стресового розладу в Україні.

Проведено емпіричне дослідження посттравматичного стресового розладу в співробітників силових структур. За даними цих досліджень, проведено аналіз.

Розроблено та впроваджено психокорекційну програму з подолання посттравматичних стресових розладів військовослужбовців. Проведена оцінка її ефективності.

Надані практичні рекомендації психологам щодо подолання посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

***Ключові слова:*** посттравматичний стресовий розлад, травматичний стрес, гострий стресовий розлад, психологічна модель, психологічна травма, бойова травма, програма реабілітації.

## ANNOTATION

The work reveals and systematizes the structure and theoretical foundations of the work of foreign and domestic scientists on the problem of post-traumatic stress disorder in employees of security forces.

The psychological features of the manifestation of post-traumatic stress disorders in the participants of military operations have been determined.

A review of technologies for overcoming post-traumatic stress disorder in Ukraine was conducted.

An empirical study of post-traumatic stress disorder in law enforcement officers was conducted. According to the data of these studies, an analysis was carried out.

A psychocorrective program to overcome post-traumatic stress disorders of servicemen was developed and implemented. It has been evaluated efficiency.

Practical recommendations for psychologists on overcoming post-traumatic stress disorders of military personnel are provided.


***Keywords:*** post-traumatic stress disorder, traumatic stress, acute stress disorder, psychological model, psychological trauma, combat trauma, rehabilitation program.

# ЗМІСТ

**ВСТУП** 7

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У СПІВРОБІТНИКІВ СИЛОВИХ СТРУКТУР** 11

1.1 Структура та поняття посттравматичного стресового розладу 11

1.2 Психологічні особливості прояву посттравматичних стресових розладів в учасників військових дій 22

1.3 Огляд технологій подолання посттравматичного стресового розладу в Україні 28

Висновки до 1 розділу 40

**РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В СПІВРОБІТНИКІВ СИЛОВИХ СТРУКТУР** 41

2.1.Характеристика методичного інструментарію та хід дослідження 41

2.2.Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження 46

Висновки до 2 розділу 50

**РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ СПІВРОБІТНИКІВ СИЛОВИХ СТРУКТУР ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ** 52

3.1. Розробка та впровадження психокорекційної програми з подолання посттравматичних стресових розладів військовослужбовців 52

3.2. Оцінка ефективності психокорекційної програми 70

3.3.Практичні рекомендації психологам щодо подолання посттравматичних стресових розладів військовослужбовців 75

Висновки до 3 розділу 77

**ВИСНОВКИ** 79

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ** 82

**ДОДАТКИ** 86

# ВСТУП

***Актуальність дослідження.*** Протягом вже понад двадцяти місяців все населення України перебуває на межі фізичного виживання і наражається на небезпеку для життя. Багато хто потерпає від безсоння через постійний нічний терор атаками дронів-камікадзе та ракет. Більшість населення живе в умовах постійної загрози, при цьому значна частина країни окупована російськими військами, і багато хто пережив найжахливіші звірства війни, пов’язані з варварською поведінкою окупантів, тортурами і насильницькою «русифікацією». Ці обставини створюють підґрунтя для вираженої уразливості українців до всіх травм, пов'язаних з війною, і розвинення низки проблем психічного здоров'я в безпрецедентних масштабах, включаючи посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).За нинішніми прогнозами Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) 3-4 мільйони людей потребуватимуть медикаментозного лікування психічних розладів, спричинених війною. Близько 15 мільйонів потребуватимуть інших видів психологічної підтримки, щоб збалансувати свій крихкий емоційний стан.

Порівняно із загальним населенням військовослужбовці мають вищий ризик розвитку ПТСР через саму природу перебування в бойових умовах та інтенсивність повторюваних ситуацій, що загрожують життю. Широкомасштабне збройне вторгнення Росії на територію нашої країни стало для військовослужбовців сектору безпеки та оборони України періодом суворого випробування їх фізичних сил і психологічних можливостей. Жорстка регламентація та вимогливість військової служби, значні моральні, психологічні та фізичні навантаження накладають помітний відбиток на психічний стан, поведінку, психічне здоров‘я військовослужбовців України. Крім того, професійна діяльність співробітників силових структур є тим особливим видом праці з певними вимогами до неї, в якої помилки особового складу, як показує досвід останнього часу, мають вкрай негативні наслідки та можуть призвести не тільки до отримання поранень, але й загибелі особового складу.

На відміну від гострої стресової реакції, посттравматичний стресовий роз-

лад (ПТСР) виникає не під час травмуючої події, а у віддалені терміни – після виходу людини зі стану надтяжкого стресу. Латентний період складає, як правило, 2-6 місяців з моменту отримання психологічної травми.

Психологічні наслідки несення служби, виконання спеціальних завдань в умовах воєнного стану призводять до того, що при поверненні з фронту, через загострене почуття справедливості, підвищену тривожність, «вибухові» реакції, що періодично виникають у відповідь на будь-які подразники, депресивні стани, у співробітників силових структур порушується соціальна взаємодія, виникають сімейні конфлікти, у таких людей втрачається інтерес до суспільного життя, знижується активність при вирішенні життєвоважливих проблем.

Проблему виникнення травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) вивчали і вітчизняні, і зарубіжні психологи та науковці, а саме: А. Кардінер, А. Меркер, Г. Сельє, Дж. Мітчел, З. Фрейд, Р. Яноф-Бурман, та ін. Відомо про науковий доробок в галузі вивчення механізмів розвитку стресу та ПТСР (Р. Лазарус, С. Фолкман); психологічні основи впровадження в практику технологій діагностики та подолання стресових розладів, зокрема ПТСР (В. Лисенко, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С. Яковенко).

Не зважаючи на те, що кількість здебільшого емпіричних досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків перебування людини в травматичній ситуації, за останні десятиліття швидко збільшується, теоретико-методологічні та прикладні аспекти цієї проблеми залишаються або невирішеними, або дискусійними.

***Об'єктом дослідження*** є посттравматичний стресовий розлад у співробітників силових структур в умовах воєнного стану.

***Предметом дослідження є*** арт-терапія, як засіб психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

**Мета** дослідження полягає у теоретичному описі та експериментальному дослідженні індивідуально-психологічних особливостей переживання посттравматичного стресового розладу співробітниками силових структур в умовах воєнного стану.

Відповідно до мети дослідження були окреслені наступні ***завдання*:**

**1.** Провести теоретичне дослідження наукових підходів до вивчення посттравматичного стресового розладу.

**2.** Провести емпіричне дослідження по виявленню посттравматичного стресового розладу у співробітників силових структур - учасників бойових дій.

**3.** Розробити та впровадити психокорекційну програму психокорекції посттравматичних стресових розладів співробітників силових структур.

**4.** Провести аналіз ефективності впливу впровадженої психокорекційної програми.

Для розв'язання поставлених завдань були використані методи:

*а) теоретичні* – аналіз, синтез, узагальнення, порівняння та класифікація літературних джерел;

*б) емпіричні* – спостереження, опитування; тестування; констатувальний експеримент, формувальний експеримент.

*в) статистичні* методи обробки експериментальних даних – виявлення кореляційних зв'язків за допомогою критерію рангової кореляції Спірмена. Розрахунки були проведені за допомогою пакету статистичних програм SPSS Statistics 17.0, Microsoft Office Excel 2010.

Для розв'язання поставлених завдань щодо виявлення особливостей психокорекції посттравматичних стресових розладів співробітників силових структур було використано ряд діагностичних методик:

1. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (для військови).
2. Опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі.
3. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій.

***Практична значущість*** роботи полягає в тому, що матеріали даного дослідження можуть бути використані у роботі як психологів так і арт-психологів. Результати дослідження можуть бути застосовані в діяльності практичних психологів, в корекційно-розвивальній, консультативній, просвітницькій та освітній діяльності, а також для розробки різних тренінгових програм. Застосування на практиці методів психокорекції посттравматичних стресових розладів

військовослужбовців призведе не тільки до ефективного спілкування, а й до підвищення психологічного клімату, поліпшення продуктивності інтелектуальної та творчої діяльності, що є необхідними умовами військової служби.

***Експериментальна база дослідження.*** Дослідження здійснювалося на базі бойової частини А3018. Досліджуваними були 40 військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій.

***Апробація результатів роботи***. Апробацію результатів дослідження було здійснено під час обговорення панельних дискусій на VIII Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми психологічної та соціальної адаптації в умовах кризового суспільства» – 20.04.23, тези на тему: «Причини виникнення посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців».

**Структура і обсяг роботи.** Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (47 найменувань) та 3 додатків. Основний зміст роботи викладений на 75 сторінках. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи становить 107 сторінок.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ВИВЧЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ У СПІВРОБІТНИКІВ СИЛОВИХ СТРУКТУР

## 1.1 Структура та поняття посттравматичного стресового розладу

Синдром, уподібнений, що ми зараз називаємо посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), спостерігався у солдатів під час війни 1861−1865 рр. у США. Назву мав «серце солдата» через наявність вегетативних симптомів з боку серця. Під час Першої світової війни цей синдром мав назву «шрапнельний шок», або «бойова втома» і передбачалося, що він спостерігався в результаті травм, викликаних розривами снарядів. Потім повідомлялося про посттравматичний стрес у фашистських таборах і у тих, хто вижив після атомного нападу на Японію [44]. Патологічні симптоми були виявлені у цих ситуаціях та корелювалися з тяжкістю стресу − найважчі стреси (наприклад, в концтаборі) викликали появу синдрому більш ніж у 75% постраждалих. Професор Кардинер саме у 1941 році провів одне з перших систематичних досліджень феномена, який отримав назву «хронічний військовий невроз». Вперше було дано вичерпний опис симптомів: 1) збудливості і дратівливості; 2) неприборканого типу реакції на раптові подразники; 3) фіксації на обставинах травмуючої події; 4) відходу від реальності; 5) схильності до некерованих агресивних реакцій [47].

На кінець 70-х років вже було зібрано велику частку, що свідчить про те, що жертви, не дивлячись на різний характер подій, що викликали психічну трав-му, мали ряд загальних і повторюваних симптомів психічних розладів. Оскільки ці розлади не відповідали жодній з нозологічних форм в цілому, у 1980 році саме термін «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) був запропонований для позначення відстрочених або тривалих негативних наслідків стресових ситуацій. Сучасне розуміння посттравматичного стресового розладу (ПТСР) остаточно сформоване в 1980-х роках.[49]

За даними Українського медичного часопису, і зокрема Устінова О. В., результати численних досліджень свідчать, що психологічний стан, який розвивається внаслідок впливу травматичної події, не належить до жодної з відомих у клінічній практиці класифікацій. «Комплекс певних симптомів, що спостерігалися у тих, хто пережив травматичний стрес в минулому, одержав назву «посттравматичний стресовий розлад» – ПТСР (Posttraumatic Stress Disorder). Критерії діагностики цього розладу були включені до Американського національного діагностичного психіатричного стандарту (Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders) і зберігаються там сьогодні. З 1994 р. ці критерії включені й у європейський діагностичний стандарт МКХ-10 (International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death – ICD-10)», – зазначає Устінов О. В. [43]

За міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-10) посттравматичний стресовий розлад кодується як F43.1 і розвивається в результаті отриманої важкої психічної травми. Хоча насправді, в даний час єдиного визначення терміну посттравматичного стресового розладу немає, проте існує безліч трактувань щодо цього діагнозу з огляду симптомів і наявних ознак цього психічного розладу.[34]

Посттравматичний стресовий розлад, (PTSD, ПТСР, посттравматичний синдром), за визначенням М. Фрідмана – це психічний розлад, своєрідний різновид неврозу, що виникає в результаті переживання однієї чи кількох психотравмуючих подій, таких як, наприклад, військові дії, теракти, аварії чи стихійні лиха, катастрофи, а також важка фізична травма, побутове чи статеве насильство, загроза смерті або перебування свідком чужої смерті. ПТСР проявляється як довготермінова реакція на отриману стресову ситуацію – за визначенням профільних лікарів його дія спостерігається щонайменше після чотирьох тижнів після травматичної події. [11]

За визначенням Міністерства охорони здоров'я України від 2016 року, ПТСР є психічними розладами, що розвиваються у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбар-

дування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов’язані з загрозою для влас-ного життя (або іншої людини) або фізичної недоторканності та обумовили силь-ний страх, безпорадність або жах. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провину, сором, гнів або емоційне оніміння. [2]

Ознаки ПТСР зображені на рис.1.1.1 [3]

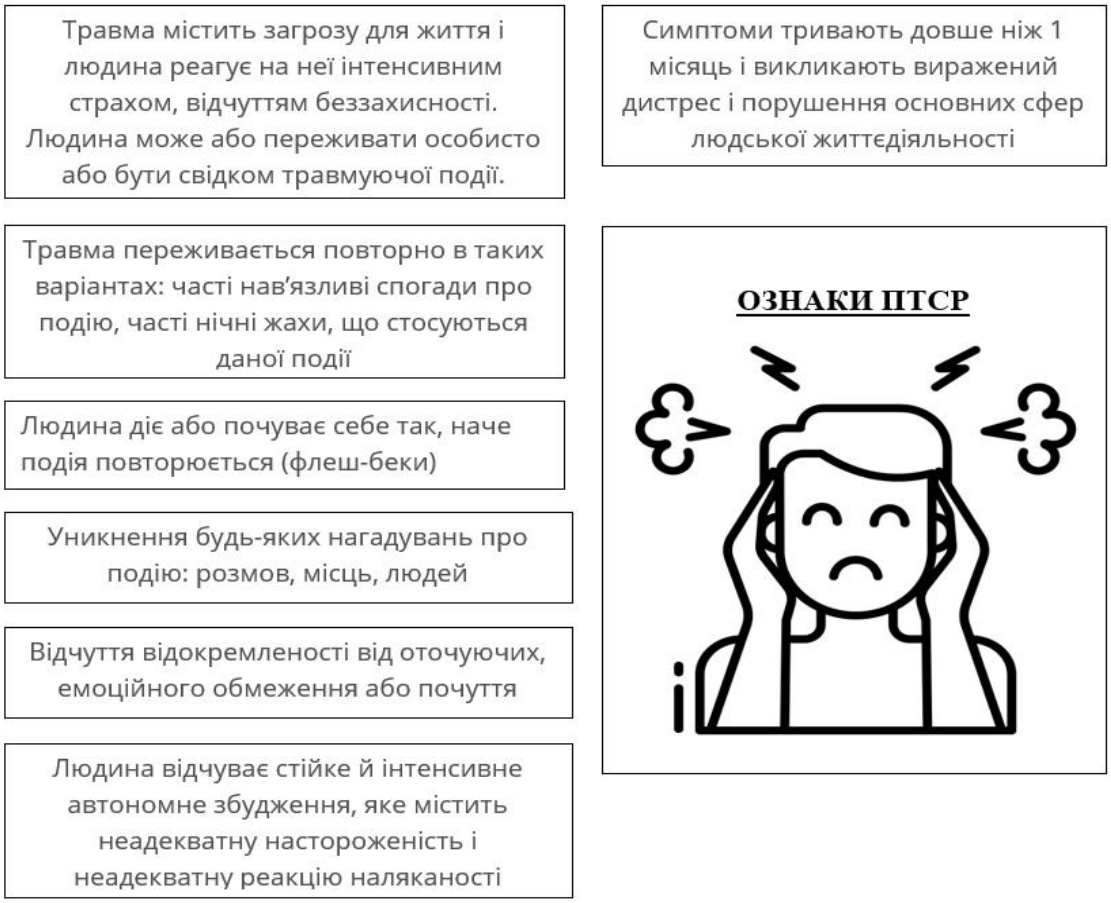



Рис. 1.1.1 Ознаки ПТСР.

До такого роду стресорів можуть відносяться наступні чинники: серйозна загроза для життя або фізичної цілісності, насильство; домашнє насильство або знущання в дитячому віці; травми, пов’язані з професійною діяльністю; травми, зумовлені серйозними проблемами зі здоров’ям чи пологами, зокрема реаніма-ційні заходи або мертвонароджені діти; війна та політичні конфлікти; катування; вимушене вбивство людини, серйозне фізичне ушкодження (поранення). [3]

Тривалість прояву наведених нижче симптомів має становити не менше

одного місяця з моменту травматичної події, для того щоб підтвердити діагноз, стверджує М. Максимець.

До основних симптомів синдрому ПТСР відносяться:

- порушення сну; патологічні спогади (нав'язливі повернення);
- нездатність згадати – амнезія на деякі події (уникнення); надчутливість (підвищена пильність);
- надзбудження (неадекватна надмобілізація). [11]

До вторинних симптомів ПТСР спеціалісти відносять: депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм, соматичні проблеми, порушення «Его»-функціонування тощо.

Деякі дослідники виділяють три основні групи симптомів ПТСР, які посилюються з віком:

- надмірне збудження (з урахуванням вегетативної лабільності, порушення сну, тривоги, нав'язливих спогадів, фобічного уникнення ситуацій, пов'язаних з травматичною подією);
- періодичні напади пригніченого настрою (оніміння почуттів,емоційне заціпеніння, відчай, усвідомлення безвиході);
- характеристика істеричної реакції (параліч, сліпота, глухота, нервовий тремор).[35]

Узагальнюючи прояви невротичних і патохарактерологічних синдромів ПТСР, можна виокремити наступні стани:

- «військове серце» (біль у грудях, серцебиття, задишка, пітливість),
- синдром того, хто вижив (хронічна «вина за виживання»),
- флешбек-синдром (спогади про «нестерпні» події),
- прояви «бойової» психопатії (агресія та імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, зловживання алкоголем та наркотиками),
- синдром прогресуючої астенії (спостерігається астенія після повернення до нормального життя, яка має прояв у швидкому старінні, схудненні, психічної млявості та прагнення до спокою),

- посттравматичні рентні стани (набута інвалідність із свідомою вигодою від гарантованих пільг і привілеїв, перехід до пасивної життєвої ситуації) (Рис.1.1.2.) [4].




Рис. 1.1.2. Синдроми посттравматичного стресового розладу.

Протягом життя, загалом, ПТСР переносить до 1% населення, а у 15% можуть виникнути окремі симптоми, стверджують психологи. [12]

За результатами численних досліджень, стверджує Музичко Л. Т., встанов-лено, що психологічний стан, який розвивається внаслідок впливу бойової обстановки та бойових дій, не належить до жодної з відомих у клінічній практиці класифікацій, адже наслідки травми можуть проявитися раптово, через тривалий час, на тлі загального зовнішнього добробуту військовослужбовця, і згодом це погіршення стану стає усе більш чітко вираженим.[4]

Аналіз теоретичних та емпіричних досліджень дозволяє нам виділити кілька моделей, які пояснюють походження посттравматичного стресового стресу:

а)реактивна (поведінкова концепція: теорія Б. Колодзина, нейропсихологічна теорія Л. Колба);

б) диспозиційна (експериментальна теорія Ф. Васшижа);

в) інтерактивна (нейропсихологічна теорія Ериксонівського гіпнозу);

г)особистісно-екологічний підхід (Дж. Вільсон) на перехресті кількох концепцій. [41]

Однак за відсутності єдиної концепції етіології та механізмів посттравматичного стресового розладу розглянемо загальнотеоретичні моделі.

Виділяють дві групи:

а) психологічна модель;

б) біологічна модель.

Психологічні моделі зазвичай включають психосоціальні, психодинамічні та когнітивні моделі.

Щодо біологічної моделі, яка останнім часом набула наукової популярності, то дослідження зосереджено на вивченні нейроендокринних, нейроанатомічних та інших особливостей цього розладу. [8]

Слід зазначити, що первинним порушенням є травматичний стрес (ТС), який проявляється під час критичного інциденту і зразу після нього до двох діб. Вторинним порушенням можна вважати гострий стресовий розлад (ГСР), прояв якого спостерігається протягом одного місяця після критичного інциденту від двох діб до чотирьох тижнів. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розвивається через місяць і більше після критичного інциденту. Надалі розвивається посттравматичний розлад особистості, який спостерігається протягом наступного життя людини, яка пережила травму (Рис.1.1.3.).[26]

Травматичний стрес (ТС) можна визначити як нормальна реакція на ненормальні обставини, тобто події, що виходять за рамки звичайного життєвого досвіду особистості.

Гострий стресовий розлад (ГСР) – це короткий період нав’язливих спогадів, які виникають протягом 4 тижнів після того, як людина стала свідком руйнівної травматичної події або брала участь у ній. [17]

При ГСР люди переживають травматичну подію, як пряму (наприклад, серйозні травми, воєнні події або смерть), так і непряму (наприклад, спостері-

гати за подіями разом з іншими, отримувати інформацію про події, які сталися з близькими членами сім'ї або друзями).




Рис. 1.1.3.Динаміка посттравматичного стресового розладу.

При ГСР люди переживають травматичну подію, як пряму (наприклад, серйозні травми, воєнні події або смерть), так і непряму (наприклад, спостерігати за подіями разом з іншими, отримувати інформацію про події, які сталися з близькими членами сім'ї або друзями). Людина страждає від повторюваних спогадів про травму, уникає подразників, які нагадують травму, і легко збуджується. Симптоми з'являються протягом 4 тижнів після травматичної події і тривають щонайменше 3 дні, але на відміну від посттравматичного стресового розладу, вони не тривають більше 1 місяця.

Таким чином, останні десятиліття дали значний поштовх до розвитку концепцій ПТСР та його систематизації. Вітчизняними та зарубіжними вченими проведено велику кількість досліджень різних посттравматичних станів. [13]

На сучасному етапі необхідно використовувати нові знання для повного розуміння природи та розвитку посттравматичного стресового розладу.

Необхідно також використовувати комплексний підхід, заснований на психологічних, соціальних і біологічних процесах. Все це необхідно для

створення ефективної психокорекційної програми, яка врахує всі рівні травматичної особистості. [14]

Психіатрична, медична та психологічна допомога обов'язковою і необхідною ланкою в системі загальнооздоровчих заходів при наданні допомоги постра-ждалим від бойових дій. ЇЇ основними завданнями є полегшення гострих психічних реакцій, організація поступового лікування та надання медико-психологічної підтримки учасникам бойових дій.[9]

Безперечно, найефективнішим методом лікування хворих на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є запобігання всім війнам (і катастрофам), вирішення нагальних соціально-психологічних проблем. Однак на сьогодні це нерозв'язне завдання.[38]

Узагальнення емпіричних досліджень дозволяє нам стверджувати, що психологічна корекція є обов'язковою і найважливішою складовою процесу реабілітації хворих із ПТСР.[28] Відновлення преморбідного рівня функціонування хворих вимагає створення додаткових ресурсів їх «Я», необхідних для того, щоб подолати існуючі і майбутні стреси. У зв'язку з цим виділяють чотири стратегії терапії, здатні досягти цієї мети:

– підтримка адаптивних навичок «Я» (одним з найбільш важливих аспектів є створення позитивного ставлення до терапії);

– формування позитивного ставлення до симптомів (сенс полягає в тому, щоб змусити пацієнта сприймати свої розлади як нормальні для тієї ситуації, яку він пережив, і тим самим запобігти подальшій травматизації фактом існування цих розладів);

–зменшення уникнення тому що прагнення реабілітанта уникати всього, що пов'язане з психічною травмою, заважає переробити його досвід);

–зміна атрибуції сенсу (мета цієї стратегії – змінити сенс, який реабілітант надає перенесеній психотравмі, і таким чином створюється відчуття «контролю над травмою») (Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортних установах (клінічна настанова), 2017: 16).[19]

На думку психотерапевта Христини Максимець, ПТСР – це розлад, який зумовлений психологічною травмою та стресом, тому реакції на це можуть бути дуже різними: як в часовому вимірюванні (гостра чи хронічна форма), так і у емоційному (інтенсивність почуттів, симптоми та прояви). Втрата близьких людей, фізичне каліцтво, сексуальне, фізичне чи психологічне насильство, втрата місця праці людини та інше – усе це може стати початком розвитку такого розладу. Є випадки, коли ПТСР не розвивається після отриманої травми, і це означає, що ресурси психіки справилися із стресом, а соціальне середовище надало необхідну для психологічного і фізичного відновлення травмованого підтримку. А є випадки, коли симптоми можуть з‘являтися через декілька місяців або й років після подій.

Природа розладу є такою, що людину переслідують болючі і травмуючі спогади з минулого, які дуже лячно переживати знову і часто через цю причину люди ігнорують свої переживання та не звертаються за фаховою допомогою. Зазвичай обирається легший шлях: перечекати, дати собі час, багато працювати, займатися інтенсивно спортом, алкоголь чи психотропні речовини, самоізоляція, тобто усе, щоб забутися, зазначає Христина Максимець. Діагноз ПТСР встанов-люється спеціалістами, психіатром або клінічним психотерапевтом. Такі спеці-алісти керуються критеріями оцінки, які чітко прописані у МКХ-10 чи МКХ-11 (МКХ – міжнародна класифікація хвороб), що зазначалось вище.[45]

Фактори, які призводять до ризику розвитку ПТСР, наведені на Рис.1.1.4 [11]

Музичко Л. Т. у своїх дослідженнях виокремлює А. Кардинера, який досліджуючи посттравматичний стресовий розлад, назвав таке явище «хроніч-ним військовим неврозом» і показав, що військовий невроз має з двох сторін як фізіологічну, так і психологічну природу.

Вчений вперше дав комплексний опис симптоматики ПТСР: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реальності; схильність до

некерованих агресивних реакцій. [20]




Рис.1.1.4. Фактори ризику ПТСР.

На думку А. Красило, зазначає Музичко Л. Т., психологічна травма – це катастрофічне руйнування особистісної самооцінки внаслідок втрати або загрози недосяжності сенсоутворюючих соціальних цінностей; умовою зростання цих цінностей є особистісний розвиток у масштабі конкретної травматичної зони постраждалого. Нерівномірність розвитку психіки людини закріплюється у її внутрішніх установках і стає бар'єром набуття єдності і цілісності цієї особис-тості. І навпаки, позитивним чинником, що сприяє попередженню психологіч-ного людського травматизму, є рання гармонічна соціалізація індивіда. Важливо визначити і закріпити ті потенційні можливості особи, які надають можливість цій особистості протистояти чинникам, які сприяють її розпаду, і сповзанню на шлях соціальної невротизації.[20]

У свою чергу, англійський вчений С. Касл виділив два основних трактування поняття стресу у зв'язку з трудовою діяльністю – звужене та розширене. В першому його трактуванні стрес розглядається як переважання вимог середовища над тими наявними можливостями суб'єкта, що необхідні для їх задоволення, а це наявність перевантаження, надстимуляції. В другому – як неадекватність у цілісній системі «людина – середовище», що включаєне

тільки звужене тлумачення, але й зв'язок між потребами людини і можливостями їх задоволення в трудовому середовищі: недовикористання людських можливостей, знижене навантаження, низька стимуляція). [12]

Згідно клінічної типології і класифікації посттравматичного стресового розладу в цю групу розладів, власне, віднесені затяжні патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів війни, колишніх депортованих і екс військовополоненних після короткочасної або тривалої екстремальної дії. [21]

Узагальнюючи, теоретичний доробок в галузі вивчення впливу психотра-ми на психічне здоров'я людини, дозволяє виокремити і класифікувати психо-травмуючі події, що викликають розвиток травматичного розладу, за ознаками:

- за інтенсивністю: інтенсивні (сильні) та менш інтенсивні (помірні);
- за терміном дії: короткочасні та довготривалі;
- за частотою: поодинокі, періодичні та постійно діючі;
- за раптовістю: шокові (несподівані) або ймовірно передбачувані (але без недостатньої поінформованості чи готовності особи до її дії);
- за ступенем вірогідності виникнення: невірогідна, маловірогідна, вірогідна, цілком вірогідна;
- за розвитком напруженості: така, що зростає; стабільна; така, що має тенден-цію до зниження;
- за включеністю (участю): особа є або безпосереднім учасником, або споглядачем (свідком), або дізналася опосередковано;
- за значимістю: має велике значення для особи (подія відбувається з нею особисто або з близьким значимим соціальним оточенням), частково чи опосередко-вано зачіпає інтереси особи;
- за природою виникнення: природна, що викликана стихійним природним явищем, незалежним від людини; така, що спричинена діяльністю людини, ненавмисна або навмисна;
- за фізичними наслідками: без пошкодження власного фізичного здоров'я та отримання тілесних ушкоджень (тяжких, середньої тяжкості, легких);

- за психологічними наслідками: викликає появу клінічно вираженого посттравматичного розладу або окремих його симптомів;

- за наявністю підсилюючих чинників, а саме: реальної загрози смерті, втрати працездатності, втрати соціальних зв'язків, невизначеності майбутнього, браку медичної допомоги та соціальної підтримки тощо.[12]

Ризик виникнення посттравматичного розладу підсилюється за умови наявності в анамнезі попереднього психотравмуючого досвіду, тому для вивчення та мінімізації наслідків впливу психотравми, зазначають багаточисленні дослідження, – необхідна оцінка всього травматичного досвіду впродовж всього життя особи.[12]

Виникнення і розвиток посттравматичного розладу у кожної конкретної людини залежить і визначається взаємним впливом особливостей травмуючого фактора, травмуючої події, демографічної характеристики та індивідуальних особливостей особистості, а також соціальних та соціально психологічних факторів. Травматичні ситуації, що призводять до розвитку посттравматичного розладу індивіда, можуть мати різне походження і ступінь виразності симптомів розладу, проте для всебічного вивчення впливу психотравми на людину необхідно її кваліфікувати за всіма вказаними вище ознаками.[12]

Узагальнюючи різні визначення про поняття посттравматичного стресового розладу, можна вважати, що вони не взаємовиключають одне одного, а навпаки, розширюють і поглиблюють уявлення про складність і багатогранність цього феномена.[12]

## 1.2 Психологічні особливості прояву посттравматичних стресових розладів в учасників військових дій

Проблема посттравматичного стресового розладу й необхідності його постійного подолання загострюється у сучасних умовах соціального життя в Україні, особливо у зв'язку з необхідністю включення громадян у військовий захист Батьківщини від агресора. Це значною мірою стосується співробітників силових структур, які тим чи іншим чином залучені у протистояння російської

агресії. Спочатку зазначемо, хто ж залучений у військові дії: Збройні Сили України; Служба безпеки України; Державна служба надзвичайних ситуацій; Державна прикордонна служба України; Національна гвардія; Національна поліція; Державна служба спеціального зв'язку та захисту інформації України.[35] Перераховані структури співпрацюють, стримуючи агресію РФ на сході нашої держави, проводячи спільні навчання в районі проведення бойових дій, виявляючи схованки зі зброєю та боєприпасами, затримуючи осіб, яких підозрюють у причетності до збройних формувань Російської Федерації, розміновуючи територію, борючись зі стихійним лихом та відновлюючи інфраструктуру України. Але головну роль тут відіграють Збройні сили України, адже жодна держава не може існувати без армії для захисту національних інтересів у випадку будь-яких територіальних зазіхань ззовні.

Війна в Україні спричиняє безліч економічних, соціальних, політичних наслідків. Вона залишає глибокий слід на психологічній сфері кожної людини. Найбільш відчутним він є для тих, хто на власні очі щодня бачить смерть. Чоловіки та жінки, які взяли до рук зброю, щохвилини бачать жахливі ситуації. Забути їх, не помічати, не реагувати неможливо. Сліди, що залишилися на психологічному стані бійця, здебільшого стають причиною неможливості повернення до звичайного життя. Зміни зачіпають кожну грань, кожен погляд. Вони змінюють думки, цінності, реакцію на стресові і звичайні ситуації. Такий стан обов'язково потребує професійної корекції.

Соціально-психологічна адаптація ветеранів воєн, які перенесли психотравмуючі вплив факторів бойової обстановки, являє собою надзвичайно актуальну проблему. Вперше синдром, дуже схожий з сучасним ПТСР, був описаний Da Costa у солдатів під час Громадянської війни в Америці (Da Costa, 1864) і названий «синдромом солдатського серця», провідне місце в описі займали вегетативні прояви. Згодом вплив стресів воєнного часу на подальше психічний стан комбатантів (тобто учасників бойових дій) глибше всього було вивчено на матеріалі війни у В'єтнамі. CFFigley (1978) описує «поств'єтнамскій синдром», для якого характерні повторювані нав'язливі спогади, часто набува-

ють форму яскравих образних уявлень – флеш-беків (flashbacks) і супроводжуються пригніченням, страхом, сомато-вегетативними розладами. У в'єтнамських комбатантів були виявлені стани відчуження і байдужості з втратою звичайних інтересів, підвищена збудливість і дратівливість, повторювані сновидіння «бойового» характеру, відчуття власної провини за те, що вони залишилися живі.

Перебування на війні супроводжується комплексним впливом низки чинників, таких, як:

І) ясно усвідомлюване почуття загрози для життя, так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідизації;

2) ні з чим не порівнянний стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою, поряд з цим з'являється психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю товаришів по зброї або з необхідністю вбивати;

3) вплив специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорення темпів дій, раптовість, невизначеність, новизна),

4) негаразди і позбавлення (нерідко відсутність повноцінного сну, дефіцит води та харчування),

5) незвичайний для учасника війни клімат і рельєф місцевості (гіпоксія, спека, підвищена інсоляція тощо) [13]

ПТСР у військовослужбовців виникає, як правило, після впливу травмуючих психіку умов бойової обстановки і, більше того, може виникнути раптово через довгі роки на тлі загального благополуччя. Дослідження так званого бойового стресу (В. Г. Василевський, А .Б. Довгополюк, Г. О. Растовцев, Т. Б. Дмитрієва, Е. М. Єпачинцева, С. В. Литвинцев, Є. В. Снєдков, Г. М. Тимченко, Г. А. Фастовцев, О. М. Харитонов) [29] показали, що бойові ПТСР більш різноманітні і часто бувають більш тривалими, ніж ПТСР мирного часу через кумульовані (накопичені) в душі, в пам'яті, багаторазово пережиті жахи війни, фізичне і психічне перенапруження, горе втрат, співпереживання з пораненими.[14]

Участь у бойових діях можна розглядати як стресову подію виняткового характеру, яке може викликати загальний дистрес практично у будь-якої людини. На відміну від багатьох інших стресових ситуацій, участь у війні може з'явитися психічною травмою з віддаленими наслідками. [10]

В професійній діяльності військовослужбовців можна виділити наступні види психічної травми:

1) психічна травма як екстремальна подія, що обмежена в часі (тобто має початок і кінець) і створює негативний вплив на психіку військового (наприклад: отримання травм внаслідок виконання службового завдання, втрата товариша по службі тощо);

2) довготривала психотравма або така, що виникає в результаті повторюваності чисельності незначних психотравмуючих подій, повсякденних ситуа-цій професійного стресу;

3) «кумулятивна» психотравма, що виникає в результаті накопичення екстремального і повсякденного травматичного досвіду, і характеризується тим, що попередня психотравма посилює вплив наступної. [8]

Важливу роль у розвитку постстресових порушень серед учасників бойових дій відіграють відносини між ними, з одного боку, і державою і суспільством, з іншого. Як відомо, найважливіша умова запобігання розвитку посттравматичної симптоматики – це збереження або швидке відновлення і гармонізація моральної сфери, а цьому значною мірою сприяє ставлення до них оточуючих їх людей і офіційна політика держави.

Дезадаптація особистості виникає на ціннісному, психологічному, соціальному рівні. Відбувається зміна соціального статусу військовослужбовця, який на війні є професіоналом, від якості роботи якого залежить результат війни, до того ж його місія почесна і відповідальна, бо саме від нього залежить перемога та доля всієї країни. При поверненні до звичайного мирного життя, в силу того, що військовий досвід військовослужбовець не може застосувати, він виявляється неконкурентоспроможним на ринку праці, що змушує його займатись некваліфікованою працею, а часом і вдаватись до правопорушень, оскільки

в «силовій сфері» він відчуває себе більш впевнено, ніж в «інтелектуальній». Формами соціальної дезадаптації учасників бойових дій є різні форми адикцій, що дозволяють увійти в стан зміни свідомості, «втекти» від реальності в ілюзорний, віртуальний світ за допомогою алкоголю, наркотичних засобів, ігор тощо [44]. Девіантна поведінка військовослужбовців часто проявляється як в насильстві по відношенню до інших, так і в аутоагресії, що може характеризуватися ризикованими діями, суїцидальними спробами та ін.

Пов'язані зі стресом під час військових дій психічні розлади є одним з головних внутрішніх бар'єрів на шляху адаптації до звичайного життя. Після повернення до мирного обстановці на вже наявне пов'язане з війною ПТСР нашаровуються нові розлади, обумовлені стресами, пов'язаними з соціальною дезадаптацією ветеранів. Ветерани війни, як правило, стикаються з нерозумінням, засудженням, складнощами в спілкуванні і професійному самовизначенні, з проблемами в сфері фінансів, освіти, створення або збереження сім'ї та ін. [18]

За впливів на психіку людини та їх наслідків війни кінця XX століття дуже схожі на війну у В'єтнамі. За даними національного дослідження ветеранів в'єтнамської війни, в 1988 р. у 30,6% брали участь в ній американців спостерігалося ПТСР. У 55,8% осіб, які мають ПТСР, були виявлені прикордонні нервово-психічні розлади; ймовірність опинитися безробітним у них в 5 разів більше в порівнянні з іншими, розлучення були у 70%, проблеми з вихованням дітей у 35%, крайні форми ізоляції від людей у 47,3%, виражена ворожість у 40%, вчинення більше 6 актів насильства в рік у 36,8%, потрапили до в'язниці або були заарештовані 50%. [23]

Участь у війні призводить до помітних якісних змін свідомості ветерана. Згідно з результатами досліджень військових медиків і психологів, особливості життя в бойових умовах призводять до того, що після повернення до мирного-життя у ветерана розвивається так звана криза ідентичності, тобто втрата цілісності сприйняття себе і своєї соціальної ролі. Це проявляється в порушенні

здатності адекватно брати участь у складних соціальних взаємодіях, в яких відбувається самореалізація людської особистості.

Багато з таких людей втратили інтерес до громадського життя, знизилася їх активність при вирішенні власних життєво-важливих проблем. [5]

Нерідко спостерігаються втрата здатності до співпереживання і зниження потреби в душевній близькості з іншими людьми. Так, майже половина опитаних військовослужбовців, які брали участь у бойових діях у Чечні, скаржаться, що вони не можуть знайти порозуміння ні в суспільстві, ні в сім'ї. Кожен четвертий заявив, що відчуває труднощі при спілкуванні в трудовому колективі, а кожен другий змінював місце роботи по три-чотири рази. Порушена здатність підтримувати соціальні контакти позначається і на сімейних відносинах: майже кожен четвертий знаходиться в розлученні.

Надзвичайно гостру психологічну драму відчувають інваліди, а також ті, хто втратив близьких. Життєвий досвід цих людей унікальний; він різко відріз-няється від досвіду людей, які не воювали, що й породжує нерозуміння з боку оточуючих. Як правило, до колишніх бійцям ставляться з нерозумінням і побою-ванням, що тільки посилює хворобливу реакцію ветеранів на незвичну обстано-вку, яку вони оцінюють з притаманним їм фронтовим максималізмом. Свідчен-ням того, що колишні учасники воєнних дій зазнають труднощів процесу адапта-ції до умов мирного життя, є їх конфліктну поведінку в соціальному середовищі: нездатність прийняти нові «правила гри», небажання йти на компроміси, спроби вирішити спори мирного часу звичними силовими методами. Ветерани підходять до мирного життя з фронтовими мірками і переносять військовий спосіб поведінки на мирну грунт, хоча і розуміють, що це неадекватно. [27]

Після «фронтовий ясності» конфлікти мирного часу, коли «противник» формально таким не є і застосування силових методів боротьби заборонено законом, нерідко виявляються складними для сприйняття тих, у кого виробилася миттєва реакція на будь-яку небезпеку. Багатьом ветеранам важко

стриматися, проявити гнучкість, відмовитися від звички трохи що хапатися за зброю, в прямому чи в переносному сенсі.

Реабілітація як процес відновлення фізичних, психічних та соціальних ресурсів військовослужбовця, учасника бойових дій, має носити інтегративний характер, включати заходи психо-терапевтичні, психодіагностичні, психокорек-ційні, профілактичні, профорієнтаційні, використовуючи як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної роботи (консультування, групова корекція, ауто-тренінг, саморегуляція тощо). Ефективні реабілітаційні заходи спрямовуються не лише на виведення людини з кризового стану, а і на розвиток нових життєво-важливих умінь. Найбільш успішними є результати соціально-психологічної роботи, коли не лише з'ясовуються причини розладів, а і формується у військово-службовця потреба в особистісному зростанні та розвиткові закладених можливостей. [37]

## 1.3 Огляд технологій подолання посттравматичного стресового розладу в Україні

У збірнику наукових праць Харківського університету Повітряних Сил імені Івана Кожедуба за 2015 рік, досить наглядно описана цілісна програма медико-психологічної реабілітації військовослужбовців з посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) [6]. Запропонована програма реабілітації передбачає лікувальні та психологічні заходи, спрямовані на попередження розвитку патологічних процесів після ПТСР, що призводять до порушення соціальних зв'язків, професійної та особистісної дезінтеграції, алкоголізму, наркоманії, суїцидів. На думку авторів, таким людям держава повинна забезпечити значне інформаційне поле, соціальну та фінансову підтримку, вибір напрямку перепідготовки та професійного навчання з гарантіями працевлаштування в подальшому.[15]

Дуже важливою складовою в комплексному підході до програми є ідеологічна та моральна підтримка бійців, а також етична оцінка їх бойового досвіду

в суспільстві. Психологічна допомога учасникам бойових дій при цьому включає в себе групові заняття та індивідуальну терапію.[42]

Групові заняття, тренінги в даній програмі, спрямовані на усунення неврозів з порушенням труднощів у міжособистісному спілкуванні та соціальної адаптації військових загалом. Ця частина програми – спільна співпраця, діяльність пацієнтів в лікувальних цілях, яка активізує подолання неконструктивної фіксації на хворобливому стані, розширює коло інтересів і сферу контактів, розвиває комунікативні навички.[25]

Індивідуальна програма терапії реабілітаційного проекту спрямована на відновлення так званої деформованої психіки пацієнтів і використовує роботу з образами в стані крайнього розслаблення із застосуванням апарату імпульсної терапії. Робота з образами в стані релаксації дозволяє відключати зовнішню реальність і призупиняти, за рахунок цього, збудження центральної нервової системи. У цей період відновлюються енерговитрати, оптимізуються процеси центральної нейрорегуляції, забезпечується самовідновлення.[25]

У збірнику наукових праць Харківського університету наголошується, що можливість самостійної подальшої роботи за даною програмою замінює негативні відбитки минулого у свідомості людини.[6]

Метою психологічної реабілітації в даному випадку є надання військовослужбовцю допомоги у відновленні оптимального, для продовження професійної діяльності, психічного здоров’я. Психологічна реабілітація, на думку експертів – психологів А. Н. Глушко, Б. В. Овчіннікова, Л. А. Янишева, обов’язково повинна включати чотири ключові етапи, які тісно пов’язані поміж собою.[1] Етапи психологічної реабілітації програми медико-психологічної реабілітації військовослужбовців з ПТСР наведено на Рис. 1.3.1. [1]

Експерти твердять, що проведення діагностичної бесіди дозволяє військовослужбовцям розповісти про те, що з ними сталося в психотравмуючій бойової діяльності, відреагувати на емоції, пов’язані з певним періодом їхнього життя, який важко згадувати, поглянути на подію як би з боку, відновити цілісну картину, значущих для їх актуального психічного стану, подій.




Рис. 1.3.1. Етапи психологічної реабілітації програми медико-психологічної реабілітації військовослужбовців з ПТСР.

Повноцінне проведення діагностичної бесіди, твердять психологи, сприяє також психологічній підготовці військовослужбовців до подальшої участі, якщо це необхідно, в реабілітаційній роботі.

Варто зазначити: при обиранні методів реабілітації і професійної соціальної допомоги необхідно враховувати ряд важливих факторів, які викликають та стимулюють подібні стани. Ці фактори фахівці називають ситуативними факторами. Вони притаманні безпосереднім учасникам бойових дій.[16]

Основні принципи проведення психологічної реабілітації наведені в таблиці 1.3.1

Таблиця 1.3.1

Основні принципи проведення психологічної реабілітації

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Оперативність | означає доцільність надання психологічної допомоги найближчим часом після закінчення дії стресів бойової діяльності. |
| 2. | Системність | використання методів, що дозволяють здійснювати комплексний вплив на психіку військовослужбовців, виходячи зі структури основних форм прояву негативних наслідків бойового стресу. |
| 3. | Гнучкість | своєчасна зміна форм і методів психологічного впливу в залежності від психічного стану військовослужбовців та умов проведення психологічної реабілітації. |
| 4. | Багатоступінчатість | оперативне використання пунктів і центрів психологічної реабілітації залежно від складності завдань, що вирішуються в процесі реабілітації. |

Як стверджують психологи А. Н. Глушко, Б. В. Овчіннікова, Л. А. Янишева, аналізуючи проблеми та реальний стан справ по їх вирішенню дозволив зробити наступні висновки: негайні психологічні наслідки участі військовослужбовців в бойових діях посилює незадовільний рівень їхнього соціального самопочуття; також існує гостра необхідність в спеціальних програмах комплексної реабілітації військовослужбовців, що приймали участь в бойових діях, в комплексі заходів психологічної допомоги та підтримки спільно з заходами соціального захисту та матеріального забезпечення.[1]

Методи психологічної реабілітації осіб з ПТСР можуть бути залежно від потреби і ситуації військового і надаватися як індивідуально, так і в психотерапевтичної групі.[32]

Виходячи з результатів досліджень, посттравматичні симптоми, зокрема і у військових, мають згубний вплив на взаємини з іншими людьми: неконтрольований гнів, емоційне відчуження і нездатність належним чином спілкуватися з представниками соціальних верств – все це ускладнює відносини

між особами, що отримали травми і тими, хто зустрічається з ними в житті. Внаслідок цього актуальною стає трифазна модель групової психотерапії. [22]

Таблиця 1.3.2

Компоненти індивідуальної психотерапії

| | |
|---|---|
| 1. | Корекція помилкових уявлень щодо стресової реакції, які найбільш часто зустрічаються |
| 2. | Надання пацієнтові інформації щодо природи стресової реакції |
| 3. | Фокусування на ролі надмірного стресу в розвитку захворювання |
| 4. | Приведення пацієнта до самостійного усвідомлення прояви стресової реакції і характерних симптомів ПТСР |
| 5. | Розвиток у пацієнта здатності до самоаналізу для ідентифікації характерних для нього стресів |
| 6. | Повідомлення пацієнту про ту активну роль, яку він сам грає в терапії надмірного стресу |

У першій фазі терапії формуються так звані «групи взаєморозуміння», що складаються виключно з тих, хто отримав серйозні психічні травми. На другій фазі психотерапії до групи приєднуються, щонайменше, дві – три нові особи, діагноз яких дещо відрізняється. Утворену групу психологи – психотерапевти називають «психотерапевтичною». Введення нових членів в команду сприяє емоційному сплеску найбільш дезорганізованих пацієнтів з травмованими «Я». Як відмічають експерти, результатом такого терапевтичного маневру зазвичай є дратівлива поведінка членів групи, ослаблення «ми-почуття» (групового колективного почуття), гнів, пов’язаний з тим, що члени групи зіткнулися з «реальним» світом і його складнощами. Проте, під вмілим фаховим керівництвом психотерапевта члени групи поступово вчаться керувати своїм гнівом і аналізувати свої переживання, після чого переходять в третю фазу, тобто в так звану «психоаналітично орієнтовану групу».[27]

Психологи А. Н. Глушко, Б. В. Овчіннікова, Л. А. Янишева у своїй праці відмічають: «Надзвичайно важливі для психосоціальної адаптації травмованих військових є їх відносини в родині. Фахівці стверджують, що у сім’ях бійців зараз відбувається безліч деструктивних процесів, і це величезна ділянка роботи

для психологів та інших спеціалістів: потрібно створювати клуби, об'єднувати людей і пояснювати, як у сім'ї потрібно поводитися з бійцями, що повертаються із зони бойових дій. Також існують випадки розлучень у сім'ї через неможливість перебування у сімейному колі. Виникає проблема «вигорання душі», залишається здатність тільки воювати і втрачається людська мирна звичка спілкуватися з дружиною, просто говорити їй хороші слова, радіти спілкуванню з сім'єю, гуляти з дитиною в парку стає нереальним для потерпілого».[34]

Психологи надають особливу роль сім'ям в успішній реабілітації потерпілих із симптомами ПТСР. Психологічна робота з сім'ями учасників бойових дій виділяє в собі два аспекти:

1) Роботу з ними як з одним з найбільш важливих і значущих чинників психореабілітації та психологічної допомоги для осіб, що повернулися з війни;

2) Надання безпосередньої психологічної допомоги самим членам сімей військовослужбовців, які мають ПТСР.[45]

Одним з основних напрямків у рамках даної програми має стати робота з сім'ями військовослужбовців перед їх поверненням, проведення семінарів, яким доцільно розповсюджувати певні рекомендації (Табл. 1.3.3)

«В результаті досягається зміна ставлення до ситуації як до однієї з можливих, що вже сталися; релаксація; підвищення порога чутливості до психогенного фактору; позитивне відреагування; емоційна підтримка; тактильний контакт з потерпілим».[7]

Крім того, в реабілітації потерпілих з ПТСР використовують різні методи і техніки психодинамічної, поведінкової, когнітивної, гіпносуггестивної терапії, гештальт-терапії, нейролінгвістичного програмування, терапії мистецтвом і творчим самовираженням, логотерапія, трансактного аналізу, психодрами та інші методики.[30]

Фахівці стверджують: для військовослужбовців може проводитися комплекс таких психотерапевтичних заходів, як світломузика, фітобар, масаж, сауна, медитація, спортивні ігри, творча самодіяльність і т.д. Таким чином, як можна спостерігати з досліджень, психологічна реабілітація є важливим скла-

довим елементом психологічної роботи в сучасних умовах військової служби. Можна стверджувати, що повністю уникнути психотравм серед військовослужбовців у бойовій обстановці неможливо, однак за допомогою психопрофілактичних заходів, за допомогою своєчасного надання психологічної допомоги та здійснення реабілітаційних заходів можна значно знизити відсоток психологічних втрат у військових, а зрештою, і зберегти їхні сім'ї.[45]

Таблиця 1.3.3

Рекомендації сім'ям військовослужбовців

| | |
|---|---|
| 1. | Необхідно уважно вислуховувати розповіді свого партнера про те, що йому довелося пережити; дуже важливо дати йому виговоритися в комфортній обстановці моральної підтримки близької і коханої людини. |
| 2. | Потрібно намагатися допомогти своїй близькій людині психологічно повернутися в нормальне звичне життя. |
| 3. | Проявляти увагу і терпіння до проблем близької людини, які неминуче виникають після бойового стресу, до його психологічного дискомфорту, до підвищеної дратівливості, можливого тривалого депресивного стану і т.д. Це тимчасове явище, треба допомогти йому з ним впоратися. |
| 4. | Необхідно враховувати, що за час розлуки всі члени сім'ї дещо змінилися, необхідно якийсь час, щоб знову звикнути один до одного. |
| 5. | Особливу увагу приділіть дітям. Важливо, щоб при відновленні відносин з чоловіком, вони не опинилися без належної уваги і турботи. |
| 6. | Створювати сприятливу інтимну обстановку, давати зрозуміти партнеру, що в ньому мають потребу і підтримують його в подальшому житті. |
| 7. | Не заохочувати вживання алкоголю – при можливості, ввести мораторій на алкоголь у сім'ї. Активно розпитувати, доброзичливо та уважно вислуховувати про найбільш неприємні та важкі переживання – при цьому зменшується афективна напруга, структуруються переживання, активізується цілеспрямована діяльність постраждалих. |

Для бійців надзвичайно важливо мати якусь особисту мету: освоєння, наприклад, сучасних комп'ютерних технологій, вивчення іноземних мов, оволодіння цивільними спеціальностями та інше. Якщо людина тренувалася до того, як потрапила у зону бойових дій, потрібно створити їй таку можливість під час і після служби. Це особливо необхідно, вважають експерти, оскільки

людина в бойових умовах має високий рівень тривожності і м'язової напруги, а спортив-не навантаження є кращим способом розслабитися адже накопичені негативні емоції знімаються через тренування. Бійцям необхідно організувати в рамках певних реабілітаційних програм безкоштовні психотерапевтичні сеанси, заняття в спортивних і тренажерних залах, благодійні танцювальні та розважальні програми, концерти тощо. І тоді, логічно, з'являється інтерес до життя за межами свого внутрішнього світу, розуміння того, що можна просто жити і є до кого і навіщо повертатися у світ без війни, і є кому про пережите розповісти.[39]

Також, слід зауважити, що процес психологічного відновлення та позбавлення від наслідків «синдрому бойових дій» та позитивним етапом в подоланні наслідків ПТСР, у повній мірі залежить від благополуччя військовослужбовця в таких сферах життя, як стабільність фінансових доходів, забезпеченість житлом, гармонійні відносини у сім'ї, підтримка близьких людей та можливість отримувати повноцінне медичне обслуговування, можливість систематично проходити реабілітаційні заходи в санаторіях.[15]

У своїй кандидатській роботі доктор Музичко Л. Т. здійснивши узагальнення теоретичних засад подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців в сучасній зарубіжній та вітчизняній психології, в результаті експериментального дослідження, було розроблено цілу програму для зниження прояву цього душевного розладу. [4] За словами автора Музичко Л. Т., теоретичним підґрунтям авторської програми «Подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців» виступили положення гуманістичної парадигми в розвитку особистості (А. Маслоу, К.Роджерс) про можливість розвитку окремих сторін особистості за відносно короткий проміжок часу активними соціально-психологічними методами навчання (І. Вачков, Ю. Ємельянов, Л. Петровська, Т. Яценко).[12]

Теоретична програма з подолання посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців в даній роботі має такі етапи:

1) підготовчий – включає ознайомлення військовослужбовців з основними принципами і прийомами тренінгу; сформувати позитивне ставлення до занять; виявити сутність посттравматичного стресового розладу;

2) основний – включає формування у військовослужбовців впевненості в успішному виконанні професійної діяльності, яка: – узгоджує смислову перспективу, –допомагає позитивно мислити, знаходити шляхи вирішення; – розвиває у військовослужбовців прагнення до самовдосконалення, цілісність, цілеспрямованість у професійній діяльності (емоційно-вольовий компонент);

3) завершальний – включає узагальнення досвіду, отриманого військовослужбовцями у процесі роботи тренінгу.

Розвивальна робота в даній програмі орієнтована на інтелектуальну, емоційно-вольову сфери у військовослужбовців; подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців може здійснюватися як в груповій та і в індивідуальній формах. Вибір конкретної форми, зазначають фахівці, залежить від характеру проблеми та побажань військовослужбовця. Одним із видів групової форми, яка складає основну частину роботи з військовослужбовцями є тренінг – це форма активного навчання, що дозволяє людині формувати в собі навички й уміння побудови продуктивних соціальних міжособистісних стосунків, продуктивної навчальної й іншої діяльності, аналізу виникаючих ситуацій зі своєї точки зору й позиції партнера, розвивати в собі здібності пізнання й розуміння себе й інших у процесі спілкування й діяльності.

«Тренінги як форми практичної психологічної роботи завжди відображають своїм змістом певну парадигму напрямків, поглядів проведення тренінгових занять. Таких парадигм можна виокремити декілька:

- тренінг як своєрідна форма дресури, при якій жорсткими маніпулятивними прийомами за допомогою позитивного підкріплення формується потрібна модель поведінки, а за допомогою негативного підкріплення “стираються” шкідливі, непотрібні, на думку ведучого;

- тренінг як тренування, у результаті якого відбувається формування та відпрацювання умінь і навичок ефективної поведінки;

- тренінг як форма активного навчання, метою якого є, перш за все, передача психологічних знань, а також розвиток деяких умінь та навичок;

- тренінг як метод створення умов для саморозкриття учасників і самостійного пошуку ними способів вирішення власних психологічних проблем», - зазначається в програмі автором.

Тренінг на думку Музичко Л. Т. – це насамперед навчання, що опирається на досвід людини, а також допускає, що присутні на тренінгу люди, окрім отримання нової інформації, мають можливість відразу використовувати її на практиці, виробляючи нові навички. Автор зазначає: результати практичних досліджень демонструють, що психологічний тренінг (зокрема, тренінг самореалізації) змінює світогляд його учасників під час спілкування, людина починає усвідомлювати можливість довільного опанування власної поведінки та реакцій із використанням набутого іншими людьми досвіду в якості опосередкованих знарядь.

Проводячи огляд програм роботи з ПТСР також слід звернути увагу на ще дві програми, які підготувала ГО «Побратими» у 2016 році – це так званий тренінг «Рівний рівному» – з подолання бойового шоку, травми та ПТСР для військових, та «Сектор В» проект адаптації військових до мирного життя після повернення із фронту. Основною ідеєю проекту є взаємодопомога за принципом «рівний – рівному», а саме: іде комунікація ветерана з ветераном. Як зазначає Артем Денисов, директор ГО «Побратими», - це те, що дало результат у Данії і в інших країнах світу. Керівник зазначає, що ідея проектів виникла ще наприкінці 2014 року і остаточно сформувалася у процесі співпраці з датськими та американськими експертами. У рамках проекту «Рівний рівному», що стартував у лютому 2015 року, проходять реабілітацію ветерани АТО, а її випускники, у свою чергу, стали співтренерами для наступних груп. Як зазначають автори проекту, вкрай важливо, щоб учасник бойових дій після повернення додому не опинявся наодинці зі своїм досвідом. «На війні у людині прокидається щось древнє – заряд інстинктів, з якими ти не знаєш, що робити. Цей бурхливий океан потрібно досліджувати, але нам ніхто не розповідає, як з

цим працювати. І чим більше ми з цим знайомимося – тим більше це лякає, тому що речі, які робить солдат на війні, є абсолютно асоціальними для нормального світу. Тут бійці своїми реакціями лякають людей», – ділиться роздумами колишній боєць батальйону «Айдар» Тарас Ковалик.

Програма «Рівний рівному» включає чотири етапи: перший – подача теоретичної інформації про те, що відбувається із психікою демобілізованого учасника бойових дій; під час другого етапу – учасників знайомлять з інструментами для дослідження власного досвіду; на третьому етапі ветерани безпосередньо працюють над собою, і на четвертому переходять до посттравматичного росту. Також планувалось, що випускники першої програми стануть також тренерами у проекті «Сектор В» – проекті центру соціальної адаптації бійців, адже, як зазначає Івона Костина, засновник проекту «Сектор В», співорганізатор ГО «Побратими», – це проект допомоги тим, хто мусить у першу чергу допомагати собі, хто ще не готовий працювати з іншими побратимами. Проект є більш інтенсивний і триває протягом півтора місяці. Сім'я ветерана також бере активну участь у цьому проекті допомоги.

Метою проекту є те бажане явище, коли ветеран, який повернувся звідти і переборов свою травму, став набагато кращим, ніж він був до того, оскільки люди, повернувшись із війни, не хочуть жити так, як раніше. Автори проекту разом з тим зазначають, що у багатьох країн світу є значні напрацювання у цій сфері, проте жодна із цих систем все ж не працює настільки ефективно в нашій країні як хотілося б.[30]

На Тернопільщині, фахівці кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського, розробили та впровадили в клінічну практику спеціалізовану терапевтичну програму для пацієнтів з ПТСР. Виходячи із соціальних, психологічних потреб цих пацієнтів, було розроблено цілу програму їх реабілітації, що ґрунтується на раціональній, поведінковій психотерапії, застосовували біхевіор- терапію, також вони відвідували сеанси стрес-менеджменту, які проводять спеціально підготовлені фахівці лікарні.

Зважаючи на те, що психотерапевтичні заходи лікуються не один день, пацієнти й після виписування зі стаціонару приходять на ці заняття. Серед медикаментозних і психотерапевтичних методів лікування обираються ті, котрі значно пришвидшують соціалізацію військових.

Особлива увага звертається на когнітивні порушення. Фахівці кафедри Тернопільського державного медичного університету розробили спеціальні опитувальники для їх виявлення, і як з'ясувалося в процесі діагностичних тестувань військових, когнітивні симптоми не завжди виражені, проте згодом можуть проявитися доволі яскраво. До прикладу можна навести знижену здатність мислити або концентрувати увагу, труднощі під час самостійного прийняття рішення. Фахівці неодноразово відзначали моменти психомоторного збудження, або навпаки – загальмованості (за спостереженнями інших людей, а не тільки за суб'єктивними відчуттями). Як зазначають медики, у таких випадках застосовуються ноотропні препарати й антидепресанти, які ефективні при тяжких депресіях: у них швидкий початок дії, висока здатність усувати резидуальну симптоматику та підвищувати якість ремісії; навіть найпростіші з них демонструють гарні результати. Фахівці кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології розробили та впровадили в клінічну практику терапевтичну програму для таких пацієнтів, що містить засоби фармакотерапії з комбінуванням антидепресантів, транквілізаторів, тимостабілізаторів, ноотропних препаратів та психотерапію, а на завершальному етапі – профілактичне лікування тривалістю до 3-х років.[32]

У 2016 році Тернопільський державний медичний університету ім. І. Я. Горбачевського, за підтримки Університету ім. Гранта МакЮена (MacEwan University, Едмонтон, Канада) розпочав проект «Сестринська ініціатива – медсестри щодо полегшення психічної травми», у рамках якого в навчальний процес підготовки медичних сестер ввели елективний курс «Посттравматичний стресовий розлад». Як стверджує Олена Венгер, доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету, апробація цього курсу відбулася на базі бакалаврату

Навчально-наукового інституту медсестринства Тернопільського державного медичного університету. Команда науковців створила навчальну програму елективного курсу – було опрацьовано матеріали, надані канадськими партнерами, проводили переклади, структуризували лекційні виклади, практичні заняття. За основу взято досвід фахівців Канади, багато власних напрацювань привнесли науковці Тернопільського державного медичного університету, використавши матеріали зі своєї практики й адаптувавши їх до сучасних українських реалій.[32,40]

**Висновки до 1 розділу**

Аналіз та систематизація літературних джерел за напрямком дослідження дозволили дійти таких висновків, що посттравматичні стресові розлади займають одне із центральних міст в числі нових прикордонних психічних розладів, спеціально виділених в останнє десятиліття.

Теоретичний аналіз психологічної літератури засвідчив, що психокорекція посттравматичних стресових розладів військовослужбовців є предметом багатьох підходів: психодинамічний (психоаналітичний); когнітивний підхід; психосоціальний підхід; психобіологічний (психофізіологічний) підхід. Під ПТСР розуміється тяжкий психічний розлад, який може розвинутися після пережитої емоційно-перевантаженої травматичної події, до яких можна віднести перебування в зоні бойових дій, природні та антропогенні лиха, сексуальне насильство та зґвалтування, пограбування, тортури, позбавлення волі, раптова втрата близької людини, певні діагнози, міжособистісні конфлікти, вимушене переселення та інші. Серед характерних проявів ПТСР у військовослужбовців виокремлють: тривожність, панічні атаки, роздратованість, агресивність, ворожість, замкнутість у собі, відсутністю бажання взаємодіяти з оточенням, схильністю до суїцидальної поведінки.

# РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В СПІВРОБІТНИКІВ СИЛОВИХ СТРУКТУР

## 2.1 Характеристика методичного інструментарію та хід дослідження

Теоретичний аналіз науково-методичної літератури щодо вивчення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, дає змогу розглядати дане явище, як особливу систему компонентів, що є запорукою професійної діяльності військовослужбовця.

Проведення констатувального експерименту передбачало вирішення таких завдань:

1.Виокремити компоненти посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій.

2.Здійснити діагностику компонентів прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебували в ООС.

3.Провести аналіз отриманих результатів констатувального експерименту.

ПТСР військовослужбовця у різноманітних її проявах призводить в більшості випадків до негативних наслідків не лише по відношенню до самого військовослужбовця, а й по відношенню до оточення. Тому розв’язання проблеми, щодо зниження ПТСР у військовослужбовців є одним із головних в сучасній науці. В зв’язку з даним аспектом нами були виокремлені компоненти прояву посттравматичного стресового розладу, які ми будемо досліджувати:

1. Агресивність – ситуативний стан, що характеризується афективними спалахами гніву та імпульсивними проявами поведінки, спрямованими на об’єкт фрустрації, що став причиною конфлікту. Агресивність як стан має такі складники: когнітивний, що забезпечує орієнтування суб’єкта в ситуації; емоційний, що виявляється в емоційних станах суб’єкта (гнів, ворожість тощо); вольовий, що забезпечує агресивно налаштованому суб’єкту досягнення його мети. Нормою агресивності у військовослужбовців є завищений показник по відношення до цивільної особи.

2. Ворожість – комплекс аффектів, який включає в себе такі емоції, як гнів, огиду та відразу. В процесі нашого дослідження ворожість також має на

увазі підозрілість особистості по відношенні до навколишнього світу, недовіра, уникнення, тощо.

3. Суїцидальний намір – це мотивований феномен, що пов‘язує між собою внутрішньо-психічну та зовнішньодієву складову вчинку. Частіше за все можна помітити у постійних розмовах на дану тему, можливі відверті або приховані розмови про самогубство. Проте, через постійне психічне навантаження військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій, подібного контексту розмови не містять в собі приводу для занепокоєння. Взаємодія даних компонентів у військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій визначає наявність, або відсутність ПТСР. Та виходячи з рівня розподілу даних компонентів можна говорити про інтенсивність окресленого феномену.

З метою вивчення посттравматичного стресового розладу у військово-службовців, що перебувають в зоні бойових дій було проведено констатувальний експеримент на базі бойової частини А3018, що перебувала на ротації в пункті постійної дислокації військової частини – м. Гостомель, Київської обл.

У дослідженні було задіяно 40 військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій.

Констатувальний експеримент проходив у два етапи.

Перший етап відзначився тим, що ми провели методики, вищесказаного дослідження.

Особливість другого етапу полягає в тому, що ми обробляли та інтерпретували отримані результати.

Отже, можна сказати що на першому етапі, під час проведення методики, кожному з досліджуваних, було роздано стимульний матеріал (бланки), з метою фіксування відповідей на подані твердження. Після того, як всі респонденти отримали бланки, всім була повідомлена інформація щодо інструкції проведення методики. З’ясувавши те, що досліджувані зрозуміли алгоритм виконання методики, нами було зачитано твердження, на які досліджувані давали свої відповіді, фіксуючи їх у бланках. Після того, як закінчилось методика, ми зібрали бланки з відповідями. Потім ми зробили п’ятихвилинну

перерву, після якої ми провели вже другу методику. Процедура проведення даної методики є ідентичною до попередньої. Ми знову зробили п'ятихвилинний відпочинок, після чого ми аналогічно провели 3 методику. Після того, як закінчилось опитування, зібравши всі стимульні матеріали та бланки з відповідями, ми провели інтерпретацію результатів, і вже на основі цих результатів провели кореляцію даних.

З метою здійснення дослідження, спрямованого на визначення наявності посттравматичного стресового розладу та рівня розвитку компонентів ПТСР, ми обрали наступні методики:

1. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) .

2. Опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі.

3. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій.

Тексти методик та їх інтерпретація знаходяться в Додатку А.

Відповідно до отриманих результатів діагностики наявності посттравматичного стресового розладу за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)». Було з'ясовано, що 40 % досліджуваних адаптовані до отримання травми. Респондентів із схильністю до ПТСР складають 22.5 % від усіх опитуваних. 37.5% від усіх досліджуваних складають особистості із наявним ПТСР (Таблиця 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

Рівень посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»

| Рівень прояву | Кількість у % |
|---|---|
| Адаптовані до травми | 40% |
| Схильні до травми | 22,5% |
| Наявність ПТСР | 37,5% |

За результатами проведеної методики на визначення наявності ПТСР, ми з'ясували, що у значної частини респондентів відсутній посттравматичний

стресовий розлад, це свідчить про адаптованість та стійкість респондентів до травмуючих подій. У четвертої частини досліджуваних виявлені схильності до травматизації, що означає про необхідність зниншити вплив травматичних подій на особистість. І в третьої частини респондентів наявний посттравматичний стресовий розлад, що означає наявність у осіб панічних атак при повторювані травматизуючих подій, замкнутість, підозрілість, тривожність, роздратованість, відчуженість, тощо.

Застосування опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі, здійснювалась з метою діагностики прояву компонентів агресивність та ворожість. Ми отримали наступні результати за шкалою «Агресивність». У 12.5% досліджуваних низький рівень агресивності. Для 47.5% досліджуваних характерний середній рівень прояву агресивності. Для 40% військовослужбовців серед всіх опитуваних характерний високий рівень агресивності. За результатами шкали «Ворожість» ми можемо сказати, що для 10% респондентів характерний низький рівень ворожості. У 52.5% досліджуваних визначений середній рівень. Для 37.5% військовослужбовців серед усіх респондентів притаманний високий рівень прояву даного компоненту. Кількісні показники прояву окреслених характеристик подано в таблиці 2.1.2

Таблиця 2.1.2

Рівень прояву компонентів ПТСР агресивність та ворожість за опитувальником рівня агресивності А. Басса - А. Даркі

| Рівень прояву | Кількість у % | |
|---|---|---|
| | Шкала «Агресивність» | Шкала «Ворожість» |
| Низький | 12,5% | 10% |
| Середній | 47,5% | 52,5% |
| Високий | 40% | 37,5% |

Ми можемо сказати, що для респондентів з низьким рівнем агресивності, притаманно: стриманість, низька схильність до необґрунтованої конфліктності. У респондентів із середнім рівнем агресивності, можуть проявлятися наступні

характеристики: впевненість у власних силах, помірна схильність до конфліктної поведінки, запальність. Для осіб з високим рівнем можуть проявлятись такі характеристики: неконтрольовані приступи агресивності, створення необґрунтованої конфліктної ситуації, запальність, тощо.

За результатами по шкалі «Ворожість», ми можемо сказати, що для респондентів з низьким рівнем не характерні неконтрольована злість, прояви агресивності, характерна адекватна поведінка в стресових ситуаціях, тощо. У респондентів з середнім рівнем можуть проявлятися такі характеристики: помірна підозрілість, схильність до образи на обставини, що трапляються, інколи здатні проявляти агресію, складність у встановленні міжособистісних контактів з новими особистостями. Для респондентів з високим рівнем ворожості: характерний високий рівень підозрілості, обвинувачення інших, неконтрольована злість, можлива неадекватна поведінка в стресових ситуаціях, постійна необґрунтована образа на інших.

Застосування методики «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій» здійснювалась з метою діагностики компоненту ПТСР – суїцидальній намір. За результатами по даній методиці ми можемо сказати, що у 2.5% усіх респондентів низький рівень схильності до суїциду. Для 30% досліджуваних характерний рівень нижче середнього. 12.5% досліджуваних становлять військовослужбовці з середнім рівнем схильності до суїциду. Опитування показало, що у 20% респондентів рівень вище середнього. Для 35% респондентів характерний високий рівень схильності до суїциду. (Таблиця 2.1.3)

За результатами даної методики, ми можемо сказати, що у респондентів з рівнем прояву нижче середнього може виникати суїцидальний намір у випадках тривалої психологічної травматизації і при реактивних станах психіки. Респонденти з середнім рівнем схильні до суїцидальних намірів в екстремальних ситуаціях.

Досліджувані, що мають рівень вище середнього відносяться до групи з високим рівнем схильності до суїцидальних намірів, схильні відчувати

складнощі у військово-професійній адаптації, схильні до само руйнівної поведінки.

Таблиця 2.1.3

Рівень прояву компоненту ПТСР суїцидальної схильності за методикою«Оцінка схильності до суїцидальних реакцій»

| Рівень прояву | Кількість у % |
|---|---|
| Низький | 2,5% |
| Нижче середнього | 30% |
| Середній | 12,5 |
| Вище середнього | 20% |
| Високий | 35% |

Досліджувані, що мають високий рівень суїцидальної схильності, здатні постійно проявляти наміри до суїциду у розмові, при виконанні військового завдання.

## 2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Аналізуючи отримані данні відповідно до отриманих показників прояву компонентів посттравматичного стресового розладу, можна сказати, що рівні охарактеризованих показників серед більшості респондентів знаходяться на прийнятному рівні і характеризуються переважно середніми показниками.

Слід врахувати те, що є респонденти з високими показниками серед означених компонентів, свідчать про виявлені недоліки в розвитку певних характеристик.

Застосування опитувальника рівня агресивності А. Басса - А. Даркі здійснювалась з метою визначення рівня прояву компонентів ПТСР, а саме: агресивності та ворожості. За отриманими результатами по даних шкала, ми можемо сказати, що більшість респондентів мають середній та високий рівень прояву означених характеристики. Показники представлені на рисунку 2.2.1

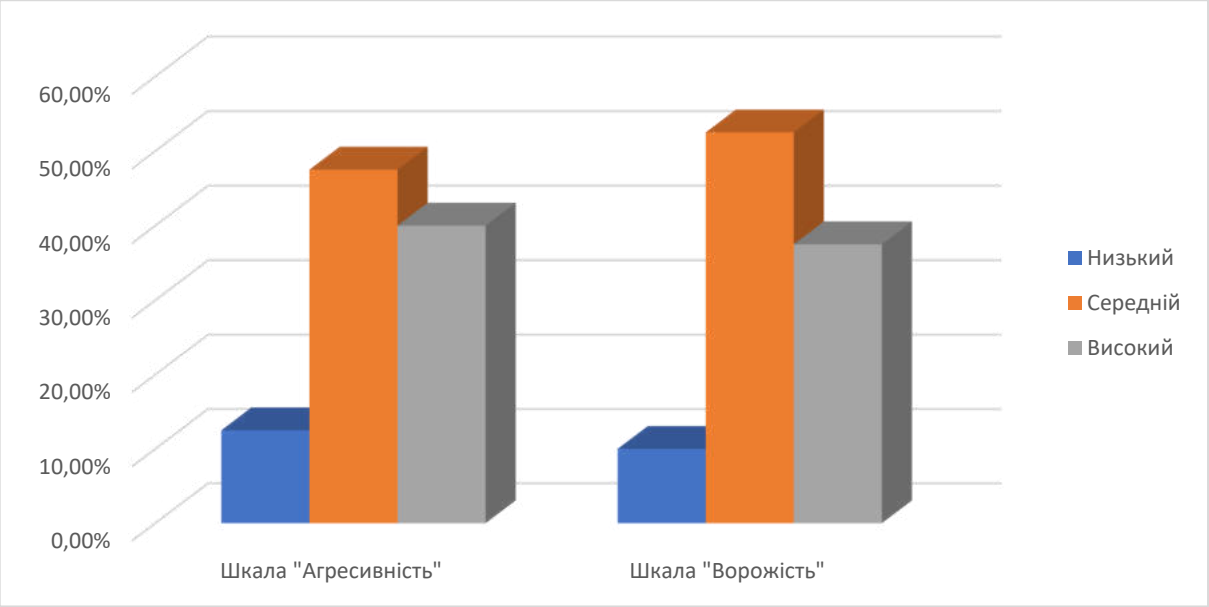



Рис. 2.2.1. Рівні розподілу агресивності та ворожості, за опитувальником рівня агресивності А. Басса-А.Даркі.

За означеними результатами ми може сказати, що респонденти з високим рівнем тривожності та агресивності є схильними до ПТСР, так як їм складно довіритись комусь із колег по службі, вони постійно перебувають в напруженому стані, намагаються уникати будь-яких контактів з колегами, схильні до постійного почуття тривоги, деякі з військовослужбовців можуть проявляти фізичну агресію до інших військовослужбовців, здатні підозрювати оточуючих в різноманітного плану змовах проти себе, частина з них переживають відчуття тривоги та агресії направленої на себе, часто характеризується переживанням власної неможливості змінити події, щоб зменшити травматизацію. Такі респонденти більш схильні до виникнення посттравматичного стресового розладу.

Застосування методики «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій» здійснювала з метою визначення рівня прояву ПТСР- суїцидальний намір. За результатами даної методики, ми можемо сказати, що значна частина респондентів мають високий, або вище середнього рівня розвитку даного компоненту. Результати представлені на рисунку 2.2.2.

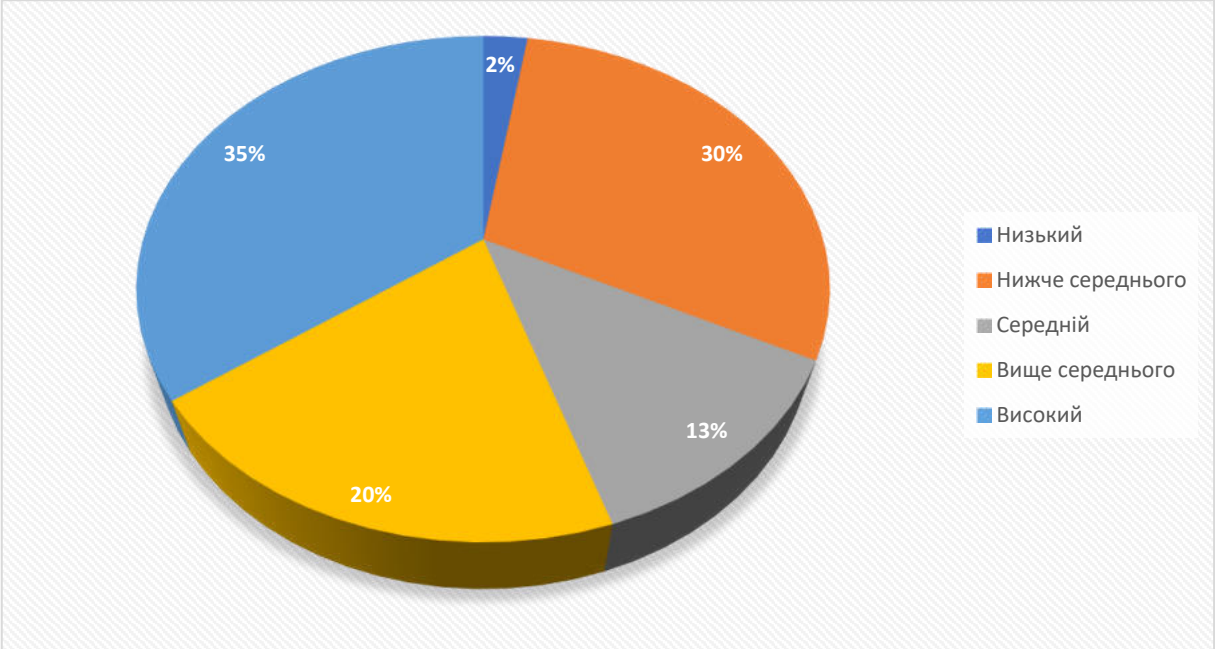



Рис. 2.2.2 Рівень розподілу суїцидального наміру за методикою «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій»

За результатами дослідження ми можемо сказати, що респонденти з високими показниками по даній методиці схильні до виникнення ПТСР, так як на фоні постійного травмування, у них часто виникають думки про суїцид, з ціллю полегшити життя, через специфіку діяльності, їм важко розмовляти про це з колегами, схильні до невиправданого ризику власним життям в процесі виконання бойового завдання.

За результатами проведеного дослідження стосовно рівня розвитку пост-травматичного стресового розладу, можна сказати, що у більшості респондентів відсутній посттравматичний стресовий розлад, проте у третини досліджуваних виявлена наявність ПТСР. Графічне зображення подано на рис. 2.2.3.

За отриманими результатами, ми можемо констатувати, що респонденти з наявним ПТСР, часто закриваються в собі, переживають неконтрольовані приступи страхи та паніки при повторюванні травматичних подій, постійне переживання тривоги та напруги, втрачають довіду ро світу та оточуючих, віддалення від колег та сім‘ї. Можливе повне відокремлення від оточення, замкнутість, втрата відчуття реальності того, що відбувається, почуття агресії, до тих, хто не перебуває в зоні бойових дій.

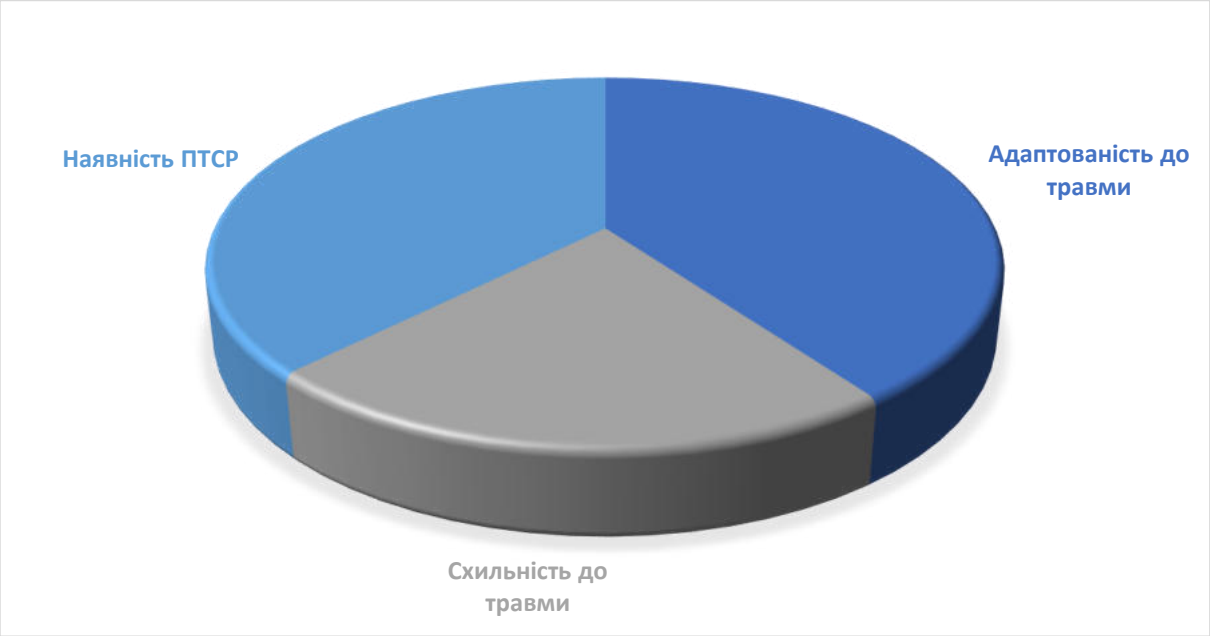



Рис. 2.2.3. Результати виявлення рівня ПТСР у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій.

Задля якісної інтерпретації отриманих результатів ми зробили статистичну обробку даних між компонентами розладу та наявними рівнями розвитку посттравматичного стресового розладу за допомогою застосування критерія рангової кореляції Спірмена. Тому, в процесі проведення кореляційного аналізу даних, було виявлено зв'язки між наступними показниками:

- між рівнем ПТСР та критерієм агресивність ($r_s = 0.972$ при $p \leq 0.01$);
- між рівнем ПТСР та критерієм ворожість ($r_s = 0.94$ при $p \leq 0.01$);
- між рівнем ПТСР та критерієм суїцидальний намір ($r_s = - 0.879$ при $p \leq 0.01$)

Відповідно до отриманих результатів, ми можемо сказати, що було встановлено зв'язок наявності певного рівня посттравматичного стресового розладу з компонентами - агресивністю, ворожістю та суїцидальними намірами. Тобто військовослужбовці з наявністю посттравматичного стресового розладу мають високий рівень агресивності, ворожості та схильності до суїцидальних намірів. І навпаки, військовослужбовці з низьким рівнем агресивності, ворожості та схильності до суїцидальних намірів мають адаптованість до травмуючи подій, що можуть викликати посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій.

За результатами констатувального експерименту, ми визначили, необхідність у здійсненні пошуку шляхів колекційного впливу щодо зниження виникнення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебувають у зоні бойових дій ООС.

Результати констатувального експерименту наведені в Додатку Б.

За результатами проведеної нами діагностики, було з'ясовано, що серед усіх респондентів – 37.5%, що складають 15 осіб, потребують корекційної допомоги стосовно зниження виникнення посттравматичного стресового розладу. Таким чином, ми маємо підстави щодо необхідності проведення корекційно-розвивальних заходів стосовно зниження виникнення ПТСР. Тому нами була сформована експериментальна група, що складалась із 15 респондентів, при констатувальному експерименті у яких було виявлено посттравматичний стресовий розлад, високий рівень агресивності, ворожості та суїцидальних намірів. Деталі колекційної програми, особливостей її проведення на експериментальній групі та результати перевірки її ефективності по її впровадженню представлені у третьому розділі дипломної роботи.

**Висновки до 2 розділу**

Організація та проведення констатувального експерименту обумовлюють висновки другого розділу дослідження.

Типовими особливостями посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій ООС є: високого рівня агресивності, ворожості та схильність до суїциду. В подальшому житті та професійній діяльності можна говорити про високу ймовірність суїциду, погіршення зв'язків з сім'єю, близькими та колегами, не можливість продовжувати професійну діяльність. В окремих випадках відсутність допомоги при ПТСР може спричинити виникнення загрози безпеці та життю окремих особистостей.

В результаті виокремлених нами компонентів ПТСР нами було визначено напрямки дослідження та здійснено добір методичного інструментарію стосов-

но дослідження. З метою виявлення вищеперерахованих нами компонентів та власне рівня розвитку ПТСР нами були застосовані такі методики: Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) , що була застосована з метою діагностики наявності посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій ООС. Опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі, для діагностики компонентів ПТСР: агресивності та ворожості. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій з метою діагностики суїцидального компонента при посттравматичному стресовому розладі.

За результатами проведеного нами констатувального експерименту, ми можемо зауважити, що у значної частини респондентів відсутній посттравматичний стресовий розлад та низький або середній рівень агресивності та ворожості та середній, або нижче середнього рівень суїцидальних намірів.

При узагальненні кількісних показників співвідношень за виявленими нами показниками показує якісну специфіку отриманих результатів. Відсутність ПТСР у військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій буде при: низькому рівні агресивності, ворожості та низькому рівні суїцидального компоненту. Відповідно до цього, нами було констатовано, що у більшості респондентів низька, або середня схильність до ПТСР.

У результаті проведеної нами діагностики, було виявлено, що 37.5% респондентів, що становить 15 військовослужбовців потребують колекційної допомоги щодо зниження емоційної залежності. При первинній діагностиці у даних досліджуваних було виявлено: високий рівень агресивності, ворожості та суїцидальних намірів.

Наявність посттравматичного стресового розладу зумовлює необхідність розробки та впровадження психокорекційної програми, щодо зниження рівня виникнення посттравматичного стресового розладу та зниження рівня агресивності, ворожості та суїцидальних намірів.

# РОЗДІЛ 3. ШЛЯХИ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ СТРЕСОВИХ РОЗЛАДІВ СПІВРОБІТНИКІВ СИЛОВИХ СТРУКТУР ЗАСОБАМИ АРТ-ТЕРАПІЇ

## 3.1 Розробка та впровадження психокорекційної програми з подолання посттравматичних стресових розладів військовослужбовців

Розробка та впровадження психокорекційної програми посттравматичних стресових розладів військовослужбовців, є важливим елементом їх реабілітації. Проте, важливо розуміти, що лише психологічного впливу при формуванні такого складного явища як посттравматичний стрес, може не вистачати, тому впровадження корекційних та тренінгових програм, у процесі психокорекції, постає нагальною проблемою сьогодення.

Відповідно загальної тривалості курсу арт-терапії і моменту її початку, з точки зору етапів розвитку адаптаційних реакцій і їх різних результатів в результаті психічної травми, програма може складатися з декількох етапів, кожен з яких включає ті чи інші техніки і види роботи.

Перший етап роботи в рамках програми включає початкову психологічну стабілізацію, створення безпечного середовища, освоєння найпростіших способів саморегуляція, а також підтримку і пошук нових способів комунікації і самовираження.

Другий етап програми спрямований на екстерналізацію і початкову переробку травматичного досвіду на основі використання як більш звичних, так і альтернативних засобів комунікації та терапевтичних відносин. Однією з його особливостей є початкове вираз емоційно-зарядженого психологічного матеріалу з підвищеною увагою до його утримування та підтримці оптимального рівня навантаження.

Третій – основний етап програми пов'язаний з змістовної особистісної переробкою досвіду психічної травми, а також з особистісної реконструкцією, з перебудовою і розвитком системи значущих відносин, поступовою зміною звичних схем реагування та самооцінки. В умовах арт-терапії перебудова і розвиток відносин на даному етапі тісно пов’язані з різними формами

репрезентації (образного і словесного) досвіду. Принципове значення при цьому має представлення про те, що відносини не можуть бути усвідомлені і змінені, поки предмети відносин не будуть певним чином репрезентуванні. Основними підлягають репрезентованими предметами, пов'язаними з системою значущих відносин, при цьому виступають: особистість (ідентичність) учасників занять; їх соціальні ролі і функції; їх життєві навички (включаючи навички подолання складність них життєвих ситуацій); значущі інші; минуле, сьогодення і майбутнє; травматичне подія (досвід психічної травми) і його місце в житті; навколишнє середовище (природне, соціальна, культурна оточення проживання), світ в цілому.

Підведення підсумків та завершення програми розраховано на останні кілька, як правило, два заняття. Ця частина програми служить позначенню основних «уроків» і відкриттів, пов'язаних з попередніми етапами, закріпленню досягнутих змін і планування подальших дій, пов'язаних зі збереженням і посиленням позитивних ефектів роботи.

Важливим завданням цього етапу також є вираження почуттів, пов'язаних із закінченням роботи групи. Результати констатувального експерименту, дали змогу повною мірою оцінити сформованість основних компонентів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців та засвідчили потребу розробки та впровадження корекційної програми. Для впровадження корекційної програми нами була сформована експериментальна група з 15 військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій.

Завданнями формувального етапу нашого експерименту було визначено:

1) розробити та впровадити психокорекційну програму зниження виникнення посттравматичних стресових розладів військовослужбовців;

2) провести контрольний зріз зниження посттравматичних стресових розладів військовослужбовців учасників корекційної групи;

3) здійснити аналіз ефективності впливу психокорекційної програми посттравматичних стресових розладів військовослужбовців;

4) розробити практичні рекомендації психологам, щодо психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

Корекційна програма щодо зниження виникнення посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців складається з 8 занять, тривалість по 60-70 хв, що проводилась з періодичністю два рази на тиждень.

Метою даної корекційно-розвивальної програми – зниження проявів посттравматичних розладів, шляхами формування навичок самоконтролю та самоаналізу.

Відповідно до мети, ми виокремили наступні завдання:

1. Знизити рівень ворожості та агресивності.

2. Знизити рівень суїцидальних намірів особистості.

3. Розвивати навички самоконтролю та самоаналізу.

4. Підвищити рівень адаптивності до травмуючи подій.

Перелік методів та форм роботи, які будуть використовуватись під час занять: ігри, вправи, арт-терапевтичні методики, обговорення, релаксаційні вправи.

Очікувані результати:

- формування навичок самоконтролю;

- оволодіння прийомами, які допомагають долати негативні думки;

- розвивати уміння взаємодопомоги при виникненні травмуючої події.

Форма занять – групова.

Тематичний план занять зображено у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1.

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН

| № | Структура заняття | Обладнання | Тривалість |
|---|---|---|---|
| Перший етап | | | |
| 1 | Вправа «Автограф»<br>Обговорення<br>Вправа «Почергове малювання»<br>Обговорення<br>Вправа «Повітряна кулька» | Аркуші А4, кольорові олівці<br><br>Аркуші А4, кольорові олівці | 20 хв.<br>5 хв.<br>25 хв.<br>5 хв.<br>5 хв |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2 | Вправа «Прислухайся до себе».<br>Вправа «Каракулі тіла»<br>Обговорення<br>Вправа «Каракулі з доопрацюванням»<br>Обговорення<br>Вправа «Заземлення» | Ватман, кольорові олівці, фарби, пензлики<br>Ватман, кольорові олівці, фарби, пензлики | 5 хв.<br>20 хв.<br>5 хв.<br>20 хв.<br>5 хв.<br>5 хв |
| 3 | Вправа «Захисний контейнер»<br>Обговорення<br>Вправа «Стирання інформації» | Аркуші А3, кольорові олівці, фарби, пензлики | 45 хв.<br>5 хв.<br>10 хв |
| Другий етап | | | |
| 4 | Вправа «Мережа підтримки»<br>Обговорення<br>Вправа «Небо» | Аркуші А4, кольорові олівці, фарби, пензлики, ножиці, клей | 45 хв.<br>5 хв.<br>10 хв. |
| 5 | Вправа «Пейзажі емоційного стану ч.1»<br>Обговорення<br>Вправа «Пейзажі емоційного стану ч.2»<br>Обговорення | Аркуші А4, кольорові олівці, фарби, пензлики | 30 хв.<br>5 хв.<br>30 хв.<br>5 хв |
| 6 | Вправа «Робота з відчуттями злості та гніву»<br>Вправа «Релаксація на контрасті» | Аркуші А3, газети та журнали з ілюстраціями, клей, ножиці | 45 хв.<br>15 хв |
| Третій етап | | | |
| | Вправа «Образ – Я» ч.1<br>Обговорення<br>Вправа «Образ - Я» ч.2<br>Обговорення | Аркуші А4, особисті фотографії, кольоровий папір чи картон, кольорові олівці, клей, ножиці | 30 хв.<br>5 хв.<br>30хв.<br>5 хв. |
| | Вправа «Турбота про особисті потреби»<br>Обговорення | Аркуші А3, А2 і А1, журнали з ілюстраціями, клей, ножиці. | 50 хв.<br>10 хв. |

ЗАНЯТТЯ 1

Вправа «Автограф»

Мета: початкове саморозкриття і представлення себе в групі.

Хід вправи:

Учасники на аркушах А4 мають зобразити або написати своє ім’я або метафоричний образ свого імені. Після завершення учасники представляють свої роботи.

У доступній формі учасникам занять може бути надана інформація про зв'язок психіки і соматики, ролі психоемоційних стресів, співвідношенні позитивнихі негативних емоцій в порушенні здоров'я і виздоровлення, значенні образного сфери і творчої діяльності для емоційного здоров'я, відповідальності людини за переживання різних емоційних станів.

Вправа « Почергове малювання»

Мета: зняття колективної напруги, розвиток нового способу самовираження та комунікації.

Хід вправи:

Перший учасник малює протягом двох хвилин, потім передає іншому і т.д., поки малюнок по колу не повернеться до першого учаснику. Обговорюється, кому що сподобалося в отриманому малюнку, і що - ні.

Вправа «Повітряна кулька»

Мета: розслаблення, закріплення стану спокою.

Хід вправи:

Психолог: «Уявіть собі, що у ваших грудях знаходиться повітряна кулька. Вдихніть через ніс і повністю заповніть легені повітрям. Видихніть його ротом і відчуйте, як воно виходить з легень. Повторюйте, не поспішаючи. Дихайте та уявляйте, як кулька наповнюється повітрям і стає все більшою та більшою. Повільно видихніть ротом, ніби повітря тихенько виходить з кульки. Зробіть паузу і порахуйте до десяти. Знову вдихніть і наповніть легені повітрям. Затримайте його, порахуйте до 3-х, уявляйте при цьому, що кожна легеня — це надута кулька. Видихніть. Відчуйте, як тепле повітря проходить через легені,

горло, рот. Повторіть 3 рази, вдихаючи та видихаючи повітря. Зупиніться та відчуйте, що ви сповнені енергії, а все напруження зникло.»

ЗАНЯТТЯ 2

Вправа «Прислухайся до себе»

Мета: налаштувати групу на відповідну роботу.

Хід вправи:

Психолог задає питання: 1. Якщо б твій настрій можна було розфарбувати, то якого б кольору він став? 2. На яку тварину або рослину схожий твій настрій? 3. Якого кольору радість, смуток, тривога, страх? Учасники відповідають подумки.

Вправа «Каракулі тіла»

Мета: зняття психологічних блоків тіла та свідомості.

Хід вправи:

На стіну на рівні тулуба учасника кріпиться ватман. Хаотичними, некерованими рухами, одночасно двома руками всі учасники починають малювати довільні лінії. Процес триває 20 хвилин після чого іде обговорення внутрішніх переживань, почуттів.

Вправа «Каракулі з доопрацюванням»

Мета: пошук ресурсу для подолання проблеми.

Хід вправи:

Учасники продовжують роботу над малюнком, тільки тепер шукають в ньому образи які відгукуються. Надають образам більш чітких контурів та за потреби замальовують в колір. Після завершення роботи іде обговорення малюнку та проговорення свого ресурсу для подолання проблеми.

Вправа «Заземлення»

Мета: повернути особистість в стійкий стан.

Хід вправи:

Психолог: «Озирніться довкола та уважно огляньте приміщення або місцевість, де ви перебуваєте. Звертайте увагу на дрібні деталі, навіть якщо ви їх добре знаєте. Повільно, не кваплячись, подумки переберіть всі предмети один

за одним у певній послідовності. Постарайтеся повністю зосередитися на цій «інвентаризації». Говоріть подумки самому собі або допомагайте тим, хто поруч: «Ось – дерево, це береза. Ось – стовп. Собака пробігла ...» У приміщенні: «Це – коричневий письмовий стіл, білі фіранки, червона ваза для квітів ...» і т.д. Зосередившись на кожному окремому предметі, ви відволічетесь від внутрішньої стресової напруги, спрямовуючи свою увагу на раціональне сприйняття навколишнього середовища.»

ЗАНЯТТЯ 3

Вправа «Захисний контейнер»

Мета: знизити емоційну напругу, врегулювати поведінку і соматичні прояви пов'язані з травматичним стресом.

Хід вправи:

Підготовка

1. Подумайте, які неприємні думки, спогади, почуття, неприємні фізичні відчуття або поведінкові прояви ви хотіли б нейтралізувати шляхом контейнерування.

2. Спробуйте подумки уявити собі контейнер, в який ви могли б прибрати ці неприємні думки, почуття, відчуття або фрагменти поведінки. Якого розміру може бути цей контейнер, як він виглядає, з чого він зроблений, де розташовується? Чим яскравіше ви уявите собі його форму, тим ефективніше він буде працювати. Ця форма може бути як реальною, так і фантастичною або чарівної. Ваш контейнер може мати певний «замок» на вході і виході. Ви можете ним скористатися, коли досить стабілізуєте і захочете зустрітися з тим, що вас колись травмувало або бентежило для того, щоб переосмислити свій досвід і витягти з нього певні уроки. Деякі приклади форм контейнера наступні:

• надійно закривається кімната, розташована в кінці довгого коридору; чарівна скринька або мішок, що дозволяє надійно утримувати всередині будь-яку енергію;

• хмара, яке утворюється шляхом конденсування (згущення) неприємних

відчуттів, думок і спогадів, і повільно переміщаючись по небу, забирає вдалину або сублімує негативну енергію;

• надувну кульку, в який в момент видиху може бути поміщена неприємна інформація.

Основна частина

1. Зобразіть той контейнер, які ви представили.

2. Уявіть і покажіть те місце, в якому він знаходиться.

3. Розгляньте малюнок і, якщо хочете, додайте деталі, які могли б зробити контейнер більш ефективним і надійним.

Опис і самоаналіз

1. Опишіть намальований контейнер. Постарайтеся конкретизувати його ознаки і місце розташування.

2. Поясніть, чому ці ознаки і місце розташування для вас важливі.

3. Опишіть ті уявні кроки, які ви робите, поміщаючи неприємні думки або переживання в контейнер. Наприклад, ви можете уявити і описати, як ви надаєте певну форму цим почуттям і думкам, завертаєте або пов'язуєте їх, а потім ставите в контейнер і надійно закриваєте вхід.

Вправа «Стирання інформації»

Мета: подолання впливу травмуючої події, звільнення від переживань

Хід вправи:

Психолог: «Сядьте зручно й заплющте очі. Уявіть, що перед вами лежить чистий аркуш паперу, олівці й гумка. Подумки спробуйте намалювати стресову ситуацію, що з вами трапилась. Подумки візьміть гумку й послідовно «зітріть» з аркуша цей негативний образ. Стирайте до того часу, поки стресова картинка не зникне. Після чого уявіть знову чистий аркуш паперу. Пам’ятайте: ніхто з нас не застрахований від стресових ситуацій, однак не варто концентруватися на неприємностях, потрібно діяти, шукати нові варіанти виходу, піклуватися про власне здоров’я. Зі стресом впоратися можна, варто лише мати бажання й трохи вільного часу для себе.»

## ЗАНЯТТЯ 4

Вправа «Мережа підтримки»

Мета: усвідомити і метафорично зобразити ту підтримуючу «мережу» людей, яка може прийти на допомогу в складній життєвій ситуації.

Хід вправи:

Підготовка

1. Складіть список людей або груп, які надають або можуть надати вам підтримку, позначивши їх в стовпчик з лівого боку аркуша паперу. Це можуть бути, наприклад: Родичі; Друзі; Знайомі; Вчителі; Колеги; Психолог (психотерапевт); Духовні вчителі та наставники;

2. Уявіть, які витягнуті, гнучкі предмети і матеріали могли б метафорично передавати кожен елемент з вашої мережі підтримки. Це можуть бути такі матеріали,як нитки, пряжа, мотузка, ремінь, ланцюжок, волосінь, струната ін. Постарайтеся уявити конкретну речовину, з якого вони виготовлені. Це можуть бути шерсть, шовк, синтетичне волокно, метал (конкретизуйте, який саме) та ін. Уявіть собі також забарвлення кожного з них, а також їх інші, зокрема візуальні і тактильні характеристики: пружність, жорсткість або м'якість, товщину, гладкість або шорсткість і т. д. Позначте всі ці матеріали і опишіть ці характеристики навпроти кожного елемента вашої підтримки.

Основна частина

1. Намалюйте ряд витягнутих, гнучких предметів і матеріалів у вигляді смуг, намагаючись передати їх властивості (колір, фактуру і ін.) на аркуші А4, залишаючи між ними вільний простір. Поруч з кожним з них можете написати, якого людину або групу людей з мережі вашої підтримки вони позначають.

2. Виріжте по контуру кожен із зображених ниткоподібних предметів.

3. Розділіть їх на дві рівні групи.

4.Потім розмістіть смужки з однієї групи вертикально на чистому аркуші паперу формату А3, залишаючи між ними порожній простір розміром приблизно в половину ширини кожної смужки.

5. Приклейте все смужки зверху до аркуша паперу.

6. Маючи горизонтально смужки з другої групи, продіньте одну за однією через приклеєні вертикальні до листка, формуйте плетену поверхню.

7. Приклейте вільні кінці вертикальних і горизонтальних смужок до паперовій основі.

Опис і самоаналіз

1. Подивіться на те, що вийшло, і опишіть свої враження. Сприймається чи створена пов'язана поверхню як досить міцна або слабка, досить велика або маленька?

2. Запишіть пояснення, чому ви вирішили позначити кожен елемент своєї мережі підтримки нитковидним предметом з відповідними властивостями, які мали певний колір, щільність, матеріал виготовлення і т.д.

3. Постарайтеся згадати деякі ситуації, коли ви потребували зовнішньої підтримки. Чи мали ви можливість скористатися цією підтримкою, шукали її? Якщо немає, то чому?

4. Поясніть, чому кожен з позначених вами факторів зовнішньої підтримки ви вважаєте для себе значущим.

5. Подумайте і запишіть, як ви могли б підсилити або поліпшити наявну у вас мережа підтримки. Подумайте, до яких ще людям або групам людей ви могли б звертатися в складних життєвих ситуаціях. Які кроки ви можете зробити для того, щоб посилити наявну у вас мережа підтримки?

Вправа «Небо»

Мета: зняття емоційної напруги.

Хід вправи:

Психолог: «Уявіть, що зараз літній ясний день. Ви лежите на траві. Відчуваєте м’якість і свіжість цієї трави, її запах. Лежачи на спині, ви дивитеся в небо: чисте, безхмарне, блакитне. Споглядайте його якийсь час.

От у полі вашого зору з’явився метелик. Коли він пролітає над вами, відзначте, яким він здається невагомим, як гарно забарвлені його крила. Ви спостерігаєте, як він віддаляється, зникаючи з очей.

Тепер ви побачили орла, що літає високо в небі. Ви стежите за його польотом і поступово все глибше проникаєте в блакитну далечінь неба.

Потім ви спрямовуєте погляд ще вище. Тепер ви бачите, що високо в небі пропливає біла хмарина. Спостерігайте за тим, як вона повільно розчиняється.

Нарешті перед вами — лише безмежне небо. Відчуйте себе небом — нематеріальним, безтілесним, всеосяжним. Відчуйте, що у вас немає меж, що ви присутні всюди. Ви можете досягти всього, проникнути крізь усе, ніщо не в змозі вас зупинити. Усвідомте в собі відчуття легкості духу, ширяння, відсутності будь-якого тиску.»

ЗАНЯТТЯ 5

Вправа «Пейзажі емоційного стану» частина 1

Мета: оцінка поточного стану, або стану яке пов’язане з пережитою важкою життєвою ситуацією.

Хід вправи:

Підготовка

1. Уявіть собі певний пейзаж, який міг би служити метафорою вашого поточного емоційного стану або пережитої вами психічної травми (складній життєвій ситуації). На пейзажі можуть бути гори або пагорби, пустеля, скелі, морський пейзаж і т. Д.

2. Постарайтеся відчути і уявити собі погодні умови, характерні для цього пейзажу і відповідають вашому емоційному стану. Ви, зокрема, можете уявити собі морозну погоду і снігопад, спеку, шторм або повінь і т. Д.

Основна частина

Створіть картину, передавальну той пейзаж і ті погодні умови, які ви представили, на аркуші форматом А4. Додайте деталі, постарайтеся зробити картину більш виразною.

Опис і самоаналіз

1. Уявіть, що може відчувати людина, що знаходиться в тому чи іншому місці на зображеної вами місцевості. Позначте почуття і фізичні відчуття.

2. Уявіть і опишіть, що робив би людина, опинившись в цьому місці. Наприклад, шукав би він укриття, стояв би на місці або рятувався втечею.

3. Сфокусуйте черзі увагу на різних деталях створеної картини і постарайтеся позначити почуття, що асоціюються з ними. Так, наприклад, самотнє дерево може передавати переживання самотності.

Вправа «Пейзажі емоційного стану» частина 2

Мета: оцінити, чи відбулись позитивні зміни в емоційному стані.

Хід вправи:

Підготовка

Уявіть, як можна було б змінити створений вами пейзаж і стан природи на ньому:

• додаючи або замінюючи деякі елементи картини;

• міняючи місцями або трансформуючи наявні елементи;

• зменшуючи або посилюючи певні частини;

• змінюючи погодні умови.

Основна частина

Створіть ще одну картину, яка транслює змінений пейзаж або погодні умови. Довіртесь процесу, вибираючи форми і кольору, які будуть потрібні, щоб зробити картину більш виразною.

Опис і самоаналіз

1. Уявіть, що може відчувати людина, що знаходиться в тому чи іншому місці на зображеної вами місцевості. Позначте його почуття і фізичні відчуття.

2. Уявіть і опишіть, що робив би людина, опинившись в цьому місці. Наприклад, він міг би танцювати, гуляти, відпочивати, лежачи на траві, милуватися краєвидом і т. д.

3. Сфокусуйте черзі увагу на різних деталях створеної картини і постарайтеся позначити почуття, що асоціюються з ними.

4. Розмістіть обидва малюнка поруч один з одним і зверніть увагу на подібності та відмінності між ними.

5. Постарайтеся пояснити письмово, чому ви хотіли б перебувати в тій чи іншій обстановці.

ЗАНЯТТЯ 6

Вправа «Робота з відчуттями злості та гніву»

Мета: виразити почуття злості та гніву в метафоричній, зображувальній формі. Розвити навик управління своїм гнівом.

Хід вправи:

Підготовка

Постарайтеся згадати різні прояви почуттів злості і гніву на емоційному і фізичному рівні, можливо, внутрішньо звертаючись до якоїсь події з вашого життя.

Основна частина

1. Перегляньте ілюстрації в газетах і журналах і підберіть кілька картинок, які б відповідали на питання «На що схожі мої почуття злості і гніву?». При виконанні даної вправи краще користуватися зображеннями неживих предметів (природні і неприродні об'єкти).

2. Виріжте ці картинки.

3. Подивіться на вирізані картинки, передають ваші почуття злості і гніву, і постарайтеся описати такі характеристики, пов'язані із зображеними об'єктами або їх групами:

• маса, розмір, текстура і температура;

• відчуття, які виникали б у вас, якби ви взяли один або кілька об'єктів в свої руки;

• які звуки здатні зробити дані предмети?

• які звуки ви хотіли б зробити за допомогою даних предметів (предмета)?

• що могли б сказати ці предмети (предмети)?

• де ці предмети (предмет) перебувають?

• чи є ці предмети нерухомими або рухаються?

• якщо вони рухаються, то як, в якому ритмі і з якою швидкістю?

4. Знову подивіться ілюстрації в газетах і журналах і підберіть один або кілька малюнків, які могли б служити «помічниками» предметів, зображеним на попередніх картинках.

5. Переміщуючи перші і другі малюнки на аркуші паперу, постарайтеся знайти для них оптимальне розташування відносно один одного і потім приклейте їх.

6. Дочекайтеся, щоб почуття злості і гніву, що проявилися в процесі роботи, стабілізувалися, і щоб ви відчули себе досить спокійно.

Опис і самоаналіз

1. Опишіть, що справило на вас найбільше враження в цій вправі.

2. Поясніть, що спільне між почуттями злості і гніву і знайденими вами малюнками.

3. Опишіть якості обраних вами предметів-«помічників». Як вони «допомагають» предметів, що асоціюється зі злістю і гнівом?

4. Поясніть, чому ви розташували ті і інші картинки саме таким чином?

5. Що предмети- «помічники» можуть символізувати в вашому житті, як це може допомогти вам краще висловлювати почуття злості і гніву?

6. Подумайте, які ще способи конструктивного вираження цих почуттів можливі.

7. Подумайте, чим вираження почуттів злості і гніву може бути для вас корисно, до яких змін у вашому житті це могло б привести.

Вправа «Релаксація на контрасті»

Мета: зняти м’язове та емоційне напруження.

Хід роботи:

Психолог: «Так сильно, як можете, напружте пальці ніг. Потім розслабте їх.

Натягніть й розслабте ступні ніг.

Напружте й розслабте гомілки.

Напружте й розслабте коліна.

Стисніть й розслабте стегна.

Напружте й розслабте сідничні м’язи.

Стисніть й розслабте живіт.

Розслабте спину й плечі.

Відпустіть кисті рук.

Ослабте передпліччя.

Розслабте шию.

Розслабте лицьові м’язи.

Посидьте в цьому стані декілька хвилин, якщо вам здаватиметься, що ви повільно пливете, то виповністю розслабились.»

ЗАНЯТТЯ 7

Вправа «Образ – Я» частина 1

Мета: передача поточного образу «Я»

Хід вправи:

Підготовка

Подумайте над тим, як пережита коли-небудь психічна травма або складна життєва ситуація (в тому числі повторююча неприємні події) вплинули на ваше ставлення до себе, включаючи ваше уявлення про себе як особистості, своїх інтелектуальних і емоційних можливостях, зовнішності і фізичних якостях і т. д.

Основна частина

1. Використовуючи кольоровий папір або картон, створіть або намалюйте рамку, в яку ви могли б помістити своє зображення (ксерокопію своєї фотографії). Така рамка повинна символізувати пережиту вами коли-небудь психічну травму або складну життєву ситуацію (в тому числі повторювані неприємні події у вашому житті, «удари долі»). За розміром вона повинна відповідати формату паперу А4.

2. Помістіть чорно-білу ксерокопію своєї фотографії всередину рамки (при ксерокопіюванні ваша фотографія повинна бути збільшена або зменшена до розміру А4).

3. Приклейте рамку і зображення на лист більш щільного паперу А4.

4. Виберіть олівці одного або декількох кольорів, щоб розфарбувати копію своєї фотографії або намалювати на ній певні деталі, щоб передати те, як травма або неприємні події вашого життя вплинули на ваше уявлення про себе.

Опис і самоаналіз

1. Подивіться на своє зображення і подумайте, чому ви вибрали саме цю фотографію.

2. Подумайте, чому ви зобразили або створили для свого образу саме таку рамку. Який сенс або переживання ви вкладали в кольори або форми рамки.

3. Який зв'язок ці особливості мають з перенесеним травматичним або неприємною подією?

4. Запишіть назви кольору (квітів), які ви вибрали для розфарбовування свого зображення. Подумайте, чому ви вибрали саме цей колір (кольори)? Яке символічне значення вони мають?

5. Опишіть, що ви відчуваєте з приводу того, що помістили свій образ в рамку, що позначає перенесене травматичне або неприємна подія. Як воно вплинуло на ваше сприйняття себе?

Вправа «Образ – Я» частина 2

Мета: передати той образ «Я», який не підпав під деформуючий вплив психічної травми.

Хід вправи:

Підготовка

1. Подивіться на те, що ви створили на першому етапі виконання цієї вправи, і уявіть, що зображена людина - це не ви, а хтось інший.

2. Які почуття охопили б по відношенню до цієї людини, якби дізналися, що він переніс?

Основна частина

1. Створіть нову рамку для цієї людини на фотографії, прагнучи поліпшити його уявлення про себе, показуючи, що перенесена психічна травма або складні життєві обставини - це далеко не все, що може визначати самооцінку людини.

2. Виріжте цю рамку і помістіть її на новий аркуш паперу формату А4.

3. Помістіть нову копію фотографії (тієї ж самої, яку ви використовували при виконанні першої частини даного завдання) в рамку і потім приклейте рамку і фотографію до листа щільного паперу.

4. Виберіть один або кілька кольорових олівців, щоб передати інше сприйняття образу людини на фотографії, а потім розфарбуйте його образ.

Опис і самоаналіз

1. Подумайте, чому ви зобразили або створили для свого другого способу саме таку рамку.

2. Який сенс або переживання ви вкладали в кольори або форми цієї другої рамки?

3. Запишіть назви кольору (квітів), які ви вибрали для розфарбовування другого зображення. Подумайте, чому ви вибрали саме цей колір (кольори)? Яке символічне значення вони мають?

4. Порівняйте два образи. Як створені рамки і розфарбування зображення впливають на сприйняття вашого зображення?

5. Якби ви зберегли другу рамку і споглядали поміщене в неї своє зображення, як це могло б впливати на ваше самосприйняття?

6. Що заважає вам в реальності сприймати себе в такому світлі?

7. Уявіть, які перші кроки ви могли б зробити, щоб поступово змінити своє ставлення себе?

## ЗАНЯТТЯ 8

Вправа «Турбота про особисті потреби»

Мета: усвідомити важливість турботи за своїми особистими емоційними, духовними, фізичними потребами та знайти найбільш підходящий спосіб їх задоволення.

Хід вправи:

Підготовка

1. Подумайте над тим, як пережита коли-небудь психічна травма або складна життєва ситуація вплинула на ваше бажання і здатність піклуватися про

своїх емоційних, духовних і фізичних потребах. Які з цих потреб стали для вас менш важливі, а які – важливіші або з'явилися нові?

2. Яким чином ви задовольняєте свої емоційні та фізичні потреби в даний час?

3. Які потреби ви хотіли б задовольнити в більшій мірі, як ви це можете зробити?

Основна частина

1. Виберіть і виріжте з журналів зображення, які могли б ілюструвати ваші поточні емоційні, духовні і фізичні потреби і способи їх задоволення. Це можуть бути фотографії із зображенням їжі, занять фізичною активністю, відпочинком на природі. На фото можуть бути представлені як середовище і об'єкти, так і люди, що займаються якоюсь справою.

2. Постарайтеся розташувати всі ці образи у вигляді фотоколлажа так, щоб вони формували в цілому щось, що нагадує фігуру людини. Підберіть для цього лист відповідного формату. Подумайте, в якій частині тіла краще розташувати ті чи інші картинки в залежності від характеру потреб.

3. Коли знайдете оптимальне розташування для картинок у внутрішньому просторі фігури людини, можете їх приклеїти.

Опис і самоаналіз

1. Подумайте і опишіть свої міркування з приводу того, чому ви розташували картинки в тій чи іншій частині тіла на фотоколажі.

2. Як вибрані картинки пов'язані з різними потребами?

3. Зверніть увагу на особливості загального розташування фігур і опишіть свої спостереження.

4. Запишіть свої міркування з приводу того, як ви могли б надалі задовольняти потреби різного характеру:

• фізичні;

• емоційні;

• пізнавальні і духовні.

У результаті застосування корекційно-розвивальної програми очікується

покращення компонентів посттравматичних стресових розладів військовослужбовців, надбання відповідних знань, умінь та навичок і, як наслідок, підвищення ефективності взаємодії, що необхідно для їх адаптивності до травмуючої події.

### 3.2. Оцінка ефективності психокорекційної програми

Після проведення формувального експерименту, було проведено контрольний зріз з метою виявлення оцінки ефективності впровадженої програми. Повторна діагностика здійснювалося за допомогою методик, що були використані при проведені констатувального експерименту:

1. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) .

2. Опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі.

3. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій.

Нами було з’ясовано, що рівень посттравматичного стресового розділу знизився за рахунок того, що знизився рівень агресивності, ворожості та суїцидальних намірів у військовослужбовців.

Детальний аналіз проведемо при порівнянні показників до та після впровадження колекційної програми в експериментальній групі. Результати групової психокорекції стосовно зниження рівня посттравматичного стресового розладу в експериментальній групі після проведення формувального експерименту наведені в таблиці 3.2.1.

Відповідно до даних, які ми отримали, можна сказати, що у більшості респондентів після відвідування корекційних занять за запропонованою нами програмою відбулись позитивні зрушення, щодо покращення стійкості до виникнення посттравматичного стресового розладу. Позитивна динаміка проявляється у тому, що у більшості військовослужбовців діагностовано схильність до виникнення травми. Це свідчить, що респонденти стали більш стійкими до травматизації від бойових подій, тепер вони менш схильні до

уникання своїх колег, їм легше переживати травматичні ситуації, через розуміння того, що вони не самі і їм завжди буде з ким поділитись своїми переживаннями.

Таблиця 3.2.1

Рівень розподілу посттравматичного стресового розладу учасників експериментальної групи до та після впровадження психокорекційної програми за методикою « Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»

| Рівень прояву | Кількість у % | |
|---|---|---|
| | До впровадження корекційної програми | Після впровадження програми |
| Адаптовані до травми | 0% | 6,7% |
| Схильні до травми | 0% | 73,4% |
| Наявність ПТСР | 100% | 20% |

Це свідчить, що респонденти стали більш стійкими до травматизації від бойових подій, тепер вони менш схильні до уникання своїх колег, їм легше переживати травматичні ситуації, через розуміння того, що вони не самі і їм завжди буде з ким поділитись своїми переживаннями.

Діагностика рівнів агресивності під час формувального експерименту, свідчать про покращення показників в експериментальній групі. Після впровадження корекційної програми нами були зафіксовані зниження показників агресивності, тобто військовослужбовців з високим рівнем окреслених нами компонентів значно зменшилось. Кількісні показники отриманих даних наведено в таблиці 3.2.2.

Відповідно до даних, які ми отримали, можна сказати, що у більшості респондентів після відвідування корекційних занять за запропонованою нами програмою відбулись позитивні зрушення, щодо зниження рівня агресивності. Позитивна динаміка проявляється у тому, що у більшості військовослужбовців діагностовано середній рівень агресивності. Це свідчить, що респонденти стали контролювати прояви власного гніву не лише по відношення до колег, але і по

відношенню до власної особистості, військовослужбовці стали менш конфліктними та підтримують протистояння, лише у випадку альтернативної пропозиції, зменшилась схильні агресії на себе, через усвідомлення того, що вони не в силі все контролювати.

Таблиця 3.2.2

Рівень розподілу агресивності в учасників експериментальної групи до та після впровадження психокорекційної програми за опитувальником рівня агресивності А. Басса - А. Даркі

| Рівень прояву | Кількість у % | |
|---|---|---|
| | До впровадження корекційної програми | Після впровадження корекційної програми |
| Низький | 0% | 0% |
| Середній | 0% | 86,5% |
| Високий | 100% | 13,5% |

Діагностика рівнів ворожості під час формувального експерименту, свідчать про покращення показників в експериментальній групі. Після впровадження корекційної програми нами були зафіксовані зниження показників ворожості, тобто військовослужбовців з високим рівнем окреслених нами компонентів значно зменшилось. Кількісні показники отриманих даних наведено в таблиці 3.2.3.

Таблиця 3.2.3

Рівень розподілу ворожості в учасників експериментальної групи до та після впровадження психокорекційної програми за опитувальником рівня агресивності А. Басса - А. Даркі

| Рівень прояву | Кількість у % | |
|---|---|---|
| | До впровадження корекційної програми | Після впровадження корекційної програми |
| Низький | 0% | 0% |
| Середній | 0% | 80% |
| Високий | 100% | 20% |

За результатами, які ми отримали в ході контрольного зрізу, можна сказати, що більшість військовослужбовців, які були залучені до експериментальної групи, продемонстрували позитивні зрушення по даному критерію. У більшості респондентів виявлено середній рівень ворожості, після впровадження колекційної програми. Тепер респонденти менше проявляють вороже ставлення до оточуючих, вони стали менше злитись на обставини, які викликають переживання негативного стану, так як краще усвідомлюють свою цінність для суспільства та країни. Вони легше переживають події, які раніше викликали тривогу та панічний страх.

Діагностика рівнів суїцидальних намірів під час формувального експерименту, свідчать про покращення показників в експериментальній групі. Після впровадження корекційної програми нами були зафіксовані зниження показників схильності до суїциду, тобто військовослужбовців з високим рівнем окреслених нами компонентів значно зменшилось. Кількісні показники отриманих даних наведено в таблиці 3.2.4.

Таблиця 3.2.4

Рівень розподілу суїцидальних намірів в учасників експериментальної групи до та після впровадження психокорекційної програми за методикою «Оцінка схильності до суїцидальних реакцій»

| Рівень прояву | Кількість у % | |
|---|---|---|
| | До впровадження корекційної програми | Після впровадження корекційної програми |
| Низький | 0% | 0% |
| Нижче середнього | 0% | 6,6% |
| Середній | 0% | 19,8% |
| Вище середнього | 6,7% | 66,6% |
| Високий | 93,3% | 6,6% |

Відповідно до даних, які ми отримали, можна сказати, що у більшості респондентів після відвідування корекційних занять за запропонованою нами програмою відбулись позитивні зрушення, щодо зниження рівня суїцидальних

намірів. Позитивна динаміка проявляється у тому, що у більшості військовослужбовців діагностовано вище середнього та середній рівень суїцидальних намірів. Дані показники свідчать, що респонденти будуть відчувати лише незначні труднощі при адаптації до травмуючи подій, вони стали усвідомлювати цінність власного життя, віднайшли свій сенс перебування в умовах бойової обстановки, їм легше розмовляти про можливість смертельних випадків, через віру у краще життя після смерті.

В такому випадку, ми можемо зауважити, що розроблена корекційна програма ефективно впливає на зниження рівня посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що перебували в бойових умовах.

Розподіл показників, що було отримано нами після проведення формувального експерименту та застосування методів математичної обробки за критерієм коефіцієнту рангової кореляції Спірмена підтверджує ефективність застосованої нами психокорекційної програми. Порівняльний аналіз виділених нами компонентів та рівня розвитку посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців, що стали учасниками експериментальної групи, мають статистично значущі зміни:

- між рівнем ПТСР та критерієм агресивність ($r_s = 0.963$ при $p \leq 0.01$);
- між рівнем ПТСР та критерієм ворожість ($r_s = 0.853$ при $p \leq 0.01$);
- між рівнем ПТСР та критерієм суїцидальний намір ($r_s = - 0.538$ при $p \leq 0.05$).

Детальніше статистична значущість отриманих результатів відповідно до критерію рангової кореляції Спірмена, а також зведені таблиці показників респондентів наведені у Додатку В.

Таким чином, дієвість запропонованої нами психокорекційної програми зниження посттравматичного стресового розладу підтверджується як результатами дослідження змін показників прояву виділених нами компонентів, так і загальними показниками розвитку даного феномену.

### 3.3. Практичні рекомендації психологам щодо подолання посттравматичних стресових розладів військовослужбовців

З метою психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців, нами було розроблено наступні практичні рекомендації психологам, стосовно подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців.

1. В результаті отриманої психічної травми військовослужбовці в подальшому можуть переживати невпевненість та страх перед майбутнім. Тому можна використати вправу «Прокладаючи шлях». Дана вправа пов'язана із створенням візуальної метафори шляху, що передає можливість подолати психотравму і зустрітись з майбутнім. Військовослужбовцю доведеться усвідомии та окреслити позитивні якості себе, як особистості і зовнішні ресурси, які допомагають пройти даний шлях. Все це буде слугувати опорою для того щоб рухатись в перед.

2. Важливим при подоланні травмуючої події є увага до основних потреба в харчування, відпочинку, фізичному комфорті, тощо, можливість їх задовольняти сприяє підтримці емоційного комфорту. Важливо задовольняти емоційні і духовні потреби, в першу чергу це переживання позитивних емоцій, які пов'язані з спілкуванням з оточенням, сприйняття витворів мистецтва. Задля того щоб військовослужбовець у вільних декілька хвилин міг їх задовольняти слід психологу провести вправу «Турбота про власні потреби», яка має на меті усвідомить військовослужбовцев важливість турботи про власні емоційні, духовні та фізичні потреби і знайти найбільш необхідні способи задоволення. Для цього можна використати будь-які журнали. Де військовослужбовцю необхідно вирізати із нього зображення, яке могло б ілюструвати теперішній емоційний стан, із вирізаних зображень сформувати фігуру людини, і приклеїти.

3. В роботі з військовослужбовцями при посттравматичному стресовому розладі є допомогти в зниженні тривожності та напруги, з цією метою можна використати такі вправи: «Репетиція», «Уявне тренування». Вправа «Уявне

тренування» полягає в тому, що людині пропонується продумати і уявити ситуацію, котра спричиняє тривогу. Ситуацію потрібно чітко уявити, спричинити її переживання і заздалегідь ретельно продумати свою поведінку в ній.

4. В роботі із військовослужбовцями з ПТСР є навчити його методам релаксації, через те що тривалий час вони переживають відчуття тривоги і напруги. Задля зняття цих негативних психоемоційних станів, можна використовувати вправи з елементами релаксації, це можуть бути наступні вправи: «Хвилинна м'язова релаксація», «Протистресове дихання», «Самомасаж», «Тарзан», кожна з цих вправ не займає багато часу, проте дозволяє опанувати власний стан за мінімальний проміжок часу.

5. Допомогти подолати агресивність, можливо при використанні наступних вправ: «Північний бій», «Цирк», «Планети» та ін. Суть останньої полягає в тому, що учасникам пропонується уявити власні планети по яким вони згодом подорожуватимуть, продумати все до дрібниць, в тому числі і які люди там мешкатимуть. Їм потрібно назвати риси характеру жителів їх планети, а потім зрівняти яких рис більше позитивних чи негативних.

6. Підвищувати рівень рефлексивності та емпатії у військовослужбовців. Необхідно не лише мати змогу вирішувати свої проблеми, контролювати свої емоції і розвивати їх, потрібно ще уміти зрозуміти емоції людей, які знаходяться поруч. Тому рівень емпатії потрібно підвищувати і це стає можливо за допомогою таких вправ: « З'єднувальна нитка», « Що ти зробиш, якщо побачиш…», «Іграшка», « Що трапилось з героєм?», «Зустріч». У більшості з цих вправ учасникам потрібно назвати емоції, які переживають інші, уявити, що вони зробили б задля того, щоб підтримати людину або ж заспокоїти. Тобто розповісти як би вони вчинили в ситуаціях, коли інша людина відчуває позитивні або негативні емоції. А потім поділитись тим, які емоції в цей час вони самі переживали.

7. Один із аспектів успішного пристосування до складних умов є позитивне мисленні та можливість акцентувати увагу на чомусь хорошому.

Велику роль у діяльності військовослужбовця при складних умовах є вміння радіти дрібницям. Розвивати позитивне мислення можна використовуючи наступні вправи: «+5», «Мій ідеальний день», «Мирний договір із минулим». Особливою у застосуванні є вправа «+5», суть якої полягає в тому, що на негативну подію яка трапилась в діяльності військовослужбовця є знайти 5 позитивних сторін, того, що нещодавно трапилось. При початковому застосуванні військовослужбовцям буде складно її виконувати, проте з плином часу буде легше, так як вже відбуватиметься автоматично і буде змінювати ставлення до негативу, що займає значне місце в житті військовослужбовця.

**Висновки до 3 розділу**

Результати отримані на формувальному етапі дослідження надали можливість сформулювати висновки до даного розділу.

Розроблена психокорекційна програма стосовно подолання посттравматичного розладу військовослужбовців, що перебували в зоні бойових дій визначило основу при проведенні формувального експерименту. За результатами проведеного аналізу, ми виокремили компоненти посттравматичного стресового розладу, а саме: агресивність, ворожість та суїцидальні наміри є ключовими компонентами прояву при наявності у військовослужбовця строкової служби посттравматичного стресового розладу, так як кожен із компонентів займає важливе місце при виникненні розладу, так як від рівня розвитку кожного з компонентів залежить рівень прояву посттравматичного стресового розладу.

Ми з’ясували, що при високому рівні прояву суїцидальних намірів, в комплексі з іншими компонентами негативною впливає на особистість . Крім того, для відсутності посттравматичного стресового розладу необхідно низький рівень агресивності, ворожості та суїцидального наміру.

Під час розробки психокорекційної програми нами були враховані всі особливості компонентів, які впливають на ПТСР.

Задля підтвердження ефективності розробленої нами програми, ми провели контрольний зріз, і з’ясували, що більшість військовослужбовців, що корекційної групи виявили значні зрушення стосовно подолання посттравматичного розладу та його компонентів. У значної частини досліджуваних, що складали корекційну групу, було виявлено позитивні зрушення у показниках.

За проведеним аналізом формувального експерименту дослідження, ми можемо констатувати, той факт, що рівень ПТСР у військовослужбовців корекційної групи має позитивні зміни, що виявляється у зниженні показників посттравматичного стресового розладу, зниженні показників агресивності, ворожості та суїцидальних намірів. Розподіл показників, що було отримано нами після проведення формувального експерименту та застосування методів математичної обробки за критерієм коефіцієнту рангової кореляції Спірмена підтверджує ефективність застосованої нами психокорекційної програми.

Для покращення показників подолання ПТСР у військовослужбовців, ми розробили практичні рекомендації для психологів, які працюють із військовослужбовцями з ПТСР.

# ВИСНОВКИ

У магістерській дипломній роботі наведено теоретичне узагальнення й нове вирішення проблеми психокорекції посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, що полягає у визначенні його структурних компонентів; визначенні психологічних особливостей його розвитку у військовослужбовців; експериментальному дослідженні означеного явища та створенні й експериментальній апробації психокорекційної програми психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

1. Теоретичний аналіз психологічної літератури засвідчив, що психокорекція посттравматичних стресових розладів військовослужбовців є предметом багатьх підходів : психодинамічний (психоаналітичний); когнітивний підхід; психосоціальний підхід; психобіологічний (психофізіологічний) підхід. Під ПТСР розуміється тяжкий психічний розлад, який може розвинутися після пережитої емоційно перевантаженої травматичної події, до яких можна віднести перебування в зоні бойових дій, природні та антропогенні лиха, сексуальне насильство та зґвалтування, пограбування, тортури, позбавлення волі, раптова втрата близької людини, певні діагнози, міжособистісні конфлікти, вимушене переселення та інші. Серед характерних проявів ПТСР у військовослужбовців виокремлють: тривожність, панічні атаки, роздратованість, агресивність, ворожість, замкнутість у собі, відсутністю бажання взаємодіяти з оточенням, схильністю до суїцидальної поведінки. Арт-терапія при реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій є дієвою, так як вона заснована на невербальному вираженні почуттів. Невербальні засоби часто є єдино можливими для вираження і прояснення травмувального емоційного стану. Цей процес не контролюється свідомістю і може бути використаний як спосіб виплеснути болючі переживання назовні.

2. Концептуальною основою дослідження психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців є положення про те, що детермінантами психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців виступає: неформальне спілкування з товаришами по

службі, особливості організації військової служби, участь у дискусіях, публічних виступах, програвання консультацій та психотерапії, застосування тренінгової роботи, інтермодальної та сімейної арт-терапії. Нами були виокремлені компоненти посттравматичного стресового розладу, які безпосередньо впливають на його інтенсивність, до таких компонентів, ми відносимо: агресивність, ворожість та суїцидальний намір. Відповідно до цього великий вплив на психокорекцію посттравматичних стресових розладів військовослужбовців мають умови проходження служби.

3. Дослідження ПТСР у військовослужбовців, що перебувають в зоні бойових дій, дозволило констатувати той факт, що більшість військовослужбовців мають адаптивність до травмуючої події, тобто вони не схильні до розвитку посттравматичного стресового розладу та низьків рівні розвитку за означеними нами компонентами, а саме: агресивність, ворожість та схильність до суїцидальних намірів. В той час, нами було з’ясовано, що майже в третини військовослужбовців наявний посттравматичний стресовий розлад та високі показники за наступними компонентами: агресивність, ворожість та схильність до суїцидальних намірів. В результаті, ми можемо зауважити, що наявність посттравматичного стресового розладу у частини військовослужбовців присутня, що в результаті негативно відобразиться на самопочутті таких респондентів та на виконанні бойових завдань.

4.Усунення посттравматичного стресового розладу військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій є можливим лише при умові належної організованої діяльності, що являється основою для створення нами психокорекційної програми. Розроблена психокорекційна програма спрямована на зниження рівня основних компонентів, що формую ПТСР. Програма складається із восьми занять, метою яких є: знизити рівень ворожості та агресивності, знизити рівень суїцидальних намірів особистості, розвивати навички самоконтролю та самоаналізу, підвищити рівень адаптивності до травмуючи подій. Формування виділених аспектів здійснюється за рахунок дії наступних психологічних технік: арт-терапевтичних вправ, ігор, бесіди та

обговорення. Результатом апробації психокорекційної програми є тенденції зростання кількості військовослужбовців в яких знизився рівень посттравматичного стресу. Позитивна динаміка в показниках структурних компонентів психокорекції проявляється у зростанні показників потреби у спілкуванні, здобутті необхідних для ефективної комунікації знань та умінь, а також формуванні конструктивного типу поведінки. В процесі дослідження було з'ясовано той факт, що вищезазначені складові психокорекції формуються поступово і складають відповідну ієрархію, а їх рівень розвитку у сукупності визначає рівень розвитку у цілому. В результаті апробації психокорекційної програми визначені тенденції по зниженню кількості військовослужбовців із наявністю ПТСР, відповідно зниженням рівні агресивності, ворожості та схильності до суїцидальних намірів. Тобто при наявності посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців наявний високий рівень розвитку вищеперерахованих компонентів. І навпаки, при адаптованості до травмуючих подій у військовослужбовця наявні низькі рівні окреслених компонентів.

5. Для покращення показників подолання ПТСР у військовослужбовців, ми розробили практичні рекомендації для психологів, які працюють із військовослужбовцями з ПТСР. Рекомендацію включають в себе набір вправ, які направлені на нормалізацію психологічного стану військовослужбовця та вправи на релаксацію. Узагальнюючи все вищесказане, можна сказати про те, що проведене нами дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців. Перспективи подальших досліджень ми вбачаємо у вивченні музикальної та танцювальної терапії, як засобу психокорекції посттравматичних стресових розладів військовослужбовців.

# СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с

2. Александровський Ю.А. Психічні розлади в час і після надзвичайних ситуацій // Психіатрія і психофармакотерапія, 2001 №4т.3.

3. Алещенко В.І. Основні симптоми посттравматичного стресу військовослужбовців, які приймали участь у бойових діях // Вісник Київського Національного університету ім. Т.Г. Шевченка. Серія. Військово-спеціальні науки- 2010. -№ 24/25. - С. 107-112

4. Алещенко В., Хміляр О. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навчальний посібник. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.

5.Блінов О.А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців // Вісник НАОУ. Київ. Міленіум, 2006. Вип. 2. 118-124 с.

6. Буряк О.О. Військовий синдром «АТО»: актуальність та шляхи вирішення на державному рівні / О.О. Буряк, М.І. Гіневський, Г.Л. Катеруша // Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. - 2015. - Вип. 2(43)

7. Буряк О.О. Соціальна адаптація військовослужбовців. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. Харків : ХУПС ім. Івана Кожедуба, 2014. 168 с.

8. Варій М.Й. Військова психологія і педагогіка: / За заг. ред. М.Й.Варія. – Львів, Вид-во “Сполом”, 2003. – 624 с.

9. Ващенко І.В., Антонова О.Г. Конфлікт. Посттравматичний стрес: шляхи їх подолання. 1998. – 289 с.

10. Волошин П.В., Марута Н.О., Шестопалова Л.Ф., Лінський І.В., Підкоритов В.С., Ліпатов І.І., Бучок Ю.С., Заворотний В.І. Діагностика, терапія та профілактика медико психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації // Харків, ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України», 2014. 80 с.

11. Волошин П. В. Посттравматичні стресові розлади: проблеми лікування і профілактика // Міжнародний медичний журнал. 2004. № 1 (10). 33–37 с.

12. Гриневич Є.Г. Психотерапія, психопрофілактика та корекція постраждалих з психічними розладами внаслідок надзвичайних ситуацій: автореф. дис.д-ра мед. наук: 14.01.16 / Є.Г. Гриневич ; Укр. НДІсоц. ісуд. психіатрії та наркології. –К., 2008. – 44 с. укр.

13. Гуменюк Л.Й., Федчук О.В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2016. No1. 228-239 с.

14. Корольчук О.Л. Посттравматичний стресовий розлад як новий виклик сучасній Україні. Інвестиції: практика та досвід: науково-практичний журнал. Чорноморський держ. ун-т ім. Петра Могили; ТОВ «ДСК Центр». К., 2016. 104-111 с.

15. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями−учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

16. Костенко М. А. Психосоціальна робота з учасниками локальних бойових дій: метод. посібн. Харків: Либідь, 2013. 104 с

17. Концептуальні засади і методика глибинної психокорекції: Підготовка психолога-практика : навчальний посібник / за ред. Т. Яценко. Київ : Вища школа, 2008. 342 с.

18. Ломакін Г.І. Прояви порушень реадаптації учасників бойових дій у системі суспільних відносин / Г.І. Ломакін. – Проблеми емпіричних досліджень у психології: матеріали VI Міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, 6-7 грудня 2012 р.) / за ред. І.В. Данилюка, І.В. Ващенко. – К.: ОВС, 2012. - С.94 – 100.

19. Медико-психологічна реабілітація учасників АТО в санаторно-курортних установах (клінічна настанова) / Під заг.ред. проф. Б.В. Михайлова. Харків-Київ: ВАФК, 2017. 127 с.

20. Музичко Л. Т. Подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : зб. наук. праць. Вип. 10 / за ред. В. М. Синьова, О. В. Гаврилова. Кам'янець-Подільський, ПП « Медобори – 2006», 2017. С. 289-299.

21. Осьодло В. І. Когнітивні та екзистенційні феномени психіки в контексті самодетермінації / В. І. Осьодло // Вісник Національної академії оборони України : зб. наук. праць. – 2009. – № 4 (12). – С. 107112.

22. Осьодло В.І., Зубовський Д.С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи. Український психологічний журнал : зб. наук. пр. КНУ імені Тараса Шевченка. Київ, 2017. № 1(3). С. 63–79.

23. Підчасов Є. В., Ломакін Г. І. Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2011. Вип. 10. С. 86–98.

24. Попелюшко Р.П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації / Р.П. Попелюшко // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психол. ім. Г.С. Костюка. – Київ, 2015. – Т. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 13. – С. 198-207.

25. Посттравматичний стресовий розлад: виявлення, перша допомога, методи власної психологічної безпеки. URL: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-81920-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-viyavlennya-persha-dopomoga-metodi-vlasnoi-psixologichnoi-bezpeki

26. Радиш Я. Ф., Соколова О. М. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико−методологічні засади (за матеріалами літературних джерел). Економіка та держава. 2012. 103–106 с.

27. Савчин М. В. Загальна психологія: навч. посібник. У 2-х ч. Ч. 2. – Дрогобич: Відродження, 1998.

28. Сафін О. Д. Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадаптації учасників антитерористичної операції / О. Д. Сафін // Наука і оборона, 2016. – №1. – 66–65 с.

29. Сироп'ятов О. Г., Напреєнко О. К., Дзеружинська Н. О. Лікування та реабілітація комбатантів –миротворців із посттравматичним стресовим розладом, 2012. 76 с.

30. Соціальна адаптація демобілізованих бійців – за принципом «рівний-рівному»: через роботу із тренерами, що самі є ветеранами бойових дій – представники ГО «Побратими». URL: https://uacrisis.org/uk/40029-social_adaptation

31. Тарабріна Н. У., Лазебная Е. О. Синдром посттравматичних стресових порушень: сучасний стан і проблеми // Психологічний журнал. 1992, т. 13 № 2, з. 14-29.

32. Тернопільщина: Допомога пацієнтам із ПТСР має бути професійною. URL: https://www.vz.kiev.ua/ternopilshhyna-dopomoga-patsiyentam-iz-ptsr-maye-buty-profesijnoyu/

33. Титаренко Т.М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 с.

34. Тополь О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників антитерористичної операції. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія «Педагогічні науки», 2015, 124 с., 231–232 с.

35. Тохтамиш О.М. Реабілітаційна психологія: Навчальнометодичний посібник. – Вінниця: ТОВ Віндрук. – 2004. – 102 с.

36. Туриніна О. Л. Психологія травмуючи ситуацій: навчальний посібник. Київ: ДП «Видавничий дім «Персонал», 2017. 160 с.

37. Уоттс, Б.В., Шнурр, П.П., Мейо, Л., Янг-Сюй, Ю., Тижс, В.Б., і Фрідман, М.Дж. Мета-аналіз ефективності методів лікування посттравматичного стресового розладу. Журнал клінічної психіатрії, 2013. 74 с.

38. Формування лідерства та здорового способу життя у військовослужбовців і працівників правоохоронних органів України: навч. посібник. – К.: К.І.С., 2008 – 200 с. 120–126 с.

39. Фурман А. А. Психологія смисложиттєвого розвитку особистості: [монографія]. Тернопіль: ТНЕУ, 2017. – 508 с.

40. Харченко В. Є., Шугай М. А. Психологічна діагностика та корекція посттравматичного стресового розладу особистості: метод. посіб. — Острог: Острозька академія, 2015. 160 с

41. Цимбалюк І. Психологічне консультування та корекція. Навчальний посібник. Модульно-рейтинговий курс. Харків : Професіонал, 2009. 544с

42. Цигульська Т. Ф. Загальна та прикладна психологія: як допомогти собі та іншим. Курс лекцій: навч. посібник / Т. Ф. Цигульська – К.: «Наукова думка», 2000. – 191 с.

43. Числіцька О.В. Проблема посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій (Антитерористичної операції). Питання психології. Київ: Вісник Національного університету оборони України. №2. 2015. С. 282-285

44. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів: навч. посібник / О. Т. Шевченко. – К.: Здоров'я, 2005. – 120 с.

45. Шеремет О. Вийдемо зі стресу разом. Соціально-психологічний тренінг//Психолог. – №23-24, 2007. 263-264 с.

46. Ягупов В. Військова психологія : підручник. Київ : Тандем, 2004. 656 с.

47. Ярошок Ю. В. Регуляція психічної напруженості військовослужбовців в екстремальних умовах службово-бойової діяльності : дис. канд. психол. наук : 20.02.02. Хмельницький, 2000. 165 с.