**РОЗДІЛ 1**

**Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми фізичної реабілітації демобілізованих учасників бойових дій**

**1.1.Сучасні підходи до вивчення актуальної травми (бойової травми)**

У зв’язку із ситуацією, що склалася в Україні, з’явилися виражені актуальні воєнні чи, бойові психологічні травми, які, вірогідно, мають певні психологічні особливості організації.

Акарачкова Є.С., Катько І.І., Маркова М.В., Панченко А.О., тлумачать дане поняття через руйнування структури дій на психологічному підгрунті в наслідок впливу на психіку психотравмуючих чинників в умовах бойових дій.

При цьому, вплив може бути як коротко- так і довготривалим і саме він викликає високого ступеня вираженості переживання, що, власне, і викликає різного ступеня тяжкості психічні розлади [48-55].

Зазначені вчені вказують на існування двох груп порушень.

Перша група розвивається більш стрімко й існує за часом короткотривало, викликаючи у військовослужбовця ступор, чи, навпаки дуже гостру психологічну реакцію, що провокує часткову втрату зв’язку з реальністю, дезорієнтованість чи гіпертрофовано виражену активність.

В цьому стані особистість втрачає здатність критично аналізувати свої дії та взаємодіяти з оточенням (гостра травматична реакція).

Літвінцева С.В., Люмберг Л., Шамрей В.К. [56-57] зазначають, що друга група варіацій бойової психологічної травми характеризується поступовим зростанням психологічної напруги, що обумовлено хронічним впливом тих чи інших стресогенних чинників.

Через певний час в особистості військовослужбовця відбуваються певні психологічні зміни, які проявляються і психосоматично. З’являється замкненість, ворожість, недовіра, розчарування, прояви агресії, раптовий об’єктивно не аргументований гнів, роздратованість як перманентний стан, втрачається бажання повноцінно взаємодіяти з товаришами по службі, сильно виражений страх.

Все це часто доповнюється такою психосоматикою, як нудота, запаморочення, головний біль, дискомфорт в тілі [58-67].

Не викликає сумнівів те, що бойова психологічна травма є реакцією на стрес, який виникає в стресовій ситуації як наслідку впливу тих чи інших чинників на особистість. Болотов Д.М., Кутько І.І., Ліньов А.Н., Шестопалова Л.Ф., Bryant R.A., Creamer M., O’Donnell M.L. [68-69] зазначають важливість врахування та дослідження психо- адаптаційних та дезадаптаційних станів.

Кочарян О.С. [70-72] зазаначає, що при актуальних травмах часто спостерігається накладення актуальної травми на раніше пережиту інфантильну, що в результаті створює «повторний» удар.

Вклад в актуальну травму минулої може бути різним. Травма є сумою вкладів інфантильного травмування та актуального: t = Σ (t + ta), де t – загальне травмування.

Таким чином, представляється актуальним аналіз особливостей организації травматичних переживань в залежності від співвідношення в ньому актуального та інфантильного травмування. Це й складає проблемне поле подальшого дослідження.

**1.2. Наукові концепції травматичного емоційного досвіду**

Аналізуючи феноменологію травматичного, саме, емоційного досвіду, слід зазначити, що результатами психологічних досліджень емоцій, стали не малочисельні теорії, до яких належать: когнітивна теорія Елліса А. та Бека А., теорія структури емоцій Вундта В., теорія Джемса У. та Ланге А.Г., біологічна теорія емоцій за Анохіним П.К., потребово-інформаційна теорія за Сімоновим П.В., теорія активації емоцій за Arnold M.B. та Lindsey G., двохкомпонентна теорія Шехтера С., диференціальна теорія Ізарда К., теорія емоцій Лазаруса Р., теорія мімічного зворотнього зв’язку Джеймса У. та ін. [73, 74].

Розуміння багатоаспектності емоцій, як прсихологічного процесу та специфіки їх типологій, дає краще зрозуміни та якісніше дослідити феноменологію емоційної сфери вцілому.

Массей М. [75] пояснює феноменологію травматичного емоційного досвіду через процес емоційного зачеплення, що представляє собою негативний емоційний компонент, утворений шляхом реалізації здатності несвідомого об’єднувати однотипний досвід.

Він зазначає, що травматичний емоційний досвід може отримувати певний негативний заряд.

Більш того, травматичний емоційний досвід складаючись з певної кількості частин досвіду як з певних подій чи пов’язаних з ними спогадів та переживань, які об’єднуються в ланцюг, таким чином нарощуючи свій руйнівний потенціал.

Дана концепція близька до ідеї, запропонованої Кочаряном О.С., в якій він дав чітке пояснення потенціюванню негативних емоцій, які, одного разу з’явившись в емоційному досвіді особистості в контексті певного змісту, можуть втрачати зв’язок з первинним змістом та об’єднуватися з однотипними переживаннями з іншого змісту, створюючи нове та одночасно потенціюючи вже існуюче утворення емоцій.

Такі емоційні утворення можуть дрейфувати по емоційному досвіду, підсилюючи його травматичний компонент, якщо в цих переживаннях відповідна природа.

Згідно теорії Массея М., потенціал травматичного емоційного досвіду, маючи негативний характер впливу, може ініціювати виникнення тих чи інших захворювань, самі емоції, при цьому, мають певну здатність «заморожуватися» в пам’яті та зберігатися в тілесності [76].

Нейрофізіолог Пауль Г. [77] пропонує тлумачення таких заморожених через аналогію з програмним забезпеченням, яке, маючи характер функціональних зв’язків в тілі, ускладнює повноцінність проходження нервових імпульсів в організмі та роботи нейронних ланцюгів.

Дане припущення кореспондує з тлумаченням Кочаряном О.С. «заторних» емоцій, про які мова йтиме в наступному підрозділі.

Хамер Р. пропонує ідею певного «замкнутого коливального контуру», який виникає як певна «концентрація» емоцій травматичного досвіду в тих чи інших зонах мозку.

Оскільки кожна зона мозку відповідаю так чи інакше за роботу певних частин тіла чи систем органів, в певній тілесній структурі виникає гіпо- чи гіпертонус роботи кров’яних судин та м’язів, що, за своїм механізмом схоже на параліч.

Хамер Р. в своєму дослідженні показав взаємозв’язок локалізації «коливального контуру» з типом травми та місцем локалізації в тілі пухлин.

Звичайно дане дослідження представляє собою безперечну цінність в розкритті феноменології травматичного емоційного досвіду, однак залишає ще більше питань стосовно особливостей структури цього досвіду у особистості без тілесних проявів подібного типу захворювання та й психологічного тлумачення специфіки утворення цього досвіду явно недостатньо.

Близьким за ідеєю вищеописаних пояснень феноменології травматичного досвіду, є дослідження канадського нейробіолога Ланиуса Р. A. [78-80], яка пропонує ідею «мережі пасивного режиму роботи мозку».

Певні структури-мережі мозку, які відповідають за формування думок, розпізнавання емоцій та думок інших людей, пам’ять та ін., знаходяться постійно в певному тонусному режимі.

Але в наслідок впливу негативного інфантильного емоційного травматичного досвіду відбуваються неврологічні зміни в даних мережах. У дітей, які пережили травму, погіршується взаємозв’язок між частинами мережі пасивного режиму роботи мозку. Ланиуса Р. зазначає, що, як наслідок, у цих дітей слабшає сприйняття свого глибинного «я» та базове самовідчуття.

Зимель Д. вказує на амбівалентність переживань, які наповнюють травматичний досвід, як наслідок розщеплення в роботі вказаних структур мозку, які, в свою чергу утворюються при неоднорідності психологічної атмосфери в спілкуванні з батьками.

Однією з варіацій вказаних змін є виникнення певного «замороженого стану» емоційної сфери особистості. Як наслідок, виникаюча, наприклад, невпевненість в собі, говорить Ланиус Р., зберігатиметься впродовж всього життя, що ускладнюватиме постійно комунікацію з оточенням. Дане бачення потребує співставлення з результатам терапевтичної роботи, в якій вербальним методом отримується результат в суттєвому покращенні впевненості в собі.

Даний аспект стає більш очевидним, при врахуванні психологічної природи запропонованих Ланиус Р. як причин змін в мозку (вплив стресу), так і наслідків цих змін.

Отже, детального дослідження потребує не тільки, а, можливо, не стільки, зміни на нейробіологічному рівні роботи мозку, для розуміння доклінічного рівня формування травматичного досвіду, а саме психологічного.

Тарабрина Н.В. зазначає те, що основним концептом, який опосередковує травматичну подію є пам’ять. Ідея пов’язана з розділенням Б. ван дер Колком пам’яті на два типи, а саме: імпліцитної та експліцитної, розуміючи під ними, відповідно, несвідому та свідому.

Несвідома складова загальної пам’яті відноситься до тієї системи, яка контролює сенсомоторне сприйняття, навички, звички та емоційні рефлекси, в першу чергу умовні. Ассман А. зазначає, що в обох типах, а, в більшій мірі в імпліцитній, може виникати травматична пам’ять, яка існує в якості емоційних фрагментів, які складно артикулювати при відтворенні, тому ці фрагменти є невербальними, ізольованими, вони можуть проявлятися в виді симптомів, що, в свою чергу проявляються в «пам’яті тіла». В тілі дана симптоматика проявляється як наслідок нездатності асимілюватися як до структури свідомості, так і особистості вцілому, втрачаючи таким чином можливість отримати інтерпретаційну чи мовленнєву обробку. З нашої точки зору, дані варіації тлумачення феноменології травматичного переживання лише підкреслює ступінь проникнення цього переживання у всі структури психіки.

Доповнюючою характеристикою до зазначеної ідеї, є запропонований Жане П. феномен дисоціації, під яким розуміються психологічні утворення, які схожі за ознаками, але розташовані на різних краях континума, які відповідають нормі та патології. Умовною нормою реагування може бути неуважність, як певний спосіб уникнути травматичні події. Тобто психіка фактично «ховається» в неуважність, свідомість стає розфокусованою, ігноруючи стресогенні чинники. Патологією буде формування дисоціації, в якій травматична подія створює власну структуру досвіду, відокремлену чи маючу мінімум зв’язків з основною структурою свідомості та особистості в цілому.

Малкіна-Пих І.Г. зазначає, що дисоціація таким чином стає певним захисним механізмом, в якому два чи більше психологічних процеси починають існувати паралельно один одному та не мають змоги взаємоінтегруватися.

Огієнко В.І. зазначає, що завдяки дисоціації особистість отримує змогу співіснувати з травматичним досвідом. Сама дисоціація може проявлятися в трьох варіантах феномену. До первинної дисоціації належить певна нездатність вибудувати цілісну картину дійсності в її сприйнятті.

Відбувається певна фрагментація досвіду, який має травматичні характеристики. Для цього варіанту дисоціації характерним є виникнення певних Его-станів, що не характерні для повсякденного стану свідомості. Результатом їх впливу є викривлення когнітивних процесів сприйняття травматичної ситуації, в тому числі і її повне ігнорування.

Вторинна дисоціація характерна для особистості, яка, безпосередньо проживаючи травматичне переживання, переходить в дереалізацію. Фактично, мова йде про можливість дистанціюватися від ситуації, що стає нестерпною.

Важливо підкреслити, що дистанціювання в більшій мірі йде, звичайно, від емоцій та почуттів, адже нестерпність виникає як перехід за поріг терпимості та ресурсності у відношенні саме до травматичного переживання, до яких, в свою чергу належать біль, страх, розчарування та ін.

Для третинної дисоціації характерним є формування певних Его-станів, субособистісних утворень зі своїми власними когнітивними, емоційними та поведінковими компонентами. Вони можуть бути пов’язані з однією подією чи ланцюгом однотипних подій.

Це пояснює феноменологію «флешбеків», які як відтворення травматичної події в свідомості запускається тригером – елементом реальності, близьким до частини травматичної події. Чи однотипність реалізації особистості в ситуаціях, які близькі до інфантильних травм.

Horowitz M.J. в свої теорії когнітивної переробки зазначає, що при переробці нової інформації, якщо вона пов’язана з негативними переживаннями, що травмують психіку, в пам’яті можуть закріплятися травмозалежні образи та переходити в хронічний варіант.

Дані образи використовуються в подальшому вибудовуванні картини світу, чим спотворюють її ще більше, актуалізуючи, таким чином негативні травматичні переживання, на що вказують Gersons B.P., McCann I. L., Pearlman L.A., Johnson J.T., Нікітіна Т.І., Сєргєєва Ю.С. звертають увагу на те, що результатом даних особливостей переробки інформації, стає розподіл життєвого досвіду на дві складові – до та після травматичної події. Не новою в психології є вищезазначена ідея «пам’яті тіла» як прояву травматичних переживань на рівні тілесності. На ній вибудувані такі теорії, як біоенергетичний аналіз Лоуена О. та тілесно-орієнтована психотерапія Райха В. Лоуен О. пропонує наступну типологію травм та відповідну їй типологію характерологічних структур, які формуються як реакція на відповідну травму: знехтування – шизоїдна, позбавлення – оральна, спокушання – психопатична, придушення – мазохістична, фрустрація – ригідна. Лоуен О. зазначає, що інфантильна травма детермінує високого ступеню негативне емоційне переживання, яке виникає як наслідок нереалізованої потреби дитини бути любимою батьками.

В незалежності від типу травми ці переживання психіка не в змозі витриимувати. Лоуен О. в рамках структури травматичного емоційного досвіду виділяє емоційний шар до якого входять: біль, відчай, страх та гнів.

Спроба уникнути переживання цих емоцій, може бути реалізована двома шляхами: формування вищезазначених характерологічних структур чи їх соматизація шляхом утворення м’язового панцира.

В даних теоріях мова йде про виникнення хронічної м’язової напруги, яка є соматичним еквівалентом цих емоцій. Енергетика емоційного імпульсу подавляється цим м’язовим напруженням. Як наслідок даного механізму у людини можуть виникати відчуття болю в любих системах організму.

Це в певній мірі може пояснює, наприклад, ідею психосоматики у військовослужбовців як результат ретравматизації інфантильного досвіду, травматичним досвідом участі в бойових діях. Разом з негативними емоціями блокується й любов.

Ідея соматизації травматичних емоцій також знаходить своє відображення в роботах Ємошина А. Ф., який говорить про «речі в тілі», маючи на увазі емоції в тілі свідомості, які проявляються і в самій тілесності. Єрмошин А. Ф. вказує на те, що травматичні переживання можуть бути настільки сильними, що саморегуляція дає збій і тоді зібрані негативні заряди «розкрадають» потенціал особистості.

Під зарядами розуміються негативні емоції, почуття, афекти, які не реалізувалися повноцінно, тобто залишилися поза процесом повноцінного усвідомлення та проживання. Ці негативні заряди Єрмошин А. Ф. називає невідпрацьованими. Їх виникнення та психологічну природу можуть обумовлювати нереалізовані злість, образа, розчарування, ревнощі, занепокоєння, скорбота та ін.

Намагаючись надати свідомості характеристику певної психологічної тілесності, Єрмошин А. Ф. запропонував роботу із соматизованими еквівалентами психічних переживань. Тобто мова йде про те, що тіло свідомості наповнюється тим чи іншим емоційним змістом, що, в свою чергу, якщо це негативний зміст, провокує виникнення різного роду соматичних проблем, таких як: гастрити, язви, астми та ін.

В результаті каталізу тілесних відчуттів свідомість-тіло показує себе як реалізоване через сукупність «психічних предметів» – «хороших», таких як любов, радість та ін., чи «поганих», таких як ненависть, страх та ін.

Цікавим з точки зору дослідження особливостей структури травматичного емоційного досвіду є те, що травматичні емоції, з точки зору Єрмошина А. Ф. переходять в стан тілесних відчуттів. Тобто вони часто не існують в своєму «чистому» вигляді, а відчуваються в тілесності, що, власне, і розуміється як «соматизовані еквіваленти». Лісєна А.М. та Кочарян О.С. аналізуючи феноменологію психічної травми, вказують на певну локалізацію в тілі травматичних переживань чи їх складових, а саме: образа, яку травмована особистість не в змозі, так би мовити «проковтнути», концентрується в області горла, проявляючись в тих чи інших різновидах його хвороб та в області кишково-шлункового тракту.

Локалізацією в області серця відхилення від норми функціонування засвідчують часто про прояв травми «розбитого серця».

Пасивне роздратування та лють від відсутності опори в житті можуть провокувати порушення опорно-рухового апарату. Травми, пов’язані з приниженням та погіршення самоповаги, можуть проявлятися в погіршенні роботи судин, виникненні гіпертонії та головного болю. Досить ранні травми, до яких відносять довербальні, можуть обумовлювати порушення мови.

Таким чином, можна говорити про вплив травматичних переживань на всі системи організму людини в залежності від специфіки травматизації. Янов А. [91] в рамках розробленої ним первинної психотерапії запропонував свою концепцію травматичного досвіду зі своєю специфікою системи почуттів.

Він зазначив, що психологічні та фізичні хвороби пов’язані з ранньою травмою. Можливість психотерапевтично пропрацювати дану травму дозволяє позбавитися від таких проблем, як: порушення сну, тревоги, депресії, наркоманії, алкоголізму та других аддикцій, захворювань серця та других органів та їх систем. Янов А. зазначає, що в дитини фруструється сама головна з точки зору оптимальності розвитку особистості, потреба, на яку вказують переважно представники гуманістичного напрямку в психотерапії, - це потреба любити та бути любимим, в першу чергу, батьками.

Фрустрація відбувається в процесі соціалізації. В кожної дитини з різним ступенем інтенсивності, та маючи свою психологічну специфіку, акумулюється ця фрустрація, тобто збільшується кількість глибоких образ, які часто залишаються не виражені у зв’язку з обмеженістю свободи прояву подібних емоцій, почуттів та станів, орієнтованих по відношенню хоча б до одного з батьків. Янов А. зазначає, що при виникненні першого фрустрованого невираженого стану, дитина не стає одразу невротичною, але вона вже стає на шлях неврозу.

Він пропонує поняття «головної сцени першопричини», розуміючи під ним певну подію, травматично емоційне проживання якої напластовується на певну кількість вже існуючих в досвіді негативних переживань. Ця ситуація, як правило, відбувається в віці 5-7 років, коли дитина здатна узагальнити весь свій досвід, та різко збільшує травматичність переживань та спогадів, пов’язаних з образами, приниженням, болем та ін.

Травматичний досвід являє собою певний «резервуар» схожих больових спогадів, джерелом яких є одне базове почуття, прикладами якого можуть бути: страх, образи зі сторони матері та ін [93].

Головна сцена першопричини стає надмірною для дитини, а негативно емоційно сильно заряджена структура генерує надзвичайно сильний психологічний біль, з яким дитина не в змозі свідомо існувати, тож цей досвід та травматичні переживання витісняються зі свідомості.

Головне, базове почуття болю, яке поєднує навколо себе всі інші почуття травматичного досвіду, Янов А. назвав «першопочуттям». Виникнення неврозу він бачить в «замороженні болю». Подавлений біль призводить до напруги, яка обумовлює підвищення серцебиття, температури, болю, виникнення психосоматики, напруги в м’язах, надмірну балакучість та ін.

Дана симптоматика орієнтована на відведення енергії від первинного больового переживання, щоб не допустити реактивації надмірного первинного болю.

Таким чином, первинний біль за Яновим А. має наступні характеристики: він не пережитий, а, відповідно, є напруженим та нерозрядженим; він не включений в цілісний досвід особистості, таким чином він утворює дисоційовану та несвідому частину цього досвіду; він замаскований, а тому недоступний прямому усвідомленню.

Цікавим є запропонований Яновим А. феномен «безболісного болю», під яким розуміється переживання під час психотерапії первинного почуття, при якому клієнт не відчуває травматизації своєї особистості. Мова йде про можливість, разом з проживанням цього болю, повернути здатність до повноцінного проживання емоцій та почуттів.

Тобто можливість повернути до свідомості первинний біль та проживання його набуває саногенної характеристики.

Первинний біль, напластовуючись у вигляді певної кількості травматичних подій, об’єднується в певний резервуар первинного болю, тож, враховуючи постійне збереження емоційної напруги в ньому, на що вказує Янов А., повертаючись в нього, особистість, фактично, отримує можливість стати собою в цьому досвіді.

Норкросс та Прохазка зазначають, що, як наслідок уникнення проживання первинного болю, психіка викривлює себе настільки, щоб створити сприятливі умови для хорошого ставлення до особистості, навіть шляхом відмови від певних частин себе. Янов А. запропонував топографічну модель первинних почуттів та псевдопочуттів, розуміючи під останніми, власне не сам первинний біль, а реакцію на нього.

Це певні ірреальні почуття, до яких належать провина, гнів, сором та ін. Тобто, схематично та структурно первинний біль знаходиться суттєво глибше псевдопочуттів, які є символічними замінниками що реалізують функцію придушення головного почуття. Діденко В.О. та Шебанова В.І. проаналізували певну частину накопичених в науці результатів емпіричних досліджень різних характеристик травматичного досвіду в працях наступних вчених: Best C., Burgess A., Bowen V., Bowlby K., Brisch K., Kilpatrik D., Holmstrom R., Ruppert F., Veronen L., Єгоркіна Т.В., Захариков С.В., Каменченко П.В., Попов В.Є.

В цих роботах були досліджені травматичні переживання різних груп: військовослужбовці, вагітні 40 жінки, підлітки, жертви згвалтування. Так, прикладом може бути дослідження Ruppert F., в якому підкреслюється важливість врахування саме соціального контексту проживання стресової ситуації, яка обумовлює специфіку травматизації.

Більш того, він зазначає про існування здатності дитини до актуалізації травматичного досвіду у матері, яка вподальшому передає його дитині. Таким чином виникає замкнене коло церкуляції трвматизації між поколіннями.

Крім того, доводиться ідея, запропонована Кочаряном О.С., який вказує на деяку перманентність «заторних емоцій», які постійно зберігаються в травматичному емоційному досвіді. Тобто, дані ідеї не суперечать, а комплементують одна одну. Ruppert F. підкреслює необхідність врахування соціального компоненту травматизації на рівні з біологічним та психологічним.

Bowen V. зазначає, що існує міжпоколінний зв’язок в травматизації особистості. Близькою до зазначених ідей є теорія прив’язаності, запропонована Bowlby K., в якій досліджувалися механізми передачі травми від одного покоління до іншого.

Достатнім буде зазначити ідею пошаровості організації цих емоцій, що може обумовлювати формування вказаних особливостей та наповнювати їх негативною емоційністю.

Вірогідно, що даний процес циклічний. Тобто, вказані особистісні особливості, в свою чергу, також обумовлюють генералізацію цієї емоційності. Вищезазначене дає підстави для припущення домінування саме емоцій в травматичному досвіді. Каменченко В.С. також вказує на важливість особистісних особливостей у специфіці проживання травматичного досвіду, займаючись дослідженнями травматичного досвіду військовослужбовців.

Захариков С.В. довів, що саме ці особливості визначають психологічну стійкість в умовах бою. Попов В.Є., займаючись даними аспектами травматичного досвіду, розробляв психологічну стратегію реабілітаційної роботи у військовослужбовців.

Діденко В.О. та Шебанова В.І. зазначають, що в дослідженнях Burgess A. та Holmstrom R. травматичного досвіду при згвалтуванні отримані дані, що схожі на результати по травматичним переживанням під час воєнних дій. Дана аналогія спостерігалася і в дослідженнях Best C., Kilpatrick D., Veronen L.. Дані особливості вказують на певну характерність і однотипність механізмів формування травматичних переживань.

Тобто травматичний досвід, маючи свою специфіку детермінації соціальними чинниками, має певну універсальність своєї структури та, як наслідок, симптоматики. В дисертаційному дослідженні досвіду ранніх травматичних переживань в системі відносин особистості підлітків, які стали свідками міжетнічних конфліктів, Єгоркіна Т.В. виділила групу підлітків як групу ризику виникнення дезадаптації як результату впливу травматичного досвіду, з найбільшим рівнем включеності в дані події та показала, що саме негативний емоційно-афективний компонент та легкість актуалізації травматичних переживань є головними детермінуючими чинниками. Було встановлено, що досвід ранніх негативних переживань, який проявляється на поведінковому та когнітивному рівнях в більшій мірі фіксований на минулому, майбутньому та оточуючих людях.

Ступінь вираженості тих чи інших порушень відносин особистості підлітка з травматичним досвідом залежить від індивідуально-психологічних особливостей, віку травматизації, та рівня його інтелектуального розвитку. Єгоркіна Т.В. також припустила, що соціальна підтримка близького оточення може виступати ресурсом в адаптаційній поведінці та дозволяє нівелювати несприятливі психологічні наслідки ранньої психологічної травматизації.

Конструктивною, з нашої точки зору, є ідея емоційної схеми, яка розроблена в рамках концепції процесуально-експірієнтальної психотерапії (ПЕП), а саме в емоційно-фокусованній психотерапії (EFT) Л.Грінберга, Р. Елліотта. М. Ворнер запропонувала розглядати особливості психічної організації через поняття тип процесу у психотерапії, й виділила наступні: нормальний, крихкий, дисоціативний та психотичний. Такий підхід близький до концептуалізації «рівень психічної організації» у психоаналізі.

Сам тип процесу в деякій мірі пов’язаний з «емоційною схемою», яка містить наступні елементи:

1) суто емоціїї, травматичні переживання,

2) система ранніх спогадів,

3) тілесні маніфестації травматичного переживання,

4) когнітивні інтерпретації травматичної ситуації,

5) мотивацію, що витікає з травматичного досвіду.

Власне, емоції, як головна складова цієї схеми, певним чином обумовлюють та пов’язують мотивацію, когнітивну сферу, систему спогадів та тілесні маніфестації. Кочарян О.С. зазначає, що емоційна схема створює певний контур функціонування, з якого складно «вибратися» самостійно.

За аналогією дана схема порівнюється з поняттям «резервуару первинного болю» Янова А., яке було описано вище. Якщо про перші чотири складові було сказано достатньо, то щодо п’ятої, необхідно сказати, що мотиваційно-сенсова сфера також має суттєве значення у повноцінному функціонуванні психіки.

Доречно сказати, що особливості структури даної сфери у демобілізованих учасників бойових дій з доклінічним рівнем вираженості травматичного досвіду, до якого належить ППД, майже не досліджувалися, хоча поза даним контекстом, мотивація та ціннісна сфера військовослужбовців розглядалася в роботах: Гайдукевича Г., Гребенюка Г., Дорошенка М., Дунець Л., Клачка В., Корольчука М., Криворучка П., Ліпатова І., Потапчука Є., Приходька І., Сафіна О., Ягупова В.

Враховуючи значення емоційного досвіду особистості для повноцінності психологічного здоров’я, показане в роботах, виконаних під керівництвом О.С. Кочаряна, доцільним є дослідження впливу емоційної схеми на розвиток ППД.

**1.3. Методи фізичної терапії та корекції військовослужбовців з травматичним емоційним досвідом**

Кочаряном О. С. запропонований метод субвербальної клієнт-центрованої психотерапії, в рамках якого психотерапевтом, з використанням метанавику, здійснюється робота з субвербальними переживаннями, які знаходяться не в словесній площині, а, власне, в площині саме переживань.

Робота йде з «заторними» переживаннями, які створюють в психіці «мертві зони», оскільки саме вони блокують організмічний потік, про який говорив Роджерс К.

Заторні переживання по своїй структурі є пошаровими, про що вже йшлося більш детально раніше, тож в даному методі робота йде, в першу чергу, з актуалізацією первинних заторних переживань, що передбачає налагодження роботи емоційного капіляру, по якому відновлюється рух організмічного потоку.

Для досягнення даної цілі застосовуються техніки фокусування та реалізації механізму урівнювання емоцій.

Для зрівнювання емоцій важливим є доведення первинного емоційного заторного переживання «до максимальної межі», що досягається різними варіантами його ампліфікації.

Кочарян О. С. зазначає, що важливою є чутливість клієнта до сувбербального тілесного досвіду, про яку Джендлін Ю. говорив, як про «експірієнтальну рефлексію», зазначаючи, що розвиток відбувається, в першу чергу, тоді, коли особистість стає уважною до почуттів в тілі, а не до образів та слів.

Безумовно, ефективними в роботі з травматичним емоційним досвідом, є вищезазначені: біоенергетичний аналіз Лоуена О, тілесно-орієнтована психотерапія Райха В., когнітивна психотерапія Бека А., Елліса А, Макмалліна Р., психокаталіз Єрмошина А.Ф., первинна психотерапія Янова А., ортодоксальний психоаналіз та психодинамічні підходи.

Слід зазначити, що існує певна специфіка психотерапевтичної роботи з комбатантами, адже, усвідомлюючи наявність проблем психологічного характеру, вони досить часто позиціонують себе в рамках терапії, реалізуючи те, що Кочарян О.С. зазначив, як несприятливе для терапії, а саме:

1) регресія,

2) наповнення терапевтичного контакту трансферентними відносинами,

3) стійке відтворення інфантильних когнітивних, емоційних та поведінкових паттернів,

4) резистентність до змін.

Кочарян О. С., вказуючи на несприятливі для психотерапії компоненти, також вказує на запропоновані Роджерсом К. Р. характеристики людей, які знаходяться на першій та другій стадіях психотерапевтичного процесу, а саме: небажання повідомляти будь-що про себе, готовність говорити тільки про зовнішні обставини, не усвідомлюються почуття та особистісний сенс, статичність особистісних конструктів, страх психологічної інтимності, тенденція заперечувати наявність особистісних проблем, відсутність бажання змінюватися, блокування спілкування з самим собою.

Важливим є те, що саме ці особливості поведінки досить часто характерні для комбатантів в спілкуванні на теми травматичного емоційного досвіду, отриманого під час служби.

Виникнення довіри та готовності працювати у комбатантів над собою, звичайно не змінює інтенсивність переживань, які були пов’язані у клієнта з травматичним емоційним досвідом, які він отримав під час служби, а саме – бойових дій.

Розуміння клієнтом присутності тієї фігури, з якою пов’язується надія на зміну свого психічного стану не дає самих змін і залишає мало можливою конструктивну роботу з даними емоційними структурами, про важливість якої говорить багато психологів.

На вищезазначеному етапі необхідно знижувати афективність напруги для можливості продуктивної роботи (для якої потрібне напрацювання ресурсу), а не повторної травматизації та постійного тримання в дистресі клієнта, в якому він й так знаходився довгий час.

Більш того, часто зменшення напруги необхідно проводити “в обхід” усвідомлення. Для ефективної роботи важливі напрацювання в цій галузі.

Для цього етапу констуктивним є залучення методу запропонованого Berceli D., а саме TRE - Trauma & Tension Releasing Exercises. Berceli D. вказує на те, що під час стресової реакції, на досить глибинному рефлексиному та інстинктивному рівні, запускаються програми роботи організму, а, зокрема, і певних груп м‘язів, орієнтованих на захист.

Прикладом може бути так звана “поза ембріона”, яку займають люди інтуїтивно, коли їм потрібен захист, коли на них діє певний стресовий фактор. Berceli D. також зазначає про важливість пам’яті м’язів, яка відіграє важливу роль в адаптації, в накопиченні досвіду реагування, але може відігравати і негативну роль, адже при довготривалому впливі на організм певного подразнювача, впливає і на виникнення хронічної напруги, при відсутності можливості її дренажу, що, власне і відбувається з комбатантами під час бойових дій.

Тобто, після різкої зміни стану м‘язів під час стресу, необхідне відпускання, яке веде до гомеостазу.

Саме цієї складової повноцінного циклу реагування на стрес не відбувається у багатьох із комбатантів.

В той же час, Berceli D. вказує на виникнення психологічного еквіваленту реагування на стрес, в рамках якого травма залишається жити в психіці, часто не помітно зовні для оточуючих.

Виникає її “замерзання”, що детермінує і одночасно являється психологічною напругою, разом з описаною м’язовою напругою.

Berceli D. запропонував ряд вправ, систематичне виконання яких дає можливість зняти цю напрогу, без необхідності вербалізації змісту травматичного досвіду чи усвідомлення емоцій та почуттів.

Важливо зазначити, що даний метод пройшов апробацію в роботі з військовослужбовцями в багатьох країнах, в яких виникали військові конфлікти, а саме: Ливані, Палестині, Ізраїлі, Судані, Ємені, Ефіопії, Уганді, Афганістані та Сирії.

**РОЗДІЛ 2**

**Комплексні засоби** **фізичної реабілітації демобілізованих учасників бойових дій з травматичним емоційним досвідом**

**2.1. Характеристика дослідницької вибірки**

Дослідницьку вибірку склали демобілізовані учасники АТО/ООС в Україні, які приймали безпосередню участь у бойових діях (тільки чоловіки 40-45 років).

Всі демобілізовані призивалися до АТО/ООС під час 1-3 хвиль мобілізації (впродовж 2014 року).

Повністю відбули термін служби (тобто рік), не мали поранень, контузій та ін.

Дослідження проводилося через півроку – рік після демобілізації.

Демобілізовані не лікувалися від проявів психічних порушень, вважали себе психічно здоровими.

Дослідницька вибірка була поділена на дві групи: до першої групи (Гр. 1) включено демобілізованих учасників бойових дій з ППД; до другої групи (Гр. 2) увійшли чоловіки без ППД, які є демобілізованими учасниками бойових дій.

Наявність постстресової психологічної дезадаптації (ППД) визначалася за допомогою результатів Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) та суб’єктивного оцінювання власного стану демобілізованими.

Тарабрина Н. В. зазначає, що Місіссіпська шкала сенситивна та специфічна при діагностиці ПТСР, відповідно, на 87% та 63%.

При формуванні вибірки враховувалися також данні Тарабріної Н. В., яка навела значення загального показника рівня ПТСР, що рівний – 70,18 (при стандартному відхиленні – 11,76) як відсутність ПТСР у військовослужбовців (на вибірці ветеранів війни в Афганістані).

Отже, низька вірогідність наявності ПТСР відповідає вираженості в балах за Місіссіпською шкалою, яка не перевищую 80 балів.

До групи 1 було включено демобілізованих з результатами від 71 до 80 балів, що свідчить про низьку вірогідність ПТСР та наявність ППД.

До групи 2 було включено демобілізованих з показниками 60-70 балів, що свідчить про відсутність ПТСР та низьку вірогідність ППД.

Різниця між групами 1 та 2 за середнім показником рівня ПТСР (М) є статистично значущою.

**2.2. Методики дослідження**

В дослідженні застосовувалися наступні методики: Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант), Тест «П’ять травм» (Бурбо Л.), методика аналіз ранніх спогадів (Rule W. R.), універсальний семантичний диференціал, шкала диференціальних емоцій (Ізард К.), чотирьохмодальний емоційний опитувальник (Рабінович Л.А.), тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонтєв Д.А.), тест індивідуальної мотивації (ТІМ), опитувальник «Оцінка нервово-психічної напруги» (Немчін Т.А.), опитувальник SF36 (Методика оцінки якості життя), шкала оцінки впливу травматичної події (Impact 69 of Event Scale-R – IES-R), опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Simptom Check List-90-Revised – SCL-90-R), «Подорож героя».

Наведемо опис зазначених методик.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).

Розроблена Keane T.M. для діагностики рівня вираженості стресових реакцій, що мають посттравматичний характер.

В дослідженні застосовувався військовий варіант, який розроблявся для ветиранів, які мали досвід бойових дій.

Шкала складається з 35 тверджень, кожне з яких належить одній з чотирьох категорій.

11 тверджень відносяться до категорії вторгнення, 11 – уникнення, фізіологічна збудливість як критерій визначається 8 пунктами, суїцидальність та почуття провини визначаються 5 пунктами.

Для виявлення ступеню впливу на учасників бойових дій травматичного досвіду, сумуються бали за всіма твердженнями.

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale-R – IESR). Розроблена Horowitz M. J., Wilner N. та допрацьована Marmar C. R. та Weiss D. S.

Складається з 22 пунктів, що спрямовані на самозвіт та виявлення переважання тенденції уникнення чи вторгнення (нав’язливого відтворення) травматичної події та додаткової шкали «гіперзбудження».

Зазначені три субшкали є діагностичними критеріями ПТСР в DSM-IV.

Horowitz M. J. зазначає, що публікації про шкалу передували видавництву третьої редакції Американського діагностичного стандарту для психічних порушень (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III) та шляхом отримання великої кількості даних, певним чином, підтвердили виокремлення ПТСР як діягностичної категорії.

Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Simptom Check List-90-Revised – SCL-90-R).

Перший варіант був запропонований Derogatis, Lipman & Covi та уточнений Derogatis, Rickels & Rock, ідея якої походить зі «Шкали дискомфорту» за Parloff та співавторами.

Шкала SCL містить 90 тверджень, характерність яких для себе, досліджуваний оцінює по п’ятибальній шкалі.

Оцінюються паттерни психологічних ознак у психіатричних пацієнтів та здорових осіб.

Включає в себе 9 основних шкал: соматизації (SOM), обсесивності -компульсивності (O-C), міжособистісної сензитивності (INT), депресії (DEP), тревожності (ANX), ворожості (HOS), фобічної тревожності (PHOB), паранояльних тенденцій (PAR), психотизма (PSY), та три узагальнених шкали третього порядку: загальний індекс тяжкості симптомів (GSI), індекс наявного симптоматичного дистресу (PTSD), загальна кількість стверджувальних відповідей (PST).

Для оцінки вираженості суб’єктивних психологічних ознак ППД у демобілізованих учасників бойови дій з та без ППД, використовувалися твердження за номерами: 1, 6, 11, 12, 13, 14, 18, 19, 22, 24, 26, 28, 29, 31, 32, 34, 36, 37, 47, 50, 51, 53, 54, 57, 63, 71, 72, 73, 75, 79.

Тест «П’ять травм» (Бурбо Л.). Бурбо Л. запропонувала тест для діагностики п’яти травм інфантильного досвіду особистості, який складається із 200 тверджень, по 40 з яких спрямовані на діагностику ступеню вираженості однієї з них.

Бурбо Л. були виділені такі типи травм: несправедливості, відкинутості, приниження, покинутості, зради.

Кожна із зазначених травм обумовлює зберігання відповідного їй травматичного досвіду протягом всього життя. Виникнення травми відкинутості обумовлюється взаємодією з фігурою батьків тієї ж статі, що й дитина (відштовхують, відмовляються, не терплять відсторонюють).

Як наслідок – розвивається характерологічна структура по типу втікача.

Для переживання цієї травми характерні: почуття непотрібності, сумніви в своєму праві на існування, страх, пригніченість, ненависть, ізоляція, самотність, другосортність, сором, нікчемність.

Травма покинутого формується тоді, коли дитина деструктивно взаємодіє з батьками, але вже протилежної статі (коли не цікавляться). Формується характерологічна структура залежного.

Для переживання даної травми характерні: емоційний голод, сум, безпорадність, страх, незначимість, самотність, зневіра, образа. Виникнення травми приниженого обумовлене взаємодією з фігурою матері. Формується такий характер, як мазохістичний.

Характерними переживаннями при цій травмі є наступні: сором, вина, образа, відраза, ганьба, нікчемність, утиск, приниження, безпорадність, важливість бути гідним, невизнаність.

Травма зради формується при спілкуванні з батьками протилежної статі. Формується тип характеру, який Бурбо Л. назвала контролюючим. Для переживання цієї травми характерні: недовіра, бажання влади, гнів, напруженість, страх, маніпулятивність, важливість своєї особливості та компетентності.

Травма несправедливості формується тоді, коли дитина взаємодіє з батьками тієї ж статі, що і вона сама. Формується такий тип характеру, як ригідний. Для переживання даної травми характерні: замкненість, ревнощі, закритість, гнів, розчарування, почуття обов’язку, провина, страждання через власну недосконалість [22].

Оскільки максимальний бал для вираженості кожної з травм за методикою Бурбо Л., є 40, для кожної трави кожної групи вираховувався середній показник їх ступеню вираженості у % (Хсер.) за наступною формулою: Xсер .= (∑Хі/40)х100 /n, де Xі – бал за травмою у і-того демобілізованого (і від 1 до 100), n – об’єм вибірки.

Діагностика вираженості тієї чи іншої травми передбачає прояв по якомусь іншому типу.

Бурбо Л. зазначає, що певний ступінь вираженості травми, що діагностується даним тестом, може існувати та проявлятися за всіма травмами одночасно.

Характерологічні структури також можуть співіснувати в еквіваленті до ступеню діагностованих травм.

Методика аналіз ранніх спогадів (Rule W. R.). Методика розроблена Адлером А. та адаптована Rule W. R.

Першим запропонував дану методику Фрейд З., вказуючи на значущість змісту ранніх спогадів для розуміння специфіки структури травматичного досвіду.

Удосконаленням даної методики займалися такі вчені, як Altman K. E., Bauserman J. M., Quinn J., Manaster G. J., Hyer L., Statton J. E., Perryman T. B., Hedvig E. B., Wilborn B., Mayman M., Ісполатова О. М., Сидоренко О. В., Миколаєва Т. П. та інші. Можливості діагностичного плану були розширені також такими вченими, як: Барський Ф. І., Говард Дж., Гуцол С. Ю., Жорняк К. С., Уайт М., Комбс Дж., Епстон Д., Сарбин Т. Р., Смульсон М. Л., Морган Е., Калмикова К. С., Кутузова Д. А., Фрідмен Дж., Чепелєва Н. В., та інші.

Вищезазначені вчені так чи інакше вказують на важливість зберігання змісту та афективного компоненту травматичного переживання в ранніх спогадах.

Тобто дані теоретичні тлумачення ранніх спогадів, як підгрунтя зберігання травматичних переживань перегукуються з ідеями Кочаряна О.С. та Грінберга Л., Елліотта Р. в емоційно-фокусованій терапії, які вказують на зберігання травматичних переживань в «тканині» спогадів, специфіка яких обумовлює особливості травматизації психіки.

В ранніх спогадах було виявлено тверждення, які дуже близькі феноменологічно до типології травм, запропонованих Джонсоном Ст. М.

Ці твердження, уже в якості конструктів для семантичного дефиренціалу, були включені в обробку для виявлення психосемантичної структури травматичного раннього досвіду демобілізоаних, як з бойовим досвідом, так і без нього.

До зазначених тверджень належать:

1. «Я не є потрібним»;

2. «Мене не всі розуміють»;

3. «Краще постраждаю, в першу чергу, я, ніж хтось»;

4. «Я не зовсім гідний, мало значущий»;

5. «Я не вільний»;

6. «Я можу все».

Дані твердження відповідають таким травмам типології Джонсона Ст. М., як:

1) покинутості,

2) відкинутості,

3) особистісної незначущості,

4) злиття,

5) придушення,

6) суперництва.

Для максимально достовірного дослідження, для кожного досліджуваного були створені індивідуальні кореляційні матриці, для яких встановлювалася загальна кількість зі злипанням хоча б двох зі вказаних травм.

Універсальний семантичний диференціал.

Ідея СД запропонована Осгудом Ч. та є одним з методів експериментальної семантики та спрямований на виявлення та вибудовування психосемантичного простору особистості та її свідомості.

Метод дозволяє визначити емоційно-ціннісну складову, особистісні сенси чи пристрасність у відношенні особистості до тих чи інших предметів, процесів чи явищ дійсності, до інших людей чи самого себе.

Комбінованість проесу шкалювання та контрольованих асоціацій в сукупності дають досить якісні результати щодо зазначених складових.

Використання СД дає можливість будувати індивідуальну матрицю для представників Гр 1 та Гр 2.

В універсальному диференціалі 21 шкала, а саме:

- чарівний-непривабливий - залежний-незалежний - слабкий-сильний - діяльний-пасивний - балакучий-мовчазний - черствий-чуйний - безвідповідалний сумлінний - рішучий-нерішучий - впертий-поступливий - в’ялий-енергійний - замкнутий-відкритий - справедливий-несправедливий - добрий-егоїстичний - розслаблений-напружений - метушливий-спокійний - чесний-нечесний - ворожий-дружелюбний - несамостійний-самостійний - впевнений-невпевнени - роздратований-незворушний - нелюдимий-комунікабельний.

Шкалювання здійснюється через семибальну шкалу лайкертовського типу, яка пропонується в наступному вигляді: 3210123.

В залежності від ключа методики, тобто вираженості тієї чи іншої із полюсів шкали, нарахування балів йде по зростанню чи навпаки.

Для конструктів, які оцінюються за допомогою зазначених шкал, пропонуються складові у відповідності до задач дослідження, про що вже було сказано у попередніх підпунктах.

Шкала диференціальних емоцій (Ізард К.). Дана методика створена для діагностики таких емоційних рис особистості, як: інтересу, здивування, радості, горя, презирства, гніву, відрази, сорому, страху, і провини. Методика включає до себе 30 монополярних шкал.

Вони представлені прекметниками, що відповідають різним характеристикам зазначених емоційних рис.

Дані емоції розглядаються Ізардом К. як стійкі уворення на рівні особистісних рис, які в певній мірі свого прояву, з однієї сторони можуть мати ситуативні коливання за ступенем вираженості, а з іншої – набувають постійності та характерності для тієї чи інншої особистості.

Ізард К. зазначає, що зазначені емоції є фундаментальними та мають унікалні феноменологічні та мотиваційні якості для особистості. Кожна з даних емоцій може послабити, підсилити чи активувати любу іншу.

По кожній з наведених рис за методикою можна набрати по 15 балів, які вказують на ступінь прояву даної емоції.

Додатковою інформацією є їх об’єднання в три варіанти емоційних індиксів: позитивних, гострих негативних та тривожно-депресивних емоцій.

Загальний індекс позитивних емоцій вираховується за формулою - ЗІПО = , де Р, І та З – бали за емоціями радості, інтересу та здивування відповідно; індекс гострих негативних емоцій ІГН = , де Г, Г, В, П – бали за емоціями горя, гніву, відрази та призирства відповідно; індекс тривожно-депресивних емоцій - ІТД= , де С, С та П – бали за емоціями страх, сором та провина відповідно).

Чотирьохмодальний емоційний опитувальник (Рабінович Л.А.). Використовується для діагностики чотирьох стійких емоційних переживань, які розглядаються в концепції Ольшаннікової А. Є. [15], до яких належать: радість, гнів, страх, печаль (стрес).

Вона зазначає, що дані переживання пов’язані зі стрижневими структурами особистості, її світобаченням, ціннісними орієнтаціями та ін. Таким чином, діягностуються емоції, які в своєму домінуванні серед інших визначають специфіку сприйняття дійсності, тобто суб’єктивне реагування.

Ступінь прояву кожного з переживань визначається кількістю з можливих 46 балів.

В опитувальнику є як прямі так і перевернуті запитання, які оцінюються по різному. Сума балів за ключем методики визначає ступінь вираженості зазначених емоцій.

Тест смисложиттєвих орієнтацій (Леонтєв Д. А.).

Тест СЖО є адаптованим варіантом тесту Purpose-in-Life Test (PIL) Джеймса Крамбо, який являє собою 20 пар протилежних тверджень.

За кожним твердженням, за ключем методики, визначаються бали, максимумом яких може бути – 7.

Є висхідні та східні твердження в нарахуванні балів, але максимум вираженості по шкалі завжди має саме 7 балів.

Застосування даного тесту дає можливість діагностувати «джерело» сенсу життя, який особистість може для себе знайти в минулому, теперішньому, майбутньому чи одночасно у всіх трьох складових.

Тест включає в себе 5 субшкал, а саме: три конкретні смисложиттєві орієнтації, до яких належать 1) цілі в житті, 2) процес життя (чи - інтерес та емоційна насиченість життя), 3) результативність життя (чи - задоволеність самореалізацією), та два аспекта локусу контролю – 4) локус контролю – Я (чи - Я – господар життя), 5) локус контролю – життя (чи - керування життям).

Осмисленим життя в даному тесті визнається при наявності цілей, задоволенні, яке отримується при їх досягненні, впевненості особистості у здібності ставити перед собою цілі, здатності вибирати завдання із наявних та здатності досягати потрібних результатів.

Для формування та збереження максимально повноцінної структури та оптимального функціонування даної сфери, важливе максимально чітке співвідношення цілей з майбутнім, з теперішнім – емоційної насиченості, задоволення – з досягнутим результатом (з минулим).

Додатково можна вирахувати загальний показник осмисленості життя.

Тест індивідуальної мотивації (ТІМ). Тест ТІМ за Алтуховим В.В. та Загоруйко А.Б. складається з 56 питань та створено для діагностики основних мотивів професійної діяльності та загальної діагностики мотиваційного профілю з визначенням значущих й незначущих для особистості мотиваційних факторів.

Мотиваційний профіль особистості складається з інтегральних факторів мотивації: мотивація збереження – мотивація досягнення, внутрішня мотивація – зовнішня мотивація, та мотиваційного профілю, який складається з наступних шкал: пізнання та інтерес, визначеність, здоров’я та комфорт, творчість та незалежність, гроші, взаємовідносини, подолання та зростання, престиж.

Опитувальник «Оцінка нервово-психічної напруги» (Немчін Т.А.) Дана методика представляє собою перелік ознак нервово-психічної напруги.

Діагностує 30 характеристик цієї напруги з трьома рівнями вираженості, а саме: наявність фізичного дискомфорту, наявність больових відчуттів, температурні відчуття, стан м’язового тонусу, координація рухів, стан рухової активності в цілому, відчуття зі сторони серцево-судинної системи, прояви зі сторони шлунково-кишкового тракту, прояви зі сторони органів дихання, прояви зі сторони видільної системи, стан потовиділення, стан слизової оболонки порожнини рота, забарвлення шкіряних покривів, сприйнятливість, чутливість шкіряних покривів, почуття впевненості в собі, в своїх силах, настрій, особливості сну, особливості емоційного стану в цілому, завадостійкість, особливості мови, загальна оцінка психічного стану, особливості пам’яті, особливості уваги, кмітливість, розумова працездатність, явища психічного дискомфорту, ступінь розповсюдження (генералізації) признаків психологічної напруги, частота виникнення станів напруги, тривалість станів напруги, загальний ступінь вираженості напруги.

Крім зазначених характеристих нервово-психічної напруги, за даною методикою можна визначити загальний рівень даної напруги, а саме: діапазон слабої нервово-психічної напруги – від 30 до 50, помірної – від 51 до 70, надмірної – від 71 до 90.

Опитувальник SF-36. (Методика оцінки якості життя). Опитувальник включає в себе 34 пункти, які об’єднані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність (показник якості виконання соціальних ролей, обумовлений фізичним станом), інтенсивність болю (тілесний біль), загальне здоров’я, життєздатність, соціальне функціонування (обумовлене емоційним станом), емоційний стан, психічне здоров’я.

Показники за кожною з шкал можуть варіюватися від 0 до 100, де останній показник є максимумом оптимальності функціонування в даній сфері, тобто є максимумом якості життя.

Для отримання додаткової інформації стосовно показників якості життя, дані характеристики розподіляються на дві групи:

1) фізичний компонент здоров’я (до якого входять перші чотири з шкал),

2) психологічний компонент здоров’я (останні чотири шкали).

«Подорож героя».

Діагностична методика, спрямована на діагностику захисної поведінки, в основі якої лежить ідея «подорожі героя» Юнга К.Г та Ранка О., під якою розуміється колективний сценарій подолання складнощів.

**2.3. Організація дослідження**

Дослідження було проведено в чотири етапи. Кожний етап планувався у відповідності до мети та завдань дослідження з ціллю забезпечення максимальної надійності результатів.

Перший етап передбачав очне інтерв’ю з кожним демобілізованим учасником бойових дій з ціллю діагностики за ключовими положеннями-фільтрами для з’ясування перспектив щодо подальшого діагностування, а саме: уточнювалася інформація щодо віку демобілізованих, одруженості/разлученості, наявності дітей, працевлаштуванні, включеності в одну з перших трьох хвиль мобілізації, скарг на соматичне та психічне здоров’я, якості життя (сім’я, робота, хобі), знаходження на обліку у психіатра.

Проводилося виключення вірогідності неспівпадання з даними вимогами для зберігання чистоти вибірки, та, в подальшому, дослідження вцілому.

Таким чином, тестування за Міссісіпською шкалою, з’ясування суб’єктивних психологічних ознак постстресових реакцій та врахування всіх вищезазначених вимог до вибірки, обумовлювали фільтрацію демобілізованих за трьома варіаціями:

а) не підходять,

б) демобілізовані з досвідом бойових дій без ППД,

в) демобілізовані з ознаками ППД, що, власне, повністю відповідає меті та задачам дослідження.

Другий етап передбачав інформування учасників дослідження щодо його мети та задач.

Досліджувані отримували максимум інформації для мотивування та більш якісного проходження тестування з метою отримання максимально достовірних результатів.

Виключалися всі можливі варіанти розвитку взаємодії, які могли б погіршити діагностику травматичного емоційного досвіду цих демобілізованих.

Прикладом може бути інформування щодо конфіденційності дослідження чи максимально точні інструкції для методик.

З кожним демобілізованим проводилася роз’яснювальна робота з ціллю послаблення захисних механізмів щодо тестування, які особливо гостро активовані саме у демобілізованих учасників бойових дій.

Послідовне інформування щодо перспектив дослідження давали змогу організувати тестування в суттєво безпечніших умовах.

Третій етап передбачав проведення безпосереднього тестування із залученням вищеописаних методик.

На цьому етапі тестування проводилося з кожним демобілізованим окремо з чітким уточненням інструкцій та допомогою з фіксацією результатів тестування з ціллю забезпечення максимальної чистоти даного дослідження.

Четвертий етап передбачав інформування всіх бажаючих демобілізованих про результати дослідження та про розроблений комплекс рекомендацій.

Дослідницька вибірка сформована у відповідності до поставлених мети та задач. Вона відповідає вимогам щодо репрезентативності відносно генеральної сукупності та об’єму вибірки. Вибірка розподілена на дві групи за принципом наявності чи відсутності виражених ознак постстресової психологічної дезадаптації.

Наявність ППД підтверджувался результатами за Міссісіпською шкалою та суб’єктивного оцінювання психологічних ознак ППД.

До кожної з груп увійшли чоловіки середнього віку – демобілізованих учасників бойових дій в Україні.

Для чистоти дослідження проводився ретельний відбір щодо безпосередньої участі у бойових діях, в яких передбачається бойові зіткнення із супротивником, а не лише досвід пребуванняв в зоні бойових дій та відповідний статус.

Обрані методики дозволяють в повній мірі реалізувати мету та завдання дослідження й виявити всі особливості структури травматичного емоційного досвіду демобілізованих учасників бойових дій.

Всі методики розподілені на декілька груп. До першої належать методики, спрямовані на виявлення особливостей структури травматичного інфантильного досвіду, друга група – методики для виявлення структурних особливостей емоційної сфери, третя - особливостей структури мотиваційно-смислової сфери, четверта - тілесних маніфестацій, п’ята – когнітивних репрезентацій травматичного досвіду.

**2.4. Комплексна програма фізичної реабілітації учасників бойових дій з травматичним емоційним досвідом**

Узагальнення результатів теоретичного аналізу досліджень вітчизняних і зарубіжних учених дало можливість розкрити загальні підходи до трактування основних дефініцій дослідження.

Встановлено, що «реабілітація» пов’язана з такими категоріями, як адаптація, реадаптація, переадаптація, дезадаптація, ресоціалізація, психологічна допомога.

Термін «реабілітація» активно використовують у різних сферах – медицині, психіатрії, психології, педагогіці, соціології, соціальній педагогіці.

У соціальному контексті реабілітація передбачає відновлення здоров’я людини, її соціального статусу, втраченого або зниженого через проблеми, що призвели до складної ситуації.

У медичному розумінні реабілітація спрямована на відновлення фізичних і духовних сил людини, її професійних навичок.

У вузькому сенсі реабілітація означає відновлення здоров’я, а у широкому розумінні передбачає покращення фізичного та функціонального стану і працездатності, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та іншими соціальними чинниками.

Реабілітація є системою наукової та практичної діяльності, спрямованої на відновлення особистісного та соціального статусу суб’єкта через комплексний вплив на особистість із залученням медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, правових та інших засобів.

Представлено реабілітацію військовослужбовців-учасників бойових дій як цілісний комплекс медичних, фізичних, психологічних, педагогічних, соціальних заходів, спрямованих на відновлення їх здоров’я, психоемоційного стану, працездатності, покращення процесу соціалізації та адаптації до умов мирного життя.

Встановлено, що реабілітація цієї категорії населення передбачає наявність чотирьох основних видів – психологічної, медичної/фізичної, соціальної та педагогічної, які можуть поєднуватися між собою, утворюючи нові підвиди (соціально-психологічну, соціальнопедагогічну, медико-психологічну, професійно-психологічну тощо) в залежності від об’єкта реабілітації, його психоемоційного стану, факторів та умов, що впливають на проведення реабілітаційних заходів.

Проведений аналіз нормативно-правових документів щодо здійснення реабілітації в Україні дав змогу встановити, що чинне законодавство не в змозі забезпечити проведення належного рівня комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що були задіяні у військових діях.

Встановлено, що для здійснення реабілітації військовослужбовцівучасників бойових дій у системі соціальних служб найефективнішими є мультидисциплінарний, системний, комплексний і технологічний підходи.

Головним системотвірним підходом визначено мультидисциплінарний, оскільки ефективність реабілітації безпосередньо залежить саме від складу та професіоналізму мультидисциплінарної команди фахівців, які її здійснюють.

Визначено загальнонаукові принципи при проведенні реабілітаційних заходів із військовослужбовцями-учасниками бойових дій – комплексності, наступності, етапності, послідовності, безперервності, диференційованості. Встановлено спектр та досліджено ефективність специфічних принципів організації реабілітаційної діяльності особового складу Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях, пов’язаних із певним видом реабілітації.

Під час проведення лікувально-реабілітаційної роботи з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, які мають психоемоційні розлади і стреси, наслідки ПТСР, прояви деструктивних емоційних станів, особливе місце займає арт-терапія – технологія лікування засобами образотворчого мистецтва – малюнком, графікою, живописом, скульптурою для гармонійного розвитку особистості з різними допоміжними технологіями – ігровою, пісочною, театральною, танцювально-руховою, музико-, казко-, фототерапією, вибір яких був обумовлений діагностувальними, розвивальними, коректувальними та терапевтичними можливостями при проведенні комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій.

Обґрунтовано можливості ігрової терапії у реабілітаційній діяльності військовослужбовців Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях.

Представлено різні види ігор, серед яких провідними є ділові, професійні, реабілітаційні, спеціалізовані, реабілітаційні комп’ютерні. Визначено ігрові методи у роботі з військовослужбовцями – метод аналізу конкретних ситуацій, «мозкового штурму», інтелектуальної розминки, метод клініки, метод аварійних випадків, хортинг.

Встановлено, що при проведенні комплексної реабілітації високоефективними є різні види тренінгів – спеціалізовані, професійні, комунікативні, соціально-психологічні, адаптивні з виокремленням чіткого алгоритму структурних елементів, специфічних рис, принципами і правилами проведення, комплексом методів (групова дискусія, ігрові методи, вербальні й невербальні техніки, методи тілесної терапії) і технік (активного слухання, інформаційні техніки, медитативні техніки).

Особливим видом психотерапії визначено сімейну терапію, спрямовану на корекцію міжособистісних взаємин та усунення емоційних розладів у сім’ях військовослужбовців, які повернулися після виконання бойових завдань до мирного життя.

Увага зосереджена на мультимодальній формі сімейної психотерапії, яка передбачає індивідуальне та сімейне консультування, групову психотерапію.

Обґрунтовано систему організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій та розроблено графічну модель її реалізації.

Для дослідження процесу організації комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, що брали участь у бойових діях, було зреалізовано системний підхід, що передбачав розробку відповідної системи та експериментальну перевірку її дієвості.

Розроблена система реалізувалася через взаємопов’язані блоки, які забезпечили основу для її організації та впровадження: методологічний –мета, моделі реабілітації (психосоціальна модель реабілітації, психосоціальна модель розвитку стійкості, модель ненасильницького спілкування), методологічні підходи (системний, комплексний, мультидисциплінарний, технологічний) і принципи (загальнонаукові та специфічні для кожного виду реабілітації); змістовий – реабілітаційні установи різного рівня, профілю, та функціональної спрямованості, які реалізують заходи медичної/фізичної, психологічної, соціальної та педагогічної реабілітації, забезпечуючи здійснення реабілітаційних заходів; процесуальний – технологія реабілітації військовослужбовців, що передбачає етапи (діагностувальний, розробка індивідуальної програми реабілітації, робочий, післяреабілітаційний супровід); комплекс арт-терапевтичних, ігрових, тренінгових технологій, сімейну терапію та інноваційні методи і прийоми реабілітації; результативний – компоненти (мотиваційний, стресостійкісний, поведінковий), рівні реабілітованості (низький, середній, достатній, високий) і результат – позитивна динаміка реабілітованості військовослужбовцівучасників бойових дій.

Системотвірним чинником системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій є організаційно-педагогічні умови, до яких віднесено: здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з виокремленням ключового виду та врахуванням «індивідуального випадку»; організація і здійснення реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій мультидисциплінарною командою фахівців; проведення ранньої діагностики психоемоційного стану військовослужбовців-учасників бойових дій (згідно розробленої комплексної програми); розробка індивідуальної програми реабілітаційних заходів для військовослужбовців-учасників бойових дій; соціально-психологічний супровід військовослужбовців-учасників бойових дій у постреабілітаційний період.

Перша організаційно-педагогічна умова базується на тому, що реабілітаційна робота має декілька складових – медичну/фізичну, психологічну, соціальну та педагогічну, які забезпечуватимуться комплексом реабілітаційних заходів; вона передбачає здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій з виокремленням ключового виду та врахуванням «індивідуального випадку».

Друга організаційно-педагогічна умова спрямована на організацію і здійснення реабілітації мультидисциплінарною командою фахівців – соціальним працівником/соціальним педагогом, психологом (військовим психологом, психологом служб зайнятості), медичним працівником (кінезитерапевтом, лікарем-реабілітологом), волонтерами.

Третя організаційно-педагогічна умова націлює на проведення ранньої діагностики психоемоційного стану військовослужбовців (згідно розробленої комплексної програми – методики підбиралися таким чином, щоб вони охоплювали всі зміни, які відбулися під час участі військовослужбовців у бойових діях).

Четверта організаційно-педагогічна умова передбачає комплексну діагностику й врахування поетапності загальних реабілітаційних заходів: первинної психопрофілактики; заходів медико-психологічної реабілітації в районі проведення бойових дій; медико-психологічної реабілітації в лікувально-профілактичних закладах, які здійснюють первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

П’ята організаційно-педагогічна умова спрямована на організацію соціально-психологічного супроводу у постреабілітаційний період, що передбачає спостереження за військовослужбовцями, їх консультування та надання додаткової психологічної допомоги після комплексної реабілітації.

Експериментальна перевірка системи організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій здійснювалась у три етапи.

На першому етапі проведено анкетування, яке дало змогу згрупувати проблеми військовослужбовців, що були учасниками бойових дій у чотири групи: функціонально-фізіологічні; функціональнопсихологічні; житлово-побутові та соціальні; колективно-групові, кожна з яких пов’язана зі здійсненням конкретного виду реабілітації (фізична/медична, психологічна, соціальна, педагогічна).

Другий етап передбачав організацію формувального етапу експерименту, вступні результати якого дали підстави для констатації, що існуюча система реабілітації недостатньо орієнтована на повне відновлення військовослужбовців, оскільки переважають низький та середній рівні реабілітованості.

Третій етап спрямований на розробку і впровадження системи організації та здійснення комплексної реабілітації, що передбачає створення мережі реабілітаційних центрів, забезпечених мультидисциплінарною командою фахівців, які оволоділи інноваційними технологіями.

Підсумковий зріз формувального експерименту засвідчив, що рівень реабілітованості військовослужбовців у ЕГ є вищим, ніж у КГ. За допомогою методів математичної статистики (визначення F-критерію) доведено вірогідність і достовірність отриманих результатів.

**Список використаної літератури**

1. Badiuk M. I., Shevchuk O. S., Gutchenko K. S., Biryuk I. G., Moldovan T. E. The combat snress reaction as a scientific problem of the world, and its social and medical consequences // Клінічна та екпериментальна патологія, 2016. № 4. P 11-14.
2. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Н. 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.
3. https://www.unn.com.ua/uk/news/1688458-psykholohichnoi-reabilitatsiipotrebuiut-90-demobilizovanykh-z-ato-viiskovykh.
4. Caфiн O. Д. Ocнoвнi пiдxoди дo функцioнувaння cиcтeми пcиxoлoгiчнoї рeaбiлiтaцiї тa рeaдaптaцiї учacникiв aнтитeрoриcтичнoї oпeрaцiї // Нaукa i oбoрoнa, 2016. №1. C. 66–65.
5. Зубовський Д.С. Особистісне зростання учасників ато у посттравматичний період // Молодий вчений, 2018. № 8 (60). Серпень. С. 47-52.
6. Tedeschi R.G. Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence // Psychological Inquiry. 2004. Vol. 15. № 1. P. 1-18.
7. Linley P., S. Joseph A. Positive Change Following Trauma and Adversity // Journal of Traumatic Stress. 2004. Vol. 17, № 1. P. 11-21.
8. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Підкоритов В.С., Марута Н.О., Бачеріков А.М., Панченко О.А., Рачкаускас Г.С. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. Методичні рекомендації. Харків: Гуманытарний центр, 2002. 47 с.
9. Маркова М.В, Козира Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін. // аналіз проблеми. медична психологія. 2015. №1(37). С. 8-13.
10. Психогении в екстремальных ситуациях: монография / Александровский Ю.А. М.: Эксмо, 1991. 115 с.
11. Малкина-Пых И. Г. Экстремальные ситуации. Москва: Эксмо, 2006. 960 с.
12. Булан А.А. Психоемоційні стани комбатантів в умовах бойових дій // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки, Харків: Гуманытарний центр, 2015. №4 (29). С. 9-12.
13. Загуровский В.М. Патогенетическая модель развития психосоматических нарушений // Збірка наукових праць співробітників НМАПО ім. П.Л. Шупика, Київ: 2014. Вип. 23. кн. 2. С. 180-187.
14. Белов В.Г., Парфенов Ю.А. Психология кризисных ситуаций: учебное пособие. С-Петербург: Невский институт управления и дизайна. 2010. 175 с.
15. Психология переживаний : учебное пособие / А. С Кочарян, А. М. Лисеная, Х. : ХНУ имени В. Н. Каразина, 2011. – 224 с.
16. Elliot R., Watson J. C., Goldman R.N., Greenberg L.S. Lerning emotionfocused therapy: the process-experiential approach to change. American Psychological Association, 2004. 366 p.
17. Епанчинцева Е.М. Посттравматические стрессовые расстройства у комбатантов (клинико-динамический и реабилитационный аспекты): Автореф. дис. . канд. мед. наук. Томск, 2001. - 24 с.
18. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger after theearthquake in Armenia /Goenjian Armen K., Najarin Louis M., Pynoos Robert S. et al. //Amer. J. Psychiat. 1994. Vol. 151, № 6. - P. 895-900.
19. Josef Breuer / Sigmund Freud: Über den psychischen Mechanismus hysterischer Phänomene. Vorläufige Mittheilung. In: Neurol. Zbl. 12 (1893), S. 4-10, 43-47.
20. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции. М.: Эксмо, 1991. – 448 с.
21. Резнікова О. А. Психологія травмуючих ситуацій: лекційний курс та інструктивно-методичні матеріали: навчально-методичний посібник для здобувачів другого (магістерського) рівня / уклад. О.А. Резнікова. Слов’янськ: ДВНЗ ДДПУ, 2018. 173 с.
22. Титаренко Т.М. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: Збірник статей. Київ.: феникс, 2015. 150 с.
23. Рупперт Ф. Травма, связь и симейные расстановки: понять и исцелить душевные раны. М.: институт консультирования и семейных решений, 2012. 264 с.
24. Возрастная психология. Феноменология развития. Мухина B.C.. 10-е изд., перераб. и доп. М.: 2006. 608 с.
25. Child trauma exposure and subsequent emotional functioning in El Salvador. Johnco, Carly; Salloum, Alison; McBride, Nicole M.; Cepeda, Sandra; Guttfreund, Daniel; Novoa, Juan Carlos; & Storch, Eric A. Traumatology, Apr 11 , 2019. P 34-39.
26. Felman Sh., Laub D. Op. cit.; Felman Sh. Writing and Madness: Literature / Philosophy / Psychoanalysis. Cinema Journal 2004. Vol. 43. № 2. P. 96-99.
27. Felman Sh., Laub D. Testimony: Crises of Witnessing in Literature, Psychoanalysis and History. NY.: Taylor & Francis. 1992. 314 p.
28. Psychological well-being in Iraq and Afghanistan veterans: Risk and protective factors. Bergmann, Jeffrey S.; Renshaw, Keith D.; & Paige, Lauren Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2019. Vol 11(4), P. 434-441.
29. Killing during combat and negative mental health and substance use outcomes among recent-era veterans: The mediating effects of rumination. Kelley, Michelle L.; Bravo, Adrian J.; Hamrick, Hannah C.; Braitman, Abby L.; & Judah, Matt R. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 2019. Vol 11(4), May. P. 379-382.
30. Зингл Э., Волкман В. Жизнь после утрати. Психология горевания М: Когито-центр, 1993, 235 с.
31. Ранк О. Травма рождения и её значение для психоанализа. М.: «КогитоЦентр», 2009. 237 c.
32. Боулби Джон. Привязанность. М.: Гардарики, 2003. 477с.
33. Боулби Джон. Создание и разрушение эмоциональных связей. М.: Академический проект, 2004. 232с.
34. Винникотт Д.В. Семья и развитие личности. Мать и дитя. М.: Литур, 2004. 128 c.
35. Райкрофт Ч., Критический словарь психоанализа. СПБ.: изд-во: Восточно-Европейский Ин-т психоанализа, город, 1995. 288 с.
36. M. M. Stern, L. B. Stern Repetition and Trauma: Toward A Teleonomic Theory of Psychoanalysis // Routledge, 2013. 192 p.
37. Wilson J. P., Friedman M.J., Lindy J. D. Treating psychological trauma and PTSD // Guilford Press. 2012. 470 p.
38. Kaplan S. Children in genocide: Extreme traumatization and the «affect propeller» // The International Journal of Psychoanalysis. 2006. Vol. 87. № 3. P. 725-736.
39. Young A. Remembering the evolutionary Freud // Scirnce in context. 2006. Vol. 19. №. 01. P. 180-185.
40. Kahn C. Some Determinants of the Multigenerational transmission process // The Psychoanalytic Revier. 2006. Vol. 93, № 1. P. 76-98.
41. Jeffry E. Young, Janet S. Klosko, Marjorie E. Weishaar // Schema therapy: A pracritioner’s guide, 1995. Vol. 54, № 4. P. 34-46.
42. Chiara Simeone-DiFrancesco, Eckhard Roediger, Bruce A. Stevens Schema therapy with couples: A practitioner’s guide to healing relationships. 2015. Vol. 24, № 2. P. 68-82.
43. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research and practice. – 2012 Michiel van Vreeswijk, Jenny Broersen, Ger Schurink Mindfullness and schema therapy: A practical guide. 2014. Vol. 27, № 3. 23 p.
44. Robert L. Leahy Emotional schema therapy. 2015. Vol. 48, № 5. 45 p.
45. A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. Boterhoven de Haan, Katrina L.; Fassbinder, Eva; Hayes, Chris; & Lee, Christopher W. // Journal of Psychotherapy Integration, 2019. Vol 29(1), Mar, P. 54-64.
46. Лиз Бурбо Пять травм, которые мешают быть самим собой. Перевод В.Трилиса К, М.: "Гелиос", 2001. 224 с.
47. Стивен М. Джонсон “Психотерапия характера”. Методическое пособие для слушателей курса “Психотерапия”. М.: Центр психологической культуры, 2001. С 36-57.
48. Почути травму. Розмови з провідними спеціалістами з теорії та лікування катастрофічних досвідів. Інтерв’ю провела Кеті Карут / Пер. з англ. Катерини Диси. К.: ДУХ І ЛІТЕРА, 2017. 496 с.
49. Women’s self-perceptions in the aftermath of trauma: The role of traumacentrality and trauma-type. Keshet, Hadar; Foa, Edna B.; & Gilboa-Schechtman // Eva Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, Jul 16 , 2018. P 23-56.
50. Correlates of current and heavy smoking among U.S. soldiers returning from combat. Lopez, Alexa A.; Toblin, Robin L.; Riviere, Lyndon A.; Lee, James D.; & Adler, Amy B. // Experimental and Clinical Psychopharmacology, 2018. Vol 26(3), Jun, P. 215-222.
51. Проблема посттравматичного стресового розладу в учасників бойови дій (АТО) Вісник Національного університету оборони України 2015. Т. 2 (45). С. 280-285.
52. Зайцев А.А., Т.Е. Левицкая, Е.Н Дмитриева Проблема здоровья и адаптации военнослужащих, принимавших участие в современных локальных войнах и вооруженных конфликтах. // Психология и педагогика Томск, 2008. Т. 2 №1, С. 165–168.
53. Лесной Н. После войны // ГЕО, 2006. № 2. С. 104–108.
54. Підчасов Є.В., Г.І. Ломакін Аналіз соціально-психологічних проявів ПТСР в осіб, які приймали участь у бойових діях. // Проблеми екстремальної та кризової психології, 2011. Вип. 10. С. 86–98.
55. Цыбаева Л. Личность в экстремальных условиях. // Развитие личности М.: Наука, 2007. №1 С. 165–171.
56. Люмберг Л. Стресс: его военные последствия, медицинские аспекты, прблемы // Эмоциональный стресс, Ленинград: Медицина, 1970. С. 250-260.
57. Военная психиатрия: учебник/ под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. – Санкт-Петербург, ВМедА. ЕЛБИ. 2001. 236 с.
58. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патологическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): Автореф. дис. канд. мед. наук. СПб., 1997. - 48 с.
59. Сыропятов О.Г., Козачок Н.Н. О психосоматических последствиях боевой психической травмы // Матер. Междунар. конф. психиатров 16-18 февраля 1998 г. Москва. С. 102.
60. Тарабрина Н.В. Посттравматическое стрессовое расстройство у ветеранов- инвалидов (участников боевых действий) // Вопросы медицинской, профессиональной, социальной реабилитации инвалидов военной службы. М.: ЦИЭТИН, 1999. С. 149-167.
61. Harmed J., Ashlock L.E., Miller T.W. Treating post-traumatic stress disorder among Vietnam combat veterans: an existential perspective // J. Contemp. Psychother. 1993. Vol. 23, №4. С. 281-291.
62. Hermann N., Eryaves G. Отставленное начало посттравматического стрессового расстройства у ветеранов Второй Мировой войны (Can. J. Psychiatry) // Ежегодник. Избранные статьи по психиатрии и психическому здоровью. 1996. - Т. IV. С. 23.
63. Marcum J.M., Cline D.W. Combat stress reactions in Iraqi enemy prisoners of war // Bull. Menninger. Clin., 1993. Vol. 57, №4. P. 479-491.
64. Murray J.B. Posttraumatic stress disorder: A review // Genet. Soc. and Gen. Psychol. Monogr. 1992. № 3. P. 313-338.
65. PTSD amond Israeli former prisoners of war and soldiers with combat stress reaction: A longitudinal study /Solomon Z., Neria Y., Ohry A. et al. // Amer. J. Psychiat., 1994. Vol. 151, №4. P.554-559.
66. Rosner R., Powell S., Butollo W. Posttraumatic Stress Disorder three years after the siege of Sarajevo //J Clin Psychol., 2003, Vol. 59, №1. P.41-55.
67. Zaslav M.R. Psychology of comorbid posttraumatic stress disorder and substance abuse: Lessons from combat veterans // J. Psychoactive. Drugs.1994. Vol. 26, №4.P. 393-400.
68. Bryant R.A., Creamer M., O’Donnell M.L. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder // J. Clin. Psychiatry. 2008. Vol. 69. P. 915-934.
69. Bryant R.A. Acute stress disorder as a predictor of post- traumatic stress disorder: a systematic review // J. Clin. Psychiatry. 2011. Vol. 72. P 212-235.
70. Кочарян О.С. Специфічність структури інфантильного травматичного досвіду у демобілізованих учасників бойових дій в Україні з постстресовою психологічною дезадаптацією, що пережили різні типи інфантильних травм / Кочарян О.С., Барінова Н. В., Харченко А.О. // Психологічне консультування і психотерапія, 2018. Том 2, Вип. 9. C. 34-56.
71. Кочарян А.С. Переживание как мишень клиент-центрированной психотерапии / А.С. Кочарян // Психологічне консультування і психотерапія, 2014. випуск 1-2. С. 24-36.
72. Психотерапия как невербальная практика: коллективная монография / [А.С. Кочарян, И.А. Кочарян, М.Е. Жидко, Н.Н. Терещенко, А. М. Лисеная, Л.П. Рогулева, С.А. Кочарян]; под ред. д. психол. н., проф. А.С. Кочаряна. Х.: ХНУ имени В.Н Каразина, 2014. 260 с.
73. Изард К.Е. Психология эмоций / К.Е.Изард. Спб.: Питер, 2000. 454 с.
74. Ольшанникова А.Е. Эмоции и воспитание / А. Е. Ольшанникова. М.: Знание, 1983. 83 с.
75. Boudewyns P.A. Posttraumatic stress disorder: conceptualization and treatment // Progress in Behavior Modification. 1996. N 30. P.165-189.
76. Булах І.С. Психологія життєвих криз особистості: навч. посібник / Булах І.С. – Вінниця, ТОВ «Нілан-ЛТД», 2015. 110 с.
77. Василюк Ф.Е. Жизненный мир и кризис: типологический анализ критических ситуаций //Психологический журнал. т. 16, 1997, № 3 C. 82-99.
78. Review of neuroimaging studies in PTSD: heterogeneity of response to symptom provocation. Lanius RA, Bluhm R, Lanius U, Pain C. J Psychiatr Res. 2006 Dec; Vol. 40, № 8. P. 709-29.
79. Functional connectivity of dissociative responses in posttraumatic stress disorder: a functional magnetic resonance imaging investigation. Lanius RA, Williamson PC, Bluhm RL, Densmore M, Boksman K, Neufeld RW, Gati JS, Menon RS. Biol Psychiatry, 2005. Vol. 57, № 8. P. 873-84.
80. Default mode network connectivity: effects of age, sex, and analytic approach. Bluhm RL, Osuch EA, Lanius RA, Boksman K, Neufeld RW, Théberge J, Williamson P. Neuroreport. 2008. 19, № 8. P. 887-91.
81. Білий В. Я., Жаховський В. О., Лівінський В. Г. Місце та роль Воєнномедичної доктрини України у формуванні системи медичного забезпечення військ і цивільного населення у воєнний час. Наука і оборона. 2015. 1. С. 9–14.
82. Блейхер В. М., Крук И. В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж : НПО МОДЭК, 1995. 640 с.
83. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. Вісник НАОУ. К. : Міленіум, 2006. Вип. 2. С. 118–124.
84. Богуславська О. Як не загубитися у розмаїтті тренінгових програм: [Електронний ресурс]: 1 ч. Режим доступу: http://www.b17.ru/article/2704/
85. Бойцов АТО реабилитируют в госпиталях для ветеранов ВОВ. [Электронный ресурс] Вести. 2017. 24 августа. Режим доступа : http://vesti-ukr.com/strana/100279-bojcov-ato-reabilitirujut-v-gospitaljah-dljaveteranov-vov
86. Бондар В. Дидактика : підручник для студентів вищих пед. навч. закл. К. : Либідь, 2005. 264 с.
87. Бондаренко В. В. Надання психологічної допомоги прикордонникам та членам їх сімей як важливий компонент діяльності офіцерів по роботі з персоналом. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: педагогічні та психологічні науки). 2013. 2 (67). С. 282–292.
88. Бондарєва Л. І. Навчальний тренінг як засіб професійної підготовки майбутніх менеджерів організацій в економічних університетах: Дис. … канд. пед. наук: 13.00.04 / Любов Іванівна Бондарєва. К, 2006. 250 с.
89. Бондаровська В. Психологическая поддержка семьи: материалы к тренингу. К. : «Розрада», 2000. 286 с.
90. Бриндиков Ю. Л. Методологические аспекты использования арттерапевтических технологий в реабилитационной деятельности военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях. Modern Science. Moderní věda. Praha. Česká Republika. 2017. 7. Р. 95–101.
91. Бриндіков Ю. Л. Аналіз основних проблем у роботі органів та установ соціального спрямування щодо забезпечення послугами учасників бойових дій. Підтримка та реабілітація учасників АТО в Україні: досвід та перспективи : тези доповідей ІІ Всеукр. наук.-практ. конф. (Хмельницький, 7 листопада 2017 р.) : Хмельницький інститут соціальних технологій ВНЗ «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»», 2017. С. 19–22.
92. Бриндіков Ю. Л. Арт-терапія у реабілітації військовослужбовцівучасників бойових дій. Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна» / голова редкол. Чайковський М.Є. Хмельницький : ХІСТ, 2018. (1)15. С. 106– 110.