

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет здоров'я людини
кафедра психології та соціології

Штукарін І.І.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
**ЕМОЦІЙНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

2024

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет Здоров'я людини
Кафедра Психології та соціології

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА
до кваліфікаційної роботи

рівень вищої освіти другий (магістерський)
спеціальність 053 Психологія. Освітня програма «Психологія»

на тему «**ЕМОЦІЙНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ РОЗЛАДИ У
ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**»

Виконав: здобувач вищої освіти групи ПС-23дм

Штукарін І.І.

Керівник: д. мед.н., професор

Хунов Ю. А.

Рецензент: д. психол. н., проф., завідувачка кафедри
психології та філософії Буковинського
державного медичного університету МОЗ України

Борисюк А. С.

Завідувачка кафедри:
д. психол. н., проф.

Бохонкова Ю. О.

2024

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет здоров'я людини

Кафедра Психології та соціології

Рівень вищої освіти Другий (магістерський)

спеціальність 053 Психологія. Освітня програма «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

**Завідувачка кафедри психології
та соціології д. психол. н.,
проф. Бохонкова Ю. О.**

«16» вересня 2024 року

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ

Штукаріна Івана Ігоревича

1. Тема роботи: «Емоційні та поведінкові розлади у демобілізованих учасників бойових дій».

Керівник роботи: Хунов Ю. А., д. мед. н., проф., професор кафедри психології та соціології СХУ ім. В. Даля, затверджений наказом по університету від 16.09.2024 р. № 62/15.17.

2. Строк подання здобувачем роботи: 01.12.2024 р.

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи – 95 сторінок (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами.*

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): *проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту розробити й апробувати програму соціально-психологічного тренінгу. Провести формувальний експеримент і порівняти результати констатувального і формувального експериментів. Ефективність проведеного експерименту оцінити за допомогою математичних методів оцінки значущості відмінностей середніх величин.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслеників): *таблиці, рисунки (діаграми, гістограми, сегментограми).*

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада Консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1.	Хунов Ю. А. – д. мед. н., проф., професор кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	19.09.2024 р.	13.10.2024 р.
2.	Хунов Ю. А. – д. мед. н., проф., професор кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	14.10.2024 р.	20.10.2024 р.
3.	Хунов Ю. А. – д. мед. н., проф., професор кафедри психології та соціології СНУ ім. В. Даля	21.10.2024 р.	08.11.2024 р.

7. Дата видачі завдання: 16 вересня 2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів	Примітка
1	Визначення проблеми дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи.	16.09.2024 р. – 18.09.2024 р.	
2	Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження.	19.09.2024 р. – 17.10.2024 р.	
3	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів констатувального експерименту	18.10.2024 р. – 24.10.2024 р.	
4	Апробація та опис програми соціально-психологічного тренінгу.	25.10.2024 р. – 29.10.2024 р.	
5	Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формульовального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики	30.10.2024 р. – 03.11.2024 р.	
6	Представлення роботи на зовнішню рецензію	04.11.2024 р. – 01.12.2024 р.	
8	Перевірка роботи на академічний плагіат	02.12.2024 р. – 12.12.2024 р.	
9	Захист роботи	13.12.2024 р. – 15.12.2024 р.	

Здобувач вищої освіти:

Штукарін І.І.

Керівник роботи:

д. мед. н., проф.

Хунов Ю. А.

РЕФЕРАТ

Текст – 96с., рис. – 13, табл. – 14, літератури – 81 дж., додатків – 3

В кваліфікаційній роботі представлено теоретично-методологічні основи вивчення умов збереження психічного та психологічного здоров'я демобілізованих учасників бойових дій.

Визначено ступінь впливу участі у бойових діях на психічне здоров'я та оцінено різноманітні аспекти стресового впливу воєнного конфлікту на психічне здоров'я демобілізованих учасників бойових дій. Досліджено наслідки впливу психологічних травм під час військових конфліктів, що виникають у здоров'я демобілізованих учасників бойових дій.

Проведено констатувальний експеримент і виявлено показники рівня депресії, тривоги, симптомів посттравматичного стресового розладу та зловживання алкоголем в учасників. Також за допомогою обраних методик визначено рівень цих поведінкових та емоційних розладів серед учасників.

На основі результатів констатувального експерименту розроблено й апробовано програму соціально-психологічного тренінгу, спрямованого на зміцнення психічного здоров'я демобілізованих учасників бойових дій. Оцінено ефективність корекційних заходів за допомогою t-критерію Ст'юдента.

Ключові слова: ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я, ДЕМОБІЛІЗОВАНІ УЧАСНИКИ БОЙОВИХ ДІЙ, ДЕПРЕСІЯ, ТРИВОГА, ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ, ПТСР, ЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ОСОБИСТІСТЬ, ЖИТТЄВІ СИТУАЦІЇ, СТРЕС, ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ.

ABSTRACT

Shtukarin I. I. Emotional and behavioral disorders in demobilized combatants. – Qualification work. - Kyiv, 2024.

The qualification paper presents the theoretical and methodological foundations for studying the conditions necessary to preserve the mental and psychological health of demobilized combatants.

The degree of impact of combat participation on mental health is determined, and various aspects of the stressful effects of military conflict on the mental health of demobilized combatants are assessed. The consequences of psychological trauma experienced during military conflicts and their impact on the health of demobilized combatants are explored.

A diagnostic experiment was conducted, revealing indicators of depression, anxiety, symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD), and alcohol abuse among the participants. Using selected methods, the levels of these behavioral and emotional disorders were identified.

Based on the results of the diagnostic experiment, a socio-psychological training program aimed at strengthening the mental health of demobilized combatants was developed and tested. The effectiveness of the corrective measures was evaluated using Student's t-test.

Keywords: PSYCHOLOGICAL HEALTH, MENTAL HEALTH, DEMOBILIZED COMBATANTS, DEPRESSION, ANXIETY, ALCOHOL ABUSE, PTSD, EMOTIONAL STATE, PERSONALITY, LIFE SITUATIONS, STRESS, MENTAL DISORDERS, SOCIO-PSYCHOLOGICAL TRAINING.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	12
1.1. Проблема емоційних та поведінкових розладів у демобілізованих учасників бойових дій.....	12
1.2. Проблема зловживання алкоголем у демобілізованих учасників бойових дій.....	20
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	25
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	26
2.1. Методичні засади емпіричного дослідження.....	26
2.2. Опис психодіагностичних методик емпіричного дослідження.....	27
2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів.....	32
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	47
РОЗДІЛ 3. ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ.....	50
3.1. Методика організації психологічного тренінгу.....	50
3.2. Програма психологічного тренінгу для демобілізованих учасників бойових дій.....	54
3.3. Аналіз ефективності психологічного тренінгу для демобілізованих учасників бойових дій.....	76
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	81
ВИСНОВКИ.....	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	87
ДОДАТКИ.....	97

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Психологічний стан та ментальне здоров'я людини є вкрай важливим фактором для підтримки життєстійкості кожної людини, а особливо учасників бойових дій, які тримають оборону нашої країни. На жаль, внаслідок російської воєнної агресії в Україні дедалі збільшується кількість осіб, які поповнюють ряди тих, хто приймає безпосередню участь в бойових діях. Це в свою чергу призводить до зростання психічних розладів внаслідок війни. З кожним днем зростає кількість осіб, які відчують наслідки цих подій на власному психічному здоров'ї. Пережитий травматичний досвід пронизує життя жертв, спричиняючи розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривоги, зловживання алкоголем та інших розладів.

Тема психологічної підтримки та відновлення психологічної стійкості демобілізованих учасників бойових дій після перенесених травматичних є надзвичайно актуальною в умовах сучасних війни. Психологічні травми, зумовлені пережитим досвідом потребують своєчасного втручання.

Розробка та впровадження системи психологічної підтримки та відновлення психологічної стійкості демобілізованих учасників бойових дій дозволить зменшити їхній рівень депресії, тривоги, симптомів ПТСР та зміцнити психоемоційну стійкість і відновити адаптивні ресурси.

Це дослідження має на меті вивчити особливості та специфіку психологічної підтримки учасників бойових дій, спрямованої на забезпечення ефективної допомоги в процесі подолання наслідків війни.

Психічне здоров'я учасників бойових дій досліджено у працях провідних українських науковців (В. Горбунової, В. Климчука, О. Романчука, І. Пінчук, О. Чабана, Панько Т.В., Хаустова О.О. та інші). Для нас принципово важливими є напрацювання сучасників, оскільки ми розуміємо важливість

соціально-психологічного контексту війни в Україні й особливостей емоційних, поведінкових розладів учасників бойових дій.

Проблему розладів зловживання алкоголю серед військових та ветеранів досліджували Л. Шестопалова, Д. Болотов, В. Кожевникова, О. Мінко, І. Ліпівський, В. Бараненко та інші. І. Ткачук, А. Ладик-Бризгалова, В. Безшейко досліджували взаємозв'язок між депресивними, тривожними та посттравматичними розладами в тих, хто приймав участь в бойових діях.

Цілком зрозумілим є те, що на даному етапі необхідний детальний аналіз розладів психічного здоров'я, що поширені серед учасників бойових дій, а також розроблення ефективних реабілітаційних програм. Соціальна та наукова значущість цієї проблеми зумовлює необхідність вивчення особливості емоційних та поведінкових розладів у демобілізованих учасників бойових дій.

Об'єктом дослідження є психічне здоров'я демобілізованих учасників бойових дій.

Предмет дослідження – особливості емоційних та поведінкових розладів у демобілізованих учасників бойових дій.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити емоційні та поведінкові розлади у демобілізованих учасників бойових дій; розробити програму соціально-психологічного тренінгу відновлення психологічної стійкості після перенесених травматичних подій у демобілізованих учасників бойових дій.

Завдання дослідження:

1. Зробити теоретико-методологічний аналіз сучасних підходів до проблеми емоційних та поведінкових розладів у демобілізованих учасників бойових дій та розкрити концептуальні засади дослідження.
2. Визначити ступінь впливу участі у бойових на психічне здоров'я та оцінити різноманітні аспекти стресового впливу воєнного конфлікту на психічний стан демобілізованих учасників бойових дій.

3. Дослідити динаміку та тривалість впливу психологічних травм, що виникають у демобілізованих учасників бойових дій під час військових конфліктів.
4. Підібрати діагностичні методики для дослідження психічного стану демобілізованих учасників бойових дій та провести емпіричне дослідження.
5. Розробити програму соціально-психологічного тренінгу відновлення психологічної стійкості після перенесених травматичних подій у демобілізованих учасників бойових дій.
6. Провести формувальний експеримент та оцінити ефективність корекційних заходів.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять роботи таких вітчизняних науковців та зарубіжних психологів як К. Левін, Д.Герман, Е. Еріксон, Х. Томе, Б. Ван дер Колк, Д. Маттесон, Р. Лазарус і С. Фолкман, Р.К. Кесслер, С. Агілар-Гаксіола, Дж. Алонсо, С. Бенджет, Е. Дж. Бромет, Г. Кардосо, К. Олдвін, Л. Пельцман, К. К. Коенен, А. Ратанатхараторн, К. А. Маклафлін, Е. Дж. Бромет, Д. І. Стайн, Т. Шабутані, Є.П. Крупник, С.К. Нартова-Бочавер, О.О. Кронік, К.Н. Василевська, С. І. Табачніков, О. С. Осуховська, Є. М. Харченко, О.В. Куфтяк, Т.Л. Крюкова, О.Р. Ісаєва, К.О. Трифонова, Н.Г. Осухова, Н.Б. Парфьонова, Н. А. Агаєв, К.В. Битюцька, В. Горбунова, М.Ш. Магомед-Емінов, К.Н. Артемова, С. В. Болтоносов, Ф.Ю. Василюк, О.С.Чабан, Л.В. Сохань, Т.М. Титаренко, А. О.Міщенко, С. О. Пантась, О. О. Шугалій, А. В. Гетьман та ін.

Методи дослідження. Для досягнення поставленої мети і розв'язання завдань використано:

- *теоретичні методи* – аналіз та узагальнення отриманої інформації із проблеми дослідження – для з'ясування стану розробленості предмету дослідження; систематизація та інтерпретація зібраних даних – із метою

визначення особливостей емоційних та поведінкових розладів у демобілізованих учасників бойових дій;

- *емпіричні методи* – на етапі попереднього аналізу та підготовки основного інструментарію дослідження застосовано метод тестування, що дало змогу визначити основні параметри дослідження, відібрати шкали та показники; для дослідження показника тривоги і депресії було використано госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS); для з'ясування наявності ПТСР було використано опитувальник симптомів ПТСР (PCL-M); для вивчення вживання алкоголю було використано опитувальник оцінки вживання алкоголю АУДИТ (AUDIT);

- *методи математичної обробки даних* із їх подальшою якісною інтерпретацією і змістовним узагальненням. Статистична обробка даних та графічна презентація результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакета статистичних програм SPSS (версія 19.0).

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що:

- *досліджено* проблему збереження психічного та психологічного здоров'я в демобілізованих учасників бойових дій за умов тривалих військових конфліктів;

- *здійснено* комплексний підхід до вивчення психічного та психологічного здоров'я демобілізованих учасників бойових дій, що перебувають у зоні воєнних конфліктів;

- *використано* комбіновані методики для аналізу рівнів депресії, тривоги, ПТСР та проблеми вживання алкоголю серед демобілізованих учасників бойових дій;

- *розроблено* програму соціально-психологічного тренінгу відновлення психологічної стійкості після перенесених травматичних подій у демобілізованих учасників бойових дій;

- *дістали подальшого розвитку* розуміння сучасних підходів до умов збереження психічного та психологічного демобілізованих учасників бойових дій.

Дослідження спрямоване на розкриття тривалості та серйозності психологічних травм, які учасників бойових дій зазнають під час війни, і на виявлення психічних наслідків пережитих травматичних. Результати цього дослідження допоможуть краще розуміти ситуацію та сприяти розробці ефективних програм та підходів для підтримки та реабілітації учасників бойових дій, які брали участь у воєнних конфліктах, з метою збереження та відновлення їхнього психічного здоров'я.

Теоретичне значення дослідження полягає в уточненні та розширенні знань про емоційні та поведінкові розлади у демобілізованих учасників бойових дій, а також про ефективні підходи до їхньої соціально-психологічної підтримки. Дослідження вносить нові аспекти у розуміння впливу травматичного досвіду на психоемоційний стан демобілізованих учасників бойових дій та можливості його корекції. Теоретичний та емпіричний матеріал може стати корисним у процесі розробки та викладання навчальних курсів із психодіагностики, клінічної психології та соціальної психології.

Практичне значення дослідження полягає у створенні програми соціально-психологічного тренінгу відновлення психологічної стійкості після перенесених травматичних подій у демобілізованих учасників бойових дій, яка може бути застосована фахівцями (психологами, соціальними працівниками) для надання підтримки учасників бойових дій. Тренінг сприяє зменшенню рівня симптомів ПТСР, тривоги, депресії та допомагає відновити психологічну стійкість.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Проблема емоційних та поведінкових розладів у демобілізованих учасників бойових дій

Війна, що триває в Україні, впливає на кожного жителя країни без винятку. Військовослужбовці, цивільне населення в зоні бойових дій або окупації, мешканці тилкових регіонів, внутрішньо переміщені особи та ті, хто знайшов притулок за кордоном, усі зазнають впливу воєнних стресорів. Таким чином, усе населення України стикається зі стресовими факторами, пов'язаними з війною. Як наслідок, мільйони громадян можуть зіткнутися з погіршенням психічного здоров'я. За прогнозами ВООЗ, у майбутньому близько 15 мільйонів українців потребуватимуть психологічної допомоги, зокрема 3–4 мільйони – медикаментозного лікування. (ВООЗ, 2022) [21].

Сьогодні питання впливу травматичних подій на особистість та методів подолання негативних наслідків психічної травми є надзвичайно важливим. Значна частина людей відчуває сильний страх, ставши свідками або переживши травматичні ситуації, такі як війна, аварії, природні катаклізми чи сексуальне насильство. Хоча більшість осіб, які пережили подібний досвід, стикаються з психологічним стресом, з часом вони часто відновлюються самостійно, без додаткової допомоги. Однак у деяких людей у подібній ситуації розвивається широкий спектр порушень психічного здоров'я, які можуть зберігатися протягом кількох місяців або навіть років. До них належать посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожний розлад, депресивний розлад або розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин [50].

У всьому світі приблизно 70% людей протягом життя стикаються з потенційно травматичною подією [12]. Однак посттравматичний стресовий

розлад (ПТСР) розвивається лише у невеликої частини з них (5,6%) [48]. За оцінками, на якомусь етапі життя ПТСР переживає 3,9% населення світу. Ймовірність розвитку ПТСР варіюється залежно від типу пережитої травматичної події. Наприклад, рівень ПТСР більш ніж утричі вищий (15,3%) серед людей, які пережили насильницький конфлікт або війну [49].

За даними американських науковців, які досліджували здоров'я ветеранів війни у В'єтнамі, 95% військових, що зазнали бойового стресу, відчують його наслідки протягом усього життя в різній мірі. У 20% ветеранів виявлено явні симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Національне дослідження стану здоров'я ветеранів в'єтнамської війни, проведене у 1988 році, показало, що 30,6% ветеранів мали прояви ПТСР. Серед тих, хто страждав на цей розлад, у 55,8% були діагностовані пограничні нервово-психічні розлади. Ймовірність безробіття у цих осіб була у п'ять разів вищою, ніж у інших. Також у 70% ветеранів відбувалися розлучення, у 35% спостерігалися труднощі з вихованням дітей, 47,3% зазнавали крайніх форм соціальної ізоляції, 40% мали виражені прояви ворожості, а 36,8% здійснювали понад шість насильницьких дій на рік. Половина з них опинилася за ґратами або була заарештована хоча б раз [55].

За Міжнародною класифікацією хвороб 11-го перегляду (МКХ-11), ПТСР може розвинутися після впливу надзвичайно загрозливої або страхітливої події, або серії подій.

Йому притаманні такі критерії:

1. Переживання травматичних подій у теперішньому часі може проявлятися у формі яскравих, нав'язливих спогадів, флешбеків або нічних кошмарів. Ці стани зазвичай супроводжуються сильними негативними емоціями, такими як страх або жах, а також вираженими фізичними реакціями.
2. Уникнення будь-яких думок, спогадів, діяльності, ситуацій або людей, які можуть нагадувати про травматичну подію чи події, є ще одним поширеним проявом.

3. Постійне відчуття підвищеної загрози, наприклад, гіпернастороженість або посилена реакція переляку на несподівані стимули, такі як різкі звуки. Це може включати підвищений старт-рефлекс (рефлекс чотиригорбикової пластинки) [20].

Діагностичний та статистичний довідник із психічних розладів 5-го видання (DSM-5) містить чітко визначені критерії для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ці критерії застосовуються до дорослих, підлітків та дітей від шести років (АРА, 2013).

А. Вплив фактичної смерті або загрози смерті, серйозних поранень або сексуального насильства одним (або кількома) з таких способів:

1. Пряме переживання травматичної події.
2. Спостереження події, яка сталася з іншими.
3. Отримання інформації про те, що травматична подія трапилася з близькою людиною. У випадку смерті чи загрози смерті рідної людини подія має бути раптовою чи насильницькою.
4. Регулярний контакт із шокуючими деталями травматичних подій (наприклад, у працівників служб порятунку чи поліції).

В. Наявність одного (або більше) із симптомів вторгнення, пов'язаних із травматичною подією, що виникають після того, як вона відбулася:

1. Нав'язливі й повторювані спогади, пов'язані з травматичною подією. У дітей це може проявлятися у формі ігор, які відображають травматичний досвід.
2. Тривожні сни, пов'язані з пережитим. У дітей це можуть бути жахіття із невизначеним змістом.
3. Дисоціативні реакції, коли людина відчуває, ніби подія повторюється (флешбеки). У дітей це може проявлятися через ігрові сценарії.
4. Інтенсивний психологічний стрес у відповідь на тригери, які нагадують про травматичну подію.
5. Фізіологічні реакції на стимули, які асоціюються з травмою.

С. Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травматичною подією, яке розпочалося з того моменту, як відбулася подія, що підтверджується одним або обома з критеріїв:

1. Уникнення спогадів, думок чи емоцій, що нагадують про пережиті травматичні події (або тісно пов'язані із ними).
2. Уникнення зовнішніх нагадувань, таких як місця, люди чи ситуації, які викликають тривожні спогади, думки чи почуття щодо травматичної події чи тісно пов'язані з ними.

Д. Негативні зміни в пізнанні та настрої, пов'язані з травматичною подією, що почалися або погіршилися після того, як подія відбулася, що підтверджується двома (або більше) з таких критеріїв:

1. Нездатність згадати важливі деталі травми через дисоціативну амнезію.
2. Постійні й перебільшені негативні переконання щодо себе, інших або світу (наприклад, «я ні на що не здатен», «світ небезпечний»).
3. Викривлені уявлення про причини події, що спричиняють почуття провини чи звинувачення себе або інших.
4. Стійкі негативні емоції, такі як страх, сором чи гнів.
5. Втрата інтересу до значущої діяльності.
6. Почуття відчуженості від інших.
7. Нездатність відчувати позитивні емоції, наприклад, радість чи любов.

Е. Помітні зміни збудження та реактивності, пов'язані з травматичною подією, які почалися або погіршилися після цієї події, що підтверджується двома (або більше) із таких критеріїв:

1. Спалахи гніву або дратівливості без явних причин.
2. Ризикована або саморуйнівна поведінка.
3. Підвищена настороженість.
4. Посилена реакція на несподівані подразники.

5. Проблеми з концентрацією уваги.

6. порушення сну, наприклад, труднощі із засинанням або неспокійний сон.

F. Тривалість порушення (критерії B, C, D і E) понад місяць.

G. Розлад спричиняє клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

H. Порушення не пов'язане з фізіологічним впливом речовини (наприклад, ліків, алкоголю) або іншим медичним станом [11].

Є кілька варіантів перебігу ПТСР. Відносно менш загрозливими формами ПТСР вважаються: парціальний ПТСР; випадки, коли допомогу починають надавати в перші дні або протягом першого місяця після травми; ПТСР у пацієнтів із сильною соціально-психологічною підтримкою; ПТСР у дорослих без супутніх соматичних чи психічних розладів; а також некомплексний ПТСР [11].

До умовно небезпечних варіантів перебігу ПТСР належать: комплексна форма розладу; випадки, коли допомога починається лише через кілька місяців після травматичної події; ПТСР у пацієнтів із низьким рівнем соціально-психологічної підтримки; поєднання ПТСР у дорослих із такими супутніми соматичними або психічними розладами, як алекситимія, психічна анестезія, дисоціативні прояви (деперсоналізація чи дереалізація), травматичні ушкодження, зокрема легкі черепно-мозкові травми, а також постопераційний фантомний біль. [39].

Через тривалі травматичні події та хронічний дистрес також збільшується рівень депресії та тривоги. За оцінками дослідників, на депресію страждають 3,8% населення, включаючи 5% дорослих (4% чоловіків і 6% жінок) і 5,7% людей віком понад 60 років. У світі депресію переживають близько 280 мільйонів осіб. Щороку понад 700 тисяч людей закінчують життя самогубством. Самогубства посідають четверте місце серед провідних причин смертності у віковій групі 15-29 років [44].

Незважаючи на доступність перевірених і дієвих підходів до лікування психічних розладів, понад 75% населення в країнах із низьким та середнім рівнем доходу залишаються без жодної допомоги і лікування [45].

За оцінками, на сьогодні тривожними розладами страждає приблизно 4% населення світу. У 2019 році кількість людей із тривожними розладами у світі оцінювалася на рівні 301 мільйона осіб, що робить ці розлади найбільш поширеною категорією психічних розладів [43].

Попри наявність надзвичайно ефективних методів лікування тривожних розладів, лише чверть (27,6%) осіб, які потребують допомоги, отримують її [42]. Перешкодами для отримання лікування є недостатня обізнаність про можливості терапії, брак фінансових інвестицій у розвиток психіатричної допомоги, дефіцит кваліфікованих медичних фахівців та соціальна стигматизація таких станів [42].

З емоційними порушеннями, що виникають внаслідок впливу екстремальних подій, у пацієнтів часто спостерігається поєднання симптомів тривоги та депресії. Це дозволяє стверджувати, що депресія і тривога є частинами єдиного континууму, який визначається тривалістю стресу. Обидва розлади виникають через подібні порушення у функціонуванні нейрофізіологічних систем, що й пояснює високий рівень їх коморбідності. Зазвичай ці порушення проявляються у чотирьох клінічних комбінаціях:

- тривожний розлад з депресивними симптомами,
- монополярна депресія з мінімальним рівнем тривожності,
- субсиндромальне проявлення обох розладів.

У випадку останнього МКХ 10 та МКХ 11 пропонують діагностувати «змішаний тривожний і депресивний розлад», а за наявності стресових подій – «розлад адаптації». Кожна з цих клінічних форм характеризується більш тяжким перебігом хвороби, підвищеним ризиком суїцидальності, смертності, резистентністю до лікування та серйознішим впливом на якість життя, ніж окремі депресивні або тривожні розлади. Враховуючи високу частоту

коморбідності цих захворювань, при появі у пацієнта симптомів, спільних для депресії і тривоги, варто визначити тяжкість кожного з них. При рівній тяжкості особливу увагу слід приділяти депресії через її більшу загрозу для життя. Клінічні симптоми депресії та тривоги мають як спільні, так і відмінні риси. Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів (DSM 5) пропонує певні критерії для встановлення діагнозу [38].

Діагноз депресії ставлять, коли пацієнт має 25 симптомів (зокрема, щонайменше 1 з 2 перших) практично щодня та більшу частину дня протягом не менше 2 тижнів:

- депресивний настрій;
- втрата інтересу до майже всіх справ та/або відсутність задоволення від них;
- зміни апетиту (посилення чи послаблення) або суттєве зменшення (не пов'язане з дієтою) чи збільшення маси тіла (на 25% за місяць);
- безсоння чи надмірна сонливість;
- психомоторне збудження чи загальмованість;
- відчуття втоми або втрата енергії;
- почуття власної нецінності або безпідставне відчуття провини;
- погіршення концентрації, труднощі з ухваленням рішень або зниженням здатності мислити;
- повторювані думки про смерть;
- повторювані суїцидальні думки без чіткого плану, спроби самогубства або наявність плану щодо цього.

Під тривогою розуміють відчуття надмірної тривоги та переживання (тривожні очікування), спричинені різними подіями чи діяльністю і тривають більшість часу ≥ 6 міс.

Тривога й переживання пов'язані з ≥ 3 із таких симптомів:

- відчуття неспокою, роздратованість або нервові збудження;
- швидка втомлюваність;

- складнощі з концентрацією уваги, відчуття «порожнечі» в голові;
- дратівливість;
- м'язове напруження;
- розлади сну;
- дистрес або проблеми в соціальній, професійній та інших сферах життя [11].

Таким чином, можна виділити такі основні загальні симптоми, які відповідають емоційним та поведінковим розладам у ветеранів:

1. Сильне реагування на незначні подразники.
2. Настороженість, очікування небезпеки.
3. Емоційна холодність.
4. Підвищена агресія, агресивна поведінка.
5. Депресія.
6. Підвищена тривожність.
7. Порушення пам'яті та концентрації уваги.
8. Немотивовані напади злості, які можуть супроводжуватися руйнівною поведінкою.
9. Зловживання ПАР та алкоголем.
10. Нав'язливі спогади, думки, сни(кошмари).
11. Наявність флеш-беків.
12. Проблеми зі сном.
13. Суїцидальні думки та спроби.
14. Почуття провини «вижившого».

З даного переліку видно, що емоційний стан ветерана знаходиться у тісному зв'язку з поведінкою, а негативні поведінкові реакції у ветеранів є одним із симптомів пережитих військових травматичних подій [11].

1.2. Проблема зловживання алкоголем у демобілізованих учасників бойових дій

Вживання алкоголю та наркотичних речовин військовослужбовцями є табуйованою темою, проте поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР) є серйозною проблемою, що неодноразово відзначалася керівництвом Міністерства Оборони України.

Основними проблемами колишніх комбатантів є страх (57%), демонстративність поведінки (50%), агресивність (58,5%) і підозрілість (75,5%) [37].

До поведінкових особливостей бійців відносяться конфліктність в сім'ї, з родичами, колегами по роботі, спалахи гніву, що пов'язано з емоційною напруженістю, підвищеною дратівливістю і агресивністю, нападами страху і тривоги. Все це супроводжується важкими внутрішніми переживаннями, які досить часто бійці намагаються заспокоїти за допомогою ПАР, зокрема алкоголем [33].

Алкоголь у малих та середніх дозах має анксиолітичні та антидепресивні властивості: він знижує рівень тривоги, напруги і страху, а також підвищує відчуття розслаблення і покращує настрій. На перший погляд, алкоголь може здаватися ідеальним засобом для боротьби зі страхом і стресом під час бойових дій, а також для покращення психоемоційного стану військових. Це стало причиною заохочення його вживання в деяких арміях або в специфічних ситуаціях (наприклад, перед безпосередніми бойовими діями) протягом історії війн. [15]. Проте на даний час використання такої практики не є доцільним, оскільки алкоголь серед військових вживається у великих кількостях та має негативні наслідки як для соматичного, так і для психічного здоров'я бійця.

За дослідженням О.В. Бараненко та М.Н. Лісної було вивчено особливості рівня та стилю споживання алкоголю в учасників АТО, які перебували на лікуванні в КЗОЗ «Обласний шпиталь для інвалідів війни»

м. Харків. Виявлено досить велику кількість осіб (40%) з високим ризиком формування психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю. Зроблено висновок про нагальну потребу у консультуванні щодо шкідливих наслідків вживання алкоголю та необхідності обмежити його вживання у переважній кількості комбатантів (можливо, за винятком тих, що за певними умовами не вживають алкоголь взагалі [3; 4].

Алкоголізм (хронічний алкоголізм, хронічна алкогольна інтоксикація, алкогольна хвороба, алкогольна токсикоманія, етилізм) – прогресивне захворювання, яке характеризується патологічним потягом до вживання спиртних напоїв, розвитком абстинентного (похмільного) синдрому при припиненні вживання алкоголю, а в подальшому – появою стійких сомато-неврологічних розладів і психічної деградації [3; 4].

Важливою ознакою алкоголізму є патологічний потяг до алкогольного сп'яніння. Згідно МКХ-11, алкоголізм розглядається як хвороба, що характеризується синдромом залежності від алкоголю, тобто потребою (сильною чи непереборною) його вживання [20].

Згідно з DSM-5, симптоми розладів вживання алкоголю, що спостерігаються протягом 12 місяців, включають:

1. Алкоголь вживають у більших кількостях або протягом більш тривалого періоду, ніж планувалося.
2. Постійне бажання або неуспішні спроби зменшити або контролювати споживання алкоголю.
3. Значна частина часу витрачається на отримання алкоголю, його вживання або відновлення після його впливу.
4. Непереборний потяг або сильне бажання вживати алкоголь.
5. Повторне вживання алкоголю, що заважає виконанню важливих обов'язків на роботі, навчанні чи вдома.
6. Продовження вживання алкоголю, незважаючи на соціальні або міжособистісні проблеми, які виникають або посилюються через його вплив.

7. Зменшення участі в важливих соціальних, професійних або розважальних заходах через вживання алкоголю або відмову від них.

8. Повторне вживання алкоголю в ситуаціях, що становлять фізичну небезпеку.

9. Продовження вживання алкоголю, попри усвідомлення фізичних чи психологічних проблем, ймовірно спричинених або загострених алкоголем.

10. Збільшення толерантності, що проявляється у:

a. потребі в значно більшій кількості алкоголю для досягнення бажаного ефекту;

b. значному зменшенні ефекту при збереженні того ж рівня споживання.

11. Симптоми абстиненції при припиненні вживання алкоголю [11].

Зловживання алкоголем призводить до залежності та серйозних проблем зі здоров'ям, які можуть стати причиною передчасної смерті. У поведінковому аспекті, після тривалого або надмірного вживання алкоголю його стимулююча дія припиняється, викликаючи сонливість, уповільнення реакцій і мислення. Початкове відчуття сміливості поступово змінюється на неконтрольовану агресію, депресивні стани, схильність до замкнутості та ізоляції від соціуму, що при загостренні травматичної ситуації унеможливорює критичне сприйняття дійсності і досить часто призводить до суїцидальних спроб та суїциду, або до спроб самоствердження («геройстві») за допомогою ризикової поведінки, та піддають ризику смерті власне життя та життя інших бійців [5].

Втрата самоконтролю у військових, які перебувають у стані алкогольного сп'яніння, часто призводить до порушення дисципліни, актів непокори та навіть кримінальних дій. Варто також зазначити, що зловживання алкоголем серед військовослужбовців нерідко є спробою приховати страх перед можливими стресовими ситуаціями. Такі військові усвідомлюють власні обмеження, намагаються їх замаскувати та завжди самі намагаються уникати діяльності, яку не здатні виконати [8].

Основні негативні наслідки зловживання алкоголем часто пов'язані з агресивною і руйнівною поведінкою бійця призводить до втрати діяльності, роботи та соціальних зав'язків; погіршенню стосунків в сім'ї та підвищеним рівнем розлучень; розвитком психічних розладів чи ускладнення протікання вже наявних – ПТСР, депресія, тривога; розвитком соматичних захворювань, пов'язаних з постійною інтоксикацією алкоголю на організм (токсичний гепатит, цироз печінки, панкреатит, виразкові захворювання шлунково-кишкового тракту, хронічні кровотечі судин стравоходу, алкогольна енцефалопатія); передчасної смерті та суїциду [9; 10].

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

В результаті проведеного теоретичного аналізу вітчизняних і зарубіжних досліджень проблеми психічного здоров'я демобілізованих учасників бойових дій з питань емоційних та поведінкових розладів, встановлено значну поширеність таких проблем як депресія, тривога, ПТСР та зловживання алкоголем серед учасників бойових дій та важливе їх значення для окремого бійця, його родини та близького оточення, а також для всієї країни та її обороноздатності.

В результаті впливу екстремальних подій на ментальне здоров'я учасників бойових дій розвиток емоційних та поведінкових розладів сягає високих показників та потребує психологічного втручання на всіх рівнях організації – від родини до суспільства в цілому. Маючи ці розлади (депресія, тривога та ПТСР) учасники бойових дій підсвідомо прагнуть застосовувати копінг-стратегії, такі як зловживання алкоголем та психоактивними речовинами, для зниження впливу стресогенної ситуації на психічне здоров'я або пом'якшення симптомів, що в результаті призводить до оберненого ефекту і ще більше ускладнює ситуацію. Тривале вживання алкоголю може спричинити розвиток психічних порушень таких як біполярний розлад, параноїдний розлад, шизофренія в бійців та загострити первинні депресивні та тривожні розлади, ПТСР.

Вище зазначене зумовило більш детальне вивчення психоемоційного стану демобілізованих учасників бойових дій, які приймали участь в бойових діях країни та створення програми психологічної підтримки, яка б враховувала описані вище проблеми.

Таким чином, вище описані емоційні та поведінкові розлади в учасників бойових дій потребують кваліфікованого медико-психологічної допомоги та ефективних методів втручання з метою лікування чи

профілактики таких наслідків бойових дій як депресія, тривога, ПТСР та зловживання алкоголем.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Методичні засади емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження складається із двох етапів: констатувального та формувального експериментів. Попередній етап констатувального експерименту полягав у підборі психодіагностичного інструментарію, що відповідає меті дослідження, а саме вивчення стану психічного здоров'я демобілізованих учасників бойових дій. На формувальному етапі – створення програми тренінгу та аналіз ефективності тренінгу відновлення психологічної стійкості демобілізованих учасників бойових дій.

Дослідження психічного здоров'я учасників бойових дій проводилося в кілька послідовних етапів, кожен з яких включав виконання специфічних емпіричних завдань. На першому та другому етапах констатувальної частини дослідження застосовувалися різні науково-психологічні та статистичні методи. Розглянемо переваги кожного з них у контексті нашого дослідження.

Основною перевагою методу опитування було те, що він дозволяв досліджувати респондентів за короткий час. Використання цього методу дало змогу виявити різні аспекти психічного здоров'я ветеранів.

Завданням першого етапу констатувальної частини було розподілено на кілька підзавдань:

- попередній відбір діагностичних інструментів через аналіз психодіагностичної літератури;
- вибір та апробація психодіагностичних методик, які найбільш відповідають меті дослідження;
- формування остаточної батареї психодіагностичних методик для емпіричного дослідження.

Отже, на першому етапі була проведена перевірка відібраних методик для уточнення психологічного інструментарію.

2.2. Опис психодіагностичних методик емпіричного дослідження

Для вирішення психодіагностичних завдань дослідження до анкети увійшли: опитувальник симптомів ПТСР (PCL-M), госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), опитувальник оцінки вживання алкоголю АУДИТ (AUDIT).

Застосовували методику **PCL – М (військова версія), власне шкалу самооцінки наявності ПТСР**. Бланк подаємо у додатках (див. Додаток А - Тест 1). Ця шкала була розроблена Національним Центром PTSD, Бостон, США в 1993 році. PCL-M – шкала самооцінки базується на критеріях DSM-IV та складається із послідовних 17 пунктів – ознак ПТСР; питання стосуються травматичного (стресового) військового досвіду. Учасники оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого (останнього) місяця. Таким чином, діапазон оцінки може перебувати у межах від 17 до 85 балів. Не зважаючи на те, що самооцінкові шкали не слід використовувати для постановки формального діагнозу, саме PCL є добрим діагностичним інструментом. Weathers та інші (1993) рекомендують його використовувати та вказують, що межі від 50 балів і вище є оптимальним показником для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР пост-комбатанта. Водночас альтернативна стратегія підрахунку полягає в тому, щоб використовувати окремі пункти у відповідності до критеріїв DSM-IV. Наприклад, для підозри ПТСР необхідно, щоб було відмічено не менше як на рівні 3 одне із питань діапазону 1-5, не менш як 3 серед питань 6-12, і мінімум 2 серед питань 13-17. Пропонується граничний бал 3 або більше для кожного пункту – як найбільш відповідний для цього підходу [46].

Для заповнення опитувальника потрібно 5-10 хвилин. Після того, як пацієнт відповів на всі запитання, фахівець підраховує загальну суму балів. Інтерпретація результатів методики відбувається наступним чином:

1. Визначається вираженість усіх симптомів (від 17 до 85 шляхом підраховування суми відповідей на всі запитання опитувальника).
2. Попередній діагноз ПТСР може бути поставлено, якщо досліджуваний на кожен пункт опитувальника ставить оцінку від 3 до 5.
3. Обробка результатів:
 - 0-34 бали-відсутні ознаки ПТСР;
 - 35-50 балів- мають окремі симптоми ПТСР;
 - 51-85 балів – клінічно виражений ПТСР.

Із метою реєстрації ознак тривоги та депресії застосували «Госпітальну шкалу тривоги і депресії (HADS)», бланк якої представлено в додатках (див. Додаток Б - Тест 2). Шкала розроблена A.S. Zigmond і R.P. Snaith у 1983 р. (адаптація А.В. Андрущенко у 2003) для виявлення та оцінки важкості депресії і тривоги в умовах загально-медичної практики. Переваги даної методики полягають у простоті застосування і обробки (заповнення Шкали зазвичай триває 2-5 хвилин), що дозволяє рекомендувати її до використання у загально-соматичній практиці для первинного виявлення тривоги і депресії у пацієнтів. Опитувальник застосовується для осіб віком від 17 років [23].

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) містить 14 пунктів – 7 на наявність депресивної симптоматики та 7 на наявність тривожної симптоматики, кожному з яких відповідає 4 варіанти відповідей, що відображають ступінь наростання відповідної депресивної чи тривожної симптоматики [46].

При розробці шкали автори виключили симптоми тривоги та депресії, які могли б бути інтерпретовані як ознаки соматичних захворювань (наприклад, запаморочення, головний біль тощо). Пункти субшкали депресії

були відібрані з переліку скарг, що найчастіше зустрічаються у пацієнтів, і здебільшого відображають психічні аспекти депресивного розладу. Пункти субшкали тривоги були сформовані на основі відповідної секції стандартизованого клінічного інтерв'ю Present State Examination (PSE) та переважно відображають психологічні прояви тривоги [46].

Дослідження показали, що наявність в анамнезі загрози життю пацієнта позитивно корелює з симптомами тривоги, тоді як симптоми депресії більшою мірою пов'язані з психологічними характеристиками пацієнтів, такими як інтровертованість, песимізм та інші. У випадку ПТСР спостерігається виражена тривога (більше 11 балів) і межовий чи клінічно виражений стан депресії (більше 8 балів) [56].

Обробка результатів:

0-7 балів – Норма (відсутність достовірно виражених симптомів);

8-10 балів – Субклінічно виражена тривога/депресія (межовий стан);

11-15 балів – Помірно виражена тривога/депресія;

16 балів і вище – Важка форма тривоги/депресії.

Опитувальник оцінки вживання алкоголю АУДИТ (AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test), бланк тесту представлено в додатках (див. Додаток В - Тест 3). Тест AUDIT був розроблений Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) і вже понад 30 років використовується як скринінговий інструмент для виявлення порушень, пов'язаних з вживанням алкоголю. Він складається з 10 питань з варіантами відповідей. Для проходження тесту необхідно вибрати один з варіантів відповіді на кожне питання та записати відповідний бал. Потім усі бали підсумовуються і порівнюються з оцінковою шкалою тесту [19].

Обробка результатів:

Шкала оцінки тесту AUDIT.

1-7 балів - Безпечне вживання алкоголю (ризик алкоголізму мінімальний), якщо людина споживає не більше 2-х порцій алкоголю на день (це 0,5 л пива=300 мл вина=50-60 г горілки), і п'є не частіше 5 разів на тиждень.

8-15 балів - Небезпечне споживання алкоголю (сталий тип споживання), що несе з собою високий ризик майбутнього збитку здоров'ю, який ще не привів до залежності; Вас критикують і не схвалюють інші люди, що іноді призводять до соціальних наслідків типу домашніх конфліктів, фінансових труднощів і запізень на роботу.

16-19 балів - Шкідлива споживання алкоголю, він завдає шкоди Вашому фізичному і психічному здоров'ю. Стадія остаточного формування синдрому абстиненції (похмілля). Поява короткочасних запоїв з випаданням з нормального ходу життя. Вас часто критикують оточуючі за несприятливі соціальні наслідки, різного виду.

20 балів і вище - Синдром алкогольної залежності. Алкоголь зайняв центральне місце у Вашому житті. У Вас виражена психічна і фізична залежність. Такий стан характеризується наявністю тяги до випивки, неконтрольованого вживання алкоголю, порушенням здатності контролювати початок, припинення і рівень використання алкоголю, а також поверненням до вживання після періоду стриманості і відновленням колишнього рівня випивки.

Також ми застосовували класичні психологічні методи дослідження, що застосовуються у клінічній практиці. Бесіда дала змогу отримати суб'єктивну інформацію від пацієнта. Зазвичай цей метод проводиться з пацієнтом та його родичами для встановлення контакту, визначення основних скарг, які були висловлені пацієнтом або його близькими, а також для оцінки мотивації та емоційного стану хворого. Завдяки бесіді ми змогли з'ясувати побажання пацієнта щодо його власної реабілітації. Вище ми зазначали, що запитання методик ввели у анкету. До анкетування ми ставимося як до процесу збору

первинних матеріалів антропоморфного, соціального і економічного характеру.

Ми розробили спеціальну анкету (ІКУ – індивідуальна картка учасника), в яку були включені питання про:

- Стать учасника,
- Вік учасника,
- сімейний стан учасника,
- діяльність (наявність чи відсутність роботи),
- наявність дітей в учасника.

А також питання для уточнення інформації професійного характеру:

- чи приймав він участь в бойових діях,
- тривалість його перебування у зоні бойових дій,
- чи отримував психологічну допомогу раніше (див. Додаток Б).

Методи математичної статистики застосовувалися у контексті загальної статистичної обробки матеріалів – знаходження основних статистичних числових сукупностей, оцінки достовірності отриманих даних та порівняння середніх значень. Для обробки результатів дослідження використовувались програма Microsoft Excel.

Під час констатувального експерименту було опитано учасників, тобто проведений збір анамнестичних даних, клінічне обстеження та діагностика психоемоційного стану учасників емпіричного дослідження.

В дослідженні взяли участь 50 осіб чоловічої статі, які є демобілізованими учасниками бойових дій віком від 25 до 51 років. Отже, вибірку склали учасники бойових дій, які направлялися через ветеранські організації або через самозвернення до закладу, де їм надавалась психологічна допомога.

Під час першої зустрічі із психологом, з учасником проводилась індивідуальна бесіда, заповнювали індивідуальну картку учасника, потім видавалися бланки тестових завдань (для дослідження психічного статусу та

наявність ризику зловживання алкоголем), які учасник заповнював самостійно. Дані психічного статусу та результати тестів заносилися до індивідуальної картки учасника. Після чого дані переносились в електронну базу даних, створену спеціально для проведення даного дослідження.

2.3. Аналіз та інтерпретація отриманих результатів

Під час проведення дослідження було проведено порівняльний та описовий аналіз між соціально-демографічними показниками та наявністю депресивних, тривожних розладів та ПТСР. В дослідженні прийняли участь 50 осіб чоловічої статі, які є демобілізованими учасниками бойових дій. Результати дослідження представлені у наступних таблицях цього розділу.

Таблиця 2.1

Віковий розподіл учасників

№	Вік	Кількість	№	Вік	Кількість
1	25	1	12.	39	2
2	26	1	13.	40	6
3	27	2	14.	41	2
4	28	2	15.	42	2
5	29	4	16.	43	2
6	30	3	17.	44	1
7	31	2	18.	45	3
8	32	4	19.	46	1
9	33	2	20.	47	2
10	37	1	21.	48	4
11	38	2	22.	51	1

Таким чином, ми можемо побачити, що найбільше учасників (6) перепадає на вік 40 років (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.2

Віковий розподіл за 10-річчями

№	Вікова група	Кількість
1.	21-30 років	13
2.	31-40 років	19
3.	41-50 років	17
4.	51-60 років	1

Згідно 10-річного розподілу (див. табл. 2.2) група 31-40 років має найбільшу кількість учасників – 19 чоловік, а найменша кількість учасників у групі 51-60 років – 1 чоловік. Середній же вік у групі становить 37,36 роки.

У вибірці також оцінювали сімейний стан і наявність дітей в учасників, так як це часто є головним ресурсом для відновлення психоемоційного стану.

Отже, 25 чоловік неодружені і не мають дітей, 4 чоловіка неодружені і мають дітей, 10 чоловік розлучені і мають дітей від 1 до 5 дітей, 1 чоловік розлучений і не має дітей, одружені 48 чоловіка і мають дітей, 5 одружені і не мають дітей. Дані наведені в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Порівняння сімейного стану та наявності дітей в учасників

№	Кількість учасників	Сімейний стан	Наявність дітей
1.	11	неодружені	Немає
2.	3	неодружені	Мають
3.	5	розлучені	Мають
4.	3	цивільний шлюб	Мають
5.	26	одружені	Мають
6.	2	одружені	Немає

З таблиці 2.3 видно, що більшість учасників групи (31 особа з 50) мають постійні стосунки, а саме перебувають в офіційному чи цивільному шлюбі, що може вказувати на стабільні взаємовідносини та наявність підтримки від партнера.

37 з 50 учасників мають дітей, що може слугувати важливим мотивуючим фактором для покращення здоров'я та відновлення.

14 осіб є неодруженими, з яких лише 3 мають дітей, що вказує на відсутність стабільних взаємовідносин або менш стабільну підтримку з боку родини.

5 осіб з 50 є розлучені та мають дітей, що може свідчити про додаткову мотивацію учасників та можливість отримати підтримку від родичів або колишніх партнерів через процес батьківських стосунків.

Лише 13 осіб з 50 не мають дітей, що може означати менш інтенсивний рівень відповідальності перед родиною. Також такі учасники можуть мати менше мотивації для роботи над собою.

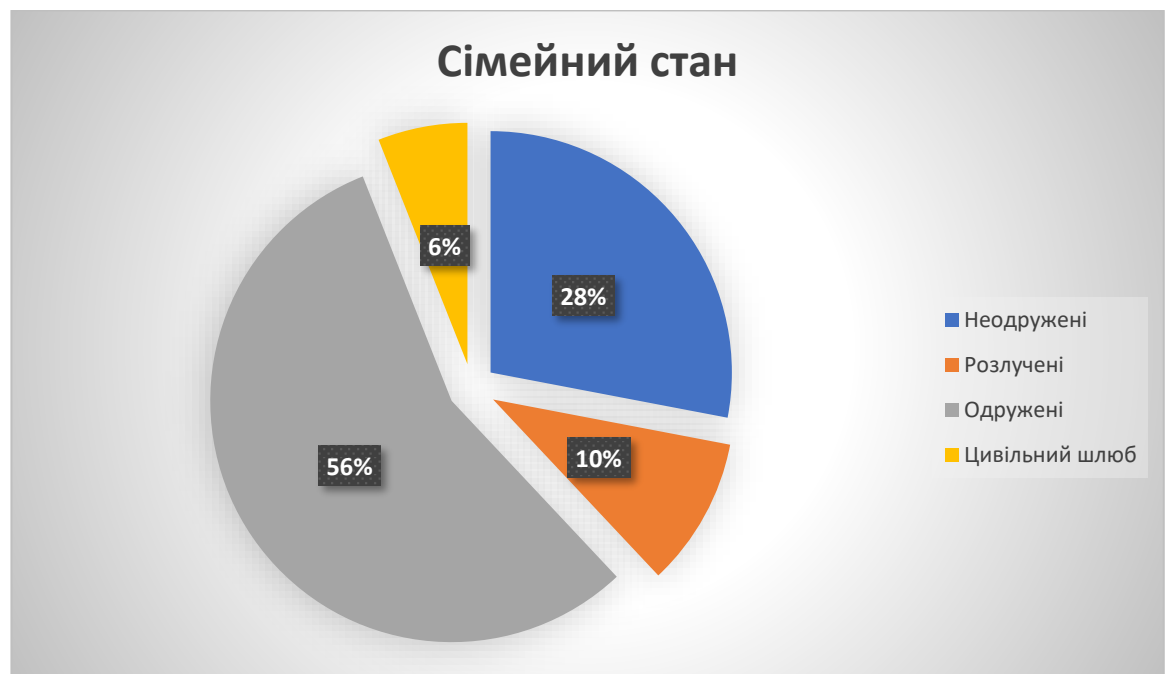


Рис. 2.1. Сегментограма відсоткового співвідношення за сімейним станом

У вибірці оцінювалися показники наявності діяльності в учасників, а саме наявність чи відсутність офіційної або неофіційної роботи чи інших

джерел забезпечення (пенсія чи інші соціальні виплати), які приносять дохід для визначення зайнятості учасника. Дані наведено в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Наявність діяльності учасників

№	Діяльність	Кількість
1.	Мають роботу, працюють	14
2.	Не мають роботи, не працюють	26
3.	Не працюють, пенсіонер	6
4.	Не працюють, мають соціальні виплати	4

З 50 осіб 26 не мають роботи. Відсутність діяльності може підвищувати рівень тривоги, стресу, переживань, соціальної ізоляції та негативно впливати на самооцінку чоловіка і ще більше погіршувати його психоемоційний стан.

З 50 учасників лише 14 осіб мають роботу, що свідчить про почуття впевненості, соціальної інтеграції та самореалізації, та є важливими факторами для кращого психоемоційного відновлення цих чоловіків.

З 50 осіб 6 є пенсіонерами. Для цих чоловіків можуть бути ризики для психічного здоров'я, пов'язані з ізоляцією та відсутністю мети. У пенсіонерів, особливо якщо вони ведуть менш активний спосіб життя, можуть виникати перешкоди для відновлення психоемоційного стану, пов'язані з ізоляцією та відсутністю мети.

З 50 осіб 4 отримують соціальні виплати, що вказує на нестабільність у фінансовому аспекті та може стати джерелом тривоги, що також додатково може погіршувати їхній психологічний стан.

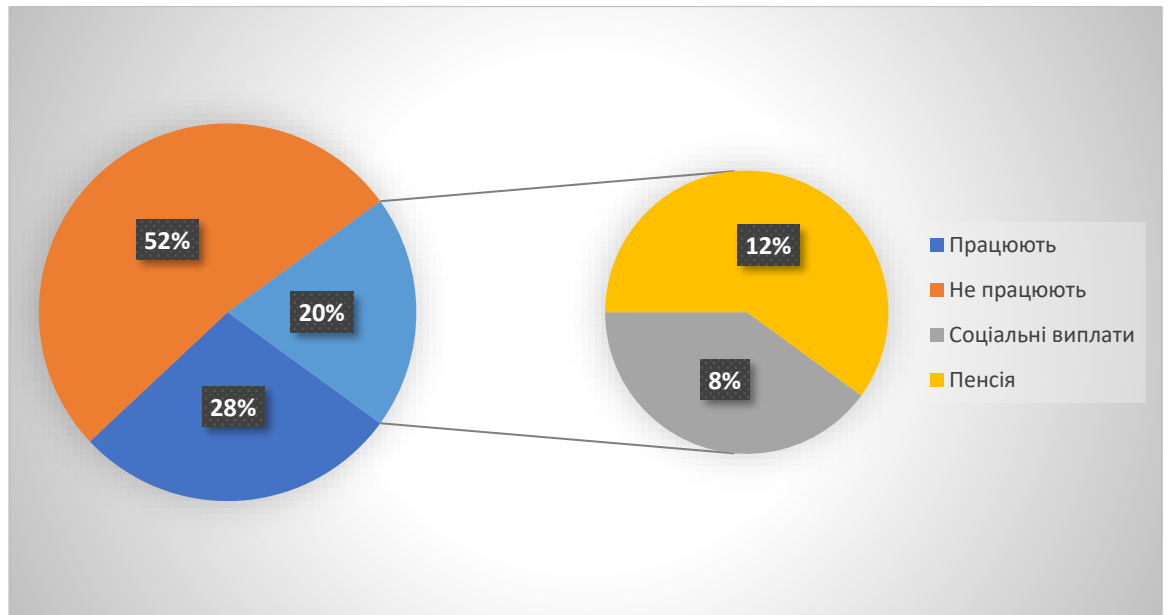


Рис. 2.2. Сегментограма розподілу за забезпеченістю

З рис. 2.2. видно, що менша частина учасників працюють і мають стабільний дохід – 28%, більша частина не працює – 72%, з них живуть на державному забезпеченні (пенсія, соціальні виплати) – 20%.

У вибірці учасників оцінювалася тривалість перебування в зоні бойових дій. Тривалість перебування в зоні бойових дій становила від 1 до 36 місяців. Середня тривалість перебування в зоні бойових дій становить 11,55 місяців.

Таблиця 2.5

Тривалість перебування в зоні бойових дій учасників групи

№	Тривалість перебування в зоні бойових дій	Кількість осіб
1	0- 6 місяців	12
2	7-12 місяців	24
3	13-18 місяців	12
4	18-24 місяців	1
5	25-31 місяців	1

За тривалістю перебування найбільша кількість осіб, а саме 24 чоловіка перебували в зоні бойових дій від 6 місяців до 1 року.

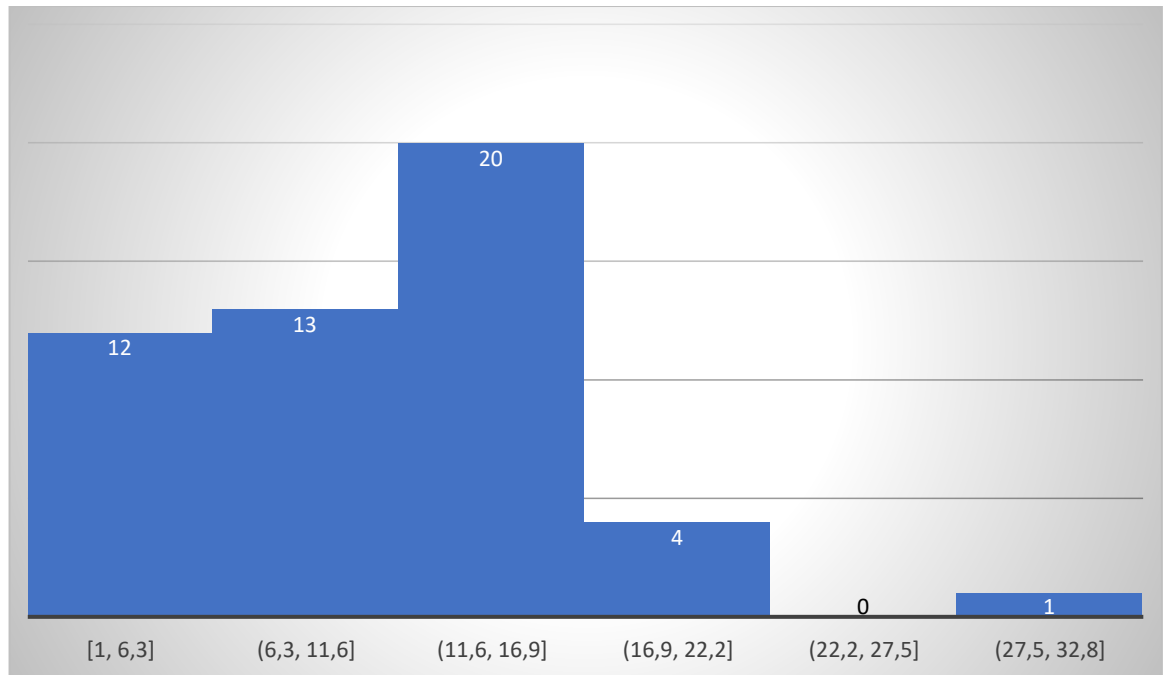


Рис.2.3. Гістограма тривалості перебування учасників в зоні бойових дій

У вибірці учасників оцінювали наявність роботи з психологом до приїзду на психологічну реабілітацію. З 50 учасників дослідження 29 учасників не мали досвіду роботи з психологом, а 21 учасників мали роботу з психологом.

Враховуючи, що більшість учасників (29 з 50) не мали досвіду роботи з психологом, то можна припустити, що, вони не мають навичок емоційного самоконтролю з подолання стресу, тому можуть демонструвати більший рівень тривожності, напруження та стресових реакцій в процесі групової роботи та їх процеси включення в групову роботу будуть проходити гірше.

Ті учасники (21 з 50), які вже мав досвід роботи з психологом, можуть легше включатися у групову роботу, та є ймовірність, що вони мають базові навички емоційної саморегуляції та можуть екологічно виражати свої емоції.

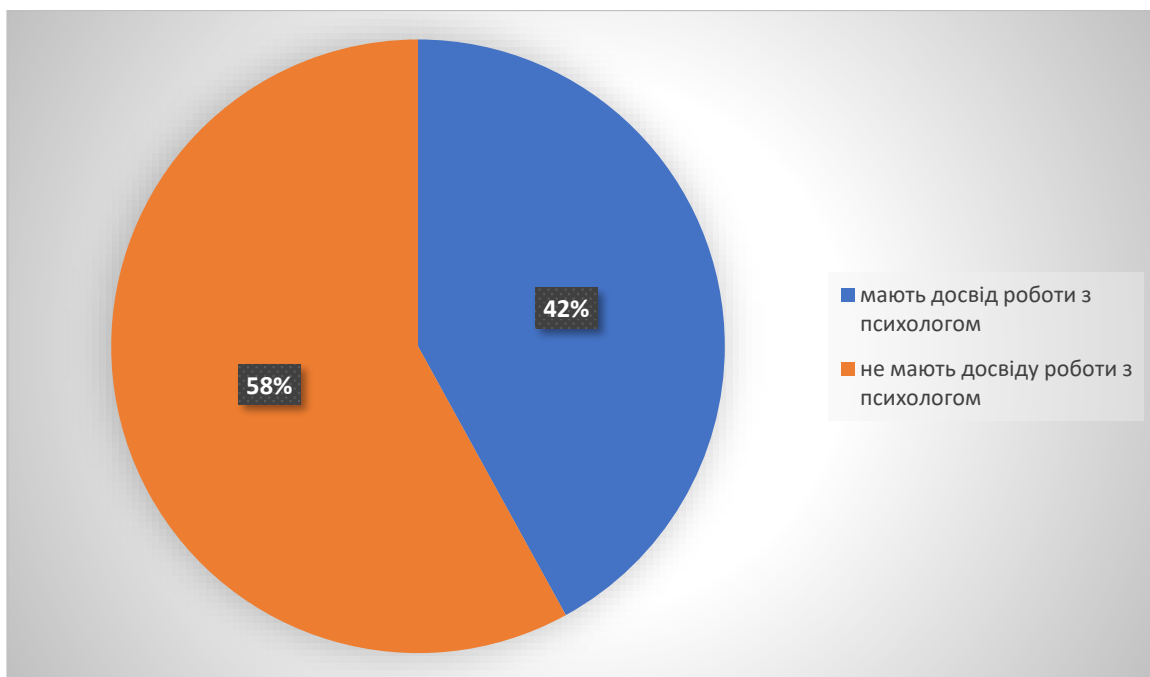


Рис.2.4. Сегментограма співвідношення учасників за наявністю попереднього досвіду роботи з психологом

Дослідження наявності тривоги в учасників за шкалою HADS показало наступні результати.

Таблиця 2.6

Показники тривоги в учасників групи

№	Шкала тривоги HADS	% показник	Кількісний показник
1.	Відсутність тривоги	62%	31
2.	Субклінічно виражена тривога	24%	12
3.	Клінічно виражена тривога	10%	5
4.	Важка форма тривоги	4%	2

Середній рівень показника тривоги в групі дорівнює 6,32.

Цікаво, що у ході ведення клінічної бесіди із пацієнтами, вони самі чітко фіксували свої симптоми тривоги чи їхню відсутність, лише частина потребувала тривалого пояснення щодо того, яким чином вони б могли переживати тривожні стани.

Серед пацієнтів були такі, які наполегливо описували чужі симптоми тривоги і лише за умови зауваження психолога та рамкування звертали увагу на власний стан.

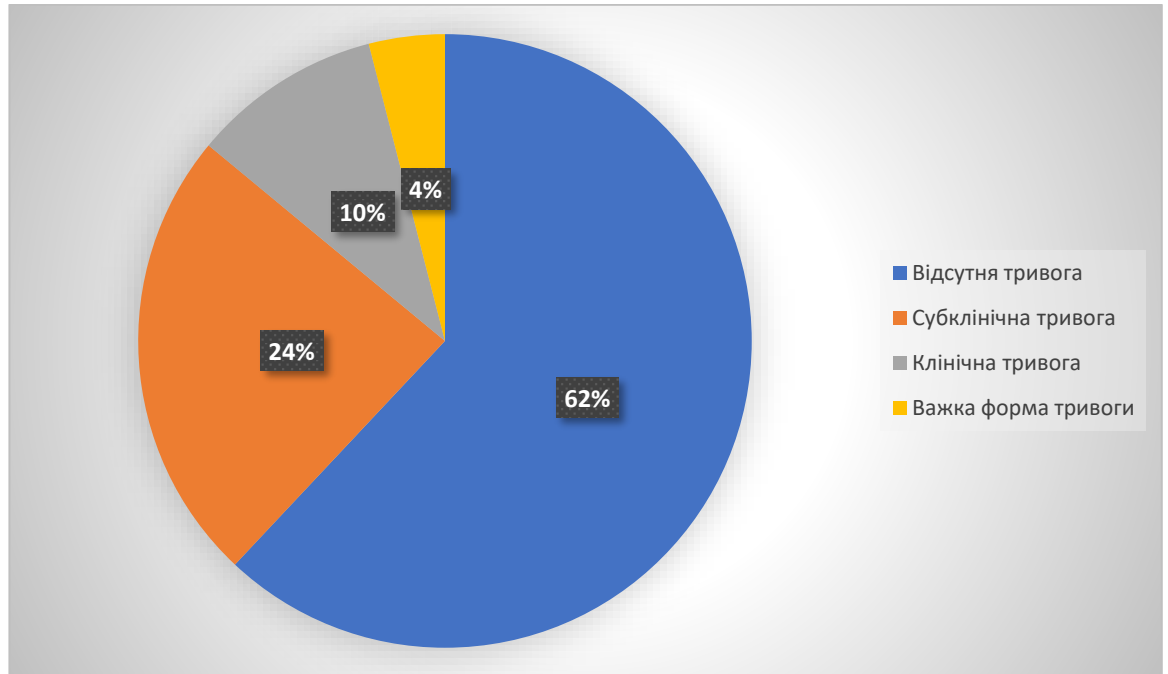


Рис. 2.5. Сегментограма наявності тривоги в учасників групи

31 особа з 50 (62%) не мають симптомів тривоги, що свідчить про стабільний психоемоційний стан більшості учасників. Це свідчить про низький рівень стресу та тривоги серед значної частини групи.

12 осіб з 50 (24%) мають субклінічно виражену тривогу, що вказує на наявність деяких симптомів, які ще не мають рівня клінічного значення.

5 осіб з 50 (10%) мають клінічно виражену тривогу, що свідчить про виражені симптоми, які мають вплив на психічний стан та якість життя. Таким чоловікам окрім психологічної підтримки рекомендовано консультацію психіатра для призначення медикаментозного лікування.

2 особи з 50 (4%) мають важку форму тривоги, що свідчить про серйозний рівень тривожних симптомів, який потребує поєднання медикаментозного лікування та психотерапевтичної допомоги.

При дослідженні наявності ознак депресії в учасників за шкалою HADS було виявлено, що з 50 учасників 17 учасників мають різний ступінь прояву депресії – від субклінічної до клінічно вираженої форми.

Таблиця 2.7

Показники депресії в учасників групи

№	Шкала депресії HADS	% показник	Кількісний показник
1.	Відсутність депресії	65%	33
2.	Субклінічно виражена депресія	27%	13
3.	Клінічно виражена депресія	4%	2
4.	Важка форма депресії	4%	2

Середній рівень показника тривоги в групі дорівнює 5,56.

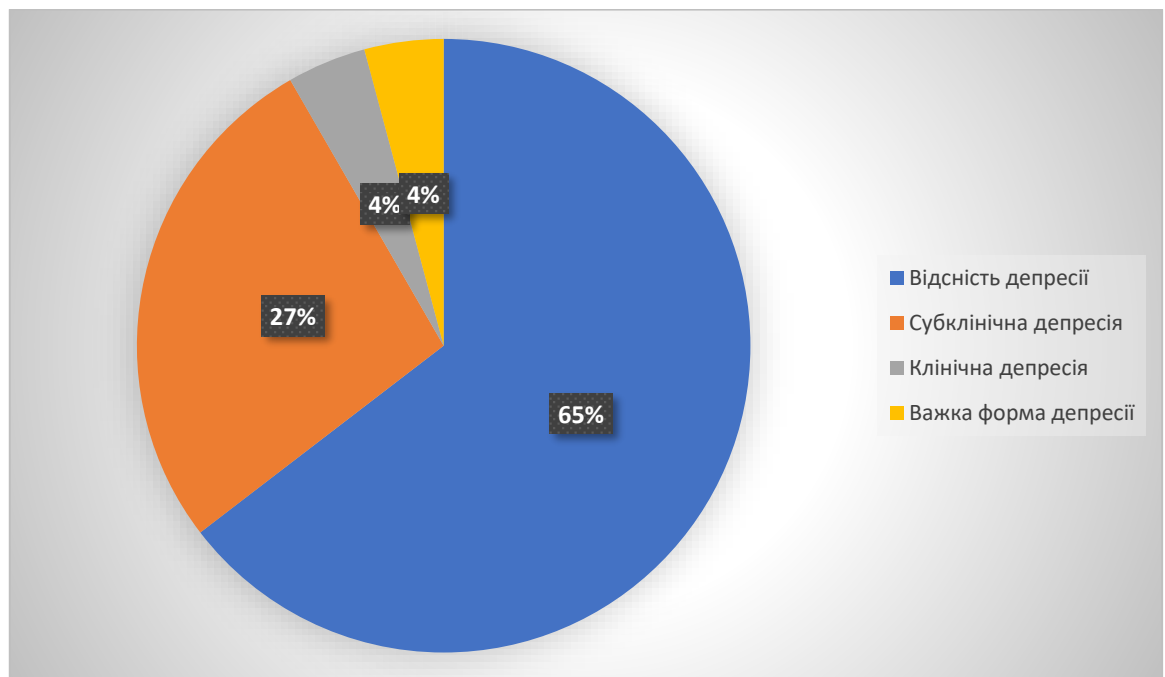


Рис. 2.6. Сегментограма наявності депресії серед учасників

33 особи з 50 (65%) не мають симптомів депресії. Це хороший показник, оскільки він свідчить про загалом позитивний психоемоційний стан у більшості групи.

13 осіб з 50 (27%) мають субклінічно виражену депресію. Це означає, що ці чоловіки мають певних симптоми депресії, які ще не досягають клінічного рівня і тому вони знаходяться в зоні ризику розвитку депресії.

2 особи з 50 (4%) мають клінічно виражену депресію. Це означає, що ці чоловіки потребують цілеспрямованої психотерапевтичної допомоги, оскільки їхній рівень депресії впливає негативно на загальний психоемоційний стан та якість життя.

2 особи з 50 (4%) мають важку форму депресії. Це вказує на наявність досить виражених симптомів депресії, які можуть значно погіршувати їхній психічний стан та якість життя. Цим учасникам рекомендується поєднання медикаментозного лікування та психотерапевтичної допомоги.

Загалом, з 50 учасників маємо 65% без проявів депресивної та 62% без тривожної симптоматики (норма). Це вказує на те, що більшість чоловіків у групі перебувають у задовільному психічному стані і це є позитивним чинником для подальшої реабілітації та процесу відновлення. Для візуалізації групи і розподілу учасників з депресією чи/та тривогою, і учасниками, які не мають даних симптомів було використано стовпчасту діаграму.

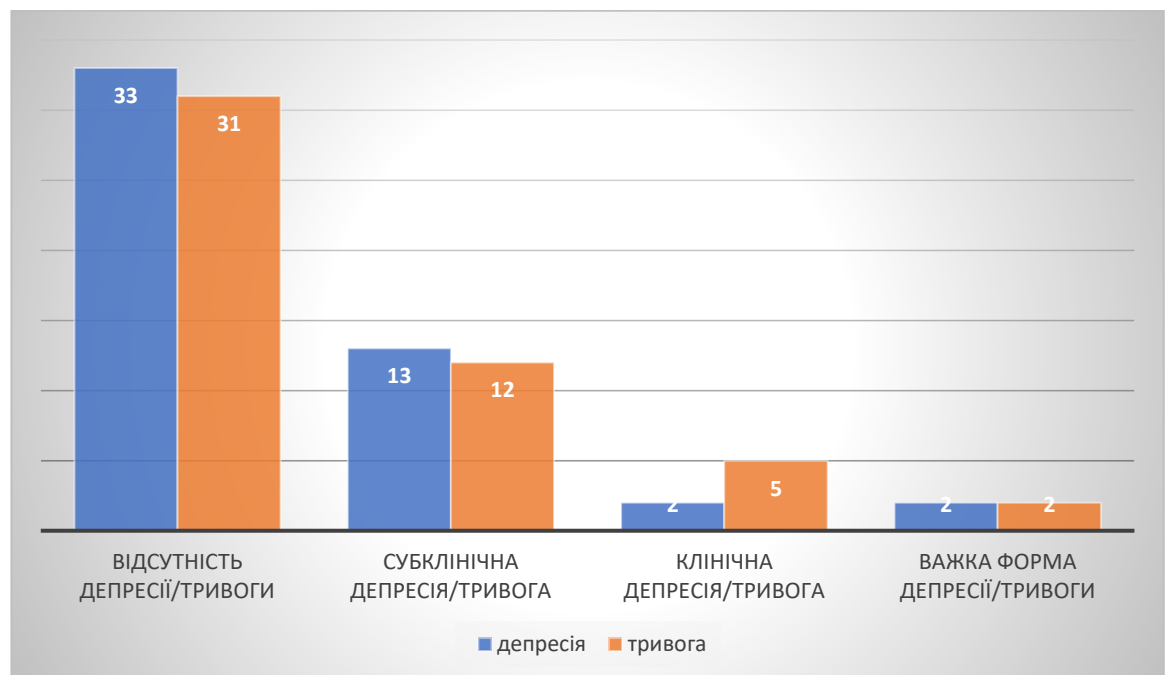


Рис 2.7. Гістограма тривоги та депресії у групі

З рис. 2.7 видно, що депресивні симптоми є менш вираженими, ніж тривожні. Серед учасників (7 осіб) із клінічно вираженою та важкою формою тривоги переважає над аналогічним рівнем депресії (4 особи). Це може свідчити про те, що тривога є більш поширеною проблемою серед чоловіків у групі.

Пропонуємо ознайомитися із нашим аналізом щодо дослідження реєстрації ПТСР за шкалою PCL-M. Згідно цієї шкали учасники, які мають суму балів 51 і вище мають виражений ПТСР, учасники, які мають бал 3 і більше хоча б на одне з питань в діапазоні 1-5, на три питання в діапазоні 6-12 та на два питання в діапазоні 13-17. Загальна кількість учасників за вище наведеною умовою становить 25 чоловіків (35-63 бали), з них 3 учасників, які мають клінічно виражений ПТСР (51-63 бали) та 22 чоловіка, які мають окремі симптоми ПТСР, але недостатньо для клінічно вираженої форми. Для достатньо доброї візуалізації даних пропонуємо ознайомитися із табл. 2.8.

Таблиця 2.8

Показники ПТСР у групі учасників

№	Шкала PCL	% показник	Кількісний показник
1.	Відсутність симптомів ПТСР	50%	25
2.	Мають окремі симптоми ПТСР	40%	20
3.	Клінічно виражений ПТСР	10%	5

Середній рівень показника ПТСР в групі дорівнює 34,92.

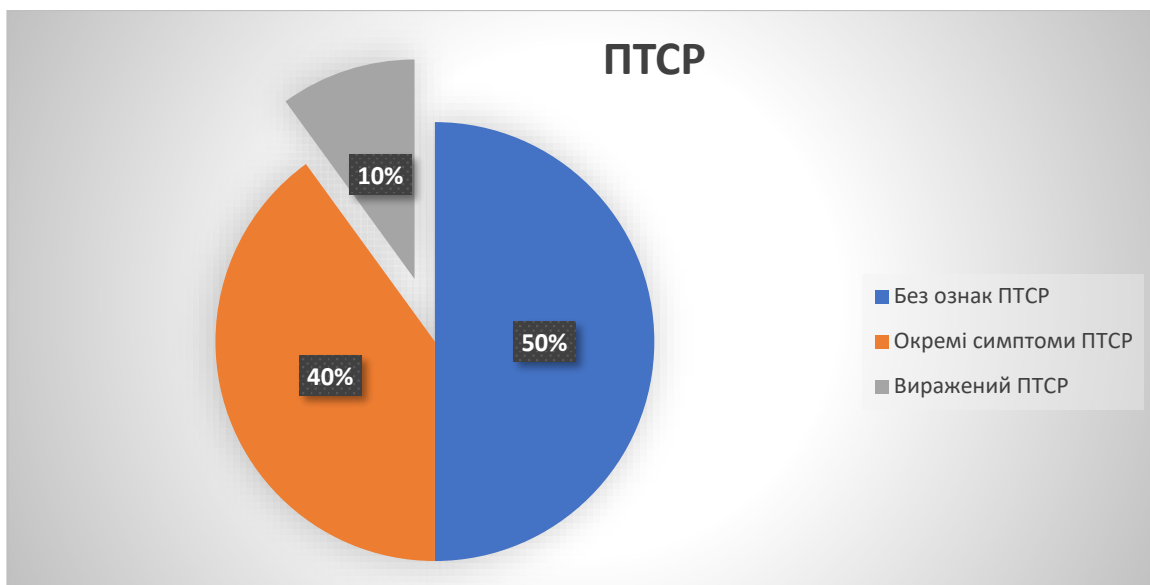


Рис. 2.8. Сегментограма розподілу ПТСР у групі учасників

Половина групи 25 осіб з 50 не мають симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що свідчить про відсутність ознак травматичних переживань або пропрацьованість на ментальному рівні та здатність ефективно їх контролювати.

Інша частина групи 20 особи з 50 мають окремі симптоми ПТСР, що свідчить про наявність окремих симптомів травматичних проявів, які можуть негативно впливати на їхній психічний стан.

Найменша кількість групи 5 особи з 50 мають клінічно виражений ПТСР, що свідчить про наявність виражених посттравматичних симптомів, які суттєво впливають на їхню здатність до повсякденного функціонування. Ці учасники потребують особливої уваги. Можливо з залученням медикаментозної терапії.

Порівняємо всі три показники за допомогою стовпчастої діаграми. Учасники, які мають важку та клінічно виражену форми депресії/тривоги об'єднаємо в один показник клінічна та важка депресія/тривога.

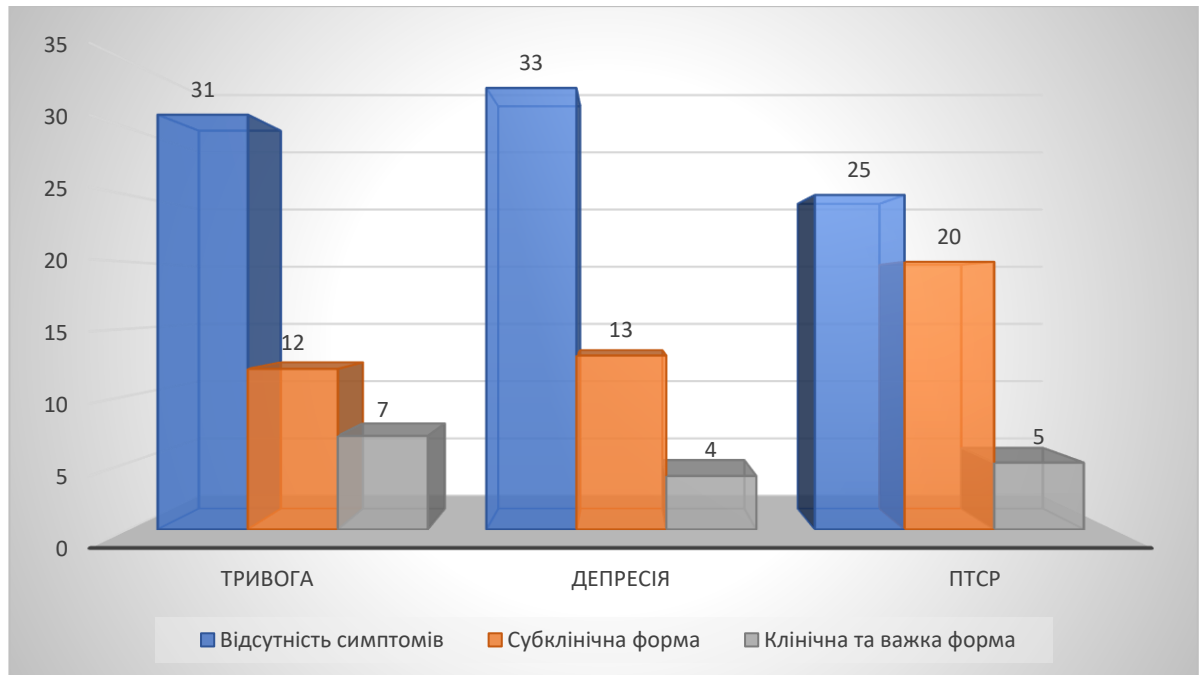


Рис 2.9. Зведена діаграма даних по депресії, тривозі та ПТСР

Як видно з діаграми, більшість учасників групи не мають симптомів депресії, тривоги та ПТСР, що свідчить про загалом хороший психоемоційний стан групи для включення в групову роботу та хороші прогнози для подальшого відновлення цих чоловіків.

Для оцінки вживання алкоголю та виявлення ризику розвитку алкогольної залежності було використано шкалу AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) і отримано наступні результати:

Таблиця 2.9

**Оцінка вживання алкоголю та виявлення ризику розвитку
алкогольної залежності в групі**

№	Шкала AUDIT	% показник	Кількісний показник
1	Низький ризик	68%	34
2	Підвищений ризик	24%	12
3	Високий ризик	8%	4

Середній показник серед учасників в групі становить 8,24.

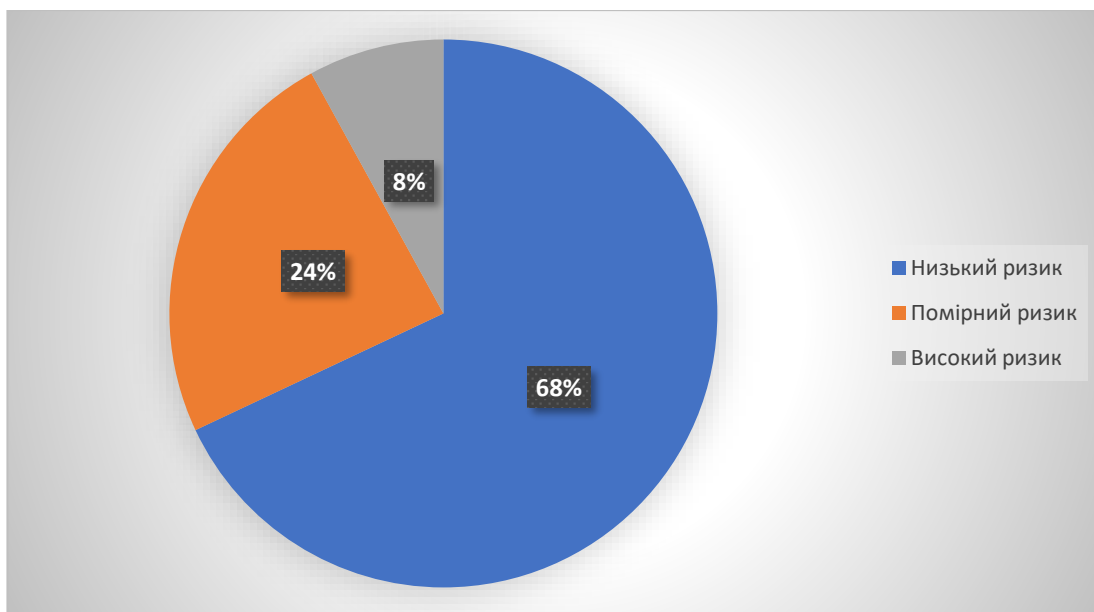


Рис.2.10. Сегментограма ризиків розвитку алкогольної залежності серед учасників групи

34 особи з 50 мають низький ризик вживання алкоголю, що свідчить про контрольоване вживання алкоголю у більшості частини групи чоловіків та потребує спеціальних втручань.

12 осіб з 50 мають підвищений ризик вживання алкоголю, що свідчить про вживання алкоголю у кількостях, які можуть викликати розвиток алкогольної залежності і негативно вплинути на їхнє здоров'я в майбутньому.

4 особи з 50 мають високий ризик вживання алкоголю, що свідчить про проблемне споживання алкоголю та може свідчити про наявність алкогольної залежності чи інших серйозних проблем зі здоров'ям. Цим учасникам варто провести консультування з фахівцем і провести більш глибоку діагностику, за потреби і лікування.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

У другому розділі кваліфікаційної роботи було описано методичні засади емпіричного дослідження, подано детальну характеристику учасників дослідження, проведено опис обраних психодіагностичних методик для оцінки рівня тривоги, депресії, ПТСР та ризику розвитку алкогольної залежності, проаналізовано отримані дані учасників та отримано наступні висновки:

1) За соціально-демографічними показниками:

- більшість учасників групи (31 особа з 50) мають постійні стосунки, а саме перебувають в офіційному чи цивільному шлюбі, що може вказувати на стабільні взаємовідносини та наявність підтримки від партнера. 37 з 50 учасників мають дітей, що може слугувати важливим мотивуючим фактором для покращення здоров'я та відновлення.

- Серед 50 учасників 14 осіб мають роботу, 26 осіб не мають роботи та 10 учасників на соціальних виплатах. Відсутність зайнятості та нестабільність у фінансовому аспекті може підвищувати рівень стресу, тривоги, соціальної ізоляції та негативно впливати на їхній психологічний стан.

- В групі учасників 29 осіб з 50 не мали попереднього досвіду роботи з психологом та не отримували психологічної допомоги раніше можуть потребувати більше часу на адаптацію та залучення до процесу реабілітації, на відміну від 21 учасника, які мали цей досвід та, ймовірно, швидше будуть адаптуються та демонструватимуть позитивну динаміку.

2) за результатами вимірювання тривоги за шкалою HADS:

- Більша частина групи (62%) не мають тривоги, що є позитивним фактором для групової динаміки та стабільності групи, але інша значна частина групи (38%) показує різні рівні тривоги, що потребує додаткової уваги для запобігання розвитку глибшої тривоги.

3) за результатами вимірювання депресії за шкалою HADS:

- 65% учасників групи не мають ознак депресії, що є позитивним фактором для групової динаміки та свідчить про загальний задовільний психічний стан групи.
- 27% учасників мають субклінічно виражену депресію і потребують підтримки для запобігання поглиблення депресивного стану.
- 8% учасників мають клінічну або важку форму депресії і потребують особливої уваги психолога та цілеспрямованого втручання, включаючи інтенсивну психотерапевтичну допомогу.

4) за результатами оцінювання симптомів ПТСР за шкалою PCL:

- Половина групи, а саме 50% учасників не мають симптомів ПТСР, що вказує на задовільний психоемоційний стан цієї половини групи.
- 44% учасників мають окремі симптоми ПТСР, що вказує на важливість надання додаткової психологічної підтримки для стабілізації стану при роботі з травматичним досвідом і запобігання погіршенню психоемоційного стану цих учасників групи.
- 6% учасників мають клінічно виражений ПТСР, що вказує на необхідність проведення інтервенцій, які допоможуть полегшити симптоми ПТСР і покращать якість життя цих учасників.

4) за результатами оцінювання за шкалою AUDIT:

- Більшість учасників (68%) мають низький ризик розвитку алкогольної залежності, що є позитивним показником для групи.
- 24% учасників мають підвищений ризик розвитку алкогольної залежності, що вказує важливість втручання на цьому етапі для запобігання розвитку залежності.
- 8% учасників мають високий ризик розвитку алкогольної залежності, що свідчить про необхідність психологічної підтримки та консультацій фахівців для зменшення прояву негативних наслідків для здоров'я цих учасників.

Таким чином, відсутність симптомів тривоги, депресії, ПТСР та алкогольної залежності у більшості учасників свідчить про достатньо задовільний психоемоційний стан групи та хорошою основою для подальшого відновлення цих чоловіків.

РОЗДІЛ 3. ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТІЙКОСТІ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ТРАВМАТИЧНИХ ПОДІЙ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ

3.1. Методика організації психологічного тренінгу

Термін «тренінг» (від англ. training) використовується у таких значеннях: навчання, виховання, підготовка, тренування, дресирування. *Психологічний трéнінг* - форма активного навчання навичкам поведінки. На тренінгу учасникам пропонуються різноманітні вправи, спрямовані на розвиток або демонстрацію психологічних якостей та навичок. Для закріплення отриманих умінь використовуються рольові ігри, комп'ютерні програми та інші методи [40].

Кожен тип тренінгу має свою мету, сферу застосування результатів навчання, спрямованість впливу з боку тренера та очікувані зміни в установках, уміннях і навичках поведінки учасників. І. М. Матійків пропонує таку класифікацію тренінгів за цими критеріями:

- Соціально-психологічний тренінг - метод активного навчання, спрямований на підвищення компетентності в сфері спілкування та особистісного вдосконалення учасників, що включає поглиблення знань, формування соціальних настанов, розвиток комунікативних навичок і умінь, а також набуття досвіду у міжособистісному спілкуванні;
- Тренінг навичок - різновид соціально-психологічного тренінгу, що має на меті формування та розвиток конкретних навичок, наприклад, навичок продажу або обслуговування конфліктних клієнтів;
- Бізнес-тренінг - вид соціально-психологічного тренінгу, орієнтований на розвиток навичок персоналу для успішного виконання бізнес-завдань, підвищення ефективності виробничої діяльності, ділової взаємодії та збільшення прибутків компанії [18].

Групова форма тренінгів дає змогу ефективно моделювати процес міжособистісної взаємодії, розігруючи різноманітні складні життєві ситуації та знаходячи адекватні й ефективні способи їх вирішення. На думку К. Левіна, групова взаємодія дозволяє людині краще пізнати себе, побачити себе очима інших, що відкриває широкі можливості для усвідомлення своїх особистісних рис та ефективної роботи над їх удосконаленням [15].

К. Рудестам виділяє такі переваги групової роботи:

1. Група задовольняє потребу в емоційному теплі та контакті з іншими людьми.
2. Досвід, отриманий у спеціально організованих групах, допомагає вирішувати проблеми, які виникають при міжособистісній взаємодії.
3. У групі можна отримати зворотний зв'язок.
4. Тренінгова група надає підтримку людям, які мають спільні проблеми, і дозволяє разом переживати ці труднощі.
5. Індивідум може навчитися новим умінням та навичкам у підтримуючій та контрольованій обстановці.
6. В умовах групи стають очевидними приховані чинники, такі як тиск партнерів, конформізм, соціальний вплив і розподіл ролей.
7. Учасники можуть ідентифікувати себе з іншими і використовувати емоційний зв'язок для оцінки власних переживань, почуттів і поведінки.
8. Група може полегшити процес самодослідження, інтроспекції та формування концепції Я.
9. Економічна вигода — один ведучий-психолог працює з групою людей.

Загальні завдання групової роботи за К. Рудестамом:

- дослідження психологічних проблем кожного члена групи і допомога в їх вирішенні;
- зміна неадаптивних стереотипів поведінки і досягнення адекватної соціальної адаптації;

- набуття знань про закономірності міжособистісних і групових процесів як основи для ефективного спілкування;
- сприяння особистісному зростанню, реалізації потенціалу та досягненню оптимальної дієздатності й відчуття щастя;
- усунення хворобливих симптомів, пов'язаних з емоційними проблемами.

Метою тренінгу є перепрограмування наявної в людини моделі управління своєю поведінкою і діяльністю, а також розробка нових стратегій життя в суспільстві. Це інтерактивна форма навчання та саморозвитку, яка сприяє максимальному засвоєнню знань і пошуку нових шляхів функціонування особистості. У процесі взаємодії з іншими учасниками, індивідуум вчиться адекватно сприймати себе, адаптуватися до умов соціуму та розвивати власний потенціал і здібності [18].

Кожен тренінг має конкретну мету, яка визначає очікуваний результат його проведення. Вибір методів, що використовуються тренером, значною мірою впливає на досягнення цієї мети. Однак не існує єдиної класифікації тренінгових методів, як і єдиної класифікації видів тренінгу. І. М. Матійків виокремлює такі методи: міні-лекції, інформування, групові дискусії, мозковий штурм, фасилітацію, модерацію, групування, тематичні вправи, рольові ігри, акваріум, ділові ігри, метафоричні ділові ігри, кейс-метод, аналіз ситуацій, відеоаналіз, письмові завдання, творчу роботу, презентації, тренінгову діагностику, рухливі вправи, релаксаційні вправи тощо.

Цілі тренінгової роботи можуть бути різними, і вони залежать від виду тренінгу, конкретного тренінгового продукту та замовників. Кожен тренінг має свої специфічні завдання, орієнтовані на конкретну групу учасників або/і замовників. Водночас існують загальні цілі, які об'єднують різні тренінгові групи за їх спрямованістю та змістом:

- дослідження психологічних проблем учасників і надання допомоги в їх вирішенні;

- покращення самопочуття та зміцнення психічного здоров'я;
- вивчення психологічних закономірностей і ефективних методів міжособистісної взаємодії для покращення комунікації;
- розвиток самосвідомості і самодослідження учасників для корекції або попередження емоційних порушень через зміни в поведінці;
- сприяння особистісному розвитку, реалізації творчого потенціалу та досягненню оптимального рівня життєдіяльності і відчуття щастя [18].

Ефективність тренінгу значною мірою залежить від дотримання принципів і правил групової роботи. До основних принципів групової роботи можна віднести:

- принцип застосування зворотного зв'язку полягає в тому, що учасники можуть вільно ділитися своїми переживаннями стосовно себе та інших;
- принцип «тут-і-тепер» – орієнтує учасників на обговорення тільки тих ситуацій, які мають місце в групі;
- принцип конфіденційності та закритості групи;
- принцип відкритості та щирості – чим більш щирим буде пред'явлення почуттів, тим успішнішою буде робота групи в цілому;
- принцип Я – основна увага учасників повинна бути зосереджена на процесах самопізнання, самоаналізу та рефлексії;
- принцип активності, добровільності та відповідальності [15].

Правила групової роботи мають забезпечувати додаткову впевненість учасників і тренера, а також сприяти полегшенню спільної роботи. Якщо правила мають велике значення для учасників, вони можуть запропонувати їх змінити. Проте важливо пам'ятати, що чим менше правил, тим краще.

3.2. Програма психологічного тренінгу для демобілізованих учасників бойових дій

Загальні цілі тренінгу:

1. Відновлення психоемоційного стану: забезпечити стабільність емоційного фону, вміння опановувати стрес.
2. Зниження тривоги, депресії та ПТСР: надання технік для роботи з травматичними спогадами, зниження напруги, стабілізація психічного стану.
3. Підвищення життєстійкості та внутрішніх ресурсів: розвиток стійкості, стратегії подолання труднощів.
4. Підвищення рівня енергії та мотивації: підтримка фізичної та психологічної енергії.
5. Формування почуття щастя та благополуччя: допомогти ветеранам знайти нові джерела радості та сенсу життя.
6. Зниження ризику розвитку алкогольної залежності: допомогти учасникам розуміти та контролювати потенційні ризики, пов'язані з вживанням алкоголю.

Структура занять: програма містить 10 занять, кожне з яких розпочинається привітанням, налаштуванням на групову роботу (вступна частина), далі під час заняття учасники виконують різні завдання, вправи і психотехніки (основна частина), і наприкінці кожного заняття проводиться групове обговорення, здійснюється рефлексія емоційного стану учасників, аналіз отриманого досвіду, підводяться підсумки заняття (завершальна частина).

Методи роботи: вправи-розминки, релаксаційні вправи, робота в парах і в групах, психологічні рольові ігри, психотехніки, психоедукаційні хвилинки (міні-лекції), дискусії, арт-терапевтичні завдання тощо.

Заняття 1

Вступне заняття. Знайомство, налаштування на роботу за програмою.

Мета: ознайомити учасників з умовами роботи тренінгової групи; виявити очікування учасників відносно цілей тренінгу; створити атмосферу безпеки для ближчого знайомства і встановлення емоційних контактів; сприяти процесу успішної адаптації у групі; розвивати навички спілкування.

Тривалість: 2 год.

Вправа **Контакт із групою** [24]

Завдання для учасників полягає в тому, щоб коротко представити себе групі, поділившись інформацією про свої вподобання, хобі, інтереси та заняття. Тренер рекомендує почати з привітання, зробити групі загальний комплімент і лише після цього почати розповідати. Якщо учаснику бракує слів, він може знову звернутися до групи з компліментом. Важливо поводитися так, як із близькими людьми: посміхатися, підтримувати зоровий контакт із членами групи.

Обговорення після виконання вправи може включати питання: Що в повідомленні здалося цікавим? У який момент увага була найбільше привернута? Якщо учаснику важко виступати, тренер може запропонувати йому повернутися спиною до аудиторії або встати на стілець, а групі – сісти на підлогу. Група часто зазначає, що контакт поліпшувався саме в момент, коли звучали компліменти.

Вправа **Правила нашої групи** [24]

Вправа допомагає учасникам тренінгу поділити між собою відповідальність за ефективність взаємодії в групі. Спочатку група об'єднується у підгрупи по 4-5 осіб, і кожна з них окремо розробляє правила взаємодії на заняттях. Після цього підгрупи презентують свої правила, і всі разом погоджують загальні принципи, наприклад: не виносити обговорене за межі групи; критиці піддається не особа, а її вчинок; відвертість; відкритість до нових вражень; взаємна підтримка; визнання права кожного на висловлення власної думки тощо.

Ці правила записуються великими літерами на ватмані для зручності.

Вправа **Автобусна зупинка** [24]

Ця вправа допомагає учасникам усвідомити свої очікування від тренінгу. Тренер починає з питання: Що роблять люди, коли чекають автобус на зупинці? Учасники зазвичай відповідають: Думають, розмовляють, читають оголошення на стовпах, а деякі навіть дописують щось у ці оголошення. Тренер пояснює, що гра називається *Автобусна зупинка*, оскільки учасники будуть робити щось подібне.

Далі група розбивається на три підгрупи (наприклад, за допомогою рахунку 1, 2, 3). Тренер вказує на аркуші, що висять по різних кінцях кімнати, із написами: ЗНАТИ, ВМІТИ, ЗАЗНАВАТИ. Кожна група займає місце біля одного з аркушів і записує на ньому свої очікування від тренінгу:

Знати - які знання учасники хочуть отримати;

Вміти - які навички хочуть засвоїти;

Зазнавати - який новий досвід та емоції хочуть пережити.

Учасникам пропонується метод мозкового штурму, де немає критики - лише записування ідей. Після певного часу тренер подає сигнал, що означає, що умовно прийшов автобус. Кожна група переміщується за стрілкою годинника до наступного аркуша, де вони читають те, що написали інші групи, і додають свої ідеї. В кінці тренер оголошує результати, зокрема звертаючи увагу на ті завдання, які будуть обговорюватися під час тренінгу.

Вправа **Рекомендація** [24]

Ця вправа спрямована на допомогу учасникам у розвитку впевненості в собі та вмінні презентувати свої сильні сторони. Учасникам пропонується підготувати рекомендацію на самого себе, відобразивши свої головні переваги, сильні якості та досягнення, які роблять їх гідними опинитися в елітному клубі. Важливо наголосити, що в рекомендації мають бути вказані реальні факти та переваги, а не вигадані. Це створює умови для самопізнання та розвитку особистісної впевненості.

Під час виконання вправи учасники мають звертати увагу на реальні досягнення та навички, які можуть представити як свої сильні сторони. Це дозволить їм не лише впевнено презентувати себе, але й розвивати здатність приймати та цінувати власні успіхи. Крім того, ця вправа допомагає відпрацьовувати навички публічного виступу і демонстрацію власної цінності перед групою.

Під час обговорення тренер може звернути увагу на такі питання:

Що нового та цікавого вдалося дізнатися про себе і інших учасників під час виконання вправи? Які презентації найбільше запам'яталися, чим саме? Якщо у когось виникали труднощі, з чим саме вони були пов'язані і як їх можна подолати?

Ці питання допомагають учасникам обмінюватися досвідом, підтримувати одне одного та вчитися розвивати свої сильні сторони в

Підведення підсумків.

Ця вправа спрямована на рефлексію учасників щодо проведеного заняття та на збір відгуків для покращення навчального процесу. Учасникам пропонується поділитися своїм актуальним емоційним станом і відповісти на кілька запитань, що дозволяють оцінити заняття з різних точок зору:

Що ви думаєте про наше заняття? Що було для вас важливим?

Чого ви навчилися? Що вам сподобалося, що залишається незрозумілим? У якому напрямку нам варто просуватися далі?

Наприкінці заняття учасники можуть подякувати один одному за спільну роботу, що підкреслює атмосферу взаємної підтримки та колективної роботи.

Заняття 2.

Основа психоемоційної стійкості.

Мета: Ознайомити з концептом психоемоційної стійкості особистості. Допомогти учасникам зрозуміти основи життестійкості та випрацювати навички стрес-менеджменту.

Тривалість: 2 год.

Лекція про життєстійкість і основи стрес-менеджменту [32]

Стрес-менеджмент (управління стресом) є важливим інструментом для зменшення стресових реакцій та швидкого відновлення внутрішньої рівноваги. Більшість стресових ситуацій виникають через власні дії або сприйняття, а не лише внаслідок подій. Як стверджував Г. Сельє, важливо не те, що сталося, а як ми це сприймаємо. Емоційні розлади виникають не через реальні ситуації, а через неправильні переконання про ці події.

Існують різні способи подолання стресу. Один з найбільш ефективних способів зниження стресу це вирішення конфлікту, усунення розбіжностей чи примирення. Якщо це неможливо, важливо переоцінити ситуацію і знизити її значущість. Один із способів зменшення стресу це знайти позитивні моменти в негативній ситуації, визнати, що могло бути й гірше. Інший підхід полягає в тому, щоб заспокоїти себе, порівнюючи свої негаразди з більшими труднощами інших людей.

Також корисним є спосіб заспокоєння через зміну погляду на ситуацію, як це робить лисиця в байці, кажучи, що зелені виногради не такі й смачні, як здавалося раніше. Спілкування з близькими людьми це ще один важливий метод зняття стресу, адже обговорення проблем допомагає знизити емоційну напругу і віднайти рішення.

Для нормалізації емоційного стану після стресу іноді корисно застосувати фізичні вправи, що знижують психологічний стрес. Тренування допомагають впоратися з негативними емоціями через фізичні механізми, покращують адаптацію організму та знижують стресову реакцію. Регулярні фізичні навантаження сприяють зміцненню здоров'я та допомагають організму протистояти стресам.

Важливим методом подолання стресу є активація почуття гумору. Уміння сміятися і відноситися до серйозних проблем як до незначних дозволяє знизити рівень тривоги і відновити емоційну рівновагу.

Соціально-психологічні методи зниження стресу включають отримання нової інформації для зниження невизначеності, розробку резервних стратегій на випадок невдачі, відкладання досягнення мети, фізичну розрядку, слухання музики, або навіть запис в щоденнику для аналізу ситуації.

Основні рекомендації для подолання стресу:

Зміна реакції. Визначте, які ситуації викликають стрес, і подумайте, чи можна змінити свою реакцію на них.

Формування емоційного резервує. Розвивайте стосунки з тими людьми, які приносять позитив, ставте реальні цілі, не орієнтуючись на чужі стандарти.

Самоповага. Будьте добрими до себе, поважайте себе, плануйте своє життя ефективно, бо час обмежений ресурс, і лише ви можете ним розумно управляти.

На завершення лекції важливо обговорити, як учасники сприймають труднощі в житті та реагують на них. Це дає змогу поділитися досвідом та знайти підтримку серед інших.

Вправа ХА! [32]

Для позбавлення від роздратування можна використовувати техніку дихальних вправ з візуалізацією. Цей метод допомагає розслабити м'язи і зняти напругу в тілі через контрольоване дихання.

Щоб виконати вправу, встаньте в зручну позу, зосередьтеся на своєму диханні. Зробіть глибокий і повільний вдих носом, відчуваючи, як повітря заповнює ваші легені. Уявіть, що з кожним вдихом накопичене роздратування і напруга піднімаються вгору до ротової порожнини. Потім різко видихніть через рот на звук Ха, уявляючи, як разом із видихом виходять всі негативні емоції - роздратування, агресія, безсилля.

Повторюйте вправу кілька разів, доки не відчуєте, що емоційна напруга поступово зменшується і ви звільняєтеся від неприємних почуттів. Ця техніка допомагає швидко знизити рівень стресу та відновити емоційну рівновагу.

Методика Листочок [32]

Цей метод є технікою, яка дозволяє позбутися емоційного напруження, спричиненого роздратуванням чи гнівом, через фізичний акт розриву або знищення образу кривдника.

Для цього вам потрібно намалювати того, хто викликав ваше роздратування або злість. Не переживайте про художні здібності - малюйте так, як вам зручно, навіть якщо малюнок буде дуже схематичним. Після того, як ви завершите малюнок, сконцентруйте все своє роздратування в кінчику олівця і почніть закреслювати, заштриховувати або розмальовувати цей образ. Це дозволить вам зосередити емоції на конкретному об'єкті.

Коли ви відчуєте, що емоційний наплив зменшився, розірвіть малюнок на дрібні шматочки або спаліть його. Якщо ваш гнів дуже сильний, повторіть вправу кілька разів. Цей процес допоможе вам зняти напругу та звільнитися від негативних емоцій.

Інтерактивне обговорення.

Міні - обговорення в групі про вплив алкоголю на життєстійкість та емоційний баланс. Розповідаємо про негативні наслідки для організму при взаємодії стресових гормонів та алкоголю.

Підведення підсумків.

Учасникам пропонується поділитися своїм актуальним емоційним станом і відповісти на кілька запитань, що дозволяють оцінити заняття з різних точок зору: Що ви думаєте про наше заняття? Що було для вас важливим? Чого ви навчилися? Що вам сподобалося, що залишається незрозумілим? У якому напрямку нам варто просуватися далі?

Наприкінці заняття учасники можуть подякувати один одному за спільну роботу, що підкреслює атмосферу взаємної підтримки та колективної роботи.

Заняття 3

Управління тривожністю та стресом

Мета: Надати учасникам інструменти управління стресом і тривогою. Навчити учасників технік самодопомоги для зниження тривоги та стресу

Тривалість: 2 год.

Техніка **Контрастне напруження та розслаблення** [17]

Під час цієї вправи учасникам тренінгу було запропоновано зручно сісти на крісла, закрити очі та повністю зосередитися на своїх відчуттях. Початковим етапом вправи є напруження кистей рук, зосередження на цих відчуттях протягом кількох секунд. Потім, через 5 секунд, учасникам потрібно різко розслабити руки, одночасно здійснивши струшування кистями. Основною метою цієї вправи є активація периферійної нервової системи, що сприяє зменшенню активності мигдалеподібного тіла в лімбічній системі, що в свою чергу знижує рівень тривоги.

Для зменшення дискомфортних відчуттів у внутрішніх органах черевної та грудної порожнини рекомендуються дихальні техніки. Глибоке діафрагмальне дихання активує блукаючий нерв, що відповідає за регуляцію активності внутрішніх органів, і таким чином допомагає зменшити частоту серцебиття, інтенсивність кишкових спазмів та робить саме дихання більш спокійним завдяки свідомому контролю.

Вправа **Повне дихання**[17]

Для виконання повного дихання слід сісти, випрямити спину і розслабитися. Почніть з видиху, потім зробіть вдих і поступово розслабляйте м'язи живота, що сприяє ще більшому наповненню легенів повітрям. Однак на цьому вдих не закінчується. Продовжуйте активно вдихати, поки не наповните грудну клітину, і ви відчуєте, як вона збільшується в об'ємі. На мить затримайте дихання, а потім повільно починайте видихати. Під час видиху розслабляйте грудну клітину і втягайте живіт, майже видавлюючи залишки повітря. Видих можна супроводжувати звуком хм-м-м.

Обговорення: Як ви почуваетесь після виконання цієї вправи?

Техніка **Квадратне дихання** [17]

Сядьте зручно біля стіни, випряміть спину. Складіть перед собою руки і покладіть на них голову, точкою між бровами. Почніть дихати за методом

квадрата: вдих на 4 секунди, затримка дихання на вдику на 4 секунди, видих на 4 секунди, затримка дихання на видиху на 4 секунди. Продовжуйте дихати в цьому ритмі протягом 1-2 хвилин.

Техніка для заспокоєння **Дихання 4-7-8** [17]

Помістіть язик на піднебіння, прямо за передніми зубами, і тримайте його в такому положенні протягом усієї вправи. Вдихайте через ніс протягом 4 секунд, затримайте дихання на 7 секунд. Потім видихайте через рот протягом 8 секунд, дозволяючи повітрю виходити з ротом так, ніби ви задуваєте свічку, і чути природний звук. Повторюйте вправу, поки не відчуєте спокій. З часом ви можете поступово збільшувати час затримки дихання та тривалість видиху.

Інтерактивне обговорення.

Міні-обговорення в групі про те, що алкоголь посилює тривожність, псує якість сну, і стає на заваді пошуку справді корисної стратегії заспокоїтися.

Підведення підсумків.

Учасникам пропонується поділитися своїм актуальним емоційним станом і відповісти на кілька запитань, що дозволяють оцінити заняття з різних точок зору: Що ви думаєте про наше заняття? Що було для вас важливим? Чого ви навчилися? Що вам сподобалося, що залишається незрозумілим? У якому напрямку нам варто просуватися далі?

Наприкінці заняття учасники можуть подякувати один одному за спільну роботу, що підкреслює атмосферу взаємної підтримки та колективної роботи.

Заняття 4

Робота з травматичними спогадами

Мета: Навчитися справлятися з симптомами ПТСР та травматичними спогадами.

Тривалість: 2 год.

Вправа **Безпечне місце** [22]

Безпечне місце – це уявний простір або реальне місце, яке людина створює в своїй свідомості, щоб відчути спокій, безпеку та розслаблення. Це може бути улюблений куточок вдома або навіть уявний простір на природі. Важливо зосередитися на деталях: звуках, запахах, кольорах та відчуттях, які допомагають створити атмосферу заспокоєння.

Кроки для практики:

Візуалізація: Уявіть своє безпечне місце. Зосередьтесь на його елементах: вигляді, кольорах, текстурах. Це може бути затишний куток, пляж або лісова галявина.

Задіяти всі органи чуття: Подумайте про звуки (шум хвиль, птахи, шелест листя), запахи (свіже повітря, квіти, деревина) та відчуття (тепло сонця, легкий вітерець, комфортне сидіння).

Практикуйте входження в своє безпечне місце: Повторюйте вправу, щоб набути навичок швидко переходити в цей стан спокою в момент стресу чи тривоги.

Уявіть себе в цьому місці: Уявіть, як ви знаходитеся в цьому просторі, коли відчуваєте стрес або переживаєте складні моменти. Поступово це може стати доступним для вас інструментом заспокоєння.

Ця техніка може бути особливо корисною для людей, які мають тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або інші емоційні труднощі. Вона допомагає зменшити рівень стресу та сприяє розслабленню в складних ситуаціях.

Техніка **Метелик** [22]

Сядьте зручно. Зосередьтесь на турбуючих вас подіях. Виконайте наступні кроки: Закрийте очі і зробіть кілька глибоких вдихів, щоб розслабитися. Покладіть ліву руку на праве плече, а праву руку – на ліве. Ваші руки повинні бути розслаблені, і ви відчуваєте їх контакт з плечами. Почніть ритмічне поплескування по плечах. Поплескуйте по черзі то лівим, то правим плечем, створюючи спокійний ритм.

Продовжуйте вправу протягом максимум 2 хвилин, підтримуючи рівний ритм і відчуття спокою. Ви можете включити спокійну музику для покращення ефекту розслаблення.

Ця техніка допомагає зняти напругу, зменшити рівень стресу та підвищити відчуття спокою і безпеки.

Інтерактивне обговорення.

Міні-обговорення в групі про те, що алкоголь посилює симптоми ПТСР, псує якість сну, підсилює агресію, що викликає афективну поведінку або флеш-беки та може становити загрозу для життя.

Підведення підсумків.

Учасникам пропонується поділитися своїм актуальним емоційним станом і відповісти на кілька запитань, що дозволяють оцінити заняття з різних точок зору: Що ви думаєте про наше заняття? Що було для вас важливим? Чого ви навчилися? Що вам сподобалося, що залишається незрозумілим? У якому напрямку нам варто просуватися далі?

Наприкінці заняття учасники можуть подякувати один одному за спільну роботу, що підкреслює атмосферу взаємної підтримки та колективної роботи.

Заняття 5

Емоційне відновлення

Мета: Допомогти учасникам усвідомити важливість розуміння власних емоцій та поведінки.

Тривалість: 2 год.

Вправа Намалюй свій настрій [28]

1. Учасникам пропонують на чистому аркуші паперу написати або намалювати свій емоційний стан зараз (в цей момент).
2. Учасники пишуть або малюють свій стан, використовуючи кольорові олівці.

3. Далі учасники пояснюють чому саме так вони зобразили свій емоційний стан.

Методика Ділянка землі [25]

Це вправа на візуалізацію, яка допомагає учасникам розслабитись і краще зрозуміти свої емоції через уявні образи. Попросіть учасників зручно сісти, закрити очі та звернути увагу на своє дихання. Нехай вони кілька разів зроблять глибокі вдихи та видихи, поки не відчують, що тіло розслаблене.

Ведучий говорить: Уявіть собі, що у вас є ділянка землі, на якій ви можете побудувати свій будинок. Це може бути будь-яка ділянка, яку ви колись бачили або яку малює вам ваша уява. Все, що ви уявляєте – добре, з будь-яким образом можна працювати.

Коли учасники повідомляють, що уявили свою ділянку, ведучий продовжує запитами, щоб допомогти розвинути образ: Яка погода на вашій ділянці? Який час доби? Яка пора року? Як ви себе відчуваєте в цьому образі? Які відчуття у тілі? Якої форми та розміру ваша ділянка? Що ви хочете побудувати на цій ділянці? Як ви це робите?

Ведучий продовжує розпитувати про процес будівництва будинку, звертаючи увагу на емоційний стан учасника, що виникає під час цієї візуалізації. Важливо, щоб учасники ділилися своїми відчуттями й думками.

Коли будинок побудовано, ведучий запитує:

Як виглядає ваш будинок? Що ви відчуваєте, дивлячись на нього? Що б ви ще хотіли додати або змінити? Чи завершили б ви цю фантазію зараз?

Після завершення візуалізації ведучий пропонує учасникам запам'ятати уявлені образи, а потім, коли вони будуть готові, потягнутись, як після сну, і повільно відкрити очі. Після вправи можна провести обговорення:

Як ви себе відчуваєте зараз? Що вам сподобалося в образі вашого будинку? Були моменти, які вам не сподобались? Чому? Які емоції викликала ця вправа? Які несподіванки виникли в процесі?

Для кращого усвідомлення, учасники можуть намалювати зображення свого уявного будинку або ділянки. Це дозволить їм глибше зосередитись на емоціях та символах, які виникли під час вправи.

Групове обговорення: Попросіть учасників поділитися своїми відчуттями: Як ви розпізнаєте емоції в собі? Як вони впливають на вашу поведінку?

Інтерактивне обговорення.

Міні-обговорення в групі про роль алкоголю у зниженні емоційної чутливості та альтернативи.

Підведення підсумків.

Учасникам пропонується поділитися своїм актуальним емоційним станом і відповісти на кілька запитань, що дозволяють оцінити заняття з різних точок зору: Що ви думаєте про наше заняття? Що було для вас важливим? Чого ви навчилися? Що вам сподобалося, що залишається незрозумілим? У якому напрямку нам варто просуватися далі?

Наприкінці заняття учасники можуть подякувати один одному за спільну роботу, що підкреслює атмосферу взаємної підтримки та колективної роботи.

Заняття 6

Розвиток підтримуючих навичок комунікації та постановка цілей

Мета: Підвищити рівень соціальної підтримки та навички комунікації.

Тривалість: 2 год

Вправа Кульки у повітрі [24]

Учасники об'єднуються в команди по 3-4 особи, стають в коло, тримаючись за руки, і отримують по п'ять надутих кульок. Їх завдання - утримати кульки в повітрі протягом 5 хвилин, не відпускаючи рук і не використовуючи жодних предметів для підтримки кульок. Перемагає команда, яка утримає більше кульок. Після вправи ведучий проводить обговорення, запитуючи про важливість командної роботи, комунікації, концентрації, довіри та адаптації до змінних умов, а також що учасники відчували під час вправи і

що можна було б зробити для покращення результату. Це сприяє розвитку командних навичок, покращенню взаємодії та взаємної підтримки серед учасників.

Вправа Розуміння цілей [24]

Ця вправа допомагає учасникам усвідомити свої життєві цілі, організувати їх і зрозуміти, наскільки їхні поточні бажання та плани відповідають справжнім пріоритетам.

Спочатку учасники пишуть на першому аркуші всі свої цілі без обмежень. Це може включати як загальні, так і конкретні цілі, що стосуються особистого, сімейного, кар'єрного, соціального чи духовного розвитку. Потім на другому аркуші вони відповідають на питання, як би хотіли провести наступні три роки, що дозволяє виявити більш конкретні бажання і допомагає визначити важливі напрямки на найближчий час. Третій аркуш допомагає учасникам визначити, які цілі вони б вибрали, якщо б знали, що їм залишилось лише шість місяців життя. Це питання дозволяє звузити фокус і побачити, що насправді має для них найвищу цінність, на що варто витратити час і енергію. Наприкінці, на четвертому аркуші, учасники вибирають три найбільш важливі цілі з усіх, що були написані раніше, і порівнюють їх із попередніми списками.

Обговорення після вправи допомагає виявити загальні теми та категорії цілей, що дозволяє зрозуміти, наскільки вони відповідають поточному життєвому етапу і чи є цілі, які повторюються в усіх списках. Це допомагає оцінити, як змінились пріоритети, а також, чи не з'явилися нові, важливі аспекти.

Вправа сприяє глибшому розумінню своїх цінностей, дає змогу оцінити життєвий шлях і побачити, де потрібно зробити коригування. Повторення цієї вправи кожні шість місяців дозволяє побачити зміни, що сталися за цей час, і оцінити, як змінюються цілі і пріоритети залежно від досвіду та обставин.

Вправа Пошук найкращої альтернативи [24]

Учасникам пропонується подумати про подію, яка може трапитися в найближчому майбутньому і викликає у них побоювання або неприємні відчуття, але не є трагічною. Потім кожен ділиться своїми побоюваннями з групою, після чого група разом пропонує 4-5 альтернативних варіантів, як можна змінити своє ставлення до цієї ситуації або як реагувати, щоб зменшити стрес. Це можуть бути стратегії, такі як перефокусування на позитивні моменти, використання релаксаційних технік, формулювання позитивних думок або детальна підготовка до події, щоб відчувати впевненість.

Інтерактивне обговорення.

Міні- обговорення в групі про негативний вплив алкоголю, який може проявлятися у вигляді погіршення комунікації, збільшення агресивності та зменшення рівня взаєморозуміння.

Підведення підсумків.

Учасникам пропонується поділитися своїм актуальним емоційним станом і відповісти на кілька запитань, що дозволяють оцінити заняття з різних точок зору: Що ви думаєте про наше заняття? Що було для вас важливим? Чого ви навчилися? Що вам сподобалося, що залишається незрозумілим? У якому напрямку нам варто просуватися далі?

Наприкінці заняття учасники можуть подякувати один одному за спільну роботу, що підкреслює атмосферу взаємної підтримки та колективної роботи.

Заняття 7

Відновлення внутрішньої сили та ресурсів

Мета: Підвищити внутрішні ресурси та енергію, зміцнити свої сильні сторони.

Тривалість: 2 год

Техніка **Mindful Staff** [16]

Сама практика є доволі простою, найскладніше завдання полягає у тому, щоб зробити її частиною своєї щоденної рутини, регулярно виділяючи хоча би кілька хвилин.

Знайдіть затишне місце для практики, де буде тихо і спокійно, і влаштуйтесь у зручному сидячому положенні.

Встановіть обмеження по часу. Якщо ви тільки починаєте, спробуйте 5 або 10 хвилин, а якщо це важко, почніть з однієї або трьох хвилин.

Зверніть увагу на відчуття в тілі. Ви можете сидіти на стільці, поставивши ноги на підлогу, в позі лотоса або просто схрестивши ноги. Головне, щоб вам було комфортно в такому положенні протягом кількох хвилин.

Зосередьтеся на диханні. Слідкуйте за тим, як повітря входить і виходить із вашого тіла, відчувайте кожен вдих і видих, наскільки можете.

Якщо помітите, що ваші думки почали відволікатися, не хвилюйтеся — це нормально. Коли ви це помітите, м'яко поверніться до спостереження за своїм диханням.

Будьте добрі до себе. Не осуджуйте себе за те, що ваш розум відволікся, і не зациклюйтесь на змісті думок. Легко і спокійно повертайте увагу до дихання.

Коли будете готові, перенаправте увагу на звуки навколо або всередині вас, потягніться або змініть положення, щоб повернутися до інших справ.

Вправа Сканування тіла [22]

Зосередьтеся на кожній частині свого тіла, починаючи з маківки і поступово опускаючись до п'ят. Заплющте очі та переконайтесь, що ви перебуваєте в безпечному місці. Почніть з того, щоб відчувати своє чоло, очі, ніс, губи, підборіддя і шию. Потім зверніть увагу на свої плечі та руки, спостерігайте за тим, як ваші легені дихають, а грудна клітка піднімається і опускається з кожним вдихом і видихом. Продовжуйте зосереджуватись на кожній частині тіла, рухаючись вниз. Ця техніка допоможе вам розвинути стійку і гнучку увагу, навчить фокусуватися на тому, що відбувається в цей момент у вашому тілі, відчуттях і думках.

Підведення підсумків.

Учасникам пропонується поділитися своїм актуальним емоційним станом і відповісти на кілька запитань, що дозволяють оцінити заняття з різних точок зору: Що ви думаєте про наше заняття? Що було для вас важливим? Чого ви навчилися? Що вам сподобалося, що залишається незрозумілим? У якому напрямку нам варто просуватися далі?

Наприкінці заняття учасники можуть подякувати один одному за спільну роботу, що підкреслює атмосферу взаємної підтримки та колективної роботи.

Заняття 8

Внутрішні ресурси та мотивація

Мета: усвідомлення внутрішніх ресурсів для подолання труднощів.

Тривалість: 2 год

Вправа **Танець ототожнення** [24]

Порівняйте себе з чотирма стихіями — Повітрям, Вогнем, Землею та Водою. Відчуйте їх енергетику та специфіку, повністю віддаючись кожній стихії. Ви можете уявити себе частиною лісу, неба, річки, трави або навіть казкових тварин. Окрім цього, можна асоціювати себе з чотирма сторонами світу або іншими природними елементами. У танці або медитації дайте волю цим образам і енергіям, що вони несли б вам. Це дозволить відчувати внутрішню силу та гармонію, використовуючи енергію стихій чи символів, які ви обрали.

Вправа **Неказкові проблеми** [24]

Учасникам групи пропонується пригадати нещодавні труднощі та проблеми, з якими вони стикалися, і вибрати казкового персонажа, який міг би зіштовхнутися з подібною ситуацією. Можна вигадати власного героя, що буде ще більш цікавим. Після цього учасники повинні придумати початок казки, в якій цей герой зіткнеться з проблемою, схожою на їхню власну, навіть якщо вона буде лише метафоричною. Всі зачинені казки обговорюються в колі. Далі кожному учаснику пропонується підійти до дошки і з'єднати імена героїв, чийі труднощі схожі на їхні, що дозволяє знайти можливі паралелі між ситуаціями. У парах учасники створюють продовження казки, де герої шукають рішення

своїх проблем. Після 10-15 хвилин група ділиться своїми казками. Це дозволяє побачити, як уже знайдені рішення чи неефективні варіанти можуть бути символічно відображені в казковій формі. Продовжуючи в цьому напрямку, ведучий може підвести групу до розуміння, що для вирішення проблеми необхідно перейти на інший рівень, використовуючи новий підхід. У цьому контексті важливе питання: який чарівний засіб може допомогти вирішити проблему, і яку ціну готовий заплатити герой, щоб досягти бажаного результату? Це питання сприяє глибшому розумінню того, що для досягнення мети часто доводиться робити вибір, враховуючи потенційні жертви та їх справжню цінність.

Інтерактивне обговорення.

Міні-обговорення в групі про те, що алкоголь як фальшиве джерело ресурсу, порівняння з внутрішніми ресурсами.

Підведення підсумків.

Учасникам пропонується поділитися своїм актуальним емоційним станом і відповісти на кілька запитань, що дозволяють оцінити заняття з різних точок зору: Що ви думаєте про наше заняття? Що було для вас важливим? Чого ви навчилися? Що вам сподобалося, що залишається незрозумілим? У якому напрямку нам варто просуватися далі?

Наприкінці заняття учасники можуть подякувати один одному за спільну роботу, що підкреслює атмосферу взаємної підтримки та колективної роботи.

Заняття 9

Робота з негативними очікуваннями

Мета: навчання прийомам подолання власних негативних очікувань, страхів, песимізму.

Вправа Очікування [24]

Учасникам надається можливість дослідити як позитивні, так і негативні припущення щодо майбутнього та перетворити негативні на продуктивні, конструктивні очікування. Іноді наші страхи можуть мотивувати нас діяти, але

часто вони сприяють виконанню наших найбільших побоювань. Сфокусуйтеся на ваших очікуваннях, як усвідомлених, так і не зовсім усвідомлених. Запишіть свої припущення щодо майбутнього: що ви будете робити? Що з вами відбуватиметься? Важливо не обмежувати себе і записувати всі думки, які приходять до голови. Потім зосередьтеся на негативних припущеннях і перетворіть їх на позитивні, щоб вони стали сприятливими для вашого розвитку. Наприклад, замість Я буду хворіти напишіть Я навчусь краще стежити за своїм здоров'ям. Після цього обговоріть ці зміни: Як ви відчуваєте ці нові позитивні очікування? Що ви про них думаєте?

Вправа Сцена смертного ложа [24]

Ця вправа дозволяє поглянути на своє життя через призму кінцевості, розглядаючи важливі моменти та вибори, які мали значення в процесі життєвого шляху. Уявіть себе в старості, підбиваючи підсумки прожитого життя, переглядаючи його основні етапи. Заплющте очі та зосередьтеся на образах свого життя, від початку і до цього моменту. Приділіть увагу важливим питанням: які спогади викликають найбільше болю або радості? Які зобов'язання, переживання та досягнення надають вашому життю сенс? Чи є моменти, про які ви шкодуєте? Що б ви могли змінити, якщо б могли повернути час назад? Які стосунки або активності хочете збільшити або зменшити? Який вплив на ваше життя мали ваші вибори? І, нарешті, чи відчуваєте ви, що знайшли те, що справді має для вас цінність, або є щось, що тепер ви б хотіли змінити в своєму житті?

Підведення підсумків.

Учасникам пропонується поділитися своїм актуальним емоційним станом і відповісти на кілька запитань, що дозволяють оцінити заняття з різних точок зору: Що ви думаєте про наше заняття? Що було для вас важливим? Чого ви навчилися? Що вам сподобалося, що залишається незрозумілим? У якому напрямку нам варто просуватися далі?

Наприкінці заняття учасники можуть подякувати один одному за спільну роботу, що підкреслює атмосферу взаємної підтримки та колективної роботи.

Заняття 10

Підсумки та результати

Мета: Підсумувати прогрес та зміцнити позитивні зміни.

Тривалість: 2 год.

Вправа Берлінська стіна [24]

Кімнату умовно розділяють навпіл за допомогою стільців або мотузки, створюючи перешкоду. Завдання групи – спільно перейти на інший бік, не зачепивши перешкоди. Якщо хоч одна людина не встигає або зачіпає перепону, вся група повертається на початкову позицію та починає спочатку. Ускладнений варіант: учасники долають перешкоду, тримаючись за руки та не розриваючи контакт протягом усього завдання.

Вправа Карта майбутнього [24]

Створення карти свого майбутнього допомагає чіткіше уявити цілі та їх взаємозв'язок. Учасникам пропонується намалювати карту, де глобальні цілі позначені як ключові пункти місцевості, а проміжні цілі – як зупинки на шляху до них. Шляхи досягнення цілей відображаються у вигляді вулиць і доріг.

Позначте на карті ваші глобальні цілі – пункти місцевості, до яких ви прагнете у професійному та особистому житті.

Додайте проміжні великі й маленькі цілі, які сприяють руху до основних.

Придумайте назви для пунктів-цілей, щоб зробити карту більш символічною та особистою.

Накресліть дороги й стежки, що ведуть до ваших цілей. Визначте, яким шляхом ви будете йти: найкоротшим чи обхідним?

Відобразіть перешкоди, які можуть виникнути, та ресурси або допомогу, на яку ви розраховуєте.

Додайте різні типи місцевості (квітучі долини, пустелі, глухі місця тощо), які символізують етапи вашого шляху.

Вирішіть, чи будете ви рухатися до цілей самотужки чи разом із кимось.

Обговорення:

Де знаходяться ваші найважливіші цілі? Чи узгоджуються вони між собою? Які труднощі чи небезпеки чекають на вас? Звідки ви будете черпати сили для руху вперед? Які почуття викликає у вас створена карта?

На виконання вправи відводиться 30 хвилин. Після завершення учасники діляться враженнями, аналізуючи свою карту як спосіб осмислення майбутнього.

Вправа Спільне малювання карти майбутнього [24]

Ця вправа є логічним продовженням попередньої, але вимагає від учасників узгодження своїх цілей із цілями інших членів групи. Спільне планування стає моделлю соціальної взаємодії, адже досягнення особистих цілей завжди відбувається в контексті спільного середовища.

Обговорення: Наскільки цілі учасників збігаються або конфліктують між собою? Чи складно коригувати власні цілі, враховуючи цілі інших? Як можна знаходити компроміси, і наскільки важливим є тимчасове об'єднання зусиль для досягнення спільних результатів? Чи може дружба і взаємодопомога стати ресурсом для подолання труднощів?

Наскільки ефективним або небезпечним є маніпулятивне використання людей для досягнення своїх цілей? Яким може бути зворотний ефект від подібної поведінки?

Ця вправа допомагає учасникам навчитися співпрацювати, розвивати емпатію і розуміння потреб інших, а також бачити потенційні переваги і ризики командної роботи.

Підведення підсумків.

Учасникам пропонується поділитися своїм актуальним емоційним станом і відповісти на кілька запитань, що дозволяють оцінити заняття з різних точок зору: Що ви думаєте про наше заняття? Що було для вас важливим? Чого

ви навчилися? Що вам сподобалося, що залишається незрозумілим? У якому напрямку нам варто просуватися далі?

Наприкінці заняття учасники можуть подякувати один одному за спільну роботу, що підкреслює атмосферу взаємної підтримки та колективної роботи.

3.2. Аналіз ефективності психологічного тренінгу для демобілізованих учасників бойових дій

Для визначення рівня ефективності впровадженої програми соціально-психологічного тренінгу, було здійснено повторну діагностику респондентів з використанням комплексу психодіагностичних методик, які було використано на етапі проведення констатувального експерименту: опитувальник симптомів ПТСР (PCL-M), госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), опитувальник оцінки вживання алкоголю АУДИТ (AUDIT).

За допомогою критерія Стюдента для порівняння показників до і після тренінгу, ми визначаємо, чи є показники статистично значущими. У нас є дві пов'язані вибірки — показники до і після тренінгу для тієї ж групи учасників, то у такому випадку використовується двовибірковий t-критерій Стюдента для залежних вибірок, оскільки кожен учасник має дві оцінки (до і після), і ми порівнюємо ці значення між собою. Формула для обчислення двовибіркового t-критерію Стюдента для залежних вибірок, виглядає так:

$$t = \frac{|M_d|}{\sigma_d / \sqrt{N}}, \text{ де}$$

M_d — середня різниця значень,

σ_d — стандартне відхилення різниць,

N — розмір вибірок.

Кількість ступенів свободи розраховують як:

$$df = N - 1 .$$

Інтерпретація результату: якщо отримане значення p -рівня менше (0,05) рівня значущості, ми відхиляємо нульову гіпотезу і визнаємо, що зміни є статистично значущими, тобто зниження рівня показника не є випадковою, і можна зробити висновок, що тренінг мав позитивний ефект на зниження рівня цього показника.

Повторне дослідження рівня тривоги в учасників за шкалою HADS показало наступні результати (див. табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Динаміка результатів дослідження рівня тривоги після проведення тренінгу за шкалою HADS, $n=50$.

№	Шкала тривоги HADS	До тренінгу	Після тренінгу	% зміни	t-критерій Стьюдента	p -рівень
1.	Відсутність тривоги	31 (62%)	42 (84%)	+35,5%	5,02	$7,12 \times 10^{-6}$
2.	Субклінічно виражена тривога	12 (24%)	5 (10%)	-58,3%		
3.	Клінічно виражена тривога	5 (10%)	3 (6%)	-40%		
4.	Важка форма тривоги	2 (4%)	0 (0%)	-100%		

Значення t-критерію становить 5,02 і p -рівень становить $7,12 \times 10^{-6}$.

Оскільки значення p є значно меншим за звичайний рівень значущості (0,05), можна зробити висновок, що зниження рівня тривоги після тренінгу є статистично значущим. Це означає, що зміни в рівнях тривоги є не випадковими, і тренінг мав значний вплив на зниження тривожності серед учасників.

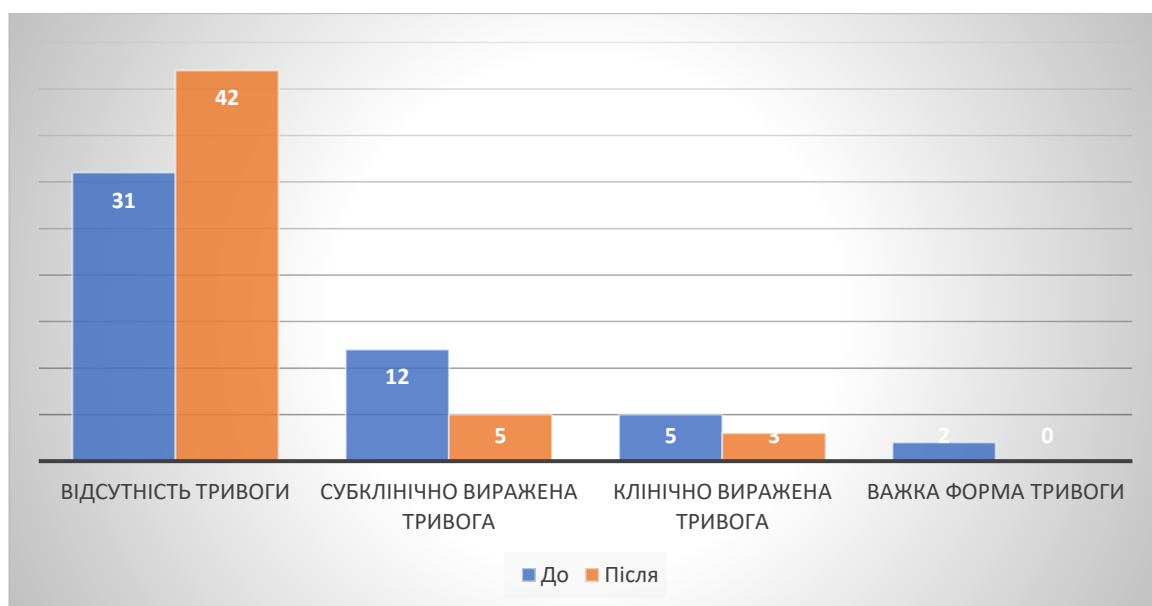


Рис.3.1. Гістограма порівняння рівня тривоги до і після тренінгу

Як видно з табл. 3.2 та рис. 3.1 після тренінгу кількість чоловіків з відсутністю ознак тривоги збільшилася з 31 до 42 осіб, що свідчить про ефективність тренінгу у зниженні рівня тривожності.

Кількість чоловіків з субклінічною тривогою зменшилася з 12 до 5, що свідчить про те, що 7 чоловіків зовсім позбулися симптомів тривожності.

До тренінгу 5 осіб мали клінічно виражену тривогу, тоді як після тренінгу цей показник зменшився до 3, що свідчить про часткову позитивну динаміку серед учасників, які мали середній рівень тривоги.

До тренінгу ми мали 2 випадки важкої форми тривоги, але після тренінгу жоден учасник не мав таких високих рівнів тривоги, що свідчить про позитивний вплив тренінгу на зниження тривоги до меншого рівня.

Повторне дослідження ознак депресії в учасників групі за шкалою HADS (див. табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Динаміка результатів дослідження рівня депресії після проведення тренінгу за шкалою HADS, n=50

№	Шкала депресії HADS	До тренінгу	Після тренінгу	% зміни	t-критерій Стьюдента	p-рівень
1.	Відсутність депресії	33 (66%)	42 (84%)	+27.27%	3,93	0,0003
2.	Субклінічно виражена депресія	13 (26%)	5 (10%)	-61,54%		
3.	Клінічно виражена депресія	2 (4%)	3 (6%)	+50%		
4.	Важка форма депресії	2(4%)	0 (0%)	-100%		

Значення t-критерію 3,93 і p-рівень 0,0003 вказують на статистично значущу зміну загального рівня депресії. Ці результати свідчать про позитивний вплив тренінгу на зниження рівня депресії серед учасників групи.

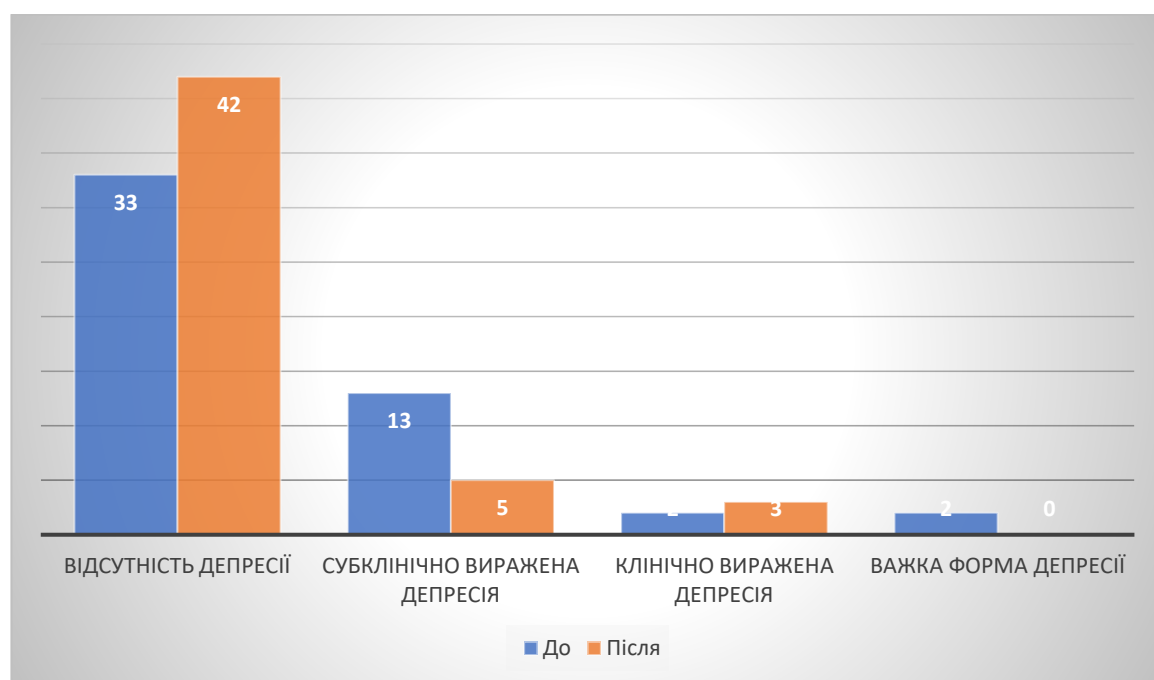


Рис. 3.2. Порівняння рівня депресії до і після тренінгу

Як видно з табл. 3.3 та рис. 3.2 після тренінгу кількість чоловіків з відсутністю ознак депресії збільшилася з 33 до 42 осіб, що свідчить про ефективність тренінгу у зниженні рівня тривожності.

Кількість учасників із субклінічною депресією зменшилося з 13 до 5 осіб, що свідчить про те, що більшість учасників, які мали субклінічну форму депресії, перейшли до категорії відсутність депресії після тренінгу.

Кількість учасників з клінічно вираженою депресією незначно збільшилася з 2 до 3 осіб, може свідчити про індивідуальні особливості деяких учасників, яким потрібна додаткова, можливо, індивідуальна психологічна підтримка для досягнення кращих результатів.

До тренінгу ми мали 2 випадки важкої форми депресії, але після тренінгу жоден учасник не мав таких високих рівнів тривоги, що свідчить про позитивний вплив тренінгу на зниження тривоги до меншого рівня.

Повторне дослідження рівня симптомів ПТСР за шкалою PCL-M (див. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Динаміка результатів дослідження рівня симптомів ПТСР після проведення тренінгу за шкалою PCL-M, n=50

№	Шкала PCL	До тренінгу	Після тренінгу	% зміни	t-критерій Стьюдента	p-рівень
1.	Відсутність симптомів ПТСР	25 (50%)	40 (80%)	+60%	5,25	$3,26 \times 10^{-6}$
2.	Мають окремі симптоми ПТСР	20 (40%)	8 (16%)	-60%		
3.	Клінічно виражений ПТСР	5 (10%)	2 (4%)	-60%		

Значення t-критерію становить 5,25 і p-рівень становить $3,26 \times 10^{-6}$, що вказує на статистично значущу зміну загального рівня ПТСР. Ці результати

свідчать про позитивний вплив тренінгу на зниження рівня симптомів ПТСР серед учасників групи.

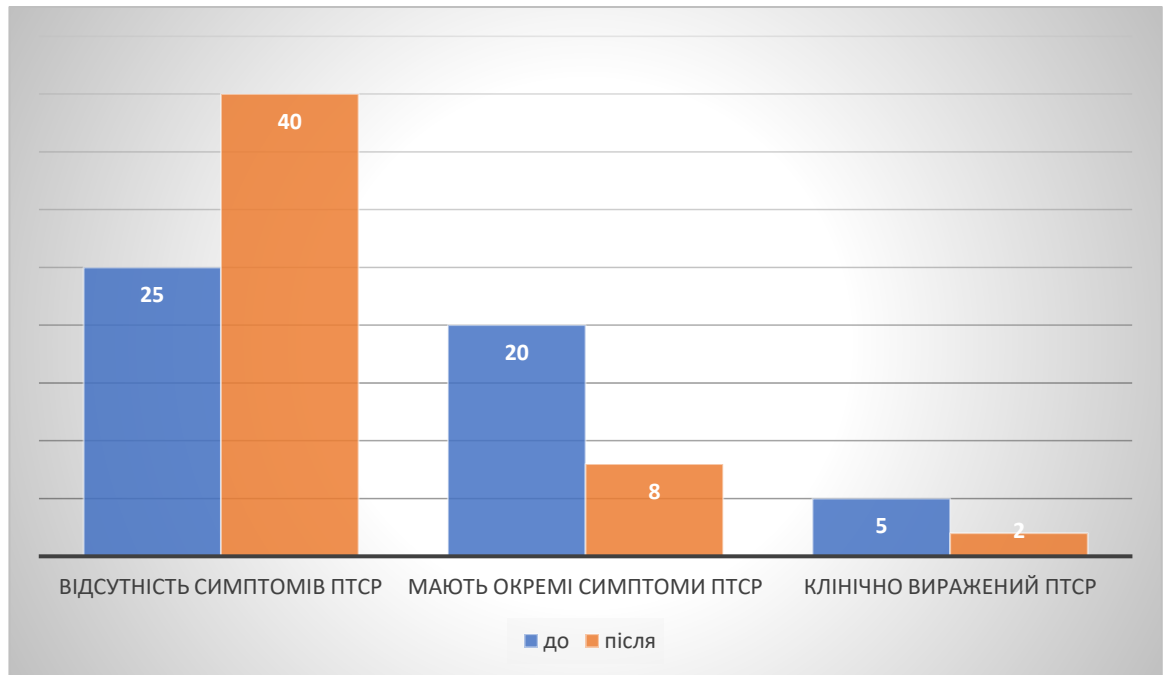


Рис. 3.3. Порівняння рівня ПТСР до і після тренінгу

Як видно з табл.3.4 та рис.3.3 після тренінгу кількість чоловіків, які не мають симптомів ПТСР, зросла з 25 до 40 осіб. Це свідчить про позитивний вплив тренінгу на зниження вираженості посттравматичних симптомів.

Кількість чоловіків, які мають окремі симптоми ПТСР, також знизилася з 20 до 8, що вказує на зменшення проявів ПТСР серед тих, хто мав окремі симптоми ПТСР.

Кількість чоловіків з клінічно вираженим ПТСР зменшилася з 5 до 2, що свідчить про позитивну динаміку навіть серед учасників із клінічно вираженими симптомами ПТСР.

Для повторної оцінки вживання алкоголю та виявлення ризику розвитку алкогольної залежності було використано шкалу AUDIT і отримано наступні результати (див. табл. 3.5):

Таблиця 3.5

Динаміка результатів дослідження ризику розвитку алкогольної залежності після проведення тренінгу за шкалою AUDIT, n=50

№	Шкала AUDIT	До тренінгу	Після тренінгу	% зміни	t-критерій Стьюдента	p-рівень
1.	Низький ризик	34 (68%)	35 (70%)	+2,94%	1,0	0,322
2.	Підвищений ризик	12 (24%)	11 (22%)	-8,33%		
3.	Високий ризик	4 (8%)	4 (4%)	0%		

Значення t-критерію становить 1,0 та p-рівень становить 0,322. Це свідчить про те, що зміни в рівнях ризику алкогольної залежності до і після тренінгу не є статистично значущими. Отже, тренінг не мав значущого впливу на зниження ризику алкогольної залежності в цій групі учасників.

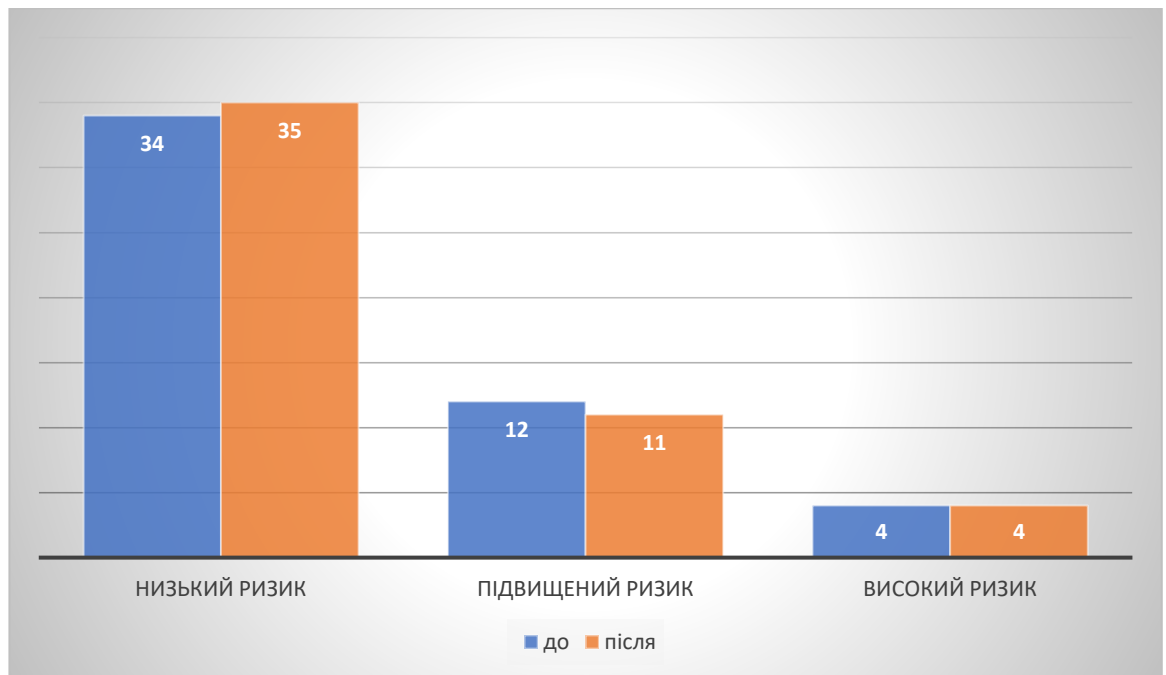


Рис.3.4. Гістограма порівняння рівня ризику розвитку алкогольної залежності до та після тренінгу

Як видно з табл.3.5 та рис.3.4 після тренінгу кількість чоловіків з низьким ризиком розвитку алкогольної залежності зросла з 34 до 35 осіб, що

свідчить про незначний позитивний вплив тренінгу на зниження ризику розвитку алкогольної залежності.

Кількість чоловіків підвищеним із підвищеним ризиком розвитку алкогольної залежності зменшилася з 12 до 11 осіб, що може вказувати на незначне покращення самоконтролю та усвідомлення ризиків розвитку алкогольної залежності серед окремих учасників.

Кількість чоловіків із високим ризиком розвитку алкогольної залежності залишилася на тому ж рівні (4 особи), що вказує на необхідність додаткових методів роботи для цієї групи з проблемою зловживання алкоголю.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3

У третьому розділі кваліфікаційної роботи було описано методику організації психологічного тренінгу, представлено програму тренінгу з відновлення психологічної стійкості після перенесених травматичних подій у демобілізованих учасників бойових дій, проведено опис повторного дослідження для оцінки рівня тривоги, депресії, ПТСР та ризику розвитку алкогольної залежності після проходження тренінгу, проаналізовано отримані дані учасників та проведено аналіз ефективності психологічного тренінгу для демобілізованих учасників бойових дій. Отримано наступні висновки:

1) **за результатами вимірювання тривоги за шкалою HADS:** рівень тривоги в групі знизився на 57,9% після проходження тренінгу, що свідчить про його високу ефективність у зменшенні тривоги серед учасників. Збільшення кількості людей без тривоги та зменшення випадків клінічно вираженої та важкої форми тривоги свідчать про позитивний вплив тренінгу на психоемоційний стан учасників;

2) **за результатами вимірювання депресії за шкалою HADS:** рівень депресії в групі знизився на 52,9% після проходження тренінгу, що свідчить про його високу ефективність у зменшенні депресії серед учасників. Збільшення кількості людей без депресії та зниження кількості випадків важкої форми депресії свідчать про позитивний вплив тренінгу на емоційний стан та загальне психічне здоров'я учасників;

3) **за результатами оцінювання симптомів ПТСР за шкалою PCL:** рівень ПТСР в групі знизився на 60% після проходження тренінгу, що свідчить про його високу ефективність у зменшенні симптомів ПТСР серед учасників. Збільшення кількості людей з відсутністю симптомів ПТСР, зменшення випадків клінічно вираженого ПТСР і зниження середнього рівня показника свідчать про позитивний вплив тренінгу на психічне учасників;

4) **за результатами оцінювання за шкалою AUDIT:** рівень ризику розвитку алкогольної залежності в групі знизився на 6,25% після проходження тренінгу. Ці зміни є незначними, що вказує на необхідність подальших заходів для більш ефективного зниження ризику розвитку алкогольної залежності в учасників цієї групи. Відсутність змін у групі з високим ризиком розвитку алкогольної залежності свідчить про необхідність додаткових підходів та індивідуальної роботи з тими учасниками, хто залишається вразливим до алкогольної залежності;

5) **за результатами розрахунку за допомогою t-критерію Стьюдента:**

-отримані результати підтверджують, що отримані зміни, а саме зниження рівнів депресії, тривоги та симптомів ПТСР є статистично значущими, а тренінг мав реальний позитивний вплив на психічний стан учасників;

- отримані результати рівнів ризику розвитку алкогольної залежності свідчать про те, що різниця в рівнях ризику до і після тренінгу є статистично не значущою. Незначні зміни відсоткових значень у групах низького, підвищеного та високого ризику дають підстави вважати, що тренінг не мав ефективний вплив на зниження ризику розвитку алкогольної залежності.

Таким чином було визначено, що тренінг ефективно впливає на зниження рівнів депресії, тривоги та симптомів ПТСР та не має ефективного впливу на зниження рівня ризику розвитку алкогольної залежності.

ВИСНОВКИ

Відповідно до поставлених завдань кваліфікаційної роботи було виконано:

1. Зроблено теоретико-методологічний аналіз сучасних підходів до проблеми емоційних та поведінкових розладів у демобілізованих учасників бойових дій та розкрити концептуальні засади дослідження.

В результаті проведеного теоретичного аналізу вітчизняних і зарубіжних досліджень проблеми психічного здоров'я демобілізованих учасників бойових дій з питань емоційних та поведінкових розладів, встановлено значну поширеність таких проблем як депресія, тривога, ПТСР та зловживання алкоголем серед учасників бойових дій та важливе їх значення для окремого бійця, його родини та близького оточення, а також для всієї країни та її обороноздатності.

2. Визначено ступінь впливу участі у бойових на психічне здоров'я та оцінити різноманітні аспекти стресового впливу воєнного конфлікту на психічний стан демобілізованих учасників бойових дій. В результаті впливу екстремальних подій на ментальне здоров'я учасників бойових дій розвиток емоційних та поведінкових розладів сягає високих показників та потребує психологічного втручання на всіх рівнях організації – від родини до суспільства в цілому.

3. Досліджено динаміку та тривалість впливу психологічних травм, що виникають у демобілізованих учасників бойових дій під час військових конфліктів. Маючи такі розлади, як депресія, тривога та ПТСР учасники бойових дій підсвідомо прагнуть застосовувати копінг-стратегії, такі як зловживання алкоголем та психоактивними речовинами, для зниження впливу стресогенної ситуації на психічне здоров'я або пом'якшення симптомів, що в результаті призводить до оберненого ефекту і ще більше ускладнює ситуацію. Тривале вживання алкоголю може спричинити розвиток психічних порушень

таких як біполярний розлад, параноїдний розлад, шизофренія в бійців та загострити первинні депресивні та тривожні розлади, ПТСР.

4. Підібрано діагностичні методики (опитувальник симптомів ПТСР (PCL-M), госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), опитувальник оцінки вживання алкоголю АУДИТ (AUDIT)) для дослідження психічного стану демобілізованих учасників бойових дій та проведено емпіричне дослідження, яке показало наступне:

- **за результатами вимірювання тривоги за шкалою HADS:** більша частина групи (62%) не мають тривоги, але інша значна частина групи (38%) показує різні рівні тривоги, що потребує додаткової уваги для запобігання розвитку глибшої тривоги.

- **за результатами вимірювання депресії за шкалою HADS:** 65% учасників групи не мають ознак депресії, але інша значна частина групи (35%) показує різні рівні депресії та потребують особливої уваги психолога та цілеспрямованого втручання, включаючи інтенсивну психотерапевтичну допомогу.

- **за результатами оцінювання симптомів ПТСР за шкалою PCL:** половина групи, а саме 50% учасників не мають симптомів ПТСР, що вказує на задовільний психоемоційний стан цієї половини групи, а інша частина групи (50%) показує різні прояви симптомів ПТСР, що вказує на важливість надання додаткової психологічної підтримки для стабілізації стану при роботі з травматичним досвідом і запобігання погіршенню психоемоційного стану цих учасників групи.

- **за результатами оцінювання за шкалою AUDIT:** більшість учасників (68%) мають низький ризик розвитку алкогольної залежності, що є позитивним показником для групи, а інша частина групи (34%) мають різні рівні ризику розвитку алкогольної залежності, що свідчить про необхідність

психологічної підтримки та консультацій фахівців для зменшення прояву негативних наслідків для здоров'я цих учасників.

5. На основі отриманих даних емпіричного дослідження було розроблено програму соціально-психологічного тренінгу відновлення психологічної стійкості після перенесених травматичних подій у демобілізованих учасників бойових дій. Програма розрахована на: відновлення психоемоційного стану, зниження тривоги, депресії та ПТСР, підвищення життєстійкості та внутрішніх ресурсів: розвиток стійкості, стратегії подолання труднощів та зниження ризику розвитку алкогольної залежності. Вона містить 10 занять, тривалістю 2 год кожне.

6. Проведено формувальний експеримент та оцінено ефективність корекційних заходів. Проведено повторне дослідження оцінки рівня тривоги, депресії, ПТСР та ризику розвитку алкогольної залежності після проходження тренінгу, проаналізовано отримані дані учасників та проведено аналіз ефективності психологічного тренінгу для демобілізованих учасників бойових дій. Отримано наступні висновки:

- за результатами вимірювання тривоги за шкалою HADS: рівень тривоги в групі знизився на 57,9% після проходження тренінгу, що свідчить про його високу ефективність у зменшенні тривоги серед учасників. Збільшення кількості людей без тривоги та зменшення випадків клінічно вираженої та важкої форми тривоги свідчать про позитивний вплив тренінгу на психоемоційний стан учасників;
- за результатами вимірювання депресії за шкалою HADS: рівень депресії в групі знизився на 52,9% після проходження тренінгу, що свідчить про його високу ефективність у зменшенні депресії серед учасників. Збільшення кількості людей без депресії та зниження кількості випадків важкої форми депресії свідчать про позитивний вплив тренінгу на емоційний стан та загальне психічне здоров'я учасників;

- за результатами оцінювання симптомів ПТСР за шкалою PCL: рівень ПТСР в групі знизився на **60%** після проходження тренінгу, що свідчить про його високу ефективність у зменшення симптомів ПТСР серед учасників. Збільшення кількості людей з відсутністю симптомів ПТСР, зменшення випадків клінічно вираженого ПТСР і зниження середнього рівня показника свідчать про позитивний вплив тренінгу на психічне учасників;

- за результатами оцінювання за шкалою AUDIT: рівень ризику розвитку алкогольної залежності в групі знизився на 6,25% після проходження тренінгу. Ці зміни є незначними, що вказує на необхідність подальших заходів для більш ефективного зниження ризику розвитку алкогольної залежності в учасників цієї групи. Відсутність змін у групі з високим ризиком розвитку алкогольної залежності свідчить про необхідність додаткових підходів та індивідуальної роботи з тими учасниками, хто залишається вразливим до алкогольної залежності;

- за результатами розрахунку за допомогою t-критерію Стьюдента:

- отримані результати підтверджують, що отримані зміни, а саме зниження рівнів депресії, тривоги та симптомів ПТСР є статистично значущими, а тренінг мав реальний позитивний вплив на психічний стан учасників;

- отримані результати рівнів ризику розвитку алкогольної залежності свідчать про те, що різниця в рівнях ризику до і після тренінгу є статистично не значущою. Незначні зміни відсоткових значень у групах низького, підвищеного та високого ризику дають підстави вважати, що тренінг не мав ефективного впливу на зниження ризику розвитку алкогольної залежності.

Таким чином було визначено, що тренінг ефективно впливає на зниження рівнів депресії, тривоги та симптомів ПТСР та не має ефективного впливу на зниження рівня ризику розвитку алкогольної залежності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алещенко В. І. Характеристика бойового стресу й основні симптоми бойових психічних травм. *Вісн. Нац. ун-ту оборони України : зб. наук. пр.* Київ, 2015. Вип. 2. С. 7–13.
2. Артемчук А. П. Стрес як діагностичний, прогностичний та лікувальний фактор при станах залежності в умовах військових дій, природних та техногенних катастроф, шкідливих виробництв, соціальних конфліктів та інших вад життя. *Укр. вісн. психоневрології.* 2017. Т. 25, вип. 1. С. 177–178.
3. Бараненко О. В. Аналіз особливостей рівня та стилю споживання алкоголю в учасників АТО. *Укр. вісн. психоневрології.* 2017. Т. 25, вип. 1. С. 180.
4. Бараненко О. В. Перспективи досліджень наслідків вживання алкоголю серед учасників АТО та постраждалого населення. *Український вісник психоневрології.* 2015. Т. 23, вип. 3. С. 118.
5. Болтоносів С. В. Особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на Сході України, що вживають алкоголь. *Архів психіатрії.* 2018. Т. 24, № 2. С. 77–80.
6. Брієр Дж., Кетрін С. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Видавництво «Свічадо», 2015. 440 с.
7. Вітенко І.С., Борисюк А.С., Вітенко Т.І. Соціально-психологічний тренінг: цикл вправ для підготовки лікарів- медичних психологів: Навч.-метод. посіб. Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти; Буковинський держ. медичний ун-т. Чернівці : Книги-XXI, 2005. 128с
8. Гавловський О. Д. Рівні тривожності та депресії учасників антитерористичної операції. *Україна. Здоров'я нації.* 2019. № 1. С. 15–18.
9. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємовпливу (огляд літератури). *Український вісник психоневрології.* 2018. Т. 26, вип. 1. С. 104–109.

10. Гапонов, К. Д. До проблеми патологічного взаємозв'язку посттравматичних стресових розладів та алкогольної залежності. *Укр. вісн. психоневрології*. 2015. Том 23, Вип. 3. С. 120-121.
11. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5 від Американської психіатричної асоціації / пер.з англ. О.Лисак, М.Прокопович; наук.ред. В Горбунова, Л.Засєкіна, О. Плевачук. Львів: Галицька Видавнича Спілка, 2023. 536 с.
12. Елгобен Е.Г., Араліс Х., Кассієлло-Роббінс Ч.Ф., Лестер П., Зальцман В., & Баріш Г. Інтеграція мобільних технологій і соціальної підтримки з когнітивно-поведінковою терапією гніву у ветеранів із ПТСР: пілотне дослідження. *Поведінкове військовослужбовців*, 9(1). 2021. С. 17-26.
13. Імель З.Є., Ласка К., Яккупчак М., & Сімпсон Т.Л. Мета-аналіз відсіву в лікуванні посттравматичного стресового розладу. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 81. 2013.
14. Калкштайн С., Скотт Дж. К., Сміт Р. В., & Круз Дж. Ефективність програми контролю гніву серед ветеранів із посттравматичним стресовим розладом та іншими проблемами психічного здоров'я: порівняльне дослідження. *Journal of Clinical Psychology*. 74. 2018. С. 1422-1430.
15. Карпенко Є.В. Основи психотренінгу. Навчальний посібник. Дрогобич, 2015. 78 с.
16. Майндфулнес [Електронний ресурс]. 2021. URL: <https://fizis.net/karjera-i-usvidomlenist/iak-praktykuvaty-maindfulnes/> (дата звернення: 19.10.2024).
17. Мاسяк Н. КПТ-базована модель тренінгу менеджменту тривоги [Електронний ресурс] 2020. URL: <https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2021/08/Masyak-N.-Trening-menedzhmentu-tryvogy-dlya-medychnyh-pratsivnykiv.pdf>. (дата звернення: 20.10.2024).
18. Матійків І. М. Тренерська майстерність: теорія і практика. Львів: СПОЛОМ, 2024. 496 с.

- 19.Мінко О. І., Лінський І. В., Бараненко О. В. Алкогольна поведінка та її наслідки у ветеранів АТО і цивільного населення, постраждалого від «гібридної війни». *Український вісник психоневрології*. 2017. №1. с. 190-203.
- 20.МКХ-11. РОЗДІЛ 06: Психічні і поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку (статистична класифікація) / За заг. ред. В.Д. Мішиєва; уклад.: В.Д. Мішиєв, Б.В. Михайлов, Є.Г. Гриневич, В.Ю. Омелянович (Переклад з англійської Б.В. Михайлова). Київ: МОРІОН, 2023. 304 с.
- 21.Панько Т. В. Депресія та війна [Електронний ресурс]. *Неврологія. Психіатрія. Психотерапія*. № 1 (64). 2023 URL: <https://health-ua.com/neurology/mizdisciplinari-problemi/72686-depresya-vjna>. (дата звернення: 18.10.2024).
- 22.Парашкевова С. Релаксаційні антистресові техніки [Електронний ресурс] 2024. URL: <https://psychology.space/psypedia-post/relaksacijni-tehniky-podolannya-stresu/>. (дата звернення: 02.11.2024).
- 23.Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація: методичні рекомендації / [уклад. : Волошин П. В. та ін.]. Харків, 2002. 47с.
- 24.Приходько І. І. Професійно-психологічний тренінг військовослужбовців Національної гвардії України [Текст] : монографія. Харків: НАНГУ, 2019. 194 с.
- 25.Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ “Видавництво “Логос”, 2015. 207 с.
- 26.Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ “Видавництво “Логос”, 2015. 207 с.

27. Психологічна підтримка та допомога дітям, які пережили травматичні події. Навчально-методичний посібник / Автори-упоряд. : Н. Вааранен-Валконен, Н. Заварова, за заг. ред. О. Калашник. К.: 2022. 100 с.
28. Психологічна хвилинка (вправи для зняття психоемоційного напруження) : [методичний посібник] / Мельничук В., Флярковська О., Черниш О., Чуприна О. К., 2022. 86 с.
29. Розен К.С., Адлер Е., & Тіт К. Висвітлення проблем ветеранів, які проходять курс лікування посттравматичного стресового розладу. *Journal of Traumatic Stress*, 26. 2013. С. 640-643.
30. Сонник Г.Т. Психіатрія: Підручник. К.: Здоров'я, 2006. С. 245-257, 260-286.
31. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.
32. Стрес-менеджмент [Електронний ресурс] URL: https://learn.ztu.edu.ua/pluginfile.php/329379/mod_resource/content/1/%D0%9B%D0%B5%D0%BA%D1%86%D1%96%D1%8F%2010..pdf (дата звернення: 29.10.2024).
33. Сучасні перспективи терапії пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом [Електронний ресурс]. *Неврологія. Психіатрія. Психотерапія*. № 2 (65). 2023. URL: <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-rozladi/73523-suchasn-perspektivi-terap-patcnav-zposttravmatichnim-stresovim-rozladomh-ua.com/neurology/mizdisciplinari-problemi/72686-depresya-vjna>. (дата звернення: 23.10.2024).
34. Титаренко Т. М. Технології відновлення психологічного здоров'я особистості в умовах війни: комплексний підхід. *Scientific Studios on Social and Political Psychology*. 2019. №43 (46) С. 54-62.

35. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад / В. В. Кравченко, І. Я. Пінчук, І. А. Марценковський та ін. К. : Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України, 2016. 57 с.
36. Федорчук В. М. Тренінг особистісного зростання : навч. посіб.. К. : «Центр учбової літератури», 2014. 250 с.
37. Фільц О. Ритуал зцілення як технологія психологічної реабілітації осіб із хімічним uzалежненням. *Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2019. №60. С. 231–247.
38. Хаустова О. О. Тривожно-депресивні розлади в умовах дистресу війни в Україні [Електронний ресурс]. 2023. URL: <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-rozladi/71710-trivozhnodepresivn-rozladi-vumovah-distresu-vjni-vukran>. (дата звернення: 18.10.2024).
39. Чабан О.С. Психічне здоров'я в умовах війни: як його зберегти й не потрапити в «день бабака»? *Медична газета «Здоров'я України 21 сторіччя»*. 2022 № 5-6 (522-523). С. 10-11.
40. Чепа М.-Л. А. Експериментальне дослідження ефективності тренування психічних функцій молодших школярів. *Психологічні проблеми навчання, виховання, активності та розвитку особистості*. К., 1995. С. 110-119.
41. Чепурна А. М. Клініко-психопатологічні особливості посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій, які вживають психоактивні речовини. *Архів психіатрії*. 2018. Т. 24, № 1. С. 62–63.
42. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depress Anxiety*. 2018;35(3):195–208. doi:10.1002/da.22711.
43. Anxiety disorders [Електронний ресурс]. 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>. (дата звернення: 12.11.2024).

44. Depressive disorder (depression) [Электронный ресурс]. 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>. (дата звернения: 12.11.2024).
45. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*. 2018;48(9):1560-1571.
46. Horowitz M. J., Weiss D. S., Kaltreider N. B. et al. Reactions to the death of a parent: Results from patients and field subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1984. Vol. 172. P. 383–392.
47. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup5):1353383. doi:[10.1080/20008198.2017.1353383](https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383).
48. Koenen KC, Ratanatharathorn A, Ng L, McLaughlin KA, Bromet EJ, Stein DJ, et al. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*. 2017 Oct;47(13):2260–74. doi:[10.1017/S0033291717000708](https://doi.org/10.1017/S0033291717000708).
49. Lancet. 2019. 394(10194):240–248. doi:[10.1016/S0140-6736\(19\)30934-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30934-1).
50. Post-traumatic stress disorder [Электронный ресурс]. 2024. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/post-traumatic-stress-disorder>. (дата звернения: 14.11.2024).
51. Riad A, Drobov A, Krobot M, Antalová N, Alkasaby MA, Peřina A, Koščík M. Mental Health Burden of the Russian-Ukrainian War 2022 (RUW-22): Anxiety and Depression Levels among Young Adults in Central Europe. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 9;19(14):8418. doi: 10.3390/ijerph19148418. PMID: 35886269; PMCID: PMC9318466.
52. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress [Электронный ресурс]. 2010. URL: <http://www.healthquality.va.gov/PTSD-Full-2010c.pdf>

53. Williams, H. et al. (2021) Posttraumatic growth in the context of grief: Testing the mindfulness-to-meaning theory. *Journal of Loss and Trauma*. 26(7). 611–623.
54. Wilson, J. (2013) Supporting people through loss and grief: An introduction for counsellors and other caring practitioners. London: Jessica Kingsley Publishers.
55. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017. 219:86–92.
56. Záhorcová, L., Prielomková, A. (2020) Posttraumatic growth after the loss of a loved one in relation to ruminations and core beliefs. *Human Affairs*. 30(3). 399–412.
57. Ауто- та гетероагресивна поведінка у структурі посттравматичних психічних розладів у учасників АТО / І. Я. Пінчука, В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна [та ін.]. *Арх. психіатрії*. 2016. Т. 22, № 3. С. 6–11.
58. Блінов О. Організаційні ресурси психологічної реабілітації військовослужбовців. <https://doi.org/10.31108/2.2022.1.25.2.2022>. С. 16–22.
59. Возніцина К., Литвиненко Л. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців. Київ, 2020. 192 с.
60. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
61. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО : посібник для ведучих груп. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.
62. Дубчак О. Особливості емоційних станів військовослужбовців нового призову у період адаптації. Вісник Національного авіаційного університету. Педагогіка. Психологія: зб. наук. пр. Київ: Національний авіаційний університет, 2019. Вип. 2(15). С. 118-123.

63. Журавльова Н. Ю. Особливості вторинної травматизації в дружин ветеранів війни: орієнтири психологічної допомоги. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2018. С. 124-151.
64. Журавльова Л. Статева диференціація ознак стресу в умовах війни [Електронний ресурс]. URL: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2023.21\(66\).02](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series12.2023.21(66).02). 2023. С. 17–24.
65. Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу: практичний посібник / Я. М. Омельченко, З.Г. Кісарчук, Т.С. Гурлєва, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. Я.М. Омельченко. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 256 с.
66. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л. Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. Київ : Педагогічна думка, 2016. С. 10.
67. Карсканова С. В. Опитувальник «Шкали психологічного благополуччя» К. Ріфф: процес та результати адаптації. Практична психологія та соціальна робота, 2011. № 1. С. 1 – 10.
68. Кисельова О.І. Війна в Україні та вимушена міграція як чинники впливу на міграційну політику ЄС. Scientific notes of Lviv University of Business and Law. 2023. № 6. С. 137–144.
69. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
70. Крук, І. М., Григус, І. М. (2023). Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. Rehabilitation and Recreation, (15), 50–56. <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.15.6>
71. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

72. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
73. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
74. Прудка Л. М. Психологічні аспекти адаптації військових, які брали участь у бойових діях / Прудка Л. М., Пасько О. М.. // УДК 159.9.612.821 DOI <https://doi.org/10.32850/sulj.2024.2.14>. 2024. С. 86–92.
75. Радецька Л. Особливості проявів бойових стресових розладів у поранених військовослужбовців Збройних Сил України – учасників бойових дій. Медсестринство. 2020. № 4.
76. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. URL: https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf
77. Савицький В. Л. Коморбідні тривожні та депресивні розлади у військовослужбовців у загальномедичній практиці. Проблеми військової охорони здоров'я. 2017. №. 47. С. 242-248.
78. Смирнова О. Сімейна адаптація учасника бойових дій в умовах мирного життя. URL: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.27.36>. 2021. №27. С. 214–218.
79. Ткачук І. М. Поширеність тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції. Вісник наукових досліджень. 2018. №. 1. С. 64-66.
80. Федорець С. Вплив посттравматичного стресового розладу на сексуальне функціонування військових та ветеранів/ Федорець С. // УДК 159.91 DOI: 10.31732/2663-2209-2022-70-180-186. 2022. №2(70). С. 185.

ДОДАТОК А

Тест №1

Інструкція: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) військового досвіду. Прочитайте кожен пункт уважно, та обведіть кружком ту цифру у графі, що найбільш чітко відображає частоту з якою Вас турбувало це питання минулого місяця

№	Питання	Не було зовсім (1)	Інколи (2)	Помірно (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?	1	2	3	4	5
2	Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?	1	2	3	4	5
3	Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або відчуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?	1	2	3	4	5
4	Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого?	1	2	3	4	5
5	Фізично реагуєте (тобто - сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує вам про травматичний досвід з минулого?	1	2	3	4	5
6	Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?	1	2	3	4	5
7	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючу ситуацію з минулого?	1	2	3	4	5
8	Відчували труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?	1	2	3	4	5
9	Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?	1	2	3	4	5
10	Відчували відстороненість або ж «відрізаність» від інших людей?	1	2	3	4	5
11	Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?	1	2	3	4	5
12	Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?	1	2	3	4	5
13	Труднощі із засинанням або переривчастий поверхневий сон?	1	2	3	4	5
14	Відчуття роздратування або вибухи гніву?	1	2	3	4	5
15	Труднощі з концентрацією уваги?	1	2	3	4	5
16	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?	1	2	3	4	5
17	Відчуваєте себе знервованим (дьорганим) або легко лякаєтесь?	1	2	3	4	5

ДОДАТОК Б

Тест №2

Інструкція. Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді. Виберіть ту з відповідей, яка відповідає Вашому стану.

1. Я відчуваю напругу, мені не по собі

- 3 - весь час
- 2 - часто
- 1 - час від часу, іноді
- 0 - зовсім не відчуваю

2. Я відчуваю страх, здається, що щось жахливе може ось-ось статися

- 3 - безумовно це так, і страх дуже великий
- 2 - так, це так, але страх не дуже великий
- 1 - іноді, але це мене не турбує
- 0 - зовсім не відчуваю

3. Неспокійні думки крутяться у мене в голові

- 3 - постійно
- 2 - велику частину часу
- 1 - час від часу і не так часто
- 0 - тільки іноді

4. Я легко можу присісти і розслабитися

- 0 - безумовно, це так
- 1 - напевно, це так
- 2 - лише зрідка, це так
- 3 - зовсім не можу

5. Я відчуваю внутрішню напругу або тремтіння

- 0 - зовсім не відчуваю
- 1 - іноді
- 2 - часто
- 3 - дуже часто

6. Я відчуваю непосидючість, мені постійно треба рухатися

- 3 - безумовно, це так
- 2 - напевно, це так
- 1 - лише в деякій мірі, це так
- 0 - зовсім не відчуваю

7. У мене буває раптове відчуття паніки

- 3 - дуже часто
- 2 - досить часто
- 1 - не так вже й часто
- 0 - зовсім не буває

8. Те, що приносило мені велике задоволення, і зараз викликає у мене таке ж почуття

- 0 - безумовно, це так
- 1 - напевно, це так
- 2 - лише в дуже малому ступені, це так
- 3 - це зовсім не так

9. Я здатний розсміятися й побачити в тій чи іншій події смішне

- 0 - безумовно, це так
- 1 - напевно, це так
- 2 - лише в дуже малому ступені, це так
- 3 - зовсім не здатний

10. Я відчуваю бадьорість

- 3 - зовсім не відчуваю
- 2 - дуже рідко
- 1 - іноді
- 0 - практично весь час

11. Мені здається, що я став все робити дуже повільно

- 3 - практично весь час
- 2 - часто
- 1 - іноді
- 0 - зовсім ні

12. Я не стежу за своєю зовнішністю

- 3 - безумовно, це так
- 2 - я не приділяю цьому стільки часу, скільки потрібно
- 1 - може бути, я став менше приділяти цьому часу
- 0 - я стежу за собою так само, як і раніше

13. Я вважаю, що мої справи (заняття, захоплення) можуть принести мені почуття задоволення

- 0 - точно так само, як і зазвичай
- 1 - так, але не в тій мірі, як раніше
- 2 - значно менше, ніж зазвичай
- 3 - зовсім так не вважаю

14. Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- або телепрограми

- 0 - часто
- 1 - іноді
- 2 - рідко
- 3 - дуже рідко.

ДОДАТОК В

Тест 3

1. Як часто ви вживаєте спиртні напої?

ніколи (0)

один раз на місяць або рідше (1)

2 або 4 рази на місяць (2)

2 або 3 рази на тиждень (3)

4 рази на тиждень або частіше (4)

2. Скільки порцій спиртного ви випиваєте в типовий день, коли ви вживаєте алкоголь?

(під порцією мається на увазі або 0,5 л пива, або 200 мл сухого вина, або 50 мл горілки або коньяку)

жодного (0)

1 або 2 (1)

3 або 4 (2)

5 або 6 (3)

7 або 9 (4)

10 або більше (5)

3. Як часто ви випиваєте більше шести порцій алкоголю за один раз?

ніколи (0)

один раз на місяць або рідше (1)

щомісяця (2)

щотижня (3)

щодня або майже щодня (4)

4. Як часто протягом минулого року ви помічали, що не в змозі зупинитися, якщо почали пити?

ніколи (0)

один раз на місяць або рідше (1)

щомісяця (2)

щотижня (3)

щодня або майже щодня (4)

5. Як часто протягом минулого року ви не виконували того, чого зазвичай від вас очікували, через вживання алкоголю?

ніколи (0)

один раз на місяць або рідше (1)

щомісяця (2)

щотижня (3)

щодня або майже щодня (4)

6. Як часто протягом минулого року ви відчували потребу вранці випивати спиртне для того, щоб бути в змозі щонебудь робити після надмірного вживання алкоголю напередодні?

ніколи (0)

один раз на місяць або рідше (1)

щомісяця (2)

щотижня (3)

щодня або майже щодня (4)

7. Як часто ви відчували почуття провини або дорікали себе з приводу вживання алкоголю?

ніколи (0)

один раз на місяць або рідше (1)

щомісяця (2)

щотижня (3)

щодня або майже щодня (4)

8. Як часто протягом минулого року ви не могли пригадати подій попереднього дня через те, що були в стані сп'яніння?

ніколи (0)

один раз на місяць або рідше (1)

щомісяця (2)

щотижня (3)

щодня або майже щодня (4)

9. Чи траплялося, що ви в стані сп'яніння були причиною травмування себе або оточуючих?

ніколи (0)

один раз на місяць або рідше (1)

щомісяця (2)

щотижня (3)

щодня або майже щодня (4)

10. Чи траплялося, що хтось із членів вашої родини, хтось із друзів, або лікар висловлював свою стурбованість з приводу вживання вами алкоголю або радив вам менше пити?

ніколи (0)

один раз на місяць або рідше (1)

щомісяця (2)

щотижня (3)

щодня або майже щодня (4)