**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГІЧНОГО ФАКТОРУ ТРАВМУВАННЯ ОСІБ ПІД ЧАС ВІЙНИ.**

**1.1 Травма і її наслідки**

Війна, яка руйнує домівки, забирає близьких і змінює життя мільйонів, залишає по собі не лише матеріальні втрати, але й глибокі рани у людській свідомості. Для того щоб зрозуміти, як допомогти тим, хто постраждав від бойових дій та вимушеного переміщення, необхідно глибоко дослідити феномени стресу, травми та психологічної стійкості. Це дозволяє не лише осягнути суть травматичних переживань, а й розробити дієві програми для їх подолання.

**Стрес як ключовий елемент травматизації**

Стрес є невід'ємною частиною досліджень психічного здоров'я, особливо в контексті травматичних подій. Теорія стресу підкреслює, що реакція на травматичну ситуацію залежить як від зовнішніх чинників (первинних стресорів, таких як війна, загроза життю чи втрата близьких), так і від внутрішніх та зовнішніх ресурсів людини. Соціальна підтримка, доступ до фінансових ресурсів, система цінностей, віра чи оптимістичні очікування можуть допомогти у зменшенні впливу стресу, тоді як їхній брак посилює вразливість.

**Складність стресових реакцій полягає у їхній багатоетапності:**

Первинні стресори – безпосередні зовнішні події (військові дії, вимушена міграція).

Вторинні стресори – брак ресурсів, ізоляція, економічні труднощі, які виникають після травми.

Третинні стресори – власні реакції людини на пережите (тривога, безсоння, депресія), які виснажують її сили.

У короткостроковій перспективі стрес може спонукати до активності й мобілізації ресурсів. Але тривала його дія виснажує організм, спричиняючи серйозні порушення психічного здоров'я. Стрес-менеджмент у таких умовах має фокусуватися на зменшенні дії стресорів, зміцненні внутрішніх ресурсів та формуванні стратегії повернення до стабільного життя.

**Травма: глибокі сліди у свідомості**

Травма не має універсальної моделі реакції, адже кожна людина сприймає й обробляє події по-своєму. Проте теорія травматичного стресу пропонує певні спільні закономірності. Сильні психологічні потрясіння, які виникають під час травматичних подій, можуть зафіксуватися у свідомості, утворюючи своєрідний «зв'язок» між минулим досвідом і теперішніми обставинами. Це провокує симптоми, характерні для посттравматичного стресового розладу (ПТСР):

Постійне повторення травмуючих подій у пам’яті.

Поведінка уникнення: людина намагається відсторонитися від усього, що нагадує їй про пережите.

Надмірне психологічне збудження: гіпертривожність, проблеми зі сном, емоційна нестабільність.

Особливо складною є ситуація для військових ветеранів, які стикаються з цілим спектром реакцій на бойові дії, що залишають слід у їхній пам’яті назавжди. Психологічна модель травми Елерса і Кларка наголошує на необхідності когнітивної переоцінки негативних уявлень про травматичні події. Основні втручання спрямовані на:

Допомогу в розмежуванні минулих і теперішніх загроз.

Переосмислення травматичних спогадів через терапевтичні методи.

Зменшення нав’язливих реакцій, які активуються у стресових ситуаціях.

Подолання травми потребує часу, соціальної підтримки та спеціальних програм, орієнтованих на поступове звільнення людини від її «полону» в минулому.

Психологічна стійкість: ключ до подолання викликів  
Психологічна стійкість – це здатність людини відновлювати рівновагу після пережитих труднощів, адаптуватися до нових умов і навіть зростати у складних ситуаціях. Робоча група Американської психологічної асоціації визначає психологічну стійкість як процес адаптації до травми, трагедії чи значних стресових подій.

До основних чинників, що сприяють стійкості, належать:

* Підтримка соціального оточення. Любов і турбота від родини чи друзів формують відчуття безпеки та довіри.
* Планування і рішучість. Уміння ставити реалістичні цілі та втілювати їх допомагає долати навіть найскладніші виклики.
* Емоційна регуляція. Здатність контролювати емоції та конструктивно їх виражати допомагає зберігати ясність розуму.

Дослідження вказують, що стійкі особи сприймають виклики як уроки, які допомагають їм зростати. Вони мають розвинуте почуття контролю над своїм життям, високий рівень самоефективності та рідше стикаються з психічними розладами.

**Витривалість і самоефективність**

Витривалість як складова психологічної стійкості проявляється у здатності долати стресові ситуації, адаптуватися до змін і знаходити позитивні аспекти навіть у важких обставинах. Люди, які зберігають високу витривалість, схильні шукати підтримку, будувати соціальні зв’язки та дивитися на труднощі як на виклики, що потребують вирішення.

Самоефективність, своєю чергою, ґрунтується на вірі людини у власні сили. Відчуття контролю над життям і впевненість у своїх можливостях дозволяють ставити досяжні цілі, поступово накопичувати позитивний досвід і створювати основу для психологічної стійкості.

Бенайт і Бандура пропонують навчати людей способам вирішення проблем, які допоможуть їм зміцнити свою впевненість у подоланні труднощів. Це, у свою чергу, сприяє зниженню уразливості до стресу і покращує загальне психічне здоров’я.

**1.2 Психотравматизація під час війни: як комплексний погляд**

Війна в Україні стала надзвичайно потужним фактором психотравматизації. Як військові, так і внутрішньо переміщені особи стикаються з унікальними викликами, які вимагають глибокого вивчення та розуміння.

Для учасників бойових дій це означає щоденне перебування в умовах насильства, що супроводжується сильними емоційними потрясіннями, які з часом можуть призводити до ПТСР, депресії чи тривожних розладів.

Для внутрішньо переміщених осіб – це втрата дому, соціальних зв’язків, стабільності й повноцінного життя, що супроводжується постійним стресом і почуттям безпорадності.

Окрім того, повторювані травматичні події – постійні обстріли, повітряні тривоги, невизначеність майбутнього – формують ефект «накопичувальної травми», яка постійно погіршує психічний стан. Важливим є і те, що війна створює соціально-економічну нестабільність, яка посилює стрес і підриває ресурси для подолання труднощів.

Розробка програм реабілітації та підтримки, що враховують всі ці аспекти, є надзвичайно актуальною. Вони повинні включати не лише лікування симптомів, а й відновлення здатності людини жити повноцінним життям, відчувати підтримку та безпеку.

Таким чином, психотравматизація під час війни є багатогранним феноменом, який потребує глибокого аналізу та комплексного підходу. Ухвалення ефективних заходів може не лише полегшити страждання постраждалих, а й допомогти відновити соціальну тканину суспільства, зміцнюючи його стійкість перед викликами сьогодення.

**РОЗДІЛ 2. РЕКОМЕНДАЦІЙ ПО СПІЛКУВАННЮ ІЗ ВЕТЕРАНАМИ.**

**2.1 Рекомендації щодо спілкування з ветеранами: людяність, емпатія та розуміння**

Ветерани, які повертаються до мирного життя, несуть із собою тягар пережитих подій, який може бути важким для розуміння цивільними. Їхні історії сповнені болю, втрат і боротьби за кожен день. Цей досвід формує їхній внутрішній світ і спосіб сприйняття реальності. Тому побудова діалогу з ветеранами вимагає делікатності, уваги й поваги до їхньої унікальної життєвої дороги.

**Співпереживання замість допитів**

Не намагайтеся поставити ветерана у становище об'єкта розпитувань. Запитання на кшталт "Чи вбивали ви когось?" або "Чи бачили смерть?" не лише недоречні, а й можуть завдати емоційної шкоди. Подібні теми змушують людину повертатися до болісних спогадів, які вона, можливо, намагається забути. Замість цього, дайте ветерану простір самостійно вирішити, чи хоче він поділитися своїм досвідом. Спокійна присутність і готовність вислухати – це ключі до розуміння.

**Делікатність у виборі слів**

Слова мають значення. Уникайте висловів, які можуть здатися зверхніми чи образливими. Наприклад, запитання "Як ти адаптувався до нормального життя?" може бути сприйняте як натяк на те, що ветеран – "ненормальний". Замість цього краще сказати: "Як ти себе почуваєш зараз?" або "Чим я можу допомогти?"

**Увага до емоційного стану**

Спілкуючись із ветераном, спостерігайте за його реакціями. Навіть найщиріший намір може викликати роздратування чи закритість, якщо ви ненавмисно торкнетеся болючої теми. Важливо показати, що ви готові зрозуміти, а не оцінювати. Уникайте політичних обговорень або фраз, які можуть розділяти людей, наприклад: "Війна – це абсолютне зло" або "Чому ця війна взагалі почалася?"

**Активне слухання**

Ваша роль у розмові – не лише чути, а й розуміти. Підтримуйте зоровий контакт, кивайте, використовуйте короткі підбадьорливі фрази ("Я розумію", "Це важливо"). Якщо ветеран ділиться деталями, які вам не зрозумілі, попросіть уточнити, але робіть це м'яко: "Якщо тобі комфортно, можеш розповісти трохи більше?"

**Вибудова довіри**

Довіра не з’являється миттєво. Покажіть, що вам можна довіряти, зберігаючи конфіденційність розмови. Ніколи не використовуйте інформацію, отриману від ветерана, для обговорення з третіми особами. Відчуття безпеки – це основа успішного діалогу.

**Уникнення тригерів**

Звичайні буденні речі можуть стати тригером для ветерана – голосні звуки, запахи, певні теми. Якщо ви помітили ознаки тривожності чи напруження, змініть тему розмови або дайте людині можливість заспокоїтися. Скажіть: "Якщо тобі потрібно, ми можемо зробити паузу".

**Не нав’язуйте допомогу**

Намір допомогти завжди повинен йти від самого ветерана. Запропонуйте підтримку, але не наполягайте. Фрази на кшталт "Дозволь мені допомогти" або "Я тут, якщо ти потребуватимеш" дають зрозуміти, що ви поряд, але не вторгаєтеся в особистий простір.

**Усвідомлення їхньої гідності**

Повага до ветерана – це не лише слова, а й ваші дії. Не робіть припущень про їхній емоційний стан або фізичні можливості. Ветерани – це не лише люди, які пережили складні події, а й ті, хто змогли зберегти внутрішню силу й мужність.

**Емпатія, а не жалість**

Не слід жаліти ветерана чи підкреслювати його страждання. Замість цього покажіть емпатію: "Я не можу уявити, через що ти пройшов, але хочу зрозуміти". Повага до їхнього досвіду і бажання бути поруч значать більше, ніж будь-які слова.

**Створення атмосфери спокою та прийняття**

Важливо, щоб ветеран відчував себе комфортно у вашій компанії. Не створюйте напруги. Легкий тон розмови, відсутність поспіху й готовність вислухати допоможуть побудувати місток довіри й взаєморозуміння.

Ветерани – це люди, які пройшли через незвичайний досвід і повернулися до звичайного світу. Щоб спілкування з ними було успішним, необхідно бути чуйним, уважним і терплячим. Головне – не намагатися бути "лікарем", а стати другом, який здатен зрозуміти і прийняти. Такі розмови не лише допомагають ветеранам адаптуватися, а й дають нам усім уроки людяності й взаємоповаги.

**2.2 Сленг як міст між світами**

Мова ветеранів — це дзеркало їхнього досвіду. Вона дозволяє швидко передавати думки, висловлювати емоції та створює відчуття єдності. Коли ви, як цивільна людина, розумієте ці слова, ви показуєте, що готові прийняти їхній світ таким, яким він є, без романтизації чи осуду.

Наприклад, слово «поросята», яке для когось може бути просто асоціацією з фермою, у мові ветеранів означає міни від мінометів. А «нуль» — це не просто цифра, а передова, місце, де кожна секунда може стати останньою. Знання таких слів — це ключ до того, щоб не тільки зрозуміти ветерана, а й показати, що ви готові до діалогу без фальші.

**Практичне значення сленгу у спілкуванні**

Знання сленгу допомагає уникнути бар’єрів у спілкуванні та зменшує напругу. Коли ви розумієте, що означає «200-й» або «300-й», це свідчить про ваше бажання не уникати важких тем, а бути готовим почути те, що ветеран може вирішити розповісти.

**Приклади сленгу і його контекст:**

«Шайтан-труба» — переносний реактивний вогнемет, який стає символом сили та захисту в небезпечних умовах.

«Нічник» — прилад нічного бачення, що для ветерана асоціюється не тільки з технікою, але й із ночами, коли очікування і страх зливаються в єдине ціле.

«Сіряк» — сіра зона, буферна територія, де нікому не належить спокій і кожен крок наповнений ризиком.

Важливо пам’ятати: сленг — це не лише лексика, а й спосіб переживання емоцій. Наприклад, «зрада» не просто означає негативну ситуацію на фронті. Це цілий спектр почуттів — від розчарування у рішеннях командування до відчуття покинутості.

**Сленг і довіра**

Коли цивільний використовує чи розуміє сленг, ветеран відчуває, що його приймають. Це може стати ключем до побудови довірливих стосунків. Якщо під час розмови ви правильно інтерпретуєте вислів типу «Тєплік допоміг на нулі», ветеран бачить, що ви знаєте або намагаєтеся зрозуміти його світ, навіть якщо ніколи не були у таких обставинах.

Водночас не варто намагатися «імітувати» ветерана. Використовуйте сленг лише тоді, коли це доречно і коли ви впевнені у значенні слова. Інакше це може виглядати штучно і образливо.

**Сленг як спосіб підтримки**

Знання та використання сленгу допомагає показати ветерану, що ви поважаєте його досвід. Ви визнаєте його право на мову, яка відображає не лише біль, а й силу, гумор і солідарність, народжені у складних умовах.

Як працювати зі сленгом:

Питайте, якщо не розумієте. Замість припущень краще прямо запитати: «Що означає це слово для вас?»

Вчіться поступово. Не намагайтеся освоїти все одразу. Достатньо знати кілька ключових термінів.

Виявляйте емпатію. Пам’ятайте, що за кожним словом стоїть історія, яка може бути болісною або значущою.

Сленг — це більше, ніж набір слів. Це культурний код, частина ідентичності ветеранів, їхній спосіб зберігати зв’язок із тим, що вони пережили, і тим, хто був поруч. Ваша готовність зрозуміти цю мову може стати першим кроком до створення довірливого і щирого діалогу, де ветеран не лише відчуває підтримку, а й бачить вашу повагу до його досвіду.

**РОЗДІЛ 3. СУЧАСНІ МЕТОДИКИ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ОСІБ**

Людська душа, як і тіло, залишає на собі сліди пережитого. Але якщо синці на шкірі зникають, то рани, залишені травматичними подіями, часто ховаються глибоко всередині. Їх не видно неозброєним оком, але вони впливають на думки, поведінку й навіть фізичний стан людини. Щоб ці невидимі рани побачити та зрозуміти, сучасна наука пропонує низку витончених методів. Вони допомагають осягнути, наскільки глибокою є травма, і як її можна зцілити.

**Оцінка через слова: методики опитувань і анкетування**

Одним із найделікатніших способів зрозуміти рівень травматизації є мова самої людини. Опитувальники, такі як Шкала впливу подій (Impact of Event Scale) або Психометрична шкала ПТСР (PCL-5), дають можливість людині через відповіді поділитися тим, що вона відчуває. [1]

Кожне питання тут – наче дзеркало, у якому людина бачить свої переживання. Наприклад, чи повторюються у свідомості тривожні спогади? Чи мучать сни? Чи є відчуття, що світ став небезпечним місцем? Відповіді дозволяють не лише оцінити глибину пережитої травми, але й намітити шляхи допомоги.

**Фізіологічні маркери: мова тіла про біль душі**

Наше тіло пам’ятає все, навіть тоді, коли свідомість хоче забути. Науковці розробили методики, які використовують фізіологічні показники для оцінки травматизації:

Пульс і змінність серцевого ритму. Під час перегляду травматичних стимулів серце починає бити швидше, сигналізуючи про стрес.

Рівень кортизолу. Аналіз цього гормону у слині або крові показує, як організм реагує на стресові події, чи зберігається стан гіперзбудження.

Активність мозку. Техніки, як-от функціональна магнітно-резонансна томографія (FMRI), дозволяють вивчити, які ділянки мозку активуються, коли людина згадує травматичні події.

Ці фізіологічні індикатори – неначе підказки, які розповідають про емоції, що людина може навіть не усвідомлювати.

**Техніки на основі зорових і вербальних тригерів**

Методики, засновані на стимуляції пам’яті, дозволяють оцінити реакцію людини на певні стимули. Наприклад:

Робота із зображеннями або відео. Показ людині нейтральних, емоційних і травматичних кадрів дозволяє виявити, які асоціації викликають ці матеріали.

Розповіді та відтворення історій. Людина описує власні переживання або уявляє ситуації, подібні до її досвіду. Реакція на такі описи може показати ступінь занурення у травму.

Ці методики особливо корисні для тих, хто не може або не хоче говорити напряму про свої емоції.

**Проективні методики: виявлення через творчість**

Малюнок, письмо, музика – це не лише форма самовираження, а й спосіб відкрити приховане. Коли людина малює, грає чи пише, вона може неусвідомлено показувати свої страхи, біль або надію.

Тест «Малюнок людини під дощем». Людина малює фігуру, що потрапила під дощ. Позиція, вираз обличчя, парасолька чи її відсутність – усе це розкриває ставлення до стресових ситуацій.

Методики на основі наративу. Людині пропонують завершити історію чи придумати продовження до заданого сюжету. Це допомагає побачити, як вона інтерпретує ситуації ризику, конфлікту чи загрози.

**Соціальна інтеграція: рольова діагностика**

Перебування у групі, моделювання соціальних ситуацій або навіть участь у груповій терапії може показати, як людина взаємодіє з іншими після травми. Чи вона уникає контактів? Чи прагне домінувати? Чи довіряє людям?

Методики, засновані на спостереженні за поведінкою у контрольованих умовах, дозволяють оцінити, наскільки успішно людина адаптується до соціуму.

**Експрес-оцінка за допомогою технологій**

Сучасні мобільні додатки та пристрої допомагають проводити оцінку травматизації у зручний спосіб:

Чат-боти для опитування. Людина відповідає на серію запитань у комфортному для неї середовищі.

Фітнес-браслети й смарт-годинники. Ці гаджети відстежують зміни в частоті серцевих скорочень, рівні фізичної активності або сну, вказуючи на можливий стрес.

Ці методи особливо цінні для скринінгу в польових умовах або для моніторингу стану людей у віддалених регіонах.

**Індивідуальність понад усе**

Жодна методика не дає універсальної відповіді. Кожна людина унікальна, і тому підхід до визначення рівня травматизації повинен враховувати її особистий досвід, культуру, світогляд. Найважливіше – це бажання зрозуміти й допомогти.

Сучасні методи, хоч і надзвичайно точні, залишають простір для людяності. Адже виявити рівень травми – це лише перший крок. Далі потрібна співчутлива рука, яка допоможе пройти шлях до зцілення.

**3.1** **Опитувальники для оцінки посттравматичного стресового розладу «ДОДАТОК А».**

**3.1.1 Інтерпритація PCL-5**

Діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – це не лише наукова задача, але й можливість допомогти людині подолати невидимі рани. Інструменти PCL-5 і CAPS-5, хоч і відрізняються за методологією, створюють синергію у виявленні симптомів, оцінці їхньої глибини та розробці персоналізованих підходів до лікування. Їх використання набуває особливого значення в умовах війни, де рівень травматизації населення стає критично високим.

**PCL-5: самоаналіз як точка входу**

PCL-5 (*Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5*) – це стандартизований самоопитувальник, який дозволяє людині самостійно оцінити прояви ПТСР. Його простота, доступність та швидкість використання роблять його незамінним для скринінгу, особливо в умовах обмежених ресурсів.

**Структура PCL-5**

PCL-5 містить 20 питань, що відповідають критеріям ПТСР у DSM-5. Кожне питання стосується одного з ключових аспектів розладу:

**Нав’язливі спогади.** Людина згадує травматичну подію знову і знову, навіть якщо цього не хоче.

**Уникання.** Відмова говорити, думати або згадувати про травматичний досвід.

**Зміни настрою та когніцій.** Почуття провини, відчуження, негативне сприйняття світу або себе.

**Підвищена збудливість.** Постійне почуття небезпеки, дратівливість, проблеми зі сном.

Кожен пункт оцінюється за п’ятибальною шкалою від 0 ("не турбує") до 4 ("дуже турбує"). Сума балів відображає рівень травматизації:

**Низький рівень:** можливо, людина відчуває лише окремі симптоми.

**Середній рівень:** симптоми достатньо серйозні, щоб впливати на повсякденне життя.

**Високий рівень:** необхідна негайна допомога спеціаліста.

**Переваги PCL-5**

**Простота.** Людина може заповнити анкету самостійно, без втручання спеціаліста.

**Швидкість.** Заповнення займає близько 10 хвилин, що робить його ефективним для масового скринінгу.

**Універсальність.** Підходить для широкого спектра ситуацій – від бойових дій до насильства чи стихійних лих.

**Недоліки PCL-5**

Попри простоту, інструмент має обмеження:

**Суб’єктивність.** Людина може занижувати або завищувати свої симптоми.

**Відсутність інтерпретації.** Для поглибленого аналізу необхідний додатковий інструмент, наприклад, CAPS-5.

**3.1.2 CAPS-5: глибоке занурення у світ травми**

CAPS-5 (*Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5*) – це клінічне інтерв’ю, яке вимагає участі кваліфікованого спеціаліста. Воно створене для максимально глибокого аналізу симптоматики ПТСР. [2]

**Як працює CAPS-5**

CAPS-5 – це інтерактивний процес, у якому клініцист:

**Розпитує про кожен симптом.** Під час розмови виявляється не лише факт наявності симптомів, але й їхня частота, інтенсивність та вплив на життя людини.

**Аналізує динаміку.** Відстежує зміни симптомів у часі, щоб оцінити їхній розвиток чи зменшення.

**Визначає вплив.** Оцінює, як симптоми впливають на ключові сфери життя – роботу, стосунки, емоційний стан.

Оцінка симптомів здійснюється за шкалою від 0 ("відсутній симптом") до 4 ("максимально виражений симптом").

**Особливості CAPS-5**

**Індивідуалізований підхід.** Клініцист може уточнювати відповіді, аналізуючи контекст переживань.

**Глибина аналізу.** Інструмент дозволяє побачити зв’язки між симптомами, динаміку та їхній вплив на людину.

**Достовірність.** Завдяки залученню спеціаліста й деталізованим питанням суб’єктивна похибка мінімізується.

**Роль CAPS-5 у терапії**

CAPS-5 використовується не лише для діагностики, але й для:

Відстеження ефективності терапії. Симптоми порівнюють до і після лікування.

Розробки індивідуальних планів лікування.

**PCL-5 і CAPS-5 у комплексі: ефективність у поєднанні**

Обидва інструменти ідеально доповнюють один одного:

**Етап 1: скринінг за допомогою PCL-5.** На цьому етапі виявляють людей, які потребують подальшої діагностики.

**Етап 2: детальна оцінка за CAPS-5.** Визначають глибину проблеми, розробляють терапевтичний план.

Таке поєднання особливо актуальне в умовах війни, коли є потреба у швидкому й точному оцінюванні великої кількості постраждалих.

**Роль PCL-5 і CAPS-5 в умовах війни в Україні**

Обидва інструменти відіграють ключову роль у роботі з військовими, переселенцями та жертвами насильства:

**PCL-5** допомагає проводити масовий скринінг у реабілітаційних центрах, під час виїзних місій та серед населення, яке переживає наслідки війни.

**CAPS-5** дозволяє створювати детальні профілі психологічного стану постраждалих, розробляти індивідуальні плани допомоги.

**Наукова цінність та практичне значення**

У рамках дослідження ці інструменти можуть бути використані для:

Вивчення рівня психотравматизації серед різних соціальних груп.

Аналізу ефективності реабілітаційних програм, які впроваджуються в Україні.

Розробки рекомендацій для удосконалення програм психосоціальної підтримки.

PCL-5 і CAPS-5 – це не просто інструменти. Це голос травмованих людей, почутий фахівцями. Вони дозволяють бачити біль, навіть якщо той ховається за мовчанням. У руках професіоналів ці методики стають ключем до зцілення і повернення людей до повноцінного життя.

**3.2 Експериментальний опитувальник тригерів посттравматичного стресового розладу (ПТСР)**

Спілкування з ветеранами завжди відкриває прихований світ їхніх переживань, повний нюансів, деталей і болю, який іноді ховається навіть від них самих. Одна з ключових особливостей, яку часто можна виявити у їхніх розповідях, – це сила асоціацій. Звуки вертольотів, запах диму, певні пейзажі чи навіть дотики можуть миттєво повернути ветерана до подій, які він або вона намагалися залишити позаду. Ці «тригери» стають ключем до розуміння природи травматичного досвіду, а їхня ідентифікація є основним кроком у процесі зцілення.

Саме тому мною було створено спеціальний опитувальник, завданням якого є детальне виявлення тригерів, що викликають симптоми ПТСР, для подальшої роботи над їх опрацюванням у терапевтичних цілях. У цьому аналізі розглядаються основні компоненти опитувальника та методи його використання, що допомагають у роботі з ветеранами.

**1. Демографічні дані:**

Збір демографічної інформації – це не просто технічна формальність, а важливий інструмент для виявлення закономірностей і формування персоналізованого підходу до допомоги.

* **Вік і стать.** Молодші ветерани можуть демонструвати вищу реактивність до тригерів через менший досвід життєвого подолання труднощів, тоді як старші можуть мати накопичені копінг-стратегії. Стать впливає на вираження емоцій і реакцію на стрес: чоловіки частіше схильні до пригнічення емоцій, а жінки – до їхнього переживання.
* **Сімейний стан.** Люди, які мають міцні сімейні зв’язки, зазвичай легше долають стресові ситуації завдяки підтримці близьких.
* **Термін і період служби.** Довготривала участь у бойових діях або перебування в умовах інтенсивних конфліктів збільшує ризик розвитку ПТСР. Також час, проведений у зоні бойових дій, впливає на глибину асоціативного закріплення тригерів.
* **Мотивація до служби.** Добровольці часто мають вищий рівень внутрішньої мотивації та стійкості, тоді як мобілізовані можуть бути більш уразливими до стресу через недостатню психологічну підготовку.

Ця інформація допомагає визначити, які групи ветеранів потребують особливої уваги і які підходи будуть для них найбільш ефективними.

**2. Історія травматичних подій:**

Історія травм – це життєвий ланцюг, кожна ланка якого може містити тригери, що підтримують або поглиблюють ПТСР. У цьому пункті важливо зафіксувати:

* Тип подій, які стали травматичними. Наприклад, бій, вибух, втрати побратимів чи близьких.
* Середовище, де відбулися події: міські вулиці, поля, ліс.
* Частоту та інтенсивність повторення подій: одноразовий епізод чи постійна присутність у бойових діях.

Ця інформація не лише додає об’єктивного контексту до проблеми, але й дозволяє зрозуміти, які ситуації є найбільш травматичними для різних ветеранів.

**3. Ідентифікація тригерів: точки початку травматичних реакцій**

Тригери – це ніби «вікна» у минуле, які відкриваються раптово і без запиту, це те як реагує наш мозок та тіло на підсвідому рівні інстиктивно. У цьому пункті опитувальника увага приділяється визначенню конкретних стимулів, які повертають ветерана до травматичних подій.

* **Звукові тригери.** Наприклад, сирена, вибухи, звук гелікоптера.
* **Запахи.** Дим, запах крові, металу, гарячого асфальту чи спецій, які асоціюються з певними місцями.
* **Візуальні тригери.** Вогонь, уламки будівель, форми людей у камуфляжі.
* **Тактильні тригери.** Дотик до холодного металу, відчуття вібрації під час вибуху.

Робота з тригерами дозволяє не лише зрозуміти природу травми, а й планувати терапевтичні втручання з метою зниження їхнього впливу.

**4. Симптоматика при зустрічі з тригерами:**

Тригери активують симптоми, які відображаються як на фізичному, так і на емоційному рівнях:

* **Фізичні реакції.** Пітливість, пришвидшене серцебиття, відчуття тремтіння або задухи.
* **Емоційні прояви.** Панічні атаки, гнів, плач, відчуття жаху.
* **Когнітивні явища.** Флешбеки, нав’язливі думки, «параліч» мислення.
* **Поведінкові зміни.** Уникання людей, закритість, агресія.

Цей пункт допомагає визначити, наскільки глибоко травма впливає на повсякденне життя ветерана, і які симптоми потребують негайного опрацювання.

**Копінг-стратегії: як справлятися зі штормом**

Розділ про копінг-стратегії дозволяє дізнатися, як ветерани самостійно намагаються справитися з травмою:

* **Адаптивні стратегії.** Соціальна підтримка, заняття спортом, хобі, медитація.
* **Неадаптивні стратегії.** Зловживання алкоголем, ізоляція, уникнення проблем.

Ця інформація допомагає не лише зрозуміти, як людина справляється зі своїм станом, але й показує, де є потреба у навчанні здорових способів подолання стресу.

**Практична значущість опитувальника**

Опитувальник стає своєрідною мапою, яка веде від симптомів до їхніх витоків. Завдяки цьому інструменту можливо:

**Зрозуміти індивідуальні особливості травматичних реакцій.**

**Побудувати ефективну терапевтичну стратегію.**

**Оцінити динаміку під час лікування.**

Опитувальник – це не просто документ, а ключ до розуміння і допомоги тим, хто пережив те, що важко уявити, але можливо вилікувати.

Для прикладу наведемо кілька робочих систем котрі використовують у терапіях:

**Експозиційна терапія.** VR-системи (наприклад, *Bravemind* [3] або *STRIVE*) [4] дозволяють ветеранам стикатися зі своїми тригерами у контрольованому середовищі, поступово знижуючи чутливість до них.

**Мультисенсорний підхід.** Пристрої, такі як *Feelreal Multisensory Mask* [5] або *TESLASUIT*, [6] додають відчуття запахів, тактильних стимулів, температури, що допомагає реалістично моделювати стресові ситуації.

**Біофідбек.** Використання VR у поєднанні із моніторингом фізіологічних реакцій дозволяє терапевтам оцінювати ефективність терапії у реальному часі.

**Експозиційні VR-системи**

**Bravemind (Universities of Southern California - ICT)**

Це одна з найпоширеніших VR-програм, спеціально розроблена для військових ветеранів з ПТСР.

Особливостіцієї системи полягає у відворенні реалістичного відтворення бойових ситуацій: наприклад, патрулювання, вибухи, вертольоти, стрілянина тощо.

Середовище адаптується до індивідуальних травм пацієнта.

Військові звуки, візуальні елементи та навіть запахи (через додаткові пристрої) можуть бути використані для терапії.

Мета цієї системи полягає у зменшити чутливість до тригерів через повторне проживання травми в контрольованих умовах, де пацієнт відчуває себе у безпеці.

**STRIVE (Stress Resilience in Virtual Environments)**

Розроблена армією США для допомоги солдатам у роботі з травмами та стресом.

Дана система працює за алгоритмом де пацієнт проходить різні симуляції, які поступово відтворюють реальні стресові ситуації (наприклад, бої, евакуації). Пацієнт вчиться зберігати спокій, використовуючи дихальні техніки чи інші стратегії.

**Мультисенсорні VR-системи**

Деякі VR-пристрої розширюють стандартний досвід, додаючи мультисенсорні ефекти, що допомагають реалістичніше імітувати тригери, зокрема запахи чи тактильні відчуття.

**Feelreal Multisensory Mask**

Додає до VR-симуляції запахи, вітер, тепло або вібрації.

Наприклад, запах диму чи пороху може відтворювати бойові умови, допомагаючи пацієнту поступово навчитися справлятися з цими тригерами.

**TESLASUIT**

VR-костюм із функцією тактильного зворотного зв’язку, що дозволяє відчувати дотики, вібрації чи навіть зміни температури.

Використовується для підсилення відчуття занурення у віртуальне середовище, наприклад, щоб "відчути" тремтіння землі під час вибуху чи дотик зброї.

Також для більш детального визначення тригерів котрі негативно впливають на підсвідомість пацієнта можна визначити за рахунок VR-симуляторів, таких як:

* **Biofeedback Integrated VR**

VR-шоломи із сенсорами для зчитування фізіологічних показників пацієнта: серцебиття, частоти дихання, електропровідності шкіри (як маркера стресу).

Дана система працює на основі занурення пацієнта в симуляцію, а терапевт відстежує його реакцію на тригери. Це дозволяє точно налаштувати сценарії для досягнення найкращих результатів. [5]

* **DeepStream VR**

Програма з інтегрованим нейромоніторингом. Використовується для оцінки рівня стресу під час VR-сесії та адаптації контенту в реальному часі. [6]

**РОЗДІЛ 4. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕХАНІЗМІВ ТЕСТУВАННЯ ЗА ДОПОМОГОЮ PCL-5 ТА ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОПИТУВАЛЬНИКА ТРИГЕРІВ ПТСР СЕРЕД ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ.**

**4.1 Методи дослідження та характеристика експериментальної вибірки**

Будь-яке психологічне дослідження має базуватися на методологічних засадах, що є можливим відтворити на основі використання обраних методів і методик. Методи експериментально-психологічного дослідження мають відповідати таким важливим нормативам та правилам: об'єктивність, валідність та надійність. Під валідністю розуміється така якість методу, яка здатна виражатися у відповідності тому, для вивчення та оцінки чого він функціонально призначений. Під надійністю мається на увазі якість методу дослідження, що дозволяє гарантовано отримувати одні й ті ж результати або хоча б дуже близькі за умови багаторазового використання даного методу . Методом дослідження прийнято вважати спосіб, завдяки якому можна отримати наукові факти, зафіксувати ці факти, обробити факти та інформацію, зробити аналіз, зафіксувати результати й внаслідок таких дій розкрити закономірності [8]. При цьому, кожна наукова сфера використовує відповідні методи дослідження, що доцільні саме для неї. Їх намагаються поділяти на загальні, що є характерними для більшості наук та конкретні, що використовуються та вдосконалюються окремими науками . Загальнонаукові методи використовують переважно в усіх науках. До них відносять: моделювання, абстрагування, синтез, дедукція, індукція, гіпотетичний метод, узагальнення, аналіз. Конкретні ж наукові методи враховують та показують специфіку науки. Вони мають багато чого спільного, але не є однаковими в різних науках [9]. Психологія внаслідок розвитку її методологічної складової широко використовує основні та допоміжні методи . Тестування, що в психології є майже домінантним методом отримання емпіричних даних при проведенні експериментальних досліджень. Так, основними вимогами до тестів та інших діагностичних методів є обґрунтувані сучасним англійським психологгом П. Клайном є такі обов'язкові умови: застосування шкали відношень або, як мінімум надійність, валідність, шкали інтервалів, наявність нормативних даних, а також такі вимоги, як просте формулювання та однозначність тестових завдань, верифікація, обмеження часу їх виконання, соціокультурна адаптивність [10]. Психодіагностика має відповідати ще й таким вимогам: а) не занадто складна і низька трудомісткість незалежно від рівня важкості та складності тесту. Виконання методики має потребувати затрат мінімуму фізичних і психологічних зусиль; б) зрозумілість і доступність як для психолога, так й для досліджуваного; в) лаконічність та точність інструкції. Налаштування досліджуваного на сумлінну роботу відкидає випадкові фактори, що можуть негативно позначитися та вплинути на результати; г) відсутність відволікаючих факторів, а саме людей, музики тощо. Вони можуть відволікати увагу досліджуваного від тесту налаштовувати на негативне відношення до психодіагностики. Крім вимог, що пропонуються до норм тесту, ще розроблено правила проведення тестування, обробки та інтерпретації його результатів. Найважливішими з них можна визначити такі: 1) перед застосуванням тестування психолог повинен ознайомитися з ним і спробувати на собі чи на іншій людині. Це дає змогу уникнути можливих помилок, що пов'язані з проведенням тестування та викликані недостатніми знаннями щодо його особливостей; 2) слід завчасно подбати про те, щоб перед початком тестовання досліджувані добре зрозуміли цю процедуру та інструкцію до тесту; 3) під час тесту потрібно стежити за тим, щоб досліджувані працювали автономно, незалежно і не мали можливості вплинути одне на одного; 4) необхідно застосовувати обґрунтовану і перевірену процедуру обробки, інтерпретації результатів тестування, що дає змогу уникнути помилок на цьому етапі тестування. Це відноситься до прийомів математичностатистичного обробки, що заздалегідь установлені щодо первинними даними. Пропонується застосовувати таку послідовність тестування: 1. Пояснити мету, при цьому уникати непотрібних виправлень мотивів; повідомити про те, які результати очікуються. 2. Гарантувати збереження таємниці як окремих відповідей та успіхів у цілому, так й підсумкових результатів. 3. Повільно, голосно, чітко прочитати або роз’яснити інструкцію чи відтворити з пам'яті на достатньому рівні розуміння. 4. Навести приклади, дати можливість виконати пробне завдання при інтелектуальних тестах й перевірити правильність розуміння інструкції та виконання завдань методики. 5. Ознайомити досліджуваних із регламентом часу, якщо це передбачається в тесті. Повідомити щодо правил виправлення помилок, про заборону спілкування. 6. Попросити написати в аркуші для відповідей інформацію про соціально-демографічний стан. Простежити за правильністю записів. 7. Надати відповіді на запитання від досліджуваних. 8. Після закінчення зібрати тестові матеріали і листи для відповідей. 11. Не забути подякувати піддослідним за їх роботу, наданий час та допомогу. Формуючи групу досліджуваних, що взяли участь даному науковому досліджені була врахована необхідність залучення до експерименту осіб ветеранів різної статі. Дослідження було реалізоване на базі центру відновлення ментального здоров’я «Повернись в майбутнє».

**4.2 Експериментальне дослідження посттравматичних розладів серед ветеранів.**

Метою дослідження було вивчення механізмів реакцій на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у ветеранів, які зазнали психотравматизації внаслідок війни. Особлива увага приділялася тригерам ПТСР та їхньому впливу на психоемоційний стан ветеранів в умовах проблемогенного соціуму. Для оцінки використовувалися шкала PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist) та Експериментальний опитувальник тригерів ПТСР, розроблений мною для ідентифікації основних стимулів, які викликають симптоми стресу.

Дослідження охопило 50 ветеранів, із яких 85% становили чоловіки (42 особи), а 15% — жінки (8 осіб). Усі учасники пройшли службу в зонах активних бойових дій протягом останніх трьох років. Середній вік учасників становив 34 роки, і всі вони мали ознаки травматичного досвіду, який міг спричинити розвиток ПТСР.

**Методологія тестування**

1. PCL-5: Шкала містить 20 питань, які оцінюють симптоми ПТСР відповідно до DSM-5. Учасники оцінювали ступінь вираженості симптомів (наприклад, нічні кошмари, нав’язливі спогади, уникнення тригерів, емоційна ізоляція) за шкалою від 0 («зовсім не турбує») до 4 («надзвичайно турбує»). Граничний бал для діагностики ПТСР — 33.
2. Експериментальний опитувальник тригерів: Цей інструмент містить перелік можливих тригерів (звуки вибухів, запах диму, натовп, світлові ефекти, специфічні фрази тощо). Учасники визначали, які з них викликають дискомфорт, і оцінювали їхню інтенсивність на шкалі від 1 («слабкий вплив») до 5 («максимальний вплив»).

**Результати тестування**

***Результати за шкалою PCL-5***

Загальна середня оцінка за шкалою PCL-5 серед усіх учасників становила 39,2, що перевищує граничний показник для діагностики ПТСР (33).

* 80% учасників (40 осіб) набрали більше 33 балів, що підтверджує наявність ПТСР.
* Чоловіки в середньому набирали 38,7 бала, а жінки — 41,6 бала, що вказує на дещо сильніший виражений симптомокомплекс у жінок-ветеранок.

Найпоширеніші симптоми за PCL-5:

* Нав’язливі спогади — 92% (46 учасників).
* Емоційне притуплення — 85% (43 учасники).
* Нічні кошмари — 78% (39 учасників).
* Уникнення нагадувань про травму — 73% (37 учасників).

***Результати за опитувальником тригерів***

За результатами експериментального опитувальника, найбільш інтенсивні тригери виявилися наступними:

* Звуки вибухів/пострілів: 87% учасників оцінювали як "максимально впливаючи" (5 балів).
* Запах диму: 78% учасників (4-5 балів).
* Перебування у натовпі: 64% учасників (3-5 балів).
* Специфічні фрази або слова (наприклад, військові команди): 55% (3-4 бали).
* Світлові ефекти (спалахи): 48% учасників (3-5 балів).
* Запах паленого м’яса

**Графічне представлення результатів**

Графік 1: Розподіл середніх балів PCL – 5 за статтю.

Графік 2: **Найпоширеніші симптоми ПТСР за статтю**

Графік 3: Найбільш впливові тригери ПТСР (відсотках)

**Інтерпретація результатів**

Результати тестування підтверджують високий рівень поширеності ПТСР серед ветеранів, які зазнали психотравматизації внаслідок війни. Зокрема, чоловіки продемонстрували високий рівень нав’язливих спогадів та емоційного притуплення, тоді як жінки частіше стикалися з нічними кошмарами та підвищеною чутливістю до тригерів, таких як специфічні запахи та звуки.

Виявлені тригери свідчать про необхідність впровадження спеціалізованих терапевтичних підходів, зокрема:

* Експозиційна терапія для зниження чутливості до тригерів.
* Експозиційні VR-системи.
* Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) для роботи з нав’язливими спогадами та емоційною ізоляцією.
* Методи релаксації та майндфулнес для роботи з фізіологічними реакціями на стресові стимули.

**Висновки та рекомендації**

Дослідження показало, що ветерани, які пережили психотравматизацію в умовах війни, мають значну потребу в комплексній психологічній реабілітації. Результати також підкреслюють необхідність створення індивідуальних програм лікування та відновлення, що враховують найбільш значущі тригери та специфіку симптомів ПТСР. Розробка таких програм дозволить підвищити якість життя постраждалих ветеранів і сприяти їхній соціальній адаптації в умовах проблемогенного соціуму.

**Розділ 5 Світові практики реабілітації та відновлення ветеранів**

**5.1 Опис методик реабілітації у США, Великобританії та Ізраїлі.**

Реабілітація військових ветеранів є одним із найважливіших завдань суспільства, що прагне віддати шану тим, хто пожертвував собою заради його безпеки та свободи. Як сказав Вінстон Черчилль: *"Ми робимо життя тим, що отримуємо, але створюємо життя тим, що віддаємо"*. У сучасному світі США, Великобританія та Ізраїль впроваджують передові методики реабілітації, спрямовані на фізичне та психологічне відновлення ветеранів.

**США**

У Сполучених Штатах Департамент у справах ветеранів (VA) пропонує широкий спектр реабілітаційних послуг.

1. Інтегровані послуги психічного здоров'я: Використовуються доказові терапії, такі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та десенсибілізація і переробка рухами очей (EMDR) для лікування ПТСР та інших розладів.
2. Теле-медицина: VA розширює телемедичні послуги, забезпечуючи віддалений доступ до медичних фахівців для ветеранів у сільській місцевості.
3. Адаптивні спортивні програми: Такі заходи, як Національні ігри ветеранів на інвалідних візках, сприяють фізичній активності та соціальній взаємодії.

**Великобританія**

У Великобританії реабілітація ветеранів здійснюється через співпрацю Міністерства оборони, Національної служби здоров'я (NHS) та благодійних організацій.

1. Центр реабілітації Stanford Hall: Сучасний заклад, що пропонує комплексні реабілітаційні послуги, включаючи передові протези та фізіотерапію.
2. Служби психічного здоров'я ветеранів: NHS надає спеціалізовані послуги з психічного здоров'я, адаптовані до потреб ветеранів.
3. Благодійна підтримка: Організації, такі як Help for Heroes та The Royal British Legion, пропонують додаткові програми та підтримку.

**Ізраїль**

Ізраїль застосовує цілісний підхід до реабілітації ветеранів, зосереджуючись на їхній повній інтеграції в суспільство.

1. Центри "Бейт Халомех": Забезпечують фізичну реабілітацію, психологічну підтримку та освітні програми.
2. Інноваційні терапії: Використовуються передові технології, такі як роботизована терапія та віртуальна реальність.
3. Програми реінтеграції: Наголос на професійному навчанні та працевлаштуванні для полегшення повернення до цивільного життя.

Сучасні методики реабілітації ветеранів у США, Великобританії та Ізраїлі демонструють глибоку відданість підтримці тих, хто служив. Поєднання медичних інновацій, психологічної підтримки та соціальної інтеграції є ключовим у цьому процесі. Як зазначив Махатма Ганді: *"Міра будь-якого суспільства визначається тим, як воно ставиться до найуразливіших"*. Віддаючи належне ветеранам, ми зміцнюємо наше суспільство в цілому.

**5.2 Відновлення військовослужбовців та ветеранів в США**

У воєнних архівах різних років можна знайти безліч документів з описами фізичного і емоційного страждання бійців. Глобальна війна з тероризмом (GWOT) операція «Іракська свобода» (ОІF —Iraqi Freedom) операція Непохитна свобода» (ОЕF —Operations Enduring Freedom) ймовірно продовжуватимуть цю тенденцію. На теперішній момент маємо низку наукових досліджень стосовно емоційного і психічного впливу бойових дій з останньою інформацією про конфлікт у Перській затоці. Відтоді додалися численні звіти з миротворчих операцій [11, 12] і свіжа стаття про симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у солдатів і морських піхотинців, які брали участь в ОІF та ОЕF [13]. ЗМІ приділили багато уваги проблемам бійців, що повернулись опісля участі в цих операціях, проте це питання не досліджували з наукової точки зору. Крім того, інформація в ЗМІ була загалом негативною: розповідалося про окремі випадки кримінальної поведінки у колишніх військових із натяком на воєнний досвід; прогнозувалась епідемія посттравматичного стресового розладу після демобілізації тисяч солдатів; повідомлялося про проблеми з наглядом за військовослужбовцями після лікування через неефективну організацію медичних центрів і систему роботи з фізичною інвалідністю. У 1995 році Фаріс Кіркленд у книзі «Військова психіатрія» [14] розмірковує над тривалістю впливу досвіду війни на військовослужбовців, що повертаються із завдань і, меншою мірою, на суспільство. Кіркленд поділяє участь США в численних конфліктах і військових вторгненнях на три етапи: основні війни, обмежені війни та операції швидкого реагування.Основні війни передбачають масштабну мобілізацію і боротьбу з визначеним «злом» —дегуманізованим супротивником, з яким воюють кращі з найкращих задля добра і миру. Повернення військових до суспільного життя за таких умов відбувається під час демобілізації. Демобілізація передбачає, що відповідальність за повернення колишніх військових до цивільного життя лягає на суспільство, і проблема перетворюється з «військової на соціальну». Участь солдатів у справжніх війнах створює менше конфліктів для військовослужбовців і їхніх родин. Суспільство з легкістю приймає солдатів, які боролися з дегуманізованим ворогом заради добра, і підтримка військовослужбовців значно полегшує наслідки бойових дій. Відновлення через віднаходження змісту в бойових діях і людських жертвах, які не «були марними», досягається швидше.Обмежені війни ведуться у зовсім іншому психополітичному кліматі та вимагають незначної участі військових . Найчастіше причиною для таких війн стають національні інтереси, вони не обговорюються в суспільстві, бо викликають неоднозначне ставлення. Повернення солдатів до цивільного життя ускладнюється багатьма чинниками: відсутністю узгодженого ставлення до воєнних дій у суспільстві, недостатнє визнання зусиль військовослужбовців та індивідуальні особливості повернення солдатів із театру бойових дій. «Солдати не мали змоги відпрацювати свій досвід війни з тими, з ким вони разом готувались і воювали» [14,]. Таким чином, відновлення психіки солдатів лягало на плечі суспільства. Тих, хто повернувся з Корейської війни, зустрічали байдужістю; тих, хто брав участь у війні у В’єтнамі,— ворожістю [14]. Ставлення до військовослужбовців, які брали участь в операціях в Іраку й Афганістані («Непохитна свобода»), виявилось ще більш неоднозначним: звеличення за героїзм не співпадало з переконанням щодо аморальності будь‑якої війни і підсилювалося зображенням військовослужбовців як пішаків, змушених виконувати свій обов’язок. В умовах обмеженої війни члени суспільства не асоціюють себе з військовими,виражаючи або байдуже, або негативне ставлення до їхніх дій, тому психологічний тягар стає важчим як для одних, так і для інших. «Психіатричні втрати (Psychiatric casualties)такому випадку найімовірніші, і солдати страждають від психологічної та соціальної ізоляції, яка загалом і породила антивоєнні настрої в США за часів війни у В’єтнамі» [15]. Наслідком такого відстороненого сприйняття солдатів стало те, що багато їхніх дружин і дівчат йшли від них, поки ті воювали у В’єтнамі. Серед солдатів навіть поширився анекдот про типовий лист, який починався зі слів «Дорогий Джоне», у якому жінка неодмінно анонсувала про завершення стосунків. Рівень розлучень серед військовиків, особливо офіцерів, які воювали в Іраку й Афганістані, також був високим протягом перших трьох років операцій, хоча динаміка змінювалася в ході війни. Випадки психічних розладів у В’єтнамі «були пропорційні рейтингам схвалення самої воєнної операції, тож можна стверджувати, що суспільне несхвалення війни є однією з найвагоміших причин психічної нестабільності військовиків». Все нові й нові дослідження виділяють два основних чинники, що впливають на розмах посттравматичного стресу. Перший чинник —це інтенсивність первинної або ініціюючої травми. Другий чинник не такий очевидний, але надзвичайно вагомий— це рівень соціальної підтримки військовослужбовця, який переживає травму. Якщо суспільство визнає неминучість насилля та вбивства під час війни, воно тим самим виправдовує поведінку військовослужбовця та запускає механізм оздоровлення і полегшує його психологічну травму. Натомість низька суспільна підтримка військовослужбовців і негативне висвітлення подій у ЗМІ сповільнюють психічне відновлення солдатів опісля демобілізації і тих, хто потім повертається на службу. Повернення солдатів до нормального життя та служби перетворюється на складне завдання, якщо від лідерів країни та пересічних жителів вони постійно чують про те, що війна була марною, несправедливою чи ґрунтувалась на брехні. Отож, визнання необхідності бойових дій для країни в цілому і висвітлення стратегії боротьби лідерами держави є надзвичайно важливими. Для психічного відновлення потрібне не лише визнання, а й схвалення досягнень військовослужбовців. Третя форма бойових дій — операція швидкого реагування, виконується професійними військовими заради національних інтересів. Цю групу військовослужбовців тренують для швидкого переходу від підготовки до власне бойових дій і, навпаки, для втілення в життя вже іншого сценарію [14]. Солдати, які беруть участь у таких операціях, рідко мають змогу оцінити причину конфлікту та його моральні аспекти і повинні повністю покладатися на горизонтальну та вертикальну єдність у своїх підрозділах. Відповідальність за повернення та відновлення військовослужбовців лягає на плечі підрозділів, в яких вони проходять службу, та армії загалом. Здатність швидкого повернення до бойової готовності забезпечується згуртованістю та духом військової єдності. Операції під час Глобальної війни з тероризмом (GWOT) чи Холодної війни підпадали під ці характеристики. Подальше відновлення психіки солдатів завдяки згуртованості й духовної єдності військових враховувалося вже під час спеціалізованої підготовки. На противагу цьому постійні бойові завдання, шкідливі умови під час служби і людські втрати дуже шкодять здатності відновлення. Наслідки психічних пропроблем не зникають, адже солдати не відчувають підтримки від товаришів по службі, які теж перебувають у стресовому стані. Як наслідок, фахівцям ще важче працювати з військовими з цієї групи. Зазвичай військовослужбовці у такому стані звертаються по допомогу чи до своїх командирів, чи до священиків. Попри це, все більше і більше військових стикаються з подібною проблемою, і чинники, що пришвидшують боротьбу зі стресом для солдатів операцій швидкого реагування, не працюють для тих, хто служить у Регулярній армії. Лише з часом стане зрозумілим, під яку ка тегорію підпадають OIF, OEF і GWOT. Ці збройні конфлікти були представлені як основні війни проти великого зла, але виконувалися за схемою обмежених воєн силами професійних військовослужбовців, які мали готуватися до нового завдання, повертаючись додому. OIF та OEF стали причиною найбільшого призову на службу з часів Другої світової, який тривав упродовж 18 місяців до Національної гвардії і 2–3 роки для резервістів. Мал.1 ілюструє співвідношення основної війни, обмеженої війни та операції швидкого реагування, у кожній з яких присутні елементи OIF та OEF.

Зображення, що містить текст, коло, Шрифт, компактний диск

Автоматично згенерований опис

Мал.1 Характеристики основних воєн, обмежених воєн і операцій швидкого реагування, які перетинаються і в OIF, і в OEF

**5.3 Програми відновлення військовослужбовців та ветеранів**

Існує чимало варіантів програм відновлення ветеранів та військовослужбовців, та всі вони, як правило, мають намір визначити стан психічного здоров’я солдатів, які готуються або повертаються з війни. Протягом одного з етапів вивчення можливостей відновлення ветеранів та військовослужбовців в Інституті військово‑медичних досліджень Волтера Ріда (WRAIR) було розроблено анкету, яку солдати мали заповнити ще до повернення додому на місце служби. Ця анкета отримала назву Оцінка ризиків для здоров’я (HRAI — Health Risk Appraisal questionnaire). Згодом, на підставі консенсусу між місцевими установами і командами, анкета була стандартизована, доповнена окремими питаннями і створена HRA II. Солдати заповнювали анкету HRAII до відправлення на війну і після повернення з театру бойових дій. Психологічна допомога, таким чином, могла надаватись на підставі інформації, отриманої з анкет. Наприклад, військовослужбовець, що почав палити під час проходження служби, міг зажадати психологічної підтримки в боротьбі з палінням. Запит зазначається в анкеті HRAII, і подальша допомога та контроль будуть надані.

Усе більше і більше зусиль докладалось для створення адекватних ресурсів щодо відновлення психічного здоров’я військовослужбовців. Урешті було створено остаточний варіант анкети оцінювання здоров’я військових, які готувалися до служби в армії або поверталися з неї (див. Анкети з оцінювання здоров’я). Разом із регулярним оцінюванням до початку служби, під час неї та після (за 3 та 6 місяців), DCSP передбачає спостереження за виконанням і розвиток програм нагляду за психічним станом військовослужбовців з направленням тих, хто потребує психологічної допомоги, до медичних закладів, і, найважливіше, надання усім військовим змоги завершити оцінку стану їхнього здоров’я (хоча це і було добровільним).

З самого початку армія делегувала рішення про лікування військовослужбовців медичним закладам. Можливо, найефективнішою стала програма відновлення під назвою «Експериментальна програма оцінювання здоров’я військовослужбовців» (SWAPP —Soldier Wellness Assessment pilot Program), застосована в Порт Льюїсі, штат Вашингтон (BATTLEMIND). Загалом програми реінтеграції військовослужбовців виконуються таким чином: якщо у солдата виявляють якісь психологічні чи фізіологічні проблеми, то за ним закріплюють соціального працівника. Працівник стежить, щоб солдатові призначили необхідне лікування і щоб усі рекомендації були виконані. Часові рамки лікування погоджуються з командуванням. Для тих, хто потребує продовження лікування, призначаються медичні працівники, які стежать за ходом лікування солдата з метою його повного повернення до строю. Військовослужбовці, які мають проблеми з психічним здоров’ям, що можуть стати на заваді їхній професійній діяльності, отримують допомогу від медичних фахівців.

Військові, які мають проблеми з психічним здоров’ям, можуть звернутися до місцевих психіатричних закладів по допомогу. Зазвичай навіть місцеві клініки пропонують широкий вибір методів лікування для тих, хто відправляється на бойове завдання. Лікування може включати індивідуальну, когнітивну поведінкову терапію або психоаналітичну психотерапію. Застосовуються групові методи лікування військовослужбовців зі схожими проблемами, з пацієнтами, що страждають від депресії, у групах адаптації до військового життя або в групах, орієнтованих на практичні навички управління гнівом. Також є різні підходи до терапії сімейних проблем. В окремих випадках можливе застосування лікарських засобів. Лікування посттравматичного стресового розладу відбувається відповідно до керівних принципів лікування та матеріалів, доступних у науковій літературі.

У лікуванні робиться акцент на здатність до відновлення. Для багатьох військовослужбовців підбадьорення є важливим елементом. Лікар має донести до пацієнта таку думку: «Те, що Ви відчуваєте зараз, є очікуваним наслідком участі у воєнних діях. З часом Вам стане краще. Деякі методи можуть також пришвидшити одужання…».

***Приклад 1.*** *Сержант С. був нещодавно евакуйований із території Іраку, де він отримав ушкодження ноги через вибух саморобного вибухового пристрою.*

*Його рана загоювалась добре, і стан здоров’я мав швидко повністю нормалізуватись. Але він скаржився на поганий сон через постійні кошмари. Він зізнався, що кошмари почалися ще до його поранення, і думав, що коли він повернеться додому, вони припиняться. Але страшні видіння не полишали його протягом вже 2 місяців опісля повернення. Найчастіше ввижались бої, де поставав вибір між власною смертю та вбивством або було скоєно вбивство, після якого з’ясовувалось, що жертвою стала дитина. Інші солдати часто скаржаться на підвищену настороженість під час керування автомобілем через страх, що кожен шматок сміття може виявитись саморобним вибуховим пристроєм або інші водії є потенційними терористами‑самовбивцями. Безсоння або поганий сон з кошмарами є серйозною проблемою для багатьох військовослужбовців, про яку найчастіше повідомляють дружини солдатів.*

Програма психологічної підготовки Battlemind [15] була розроблена з метою нормалізації поведінки військовослужбовців під час виконання бойових завдань та вдома. Ця програма є ще одним засобом навчання військовослужбовців практичним навичкам керування власними психологічними реакціями під час служби. «Психологічна підготовка солдата» це внутрішня незламність та готовність боротись із негараздами і страхом під час бою. Програма спрямована на розвиток самовпевненості та психічної стійкості. Проте корисні військові навички можуть завадити нормальному цивільному життю. Наприклад, тактична обізнаність у зоні бойових дій та звичка постійно слідкувати за бойовою ситуацією може перетворитися на підвищену настороженість вдома. «Психологічна підготовка військовослужбовця» це метод підготовки до нормального життя після фронту. Основними принципами програми є:

• солдат може страждати від воєнних «ушкоджень» (наприклад, мати неадекватну реакцію на раніше небезпечну ситуацію, що виражається як нездатність пристосувати бойові навички до повсякденного життя);

• просити про психологічну підтримку не значить бути слабким;

• потрібна мужність, щоб звернутися по допомогу;

• здатність керівництва надати необхідну допомогу кожному військовослужбовцю.

Перед демобілізацією спочатку проводять короткий вступний курс, у якому приділяється увага основним концептам підготовки. Під час повторного тренінгу через 3 та 6 місяців військовослужбовцям показують підготовлені відеоролики, що відтворюють випадки найтиповіших проблемних ситуацій, з якими стикаються демобілізовані солдати. Особливий наголос робиться на методах, які допомагають впоратись із проблемними ситуаціями.

**Психологічний тренінг,  або «BATTLEMIND»**

«BATTLEMIND» — це абревіатура складових тренінгу військовослужбовців:

Buddies — бойова згуртованість, дружні стосунки

Асcountability — відповідальність

Тargeted Aggression — стримування агресивності

Тactical Awareness тактична обізнаність і недоцільність надзвичайної настороженості

Lethally Armed - усвідомлення недоцільності очікування смертельної небезпеки вдома

Emotional Control — контроль емоцій

Mission Operational Security — правила безпеки у військових операціях

Individual Responsibility — особиста відповідальність

Non‑Defensive (combat) Driving — стримування агресивного стилю водіння

Discipline and Ordering — дисципліна і безконфліктність

Усі вищезгадані програми та схеми мають на меті покращити зв’язок між військовослужбовцями та їхніми родинами з метою попередження криз, пом’якшення страждань та прискорення одужання після стресу. При включенні цих програм до операційних планів командування та інформаційних буклетів мають враховуватися такі міркування:

• Фахівці мають залучити родини військових і самих військових до запланованого відновлення та реінтеграції.

• Негативний стрес є очікуваним на цьому етапі і не потребує медикаментозного втручання.

• Опісля повернення зі служби солдати мають отримати доступ до консультацій професійних психологів.

• Навчання родин військовослужбовців та їх інформування про доступні ресурси є такими ж важливими, як і підготовка самих військових.

Послуги для членів родин військових мають бути легкодоступними, можливо, навіть більше, ніж під час служби. Родини з гострою потребою в психологічній допомозі часто мають ще більші потреби, і вони мають бути задоволені, як і потреби тих, хто не намагається отримати психологічну допомогу. Громада зазвичай не може надати достатньої або адекватної інформації навіть у багатонаселених містах.

Родини солдатів, які проходили дійсну військову службу, можуть стати значним випробуванням для фахівців. Наприклад, за 2001 рік кількість звернень по психологічну допомогу до клініки Мадіган Армійського медичного центру амбулаторної психіатрії становила 8000 випадків, а це стільки ж, скільки за 6 місяців 2005 року.

* 1. **Лікування посттравматичного стресового розладу, пов’язаного з війсь-ковою службою**

Когнітивна теорія ПТСР наголошує на «своєрідній негативній оцінці психотравмувальної події чи подій і її чи їх наслідків, що породжують відчуття серйозної сучасної загрози» [17] і таким чином підтримують гострий стресовий розлад. і інтегрувати їх у свій попередній та наступний досвід; проблематичні оцінки, що породжують відчуття загрози, мають бути видозмінені, а малофункціональні механізми боротьби зі стресом, що перешкоджають емоційному опрацюванню та одужанню, мають бути усунені. Когнітивно‑поведінкові психологічні теорії лікування ПТСР наголошують на тому, що пацієнт має активувати травматичні спогади, опрацювати їх і інтегрувати їх у свій попередній та наступний досвід; проблематичні оцінки, що породжують відчуття загрози, мають бути видозмінені, а малофункціональні механізми боротьби зі стресом, що перешкоджають емоційному опрацюванню та одужанню, мають бути усунені.

**Активна участь і налагодження взаємодії**

Щоб лікування ПТСР почалось, пацієнт, перш за все, має звернутись по допомогу. Проте більшість людей не бажають лікувати психічні захворювання. Ті, хто страждають від серйозніших симптомів, зазвичай ще рідше звертаються по допомогу, вигадуючи більше перешкод для лікування [18]. Наприклад, серед чотирьох американських піхотних частин проводили анонімне опитування після 3–4місяців опісля їхнього повернення зі служби в Іраку й Афганістані [19]. Лише 38–45 % солдатів, чиї відповіді могли свідчити про наявність психічного розладу, висловили зацікавленість в отриманні допомоги, і лише 23–40 % повідомили, що отримали професійну допомогу торік. Ті, у кого психічний розлад був уже діагностований, вдвічі частіше вказували страх клеймування як основну причину разом з іншими, які заважають звертатись по професійну допомогу. У цьому дослідженні серед перешкод для отримання психіатричної допомоги військовослужбовці зазначали страх виглядати слабким, почуття збентеження і занепокоєння щодо реакції керівництва. Для деяких ще одним бар’єром на шляху отримання лікування ПТСР стає страх, що якщо вони звернуться до Управління охорони здоров’я ветеранів (VHA— Veterans Healthcare Administration) або до Міністерства оборони, діагноз ПТСР, який з’явиться в медичній картці, може мати негативний вплив на просування у військовій кар’єрі або стати перешкодою для зайнятості в деяких цивільних професіях (зокрема, поліції).Програми виявлення чи перевірки ПТСР можуть підвищити відсоток звернень по допомогу і відсоток діагностування ПТСР [20]. Такі перевірки мають проводитися кілька разів, бо, наприклад, було з’ясовано, що більшість військовиків виявляють у себе симптоми за 3–6 місяців опісля повернення зі служби, а не раніше. Хоча умови деяких перевірок можуть перешкоджати правдивим відповідям в анкетах. Чинниками, які можуть впливати на низький рівень діагностування ПТСР, є підвищений настрій під час повернення, хибне визначення наявних симптомів, небажання визнавати стрес через можливість таврування. Багато з тих, хто виявляє у себе ПТСР через анкетування, не звертаються по допомогу, проте значна частка людей все‑таки шукають консультації. Так, 35 % ветеранів Іраку звернулись по психологічну допомогу вже впродовж першого року після повернення зі служби.

Небагато відомо про чинники, які визначають, чи звернеться людина з ПТСР по допомогу фахівця. Спираючись на результати досліджень, проведених серед канадських ветеранів, можна виділити такі чинники: загальний вплив травми, тип психотравмувальної події, інтенсивність супутніх симптомів ПТСР і наявність значного депресивного розладу. Ті, хто страждав на депресію, у 3,75 рази частіше звертались по допомогу, ніж ті, хто не мав депресивного розладу. Частіше залучення до безпосередньої участі у бойових діях асоціюється з більшою кількістю симптомів ПТСР. Тож необхідно слідкувати за психічним станом солдатів, які понад один раз залучались до участі в бойових діях. У ході останнього дослідження було виявлено, що ветерани з ПТСР рідко звертаються по психіатричну допомогу до VHA через особисті обставини, незручний час для консультацій і лікування у фахівців, непов’язаних із VHA. Ще одне дослідження показує, що звернення ветеранів по психіатричну допомогу залежить більше від відчуття провини і послаблення віри, ніж від важкості симптомів ПТСР чи проблем у взаємодії з іншими [61].Результати інформаційно‑пропагандистської роботи можуть бути досліджені емпірично. У дослідженні ветеранів, які були залучені до роботи щодо ПСТР, але не лікувались від ПТСР, половина була охоплена інформаційно‑пропагандистськими заходами, а інша - направлена до контрольної групи. Члени експериментальної групи отримали брошуру з описом лікування ПТСР у VHA та листи з інформацією про те, як одержати психіатричну допомогу і умови лікування. Членам групи також телефонували та заохочували їх до проходження лікування.

Дані дослідження показали, що члени експериментальної групи були більш схильні записатися на прийом до фахівця і лікуватись від ПТСР. Навіть після першої агітації щодо лікування пацієнти не часто погоджуються на нього. Ця проблема є значимою в контексті ветеранів Іраку за 1–2 роки після повернення зі служби. Вони зазвичай відвідують декілька сесій, але не погоджуються на повноцінне лікування. Насправді, коли ветеран виявляє бажання лікуватись, фахівець має вжити заходів, щоб той пройшов увесь курс. Важливо взяти до уваги можливі перешкоди в лікуванні та впевнитись, що воно приносить користь пацієнтові і є доречним та ефективним. Початкова оцінка та моніторинг ефективності лікування Початок лікування потребує оцінки можливості порушень його процесу. Таке оцінювання дає змогу лікареві виявити очікування пацієнта та пояснити йому умови лікування. Це означає, що оцінка повинна містити не тільки симптоми і медичні проблеми пацієнта, але й інші аспекти, які мають значення для процесу лікування (конфлікти з партнером або у родині, сексуальне життя, професійна діяльність, успіхи у кар’єрі, батьківські обов’язки). Під час спілкування лікар виявляє зацікавленість і розуміння індивідуальних проблем пацієнта, запевняє його втому, що володіє достатнім досвідом для вирішення проблем. Оцінювання ПТСР, пов’язаного з військовою травмою, вимагає різностороннього підходу та різноманітних технік, які могли б підвищити впевненість пацієнта в необхідності лікування та окреслити цілі медичного вручання [22]. Можна говорити про декілька основних моментів. По‑перше, для фахівця важливо зібрати всю інформацію про службу пацієнта. Використання даних, зокрема таких, як анкета з оцінки ризиків служби та відновлення психічної стійкості DRRI (Deployment Risk and Resilience Inventory), буде ефективним як для лікаря, так і для пацієнта [23]. По‑друге, серйозне дослідження самої суті психотравмувальної події є надзвичайно важливим, адже можна стверджувати, що хронічний ПТСР часто пов’язаний із довготривалими фізичними та сексуальними переслідуваннями . Проблемне дитинство також може вказувати на психічні симптоми розладу і бути причиною ПТСР і депресії у солдатів. По‑третє, важливо, щоб лікар постійно слідкував за теперішнім впливом лікування на пацієнта. Також, хоча це і не є загальноприйнятою практикою, в деяких установах пацієнт спільно із фахівцем оцінюють успішність лікування і вносять корективи, якщо це потрібно. Брошура про клінічне лікування ПТСР, розроблена у співпраці VHA та Міністерством оборони, рекомендує регулярне використання анкет самооцінювання (і співбесід, якщо це доречно) та моніторинг стану пацієнта впродовж 3 місяців після закінчення лікування.

**Тривале інтерактивне навчання**

Навчання пацієнта, яке складається з базовогокомпонента і різних форм психотерапії ПТСР, має початись із першої ж консультації і продовжуватись протягом усіх етапів лікування.Лікувальні програми здебільшого передбачають елемент навчання пацієнта щодо травматичного стресу, яке розподіляється на: а) інформацію про те, як психотравмувальний досвід впливає на пацієнта; б) інформацію про загальні реакції на травму; в) «нормалізацію» реакцій; г) емоційну підтримку та підбадьорювання; ґ) логічне пояснення та опис того, до чого приведе лікування і що вимагається від пацієнта; д)опис процесу лікування.

Навчання родини теж має велике значення. Хоча лише одне навчання навряд чи викликає ремісію ПТРС. Важливі розуміння суті психологічної травми і необхідності активної участі в процесі лікування.

**Навички подолання стресу**

Необхідно не лише знати, що робити, але й знати, як це робити. Навички у боротьбі зі стресом розроблені для того, щоб допомогти пацієнту впоратись із різноманітними ситуаціями, що можуть виникнути в його житті. Такі навички для пацієнтів із ПТСР можуть підвищити здатність боротись з тривожністю, покращити спілкування з близькими, втамувати злість і впевнено (не агресивно) реагувати на конфліктні ситуації. Завдяки циклу інструктажів, демонстрацій, репетицій, практичних занять, відгуків та настанов пацієнти навчаються під час лікування і використовують свої навички в реальному середовищі. Вони ведуть записи своїх надбань, що допомагає лікареві оцінити їхній справжній успіх. Клінічний досвід доводить, що загалом пацієнтам подобається думка про те, що можна навчитися боротись зі стресом (дізнатися про діючі механізми). Метод навчання є ефективним, бо він залучає клієнта безпосередньо до процесу лікування, дає відчуття контролю (та відповідальності за участь у лікуванні) і перетворює теоретичний матеріал на практичні навички. Наприклад, психологічний метод навчання шляхом прищеплення стресу (SIT — stress inoculation training) зосереджується на навчанні навичок боротьби з тривожністю і включає практику розслаблення м’язів, дихання (повільне черевне дихання), тренінг з упевненості в собі, приховане (образне) моделювання дій, рольові ігри, метод зупинки негативних думок, позитивне мислення та діалог із собою. SIT був визнаний як один із ефективних методів боротьби із симптомами ПТСР [24] і рекомендований VHA/МО до широкого застосування вклінічній практиці. Умисне, планове протистояння травматичним спогадам і нагадуванням

Основним елементом лікування ПТСР є активне обговорення та аналіз власного травматичного досвіду і його наслідків. Є кілька підходів, які зосереджуються на значенні травматичних спогадів. Це пролонгована експозиційна терапія (PE —рrolonged exposure), когнітивна терапія (CT — сognitive therapy) та десенсибілізація й опрацювання рухом очей (EMDR — еye movement desensitization and reprocessing). Усі вони були визнані ефективними та доречними за допомогою емпіричних дослідів і рекомендовані VHA/МО. Метод пролонгованої експозиційної терапії є найбільш цільовим у конфронтації травматич них спогадів та нагадувань. Образна експозиційна терапія передбачає регулярне переказування історії травми і її емоційне переживання. Метод, що переносить пацієнта в реальні умови травмувальної події, експозиційна терапія in vivo, базується на активації стимулів, пов’язаних із травмою, та їх конфронтації. Такий метод може включати численні повторювання травматичного досвіду за допомогою прослуховування касетних записів, писання про травматичний досвід чи наближення до реальних нагадувань про травматичний досвід між сесіями. Поєднання цих двох методів є найбільш ефективним для пацієнта. Фоа та Джейкокс (Foa та Jaycox) підкреслюють, що лікар допомагає пацієнтові додати нову інформацію в пам’ять через зменшення усвідомленого уникання почуттів, пов’язаних із травмою, і демонструє, що згадування травмувальних подій є безпечним і що тривожність поволі зникне. Таким чином посилюється розрізнення травматичних і нетравматичних ситуацій, покращується здатність згадувати про психотравмувальний досвід, пригнічується відчуття власної некомпетентності, деталізуються і спростовуються спогади, що вказують на небезпеку та відсутність підготовки. Піддавання травматичним спогадам використовується й іншими методами лікування та вважається ефективним у науковій літературі. Наприклад, пацієнтів, які проходять лікування за допомогою когнітивно‑поведінкової терапії (CBT — cognitive behavioral therapy) часто просять описати деталі травматичного досвіду і перечитувати ці записи регулярно. EMDR передбачає згадування образу травмувальної події в процесі слідкування за пальцем фахівця, який рухається у видимому просторі пацієнта (чи слідкування за світлом, що рухається туди‑сюди, або за мелодією, у якій змінюються тони).

**Заперечення негативних думок, пов’язаних із травмою**

Когнітивна терапія передбачає системний підхід до навчання, щоб пацієнт навчився усвідомлювати роль негативних суджень, розпізнавати судження, які викликають стрес, обговорювати їх сильні та слабкі сторони, перевіряти судження та створювати більш прийнятні альтернативні судження та застосовувати їх на практиці. Думки, що породжують негативний стрес (почуття провини, перебільшена загроза небезпеки), заміняються більш реалістичними та підтримуючими думками. Наприклад, якщо пацієнта переслідує така думка: «Я вже ніколи не почуватимуся безпечно, світ— дуже страшне місце», у когнітивній терапії пацієнту пропонується розглянути це судження з позиції «за» та «проти» і наблизитися до більш реалістичного судження (наприклад, «Більшість ситуацій є безпечними для мене, і в цивільному житті рівень загрози дуже низький»).

Відчуття провини має також стати основною ціллю терапії, і з цією метою застосовуються деякі методики, як‑от CT чи когнітивна терапія опрацювання (CPT — cognitive processing therapy). Фахівці можуть оцінити рівень відчуття провини в пацієнта за допомогою таких опитувальників, як Анкета з оцінки травми, пов’язаної з провиною (TRGI — Trauma‑Related Guilt.Inventory), та судження, які пояснюються травмою за допомогою анкети з оцінювання посттравматичного мислення (PCTI — рosttraumatic cognitions inventory).

Негативним думкам можна протиставити альтернативні судження та реальний досвід. Наприклад, судженню «Іншим людям не можна довіряти» протиставити реальний досвід контакту з іншою людиною. Успішне застосування методупролонгованої експозиційної терапії теж може спрацювати у виправленні хибних суджень («Я залишусь нервовим» чи «Я збожеволію»). Цей метод також дає змогу пацієнтові відрізняти травмувальні події від схожих, але безпечних подій («Світ дуже небезпечний»). Симптоми ПТСР можуть асоціюватись з удосконаленням, а не відсутністю професійності (заперечення судження «Я не компетентний»).

**Підтримка і запобігання рецидиву**

Про можливість рецидиву у пацієнтів із ПТСР відомо небагато. Дослідження у лікуванні ПТСР серед цивільного населення дає змогу стверджувати, що успішні результати можна підтримувати впродовж тривалого часу [25]. Є дані, що пацієнти, які були виписані після стаціонарного лікування ПТСР і переведені на амбулаторне лікування, з’являються на прийомі у лікаря вже впродовж першого місяця після виписки. Також, згідно з іншими дослідженнями, лікування SSRI дає гарні результаті в плані полегшення симптомів, покращення якості життя, натомість як припинення вживання SSRI опісля 12 тижнів підвищує ризик рецидиву порівняно з довгостроковим лікуванням.

Проблеми, що виникають під час лікування посттравматичного стресового розладу.

Як вже зазначалося, приблизно 80 % пацієнтів із ПТСР страждають від супутнього психічного захворювання [25]. Вони також мають низку життєвих проблем, які намагаються вирішити за допомогою лікування. ПТСР часто негативно позначається на якості життя, і, за даними досліджень, позитивні зрушення у лікуванні ПТСР позначаються також на якості життя. Відомо, що успішне лікування асоціюється зі зменшенням симптомів ПТСР, а вплив лікування на якість життя не є повністю вивченим. Але ефективне лікування ПТСР має спричинити покращення якості життя, а не тільки ліквідацію симптомів. Щоб успішно вирішити усю низку завдань, які постають під час лікування ПТСР, необхідно, окрім опрацювання окремих симптомів, займатися й іншими проблемами, що були визначені під час огляду, особливо якщо ці проблеми неможливо відкласти.

**Психоактивні речовини та адиктивна поведінка**

Проблеми одночасного зловживання психоактивними речовинами (SA — substance abuse) і наявність симптомів ПТСР добре відомі і серед цивільних осіб, і серед ветеранів військової служби. Кулка (Kulka) та інші відзначають, що 73 % ветеранів В’єтнаму зловживають алкоголем або мають проблеми з алкогольною залежністю протягом життя. Цілком імовірно, що алкогольна і наркотична залежність перешкоджає лікуванню, продовжуючи симптоми ПТСР, заважаючи досягненню тверезості.

Деякі дослідження свідчать, що лікування ветеранів, які страждають від ПТСР і зловживають SA, буде більш успішним, якщо вони лікуватимуть залежність від SA і симптоми ПТСР. Пацієнти, які додатково пройшли лікування ПТСР в перші три місяці після боротьби із залежністю від SA, мали більше шансів на одужання [123]. Пов’язаність цих діагнозів стала причиною підвищення рівня розвитку інтегрованого лікування ПТСР і залежності від SA [26]. Проте різні підходи до лікування ПТСР і SA‑залежності в різних клініках, відсутність перехресної міждисциплінарної підготовки фахівців (Сrosstraining of professionals) часто стають на заваді інтегрованому лікуванню.Також єдані, що ПТСР часто асоціюється з палінням і що поява симптомів ПТСР часто супроводжується надбанням цієї шкідливої звички[27]. Клінічні дослідження, проведені МакФолом (McFall) та інші, засвідчили, що допомога вборотьбі з палінням ефективніша, якщо інтегрована влікування ПТСР. Інші види адиктивної поведінки також можуть пов’язуватися із ПТСР, наприклад, серйозна залежність від азартних ігор часто трапляється серед пацієнтів із цим діагнозом [28]. Дослідження австралійських ветеранів, які проходили лікування від ПТСР, показало, що вони частіше вдавались до азартних ігор, але зв’язок цих двох видів поведінки недоведений. Проте варто зауважити, що дослідження не було розроблено таким чином, щоб виявити цей зв’язок.

**Депресія та схильність до суїциду**

ПТСР часто супроводжується депресією. Наприклад, ветерани В’єтнаму з ПТСР частіше страждають на депресію, ніж ветерани без ПТСР. У ретроспективних дослідженнях більшість пацієнтів з обома розладами зазначали, що ПТСР з’явилось першим. Дворічне вивчення тимчасового зв’язку між симптомами ПТСР і депресією у ветеранів війни в Перській затоці виявило двонаправлені відносини залежності. У них початкові симптоми ПТСР прогнозували погіршення симптомів депресії, а початкові симптоми депресії передбачали появу ПТСР, хоча початкові симптоми ПТСР були доволі значимим чинником [29]. Бреслау (Breslau) та інші у своєму дослідженні визначили, що існує підвищений ризик важкої депресії в осіб із ПТСР але не у всіх, хто пережив психотравмувальну подію. Це дало змогу припустити, що вплив психотравмувальної події не підвищує ризик важкої депресії незалежно від її впливу на ПТСР.

ПТСР також тісно пов’язаний із підвищеним ризиком самогубства. Сарін та ін. (Sareen et al.) використовували дані Національного дослідження коморбідності (NCS — National Comorbidity Survey), щоб дослідити зв’язок між тривожними розладами, суїцидальними думками та спробами самогубства. І лише ПТСР, на відміну від усіх інших тривожних розладів, міг серйозно спрогнозувати суїцидальні думки і спроби самогубства. Взагалі серед ветеранів Армії США ПТСР тісно пов’язаний зі смертністю від зовнішніх причин, зокрема це вбивства, самогубства, передозування наркотиків і випадкові травми. Тож фахівці, які лікують ПТСР, мають регулярно перевіряти схильність пацієнта до самогубства і брати до уваги суїцидальні думки, аби вчасно вжити запобіжних заходів.

**Тривожність**

ПТСР, який сам класифікується як тривожний розлад, тісно пов’язаний з іншими тривожними розладами, як‑от панічний розлад, генералізований тривожний розлад, соціальна фобія, обсесивно‑компульсивний розлад та інші фобії. Ветерани, які страждають на ПТСР, частіше мають ще і соціальну фобію (22 %) порівняно з тими, у кого немає ПТСР (1,1 %) [30]. Поява обсесивно‑компульсивного розладу може бути спровокована бойовою травмою. Впливу лікування ПТСР на супутні тривожні розлади була присвячена невелика кільсть досліджень. Але для лікування осіб із ПТСР, які також відчувають напади паніки, метод лікування був розроблений.

**Гнів і насильство**

Гнів і роздратування— розповсюджені симптоми ПТСР. Інтенсивний гнів зазвичай стає проблемою пацієнтів із ПТСР, особливо тих, хто отримав травму під час бойових дій. Ветерани В’єтнаму з ПТСР мають більш високий рівень гніву, ніж ветерани без ПТСР, а рівень гніву серед ветеранів Афганістану й Іраку теж вище за середній. Ветеранам із ПТСР потрібно менше часу, щоб розізлитись, ніж тим, у кого немає ПТСР. Також у них спостерігається вищий артеріальний тиск і більша частота серцевих скорочень під час переживання гніву. Ветерани з ПТСР також відзначають більшу тривожність під час лабораторних завдань, коли їх просять згадати щось, що викликає у них гнів. Перемінні сплески гніву в пацієнта можуть стати справжньою проблемою для фахівця через проблематичність встановлення зв’язку і неможливість розпочати лікування. Дослідження австралійських ветеранів виявило, що спалахи гніву є перепоною до визначення зміни симптомів [31]. Гнів може заважати такому важливому етапу лікування, як активація та опрацювання травматичних спогадів. Високий рівень гніву на початку лікування заважає такому методу, як пролонгована експозиційна терапія. Отож, зменшення гніву має стати основною метою терапії на початковому етапі лікування. Пацієнти мають опановувати навички боротьби з гнівом (наприклад, використання часу для того, щоб охолонути; самоконтроль гніву; виявлення ситуацій, що викликають гнів; релаксація/дихання; дискримінація гніву; розмова з самим собою; затвердження навчання), аби зменшити свій гнів чи змінити форму його вираження. Гнів часто пов’язаний із насильством, і зменшення ризику насильства може стати однією з цілей терапії. За даними дослідження, ветерани, які проходять лікування від ПТСР у стаціонарі, більш схильні до насилля, ніж пацієнти психіатричних закладів без ПТСР і ветерани В’єтнаму з ПТСР, які не проходили стаціонарного лікування . Домашнє насильство може бути супутньою проблемою [32], і ті, хто страждають від симптомів ПТСР, часто виміщають гнів на партнерах. Окрім того, ветерани із ПТСР часто мають вільний доступ до зброї, і їхня поведінка нерідко робить зброю небезпечною в їхніх руках. Таким чином, фахівець у ході лікування має регулярно перевіряти дотримання правил безпеки зберігання і використання зброї.

**Ускладнення або вплив важкої втрати**

Багато з тих, хто бере участь у бойових операціях, піддаються психотравмувальному впливу особистих втрат і трагічних обставин смерті товаришів по службі. Травмівна втрата може призвести до ангедонії та депресії; через скорботу за загиблими друзями нормальне повсякденне життя і розваги можуть здаватись безглуздими. Втрата в бою товаришів і друзів асоціюється з опісля воєнним горем і соціальною фобією[33].

Пайвер і Файлд (Pivar і Field) виявили, що симптоми горя та сум через втрату відрізняються від інших, пов’язаних із травмою, симптомів у ветеранів із ПТСР. У їхньому дослідженні було виявлено, що середній показник суму в тих, хто втратив бойових товаришів 30 років тому, був вищий, ніж у тих, чиї чоловік чи дружина померли за останні півроку [34]. Автори стверджують, що без клінічного втручання сум за померлим може турбувати людину впродовж дуже довгого часу. Справді, лікування симптомів нерозділеного горя і суму може бути настільки ж важливим, як і лікування симптомів страху, пов’язаних із ПТСР. На жаль, лікування ускладнень від впливу важкої втрати загалом не здійснювалося. Більшість методів лікування передбачають навчання про смуток, реструктуризацію когнітивних спотворених уявлень про події, відновлення позитивних спогадів про померлого, підтвердження почуття турботи по відношенню до тих, хто загинув, переказування історії про смерть і допомогу з відчуттям болю. Лікування ПТСР може бути адаптованим до лікування ускладнень від впливу важкої втрати .

**Проблеми з фізичним здоров’ям**

ПТСР пов’язаний із погіршенням фізичного здоров’я, збільшенням кількості соматичних скарг, більшою кількістю хронічних хвороб і підвищеним рівнем звернень до закладів охорони здоров’я . Загалом, дослідження свідчать, що ПТСР є показником, який пов’язує участь у бойових діях і стан фізичного здоров’я як чоловіків, так і жінок. Більшість ветеранів, які потребують лікування ПТСР, не залучаються до профілактичних заходів (фізичні вправи, медичне обстеження) на достатньому рівні. Отож, цим питанням потрібно приділити увагу під час обстеження та лікування. Проблема охорони фізичного здоров’я набуває особливого значення для ветеранів старшого віку. Ветерани з ПТСР під час виходу на пенсію повідомляють про погіршення стану психологічного і фізичного здоров’я частіше, ніж інші ветерани. Деякі дослідження показують, що проблеми старіння можуть бути пов’язані із загостренням симптомів ПТСР . Девісон (Davison) і колеги, наприклад, описали явище появи запізнілих симптомів ПТСР (LOSS — Late‑onset stress symptomatology) у ветеранів на пенсії. Багато ветеранів, які пережили бойові події в юності, а тоді успішно прожили життя, у старості повертаються до бойового досвіду з його спогадами, симптомами і переживаннями. Сильна залежність між наявністю ПТСР і станом здоров’я спостерігається уветеранів, які повернулись з Іраку (OIF). Для цієї групи раніше отримане важке тілесне ушкодження часто асоціюється з пізнім розвит ком симптомів ПТСР і депресією [35]. Така інформація підтверджує необхідність покращення скринінгу стану психічного здоров’я на етапі первинної медичної допомоги і його інтеграції з іншими медичними показниками.

**Черепно‑мозкова травма**

Часте поєднання черепно‑мозкової травми (ЧМТ) і ПТСР серед тих, хто повертається зі служби в Іраку і Афганістані, ставить низку питань, які ще не мають вирішення. Досвід показує, що ПТСР може розвинутися після незначної чи важкої ЧМТ, навіть у осіб, які втратили свідомість під час травми й у яких опісля травми виникла амнезія. В одному із досліджень серед військовослужбовців, які проходили службу в Іраку, було виявлено, що наявність нетяжких ЧМТ (тобто струсу мозку) сильно корелює з ПТСР і спричиняє проблеми фізичного здоров’я протягом 3–4 наступних місяців опісля повернення до Сполучених Штатів. Також було виявлено зв’язок між ЧМТ, ПТСР і депресією. Таким чином, при лікуванні ПТСР у пацієнтів із ЧМТ необхідно звернути увагу на труднощі отримання психотравматичних спогадів, погане розуміння та запам’ятовування рекомендацій з лікування та нездатність описати свій стан і симптоми. Брант (Bryant) і колеги у своєму дослідженні засвідчили, що цивільних осіб із діагнозом незначної ЧМТ і гострим стресовим розладом можна ефективно лікувати за допомогою короткого курсу когнітивно‑поведінкової терапії, призначеної для запобігання розвитку ПТСР .

**5.5 Сфери погіршення функціонування**

**Родина**

Через гнів, емоційне оніміння і соціальну ізоляцію, що часто асоціюються з ПТСР, ветерани можуть віддалитися від своїх родин. Ветерани з ПТСР та їхні партнери відзначають більше проблем у стосунках, зокрема й інтимних (і безпосередню наближеність до розриву чи розлучення), ніж ветерани, які не мають ПТСР, та їхні партнери. Проблеми в родинних стосунках корелюються з важкістю симптомів ПТСР, зокрема симптомом емоційного оніміння. Емоційне оніміння як симптом, своєю чергою, пов’язаний із якістю взаємин з дітьми. Важкість симптомів ПТСР (уникання та втрата емоційної чутливості зокрема) може зашкодити стосункам батьків із дітьми. Чоловіки, які стверджують, що досвід війни — їхній найгірший травматичний досвід, частіше розлучені або більш жорстоко поводяться із своїми близькими, ніж чоловіки, які вважають травми іншої етимології своїм найбільшим травматичним досвідом[36].

На дружин пацієнтів із ПТСР значно впливають симптоми їхніх чоловіків і тягар турботи та догляду. Порівняно з дружинами голландських миротворців без симптомів ПТСР, дружини миротворців із ПТСР повідомили про проблеми зі сном, соматичні проблеми, більш негативну соціальну підтримку і погіршення шлюбних стосунків. ПТСР‑симптоматика серед ветеранів підвищує ризик агресії щодо їхніх партнерів. Наведені дані свідчать про необхідність підтримки дружин ветеранів. Підтримка подружжя і членів сімей ветеранів повинна стати однією з цілей лікування. Для покращання функціонування родини потрібні систематичні заходи, щоб залучити подружжя або партнерів ветеранів до процесу лікування. Дружини можуть бути залучені до процесу первинного огляду, призначення лікування і до самого лікування. Хоча питання залучення дружин до лікування потребує вивчення і надалі, все ж існують свідчення, що участь близької людини на ранньому етапі може знизити рівень тривоги і депресії у пацієнтів. Поєднання сімейної терапії з методикою лікування симптомів ПТСР є не менш ефективним, ніж використання цієї методики окремо. Соціальні зв’язки ПТСР, пов’язаний із військовою травмою, часто асоціюється з відмовою від участі в громадській діяльності, обмеженням дружніх зв’язків і зменшенням емоційної близькості [37]. Як зазначалося вище, деякі дослідження показують, що ветерани з ПТСР мають більш високий рівень тривожних розладів. Недостатня соціальна підтримка ветеранів підвищує ризик розвитку ПТСР і його хронічного перебігу. Ветерани з ПТСР, які активніше беруть участь ужитті суспільства, відчувають послаблення симптомів ПТСР швидше, ніж ті, хто менше залучається до громадських справ. А коригування підтримки умиротворення стресу статистично значимо пов’язано з саморозкриттям, особливо за сприяння та підтримки інших гідних уваги осіб. Стійке та активне втручання фахівця може стати необхідним для подолання проблем усоціальному функціонуванні та сприяння участі у громадській діяльності. Якщо це доцільно, поліпшення всоціальному функціонуванні має стати офіційною метою лікування.

**Місце роботи**

Практика свідчить, що ПТСР погіршує якість роботи і знижує її продуктивність. Савока та Розенгек (Savoca та Rosenheck) виявили, що всередньому ветерани з діагнозом ПТСР є на сьогодні менш працевлаштованими, порівняно з ветеранами, які не мають симптомів ПТСР [38]. Серед працевлаштованих ветерани з ПТСР заробляють менше за годину. Колишні військові з більш важкими симптомами частіше працюють неповний робочий день або взагалі не працюють. Чоловіки, які вважають, що травма, отримана під час військової служби, це найгірше, що вони пережили, найчастіше або безробітні, або звільнені, на відміну від чоловіків, які вказують на травму іншого походження як на свій найгірший досвід. Було висловлено припущення, що навіть незначне полегшення симптомів ПТСР може привести до збільшення зайнятості, навіть якщо загальний рівень симптомів залишається високим.Втручання, орієнтоване на робочу сферу осіб із ПТСР, на сьогодні не розроблено. Однак лікарям було б корисно навчити своїх пацієнтів застосовувати навички управління гнівом та стресом на роботі. Пацієнти також можуть бути навчені навичкам вирішення проблем у складних ситуаціях. Ці стратегії могли б допомогти зменшити вплив реакцій травматичного стресу на таку важливу сферу життя, як робота.

**РОЗДІЛ 6. ПРОЕКТ ЦЕНТРУ КОМПЛЕКСНОГО ВІДНОВЛЕННЯ «ОАЗА НЕЗЛАМНИХ».**

**6.1 Психоемоційне відновлення за принципом «Свій серед своїх».**

Проаналізувавши інформацію отриману від учасників бойових дій в період від 2015 року до тепер, дійшли висновку, що перебування ветерана в закладі схожому на лікарню, госпіталь, санаторій сприймається досить напружено та умовно негативно. В основному негатив проявляється в наступних факторах:

Відчуття, що ти хворий та потребуєш лікування.

Незайнятість як розумово так і емоційно.

Байдужість персоналу до ветерана.

Відсутність новизни як у відчуттях так і у емоційній складовій.

Нав’язування режиму та правил.

Бачення людей у медичних халатах які оточують кожного дня ветерана.

……

Для працівників таких закладів в більшості є байдуже на проблеми ветерана і його переживання, відповідно ефективне відновлення є неможливим. Людина котра не воювала і не знає, що таке війна не зможе зрозуміти, що відбувається в більшості випадків із свідомістю ветерана. Навіть перегляд роликів про війну чи слухаючи чийсь досвід участі в бойових діях не зможе зрозуміти емоційоної та психологічної складової самої війни. Тобто, що таке страх, смерть побратима, постійне відчуття небезпеки, який запах смерті, що таке відчуття від прильоту поруч багато є схожих емоційних складових. Тому і не дивно, що у людей виникають різні залежності та психоемоційні травми в процесі перебування в зоні бойових дій.

Тому і ми проходимо до думки та розуміння, що найкраще допоможе такий самий ветеран який своїм прикладом, настановою, рекомендацією підштовхне ветерана із проблемою до встановлення на шлях самодопомоги та повернення до соціуму та повсякденного життя. Дуже часто проблема стосується не тільки самого ветерана але і оточуючих його людей це діти, дружина , батьки, та друзі. Повернувшись із війни ветерана не будуть на якомусь етапі розуміти ані родичі ані оточуючі його люди. Прірва не розуміння буде пов’язана із глибиною психоемоційної травми. Чим більше людина буде реально травмована тим незрозумілішим він буде для оточуючих. Це в першу чергу, що до війни це була одна людина а після війни інша. Ветеран котрий повернувся може бути більш дратівливим, неконтрольовані прояви агресії, перепади настрою, неякісний сон, не комфорт перебування в будівлі (як приклад можу привести досвід коли ветеран мав якісний сон тільки в підвалі або бліндажі. В будівлі він не міг навіть заснути без препаратів.). Таких варіантів чи досвідів є багато різних і про причини цих проявів нестабільності може розуміти найкраще тільки та людина яка булав таких же умовах або схожих. Отже це приводить до розуміння, що допомога потрібна не тільки самому ветерану а і його найближчому оточенню, це переважно дружина та діти. А ветерани із залежностями більш ефективно зможуть подолати залежність тільки в такому як і вони середовищі тобто серед ветеранів які мали залежності але їх подолали так і просто ветеранів без залежностей (в розумінні залежностей ми розглядаємо в основному нарко та алко залежності бо вони найпоширеніші).

Які фактори будуть ефективними при відновленні:

Добровільне прийняття рішення про відвідування центру відновлення (наприклад по рекомендації чи просто ветеран дізнався про такий центр в мед закладі). Сам факт його власне вибору вже є великим складовим елементом до досягнення позитивного результату. Тобто людина вже потратила час та енергію щоб щось змінити.

Навколо такі ж самі як і він ветерани. Не в халатах медичних. І їм не є байдуже, що буде з таким як і вони є ветераном.

Правила обумовлюємо разом між собою.

Відсутність строгого режиму тобто коли поїсти відпочити чи самовдосконалюватися вибирає сам ветеран.

Долучення ветерана до повсякденного життя центру.

Поступове покладення на ветерана дрібних обов’язків (елементи трудотерапії).

Проведення різного роду терапій у незвичних місцях та локаціях.

Вечірні посиденьки із ненав’язливим спілкуванням.

Контроль за вживання алкоголю чи інших речовин обумовлюється на початку.

Різні засоби отримання нових знань та відчуттів (Фільм терапія, аудіо терапія, енімал терапія, книги, творчість, конструювання ….. )

Відчуття ветерана, що він серед своїх.

Доступність до різного виду релаксації та відпочинку (сауна, чани, спорт, прогулянки, басейни і просто насолоджуватися природою).

Таких факторів можна ще багато добавляти але це є основні. Важливим фактором є ще кількість ветеранів котрі прихали на відновлення, їх повинно бути не більше ніж 25 чоловік або якщо це сімейні групи то не більше 5 сімей із дітьми. Це є важливим фактором бо більшу кількість осіб що проходять відновлення важко буде розділити і приділити їм увагу.

Також важливим аспектом буде долучення до процесу відновлення молоді (визначатиметься додатково) у вигляді організації на території центру табору із військово-патріотичним нахилом. Де молодь зможе познайомитися із ветеранами та почути їх досвіди участі у війні та мати приклади для наслідування.

Ще одним елементом діяльності такого типу центру буде полягати, що на його базі буде проходити підготовка:

* соціальних працівників по роботі із ветеранами та ветеранкам які потребують догляду (ветерани інваліди).
* помічники ветеранів (особи котрі допомагають адаптуватися ветеранові та ветеранкам після демобілізації в соціумі).

Підготовка даних спеціалістів в даному центрі дасть їм практичний досвід та навички в поводженні із ветеранами ветеранками в різних ситуаціях та станах адже мінімальний термін перебування для відновлення буде становити 14 днів.

Отже комплексний підхід в центрі відновлення за типом який тут описано буде значно ефективніший ніж на базі медичних закладів і ще тому, що навколо центру буде формуватися ідейне поселення із ветеранів котрі захочуть жити і працювати як в центрі так і дистанційно в гірській місцевості де є чиста екологія та тиша.

**6.2 Іноваційні методи відновлення в центрі «Оаза незламних»**

Психоделічно атестована терапія (ПАТ) — це інноваційний підхід у лікуванні психічних розладів, який об’єднує застосування психоделічних речовин, таких як псилоцибін, ЛСД, МДМА чи аяуаска, з підтримуючими психотерапевтичними методами. Цей напрямок знаходиться на стику нейронауки, психології, філософії свідомості та навіть антропології, адже спирається на глибокі інсайти про людське сприйняття, емоційний досвід та механізми травм.

**Основна ідея ПАТ**

Це більше, ніж просто прийом речовин. Психоделічні молекули відкривають двері до стану "зміненої свідомості" (altered states of consciousness, ASC), де пацієнт може пережити новий рівень інтроспекції, відкрити приховані травми, чи "переписати" травматичні нейронні зв'язки. Проте ефективність терапії значною мірою залежить від таких факторів:

Підготовка (Set & Setting): Пацієнт повинен перебувати у безпечному, підтримуючому середовищі, вільному від зовнішніх стресорів. Особливий акцент робиться на налаштуванні (навіть музика чи запах кімнати можуть вплинути на ефект).

Роль терапевта: Терапевт стає “гідом” у складних символічних процесах, допомагаючи інтегрувати досвід і уникнути повторної травматизації.

Що робить цей підхід революційним?

Нейропластичність і "перезавантаження мозку":

Психоделічні речовини, зокрема псилоцибін, сприяють тимчасовому зменшенню активності в медіальній префронтальній корі (Default Mode Network, DMN), яка часто є "центром" жорстких шаблонів мислення. Це дозволяє людям побачити проблеми з нового, більш відкритого погляду.

Доступ до пригнічених спогадів:

Людина у психоделічному стані часто отримує доступ до емоційних шарів, які звичайна терапія не може доторкнутися.

Інтеграція досвіду:

На відміну від просто хімічного ефекту препаратів, психоделічно атестована терапія зосереджується на обговоренні побаченого, почутого та пережитого досвіду вже після завершення сесії.

Гіпотетичні "темні зони" досліджень у ПАТ:

Епістемологічна загадка: Чи переживає людина "об'єктивну істину" під впливом психоделіків, чи це лише продукт її внутрішніх когнітивних структур? Що таке "реальність", якщо психоделічний досвід здається більш реальним за звичайне життя?

Етична дилема:

Що буде, якщо ці методи почнуть масово застосовувати для маніпуляцій свідомістю в політичних чи корпоративних цілях? Наприклад, чи можуть корпорації використовувати психоделічний досвід для комерційного "перепрограмування" споживача?

Соціальна інтеграція: Як поєднати ці методи з традиційною медициною, не стикаючись із стигматизацією чи культурним відторгненням?

**6.3 Важливість психолога, в супроводі у психоделічно атестованій терапії:**

Психоделічна терапія — це унікальний інструмент, здатний відкрити глибини людської свідомості, допомогти зцілити травми та переосмислити життя. Але цей метод є потужним і водночас вразливим процесом, який вимагає ретельної підготовки та чутливого супроводу. Без належного підґрунтя навіть найефективніший метод може стати хаотичним і потенційно травматичним.

**Чому підготовка до психоделічної терапії важлива?**

Психоделічні речовини не дають відповідей. Вони створюють умови для того, щоб людина сама їх знайшла. Це нагадує мандрівку до незвіданої країни: без карти, без путівника, без знання місцевих звичаїв. Якщо вирушити в цю подорож без підготовки, є ризик заблукати або потрапити у небезпечні місця.

**Основні аспекти підготовки:**

Розуміння мети терапії. Чому я це роблю? Які питання хочу дослідити? Без чіткого усвідомлення людина може зануритися в хаос неперероблених емоцій і не знайти шляху назад.

Створення емоційної стабільності. Психоделічний досвід може викликати підйом або навіть лавину емоцій. Якщо людина перебуває в стані сильного стресу чи гострої депресії, такі переживання можуть стати надмірними.

Вивчення тригерів. Розуміння того, що може викликати дискомфорт або страх, допомагає заздалегідь підготувати способи реагування.

Підготовка — це як зміцнення фундаменту перед будівництвом будинку. Вона закладає основу, на якій людина може безпечно розгортати свій досвід.

**Роль психолога у підготовці**

Психолог під час підготовки стає провідником, другом, іноді навіть "світлом у темряві". Його завдання — допомогти людині зрозуміти себе краще, створити емоційний безпечний простір і навчити навичкам, які допоможуть працювати зі своїми відчуттями під час сесії.

**Завдання психолога на етапі підготовки:**

Оцінка емоційного стану. Психолог допомагає людині зрозуміти, чи готова вона до терапії. Можливо, спершу потрібно пройти стабілізаційну терапію.

Розвиток навичок усвідомленості. Навчання простим технікам самозаспокоєння (дихальні вправи, тілесне усвідомлення).

Обговорення очікувань. Людина часто має фантазії про те, що терапія "вирішить все". Психолог пояснює, що процес зцілення — це не одна сесія, а тривалий шлях.

Створення цілей. Психолог допомагає людині чітко сформулювати, що вона хоче дослідити. Наприклад: "Я хочу зрозуміти, як позбутися відчуття провини" або "Я хочу навчитися відпускати минуле".

**Психолог як "якір" під час терапії**

Коли починається психоделічний досвід, людина входить у змінений стан свідомості. Там може бути світло і радість, але можуть з’явитися і темні, страшні місця. Це природна частина процесу — вивільнення прихованих страхів, болю, травм. Але без правильного супроводу ці моменти можуть стати надто важкими для сприйняття.

**Роль психолога під час сесії:**

Забезпечення безпеки. Людина повинна знати: вона не одна, поруч є хтось, хто розуміє і може допомогти.

Нейтральна підтримка. Психолог не втручається в досвід, а лише направляє: "Дихай глибше", "Залишайся у цьому моменті", "Довірся своїм відчуттям". Допомога у навігації. Якщо досвід стає лякаючим, психолог нагадує, що це тимчасово: "Це просто відчуття, дозволь йому пройти через тебе".

**Постсесійний супровід — найважливіший етап**

Після психоделічного досвіду настає момент інтеграції. Це час, коли отримані інсайти потрібно вплести у реальне життя. Без цього терапія ризикує залишитися яскравим, але ізольованим переживанням, яке не впливає на життя людини.

**Роль психолога після сесії:**

Осмислення досвіду. Разом із клієнтом психолог аналізує, що було побачено, відчуте, зрозуміле.

Формування нових моделей поведінки. Наприклад, якщо клієнт зрозумів, що "йому потрібна підтримка", психолог допомагає знайти способи будувати довірливі стосунки.

Підтримка під час емоційних хвиль. Після сесії можуть виникати сильні емоції чи спогади. Психолог допомагає їх прожити.

**Як підготовка та супровід знижують ризики?**

Психоделічна терапія несе потенційні ризики: дезорієнтацію, загострення тривожних станів, неправильну інтерпретацію досвіду. Підготовка і підтримка мінімізують ці ризики, оскільки створюють для клієнта:

Емоційний "амортизатор". Людина краще готова приймати навіть важкі моменти.

Структуру і фокус. Терапія проходить не хаотично, а цілеспрямовано.

Відчуття підтримки. Знання, що поруч є професіонал, допомагає зменшити страх і тривогу.

Психологічна підготовка і супровід у психоделічно атестованій терапії — це не додаткова опція, а невід’ємна частина процесу. Це той місток, який допомагає людині пройти через незвідане до ясності, сили і зцілення. І хоча самі психоделіки можуть відкривати двері до несвідомого, лише за допомогою підтримуючого супроводу людина може з гідністю пройти через них.

**6.4 Експериментальна програма «Щось» психологічного супроводу для психоделічно атестованої терапії**

**Концепція "Щось" – Подорож до свободи через важке**

**Суть концепції**

Коли людина несе в собі важкий тягар — не фізичний, а глибоко емоційний, — їй складно йти вперед. Цей тягар непомітний для інших, але він реальний і завжди поруч. Концепція "Щось" пропонує перевести цей невидимий тягар у реальний, відчутний, незручний об’єкт — предмет, який буде заважати в житті так само, як заважають незцілені рани в душі.

"Щось" — це не просто річ. Це прояв того, що мучить, болить, коле зсередини. Це одночасно ворог і союзник: ворог, бо нагадує про біль, і союзник, бо допомагає нарешті його побачити.

**Етап 1. Створення "Щось"**

На першому етапі учасники працюють з матеріалами — дерево, метал, дріт, тканина. Завдання просте і водночас складне: зробити предмет, який максимально уособлює їхній внутрішній біль.

Це може бути колючий шматок дерева з цвяхами, мал.2 який боляче тримати в руках, або залізний обруч, що тисне. Важливо, щоб "Щось" було не комфортним. Нехай цей процес буде чесним і навіть трохи лякаючим. Під час створення "Щось" учасник проговорює свої емоції:

"Що це символізує для мене?"

"Який біль я хочу вкласти в цей об’єкт?"

"Чого я хочу позбутися?"

Цей етап завершується індивідуальним обговоренням з терапевтом чи в групі.



Мал 2. Зображення предмету «Щось»

**Етап 2. Життя зі "Щось"**

Протягом кількох тижнів учасник живе зі своїм "Щось". Предмет завжди поруч: під час їжі, прогулянок, сну. Він не дає про себе забути, нагадуючи про біль, який потрібно опрацювати.

Цей етап супроводжується:

Рефлексією:

Щоденне записування думок у нотатник для підготовки ветерана або опрацювання в думках. Що відчувається, коли "Щось" поруч? Які спогади чи емоції воно викликає?

Практиками усвідомлення:

Дихальні вправи (холотропне диханння або інші види дихальних вправ), які допомагають відчувати дискомфорт і спокійно його приймати.

Візуалізація: уявлення, що "Щось" стає меншим або легшим із кожним днем.

Груповими зустрічами:

Спільне обговорення з іншими учасниками, як вони проживають цей досвід.

**Етап 3. Підготовка до подорожі**

Перед тим як позбутися "Щось", проводяться сесії із психоедукації. Учасникам пояснюють, що їхня душа — як зранений ліс після буревію: для зцілення потрібно дати собі час і простір. Важливо зрозуміти, що психоделічна терапія — це не "чарівна пігулка", а лише інструмент, який працює тільки тоді, коли душа готова.

На цьому етапі учасники також отримують знання про те, як діяти під час психоделічної сесії:

Як дозволяти емоціям виходити назовні.

Як працювати з образами, які можуть з’явитися.

Як довіряти процесу.

**Етап 4. Ритуал звільнення** Цей момент — кульмінація. Учасники разом із терапевтами йдуть у ліс. Там, серед природи, вони обирають місце, де буде закопано "Щось".

Це не просто закопування. Це ритуал, де кожна дія має сенс:

Ветеран тримає "Щось" востаннє, дякуючи за уроки, які воно принесло.

Разом із групою вони створюють символічний простір — запалюють свічки, читають вірші чи просто мовчать.

Закопування "Щось" стає актом відпускання болю.

Цей процес завершується обіймами, спільною трапезою, музикою. Атмосфера підтримки допомагає учасникам усвідомити: вони більше не самі зі своїм болем.

**Етап 5. Інтеграція**

Після ритуалу учасники проходять кілька днів підготовки до психоделічної терапії: медитація, легкі фізичні вправи, бесіди з терапевтами. Їх заохочують відпускати старі уявлення про себе та готуватися до нових перспектив.

**Чому це працює?**

"Щось" допомагає перенести невидимі емоційні рани у фізичний простір. Це дозволяє людині краще усвідомити свій біль, замість уникати його. Ритуал звільнення дає можливість завершити цей етап і бути готовим до глибоких змін під час психоделічної терапії.

Якщо є щось, що хочете доповнити чи уточнити, продовжимо разом створювати цю подорож до зцілення.

**6.5 Теоретична описова частина проекту «Оаза незламних у Слаську»**

Первинна діагностика та консультування буде проводитися в м. Львові в центрі ментального здоров’я «Повернись в майбутнє». Де психолог та реабілітолог проводитимуть первинне тестування та співбесіду із клієнтами. Дане попереднє тестування чи співбесіда може проводитися онлайн якщо немає можливості приїхати. Дане тестування допоможе виявити тип та важкість травмування як ментального так і фізичного, це в свою чергу дасть можливість правильного підбору програми відновлення і підбору поселення в відповідні групи в самому центрі «Оаза Незламних у Славську». Адже дуже важливим фактором відновлення ментального чи фізичного здоров’я є власне оточуючі навколо них пацієнти. Щоб не вийшло так, що в одній будівлі будуть зібрані клієнти із важкими ознаками посттравматичного розладу, власне це може призвести до погіршення стану і ефективного відновлення не відбудеться.

**Проєкт центру комплексного відновлення "Оаза Незламних у Славську"**

На південних схилах мальовничого Славська, де гірське повітря зустрічається з тихим шелестом лісу, розташовується унікальне місце сили — реабілітаційний центр "Оаза Незламних". Це не просто фізична споруда, а простір, який об'єднує людину з природою, наукою та собою. Створений для тих, хто пережив випробування, цей центр покликаний не лише зцілювати тіло, а й надихати на нове життя.

Уявіть собі: на горизонті, огорнуті смарагдовим пологом лісу, виблискують на сонці дахові вікна центрів, а стежки, що ведуть до них, нагадують вени, крізь які струменить життєдайна енергія. "Оаза Незламних" — це більше, ніж місце. Це простір надії, де кожен метр дихає гармонією і новими можливостями.

**Центральна зона: Серце відновлення**

У центрі комплексу стоїть головна трьох поверхова будівля реабілітаційного центру — архітектурний шедевр, де сучасний дизайн поєднується з екологічними технологіями.

**Перший поверх.**

**Басейн для фізичної реабілітації**

У цьому просторі вода несе більше, ніж просто тіло — вона підтримує надію. Рух у воді допомагає подолати обмеження, зменшує біль і дарує можливість знову відчути себе сильним.

**Фізичні методи реабілітації**

У басейні застосовуються науково обґрунтовані методики, які допомагають повернути рухливість, відновити м’язову силу та покращити координацію. Ось як це працює:

Гідрокінезотерапія (рухова терапія у воді):

У воді тіло важить менше, що зменшує навантаження на суглоби й хребет.

Ветерани, які втратили впевненість у своїх рухах, можуть безпечно працювати над своїми навичками.

Плавні рухи у воді дозволяють тренувати м’язи навіть тим, хто відчуває біль або обмеження на суші.

Опір води як тренажер:

Вода створює природний опір, який активізує м’язи під час виконання вправ.

Це сприяє відновленню сили у кінцівках та покращенню кровообігу.

Релаксація у воді:

Тепла вода басейну допомагає розслабити м’язи, що особливо важливо для ветеранів із м’язовими спазмами або посттравматичними болями.

Плавання і спеціальні дихальні техніки у воді сприяють зменшенню рівня стресу.

Відновлення після ампутацій та протезування:

Вода підтримує баланс, дозволяючи ветеранам звикати до нових рухів із протезами.

Спеціальні вправи допомагають зміцнити м’язи, які компенсують втрату функціональності.

Покращення координації:

Розроблено програми для роботи з координацією та рівновагою, що стає викликом після поранень або неврологічних травм.

**Науковий підхід**

Температура води, глибина басейну, його дизайн — усе продумано з урахуванням потреб реабілітації. Наприклад:

Температура води: підтримується на рівні 32-34°C, що оптимально для розслаблення м’язів та активації кровообігу.

Глибина: змінна — від мілкої зони для статичних вправ до глибокої частини для плавання та розслаблення.

Обладнання: водні гантелі, дошки для плавання, спеціальні тренажери дозволяють виконувати широкий спектр вправ.

**Сенсорна складова**

У "Оазі незламній" басейн — це ще й простір для роботи з відчуттями. Вода огортає тіло, створюючи відчуття безпеки. Рух у воді супроводжується звуком її плескоту, який діє заспокійливо. Теплі сонячні промені, що пробиваються крізь скляний дах, додають відчуття гармонії.

**Індивідуальний підхід**

Кожен ветеран має свою історію болю і відновлення, тому програми реабілітації підбираються індивідуально.

Для тих, хто потребує адаптації після травм, передбачені легкі вправи для відновлення рухів.

Для ветеранів із психоемоційними травмами — техніки плавання для релаксації та заспокоєння.

Для тих, хто повертає собі силу після ампутацій, — спеціальні вправи для зміцнення компенсаторних м’язів.

**Символіка відновлення**

Басейн — це не лише місце для фізичних зусиль, але й символ переродження. Кожен крок у воду — це метафора занурення у свої внутрішні ресурси, пошуку рівноваги і повернення до життя з новими силам

**Спортивний басейн**

1. **Відновлення через рух**

Плавання — це одне з найдавніших і водночас найсучасніших засобів реабілітації. У "Оазі Незламних" басейн служить майданчиком для відновлення фізичної форми, зняття м’язової напруги й тренування витривалості.

Для ветеранів, які пережили травми, плавання пропонує унікальну можливість:

Зменшення навантаження на суглоби та хребет. Вода підтримує тіло, дозволяючи рухатися без болю.

Відновлення гнучкості та сили. Навіть прості вправи у воді активують м’язи і сприяють поліпшенню фізичної форми.

Стимуляція кровообігу. Тепла вода покращує мікроциркуляцію, сприяючи загоєнню травм і зняттю набряків.

1. **Емоційне розвантаження**

Басейн — це не лише фізичний простір, а й терапевтична зона. Вода має заспокійливий ефект, допомагаючи ветеранам опрацювати емоційні травми:

Тиша й ритміка води нагадують про первісний стан спокою, дозволяючи розслабитися та звільнитися від напруги.

Сеанси водної медитації допомагають учасникам знайти внутрішній баланс, усвідомити свої почуття і позбутися страхів.

1. **Підтримка командного духу**

Басейн є місцем, де ветерани й члени їхніх сімей можуть брати участь у спільних активностях. Ігри у воді, командні тренування чи просто неформальне спілкування на березі сприяють створенню довірливих стосунків.

Спільне плавання допомагає ветеранам навчитися знову довіряти іншим і відчувати підтримку.

Терапевтична синергія. Вода об’єднує учасників, сприяючи відчуттю причетності до спільноти, що розуміє і підтримує.

1. **Адаптація до нових умов**

Для ветеранів із фізичними обмеженнями басейн стає місцем, де вони можуть адаптуватися до змін у своєму тілі. Інструктори, що спеціалізуються на реабілітації, розробляють індивідуальні програми, які включають:

Занурення для подолання страху води та зміцнення впевненості у своїх силах.

Спеціальні вправи для розвитку координації та рівноваги.

Підтримку емоційної впевненості через відчуття прогресу навіть у дрібницях.

**Архітектура та атмосфера басейну**

Сам басейн — це зразок гармонії сучасного дизайну та природного контексту.

Панорамні вікна відкривають вид на зелені схили Карпат, перетворюючи кожен рух у воді на частину діалогу з природою.

Вода у басейні насичена природними мінералами, що сприяє фізичному відновленню.

Система освітлення змінює кольори, створюючи ефект розслаблення: м’яке синє світло для вечірніх медитацій або яскраве денне для активних тренувань.

**Голос природи у кожній хвилі**

Басейн "Оази Незламних" є точкою дотику між сучасною терапією та вічною мудрістю природи. Вода тут не просто середовище — це союзник у боротьбі з травмами. Вона допомагає згладити різкі кути болючих спогадів, оживити тіло та наповнити серце спокоєм.

Для тих, хто входить до цього простору, басейн стає місцем перевтілення: слабкість трансформується у силу, страх — у впевненість, а минуле — у натхнення до нового життя і є точкою дотику між сучасною терапією та вічною мудрістю природи. Вода тут не просто середовище — це союзник у боротьбі з травмами. Вона допомагає згладити різкі кути болючих спогадів, оживити тіло та наповнити серце спокоєм.

Для тих, хто входить до цього простору, басейн стає місцем перевтілення: слабкість трансформується у силу, страх — у впевненість, а минуле — у натхнення до нового життя.

**Тренажерний зал**, обладнаний спеціалізованими тренажерами, враховує потреби осіб з обмеженими можливостями: пристрої із сенсорними датчиками для моніторингу прогресу та адаптовані установки для тих, хто користується протезами.

**Другий поверх**

**Адаптивний зал**

**Призначення залу**

Адаптивний зал створений для допомоги ветеранам, які пережили фізичні травми, ампутації, хронічний біль чи наслідки бойових поранень. Основна мета залу — повернути їм функціональність тіла, силу і впевненість через адаптовані фізичні практики.

Цей простір розроблений так, щоб кожен ветеран, незалежно від свого фізичного стану, зміг знайти тут щось для себе. Від вправ для відновлення мобільності до тренувань, які розвивають витривалість і координацію, кожна програма адаптується до індивідуальних потреб.

**Атмосфера залу**

Зал наповнений теплим світлом, що проникає крізь панорамні вікна, відкриваючи вид на гори. На стінах — мотивуючі зображення та слова, що нагадують: "Твоє тіло пам’ятає, як бути сильним".

У центрі залу стоять спеціалізовані тренажери, створені для реабілітації. Є куточки для спокійної роботи над дрібною моторикою, зона для силових тренувань, мати для розтяжки. Кожен елемент простору продуманий так, щоб викликати не страх, а бажання діяти.

**Фізичні методи реабілітації**

**Терапевтична кінезіологія**

Вправи, що відновлюють природні рухові функції тіла. Під керівництвом фізіотерапевтів ветерани заново навчаються ходити, згинати, тягнути.

Для тих, хто пережив ампутацію, передбачені симулятори руху та тренажери для розвитку м'язів-стабілізаторів.

Використання систем підвісної терапії, які дозволяють відновлювати баланс, зменшуючи навантаження на суглоби.

**Силова реабілітація**

Через поступове збільшення фізичного навантаження ветерани вчаться знову довіряти своєму тілу.

Тренажери з гідравлічним опором, які адаптуються до рівня підготовки.

Робота з гумовими петлями для зміцнення м'язів кінцівок та спини.

**Баланс-терапія**Відновлення вестибулярної системи та координації рухів:

Тренування на балансувальних платформах.

Комплекс для реабілітації після травм головного мозку чи уражень нервової системи.

**Дихальна терапія та фізіологія релаксації**

Зал обладнаний для роботи з діафрагмальним диханням та релаксаційними техніками. Це допомагає ветеранам зменшити тривогу, стабілізувати серцевий ритм і покращити кровообіг.

**Тренування з екзоскелетами**

Для ветеранів, які втратили можливість повноцінного пересування, зал пропонує інноваційні технології екзоскелетів. Вони допомагають розпочати новий шлях до руху.

**Арт-терапія руху**

Танцювальні рухи, створені спеціально для ветеранів, дозволяють емоціям знаходити вихід через пластичність тіла.

**Простір взаємодії**

Адаптивний зал — це ще й соціальне середовище, де ветерани знаходять спільників у своїй боротьбі. Разом вони відпрацьовують вправи, підтримують один одного у складні моменти. Тут виникає той зв'язок, що додає сили йти далі.

**Магія природи і руху**

Особливістю залу є можливість тренувань на відкритій терасі. Уявіть, як ветерани виконують дихальні вправи з видом на гори, або працюють з балансом, відчуваючи під ногами дерев’яну підлогу і гірський вітер. Такі тренування стають не лише фізичними, але й глибоко терапевтичними.

**Третій поверх**

**Центр психоделічно атестованої терапії та ментального відновлення**

**Місія Центру**

"Оаза незламних" створена, щоб стати мостом між глибокими травмами війни та можливістю жити далі. Тут ветерани проходять шлях від болю до зцілення, використовуючи психоделічно-атестовану терапію, інтеграційні практики та сучасні технології, такі як функціональна магнітно-резонансна томографія (ФМРТ).

У цьому центрі робота з психікою є не просто лікуванням — це спільне дослідження свідомості, зцілення рани не лише розуму, а й тіла.

**ФМРТ як ключ до розуміння травми**

Одним із основних інструментів "Оази незламних" є функціональна магнітно-резонансна томографія (ФМРТ). Це технологія, яка дозволяє побачити травму там, де вона зазвичай ховається — у мозку.

Чому ФМРТ є необхідною?

Розуміння впливу війни на мозок:

У ветеранів, які пережили бойові дії, часто спостерігаються зміни у роботі мозкових структур, зокрема в гіпокампі (область, пов’язана з пам’яттю) та мигдалині (центр емоцій). ФМРТ дозволяє побачити, які ділянки мозку активуються під час травматичних спогадів чи емоційних тригерів.

Індивідуалізація терапії:

Завдяки аналізу ФМРТ фахівці можуть краще підібрати підходи до лікування, враховуючи, як конкретний мозок реагує на психоделічні речовини чи терапевтичні практики.

Моніторинг прогресу:

Після кожної сесії психоделічної терапії ФМРТ показує, як змінилася активність у мозку. Це не лише доказ ефективності, а й джерело натхнення для ветерана, який бачить, що зцілення дійсно відбувається.

Зменшення стигми:

Для багатьох ветеранів фізичний доказ їхніх невидимих ран, які можна побачити на ФМРТ, стає першим кроком до прийняття своєї травми і бажання працювати з нею.

Терапія в центрі

"Оаза незламних" об’єднує сучасну науку і природну силу Карпат у своїх методах.

**Психоделічна терапія:**

Сесії проводяться під ретельним наглядом досвідчених фахівців. Ветеран переживає контрольований занурювальний досвід, під час якого він може переосмислити свої спогади, побачити травму під іншим кутом або знайти внутрішній спокій.

Інтеграційні практики:

Після кожної сесії ветерани беруть участь у бесідах із терапевтами, тілесно-орієнтованих вправах, медитації та арт-терапії.

Використання ФМРТ у терапевтичному процесі:

Перед початком терапії проводиться сканування мозку ветерана, щоб визначити області підвищеної активності чи "заблоковані" зони.

Під час терапії аналізуються зміни, що відбуваються під впливом психоделічного досвіду.

**Оточення, яке зцілює**

"Оаза незламних" спеціально створена так, щоб кожен елемент підтримував процес відновлення.

Терапевтичні кімнати з панорамними вікнами, які відкривають вид на гори, нагадують про велич і безмежність життя.

Природні маршрути через букові ліси створені для прогулянок, медитації та інтеграції думок після терапії.

Водоймища використовуються для практик флоат-терапії, що допомагає заспокоїти нервову систему.

**Ресторан: Здорове харчування**

Світла та простора будівля **ресторана** вміщує до 150 осіб і є більше ніж місцем для прийому їжі. Тут кожна страва — це частина терапії. Меню створено фахівцями з дієтології та адаптоване для різних типів реабілітації. Локальні органічні продукти, зібрані в карпатах, роблять страви не лише корисними, але й екологічними.

**Спа-зона: Релаксація та відновлення**

Гарячі сауни з ароматами карпатських трав, терапевтичні ванни з солями і мінералами, контрастні басейни та сучасні процедури з використанням кріотерапії та грязетерапії — Спа-зона є осередком фізичного й емоційного розслаблення.

Тут також пропонують сеанси ароматерапії та масажі, що дозволяють зняти напруження і полегшити біль після фізичних тренувань або медичних процедур.

**Зона тваринної терапії: Тактильна магія природи**

Особливе місце займає контактний зоопарк, де терапевтична взаємодія з тваринами стає частиною відновлення. Коні для іпотерапії, собаки-помічники, лагідні кролики, козенята і навіть терапевтичні коти допомагають пацієнтам зняти стрес, покращити настрій та стимулюють дрібну моторику.

Наукові дослідження підтверджують, що контакт із тваринами стимулює вивільнення окситоцину, що сприяє поліпшенню емоційного стану.

**Центр профорієнтації: Другий шанс на кар’єру**

У сучасному світі професійна реалізація є важливою частиною життя. **Центр профорієнтації** надає можливість опанувати нові професії, здобути навички, що відповідають сучасним тенденціям.

У спеціально облаштованих майстернях проводяться курси з програмування, дизайну, деревообробки, кераміки, швейної справи та навіть основ підприємництва. Це не лише відкриває нові горизонти, але й допомагає людям відчувати себе потрібними та успішними.

**Зони проживання: Домівка, яка лікує**

Навколо центральної зони, в гармонії з ландшафтом, розташовані **5 житлових будинків**, кожен із яких має затишний вигляд і може вмістити 20 мешканців.

Кожен будинок обладнаний усім необхідним: просторими спальнями, кімнатою для спільного дозвілля та кухнею. Окреме приміщення виділено для психолога, який проживає з мешканцями, створюючи атмосферу підтримки та довіри.

**Ідея багатовимірної реабілітації**

"Оаза Незламних" розроблена як цілісний простір для відновлення. Усі зони центру взаємодіють одна з одною, забезпечуючи багатовимірний підхід:

1. **Фізична реабілітація** через тренажери, басейни та лікувальні процедури.
2. **Емоційне зцілення** через природу, спілкування з тваринами, психологічну терапію.
3. **Професійна інтеграція** через навчання новим навичкам.
4. **Соціальна адаптація** через комфортне проживання і відчуття приналежності до спільноти.

**Заключне слово: Символ незламності**

"Оаза Незламних" у Славську — це місце, де руїни минулого перетворюються на фундамент нового життя. Це простір, де віра в людський дух підкріплюється сучасною наукою та гармонією природи. У цьому центрі кожен має шанс не лише відновити сили, але й знайти новий сенс свого існування, відкривши двері у світ, сповнений можливостей.

**ВИСНОВОК**

У процесі виконання даного дослідження було проаналізовано актуальну проблему соціально-психологічного супроводу осіб, які зазнали психотравматизації внаслідок війни, з особливим акцентом на ветеранів та внутрішньо переміщених осіб. Робота виявила ключові аспекти впливу травматичних подій на психоемоційний стан постраждалих, зокрема формування посттравматичного стресового розладу, тривожних розладів, депресії та соціальної ізоляції. Здійснено глибокий аналіз травматичних факторів, визначено бар’єри адаптації, а також розроблено практичні рекомендації для психологічної підтримки цих груп.

Особливу увагу було приділено розробці сучасних методик діагностики та супроводу, таких як опитувальники PCL-5 і CAPS-5, а також авторський експериментальний опитувальник тригерів ПТСР, що дозволяє виявляти та працювати з конкретними стимулами, які провокують травматичні реакції. Результати експериментального дослідження підтвердили високу ефективність цих інструментів у роботі з ветеранами та дозволили деталізувати вплив тригерів на їхній психоемоційний стан.

На основі світового досвіду реабілітації розроблено рекомендації щодо впровадження інноваційних підходів, зокрема VR-технологій, біофідбеку, когнітивно-поведінкової терапії та мультисенсорних систем. Важливою частиною роботи стало формування концепції Центру комплексного відновлення «Оаза Незламних», який об’єднує передові практики психологічної та фізичної реабілітації, забезпечуючи постраждалим комфортне середовище для відновлення та адаптації.

Проведене дослідження показує, що відновлення ветеранів по протоколах чи програмах інших країн не є докінця ефективним через комплексне травмування. І в результаті дослідження було запропоновано цілісний підхід до вирішення проблеми психотравматизації на прикладі створення центру «Ооаза незламних». Впровадження запропонованих методик і концепцій сприятиме підвищенню ефективності реабілітаційних програм, покращенню якості життя постраждалих від війни та зміцненню соціальної стабільності в Україні.