**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАІНИ**

**СХІДНОУКРАЇНСКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет здоров’я людини**

**Кафедра здоров’я людини**

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

*магістра*

**на тему: Психологічна допомога військовослужбовцям при негативних**

 **психічних станах**

**здобувач** ІІ курсу групи ПФР-23зм

**спеціальність:** 053 – Психологія

 Лук’янюк Олександр Васильович \_\_\_\_\_\_\_\_

 (*ПІБ здобувача*) (*підпис)*

**Керівник роботи**  *доц. д. психол. н*. Добровольська Н.А. \_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *( вчене звання, наукова ступінь, ПІБ) (підпис)*

Київ – 2024

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАІНИ**

**СХІДНОУКРАЇНСКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

Факультет здоровʼя людини

Кафедраздоровʼя людини

Освітній ступінь *магістр*

Спеціальність *053 – Психологія*

Освітня програма *Психологія фізичної реабілітації*

 **«ЗАТВЕРДЖУЮ»**

 **Завідувачка кафедри**

 **здоров’я людини д. психол. н., доц.,**

 **проф. Добровольська Н.А.**

 «07» вересня 2024 року

**ЗАВДАННЯ**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ**

**Лук’янюка Олександра Васильовича**

1. Тема роботи: Психологічна допомога військовослужбовцям при негативних психічних станах

Керівник роботи Добровольська Наталія Анатоліївна, д. психол. н., доцент затверджено наказом СНУ ім. В. Даля від «06» вересня 2024 року №60/15.20

2. Строк подання здобувачем роботи до захисту: 06.12.2024 р.

3. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи – 144 сторінки (1,5 інтервал,14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури – 50 дж.*

4.Зміст розрахунково-пояснювальної записки: *проаналізувати наукові джерела* *з проблематики негативних психічних станів військовослужбовців та їх психічного здоров’я; дослідити та визначити ефективні методики діагностики й лікування психологічних травм, прогнозування та попередження виникнення негативних психічних станів;* *зробити висновки на основі проведених емпіричних досліджень психічних станів учасників бойових дій.*

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці, рисунки*

6. Консультанти розділів роботи:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посадаконсультанта | Підпис, дата |
| завданнявидав | завданняприйняв |
| 1. | Добровольська Н.А. – д. психол. н., проф., в.о. завідувача кафедри кафедри здоров’я людини  | 09.09.2024р. | 10.10.2024р. |
| 2. | Добровольська Н.А. – д. психол. н., проф., в.о. завідувача кафедри кафедри здоров’я людини | 11.10.2024р. | 04.11.2024р. |
| 3. | Добровольська Н.А. – д. психол. н., проф., в.о. завідувача кафедри кафедри здоров’я людини | 05.11.2024р. | 01.12.2024р. |

7. Дата видачі завдання: 09 вересня 2024 р.

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№****з/п** | **Назва етапів дипломного проектування** | **Строк виконання етапів**  | **Примітка** |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану кваліфікаційної магістерської роботи | 09.09.2024 р. – 11.09.2024 р. |  |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження | 12.09.2024 р. – 07.10.2024 р. |  |
| 3 | Розробка діагностичного інструментарію та проведення констатувального експерименту | 08.10.2024 р. – 03.11.2024 р. |  |
| 4 | Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи | 04.11.2024 р. – 01.12.2024 р. |  |
| 5 | Представлення роботи на зовнішню рецензію | 02.12.2024 р. – 08.12.2024 р. |  |
| 6 | Перевірка роботи на академічний плагіат | 09.12.2024 р. – 15.12.2024 р. |  |
| 7 | Підготовка кваліфікаційної магістерської роботи до захисту та захист роботи | 16.12.2024 р. – 20.12.2024 р. |  |

Здобувач вищої освіти: Лук’янюк О.В.

Керівник роботи:

д. психол. н., доц. Добровольська Н.А.

РЕФЕРАТ

Текст – 108 с., джерел – 50, додатків – 10

У кваліфікаційній роботі проведено аналіз теоретико-методологічних підходів щодо вивчення психологічної допомоги військовим при негативних психічних станах. Досліджено методи психологічної допомоги військовослужбовцям, що перебувають у станах стресу, тривожності, депресії та інших негативних психічних станах, спричинених бойовими діями або службовою діяльністю, з метою покращення їхнього психічного здоров'я та адаптації до цивільного життя. Визначено критерії ефективності психологічної допомоги. Проаналізовано основні методи щодо оцінки психічного стану **посткомбатантів,** включаючи їхні переваги та обмеження.

Наведено результати емпіричних досліджень психічних станів учасників російсько-української війни за методиками А.Г. Маклакова, С.В.Чермяніна та Г. Айзенка.

Ключові слова: ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ВІЙНА, ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА, ПСИХОДІАГНОСТИКА, ПСИХІЧНІ СТАНИ, ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ’Я, ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ, РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ

**ABSTRACT**

**Text – 108 pages, sources – 50, appendices – 10**

The qualification paper analyzes theoretical and methodological approaches to studying psychological assistance for military personnel experiencing negative mental states. It explores methods of providing psychological support to service members dealing with stress, anxiety, depression, and other adverse psychological conditions caused by combat or service-related activities, aiming to improve their mental health and facilitate adaptation to civilian life.

The criteria for the effectiveness of psychological assistance are identified. The study examines key methods for assessing the mental state of post-combatants, highlighting their advantages and limitations. The empirical research findings on the mental states of participants in the Russo-Ukrainian war are presented, based on the methodologies of A.G. Maklakov, S.V. Chermyanin, and H. Eysenck.

**Keywords:** MILITARY PERSONNEL, WAR, PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE, PSYCHODIAGNOSTICS, MENTAL STATES, MENTAL HEALTH, PRACTICAL ASPECTS, REHABILITATION MEASURES

**ЗМІСТ**

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ

1.1. Психологічні особливості військовослужбовців 12
1.2. Негативні психічні стани у військовослужбовців: природа та наслідки 30
1.3. Основні підходи до психологічної допомоги 37

Висновки до розділу 1 47

РОЗДІЛ 2. ПСИХОДІАГНОСТИКА НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНІВ

2.1. Методологія психодіагностики 48
2.2. Діагностика негативних психічних станів військовослужбовців 53

2.3.Результати дослідження психічних станів учасників російсько-української війни 58

2.4. Оцінка ефективності психодіагностичних методів 60

Висновки до розділу 2 66

РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНАХ

3.1. Методи психологічної підтримки військовослужбовців 67
3.2. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) 71
3.3. Профілактика негативних психічних станів 75

Висновки до розділу 3 81

РОЗДІЛ 4. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

4.1. Організація психологічної допомоги в умовах служби 84
4.2. Охорона психічного здоров’я в умовах бойових дій 95

4.3. Психологічна реабілітація демобілізованих військовослужбовців 106

4.4. Оцінка ефективності психологічної допомоги 111

Висновки до розділу 4 115

ВИСНОВКИ 114

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 116

ДОДАТКИ 122

**ВСТУП**

**Актуальність теми дослідження.** В умовах сучасних збройних конфліктів та воєнних дій питання психологічної допомоги військовослужбовцям набуває надзвичайної актуальності. Військові стикаються з екстремальними фізичними та емоційними навантаженнями, що спричиняють серйозні негативні психічні стани, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожні розлади, депресія та інші психологічні розлади. Забезпечення своєчасної та професійної допомоги для військовослужбовців є критично важливим не лише для їх особистого благополуччя, але й для боєздатності армії загалом.

Екстремальні умови, в які потрапляють військовослужбовці під час бойових дій, справляють потужний вплив на їх психіку. Інтенсивність переживання військовослужбовцем бойового стресу залежить від взаємодії двох основних чинників: сили і тривалості впливу бойових факторів на психіку військовослужбовця та від індивідуальних особливостей його реагування на вплив цих факторів [1, с. 5].

Психічне здоров’я військовослужбовців прямо впливає на їхню бойову готовність, ефективність виконання службових обов’язків, а також на збереження особистого і колективного морального духу.

І щоб досягнути значного поступу в цій сфері, необхідно прищеплювати військовослужбовцям усвідомлення потреби в охороні психічного здоров’я, а також формувати в них думки про доцільність отримання медичної допомоги у разі захворювань або травм, непомітних на перший погляд. Потреба у такій просвітницькій роботі разом із розробкою цілого комплексу успішних навичок, прийомів і стратегій для відновлення нормального функціонування психіки ще ніколи не були більш затребувані, ніж тепер, у період постійних конфліктів у світі [20, с. 40].

Війна в Україні підняла актуальність проблеми збереження психологічного здоров’я військовослужбовців на принципово новий рівень. Адже участь у бойових діях практично завжди супроводжується стресовою реакцією організму, яка без відповідної своєчасної кваліфікованої допомоги може призвести до несприятливих наслідків, як для самого військовослужбовця, так і для суспільства в цілому. Психологічна травматизація особового складу стає причиною зниження ефективності виконання завдань за призначенням та збільшення небойових втрат. Також вона зумовлює виникнення труднощів із соціалізацією та погіршує якість життя військовослужбовців, створює тривалі соціальні, економічні та політичні проблеми для країни. У зв’язку з цим гострою є потреба в консультаційній і психотерапевтичній допомозі різним категоріям травмованих осіб – військовослужбовцям, ветеранам, членам їхніх сімей, які переживають руйнацію звичного життя [11, с. 5].

За останні десятиліття спостерігається тенденція до збільшення кількості випадків психічних розладів серед військових, що повертаються з зон бойових дій. Це вимагає адекватного реагування та розробки сучасних методів допомоги. Своєчасне і професійне втручання з боку психологів може суттєво знизити рівень страждань військових та покращити їх здатність до адаптації.

Також багато військовослужбовців стикаються з труднощами під час повернення до цивільного життя. Соціальна ізоляція, порушення взаємодії з близькими людьми і невпевненість щодо майбутнього можуть поглиблювати наявні психічні проблеми.

Отже, вивчення і розвиток ефективних методів психологічної допомоги військовослужбовцям при негативних психічних станах є важливим не лише з точки зору збереження здоров’я військових, але і для забезпечення загальної безпеки та ефективності збройних сил.

Актуальність даної теми обумовлена не лише потребою у покращенні психічного здоров'я військовослужбовців, а й важливістю їхньої соціалізації в мирному житті. В умовах сучасних збройних конфліктів, коли психічне здоров’я військових стає критичним фактором для їхньої професійної ефективності та особистого благополуччя, надання якісної психологічної допомоги є необхідним і життєво важливим. Результати даного дослідження можуть стати основою для подальших наукових розробок у цій галузі, а також допомогти в удосконаленні існуючих програм психологічної підтримки.

**Об’єкт дослідження:** надання психологічної допомоги військовослужбовцям, які брали участь у бойових діях.

**Предмет дослідження:** вплив соціальної підтримки (психологів, сім'ї, побратимів, колег) на реабілітаційний процес. Дослідження мотивації та психологічної підготовленості до реабілітаційних заходів, що впливають на результативність.

**Мета дослідження:** визначити ефективні методи психологічної допомоги військовослужбовцям, що перебувають у станах стресу, тривожності, депресії та інших негативних психічних станах, спричинених бойовими діями або службовою діяльністю, з метою покращення їхнього психічного здоров'я та адаптації до цивільного життя.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчення специфіки психічних розладів у військовослужбовців.
2. **Оцінка ефективності методів психологічної допомоги** та психотерапевтичних підходів, які використовуються для роботи з військовими, включаючи когнітивно-поведінкову терапію, арт-терапію, групову терапію та інші інтервенції.
3. **Розробка рекомендацій для психологів** щодо надання допомоги військовослужбовцям у різних умовах (військові дії, постбойовий період, реабілітація), з урахуванням специфіки військової служби та її впливу на психіку.
4. **Дослідження факторів, що впливають на психічне здоров’я військових,** та виявлення найбільш вразливих категорій, які потребують більш інтенсивної підтримки.
5. Визначення критеріїв ефективності психологічної допомоги.

**Методи та організація дослідження.** Для досягнення поставлених завдань у дослідженні застосовувалися такі методи: теоретичні – аналіз науково-психологічної літератури для обґрунтування основних положень; емпіричні – методика «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка), багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ А.Г Маклакова, С.В. Чермяніна), авторський опитувальник, анкетування. Дослідження проводилося у період з жовтня по листопад 2024 року. У ньому взяли участь 19 військовослужбовців (чоловіки віком від 25 до 50 років), які мають досвід участі у бойових діях.

**Теоретичне значення дослідження.** Дослідження дозволяють глибше зрозуміти механізми виникнення психологічних розладів та їх вплив на психічне здоров'я військових. Теоретичні дослідження сприяють розробці та вдосконаленню моделей психологічної підтримки військовослужбовців. Це може включати когнітивно-поведінкові підходи, психодинамічні інтервенції, кризове консультування, групові та індивідуальні методи терапії.

Важливим теоретичним аспектом є розробка та обґрунтування методів профілактики, які допомагають попереджати розвиток важких психологічних станів у військових. Це можуть бути програми психологічної готовності, навчання управління стресом та розвиток навичок саморегуляції.

Дослідження також розглядають процеси реадаптації військових до цивільного життя після участі у бойових діях. Це включає вивчення стратегій подолання психологічних труднощів, які виникають під час повернення до мирного життя.

У контексті військових дослідження дозволяють поглибити знання про кризові ситуації та особливості надання негайної психологічної допомоги в екстремальних умовах, що може сприяти формуванню ефективних моделей кризової інтервенції.

Теоретична основа цих досліджень сприяє не лише глибшому розумінню психологічних проблем військовослужбовців, але й дозволяє розробляти більш ефективні програми допомоги та реабілітації.

**Практичне значення дослідження** полягає в кількох ключових аспектах:

1. ***Рання діагностика та профілактика психічних розладів***. Дослідження допомагає створити інструменти для виявлення ранніх ознак стресу, тривожних розладів, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших негативних психічних станів. Це дозволяє своєчасно вживати заходів для запобігання розвитку серйозних проблем.
2. ***Реабілітація та соціальна адаптація****.* Дослідження допомагає розробити комплексні реабілітаційні програми для військовослужбовців, що повертаються до цивільного життя. Це включає відновлення їх психологічного здоров'я, підтримку в адаптації до нових життєвих обставин, відновлення стосунків у родині та на роботі.
3. ***Підвищення ефективності військових операцій***. Психологічна допомога позитивно впливає на бойову готовність військових, знижує рівень вигоряння, запобігає ризику небажаних поведінкових реакцій у стресових ситуаціях і сприяє кращому виконанню бойових завдань.
4. ***Підтримка сімей військовослужбовців***. Дослідження також підкреслює важливість роботи з сім'ями військових, які зазнають впливу психологічних труднощів військовослужбовців. Допомога сім'ям знижує напругу та сприяє гармонійній взаємодії в родині.

Таким чином, практичне значення дослідження полягає в тому, щоб забезпечити військовослужбовцям ефективну психологічну підтримку, зберігаючи їх психічне здоров'я та сприяючи успішній реінтеграції до мирного життя.

Робота складається зі вступу, чотирьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел і додатків.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ**

* 1. **Психологічні особливості військовослужбовців**

Індивідуальність воїна визначається і характеризується психологічною структурою його особистості. Сучасні психологічні дослідження свідчать, що окремі риси та властивості особистості не просто об’єднані в єдину суцільну структуру, а ще й утворюють певну ієрархію. Вся структура, у свою чергу, визначається кожною складовою її частиною. А взагалі що таке структура?

*Структура будь-якого психологічного явища – це єдність елементів та їх всебічних зв’язків*. У психологію поняття «структура» ввів 1890 р. німецький вчений Х. Ернфельс. Структура протистоїть аморфності. Вперше у вітчизняній психології це поняття застосував у 1959 р. С. Л. Рубінштейн [26, с. 51].

Сучасна вітчизняна психологія має кілька підходів до поняття структури особистості.

*Психолог О. Г. Ковальов* розглянув п’ять підструктур особистості:

1) спрямованість;

2) здібності;

3) характер;

4) система управління;

5) психічні процеси.

*Психолог В. С. Мерлін* виокремив дві підструктури особистості:

1) властивості індивіда (темперамент та індивідуально-психологічні особливості психічних процесів);

2) властивості індивідуальності (мотиви і ставлення, характер та здібності) [26, с. 52].

*Військові психологи М. Ф. Феденко, М. І. Дяченко* основними компонентами психологічної структури особистості вважають:

1) психічні процеси;

2) психічні стани;

3) психічні властивості;

4) психічні утворення.

У підручниках з військової психології подано здебільшого їх підхід. Таких самих поглядів додержуються *українські психологи І.С. Вітенко, Л.М.Дутка, Л.Я. Зименьковська.*

Автори дотримуються думки, що структура особистості є цілісне утворення, сукупність соціально значущих психічних властивостей, відношень та дій індивіда, яких набуто у процесі онтогенезу і які визначають його поведінку як соціального суб’єкта дії та спілкування. Тому при визначенні психологічної структури особистості слід постійно мати на увазі, що особистість – це саморегулююча динамічна функціональна система [26, с. 54].

Сучасні умови, у яких працюють представники багатьох професій, зокрема військовослужбовці, можна повною мірою назвати екстремальними, тому що вони супроводжуються значними психоемоційними навантаженнями викликаними:

* високою відповідальністю за прийняті рішення;
* достатньою складністю виконуваних функцій;
* прискореним темпом діяльності;
* об’єднанням неоднакових за метою дій в одній діяльності;
* обробкою значної за обсягом інформації;
* дефіцитом часу на прийняття рішення [43, с. 29].

Воєнні дії створюють умови постійного психотравматичного впливу, що призводить до емоційного виснаження. Водночас, війна може мати і позитивні наслідки для тих, хто бере участь в успішних бойових операціях. Виникають значущі зміни: зростають навички та досвід, підвищується рівень професіоналізму, прискорюється хід соціальних процесів, відбувається переоцінка цінностей та формування нових пріоритетів. Учасники отримують унікальний досвід, зміцнюють свої професійні якості та здобувають вищий соціальний статус.

Психологічні особливості військовослужбовців формуються під впливом особливих умов військової служби, бойових ситуацій і специфічних завдань, які ставляться перед ними. Ці особливості мають значний вплив на їхню поведінку, адаптацію до стресових умов, взаємодію в колективі та прийняття рішень. Ось деякі ключові психологічні аспекти:

### *****Психологічна стійкість*****

### Військовослужбовці часто стикаються зі стресовими і небезпечними ситуаціями, що вимагає від них високого рівня психологічної стійкості.

### Згідно з наказом Головнокомандувача Збройних Сил України № 305 від 18.10.2021 р. «Про затвердження Інструкції з організації психологічного забезпечення особового складу Збройних Сил України», *психологічна стійкість* визначена, як здатність особи підтримувати необхідний рівень психологічної готовності протягом визначеного часу в конкретних умовах обстановки та швидко відновлювати свій психоемоційний стан після екстремальних (кризових) ситуацій [10, с. 10].

### Психологічна стійкість військовослужбовця, за даними західних дослідників, виявляється за наявності в нього:

### а) когнітивних ресурсів, що дозволяють ефективно вирішувати проблеми;

### б) емоційних умінь протистояти стресові;

### в) соціальних та сімейних ресурсів, які можуть бути залучені в потрібний час;

### г) здатності знаходити мету та сенс своєї служби;

### д) фізичної стійкості до тривалих труднощів [10, с. 27].

### У повсякденній практичній роботі військовослужбовці піддаються впливу багатьох несприятливих психологічних обставин, які можуть впливати на якість виконання професійних дій. Психологічна стійкість розглядається як один з найважливіших показників психологічної підготовленості, що проявляється в здатності військовослужбовців не піддаватися впливу негативних обставин. Тут важливим є формування знань і умінь передбачити ці труднощі при виконанні службових завдань. Формування психологічної стійкості сприяє натренованості військовослужбовців у бездоганному виконанні службово-бойових дій в умовах максимальних психологічних труднощів, що може досягатися шляхом моделювання напруженості в процесі тренувань і практичних занять [31, с. 10].

### Якісна психологічна підготовка військовослужбовців сприяє зниженню негативних наслідків бойового стресу та зменшує ризик розвитку тяжких травматичних розладів у майбутньому.

### Дослідження показали, що психологічна стійкість військовослужбовців зумовлена її структурними компонентами та рівнями їх сформованості, які впливають на адекватність дій військовослужбовця в умовах надзвичайної ситуації. До таких структурних компонентів психологічної стійкості відносять емоційний, вольовий та інтелектуальний. Залежно від характеру діяльності і зовнішніх причин, ці компоненти можуть посідати різні «рангові місця».

### *2.* *****Адаптація до стресу*****

Під час бойових дій та підготовки до них військовослужбовці перебувають у постійному напруженні, що може викликати хронічний стрес. Важливою якістю є здатність ефективно адаптуватися до такого стресу, що включає розвиток стратегій виживання, навичок самоконтролю і витривалості.

### Процес адаптації до бойових дій триває приблизно 15-25 діб, по закінченню яких військовослужбовець досягає піку морально-психологічних можливостей. Після 30-40 діб безперервного перебування в безпосередньому зіткненні з противником, часто наступає їх швидкий спад, пов’язаний з виснаженням духовних і фізичних сил. Тривале очікування активних бойових дій, обмеження рухливості протягом трьох діб знижує працездатність у військовослужбовців на 30% [12, с. 56].

### Дослідження бойового стресу під час «афганської» війни, проведені Є.В. Снєдковим, суттєво розширюють і коригують уявлення про «бойове загартування». Зокрема, було встановлено, що у 20,3% військовослужбовців, які провели шість місяців у зоні бойових дій, спостерігається підвищення адаптивних можливостей: вони стають стійкими, досвідченими, здатними ефективно протидіяти ворогу. У 42,6% учасників не виявлено значних змін у емоційно-поведінковій сфері. Водночас у 36,1% військових розвивається «стійка соціально-психологічна дизадаптація» [34].

### У бойових підрозділах, які перебували в зоні бойових дій протягом сьомих місяців до року, кількість військових із підвищеною адаптивністю до екстремальних умов війни знизилася до 5,8%. Натомість у 61,1% солдатів і офіцерів було зафіксовано «стійку дизадаптацію» — порушення здатності пристосовуватися до небезпек і випробувань війни [34].

Для подальшого визначення напрямків посилення стресостійкості військовослужбовця слід визначити перелік основних *стресорів бойової обстановки* (СБО), які діють без виключення на всіх учасників бойових дій. Такими СБО є: а) травмування/хвороба або смерть, свідком яких є людина; б) невизначеність/втрата контролю над ситуацією; в) агресивне навколишнє середовище, тобто такі умови, за яких існує загроза життю, у тому числі через надмірну спеку або холод; г) спрага та голод; д) втома/брак відпочинку та сну; є) ізоляція/відчуття самотності. Ефективність підготовки, а, відповідно і ефективність стресостійкості буде залежати від ефективності дій військовослужбовця в ситуації де превалює відповідний СБО. Ефективне подолання таких СБО, як: в), д), є) можливе, як правило, лише у складі підрозділу. В умовах скорочення часу на підготовку військовослужбовців Збройних Сил України (ЗСУ) та з урахуванням зниження стандартів відбору до лав ЗСУ під час мобілізаційних заходів на період воєнного стану в Україні не завжди вдається відтворити в умовах окремого полігону усі СБО. [5, с. 8].

Метою підготовки в ЗСУ, як і в арміях західного зразка (НАТО), є розробка ефективної системи протидії бойовим стресорам, що сприятиме підвищенню загальної боєздатності та ефективності військ.

Терміни “стійкість” та “готовність до дій” у психології стоять разом коли мова ідеться про дії людини в екстремальних умовах, особливо в умовах пов’язаних з ризиком для життя. Поведінка військовослужбовця в екстремальній ситуації детермінована рівнем його стресостійкості. Стійкість до стресу – важливий чинник збереження нормальної працездатності, ефективної взаємодії з оточуючими і внутрішньої гармонії людини у важких, стресових умовах. Слід зазначити, що існує безліч визначень стресостійкості, у яких вона визначається як: емоційна стійкість, психологічна стійкість, стійкість особистості, психофізіологічна стійкість, моральна стійкість, моральнопсихологічна стійкість, емоційно-вольова стійкість [2, с. 17-21].

Заходи щодо запобігання страху та бойового стресу є важливою складовою психологічної підготовки військових до бойових умов. Здатність контролювати страх і зменшувати негативний вплив стресу можна і потрібно тренувати. З набуттям досвіду контроль над страхом стає більш ефективним, однак підготовку до подолання бойового стресу слід починати задовго до участі в бойових діях. Цей процес включає:

### *навчання* передбачає ознайомлення з природою, причинами та проявами страху і стресу, а також із впливом цих станів на психофізіологічне функціонування організму; військовослужбовців навчають застосовувати досвід ветеранів та відкрито ділитися своїми переживаннями в парах; такий підхід сприяє процесу "вентиляції" – зниженню внутрішньої напруги через вербалізацію власного досвіду, емоцій і думок;

### *відверті розмови* – заохочення відвертих розмов про страх і стрес з боку командирів, військових психологів та лікарів із наголосом, що йдеться про звичайні прояви, що сприяють розвитку «чутливості» до виявлення ознак страху і стресу в собі та в інших;

### *натренованість у виявленні страху та стресу* – виявлення симптомів страху та стресу в собі та інших (такий підхід сприяє «усвідомленому зіткненню» зі страхом і дозволяє вчасно вжити заходів для його подолання ще на початковій стадії); ідентифікація страху і стресу в інших особах, а також переключення уваги на підтримку оточуючих (допомагає зменшити негативний вплив цих станів і швидше встановити контроль над власними емоціями);

*опанування технік заспокоєння та саморегуляції* – техніки дихання, м'язова релаксація та методи заспокоєння, є надзвичайно корисним, оскільки дозволяють військовослужбовцям краще контролювати фізичні та психічні процеси. Це має велике значення, зокрема перед бойовими діями, під час тривалого очікування чи в моменти відпочинку після виконання операцій.

Стрес-фактори сучасного бою істотно впливають на бойову діяльність воїнів. Після першого вдалого бою військовослужбовець набуває впевненості у своїх силах, бойових товаришах, командирах, зброї. Його бойові якості від бою до бою поліпшуються, набувається *досвід бойової поведінки, формуються бойові звички*.

Бойовий стрес у період очікування бою в основному виявляється у військовослужбовців *стадією тривоги*, яка виконує функцію попередження, підтримки пильності, забезпечення готовності до дії. Згодом вони навчаються автоматично і вибірково реагувати на стимули бойової обстановки, відокремлюючи небезпечні, ті, що допомагають, і нейтральні. З початком бойових дій воїни швидко досягають *стадії резистентності* і стають спокійними, зосередженими на бойовому завданні. Успішні бойові дії, невисокий рівень втрат сприяють підтримці у них бойової майстерності та високої стресостійкості протягом тривалого часу [26, с. 214-215].

### *3.* *****Колективізм та почуття товариства*****

Одним із найбільш негативних переживань на війні є відчуття самотності і страх залишитися одному на полі бою пораненим. Ліками від цього страху є *бойовий військовий колектив*, організований на принципах психологічної сумісності, колективізму і бойового товариства. Згуртованість колективу виступає своєрідною підставою для підтримання високої психологічної стійкості, активності окремих військовослужбовців.

### Спеціаліст у питаннях морального духу військ С. Маршалл, досліджуючи психологічні механізми бойової активності військовослужбовців у роки Другої світової війни, зазначав, що високі ідеї патріотизму, любові до ближніх, прагнення до справедливості в бою «згортаються» і маніфестуються у вигляді колективізму. Солдат йде у бій не стільки «за Батьківщину», скільки за те, щоб не зрадити бойових товаришів і не уславитися в очах товаришів по службі боягузом [26, с. 248-249].

Військова служба вимагає роботи в команді, де довіра та взаємна підтримка є ключовими. Військовослужбовці часто розвивають міцні зв'язки з колегами, оскільки від цього залежить їхнє життя в бойових ситуаціях.

Формування військових колективів і їхній розвиток до злагодженого бойового підрозділу відбувається поступово, відповідно до певних психологічних закономірностей. Щоб перетворити групу людей, зібраних разом, на міцний і ефективний колектив, необхідно дотримуватися таких умов:

* *часта взаємодія:* перебуваючи разом 24 години на добу, виконуючи спільні завдання та долаючи однакові труднощі, військові починають краще знайомитися, зближуватися та встановлювати дружні стосунки;
* *спільні цілі та ідеали*: постійна взаємодія може створити певний рівень єдності, але для досягнення злагодженої роботи необхідні спільні цілі й ідеали. Наприклад, загальний ідеал *–* захист Батьківщини *–* повинен бути розділений на низку конкретних завдань, виконання яких сприятиме досягненню основної мети;
* *розподіл між собою поділених ролей та місць в межах колективу*: кожен член колективу має отримати чітко визначені зобов’язання, обов’язки та повноваження, що узгоджуються між собою, забезпечуючи злагодженість і ефективність діяльності групи;
* *гармонізація ставлення до спільних норм і стандартів*: військовий колектив формується через прийняття як формальних, так і неформальних стандартів поведінки. Формальні правила включають дотримання дисципліни, виконання команд, носіння встановленого одягу та офіційні привітання. Неформальні норми відображають загальноприйняті традиції й очікування всередині групи (наприклад, осуд «стукачів» чи толерантне ставлення до деяких звичок, як-от вживання алкоголю);
* *формування відчуття «МИ»*: згуртованість досягається через розвиток усвідомлення приналежності до групи та гордості за свою спільність. Члени колективу починають ідентифікувати себе як частину єдиного цілого, що сприяє зростанню довіри й мотивації;
* *спільне реагування на обставини*: група формується як єдиний механізм через колективний досвід досягнення цілей, успіхів і невдач. Узгоджені дії в умовах зовнішніх викликів, як-от реагування на загрози чи напади, зміцнюють єдність і здатність протистояти складним ситуаціям разом.

Відносини у військовому колективі мають свої особливості, оскільки вони регламентуються не лише законами, що діють в суспільстві, але й військовими статутами, що мають силу законів. У них сформульовані основні принципи взаємин: єдиноначальність, субординація, військове товариство і дружба, колективізм, військова ввічливість, честь і гідність, справедливість, гуманізм [26, с. 167].

Розвиток військових колективів відбувається поетапно.

На першому етапі встановлюється формальний порядок і структура. Новобранці знайомляться з визначеними правилами та нормами поведінки, які стають обов’язковими для дотримання. Цей етап зосереджений на організаційному впровадженні дисципліни.

Згодом, на другому етапі, починають формуватися неформальні стосунки. Військові поступово встановлюють дружні зв’язки та взаєморозуміння. На цьому рівні розвивається *горизонтальна єдність* **–** почуття взаємної підтримки та прихильності між членами колективу. Паралельно формується *вертикальний зв’язок* **–** довіра між підлеглими та командиром.

На завершальному етапі досягається високий рівень згуртованості. У підрозділі розвивається спільний дух єдності, сильне відчуття «ми» та гордість за належність до свого колективу. Військові стають готовими до злагодженої спільної діяльності, що сприяє підвищенню ефективності бойових завдань.

*Взаємовідносини у військовому колективі – система взаємозв’язків, що виникає, складається і розвивається між військовослужбовцями у процесі їх взаємодії та спілкування у всіх сферах військової діяльності, основана на вимогах військових статутів, високій свідомості, культурі спілкування і вихованості особового складу*.

Найширший різновид відносин – товариські стосунки. Вони основані, як правило, на ділових контактах, де цілі, засоби і результати спільної діяльності і спілкування визначають розвиток зв’язків і розподіл загальних функцій. Звідси і стала форма звернення військовослужбовців один до одного – «товариш» [25, с. 170].

### *4.* *****Самоконтроль і дисципліна*****

### Дисциплінарний статут ЗСУ дає таке визначення терміну «військова дисципліна» – це бездоганне та неухильне додержання всіма військовослужбовцями порядку і правил, встановлених військовими статутами Збройних Сил України та іншим законодавством України [7]. Та окрім формальних військових статутів та державних законів дисципліну визначають також і інші неформальні «непрописні» чинники, зокрема, суспільні норми та правила, звичаї та традиції, вплив колективу та авторитетів, накопичений особистий та суспільний досвід, історичні та сучасні взірці поведінки, здатність до самооцінки, самоконтролю та самодисципліни.

### Самоконтроль і дисципліна є ключовими аспектами для кожного військовослужбовця, адже саме вони визначають рівень професіоналізму, готовності до служби та надійності в умовах стресу й небезпеки. Ось кілька основних моментів:

### *В****міння контролювати емоції****.* Самоконтроль допомагає приймати раціональні рішення та зберігати здоровий глузд під час бою.

### Ф***окус на завданні***. Здатність концентруватися на меті і не відволікатися на сторонні фактори є основою ефективної служби.

### ***Відповідальність за дії***. Військовослужбовець повинен розуміти наслідки своїх дій і приймати відповідальність за виконання наказів та збереження дисципліни.

### ***Дотримання правил та процедур***. Виконання наказів, дотримання розпорядку дня і підготовленість є основою військової дисципліни.

### ***Тренування та самодисципліна****.* Постійні тренування допомагають військовослужбовцю підтримувати фізичну та психологічну готовність. Самодисципліна також передбачає зобов’язання дотримуватися правил навіть без нагляду.

***Повага до командирів і товаришів по службі***. Дисципліна в армії означає дотримання субординації та підтримку взаємної поваги. Це важливо для підтримання злагодженості в підрозділі.

Самоконтроль і дисципліна взаємопов’язані, адже тільки зберігаючи самоконтроль військовослужбовець може ефективно дотримуватись дисципліни та виконувати поставлені завдання. Без належного рівня самоконтролю з’являється ризик неконтрольованих емоцій і помилкових рішень, що може зашкодити команді та успіху бойового завдання.

### *5.* *****Психологічна готовність до ризику*****

Військові часто працюють в умовах, де необхідно приймати рішення, пов’язані з ризиком для життя. Ця готовність формується через тренування та бойовий досвід, що дозволяє їм раціонально оцінювати ризики і діяти швидко.

Важливим елементом психологічної підготовки військових є їхнє детальне інформування про план, основні цілі та очікувані етапи військової операції. Знання про ситуацію, територію, просторово-часові орієнтири, сили супротивника, місцезнаходження санітарних пунктів, забезпечення логістики, систему зв’язку та можливі шляхи відступу формують відчуття безпеки й підвищують готовність до дій.

Особливо значущою для військових є доступна й точна інформація про супротивника, оскільки вона зменшує страх перед невідомим. Вчасне надання таких даних є критично важливим і не може бути проігнороване. Чим більше деталей стосовно території ворога, його сил, особливостей дій, недоліків і переваг, тим впевненіше почуваються військові. Це узгоджується з народною мудрістю: «Не такий страшний чорт, як його малюють».

Також у військових можуть бути власні ритуали перед відправленням у зону бойових дій, такі як особливе привітання, бойовий клич або спільні збори напередодні операції. Такі традиції не варто обмежувати, якщо вони не впливають негативно на загальну бойову готовність. Однак за дії, які можуть зашкодити операції, наприклад, вживання алкоголю перед бойовими завданнями, слід карати.

### Досить цікавим є визначення психологічної готовності до ризику військовослужбовців, яке надали українські науковці О. Колесніченко, Я. Мацегора, І. Приходько та Н. Юр’єва. Під психологічною готовністю військовослужбовця до ризику, на їхню думку, слід розуміти «… сукупність психологічних властивостей особистості, що визначає її здатність приймати рішення про дії та досягати успіху під час виконання поставлених службовобойових завдань у вітальних умовах, мотивуючись інтеріоризованими цінностями суспільства та професійними нормами, використовуючи вольові якості, професійні знання, уміння та навички, які посилені взаємодопомогою між колегами, а також навички саморегуляції» [14, с. 88].

### Структуру психологічної готовності військовослужбовця до ризику складають чотири компоненти: *здатність до вольового зусилля, військова товариськість, професійна ідентичність, самовладання*.

### *7.* *****Морально-психологічний стан (МПС)*****

Інструкція про порядок оцінки морально-психологічного стану особового складу в Міністерстві оборони України та Збройних Силах України визначає, що «Морально-психологічний стан особового складу» – це сукупність соціальних, службових, морально-етичних, психологічних факторів, що проявляються в конкретних умовах життєдіяльності військових колективів (підрозділів, команд, розрахунків, постів, екіпажів тощо) і окремих військовослужбовців та характеризують готовність (моральні якості, фізичні можливості і психологічні властивості) військовослужбовців виконувати покладені функціональні обов’язки за посадою та вирішувати поставлені завдання в даній обстановці і у визначений час.

У сучасних наукових дослідженнях вітчизняних фахівців панівною є думка про те, що МПС слід розглядати як складне інтегральне утворення – ситуаційний стан психологічної, моральної, ідеологічної налаштованості, військово-професійної готовності та психологічної здатності військовослужбовців виконувати завдання за призначенням. Також морально-психологічний стан визначається як інтегрована тимчасова сукупність різних властивостей та якостей особистості і військових колективів, що виявляється в готовності та здатності особового складу до виконання поставленого службово-бойового й бойового завдання [15, с. 27].

До факторів, які позитивно впливають на рівень МПС військовослужбовців та підвищують якість виконання службово-бойових завдань в екстремальних умовах (мотиватори), відносять:

* потребу в досягненні соціального престижу й поваги з боку інших;
* можливість найбільш повної самореалізації саме в такій діяльності;
* прагнення до просування по службі;
* відповідальність за те, що військовослужбовець виконує соціально необхідну функцію;
* високий рівень задоволення базових потреб військовослужбовців та членів їх сімей (грошове забезпечення та надбавки до нього, соціальні пільги, соціальний статус);
* високий рівень підтримання безпечних умов службово-бойової діяльності (СБД);
* сприятливий соціально-психологічний клімат у підрозділі (розвинуте військове товариство та братерство, взаємодопомога, безконфліктне нерепресивне спілкування);
* високий рівень довіри до командира (командування); – професійну готовність до СБД;
* психологічну готовність до СБД;
* високий рівень усебічного забезпечення СБД [15, с. 30].

Мотивація, бойовий дух, впевненість у своїй місії і підтримка командирів є ключовими елементами морально-психологічного стану військовослужбовців. Цей стан впливає на здатність виконувати бойові завдання та витримувати тиск.

### *8.* *****Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)*****

Посттравматичний стресовий розлад – це психічний розлад, що може виникнути у людини після пережитого сильного стресу чи травматичної події, яка загрожувала життю, фізичній або психічній цілісності. У випадку військовослужбовців, ПТСР часто пов’язаний з травматичними подіями, які відбуваються під час бойових дій або на полі бою, такими як загибель товаришів, поранення, обстріли, перебування під обстрілом або в полоні.

Посттравматичний стресовий розлад – виникає як відстрочена або тривала відповідь (після латентного періоду, але не більше 6-ти місяців) на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка може спричинити глибокий стрес майже у кожного [1, с. 10].

Необхідно відзначити, що негативні психічні стани розвиваються у військовослужбовців і в період реадаптації до звичайних умов служби, після повернення з району бойових дій. Порушення можуть проявлятися на психологічному (поведінковому) рівні у вигляді зниженого настрою, тривожності, агресивності, депресій, зловживань спиртними напоями [1, с. 10].

*Симптоми ПТСР:*

* *нав'язливі спогади або "флешбеки"* – повторювані та неприємні спогади, що мимоволі виникають і нагадують про травму;
* *кошмари та порушення сну* – часто переслідують жахіття з подіями війни;
* *емоційна відчуженість* – людина може уникати близьких стосунків, відчувати апатію, відчувати себе чужою;
* *гіперактивність та підвищена тривожність* – постійне відчуття небезпеки, підвищена настороженість;
* *проблеми з пам’яттю та концентрацією* – складно зосередитися на щоденних завданнях;
* *роздратованість та агресія* – швидкі перепади настрою, агресивна поведінка, часті конфлікти.

Рання діагностика негативних психічних станів, постстресових станів, визначення групи посиленої психологічної уваги серед особового складу дозволяє на ранніх етапах виявити військовослужбовців з низьким адаптаційним потенціалом і високою вірогідністю ранніх і важких проявів бойової психічної травми та її наслідків, а також дозволяє створити індивідуальну тактику і способи профілактики та відновлення кожного обстеженого військовослужбовця [1, с. 10].

### *9.* *****Мотивація та патріотизм*****

### Мотивація до професійної діяльності військовослужбовців є ієрархізованою динамічною системою мотиваційних утворень, структурованих на основі взаємозвʼязку провідних інституційних (внутрішніх) та прагматичних (зовнішніх) мотивів, регулюючих здійснення діяльності, у результаті чого формується система спонукань, які детермінують діяльність.

### У різних країнах світу триває пошук додаткових шляхів вирішення проблеми мотивації військовослужбовців за такими напрямами (формування інституційних та прагматичних мотивів): підвищення авторитету армії, військової служби; формування позитивного іміджу військовослужбовця і військової служби у засобах масової інформації, рекламній продукції; створення сприятливих умов, пільг, соціальної захищеності, матеріальної і кар’єрної зацікавленості; формування у молоді та діючих військовослужбовців почуття особистої соціальної значущості, користі та патріотизму [28, с. 69].

### Мотивація та патріотизм особового складу Збройних Сил України (ЗСУ) мають глибоке значення, особливо в умовах сучасних викликів і загроз. Це поняття включають у себе низку факторів, які формують силу духу, витривалість та готовність боротися за свободу і незалежність своєї країни.

### Патріотизм для військовослужбовців є одним з основних мотиваторів. Це почуття любові до Батьківщини, готовність захищати її незалежність, традиції та народ. Для багатьох військових патріотизм виступає важливим фактором під час прийняття рішення служити, а під час бойових дій – це головна рушійна сила.

### Патріотизм та мотивація військовослужбовців є вирішальними факторами для їхньої стійкості та ефективності. Вони формуються на основі глибоких переконань, етичних цінностей, почуття відповідальності і, зрештою, підтримки суспільства.

### У багатьох ситуаціях при виконанні військовослужбовцями бойових (службово-бойових) завдань в екстремальних умовах мотивація є одним з ключових факторів для військового підрозділу у досягненні поставлених перед ним цілей [28, с. 79].

### В умовах російсько-української війни мотивація військовослужбовців Збройних Сил України змінилися з прагматичної на інституційну, що є позитивним сигналом [5, с. 52].

### *10.* *****Готовність до самопожертви*****

Екстремальна ситуація – це сукупність умов й обставин, що виходять за рамки звичайних, які ускладнюють чи унеможливлюють життєдіяльність індивідів. Зазвичай, це поняття використовується як синонім надзвичайної ситуації. Екстремальні ситуації – це найбільш складні небезпечні ситуації, коли збігаються кілька несприятливих для людини умов і факторів ризику [38, с. 205].

Готовність до самопожертви – одна з ключових рис військовослужбовців, що часто відрізняє їх службу від інших професій. Це здатність ставити життя та безпеку інших вище за власні інтереси, усвідомлюючи потенційні небезпеки, і бути готовим діяти заради загального блага, навіть якщо це ставить під загрозу власне життя.

Ця риса формується завдяки поєднанню моральних принципів, патріотизму, глибокого усвідомлення свого обов’язку перед Батьківщиною та колективної відповідальності за захист людей, з якими вони ділять спільну службу і яких вони захищають. Для багатьох військовослужбовців готовність до самопожертви обумовлена також особистою вірою в ідеали та прагненням до справедливості.

З огляду на складність і небезпеку сучасної війни в Україні, підтримка морального духу та зміцнення цієї готовності вимагає особливого підходу в підготовці військовослужбовців. Це включає психологічну підготовку, навчання в умовах, наближених до бойових, розвиток командної роботи і формування згуртованого військового колективу, де кожен розуміє важливість підтримки один одного.

### *11.* *****Психологічна адаптація після служби*****

Після закінчення військової служби багато військовослужбовців стикаються з труднощами адаптації до цивільного життя. Це може включати труднощі з працевлаштуванням, проблеми з інтеграцією в мирне середовище та психологічні наслідки служби.

Ці фактори роблять психологічний портрет військовослужбовця особливим, оскільки їхній життєвий досвід значно відрізняється від цивільного населення через специфіку професії.

Психологічна допомога та інтеграція в цивільне життя після повернення із зони бойових дій дуже важлива. Адже за даними світової статистики кожний п’ятий учасник бойових дій за відсутності будь-яких фізичних ушкоджень страждає на нервово-психологічні розлади; серед військових, що мають поранення або каліцтво – кожний третій. Інші наслідки проявляються через кілька місяців після повернення до умов життя. Це різні психосоматичні захворювання.

Набутий досвід, напрацьовані війною правила, які дозволяли учаснику бойових дій вижити в умовах війни, певний час продовжуватимуть визначати його поведінку після повернення. Близькі люди у цей період матимуть справу неначе з іншою людиною, яка буде жити ще нібито на війні. Водночас сім’я також може реагувати на учасника бойових дій не так, як раніше, через незвичні (негативні, на їхню думку) зміни в ньому та через зміни в них самих [16, с. 17].

За результатами дослідження «Програма реінтеграції ветеранів» – більше половини (60%) ветеранів, які не продовжують службу в ЗСУ відчували певні труднощі при переході до цивільного життя. Тому мета таких програм – це надати людині з бойовим досвідом можливість відчути себе в безпеці у колі РІВНИХ, відновити власні ресурси, знизити рівень стресу, усвідомити свої нові навички та життєві цілі, отримати мотивацію бути ефективним та економічно спроможним.

Саме тому, психологічна реабілітація важливий елемент національної безпеки з точки зору наших реалій.

* 1. **Негативні психічні стани у військовослужбовців: природа та наслідки**

Дослідження 2018 року серед особового складу одного з підрозділів Збройних Сил (ЗС) України на предмет вивчення психологічного здоров’я військовослужбовців виявило в групі досліджуваних такі рівні психологічного здоров’я: психологічно нездорові, надзвичайно дезадаптовані ‒ 0%; психологічно нездорові, сильно дезадаптовані, потребують допомоги спеціаліста – 1,7%; психологічно нездорові, помірно дезадаптовані, потребують послідовного вирішення психологічних проблем, починаючи з більш легких, – 33,3%; психологічно здорові, але мають низку проблем, що потребують вирішення, – 55,3%; повністю психологічно здорові – 9,7% [6].

Досвід війн і військових конфліктів показує, що будь-який солдат – насамперед звичайна людина, з усіма людськими достоїнствами, почуттями і слабкостями, властивими кожному. Він може виявляти відвагу, мужність, героїзм, але у хвилини душевної знегоди – легкодухість і слабовілля. Багатьом удається самим здолати цю слабкість, що напала на них, і взяти себе в руки, іншим допомагають товариші. Третіх підбадьорює командир. На жаль, є і четверті, які підкоряються своїм емоціям і «опускають руки». Їх відносять до категорії *девіантів.*

Будь-які девіації, за винятком їх хворобливих проявів, на війні нібито компенсують боязкість і легкодухість учасників бойових дій шляхом залишення загрозливої ситуації або насильства над беззахисними людьми [26, с. 217].

*Девіантна поведінка на війні* – це порушення соціальних та правових норм, яке проявляється у специфічних умовах бойових дій. Військовий контекст створює особливі умови, що можуть підштовхувати до девіантної поведінки, особливо під впливом стресу, страху, відчуття безкарності або змінених моральних цінностей.

Які причини девіантної поведінки військовослужбовців на війні?

*Сильний стрес і психічне навантаження*. Постійне перебування у стані небезпеки та стресу може призвести до розладів, що збільшують імовірність девіантних проявів.

*Груповий тиск.* У військових колективах буває, що поведінка однієї людини, якщо її не зупиняють, може набути масового характеру.

*Безкарність або відчуття вседозволеності*. У деяких випадках військові можуть сприймати певні дії як "нормальні" у військових умовах.

*Дегуманізація противника*. Ворог часто сприймається не як окрема особистість, а як об'єкт, що полегшує насильство проти нього.

*Фізичне та психічне виснаження.* Складні умови призводять до агресії та небажання дотримуватись соціальних норм.

Командири, їхні заступники, військові психологи в бойовій обстановці можуть зустрітися з такими видами поведінки військовослужбовців, як *боязкість, симуляція, каліцтво, самогубство дезертирство, зрада, добровільна здача в полон, мародерство, жорстоке ставлення до місцевого населення і військовополонених, пияцтво і наркотизм*. Тому вони повинні:

* відрізняти поранення від каліцтва і т. ін.;
* не уявляти всю палітру психологічних явищ, з якими можна зустрітися в бойовій обстановці, розуміти їх природу і специфіку прояву;
* відрізняти девіації від звичайних проявів бойової поведінки (боязкість від страху, жорсткість від жорстокості, тимчасову слабкість від симуляції розгублюватися);
* зіткнувшись із девіантними формами індивідуальної і групової поведінки, не піддаватися гіпнотичному впливу формул типу «Війна є війна», «Війна усе спише» та ін.;
* цілеспрямовано запобігати різним видам поведінки, консультувати молодших командирів підрозділів з організації профілактичної роботи [26, с. 218].

Бойовий стрес є основною реакцією військовослужбовця на вплив бойових подій, характерною особливістю якого є вплив специфічних стрес-факторів бойової обстановки. Цей вид стресу розглядається як багаторівневий процес адаптації організму до екстремальних умов, що супроводжується напруженням механізмів саморегуляції та формуванням специфічних психофізіологічних змін, спрямованих на пристосування до бойової ситуації.

*Бойова психічна травма* – це патологічний стан центральної нервової системи, який виникає під впливом бойових стрес-факторів і визначає регуляцію поведінки постраждалого через активацію патофізіологічних механізмів. У результаті психотравмуючих впливів накопичуються зміни у структурах ЦНС, формуються специфічні порушення особистісної гармонії та підвищується ризик розвитку психопатологічних синдромів.

*Посттравматичний стресовий розлад* – виникає як відстрочена або тривала відповідь (після латентного періоду, але не більше 6-ти місяців) на стресову подію (коротку або тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, яка може спричинити глибокий стрес майже у кожного [11, с. 10].

Реакція військовослужбовця на стресові фактори бойової обстановки визначається як їх суб'єктивною значущістю для конкретної особи, так і здатністю контролювати свою поведінку в умовах підвищеного напруження. На рівень впливу бойових стресорів на психіку військовослужбовця впливають його індивідуально-психологічні характеристики, особистісні якості, тип нервової системи, рівень професійної та психологічної підготовки до бойових дій, мотивація до виконання завдань, а також сприйняття ролі і значення бойових дій у контексті особистого життя та історичних подій.

Чи здатен окремий стресор спричинити травматичні наслідки та наскільки значними вони можуть бути, залежить від його характеристик і параметрів. Серед основних факторів, які варто виділити, є такі: рівень загрози для життя (власного або близьких людей), природа події (її близькість, тривалість і інтенсивність впливу), ступінь переживання втрати (або глибина скорботи за близькими), місце, де відбулася подія, складність ситуації (одиничний чи множинний вплив стресорів), а також масштаб впливу (подія зачіпає одну особу чи цілу групу, наприклад, у разі масованого артилерійського обстрілу по всій лінії фронту). Зрозуміло, що сила травми, зокрема вірогідність появи розладу буде більшою із зростанням сили, тривалості чи фізичної близькості стресора. Окрім цього, встановлено, що найбільш стресову дію мають травми, викликані діяльністю інших людей (тортури, ґвалтування) [18, с. 107].

Крім вищезазначеного, посттравматичний ефект кризової події значною мірою залежить від суб'єктивного сприйняття кожної окремої особи. *Одне з досліджень проведене нами серед дев’ятнадцяти здобувачів вищої освіти* (демобілізованих військовослужбовців), які пережили важкі травматичні події під час російсько-української війни, зокрема полон, було запропоновано учасникам вибрати три найбільш травмуючих військових подій з наданого списку (Додаток А). Згідно з результатами, найбільш часто згадуваною подією був полон (94,7%), що пояснюється жорстоким поводженням росіян з полоненими. На другому місці опинилася ситуація свідка загибелі побратимів під час бою чи інших обставин (84,2%), а на третьому **–** участь у вогневих контактах із великими втратами, тривалий стрес від інтенсивного бою (63,2%).

Встановлено, що обстановка ескалації негативних факторів бою породжує у військовослужбовців зі слабким типом нервової системи серйозні психічні розлади, що вимагають медичної допомоги і, через це, повну втрату боєздатності на певний час. В аналогічних умовах військовослужбовці з середнім типом нервової системи знижують активність бойових дій лише на короткий час. Військовослужбовці з сильним типом нервової системи не піддаються помітному психотравмуючому впливу складної обстановки [1, с. 7].

Змінені психічні стани, що виникають у військовослужбовців в період ведення бойових дій, включають: бойову стресову реакцію (початковий прояв дезадаптаційних розладів), бойову втому та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), а також реактивні стани як найважчі форми бойової психіатричної патології. Досвід показує, що психологічно неадаптивні реакції на бойові обставини складають від 10 до 50% всіх санітарних втрат у сучасних локальних війнах [12, с. 54].

*Бойова та оперативна стресова реакція* (combat and operational stress reaction) і бойова втома (combat fatigue) – це природна реакція на надмірний стрес, спричинений бойовими діями. Під час війни люди стикаються з постійним фізіологічним (наприклад, недостатнє харчування, перепади температур, відсутність належних умов для особистої гігієни тощо) та психологічним стресом (наприклад, постійна небезпека, підвищена обережність щодо можливих саморобних вибухових пристроїв, FPV-дронів  чи снайперів, а також поранення чи загибель побратимів). Зрозуміло, що більшість військових зазнають різних реакцій на такі обставини. Ці реакції часто проявляються у вигляді гіперполохливості (наприклад, сильна реакція на гучні звуки), надмірної пильності (готовність до дії у будь-який момент), поганих снів/кошмарів, дратівливості, проблем зі сном тощо. Попри те, що такі реакції можуть виглядати негативними, деякі з них є адаптивними: гіперполохливість, надмірна пильність, а також інші реакції бойового стресу, які сприяють підвищенню фізичної сили, витривалості та відчуттю власної компетентності. Таким чином, не всі стресові реакції є негативними.

“Бойова і оперативна стресова реакція” (БСР) – загальні терміни, що охоплюють всі можливі реакції військовослужбовців на бойові умови. *Термін “бойова втома” (БВ) використовується для опису будь-якої пов’язаної з боєм стресової реакції, що потребує допомоги.* Більшість військовослужбовців, у яких виявляються ознаки і симптоми емоційних чи психологічних розладів, не мають психічних проблем, вони, скоріше, намагаються подолати аномальний стрес військових операцій. В МКХ-10 БВ визначається як нормальний стан, який розвивається у нормальних людей під впливом ненормальних обставин [12, с. 54-55].

Бойова стресова реакція спершу проявляється як нездатність військовослужбовця виконувати свої службові обов’язки. Серед основних ознак можна відзначити залишення бойових позицій, нез’ясовану відсутність тощо. У військових, які переживають бойову втому, існує висока ймовірність повторення симптомів. Чим швидше буде надана психологічна допомога, тим більше шансів на ефективне та швидке відновлення. Особистісні фактори можуть ускладнювати або затримувати процес реабілітації після таких станів. Будь-яка поведінка, що відрізняється від звичної для військовослужбовця протягом тривалого часу, може бути раннім сигналом та симптомом бойового стресу.

Процес відокремлення військових з бойовою втомою від відносно невеликої кількості тих, які мають реальні психічні розлади називається *нейропсихіатричним сортуванням* [12, с. 55]. Під час оцінки стану бійця у тактичних умовах важливо завжди враховувати питання БЕЗПЕКИ. Якщо є сумніви щодо безпеки самого військовослужбовця або його оточення, необхідно забезпечити вилучення зброї та організувати постійний нагляд за ним. Не слід залучати військових з ознаками БСР до евакуації поранених, оскільки це може посилити рівень травматизації.

Військовослужбовці – учасники бойових дій часто вирізняються характерними особливостями, що виявляються у певних психічних станах, процесах, властивостях, поведінці. Це, насамперед, можуть бути підвищена дратівливість, схильність до поганого настрою, нетерплячість, підвищена реактивність, напруженість, ознаки депресії, підвищена стомлюваність, апатичність, тривожність, страх, фобічні реакції, почуття провини, синдром втрати, агресивність, гнів, образа, злість, гіперболізоване відчуття справедливості, а також фіксація на втратах, труднощі з засинанням, нічні кошмари, тремор, неможливість зняти напругу, в тому числі тілесну, постійне відчуття небезпеки тощо [11, с. 8].

Все це часто призводить до виникнення відчуття вираженого стомлення й нестачі енергії, підозрілості, ослаблення пам’яті, труднощів концентрації, захопленості спогадами про війну, симптомів посттравматичних стресових розладів, несприятливих особистісних змін, соціально-психологічної дезадаптації, обмеження комунікацій, асоціальної поведінки, проблем побутового, медичного та сімейного характеру, зловживання психоактивними речовинами (ПАР), міжособистісних конфліктів зі своїми чоловіком/дружиною, членами сім’ї, близькими друзями або колегами, невпевненості у майбутньому тощо. З усіма цими проблемами стикаються психологи під час консультації військовослужбовців – учасників бойових дій [11, с. 8].

Наслідки негативних психічнихстанів можуть бути руйнівними як для самого військовослужбовця, так і для його оточення:

*Сімейні та соціальні проблеми*. Військові, які мають посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або інші психічні розлади, часто зіштовхуються з проблемами в особистих відносинах, що може призвести до розлучень, ізоляції від суспільства та втрати підтримки.

*Зниження продуктивності та бойового духу*. Психічні розлади можуть знизити мотивацію до виконання службових обов’язків, призвести до неуважності та помилок, що створює небезпеку для життя як самого військовослужбовця, так і його товаришів по службі.

*Соматичні захворювання.* Психологічний стрес сприяє розвитку серцево-судинних захворювань, проблем із травною та імунною системами.

*Суїцидальні думки та самопошкодження.* Психічний біль і відчуття безвиході можуть сприяти розвитку суїцидальних думок та поведінки, особливо при наявності тяжких симптомів депресії чи ПТСР.

*Соціальна дезадаптація.* Повернення до цивільного життя стає складним процесом, оскільки пережитий досвід може робити людину нездатною до повноцінного функціонування в мирному суспільстві.

Багато питань ще залишаються на порядку денному. Наприклад, як оптимізувати вирішення проблем військових і цивільних установ з охорони психічного здоров’я? Який досвід було вже отримано про сучасні психологічні ризики, з якими стикаються нинішні солдати та їхні сім’ї? Як саме психіатри-практики повертають солдатів до мирного життя і з якими ймовірними, прихованими на перший погляд, труднощами вони можуть зіткнутися? Ці проблемні питання актуальні для всіх родів військ [23, с. 56].

Прояви негативних психічних станів, бойової психічної травми, у формі гострої реакції на стрес, посттравматичних стресових розладів, розладів фізичного і психічного здоров’я, хронічних психопатологічних змін особистості, соціальної дезадаптації, асоціальної поведінки, в силу їх соціальноекономічних наслідків для країни, вимагають невідкладного запровадження і активного використання ефективних профілактичних, реабілітаційних та прогностичних заходів [12, с. 5].

На сьогодні існує нагальна потреба у впровадженні та активному застосуванні ефективних профілактичних і реабілітаційних заходів, спрямованих на запобігання порушенням психічного здоров'я військовослужбовців та відновлення їх соціально-професійного статусу.

**1.3. Основні підходи до психологічної допомоги**

**Психічне здоров’я – невидиме, але потребує такої ж підтримки, як і фізичне.** Повномасштабна війна призвела до зростання потреби українців у психологічній допомозі. Лише за попередніми прогнозами, через вплив війни такої підтримки різного ступеня інтенсивності потребуватимуть близько 15 млн людей, серед яких: 1,8 млн військових та ветеранів, 7 млн людей старшого віку, близько 4 млн дітей та підлітків. Тож надання якісної безоплатної психологічної допомоги усім, хто її потребує, – пріоритет держави [20].

Психологічна профілактика та підтримка в армії включає:

- проведення навчань і тренінгів за окремими тематиками для військових;

- організацію процедур психологічного розвантаження після участі в бойових діях;

- здійснення психологічної діагностики;

- надання консультацій для осіб із психічними труднощами.

Інтенсивний стресовий досвід, отриманий на полі бою, як-от поранення чи втрати значної кількості побратимів, важке поранення або загибель командира, а також переживання надзвичайно болісних подій, залишають глибокий слід у психіці всіх членів військового підрозділу. Різне сприйняття травматичних ситуацій, зумовлене відмінностями у ролях, позиціях під час бою чи індивідуальних емоційних реакціях (інтенсивності й характері переживань), може спричинити додаткові негативні наслідки після травматичного досвіду: прояви гніву, агресії, почуття провини, взаємні звинувачення чи конфлікти. Для подолання негативних наслідків бойового стресу здійснюються заходи психологічного розвантаження військовослужбовців та їхніх підрозділів після виконання бойових завдань. Ці заходи включають аналіз виконаної місії, надання командиром початкової психологічної підтримки (defusing), обговорення і переосмислення пережитої стресової події (debriefing), а також поступову адаптацію і повернення до нормального стану (декомпресію).

***Аналіз виконаного завдання***здійснюється не лише у малих військових колективах (відділеннях, взводах, екіпажах або бойових групах чисельністю до 30 осіб), але й охоплює всіх членів підрозділу. Цей процес проводиться одразу після завершення бойового чи мирного завдання, незалежно від того, чи мали місце травматичні події. Ініціатором та організатором аналізу виступає командир підрозділу (Кіркленд, 1995). Процедура аналізу виконується за такими принципами [18, с. 89]:

* *кожен член підрозділу має можливість висловитися*: поділитися власним поглядом на проведену операцію, оцінити свою роль у її виконанні, проаналізувати взаємодію з іншими учасниками команди, а також обговорити можливі причини невдач та отримані уроки;
* ***уникнення критики***: під час аналізу необхідно утримуватися від критики інших членів підрозділу та уникати перекладання провини за можливі невдачі. Учасники мають зосереджуватися на особистих спостереженнях і діях: «я зробив чи не зробив», «я бачив», «я пережив», або обговорювати дії військового підрозділу в цілому: «підрозділ зіткнувся з проблемою…»;
* ***завершення обговорення***: після завершення аналізу дискусія щодо виконаного завдання вважається закритою. Під час аналізу кожен може висловитися, ставити запитання, шукати відповіді та коментувати. Проте обговорення після завершення процесу не продовжується, щоб уникнути поширення чуток, пліток чи погіршення відносин у колективі.

***Первинна підтримка*** проводиться в групі після травматичної події, але якщо подія була занадто стресовою, її слід провести під час аналізу завдання. На цій зустрічі, яку також організовує та проводить командир підрозділу, спочатку зазначають всі дані щодо наслідків травматичної події (наприклад, кількість загиблих та поранених, обсяг втрат тощо), потім всім членам підрозділу надається можливість висловити свої почуття. Мета розмови **–** зрозуміти, що трапилося, та надати підтримку, уникаючи критики та пошуків відповідальних [18, с. 90].

Після обов'язкової спільної розмови військовим необхідно забезпечити (гаряче) харчування, відпочинок та сон, а командир повинен звернутися до військового психолога, для того щоб той зміг провести бесіди з найбільш ураженими учасниками подій та підготовити процедуру дебрифінгу. Військовий психолог також може бути присутнім протягом процедури первинної підтримки і допомагати командиру підрозділу в її проведенні.

***Процедура рекапітуляції стресової події***, або дебрифінг проводиться як спільна активна діяльність, до якої залучають усіх учасників та свідків травматичної події. Рекомендовано процедуру проводити протягом терміну від 1 до 3 днів (24-72 годин) після травматичної події, оскільки в цей період у вражених осіб з'являється тенденція до заперечення та придушення травматичного досвіду, що супроводжується спробами «самолікування», частіше за допомогою алкоголю, наркотичних засобів та психотропних речовин [18, с. 90].

**Процедура рекапітуляції стресової події** зазвичай проводиться двома фахівцями **–** психологом і представником іншої професії (наприклад, військовим лікарем, капеланом, сержантом чи офіцером), які пройшли спеціальну підготовку для виконання цієї ролі. Дебрифінг є психологічно виснажливим процесом і може спричинити ефект «вигорання» у ведучих. Тому після завершення процедури рекомендується спільно провести «вентиляцію» **–** обговорення власних переживань і реакцій, які виникли під час CISD, для емоційного розвантаження.

Процедура дебрифінгу виникла в США у 1980-х роках як метод зменшення негативних наслідків травматичних подій для служб і професій, що працюють у кризових умовах (пожежники, поліцейські, працівники швидкої допомоги). Вона отримала назву «Стресовий дебрифінг після критичних інцидентів» (Critical Incident Stress Debriefing, CISD), або просто дебрифінг. Цей підхід був розроблений Джефрі Т. Мітчеллом у 1983 році. У 1980-х роках американська армія запровадила CISD як метод психологічної підтримки військовослужбовців. Вперше процедура була застосована у військових умовах під час війни в Перській затоці, а з 1994 року дебрифінг став невід'ємною частиною військової доктрини США для надання допомоги особам, які пережили травматичні ситуації. Приблизно в цей же період дебрифінг увійшов до практики британської та ізраїльської армій як стандартний елемент роботи з особовим складом.

CISD передбачає проведення процедури у перші 1-3 дні після пережитого травматичного інциденту. Однак на практиці, особливо у воєнних умовах, оскільки підрозділ не завжди можна оперативно вивести з зони бойового зіткнення. Крім того, проведення дебрифінгу можливе лише за умови забезпечення безпечного середовища для учасників. Досвід Хорватії у 1995 році продемонстрував, що CISD може бути ефективним навіть через місяць після травматичної події в умовах війни. У мирний час процедура не має жорстких часових обмежень, тоді як у військових, особливо під час бойових дій, рекомендується тривалість дебрифінгу обмежити до 90-120 хвилин.

Процедура дебрифінгу в умовах війни проводиться у шість етапів [18, с. 91-92]:

1. ВСТУП ведучий та його колега коротко представляються, пояснюють процедуру та її користь, наголошуючи на правилі поваги до нерозголошення всього, що буде відбуватися протягом процедури. Це означає, що все, що буде відбуватися під час процедури, не буде пізніше коментуватися чи обговорюватися з особами, які не були залучені до процедури; учасникам також пояснюють, що процедура стосується лише безпосереднього травматичного досвіду, а не якоїсь іншої теми, це також не час для скарг та критики інших;

2. ФАКТИ **–** кожен учасник називає своє ім’я, прізвище, звання (якщо не знає ведучого), місцезнаходження під час події, говорить що робив, чув, бачив, для того щоб хронологічно реконструювати подію до найдрібніших деталей, без коментування інформації від інших учасників;

3. РОЗДУМИ та ВІДЧУТТЯ **–** центр розмови переходить на висловлення роздумів та почуттів, які учасники пережили та відчули безпосередньо після події, роздуми та почуття кожний учасник виражає відкрито без оцінювання чи критики з боку решти учасників;

4. РЕАКЦІЇ і ПРОБЛЕМИ **–** обговорення зосереджується на поведінкових реакціях і труднощах, з якими стикнулися учасники після травматичної події. Метою є пояснення типових форм реагування та психофізичних проблем, що виникли як наслідок пережитого травматичного досвіду;

5. НАВЧАННЯ **–** ведучий повідомляє основні факти про те, що таке травматична стресова подія, чому вона трапляється, які її головні симптоми та наслідки для нормального функціонування, наголошуючи, що йдеться про *нормальні реакції нормальних людей на ненормальну ситуацію* (на цю тему кожний учасник має отримати письмовий матеріал);

6. ВИСНОВОК **–** процедура підсумовується наданням інформації про подальші можливості психологічної підтримки, зокрема через індивідуальні консультації з військовим психологом, або організацією короткого відпочинку поза межами підрозділу.

Попри свої переваги, процедура дебрифінгу також має певні *недоліки*:

* CISD не може проводитися завжди і у будь-яких умовах;
* процедура передбачена для невеликих груп, максимум два відділення (від 10 до 15 військовослужбовців);
* проведення кількох процедур одночасно вимагає залучення більшої кількості фахівців і може призводити до тимчасового призупинення інших видів діяльності підрозділу, що часто є складним або навіть неможливим завданням;
* процедуру дуже важко провести у часовому діапазоні дві години, особливо якщо окремі учасники потребують більше часу для висловлення своїх думок і почуттів;
* надання учаснику необмеженого часу, щоб виговоритися, може викликати розчарування інших співрозмовників;
* переривання та затягування процедури можуть призвести до втоми учасників, емоційного перенасичення або втрати інтересу, що часто супроводжується бажанням якнайшвидше завершити зустріч;
* процес є досить дорогим і вимагає залучення спеціально підготовлених військових психологів та їхніх помічників, що робить його також втомлюючим для виконавців, при цьому не завжди гарантовані позитивні результати.

Попри наявні недоліки, процедуру дебрифінгу слід впроваджувати в практику ЗС, особливо для представників спецпідрозділів, а в разі необхідності **–** також у підрозділах, члени яких зазнали серйозних наслідків бойових дій з яскраво вираженими травматичними стресовими подіями.

***Процес поступового повернення (декомпресія)*** спрямований на уникнення різкого переходу військових з фронту до цивільного життя, що може призвести до труднощів з адаптацією, конфліктів, непорозумінь з близькими, агресивної поведінки та навіть відкритих зіткнень. Такий стрес може спонукати військових прагнути повернутися до умов бойових дій, оскільки саме в них вони почуваються більш комфортно і впевнено.

Процес поступового повернення військовослужбовців включає відпочинок у 2-3 дні в казармі чи тиловому районі перед відправленням додому. Протягом цих днів організовуються спортивні змагання та інші активні заходи, що допомагають військовим поступово адаптуватися до мирних умов життя. Крім того, командир проводить не менше двох зустрічей із усіма членами підрозділу. Перша зустріч (в перший день) присвячена аналізу останньої бойової операції, а друга (в останній день) підсумовує події останніх двох-трьох днів і знайомить військових з тим, що їх очікує після повернення додому, зокрема з можливими змінами в їхніх родинах та способами адаптації до цих змін. Кожна зустріч триває до 90 хвилин і проходить за участю штатного психолога, з яким військові можуть потім провести індивідуальні консультації протягом всього процесу декомпресії.

Освітні програми, що реалізуються в рамках психологічної профілактики та підтримки, поділяються на дві основні групи: програми психологічної підготовки рядового складу та командирів до бойових дій і програми профілактики небажаної поведінки у воєнний і мирний час. Для досягнення максимальної ефективності важливо забезпечити регулярне впровадження цих освітніх заходів як невід’ємної частини військових навчань і тренувань.

Основні підходи до психологічної допомоги військовослужбовцям зосереджуються на стабілізації психоемоційного стану, подоланні травматичних наслідків та сприянні адаптації до мирного життя. Ось ключові підходи, які використовуються в роботі з військовими:

***Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)****.* КПТ допомагає військовим працювати з травматичними спогадами та неконтрольованими емоційними реакціями. Фокус ставиться на зміні негативних переконань та думок, що дозволяє зменшити симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожності та депресії.

**КПТ** є найбільш структурованим і науково обґрунтованим підходом із доказаною ефективністю, особливо при роботі з ПТСР.

***Гештальт-терапія*** акцентує увагу на усвідомленні своїх відчуттів і думок у даний момент. Це дозволяє пацієнту зрозуміти свої емоційні реакції та виявити способи, як повніше переживати й інтегрувати свій досвід.

*Переваги*: підвищує усвідомленість і відповідальність за свої дії; сприяє глибшому розумінню власних емоцій і потреб; підтримує процес індивідуального зростання та саморозвитку.

**Гештальт-терапія** є більш гнучким і орієнтованим на досвід клієнта підходом, який підходить для глибшого розуміння себе та своїх реакцій.

***Кризова інтервенція*** (***криза та стабілізація****)* **–** це короткотривалий інтенсивний підхід, який має на меті швидке втручання у випадках гострого стресу або психологічної кризи.

Робота в кризових ситуаціях направлена на те, щоб допомогти військовим стабілізувати емоційний стан, що дає змогу запобігти ризикам суїциду або самопошкодження. Важливо швидко надати підтримку *у* випадку емоційної дестабілізації.

***Метод десенсибілізації і переробки рухами очей (EMDR)****.* Цей метод допомагає переробити травматичний досвід, використовуючи спеціальні рухи очима. EMDR є ефективним підходом для зменшення впливу травматичних спогадів, що сприяє зниженню симптомів ПТСР та тривожності.

***Групова терапія та підтримка****.* Участь у групах підтримки або терапевтичних групах дозволяє військовим ділитися досвідом та почуттями з тими, хто пройшов через подібний досвід. Це допомагає знизити відчуття ізоляції, нормалізувати почуття та надає емоційну підтримку. Підтримка побратимів часто має значний терапевтичний ефект завдяки обміну практичними порадами та емоційною підтримкою.

***Тілесна терапія*** зосереджується на фізичних відчуттях та зв’язку між тілом і психікою. Військові часто стикаються з соматичними проявами стресу, такими як напруження м’язів, безсоння та проблеми зі шлунково-кишковим трактом. Тілесна терапія допомагає навчитися розпізнавати та виражати емоції через роботу з тілом, включаючи дихальні вправи, рухи та інші тілесні практики. Це сприяє релаксації, зниженню рівня стресу та поліпшенню загального психологічного стану.

***Сімейна терапія.*** Залучення членів сім’ї допомагає покращити взаєморозуміння та підтримку в родині. Психологи працюють з сім'ями військовослужбовців, щоб допомогти впоратися з викликами, які виникають під час їхнього повернення з військової служби.

***Психоедукація****.* Це навчання військовослужбовців і їхніх родин щодо того, як функціонують психологічні травми, що таке ПТСР, тривога, депресія та як справлятися з їхніми проявами. Це зменшує стигматизацію і покращує розуміння того, коли і як можна звертатися за допомогою.

***Психофармакологічна підтримка****.* У випадках, коли психологічні симптоми суттєво впливають на життя військовослужбовця, можуть призначатися лікарські засоби для зменшення симптомів тривоги, депресії або порушення сну. Це зазвичай відбувається під наглядом психіатра.

Досить ефективним психопрофілактичним засобом є *психологічне консультування*, яке є значно доступнішим порівняно з іншими видами психологічної допомоги, що потребують значних часових витрат, певної підготовки, обладнання тощо. У випадку звернення військовослужбовців невідкладно після переживання травматичних подій, психологічне консультування часто набуває характеру кризового консультування [11, с. 5].

Застосування різних підходів залежить від індивідуальних потреб військових та конкретних ситуацій. Часто ефективною є комбінація методів, що дозволяє адаптувати допомогу під конкретні умови та сприяти як короткостроковій підтримці, так і довгостроковому одужанню та інтеграції в суспільство.

**висновки до розділу 1**

1. У першому розділі досліджено найбільш травмуючі воєнні події (стресори бойової обстановки) російсько-української війни серед військових які можуть спричинити серйозні психологічні наслідки, включно з ПТСР, депресією, тривожними розладами та іншими формами психічного стресу.
2. Проаналізовано основні аспекти психологічної допомоги військовослужбовцям, що включають теоретичні підходи, методи та принципи, які використовуються для надання підтримки військовим.
3. Психологічна допомога є важливим елементом у забезпеченні психічного здоров'я та адаптації військових до складних умов служби. Визначено, що психологічна підтримка військовослужбовців має включати роботу з емоційними, когнітивними та поведінковими аспектами, а також надавати допомогу у вирішенні стресових ситуацій і травматичних переживань, що виникають в умовах війни. Важливу роль у цьому процесі відіграють різні психологічні методики, серед яких особливе місце займають інтервенції для зниження рівня тривожності, розвитку психологічної стійкості та надання емоційної підтримки в кризових ситуаціях.
4. Загалом, теоретичні основи психологічної допомоги військовослужбовцям окреслюють важливість комплексного підходу, який враховує індивідуальні потреби кожного військового та специфіку умов служби. Вивчення цих аспектів дозволяє краще розуміти необхідність та ефективність психологічної підтримки у військовому середовищі, що сприяє підвищенню бойового духу та збереженню психічного здоров'я військовослужбовців.

**РОЗДІЛ 2. ПСИХОДІАГНОСТИКА НЕГАТИВНИХ**

**ПСИХІЧНИХ СТАНІВ**

**2.1. Методологія психодіагностики**

Термін «психодіагностика» запровадив Г. Роршах для позначення процесу дослідження за допомогою створеного ним «Заснованого на перцепції діагностичного тесту». Паралельно з поняттям «психодіагностика» використовують термін «психологічне тестування». Спочатку під психологічним тестуванням розуміли будь-які вимірювання у психології, однак, із розвитком тестів це словосполучення застосовують лише щодо вимірювання особливостей та когнітивних здібностей особистості. Передумови психодіагностики закладені в індивідуальних розходженнях між людьми. Родоначальником наукового підходу до індивідуальних розходжень став *Френсіс Гальтон*, який створив перший інструмент для їх вимірювання – *тест*, основною ціллю якого було – вимір людських здібностей. Удосконалює вже відомі прийоми дослідження чутливості та створює нові. Ф. Гальтон виявився новатором і в сфері статистичних процедур. У 1888р. дослідник пропонує метод обчислення кореляції. Він відкрив закон регресії (зниження людини до популяції). Ф. Гальтон був першим, хто порушив питання виміру особистісних властивостей. У праці «*Вимір характеру*» (1884р.) визначає необхідність вивчення не тільки розуму, але й інших особливостей [29, с. 5].

***Психодіагностика*** – це сфера психологічної науки, яка розробляє теорію, принципи та інструменти оцінки та вимірювання індивідуально психологічних особливостей особистості для постановки психологічного діагнозу.

У практичному застосуванні психодіагностика визначається практичним застосуванням розроблених інструментів для досягнення поставлених певних цілей. У практичному аспекті психодіагностика виступає як самостійна галузь діяльності, метою якої є оцінка наявного психологічного стану людини [29, с. 5].

Дослідження у психодіагностиці підпорядковане методології науки **–** системі принципів побудови і способів організації наукового дослідження. Ці методологічні принципи втілюють неекспериментальний, експериментальний і психодіагностичний дослідницькі методи [30].

***Психодіагностичний***(грец. psyche **–** душа і diagnostikos **–** здатний розпізнавати) ***метод*** **–** спосіб дослідження, що дає змогу отримувати точні кількісні і якісні характеристики досліджуваних індивідуальних психічних властивостей особистості з дотриманням основних вимог розроблення і використання діагностичних методик **–** норми, надійності та валідності.

Психодіагностичний метод конкретизується в суб'єктивних, проективних, об'єктивних підходах, які охоплюють відомі методики (рис. 2.1).

За *суб'єктивного підходу* діагностування здійснюється на основі відомостей, які досліджуваний повідомляє про себе, тобто самоопису (самооцінювання) особливостей особистості, стану, поведінки у певних ситуаціях. Діагностування проводять за допомогою численних особистісних опитувальників, опитувальників стану і настрою, думок, а також опитувальників-анкет тощо [30].

*Проективний підхід* полягає у діагностуванні на основі аналізу особливостей взаємодії із зовнішньо нейтральним, знеособленим матеріалом, який через невизначеність (слабо структурованість) стає об'єктом проекції. До методів проективного підходу належать моторно-експресивні, перцептивно-структурні і аперцептивно-динамічні (С. Розенцвейг, 1964).

*Об'єктивний підхід* передбачає, що діагностування здійснюється на основі успішності (результативності) і способу (особливостей) виконання діяльності. Він охоплює методи діагностики особистісних якостей (спрямовані на "вимірювання" інтелектуальних особливостей особистості); тести інтелекту (встановлюють рівень її інтелектуального розвитку); тести спеціальних здібностей (призначені для вимірювання рівня розвитку окремих складових інтелекту і психомоторних функцій, що забезпечують ефективність у вузьких сферах діяльності); тести досягнень (визначають ступінь володіння певними знаннями, уміннями і навичками) [30].



*Рис. 2.1. Ієрархічна структура методів дослідження у психології*

У психодіагностичному дослідницькому методі ключову роль відіграють тести: психологічного оцінювання здібностей (інтелектуальних функцій), умінь і навичок (координація, точність рухів), на сприймання (сприйняття запахів, слів, речень), опитувальники (анкети, прямі питальники), естетичні (переваги в музиці, мистецтві), проективні (проекція особистісних рис за неструктурованими ознаками), ситуаційні (поведінка в ситуації), ігрові методики (соціально-психологічні тренінги, діяльнісні або рольові ігри), фізіологічні (фізіологічні проби), фізичні (вага, розмір грудної клітки, зріст), випадкові спостереження (поведінка у процесі обстеження, стороння і додаткова інформація) та ін. [29, с. 13]

Усі психологічні методики поділяють на суб'єктивні, призначені для спостереження суб'єкта за собою як за об'єктом (питальники, анкети, автобіографії тощо); об'єктивні, що передбачають оцінювання через спостереження за зовнішньою діяльністю внутрішніх станів особистості; проективні (непрямі), які ґрунтуються на аналізі реакцій досліджуваних на уявний «особистісно-нейтральний» стимул [29, с. 14].

Кожна методика і тест перед використанням мають бути сконструйованими, перевіреними, адаптованими.

***Методологія психодіагностики*** **–** це сукупність принципів, методів, технік і процедур, що використовуються для дослідження та оцінки психологічних характеристик людини. Основне завдання психодіагностики **–** виявлення індивідуально-психологічних особливостей людини, зокрема її емоційних, когнітивних, поведінкових та особистісних характеристик, що дозволяє отримати об'єктивну інформацію про особистість та розробити рекомендації для психологічної підтримки, корекції або розвитку.

Основні складові методології психодіагностики:

1.Принципи психодіагностики

*Валідація* (обґрунтованість): тестові методи мають бути достовірними й мати підтверджену наукову цінність.

*Об'єктивність*: оцінка повинна бути незалежною від суб'єктивних факторів дослідника.

*Надійність*: результати мають залишатися стабільними при повторному тестуванні.

*Етичність*: дотримання етичних норм і конфіденційності при роботі з людьми.

2.Методи психодіагностики

*Тестування*: стандартизовані тести, що дозволяють оцінити конкретні психологічні риси (інтелект, мотивацію, темперамент).

*Анкетування та опитувальники*: інструменти, що допомагають зібрати інформацію від самого респондента.

*Спостереження*: методика безпосереднього вивчення поведінки, дій і реакцій в природних або експериментальних умовах.

*Інтерв'ювання*: особисте спілкування з метою з'ясування психічних і поведінкових характеристик.

*Проективні методи*: техніки, що дозволяють виявити глибинні аспекти особистості через реакції на неоднозначні стимули.

3. Етапи психодіагностичного дослідження

*Підготовка до дослідження*: визначення мети, формулювання гіпотез, вибір методів.

*Збір даних*: проведення тестів, опитувань, спостережень тощо.

*Аналіз та інтерпретація результатів*: узагальнення отриманої інформації, порівняння з нормативними даними.

*Формулювання висновків та рекомендацій*: розробка рекомендацій для подальшої роботи або підтримки особистості.

4. Етичні аспекти:

- забезпечення конфіденційності та захисту особистих даних;

- інформована згода клієнта на участь у діагностиці;

- відповідальність за професійність діагностики та інтерпретацію результатів.

***Методологія психодіагностики*** **–** це важливий компонент роботи психолога, адже саме вона дозволяє глибоко і всебічно досліджувати психіку людини, допомагаючи виявити проблеми, потенціал та шляхи для подальшого розвитку.

**2.2. Діагностика негативних психічних станів військовослужбовців**

Психодіагностика негативних психічних станів є важливою складовою в психологічній практиці, спрямованою на виявлення, розуміння та оцінку станів, які можуть негативно впливати на психологічне та емоційне благополуччя людини. Негативні психічні стани включають різноманітні форми тривоги, депресії, стресу, емоційного вигорання, роздратованості, страху тощо.

***Основні етапи психодіагностики***:

1. *Попередній збір інформації.* Спеціалісти вивчають анамнез військовослужбовця, попередній досвід, рівень готовності до стресових ситуацій та основні ризики.
2. *Психологічне тестування*. Використовуються стандартизовані методики, такі як:
* *опросники* (наприклад, Шкала тривожності Спілбергера-Ханіна, тест на визначення депресії Бека);
* *психофізіологічні методики* для оцінки рівня стресу (наприклад, тести на реакцію на стрес);
* *проективні методики* (наприклад, Роршах-тест, ТАТ), які допомагають виявити приховані емоції та конфлікти.
1. *Оцінка психофізіологічних показників*. Включає вимірювання частоти серцебиття, рівня артеріального тиску, частоти дихання, що також може вказувати на підвищену тривожність чи стрес.
2. *Інтерв'ю або бесіда.* Це дозволяє психологу зрозуміти особистісні реакції військовослужбовця на стресові фактори, його ставлення до служби та можливі проблеми у міжособистісній взаємодії.
3. *Аналіз поведінкових реакцій*. Оцінюються такі фактори, як схильність до агресивності, імпульсивність, апатія.

Рання діагностика негативних психічних станів, постстресових станів, визначення групи посиленої психологічної уваги серед особового складу ЗСУ дозволяє на ранніх етапах виявити військовослужбовців з низьким адаптаційним потенціалом і високою вірогідністю ранніх і важких проявів бойової психічної травми та її наслідків, а також дозволяє створити індивідуальну тактику і способи профілактики та відновлення кожного обстеженого військовослужбовця [1, с. 10].

Вирішення проблеми діагностики негативних психічних станів військовослужбовців складається з двох основних складових: 1) підбір інформативного діагностичного інструментарію; 2) відповідний спосіб організації діагностичних досліджень, спрямований на фіксацію всіх фаз динаміки різних асинхронно виникаючих негативних психічних станів військовослужбовців [1, с. 10].

На сьогоднішній день апробована «батарея» із 20-ти діагностичних методик цілком придатних для інформативної діагностики негативних психічних станів військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях. При діагностиці таких станів військовослужбовців у мирний час вона може бути дещо зменшена.

Пропонується використовувати такий методичний інструментарій [1, с. 11]:

1. Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність-200».

2. Опитувальник Міні-мульт.

3. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій.

4. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.

5. Диференціальна діагностика депресивних станів В.А. Жмурова.

6. Шкала депресії А.Т. Бека.

7. Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна.

8. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (адаптація Т.І. Балашової).

9. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

10. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР.

11. Опитувальник травматичного стресу І.О. Котєньова.

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

13. Шкала оцінки впливу травматичної події.

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

15. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду.

16. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

17. Шкала Монтгомері-Асберга для оцінки депресії (MADRS).

18. Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації.

19. Стрес-фактори.

20. Експрес-опитувальник вивчення основних складових готовності військовослужбовців захищати Україну від військової агресії.

В якості додаткового діагностичного інструментарію, за бажанням психолога, для діагностики суїцидальних схильностей респондента можуть бути використані такі методики: Опитувальник суїцидального ризику (Т.М. Разуваєвої); Анкета оцінки суїцидального ризику військовослужбовців (П.І. Юнацкевича); Опитувальник співвідношення депресивного стану та суїциду (А. Веска); Шкала безпорадності А. Бека; Метод незакінчених речень С.І. Подмазіна [1, с. 11].

Моніторинг виникнення у військовослужбовців негативних психічних станів можна розуміти як постійне, тривале відстеження динаміки показників різних психічних станів військовослужбовців з метою фіксації чи прогнозування моментів критичних відхилень від оптимальних характеристик станів з метою негайного застосування коригувальних заходів.

При цьому методики, що мають відносний експрес-характер, застосовуються з більшою частотою – не менше одного разу на тиждень. Більш трудомісткі методики, які фіксують ознаки психічних станів, що змінюються повільніше, можна застосовувати рідше – раз на 1-3 місяці. Однак після впливу сильної стресової події (подій) ці методики застосовуються відразу, а в подальшому – 1 раз на 2-3 тижні [1, с. 13].

**2.3. Результати дослідження психічних станів учасників російсько-української війни**

Для оцінки рівня нервово-психічної стійкості, адаптаційних здібностей та комунікативних якостей демобілізованих військовослужбовців було проведено відповідні дослідження.

Під час дослідження, ми застосували різні методики, а також проводили бесіди й спостереження, що дозволило отримати наступні дані:

За допомогою методики «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка було оцінено психічні стани демобілізованих за чотирма шкалами – тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність. Ці стани оцінювалися за рівнями прояву: низьким, середнім та високим (Додаток Б).

Проведене психологічне дослідження показало, що 42,1% респондентів мають високий рівень тривожності, що вказує на схильність сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі для своєї самооцінки та життєдіяльності, супроводжуючи це значним рівнем тривоги. У 31,6% досліджуваних виявлено середній, допустимий рівень тривожності, а 26,3% демонструють низький рівень цього показника.

Психологи відзначають, що підвищена тривожність є ключовим чинником, який спричиняє неадаптивну поведінку. Перебування військовослужбовців у зоні бойових дій впливає на формування їхньої особистісної тривожності, що ускладнює реадаптацію до мирного життя, інтеграцію у суспільні відносини та включення у мирну діяльність.

За результатами оцінки за шкалою фрустрації, у 21,1% респондентів зафіксовано високий рівень цього стану, що проявляється у заниженій самооцінці, схильності уникати труднощів і нерішучості. У 42,1% учасників бойових дій виявлено середній рівень фрустрації, що виникає через розчарування або нездійснення важливих для них цілей і потреб. Ще 36,8% респондентів мають низький рівень фрустрації – ці люди демонструють стійкість до невдач, не бояться труднощів і не прагнуть завищувати свою самооцінку.

Діагностика за шкалою агресивності показала, що 31,6% військовослужбовців мають високий рівень цього стану, який проявляється у невитриманості, труднощах у спілкуванні та співпраці. У 36,8% досліджуваних агресивність знаходиться на середньому рівні, тоді як у 31,6% зафіксовано низький рівень – ці учасники бойових дій, як правило, спокійні та врівноважені.

Оцінка за шкалою ригідності виявила, що 42,1% демобілізованих мають високий рівень ригідності, що характеризується незмінністю переконань, поглядів і поведінки навіть у разі їх невідповідності реальній ситуації; для таких людей зміни в роботі чи особистому житті є небажаними. У 31,6% респондентів визначено середній рівень ригідності, а у 26,3% – низький рівень, що вказує на їхню гнучкість і здатність адаптуватися до змін.

Аналіз результатів дослідження самооцінки психічних станів учасників російсько-української війни виявив підвищений рівень агресивності та тривожності. Зазначені прояви були найбільш вираженими у військовослужбовців, які перебували в зоні бойових дій понад рік та демобілізувалися і повернулися до мирного життя впродовж останніх трьох-шести місяців. Деякі респонденти також стикалися з труднощами у спілкуванні та іншими емоційними проблемами, що створювали перешкоди для їхньої успішної реадаптації до умов мирного життя. Ці фактори ускладнювали відновлення соціальних зв’язків та інтеграцію у звичну життєдіяльність.

Для оцінки рівня соціально-психологічної адаптації учасників російсько-української війни було використано багаторівневий тест-опитувальник «Адаптивність» (МЛО-АМ), розроблений А.Г. Маклаковим і С.В. Чермяніним. Оцінювання проводилося за трьома шкалами: **комунікативні здібності (КЗ), нервово-психічна стійкість (НПС)** тарівень соціалізації **(РС)**.

У 36,8% демобілізованих відзначено високий рівень комунікативних здібностей. Ці люди легко адаптуються до нового колективу, встановлюють міжособистісні контакти без труднощів і не схильні до конфліктів. Вони зазвичай адекватно оцінюють свою роль у групі, конструктивно реагують на критику та мають добру здатність до корекції своєї поведінки.

47,4% посткомбатантів демонструють середній рівень КЗ. Вони, як правило, адаптуються до нового колективу без значних проблем, хоча іноді можуть припускатися помилок у побудові стратегії своєї поведінки під час міжособистісного спілкування. Водночас, вони здатні конструктивно сприймати критичні зауваження, коригувати свою поведінку та не є конфліктними. Оцінка своєї ролі у колективі у них, як правило, також достатньо адекватна.

У 15,8% військовослужбовців спостерігається низький рівень комунікативних здібностей, що проявляється труднощами у встановленні контактів із оточенням, підвищеною агресивністю та схильністю до конфліктності. На етапі адаптації до нового колективу ці особи можуть стикатися зі значними труднощами. Реакція на критику часто є гострою та емоційно напруженою. Здатність до самокорекції поведінки в них залишається недостатньо розвинутою.

26,3% учасників бойових дій демонструють високий або достатній рівень **НПС** та здатності до поведінкової регуляції. Вони мають стабільну працездатність як у звичних умовах, так і за ускладненої діяльності, достатню витривалість до психічних і фізичних навантажень, а також добре адаптуються до впливу стресових чинників. Утім, за тривалої дії значних психічних навантажень можливе тимчасове зниження ефективності їхньої діяльності.

57,9% респондентів мають дещо знижений рівень нервово-психічної стійкості та регуляції поведінки. Їхня працездатність є нестабільною, особливо в складних умовах, а адаптація до нових або незвичних ситуацій може бути ускладненою, що іноді супроводжується тимчасовим погіршенням загального функціонального стану.

У 15,8% військовослужбовців виявлено ознаки нервово-психічної нестійкості та проблем із поведінковою регуляцією. Вони мають недостатню витривалість до психічних і фізичних навантажень, а адаптація до нових умов часто протікає важко та може супроводжуватися тривалим зниженням працездатності й функціонального стану організму. За умов інтенсивного психічного навантаження в цих осіб можливий зрив професійної діяльності та хворобливий перебіг адаптаційного процесу.

21,1% респондентів демонструють високий рівень соціалізації. Вони орієнтовані на дотримання загальноприйнятих і соціально схвалених норм поведінки, слідують корпоративним вимогам та надають перевагу груповим інтересам над особистими у повсякденному житті.

52,6% військовослужбовців мають задовільний рівень соціалізації. Вони, як правило, дотримуються соціальних норм і орієнтуються на групові інтереси, хоча їхня поведінка може бути менш послідовною в умовах складної соціальної взаємодії.

26,3% респондентів виявили низький рівень соціалізації. Їхня поведінка часто не відповідає загальноприйнятим нормам. Вони схильні діяти згідно з власними планами, не зважаючи на думку інших, і демонструють егоцентричний підхід. Особисті інтереси у них переважають над інтересами групи, а досягнення власних цілей іноді відбувається в обхід соціальних правил та обмежень.

Згідно з отриманими результатами було проведено оцінку особистісного потенціалу соціально-психологічної адаптації:

**28,1% учасників російсько-української війни** продемонстрували високий рівень адаптації. Ці військовослужбовці легко пристосовуються до нових умов діяльності, швидко інтегруються в колектив, адекватно оцінюють ситуацію та формують стратегії своєї поведінки і соціалізації. Вони вирізняються високою емоційною стійкістю, неконфліктністю та збереженням працездатності навіть у складних умовах.

**52,6% військовослужбовців** належать до групи із задовільним рівнем адаптації. Вони мають ознаки акцентуації, які у стабільних умовах залишаються компенсованими, але можуть проявлятися при зміні обставин або підвищенні стресового навантаження. Їхній успіх адаптації значною мірою залежить від зовнішнього середовища. У таких осіб спостерігається невисока емоційна стабільність, схильність до конфліктності, агресивності, асоціальних проявів і виникнення негативних психологічних станів. Вони потребують зовнішньої підтримки та контролю.

**19,3% посткомбатантів** мають низький рівень адаптації. Для них характерна виражена акцентуація рис характеру, схильність до нервово-психічних зривів, висока конфліктність і ризик асоціальної поведінки. Їхня нервово-психічна стійкість є низькою, а ймовірність виникнення негативних психологічних станів – високою.

Таким чином, результати дослідження свідчать, що більшість військовослужбовців демонструють середній рівень нервово-психічної стійкості, комунікативних здібностей і соціалізації, що зумовлює переважно задовільний рівень адаптації.

**2.4.** **Оцінка ефективності психодіагностичних методів**

Психодіагностика включає в себе принципи, процедури та способи перевірки методів психодіагностики. Як галузь практики, здійснюється оцінка особливостей свідомості людини [29, с. 7].

*Методи психодіагностики поділяються на:*

* психодіагностичні;
* дослідницькі.

Найзагальніша схема класифікації психодіагностичних методів:

* на основі спостереження;
* опитувальні психодіагностичні методи;
* об’єктивні;
* експериментальні.

***Анкета*** – це метод, при якому досліджуваний усвідомлює соціальнодемографічні дані про себе (вік, професія…).

***Аналіз продуктів діяльності* і *контент-аналіз***– це аналіз текстів досліджуваного, його листів та інших творчих продуктів діяльності.

***Експертний метод* *полягає*** у оцінці певних особливостей поведінки групою експертів, заздалегідь визначеними маркерами [29, с. 7].

Ключовими вимогами до методів є вимоги операціоналізації та верифікації.

Найбільш вживаними *методами психодіагностики* є:

* експерементальні та об’єктивні методики;
* опитувальні методики;
* малюнкові проективні методики [29, с. 8].

Основні вимоги до тестів та інших діагностичних методів обґрунтував сучасний англійський психолог Пол Клайн. До них належать такі обов'язкові умови: застосування шкали відношень або, як мінімум, шкали інтервалів, надійність, валідність, дискримінативність, наявність нормативних даних, а також такі вимоги, як просте формулювання і однозначність тестових завдань, обмеження часу їх виконання, соціокультурна адаптивність тесту, операціоналізація, верифікація тощо [29, с. 8].

У психодіагностиці ключове місце займає дослідницький підхід, у рамках якого важливу роль відіграють різні види тестів та методик. Серед них: *т****ести для оцінювання здібностей*** (вимірювання інтелектуальних функцій, когнітивних навичок, вмінь і моторної координації), ***сенсорні тести*** (перевірка сприйняття запахів, слів, речень), ***опитувальники*** (анкети та прямі запитальники для збору інформації про особистість), *е****стетичні тести*** (виявлення переваг у музиці, мистецтві та інших сферах естетичного сприйняття), *п****роективні методики*** (аналіз проекцій особистісних рис на основі роботи з неструктурованими стимулами), *с****итуаційні методики*** (вивчення поведінки в заданих обставинах), *і****грові методики*** (використання рольових ігор та соціально-психологічних тренінгів для оцінювання соціальних і комунікативних навичок), ***фізіологічні дослідження*** (аналіз фізіологічних реакцій організму), ***фізичні параметри*** (вимірювання ваги, зросту, об’єму грудної клітки тощо), *с****постереження*** (аналіз поведінки під час обстеження, а також врахування додаткової або випадкової інформації).

Щоб оцінити індивідуальний результат тестування шляхом зіставлення його з тестовими нормами, отриманими на вибірці стандартизації, розробляються тестові шкали. Вибірка для стандартизації спеціально підбирається з метою створення тестової шкали, яка має бути репрезентативною для генеральної сукупності, на яку планується застосування даного тесту.

***Аналіз та порівняння ефективності різних методів* *для визначення психічного стану військовослужбовців*** є дуже важливими, оскільки психічний стан військових прямо впливає на їх бойову здатність, здатність до виконання завдань та загальний рівень безпеки в бойових умовах. Ось кілька основних методів, які використовуються для оцінки психічного стану військових, а також їх переваги та недоліки:

*1. Клінічне інтерв'ю (психологічне консультування)*

*Метод:* Психолог або психіатр проводить бесіду з військовим, аналізуючи його поведінку, емоції, настрій та поведінкові реакції.

|  |  |
| --- | --- |
| Переваги | Недоліки |
| Дозволяє отримати глибоке розуміння психічного стану особи | Суб'єктивність оцінки |
| Здатний виявити підсвідомі чи складні психологічні проблеми | Вимогливий до кваліфікації спеціаліста |
| Індивідуальний підхід | Може бути важким для військових, які не хочуть відкривати свої переживання через страх бути визнаними непідготовленими чи слабкими |

*2. Стандартизовані психологічні тести*

*Метод:* Використання стандартизованих психологічних опитувальників та тестів, таких як MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), тест на рівень стресу, тест на тривожність, депресивні шкали тощо.

|  |  |
| --- | --- |
| Переваги | Недоліки |
| Об'єктивність і стандартизованість результатів | Потрібно враховувати можливість маніпуляцій результатами з боку особи, яка проходить тест |
| Легкість у проведенні для великої кількості осіб | Може бути недостатньо чутливим для ранніх стадій стресових реакцій |
| Виявляє специфічні психічні розлади, такі як депресія, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) | Не завжди дає повне уявлення про психологічний стан, особливо у випадках, коли є комплексні або приховані розлади |

*3. Психофізіологічні методи (біо зворотний зв'язок, нейровізуалізація)*

*Метод:* Використання технологій для вимірювання фізіологічних змін, таких як серцебиття, електричні імпульси мозку (ЕЕГ), реакції на стресові ситуації, щоб оцінити рівень стресу або емоційних реакцій.

|  |  |
| --- | --- |
| Переваги | Недоліки |
| Об'єктивність і точність результатів | Висока вартість обладнання та технічні вимоги |
| Можливість виявити фізіологічні реакції на стрес, навіть якщо людина не усвідомлює свою емоційну реакцію | Потрібно мати висококваліфікованих фахівців для інтерпретації результатів |
| Може бути використано для моніторингу в реальному часі | Може бути недостатньо чутливим до психологічних аспектів, що не пов'язані з фізіологічними реакціями |

*4. Оцінка за допомогою самозвітів (анкетування)*

*Метод:* Військовий заповнює анкети, які дозволяють оцінити його емоційний стан, рівень стресу, тривожності тощо. Це можуть бути анкети, що включають запитання про соціальний стан, фізичне самопочуття, настрій.

|  |  |
| --- | --- |
| Переваги | Недоліки |
| Легкість у проведенні та доступність | Може бути не завжди точним через бажання військових давати "соціально бажані" відповіді |
| Можливість отримати великі обсяги даних за короткий час | Залежить від самосвідомості та чесності респондентів |
| Дозволяє виявити різноманітні психоемоційні проблеми | Не дає можливості для глибокого психологічного аналізу |

*5. Оцінка поведінкових змін*

*Метод:* Спостереження за поведінкою військових у повсякденному житті та під час виконання бойових завдань, а також виявлення змін у мотивації, соціальній взаємодії, виконанні обов'язків.

|  |  |
| --- | --- |
| Переваги | Недоліки |
| Може виявити ранні ознаки психічного виснаження або стресу | Суб'єктивність оцінки |
| Можливість спостереження в реальних умовах | Не завжди може точно відобразити внутрішній стан особи, особливо якщо зміни є незначними або тимчасовими |

***Порівняння ефективності методів***

*Клінічне інтерв'ю* є найбільш гнучким та детальним методом, однак його результат залежить від досвіду психолога та готовності особи відкривати свої переживання.

*Стандартизовані тести* та *анкети* забезпечують об'єктивність і зручність, проте можуть не враховувати всі аспекти психічного стану.

*Психофізіологічні методи* є дуже точними, але дорогими та потребують висококваліфікованих спеціалістів.

*Оцінка поведінкових змін* може виявити ранні ознаки проблем, але для точного діагнозу недостатньо.

**висновки до розділу 2**

1. Для ефективної оцінки психічного стану військових часто застосовуються комбінації різних методів. Вони доповнюють один одного, знижуючи ймовірність помилкових висновків. Найбільш ефективним є комплексний підхід, який включає клінічне інтерв'ю, стандартизовані тести та спостереження за поведінкою, а також використання сучасних психофізіологічних методів для моніторингу стресу та емоційного стану.
2. Ефективність психодіагностичних методів підвищується шляхом ретельного тестування їх на різних вибірках, адаптації до певних культурних контекстів та удосконаленням їх теоретичних основ.
3. Аналіз результатів дослідження психічних станів учасників бойових дій за методикою «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) виявив підвищений рівень агресивності у 31,6% респондентів, тривожності – у 42,1%, а фрустрації – у 21,1%. Високий рівень ригідності зафіксовано у 42,1% посткомбатантів.
4. Дослідження адаптивності військовослужбовців за методикою «Адаптивність» (А.Г. Маклаков і С.В. Чермянин) показало, що серед демобілізованих спостерігається низький рівень комунікативних здібностей, середній рівень нервово-психічної стійкості, поведінкової регуляції та соціалізації. Це призвело до переважно задовільного рівня адаптації серед опитаних військовослужбовців.
5. Проаналізовано основні методи щодо оцінки психічного стану військовослужбовців, включаючи їхні переваги та обмеження. Порівняння ефективності різних підходів виявлення психічного стану є надзвичайно важливим, адже психологічний стан військових безпосередньо впливає на їхню боєздатність, здатність виконувати завдання та загальний рівень безпеки під час бойових дій.

**РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПРИ НЕГАТИВНИХ ПСИХІЧНИХ СТАНАХ**

**3.1. Методи психологічної підтримки військовослужбовців**

Війна вимагає від людей рахуватися з правилами воєнного часу, змінюючи ціннісно-смислове поле, життєві пріоритети, плани на майбутнє тощо. Збитки і втрати від час воєнних подій важко порахувати через їхню масштабність і численність, особливо коли йдеться про психологічні збитки. Наслідки воєнних травм без належного їх опрацювання можуть призводити до соціальної дезорієнтації, втрати ідентичності, цілісності Я, спотвореного сприймання людиною світу і своєї соціальної ролі в ньому, послаблення соціальних контактів, відчуття розпачу, спустошеності, вини, що можуть поглиблювати індивідуальні кризи особистості [17].

Сьогодні питання збереження психічного здоров'я військовослужбовців поряд з фізичним є надзвичайно важливим. З огляду на значне збільшення чисельності ЗСУ протягом війни, існує ризик недостатнього забезпечення психологічних послуг для військових. Це зумовлює необхідність пошуку нових підходів, форм, методів та алгоритмів для вирішення цієї проблеми.

Психологічна підтримка військовослужбовців є надзвичайно важливою, оскільки бойовий досвід і екстремальні умови можуть сильно впливати на психічне здоров'я. Психологи використовують різноманітні методи підтримки та реабілітації військових, щоб допомогти їм відновитися після пережитих стресів і розвинути навички для подальшої адаптації в мирному житті. Ось основні методи психологічної підтримки.

1. *Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ):*
* допомагає військовослужбовцям усвідомити і змінити негативні думки та поведінкові патерни, пов’язані з бойовими травмами;
* використовується для зниження симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних розладів та депресії.
1. *Травмофокусована терапія (EMDR, Prolonged Exposure):*
* EMDR (десенсибілізація і переробка за допомогою рухів очей) допомагає знизити інтенсивність переживання травматичних спогадів, використовуючи специфічну техніку рухів очей;
* пролонгована експозиція – поступове та контрольоване згадування травматичних подій у безпечному середовищі для зниження їхнього емоційного впливу.
1. *Групова терапія:*
* забезпечує підтримку від інших військових, які мають подібний досвід. Спільна участь у терапії допомагає відчути підтримку та зрозуміти, що вони не самотні у своїх переживаннях;
* групова терапія сприяє відкритому обговоренню емоцій та проблем у колі людей, які розуміють специфіку військових стресів.
1. *Методи релаксації та управління стресом:*
* медитація, дихальні техніки та прогресивна м’язова релаксація допомагають заспокоїти нервову систему, знижують рівень тривожності та поліпшують сон;
* ці методи використовують для відновлення контролю над власними емоціями, що корисно як під час бойових дій, так і в мирному житті.
1. *Робота з сім'єю:*
* залучення сім'ї до процесу реабілітації військовослужбовців допомагає побудувати систему підтримки. Це може полегшити адаптацію до мирного життя та сприяти покращенню стосунків у сім'ї;
* сімейна терапія допомагає зрозуміти членам родини специфіку військових травм та їхній вплив на поведінку та психічний стан військових.
1. *Психоедукація:*
* ознайомлення військовослужбовців із психологічними аспектами бойового стресу та наслідками ПТСР допомагає знизити рівень стигматизації та сприяє пошуку допомоги;
* психоедукація може включати навчання технік самодопомоги, управління емоціями та інших методів, які військовослужбовець може використовувати самостійно.
1. *Фізична активність і спорт:*

- спорт і фізична активність допомагають знизити рівень тривоги, покращують настрій і сприяють фізичному здоров'ю. Вони можуть використовуватись як частина психотерапевтичної програми, щоб відновити почуття контролю і впевненості.

*8. Творча терапія (арт-терапія, музикотерапія):*

*-* такі методи дозволяють виразити емоції через творчість, що іноді легше, ніж через слова;

*-* арт-терапія допомагає візуалізувати та опрацьовувати внутрішні конфлікти, сприяючи психологічному розвантаженню.

Військовослужбовці можуть мати різний досвід і реакції на бойові дії, тому важливо забезпечити індивідуальний підхід до кожного випадку. Спеціалізована та своєчасна психологічна допомога допомагає військовим успішніше адаптуватися та знижує ризик розвитку довгострокових психологічних проблем.

**3.2. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР)**

***Посттравматичний стресовий розлад*** (ПТСР) – це психічний стан, що виникає після пережиття або спостереження травматичної події, яка викликала сильний страх, шок або безпорадність.

Посттравматичний стресовий розлад діагностується у значної кількості дорослих та дітей, які пережили війну. Основні діагностичні критерії, викладені в авторитетному посібнику з діагностики та статистики психічних розладів «DSM-V» [39], включають:

а) безпосередній контакт зі смертю або загрозою життю;

б) виражені зміни у реактивності;

в) стійке уникання спогадів і нагадувань про травматичну подію;

г) негативні зміни у мисленні та настрої;

д) інтрузивні симптоми;

е) тривалість симптомів понад один місяць;

є) значний дистрес і порушення важливих аспектів життєдіяльності;

ж) відсутність зв’язку симптомів з впливом психоактивних речовин або іншими медичними причинами.

Пункти цього списку мають детальне діагностичне пояснення. Наприклад: *експозиція до травми* включає такі ситуації, як особисте переживання загрози, спостереження за нею як свідок, страждання через втрату близьких або багаторазове зіткнення з жахливими деталями травматичної події (коли людина бачить руйнування, людські рештки, відчуття запаху мертвих тіл тощо). Симптоматика чітко конкретизується, щоб уникнути діагностичних помилок. *Інтрузії* включають нав'язливі спогади, кошмарні сни, дисоціативні реакції (флешбеки), сильний психологічний стрес і фізіологічні реакції при зустрічі з тригерами, що нагадують про травматичну подію. *Уникання* проявляється у прагненні позбутися неприємних спогадів, думок і почуттів, а також уникати людей, ситуацій, розмов і діяльності, які можуть нагадати про травму. *Зміни у мисленні та настрої* характеризуються приглушенням спогадів, викривленням переконань щодо самої події, її причин і наслідків, тривалими негативними емоційними станами, помітним зниженням інтересу до життя та діяльності, почуттям відчуження та ізольованості, а також нездатністю відчувати позитивні емоції, такі як радість чи щастя. *Зміни у реактивності* включають підвищену дратівливість і раптові спалахи гніву, ризиковану та самоушкоджувальну поведінку, надмірну настороженість, посилену реакцію переляку, труднощі з концентрацією уваги та проблеми зі сном.

Найбільш відомими підходами в психотерапії посттравматичних стресових розладів, ефективність яких досліджується та часто порівнюється, є програми управління стресом, підтримувальна недирективна психотерапія за Роджерсом, гіпнотерапія, психодрама, а також інтерперсональна, психодинамічна та когнітивно-поведінкова психотерапія. Сюди також входить терапія методом десенсибілізації та репроцесингу травматичних спогадів за допомогою рухів очей (EMDR). На сьогодні провідні організації, такі як Американська психологічна асоціація, Управління психічного здоров'я ветеранів при Міністерстві оборони США, Національний інститут здоров'я і якості медичної допомоги Великої Британії та Австралійський центр посттравматичного психічного здоров'я, визнають найбільш ефективними методами роботи з ПТСР десенсибілізацію та репроцесинг травматичної пам'яті за допомогою рухів очима (EMDR) і травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію.

***Метод десенсибілізації та репроцесингу травматичної пам'яті за допомогою рухів очима (EMDR)*** – це психотерапевтичний підхід, що використовується для лікування ПТСР та інших психічних проблем, пов'язаних із травматичними спогадами. Суть методу полягає у фокусуванні уваги пацієнта на травматичних спогадах, паралельно здійснюючи контрольовані рухи очима або іншу двосторонню стимуляцію (наприклад, тактильну чи звукову).

Метою EMDR є зменшення емоційної інтенсивності травматичних спогадів та сприяння їх переробці таким чином, щоб вони більше не викликали сильного дистресу. Пацієнт під керівництвом психотерапевта поступово опрацьовує свої спогади, змінюючи їхнє сприйняття та знижуючи пов’язані з ними тривогу й стрес. Цей метод має на меті допомогти відновити емоційний баланс і забезпечити здатність людини реагувати на подібні ситуації в майбутньому спокійніше та впевненіше.

***Когнітивно-поведінкова травмофокусована психотерапія*** ***(ТП-КПТ)*** – це спеціалізований метод психотерапії, спрямований на допомогу людям, які зазнали травматичних переживань. Цей підхід поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії з техніками, які акцентують увагу на роботі з травматичними спогадами та емоціями.

Мета ТП-КПТ полягає у зміні негативних думок, переконань та поведінкових реакцій, пов'язаних із травмою, шляхом їх детального опрацювання та заміни адаптивними моделями мислення і поведінки. Цей підхід включає експозицію до спогадів у контрольованому середовищі, розвиток навичок управління стресом, а також формування стратегії для подолання тривожних ситуацій.

Когнітивно-поведінкова травмофокусована психотерапія включає різноманітні підходи, спрямовані на переосмислення та повторне проживання травматичних подій. Серед основних методів травмофокусованих втручань виділяються *експозиція в реальних умовах* (in vivo exposure), *експозиція в уяві* (imaginal exposure), *пролонгована експозиція* (prolonged exposure), *повторне когнітивне опрацювання* (cognitive reprocessing), *когнітивна реструктуризація* (cognitive restructuring), *стимульна конфронтація* (stimulus confrontation) та *наративна реконструкція* (narrative reconstruction).

Найефективнішою формою когнітивно-поведінкової психотерапії посттравматичного стресового розладу є когнітивна терапія ПТСР (cognitive therapy for PTSD), розроблена А. Ехлерсом і Д. Кларком [40; 43]. Її також називають оксфордським підходом до терапії ПТСР, оскільки ця методика пов'язана з Оксфордським центром тривожних розладів і травми, де працювали її автори.

Когнітивна терапія посттравматичного стресового розладу також базується на авторській моделі ПТСР Ехлерс – Кларка [39], яка виділяє дві ключові когнітивні особливості у людей, що пережили травму: специфічну природу травматичної пам’яті та негативні оцінки самої травми та її наслідків. *Перша особливість* полягає в тому, що люди з хронічним ПТСР схильні інтерпретувати і оцінювати травматичну подію у специфічно негативний спосіб, надаючи їй особистісних значень, що підтримує відчуття постійної загрози. *Друга особливість* полягає в тому, що травматичні події викликають порушення автобіографічної пам’яті, що призводить до зниження контекстуалізації подій і посилення асоціативних зв’язків, сприяючи появі симптомів повторного переживання.

На інтенсивність цих особливостей впливає спосіб когнітивного опрацювання травматичної події, який залежить від характеристик самої події (зокрема, її інтенсивності, тривалості, впливу на здоров'я та соціальне становище); попереднього досвіду людини, включно з досвідом подолання інших травматичних ситуацій; переконань щодо світу, інших людей та власної особистості; життєвих копінг-стратегій, а також загального психічного стану та індивідуальних особистісних рис.

***Оксфордський підхід до когнітивно-поведінкової травмофокусованої психотерапії.*** Беручи до уваги особливості розуміння виникнення та підтримання симптомів посттравматичного стресового розладу в рамках когнітивної моделі, оксфордський підхід має три основні цілі:

1) виявлення та зміна негативних особистісних значень, пов'язаних із травматичною подією та її наслідками;

2) усунення дисфункціональної поведінки та когнітивних стратегій;

3) зменшення симптомів повторного переживання та розрізнення тригерів.

Корекція дисфункційної поведінки та стратегій сприйняття й інтерпретації реальності відбувається через обговорення, дискусії, сократівські діалоги та поведінкові експерименти. У ході цих заходів клієнти аналізують свої попередні способи світосприйняття і реагування, переконуючись у їхній неефективності.

Терапевтичний протокол (терапевтична процедура) розробляється індивідуально для кожного клієнта, враховуючи специфіку травматичного досвіду, життєвий шлях, рівень розвитку когнітивних процесів, особистісні характеристики та інші фактори, що впливають на здатність людини до відновлення.

Прикладом такого протоколу є робота А. Ехлерса та Д. Кларка з колегами під назвою "Інтенсивна когнітивна терапія ПТСР: аналіз придатності" [45]. Згідно з цим протоколом, втручання передбачає 10 послідовних 50-хвилинних сеансів (сесій) із декількома бустерними сесіями.

На *першому сеансі*: визначаються терапевтичні цілі; проводиться нормалізація симптомів ПТСР (пояснюється, що ці симптоми є природною реакцією на екстремальні події); ідентифікуються основні нав'язливі спогади; виконується початкова оцінка факторів, які підтримують симптоматику ПТСР (негативні оцінки, когнітивні стратегії, підвищена пильність, захисна поведінка тощо); практикується техніка прийняття думок ("дозвольте спогадам з'являтися і зникати") та пояснюється особливість функціонування травматичної пам’яті. *Другий сеанс* фокусується на уявному опрацюванні травматичної події, визначенні критичних моментів, аналізі їхнього особистісного значення та пошуку більш реалістичних пояснень. На *третьому сеансі*, за потреби, повторюється процедура уявного переживання та розгортається пошук нових значень травматичної події, провадиться оновлення травматичних спогадів. *Четвертий і п'ятий* *сеанс* зосереджуються на подальшому аналізі значень та оновленні спогадів, а також на роботі з розрізнення тригерів. *Шостий* спрямований на підтримку адаптивних стратегій: вводяться поведінкові експерименти, які показують відсутність потреби у надмірному контролі загроз (наприклад, уникання або підвищеної пильності); проводяться експерименти для зменшення румінацій, усунення реакцій, що перешкоджають сну тощо. *Сьомий сеанс* включає огляд місця події. *На восьмому сеансі* триває робота над оновленням спогадів, розрізненням тригерів та зміною поведінкових моделей, що підтримують симптоми ПТСР. *Дев’ятий сеанс* присвячений оцінці досягнутого прогресу у всіх аспектах: оновлення травматичних спогадів, розрізнення тригерів, зміни особистісних значень, усунення підтримуючої поведінки та когнітивних стратегій. Також проводиться остаточне оновлення спогадів та створення цілісного наративу травматичної події (також дається домашнє завдання з повторної наративізації травми). *Заключний сеанс* спрямований на інтеграцію в повсякденне життя та адаптацію до нього; під час його оцінюється досягнутий прогрес, фіксуються всі зміни, а також надається завдання для практики нових способів сприйняття і поведінки. *Бустерні сесії* включають оцінку поточного стану клієнта, аналіз досягнутих результатів, нагадування про використані терапевтичні методи та мотивацію до впровадження адаптивних стратегій.

Когнітивна терапія ПТСР (оксфордський підхід), ефективність якого доведена на сьогодні, ґрунтується на чітко структурованій теоретичній моделі посттравматичного стресового розладу. Цей підхід є логічно організованим, технологічно підтримуваним і має детально прописаний протокол інтервенцій. Такі характеристики дозволяють ефективно навчати фахівців та широко застосовувати методику у роботі з людьми, що пережили травматичні події, зокрема з тими, хто постраждав під час бойових дій у російсько-українській війні.

Важливо також забезпечити військовослужбовцям з ПТСР доступ до різноманітних програм та ресурсів для їх реабілітації, таких як програми зайнятості, професійної підготовки, освіти та інші. Це може допомогти їм повернутися до нормального життя та досягти своїх цілей та амбіцій [5, с. 137].

Наприклад, у Хорватії позитивним прикладом є стимулювання створення ветеранських господарств, передусім, у сільськогосподарській сфері, що вже використали багато ветеранів з ПТСР. Незважаючи на скромну економічну ефективність (або її повну відсутність), об’єднання ветеранів і їх сімей навколо спільної діяльності і контакт з природою мали істотний позитивний вплив на стан їхнього здоров я і соціальну інтеграцію [18, с. 125].

**3.3. Профілактика негативних психічних станів**

Сучасне бойове завдання значно відрізняється від військових завдань ХХ сторіччя. Відповідно до основних принципів ведення бойових дій, нині основна роль належить уніфікованим модульним збройним силам, які беруть участь в  асиметричних війнах. Особливостями ведення таких війн є багатоетапне розгортання військ, проведення інтенсивних бойових дій у міських умовах, відсутність чітко виділеної лінії фронту [24, с. 58]. Учасники бойових дій зазнають впливу численних інтенсивних і тривалих стресових факторів, які викликають перенапруження адаптаційних систем організму та призводять до розвитку бойової психічної травми (БПТ) у значної кількості військовослужбовців.

Як уже зазначалося, стресові події самі по собі рідко стають прямою причиною психічних розладів (за винятком випадків травматичного стресу чи психічної травми). Однак у поєднанні з іншими внутрішніми та зовнішніми чинниками вони можуть спричиняти стрес-залежні захворювання. Нормальне психічне функціонування та реакція на стресові події залежать від комплексу індивідуально-психологічних особливостей. Тому важливо враховувати біологічну, психологічну та особистісну уразливість військовослужбовців до патологічних реакцій на стресові фактори бойової діяльності. Ці аспекти слід ретельно оцінювати вже на етапі військово-професійного психологічного відбору.

Здійснення превентивних заходів необхідно починати на етапі мобілізації в обласних і міських військових комісаріатах. Далі їх необхідно продовжувати при підготовці у навчальних центрах і на полігонах; на етапі виконання бойових завдань і участі в бойових операціях (оперативний етап); в період виведення з району бойових дій для відпочинку і переформування; на етапі лікування в лікувально-профілактичних установах (госпітальний етап); а також на етапі адаптації до мирних умов життя [12, с. 103].

На сьогодні впроваджуються та активно використовуються ефективні профілактичні і реабілітаційні заходи, з метою попередження порушення психічного здоров’я військовослужбовців та відновлення їх соціально-професійного статусу.

Система профілактики та контролю бойового стресу і негативних психічних станів серед військовослужбовців ЗСУ охоплює низку психологічних заходів, які реалізуються на трьох ключових етапах: підготовчому (до відправлення в район виконання службово-бойових завдань (СБЗ) у зону бойових дій); під час безпосереднього виконання СБЗ на лінії бойового зіткнення; та завершальному (після виконання СБЗ і повернення до пункту постійної дислокації (ППД)).

На першому етапі проводяться такі основні заходи психологічної роботи:

1. Психологічна підготовка:

а) навчання виявляти основні ознаки негативних психічних реакцій і станів, усвідомлювати можливість розвитку психічних наслідків бойової діяльності в майбутньому та оволодівати методами їх подолання. Військових також знайомлять з аутогенними техніками психологічної підтримки, способами самоконтролю та саморегуляції емоційного стану, а також методами надання першої психологічної допомоги (Додаток В);

б) у пунктах постійної дислокації на вибір проводяться авторські тренінги, що моделюють бойові ситуації для зниження емоційного впливу стресорів, наприклад: «Формування психологічної готовності до екстремальної діяльності» [31, с. 60], «Формування та відновлення психологічної безпеки особистості» [31, с. 116], «Мотиваційні ресурси життєстійкості» [31, с. 231] та інші;

в) у польових умовах психологічний тренінг «Створення команди» для об’єднання колективу, проведення групової роботи, підтримки командного духу, соціальної згуртованості, надання взаємодопомоги.

2. Перевірка психологічної готовності до виконання службово-бойових завдань у районі військової операції проводиться (за наявністю часу) в пункті постійної дислокації в автоматизованому режимі психодіагностика військовослужбовців з метою визначення психологічної готовності до екстремальної діяльності, ризику. Для цього у науково-дослідному центрі Національної академії Національної гвардії України (НА НГУ) розроблений автоматизований психодіагностичний мультикомплекс «Психодіагностика», складовими якого є субкомплекси «Професійний психологічний відбір» для визначення психологічного профілю особистості, «Психологічна готовність особистості до екстремальної діяльності», «Психологічна готовність особистості до ризику» [4].

Після завершення роботи психологи надають командирам рекомендації щодо формування складу підрозділів. Зокрема, військовослужбовців із високим і середнім рівнем психологічної готовності до екстремальних ситуацій рекомендується залучати до бойових підрозділів, тоді як військових із низьким рівнем психологічної готовності слід розподіляти до тилових (небойових) підрозділів. Для останніх організовується додаткова цільова психологічна підготовка, а також забезпечується постійне спостереження за їхньою діяльністю з боку молодших командирів.

Рання діагностика негативних психічних станів, постстресових станів, визначення групи посиленої психологічної уваги серед особового складу дозволяє на ранніх етапах виявити військовослужбовців з низьким адаптаційним потенціалом і високою вірогідністю ранніх і важких проявів бойової психічної травми та її наслідків, а також дозволяє створити індивідуальну тактику і способи профілактики та відновлення кожного обстеженого військовослужбовця [10, с. 10].

Окрім навчань і тренінгів військовослужбовців, психологічна профілактика та підтримка в армії передбачає процедури психологічної розрядки після бойових дій, психологічну діагностику та консультації осіб з психічними проблемами.

Психологічна розрядка після бойових дій спрямована на зниження рівня стресу, стабілізацію психоемоційного стану та запобігання розвитку посттравматичних стресових розладів. Основні процедури включають:

Д*ебрифінг*. **Ефект:** зниження емоційної напруги, полегшення стану через обговорення.

*Релаксаційні техніки:*

* + - прогресивна м'язова релаксація (почергове напруження та розслаблення м'язів для фізичного розвантаження);
		- **медитація (**спрямована на заспокоєння свідомості та відновлення внутрішньої рівноваги);

**- дихальні вправи (**глибоке діафрагмальне дихання для зменшення фізіологічних проявів стресу) (Додаток Г).

*Фізична активність:*

* + - помірні фізичні вправи сприяють нормалізації гормонального фону та вивільненню ендорфінів (біг, ходьба, вправи на гнучкість та розтяжку);
		- ізометричні вправи, які можна виконувати навіть у польових умовах, допомагають зняти м'язову напругу (Додаток Д).

*Психотерапевтичні техніки:*

* + - когнітивно-поведінкова терапія (аналіз і зміна негативних переконань, спричинених стресом);
		- емоційна підтримка (індивідуальні або групові бесіди з психологом);
		- методи візуалізації (уявлення спокійних і безпечних місць для відновлення психологічного ресурсу).

Навчальні програми, які реалізуються в рамках заходів психологічної профілактики та підтримки, можна умовно поділити на дві основні групи: програми з психологічної підготовки особового складу, включаючи командирів, до виконання бойових завдань, та програми профілактики негативних явищ у військовій і цивільній діяльності. До таких явищ належать порушення дисципліни, розвиток залежностей (алкогольної, наркотичної тощо), суїцидальні настрої, дорожньо-транспортні пригоди, нещасні випадки тощо. Важливо, щоб ці програми інтегрувалися в систему регулярних військових навчань і тренувань, забезпечуючи постійну підтримку психологічного стану військовослужбовців.

Індивідуальну психологічну допомогу військовим із різними психоемоційними проблемами варто зосереджувати на рівні консультацій. Ураховуючи значний обсяг завдань і обмеження в спеціалізації військових психологів, їхню діяльність доцільно спрямовувати на профілактичні, підтримувальні та консультативні заходи. Безпосереднє проведення психотерапії рекомендується організовувати в спеціалізованих центрах кризової психології або цивільних медичних установах, які мають відповідну експертизу.

Медико-психологічна реабілітація спрямовується на особистість військовослужбовця, його самооцінку, комунікативні властивості, потреби, психологічні механізми компенсації та захисту, способи поведінки в родині, в професійному колективі та в інших соціальних групах. Її завданням є найшвидше усунення хворобливих симптомів (невротичних, неврозоподібних), подолання іпохондричних фіксацій і т. ін. [11, с. 6].

Психологічна допомога військовослужбовцям має бути комплексною і включати різні підходи, орієнтовані як на роботу з гострими стресовими станами, так і на тривалу реабілітацію та підтримку психічного здоров’я.

**висновки до розділу 3**

1. У третьому розділі проаналізовано ефективність методу інтенсивної когнітивної терапії (оксфордський підхід) посттравматичного стресового розладу.
2. Своєчасне виявлення ПТСР і надання спеціалізованої допомоги сприяють значному зниженню рівня симптомів, покращенню емоційного стану та поверненню військовослужбовців до повноцінного життя. Особливе значення мають індивідуалізовані підходи, що враховують специфіку пережитих травматичних подій і особистісні характеристики.
3. Системна робота у сфері профілактики негативних психічних станів у військовослужбовців сприяє не лише підвищенню ефективності їхньої службової діяльності, а й покращенню якості життя, створюючи умови для гармонійного розвитку особистості навіть в умовах підвищеного навантаження.
4. Своєчасна та кваліфікована психологічна підтримка сприяє ефективній адаптації військовослужбовців і значно зменшує ймовірність виникнення тривалих психологічних ускладнень.

**РОЗДІЛ 4. ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ**

**4.1. Організація психологічної допомоги в умовах служби**

Виходячи з теорії стресу, тривалість та висока інтенсивність стресового фактору (бойових дій) невпинно виснажує психіку особистості, яка стає менш пластичною, резильєнтною [22]. Бойова стресова реакція характеризується як відповідь організму на сильний бойовий стрес і може включати різноманітні симптоми: фізичні, неврологічні, психічні та поведінкові. Така реакція може проявитися раптово або бути результатом накопичувального ефекту тривалого стресу. Командирам підрозділів важливо вміти вчасно розпізнавати військовослужбовців, які демонструють ознаки психотравматичних станів, що потребують евакуації з зони бойових дій. Основними критеріями для цього є неможливість виконання бойових завдань та ознаки дезадаптації.

Варто відзначити, що під час виконання військових обов’язків у бойових умовах стрес може виконувати певні позитивні функції, такі як активація, регуляція та підтримка бойового духу. Однак після завершення війни цей стрес може перетворитися на негативний фактор, викликаючи постстресові реакції та ПТСР. Водночас він може стати й потужним стимулом для посттравматичного зростання, допомагаючи людині знайти нові ресурси для розвитку та відновлення.

Психологічна допомога є важливою частиною психологічного супроводу військовослужбовців і може надаватися на всіх етапах їхньої служби. У Збройних Силах України ця допомога має бути спрямована на активацію існуючих та формування нових психологічних ресурсів, що підтримують ефективні дії військовослужбовців як у бойових умовах, так і під час виконання щоденних службових обов’язків.

Психологічне забезпечення у Збройних Силах України [21]:

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | [Пам’ятка психологу щодо організації психологічного супроводження військовослужбовців під час виконання завдань за призначенням](https://www.mil.gov.ua/pamyatka-psihologu-shhodo-organizaczii-psihologichnogo-suprovodzhennya-vijskovosluzhbovcziv-pid-chas-vikonannya-zavdan-za-priznachennyam.html) |
| 2 | [Організація направлення учасників бойових дій на психологічну реабілітацію](https://www.mil.gov.ua/content/other/psihology_ato.pdf) |
| 3 | [Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу ЗСУ (методичні рекомендації)](https://www.mil.gov.ua/content/pdf/avp_book.pdf) |
| 4 | [Методичні рекомендації з організації психологічного вивчення військовослужбовців, призваних за мобілізацією, у навчальних центрах (частинах) Збройних Сил України](https://www.mil.gov.ua/content/pdf/metod_v_book.pdf) |
| 5 | [Методичні рекомендації щодо організації та проведення професійно-психологічного відбору громадян України, які приписуються до призовних дільниць](https://www.mil.gov.ua/content/pdf/med_rec_book.pdf) |
| 6 | [Методичні рекомендації з організації професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України](https://www.mil.gov.ua/content/pdf/ppv_book.doc) |
| 7 | [Пам’ятка військовослужбовцю під час підготовки до бою та в бою](https://www.mil.gov.ua/content/pdf/combattraining_.pdf) |
| 8 | [Порадник переможцю](https://www.mil.gov.ua/content/pdf/winner_book.pdf) |
| 9 | [Формування психологічної готовності військовослужбовців до виконання завдань антитерористичної операції](https://www.mil.gov.ua/content/pdf/p_gotov_book.pdf) |
| 10 | [Всеукраїнська програма ментального здоров’я «ТИ ЯК?»](https://howareu.com/#apte4ka) |

**Психологічна допомога**– це комплекс психологічних заходів відновлювального характеру, спрямованих на подолання негативних психологічних наслідків виконання обов’язків військової служби та відновлення належного рівня психічного здоров’я військовослужбовців.

**Психологічна реабілітація** – система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей військовослужбовця, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження його особистості.

*Під психологічною допомогою надалі розумітиметься як сам процес надання психологічної допомоги, так і процес виконання психореабілітаційних заходів.*

*Метою* надання психологічної допомоги військовослужбовцям є відновлення фізичного та психологічного здоров’я, спроможності й готовності виконувати службові обов’язки.

Надання психологічної допомоги включає в себе три основні етапи:

1. Діагностика наявного стану військовослужбовця або групи.

2. Психологічний вплив (корекція).

3. Подальший психологічний супровід стану військовослужбовця або групи [3, с. 85].

**Діагностичний етап** включає:

- застосування діагностичного інструментарію, методів спостереження, опитування, експертного оцінювання тощо;

- аналіз отриманої інформації, інтерпретація результатів діагностування;

- встановлення характеру проблеми у психологічному стані військовослужбовця;

- визначення найбільш ефективного методу психологічної допомоги.

**Етап психологічного впливу** **(корекції)** планується на основі результатів діагностичного етапу й передбачає цілеспрямовану взаємодію з військовослужбовцем для надання йому допомоги у вирішенні його психологічних проблем.

Основними формами роботи на даному етапі є елементи *когнітивно-поведінкової та тілесно-орієнтованої терапії*, а також *психологічне консультування* [3, с. 86].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та тілесно-орієнтована терапія є ефективними методами для підтримки психологічного стану військовослужбовців, особливо тих, хто зазнав травматичного досвіду або постійного стресу. Основні елементи обох підходів мають на меті допомогти військовим краще розуміти, управляти і знижувати вплив травматичних переживань та відновлювати баланс між психічним і фізичним станом.

***Елементи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ)***

1. *Виявлення та оспорювання негативних думок*. КПТ допомагає виявляти деструктивні думки, які можуть призводити до тривоги, депресії або посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Військовослужбовці навчаються замінювати негативні когніції на більш реалістичні та позитивні переконання.
2. *Експозиційна терапія.* Метод, за яким людина поступово стикається зі своїми страхами у безпечному середовищі, що допомагає знижувати реакцію страху. Це особливо важливо для військовослужбовців, які пережили травматичні події.
3. *Розвиток навичок управління стресом.* Навчання технікам релаксації, медитації та дихальних вправ, щоб впоратися з тривожністю та стресом, характерними для професії військового.
4. *Планування активностей та підвищення життєвих цінностей.* Складання плану дій для залучення до соціальних та фізичних активностей, які мають значення для військовослужбовця. Це допомагає відновити відчуття контролю і задоволення від життя.
5. *Когнітивна реструктуризація*. Навчання вмінню змінювати негативні уявлення та переконання, які стосуються себе, інших людей та світу в цілому. Це допомагає військовим, які часто мають жорсткі та автоматичні переконання через бойові умови.

***Елементи тілесно-орієнтованої терапії***

1. *Релаксація тіла.* Методики глибокого дихання, прогресивної м'язової релаксації та інші техніки, які допомагають зняти фізичне напруження, спричинене стресом чи травмою.
2. *Присутність у тілі (body awareness).* Розвиток усвідомленості свого тіла, зокрема, як реагують різні частини тіла на певні думки чи емоції. Це сприяє підвищенню уваги до власних відчуттів та допомагає вчасно реагувати на ознаки стресу.
3. *Техніки заземлення (grounding techniques).* Дозволяють відчувати зв’язок із тілом і навколишнім середовищем, що допомагає повернути контроль над своїм станом у ситуаціях високого стресу.
4. *Тілесні вправи на звільнення від травми.* Наприклад, вправи для зняття напруги в м’язах, які накопичуються внаслідок бойового стресу. Це допомагає звільнити енергію та відчуття, які могли залишитись в тілі після пережитих травмуючих подій.
5. *Методи дихання для зниження тривожності.* Використання різних дихальних технік, щоб управляти емоційними реакціями та налаштувати нервову систему на спокійний стан. Це дуже корисно під час високих навантажень або після травматичних подій.

**Психологічне консультування** військовослужбовців має специфічні особливості, оскільки воно спрямоване на підтримку осіб, які пройшли через стресові ситуації, такі як бойові дії, розлука з сім’єю, втрати та фізичні чи психологічні травми.

**Етап психологічного супроводу** включає:

- регулярне спостереження з боку психолога за поведінкою та службовою діяльністю військовослужбовців, контроль за виконанням рекомендацій психолога;

- інструктаж, навчання найближчого соціального оточення військовослужбовця (командирів, товаришів по службі, членів сімей) необхідним особливостям поведінки щодо нього, способам і формам надання психологічної підтримки, та контроль за виконанням цих рекомендацій;

- проведення за необхідності додаткових психологічних консультацій.

Під час надання психологічної допомоги передбачаються як індивідуальна, так і групова *форми роботи* [3, с. 86].

**Методи** надання психологічної допомоги особового складу поділяються на:

1. Організаційні – планування, контроль за виконанням вимог, надання рекомендацій, підтримання сприятливих умов.

2. Емпіричні – включене та невключене спостереження, діагностування, спеціальні (соціометричні) дослідження, експертна оцінка, емоційно-вольова регуляція та саморегуляція, інформування, опитування, індивідуальна бесіда.

3. Опрацювання даних – аналіз отриманої інформації.

4. Інтерпретаційні – інтерпретація отриманих результатів [3, с. 86].

Періодичність заходів вказана орієнтовно, оскільки психологічна допомога особовому складу надається за потреби, у разі виявлення проблеми.

Перелік та зміст заходів психологічної корекції визначаються з урахуванням віку, психологічних особливостей особистості військовослужбовців (індивідуальних ресурсних можливостей), особистих психологічних труднощів, соціального оточення, мотивації та активності військовослужбовців.

*У разі підозри щодо наявності у військовослужбовця клінічних форм психічних відхилень та неможливості встановлення більш точного висновку психолог повинен рекомендувати командуванню військової частини (підрозділу) направити військовослужбовця до закладу охорони здоров’я на додаткове обстеження* [3, с. 87].

**Заходи, що проводяться психологом військової частини (підрозділу) під час перебування в пункті постійної дислокації:**

***1. Спостереження за особовим складом, проведення бесід, опитувань***.

Проведення психологом індивідуальних бесід з військовослужбовцями є важливою частиною роботи з підтримки їх психічного здоров’я та адаптації до військової служби.

*Індивідуальна бесіда* залежно від цілей використання може бути ознайомчою, діагностичною, експериментальною, профілактичною тощо.

Ці бесіди можуть проходити в комфортному середовищі, що дозволяє військовослужбовцям відчути себе в безпеці та відкрито говорити про свої переживання. Необхідно подбати, щоб бесіда проходила в спокійній і довірливій обстановці, без присутності сторонніх осіб і не переривалася.

Основним завданням бесіди психолога з військовослужбовцем є уточнення тих його особистісних психологічних характеристик, що були встановлені під час вивчення документів (Додаток Е).

Перед початком розмови слід чітко окреслити основну мету, продумати логіку формулювання запитань та ретельно ознайомитися з усією доступною інформацією.

Під час індивідуальної бесіди також звертається увага на зовнішній вигляд, особливості особистої поведінки, скутість (зайва розкутість) пози, немотивовані рухи руками й ногами, часте моргання, посмикування повік, закушування губ, почервоніння шкіри обличчя та шиї, підвищену пітливість, а також мотивацію, товариськість, вольові якості, що дозволяє спрогнозувати схильність до девіантної поведінки [3, с. 7].

Бесіда не повинна вилитися в просте опитування. Під час бесіди важливо забезпечити її природність і невимушеність. Питання мають бути легкими та зрозумілими, формулювати їх слід так, щоб вони сприяли плавному розвитку послідовної розповіді військовослужбовця про себе, свій життєвий досвід, складнощі проходження служби та виклики, з якими він зіткнувся чи очікує зіткнутися.

Наприкінці бесіди психолог може спільно з військовослужбовцем розробити план подальших дій, включаючи стратегії подолання стресу та підтримки психічного здоров’я.

Одночасно з вивченням документів та проведенням бесіди психолог проводить спостереження за новоприбулими військовослужбовцями.

*Спостереження включає* оцінку їх поведінки у різних ситуаціях службової діяльності.

Під час спостереження за військовослужбовцями особливу увагу слід звернути на характерні особливості поведінки: дратівливість, нестриманість, метушливість, театральність, демонстративність, відлюдькуватість.

Слід урахувати, що ці прояви можуть свідчити як про виразну наявність акцентуацій характеру й темпераменту, так і про певний рівень нервово-психічної нестійкості (НПН) військовослужбовця.

Методи вивчення документів, індивідуальної бесіди, спостереження та аналізу застосовуються психологом після прибуття військовослужбовців у військову частину (підрозділи) як в місцях постійної дислокації, так і в районі ведення бойових дій [3, с. 8].

Під час проведення вивчення військовослужбовців психолог повинен визначити (уточнити) їх загальну військово-професійну спрямованість на підставі з’ясування позицій.

*Спостереження та аналіз отриманої інформації щодо поведінки військовослужбовців у різних ситуаціях службової діяльності* [3, с. 8]

|  |
| --- |
| Загальна військово-професійна спрямованість |
| Позитивні дані | Негативні дані |
| Підвищений інтерес до військової справи в цілому, до окремих військових посад. Спроби вступу у військово-навчальні заклади. Виховувався в сім’ї з військовими традиціями, в сім’ї військовослужбовця. Підготовка у військово-патріотичних молодіжних та дитячих об’єднаннях.Підготовка за ВОС у громадських об’єднаннях та освітніх установах тощо. Розряд (звання) з військово-прикладного виду спорту, участь у змаганнях з військово-прикладних видів спорту, у воєнізованих іграх. Відмінні та добрі оцінки із шкільного предмету «Захист Вітчизни». Знання історії українського війська, військової техніки, інтерес до військово-історичної літератури. Активна участь у суспільному житті, визначеність життєвих цілей і планів. Наявність у характеристиках відомостей про високий рівень дисциплінованості, старанності, відповідального ставлення до дорученої справи тощо. | Спроби ухилення від призову (мобілізації), демонстративні заяви про небажання проходити військову службу, симуляція захворювання тощо. Наявність у характеристиках даних щодо схильності призовника до негативного впливу соціального оточення. Неодноразові порушення норм поведінки під час проведення вивчення (добору). Повна байдужість до власної долі (виявляється у висловлюваннях). Відсутність будь-яких реальних життєвих цілей, планів. Наявність у характеристиках даних щодо низької дисциплінованості і безвідповідальності, високої конфліктності тощо. Факти асоціальної поведінки (приводи в міліцію, бійки, порушення громадського порядку, поява в нетверезому вигляді в громадських місцях тощо). |

На основі вивчення документів, проведеної індивідуальної бесіди та спостереження психолог також виявляє військовослужбовців, які мають:

 - низький рівень інтелектуального та фізичного розвитку, військово-професійної спрямованості, стійкості до бойового стресу;

- схильність до розладів особистості;

- незадовільний рівень нервово-психічної стійкості;

- дезадаптаційні порушення;

- схильність до девіантної та делінквентної (такої, що відхиляється від норми) поведінки, до вживання спиртних, наркотичних та інших токсичних речовин;

- схильність до скоєння суїциду.

Таких військовослужбовців слід віднести до «групи посиленої психологічної уваги» (ГППУ). *До ГППУ також відносяться військовослужбовці*, які мають:

- сімейні негаразди (важка хвороба або смерть когось із близьких родичів, складні побутові умови проживання сім’ї, погані взаємини із батьками, дружиною (чоловіком) чи дівчиною (хлопцем) та інші складні сімейні обставини);

- проблеми зі здоров’ям (військовослужбовці, які перенесли травми голови, захворювання нервової системи, перебували на обліку в психоневрологічних диспансерах тощо);

- порушення поведінки кримінального характеру;

- лідерство у мікрогрупах негативного спрямування;

- конфлікт або несприйняття колективу (є об’єктами насмішок, словесних чи фізичних образ з боку товаришів по службі);

- конфлікт із командирами чи начальниками за результатами службової діяльності.

На підставі отриманих даних психолог заповнює соціальний паспорт військовослужбовця (Додаток Є).

***2. Проведення психологічного діагностування військовослужбовців для уточнення первинних висновків*** *(Додаток Ж)*.

***3. Аналіз отриманої інформації, інтерпретація результатів з плануванням подальших заходів психологічної допомоги та наданням рекомендацій керівному складу, у тому числі:***

- щодо запобігання додатковій психотравматизації військових, у яких виявлено гостру реакцію на стрес, ознаки БПТ, нервово-психічних розладів;

- щодо направлення військовослужбовців з виявленими ознаками БПТ або нервово-психічних розладів до відомчих закладів охорони здоров’я;

- щодо відновлення військово-професійної працездатності особового складу та запобігання розвитку в нього психічних розладів [3, с. 88].

***4. Проведення заходів психологічної допомоги із застосуванням елементів когнітивно-поведінкової та тілесно-орієнтованої терапії за виявленою у особового складу проблематикою із залученням до цього процесу активу підрозділу.***

Проведення заходів психологічної допомоги для військовослужбовців із використанням елементів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та тілесно-орієнтованої терапії (ТОТ) є важливим компонентом у відновленні та підтримці психологічного здоров'я. Особливо це актуально для військових, які зазнали травматичних подій чи перебувають у стані високого стресу.

*Основні елементи КПТ:*

Виявлення та зміна негативних уявних схем. Психолог працює з військовослужбовцями для виявлення автоматичних думок і переконань, які можуть викликати негативні емоції чи небажану поведінку.

Робота з емоціями та переконаннями. Застосування технік, що допомагають військовим навчитись розпізнавати та контролювати свої емоції, зменшуючи інтенсивність емоційного відгуку на стресові ситуації.

Навички подолання та планування поведінки. Участь у реальних чи уявних експозиціях, що сприяє розвитку здорових способів реагування на тригерні ситуації.

*Елементи тілесно-орієнтованої терапії:*

Техніки релаксації та дихальні вправи. Допомагають зменшити фізіологічну реакцію на стрес, що полегшує самопочуття і сприяє емоційній стабілізації.

Робота з тілесними блоками. Психолог може використовувати вправи для розслаблення м'язів і усвідомлення свого тіла, що сприяє звільненню від накопиченої фізичної напруги та знижує рівень тривоги.

Соматична інтеграція переживань. Практика усвідомлення і вивільнення тілесних відчуттів, пов'язаних з травматичними спогадами, дозволяє військовим краще адаптуватися до ситуацій, які викликають дискомфорт.

*Практична реалізація*. Психологи можуть організовувати групові чи індивідуальні заняття, поєднуючи обидва підходи. Під час цих сеансів створюється підтримуюче середовище, де військові можуть вільно висловлювати свої емоції і поступово адаптуватись до повсякденного життя після стресових переживань.

Такі заходи допомагають підвищити стійкість військовослужбовців, полегшують соціальну адаптацію та сприяють відновленню після травмуючих подій.

***5. Психологічне консультування військовослужбовців за запитом*** *(Додаток З).*

***6. Робота з сім’ями військовослужбовців, які потребують психологічної допомоги, спрямована на:***

- психологічну підтримку членів сімей;

- психологічне консультування з питань особливостей психологічного стану військовослужбовця;

- залучення їх до процесу надання психологічної допомоги військовослужбовцю [3, с. 88];

- забезпечення родини корисною інформацією щодо доступних соціальних і медичних ресурсів, які можуть сприяти відновленню та підтримці психічного здоров’я;

- сприяння поліпшенню взаєморозуміння в сім'ї, допомога в подоланні конфліктів та сприяння зміцненню родинних зв’язків;

- надання негайної психологічної підтримки в кризових ситуаціях, таких як повідомлення про поранення або загибель військовослужбовця, допомога в збереженні емоційної стабільності.

***7. Залучення співслужбовців з числа активу військової частини (підрозділу) до участі у процесі надання психологічної допомоги:***

- визначення рівня мотивації, морального стану та потреби в психологічній підтримці серед особового складу;

- виявлення лідерів серед військових, які мають довіру з боку товаришів по службі та готові взяти участь у цьому процесі;

- покладення на актив завдань зі спостереження за емоційним станом підрозділу та надання необхідної підтримки у випадках кризових ситуацій;

- проведення тренінгів для активу з базових навичок психологічної допомоги (активного слухання, надання моральної підтримки, вирішення конфліктів);

- проведення регулярних зустрічей для обговорення стану підрозділу та корекції завдань;

- постійний моніторинг результатів роботи активу з метою оцінки ефективності наданої допомоги.

***8. Взаємодія з командирами взводів (рот) з метою отримання (уточнення) інформації щодо психологічного стану військовослужбовців (метод експертного оцінювання).***

Метод експертного оцінювання допомагає отримати об’єктивні та надійні дані від командирів, які мають безпосередній контакт з підлеглими і можуть спостерігати за їхнім емоційним та психологічним станом у різних ситуаціях.

Для ефективного використання методу експертного оцінювання слід дотримуватися таких кроків:

1. ***Встановлення довірливого контакту з командирами****.* Спілкування має бути відкритим і спрямованим на співпрацю, щоб командири були готові надавати об'єктивну інформацію.
2. ***Формування списку запитань чи критеріїв для оцінювання***. Запитання мають охоплювати різні аспекти психологічного стану, як-от емоційна стабільність, стресостійкість, соціальна адаптація, поведінкові прояви тощо.
3. ***Проведення інтерв'ю чи опитувань****.* Це може бути індивідуальне опитування командирів або заповнення спеціальних анкет, які дозволяють систематизувати зібрану інформацію.
4. ***Аналіз отриманих даних****.*На основі отриманої інформації психологічний стан оцінюється та формуються висновки, які дозволяють виявити військовослужбовців, які потребують додаткової психологічної підтримки.
5. ***Надання рекомендацій командирам****.* Результати оцінки повинні бути обговорені з командирами, щоб вони могли здійснити відповідні заходи для підтримки своїх підлеглих.

Метод експертного оцінювання, побудований на співпраці з командирами, дозволяє своєчасно виявляти ризики психологічного характеру та приймати ефективні рішення для забезпечення психологічного благополуччя військовослужбовців.

***9. Аналіз наявної інформації та прийняття відповідних рішень:***

- планування та уточнення подальших заходів;

- надання рекомендацій керівному складу військового підрозділу.

**4.2. Охорона психічного здоров’я в умовах бойових дій**

Через велику кількість стресових факторів на полі бою, не дивно, що значна частина військових, провівши певний час у зоні бойових дій, починає страждати від бойового стресу. Цей стан часто стає настільки важким, що перебування на передовій стає для них нестерпним, і їх доводиться відправляти в тил для реабілітації. Однак повернення до своїх підрозділів після такого відновлення трапляється нечасто. Подібна проблема була помічена ще під час Першої та Другої світових воєн. У той час її намагалися пояснити як прояв непокори солдатів, але згодом визнали, що це явище є результатом "бойової втоми", спричиненої виснаженням і постійним бойовим напруженням. Після Другої світової війни стало очевидно, що кількість так званих психічних втрат у деяких випадках дорівнює або навіть перевищує кількість загиблих на війні. Наприклад, під час Корейської війни загинуло 33 629 американських військових, тоді як понад 48 000 стали жертвами психічних розладів. У В’єтнамській війні втрати через бойові дії склали близько 16%, тоді як 12,6% військових вибули зі строю через психічні причини. У війні «Судного дня» (1973) Ізраїль зазнав психічних втрат, що становили 30% від загальної кількості військовослужбовців. Ці факти засвідчили необхідність перегляду підходів до розуміння, профілактики та лікування психічних розладів, пов’язаних із війною [18, с. 86].

У цьому розділи ми проаналізуємо удосконалення психологічної допомоги солдатам ЗС США під час операції «Іракська свобода» (OIF) 05-07 та досвід ізраїльських військових психологів.

З трансформацією ведення бойових дій змінилися й принципи надання медичної та психологічної допомоги. Медичні працівники надавали психологічну підтримку солдатам як і раніше, однак їхні завдання розвивалися, що стало поштовхом до удосконалення колишніх методів, втілення нових місій і зосередження особливої уваги на збір даних. Завдяки перебуванню в Іраку упродовж трьох років і застосуванню широких можливостей комп’ютеризованих технологій, система охорони психічного здоров’я військовослужбовців ЗС США у зоні бойових дій піднялася до небаченого раніше рівня досконалості [24, с. 225].

Протягом операції OIF  05-07  суттєво *покращилися умови проживання та роботи*. Під час OIF-I солдати (зокрема й фахівці з охорони психічного здоров’я) жили та працювали за межами наметів більшість часу, використовуючи біотуалети, імпровізовані душові й отримуючи сухпайки. Поліпшення умов почалося вже перед завершенням ротації OIF-I. Із кожною новою ротацією впроваджувалися нові покращення [24, с. 226]. Безсумнівно, ці позитивні зміни сприяли зниженню рівня стресу як у військовослужбовців, так і у медичного персоналу, який забезпечує психологічну підтримку.

Фахівці з охорони психічного здоров’я 30-ї медичної бригади (TF  30  Med) зазначили у  своїх спостереженнях, що підпорядковані підрозділи повідомляли про більшу кількість пацієнтів із психіатричними проблемами, аніж передбачалося доктриною контролю бойового оперативного стресу (COSC). Причини зростання не зрозумілі. Серед можливих пояснень – *покращення процедур звітування з робочого навантаження*, зростання кількості військовослужбовців у групі ризику або числа солдатів, задіяних в операції, які приймали психотропні препарати. Також серед імовірних причин – більша готовність медичних працівників застосовувати медикаментозне лікування бойового стресу. Унаслідок цього пацієнт, який за звичайних обставин звернувся б із приводу бойового стресу, почав звертатися через психіатричні проблеми. Медичні працівники з більшою готовністю призначали *медикаментозне лікування*, оскільки умови проживання були стабільніші, а з цим зросли і можливості ведення спостереження за пацієнтами: солдатів не потрібно було відправляти з зони бойових дій для отримання лікування [24, с. 226-227].

Багато з послуг під час операції OIF 05-07 надавалися на клінічному рівні. (Однією з переваг тривалішого конфлікту є  *покращення робочих умов*). Упродовж OIF-I нормою були намети. Під час операції OIF 05-07 намети були замінені спорудами. Надання допомоги в  спорудах замість наметів, де живуть солдати, створювало відчуття того, що послуги отримуються в  клініці. Крім того, більшість підрозділів із контролю бойового стресу (CSC – combat stress control) розміщували свої групи в польових госпіталях (ПГ) [24, с. 227].

Перед початком операції OIF 05-07 *спеціалісти з охорони психічного здоров'я вже мали базові навички роботи в умовах бойових дій* і почали розширювати свої обов'язки, включаючи експертні та адміністративні психіатричні послуги, які раніше не були інтегровані до військової психіатрії.

Встановлена під час операції OIF 05-07 *психологічна клініка сприяла* *вирішенню проблем з матеріально-технічним забезпеченням*, що існували на початкових етапах конфлікту. Одним із найбільш значних покращень стало *запровадження фармакологічного довідника*, який включав розширений перелік антидепресантів і стимулянтів – основних препаратів, потрібних у роботі медичних працівників під час операції OIF-I [45].

Іншим покращенням, досягнутим у  районі бойових дій, було *зростання доступності та використання Інтерактивного навчального інструменту*  – Комплексної системи охорони здоров’я (CHCS-ITT – Composite Health Care SystemInteractive Training Tool), військової електронної медичної картки [24, с. 228]. Ця система значно підвищила безперервність медичної допомоги між зоною бойових дій в Іраку та медичними установами, де солдати проходили лікування, і знизила основний ризик, пов'язаний із паперовою документацією, – її втрату чи неправильне розміщення.

Ще одним наслідком удосконалення комунікації, особливо *впровадження відправки електронної пошти* до США у  FOB, була можливість спрощення дизайну MHAT  IV. Замість поїздок команди дослідників у район бойових дій і на бази передового розгортання для проведення опитувань, перелік питань можна було швидко надсилати електронною поштою до зони бойових дій. Опісля того їх передавали фахівцям із охорони психічного здоров’я у FOB, де базувалися підрозділи-учасники. Опитування проводилися фахівцями з охорони психічного здоров’я кожного підрозділу та відправлялися назад на адресу начальника медичної служби MNF-I, де була база MHAT IV [24, с. 229]. Цей новий підхід зменшив потребу в дослідниках у зоні бойових дій, дозволивши зосередити увагу на аналізі даних замість проведення опитувань. Хоча це й розширило спектр завдань фахівців з охорони психічного здоров'я в зоні конфлікту, підрозділи отримали можливість співпрацювати зі своїм медичним персоналом, а не з командою сторонніх осіб.

Довготривалий термін багаторазової участі у військовій операції мав негативний психологічний вплив не тільки на солдатів, а і на фахівців із охорони психічного здоров’я, особливо якщо між повторними завданнями минало мало часу. Сама сутність надання допомоги з COSC у районі бойових дій передбачає, що медичний працівник не раз зазнає стресу та чує трагічні історії від солдатів. Двадцять один відсоток медичних працівників у межах операції OIF  05-07 повідомили про великі чи дуже великі рівні «вигоряння» [46].

*Альтернативна стратегія*, що значно вплинула на завдання охорони психічного здоров'я під час операції OIF 05-07, була офіційно затверджена 1 червня 2006 року, коли Армія США переглянула процедури перевірки на вживання наркотиків серед військових. Ключові зміни полягали в *розширенні обов'язків медичного персоналу розгорнутих підрозділів* [47]. З цього моменту послуги офіцера медичного огляду (MRO) мали бути доступними під час проведення бойових операцій. MRO  – це лікар, відповідальний за визначення, чи є позитивний результат аналізу сечі на опіати, барбітурати, стероїди чи стимулятори наслідком законного призначення або незаконного вживання, став обов’язковою частиною процесу [47]. Окрім основних обов'язків MRO, нова політика контролю за вживанням наркотиків також вплинула на роботу фахівців із психічного здоров’я. Вони почали виявляти більше випадків зловживання психоактивними речовинами серед військових у зоні бойових дій.

Покращення умов на театрі воєнних дій ТВД забезпечувало можливості *стандартизації методик і процедур*, а також контролю якості. Виникали певні труднощі, здебільшого в процесі здійснення COSC, включаючи ротацію в  межах операції OIF. Розглядалися такі аспекти, як документальна реєстрація звернень пацієнтів, вимірювання робочого навантаження, евакуація солдата та навіть тлумачення доктрини COSC. Стандартизація ускладнювалась, коли медичний персонал мав різний рівень підготовки з COSC і різні рівні індивідуального комфорту з погляду профілактики та сфери COSC [24, с. 233].

Щодо документації. Одним із основних принципів в основі COSC є підтримка доклінічного підходу при роботі з солдатами, в яких виникли реакції на бойовий та оперативний стрес (COSR  — combat and operational stress reaction)  [49]. *Допомога солдату*, який бере участь у  програмі відновлення через COSR, *контролюється з моменту першого контакту та до того моменту, як він завершить участь в програмі*. Вона передбачає COSC і психіатричну допомогу, реакцію солдата та стислий огляд наданої допомоги COSC. Ці записи (файл) зберігають окремо від амбулаторної картки пацієнта або медичної картки перед участю в бойових діях та в безпечному місці. Як передбачено Положенням про адміністрування пацієнтів та біостатистичну діяльність, цей файл має зберігатися в підрозділі CSC протягом 5 років і має бути знищений у грудні п’ятого року [50]. В офіційну документаціювійськовослужбовця вносяться лише дати та підрозділ CSC, який надавав послуги.

У межах операції OIF 05-07 була *створена нова база даних* – Система стеження за кількістю психічних порушень для OIF (MHCTO – Mental Health Casualty Tracker for OIF). У цій системі використовували шість джерел інформації: 1)  щоденний статистичний звіт стаціонару для ТВД; 2)  щоденний статистичний звіт стаціонару для гарнізону; 3) систему регулювання транспортного командування та контролю й управління системи евакуації; 4) додаток «Спільне стеження за пацієнтами»; 5)  вимоги до управління важливими розвідувальними даними; 6)  звіт про втрати в особовому складі MNC-I [24, с. 235]. Об'єднання цих окремих джерел інформації в єдину базу даних дозволило відстежувати всі випадки госпіталізації через психічні розлади в зоні бойових дій, медичну евакуацію повітрям з амбулаторій і стаціонарів, а також завершені самогубства та спроби самогубств, що спричинили госпіталізацію або повітряну евакуацію. Усі записи велися в електронному вигляді та мали бути прочитані для заповнення даних, що забезпечувало високу якість організації медичних евакуацій повітрям.

Перед початком операції OIF 05-07 електронні системи комунікації були значно вдосконалені, що дозволило широко поширювати інформацію. З'явилася можливість передавати методики через командні канали кожному медичному працівнику. Керівник професійних послуг бригади TF 30 Med регулярно організовував телеконференції, на які запрошували заступників начальників з клінічної допомоги з усіх медичних підрозділів та багатофункціональних медичних бригад, а також начальників медичних служб дивізій. Консультант з питань психічного здоров’я поширював *нові методики по всій зоні бойових дій*, що сприяло активному обговоренню їх впровадження.

Одна з цих методик була ініційована під час операції OIF  05-07 та передбачала інструкції з призначення психотропних препаратів на ТВД. Ці інструкції містили приписи до виконання декількох завдань. По-перше, вони встановлювали стандарт, з яким вже мали бути ознайомлені більшість психіатрів, проте не мали бути ознайомлені медпрацівники, які надавали першу медичну допомогу. По-друге, в  них чітко вказувалося, що психіатри й окремі практикуючі психіатри вищої категорії були єдиними медичними працівниками, уповноваженими призначати психотропні препарати. Крім того, в інструкціях містилася інформація для командирів, які регулярно цікавилися в медичних працівників, хто саме з солдатів вживав психотропні препарати. Разом із тим панувала викривлена думка про те, що прийом антидепресантів призводить до небоєготовності солдата. (Також, як показує досвід, багато солдатів повідомляли про підвищення боєготовності, щойно їм вдавалось опанувати симптоми депресії чи тривоги завдяки медикаментозному лікуванню) [24, с. 236].

Іншим способом підтримки підпорядкованих підрозділів у забезпеченні якісної допомоги були *візити допомоги персоналу* (SAV – staff assistance visit). Бригада TF 30 Med організовувала SAV для збору інформації з перших рук про «передові практики», надання рекомендацій за необхідності та відповідей на питання. Такі відвідини сприяли знайомству з персоналом, який здійснював контроль бойового стресу і COSC-фахівцями з охорони психічного здоров’я. Візити не носили карального характеру, а були спрямовані на надання підтримки та забезпечення відповідності встановленим стандартам, описаним у методиках і процедурах TF 30 Med.

Було *запроваджено єдиний стандарт аналізу психіатричних амбулаторних карт у зоні бойових дій*. Тривалість підготовки психологів збільшили до двох років, щоб уникнути направлення недостатньо кваліфікованих фахівців у зону бойових дій.

*Якість інформації*, *що надається ЗМІ*, дуже важлива та може суттєво впливати на виконання бойового завдання військовослужбовцями. Тому консультанти з COSC та охорони психічного здоров’я бригади TF  30  Med тісно співпрацювали з оперативною групою для розробки політики управління зі зв’язків із громадськістю стосовно операцій COSC на ТВД. Це забезпечило захист військовослужбовців і надало рекомендації для медичних працівників щодо надання інформації пресі [24, с. 237].

Під час операції OIF 05-07 інтерес до воєнної етики значно зріс через масове вбивство морськими піхотинцями 24  іракських цивільних у Хадиті. Це вбивство стало складною подією для ЗМІ. Після цього всі наступні випадки порушень військової дисципліни порівнювалися з цією подією. Командир MNF-I залучив групу MHAT-IV для проведення дослідження воєнної етики. Група здійснила опитування та організувала обговорення у фокус-групах. У фінальному звіті було викладено *правила поведінки в умовах бойових дій та запропоновано рекомендації щодо етичної підготовки*.

Рекомендації передбачали впровадження принципів військової етики під час проведення всіх психіатричних консультацій і занять з контролю над гнівом, особливо в умовах бойових дій [46]. Ці рекомендації суттєво могли розширити коло обов’язків медичного персоналу в зоні бойових дій [24, с. 239].

Важливий прорив у підході до лікування бойового стресу зробили ізраїльські військові психологи. Замість традиційної практики евакуації солдатів із гострими проявами бойового стресу до тилових медичних закладів для класичного психіатричного лікування, ізраїльтяни застосували нову методику. Військових тимчасово відводили з передової на день-два, де забезпечували їм відпочинок та можливість «вентиляції» — відкритої розмови з психологом про пережитий травматичний досвід. Потім організовували зустрічі з командиром і побратимами, які підтримували бійця через дружні бесіди. Після цього військові поверталися до своїх підрозділів. Завдяки такому підходу понад 85% солдатів відновлювали боєздатність. До того ж, у них не фіксували підвищеного ризику повторного психологічного зриву навіть за умов подальших стресових ситуацій на лінії бойового зіткнення.

Ізраїльські військові психологи визначили шість основних принципів пом'якшення наслідків та відновлення після бойового стресу (1991) [18, с. 87]:

1. ***Надання психологічної допомоги на ранніх етапах.*** Швидке виявлення та початок реабілітації після бойового стресу значно знижують ризик розвитку симптомів та сприяють легшому поверненню військового до його підрозділу.
2. ***Максимальне наближення психологічної допомоги до фронту.*** Організація допомоги на відстані лише 1-2 км від лінії фронту дає військовим розуміння, що їхній стан не є важким чи невиліковним, і підкреслює очікування їхнього повернення до бойових дій. Ефективність такого підходу була підтверджена ще під час Другої світової війни, зокрема в досвіді американських військових у Північній Африці та Італії (Гласс, 1973).
3. ***Зміцнення довіри та підтримки.*** Ключову роль у психологічній стійкості військового відіграють згуртованість підрозділу, довіра до командирів та підтримка з боку суспільства. Єдність і командна взаємодія допомагають бійцям долати труднощі та адаптуватися до умов поля бою.
4. ***Сприяти емоційній розрядці (абреакції).*** Замість радити людині, яка пережила травматичний досвід, забути про нього або витіснити зі свідомості, важливо заохочувати до відкритого обговорення своїх переживань. Розповіді про свій досвід, емоції та реакції допомагають знизити психологічну напругу, що підтверджується народною мудрістю: «Поділись і тобі стане легше».
5. ***Запобігати ролі хворого.*** Уникнення ситуацій, які можуть викликати відчуття безпорадності у військових під час гострого стресу, є надзвичайно важливим. Наприклад, не варто без нагальної потреби направляти таких військових до лікарні, адже «навіть найбільш здорові, опинившись у лікарняному середовищі, можуть почати почувати себе хворими». Це дозволяє зберегти бойовий дух і впевненість у власних силах.

Вчасне та ефективне зменшення та усунення наслідків бойового стресу значно допомагає в профілактиці подальшого розвитку посттравматичного стресового розладу.

Проаналізувавши особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям ЗС США та Ізраїлю можна зробити висновок:

* 1. обидві армії наголошують на важливості ранньої діагностики та психологічного супроводу військових як у зоні бойових дій, так і після повернення додому;
	2. у ЗС США більше акцентують увагу на мобільних групах та реабілітації ветеранів, тоді як ізраїльські психологи зосереджуються на інтеграції допомоги безпосередньо у військових підрозділах та швидкому реагуванні;
	3. обидві моделі демонструють ефективність, але в ізраїльській системі відзначається вищий рівень адаптації до тривалих бойових конфліктів;
	4. цей досвід став основою для розробки ефективних програм психологічної підтримки військовослужбовців ЗС України під час російсько-української війни.

**4.3 Психологічна реабілітація демобілізованих військовослужбовців**

Військовослужбовці під час війни стикаються з численними стресорами, серед яких не лише бойовий стрес, але й втрата побратимів, поранення, присутність родичів на окупованих територіях, втрата житла, вимушене переселення сім'ї та соціальні втрати (наприклад, час та професійні можливості). Це веде до збільшення випадків негативних психічних станів серед особового складу ЗС України. Війна на виснаження є викликом для суспільства та перевіркою його здатності, в тому числі й психологічної, підтримувати військових, які борються за майбутнє країни.

За оцінками експертів, в світі сьогодні живе близько 30 мільйонів військових ветеранів. З огляду на важкий військовий досвід: поранення, інвалідність полон, дію військових стресорів, – багато з них потребують окремої медичної та психосоціальної допомоги протягом багатьох років після війни. Одужання реабілітацію та ресоціалізацію військових ветеранів додатково ускладнює їх перехід до цивільного життя [18, с. 102].

Окрім неймовірного болю і страждань, війна формує нові ролі, обов’язки та правила поведінки, пробуджуючи раніше невідомі або приховані людські пориви. Вона створює міцні дружні зв’язки між тими, хто за інших обставин, можливо, ніколи б не зустрівся. Вчорашній таксист, фермер чи університетський викладач стають командирами, беручи на себе відповідальність за життя інших у смертельно небезпечних умовах. У свою чергу, професійні військові й офіцери, виходячи за межі звичного життя казарм, стикаються з жорстокими реаліями війни, які раніше знали лише з навчальних матеріалів. Замість правил ввічливості приходять військовий сленг і ритуали, а соціальні відмінності у віці, освіті чи статусі відступають перед чіткою структурою військових звань і обов’язків. Жорстокі жарти, стрімкі емоційні сплески та грубий чорний гумор для багатьох стають найефективнішими способами зняття напруги та короткими моментами перепочинку, адже вже в наступну мить вони можуть опинитися в небезпечній чи навіть смертельній ситуації. Військові реалії вимагають миттєвих і рішучих дій, оскільки події розгортаються дуже швидко, а нерішучість чи затримка можуть призвести до фатальних наслідків. У таких умовах правило «спочатку дій, а потім аналізуй» стає життєво важливим. З часом постійне використання зброї формує у військових відчуття впевненості у своїх силах, контролю над ситуацією та могутності. Бойовий досвід вирішення конфліктів за допомогою сили може почати сприйматися як цілком прийнятний варіант навіть тими, хто у мирному житті був сором’язливим, неконфліктним чи відлюдькуватим.

У контексті таких глибоких змін не дивно, що адаптація до мирного життя стає важким випробуванням для багатьох військових. Моделі поведінки та мислення, сформовані під час війни, не можуть змінитися миттєво, навіть якщо самі ветерани розуміють, що ці навички в мирному середовищі є малоефективними. Додатково ситуацію ускладнює те, що цивільні часто не виявляють інтересу до фронтових історій: їхня початкова зацікавленість швидко поступається місцем повсякденним турботам. Це породжує взаємне нерозуміння та розчарування. Цивільні не завжди усвідомлюють потребу ветеранів у увазі, підтримці та визнанні їхніх заслуг, а ветерани, своєю чергою, можуть забувати, що під час війни й цивільне населення нерідко робило жертовні вчинки та проходило через власні складнощі й випробування.

У періоді після повернення військовослужбовців із зони бойових дій в мирне життя можна виділити три етапи [12, с.79]:

1) перший етап – *ейфорія* (два-три місяці) – почуття гордості і впевненості в собі, очікування соціальних реакцій;

2) другий етап – *період неадекватного реагування* (до трьох-чотирьох років) – виникає внаслідок нереалізованості очікуваних реакцій від суспільства, негативного і байдужого ставлення;

3) третій етап – *період адаптації до життя в суспільстві*.

Найнебезпечнішим для учасників бойових дій вважається період, який настає відразу після повернення додому. У цей період значно підвищується ймовірність суїцидальних спроб, тому особливо важливою стає постійна підтримка з боку близьких. Через три роки після повернення завершується початковий етап адаптації [12, с. 79].

Повернення до сім’ї, хоча й є радісною подією, часто стає додатковим джерелом стресу для військового ветерана. Життя вдома за час його відсутності змінилося: діти підросли, батьки постаріли, а шлюбний партнер чи партнерка взяли на себе нові обов’язки та ролі. Якщо родина перебувала поблизу зони бойових дій, на окупованій території чи у вимушеній міграції, вона також могла зазнати серйозних травматичних переживань. Такі обставини часто призводять до зростання напруження і конфліктів у сім’ї. Відсутність взаєморозуміння, нерозділені емоційні переживання та складнощі адаптації можуть стати причиною сімейного насильства чи навіть розлучень.

Часто буває, що військовослужбовці уникають психологічної допомоги, навіть якщо родичі чи друзі наполегливо рекомендують її отримати. Це дуже делікатна ситуація, яка вимагає зовнішньої підтримки. Можливо, родичам варто самостійно звернутися до психолога, щоб пояснити обставини та попросити професійної поради.

Тому одним із ключових аспектів консультування військовослужбовців та їхніх родин має бути поступова робота, спрямована на усвідомлення впливу бойових реалій на життя у мирному середовищі. Важливо допомогти зрозуміти, як отримані під час служби знання, навички та досвід можуть бути адаптовані для успішного використання у цивільному житті.

Ефективність консультування учасників бойових дій значною мірою залежить від здатності консультанта правильно підібрати інструменти, форми і методи роботи, враховуючи специфіку різних груп військовослужбовців та їхні індивідуальні особливості (Додаток И).

Психолог, який консультує, повинен [11, с. 102]:

1) зрозуміти характер професійної діяльності;

2) визначити бажаний результат;

3) проаналізувати особливості ситуації та коло проблем, вирішенню яких треба сприяти.

Крім того, психологічна робота з даним контингентом вимагає наявності низки компетенцій [11, с. 102-103]:

1. знати діагностичні критерії розладів адоптації;
2. розрізняти гострий розлад, хронічний розлад адаптації та посттравматичний стресовий розлад;
3. відрізняти норму від психопатології;
4. знати, до яких фахівців перенаправити в разі необхідності;
5. знати критерії суїцидальної поведінки;
6. розрізняти види агресії: приховану та відкриту, спрямовану на людей, на ситуацію та ауто агресію;
7. розпізнавати ознаки безпечної та небезпечної поведінки клієнта;
8. вміти побудувати безпечні стосунки з людиною, що має розлад адаптації;
9. сприяти стабілізації емоційного стану клієнта;
10. володіти здатністю витримувати агресивні прояви та інші сильні емоції, якщо вони не становлять реальної загрози.

Отже, робота з військовослужбовцями вимагає від цивільного психолога глибокої теоретичної бази, широкого спектру професійних навичок і компетенцій, а також вмілого та комплексного застосування психологічних методів у специфічних умовах військової сфери.

В останні роки в нашій країні активно розвиваються групи підтримки. Військовослужбовці, які повернулися до мирного життя, а також їхні родини – дружини, чоловіки, батьки та діти – можуть знайти підтримку в колі людей, що переживають схожі емоції та труднощі. У рамках такої дружньої реабілітації психологічну допомогу надають не лише професіонали, а й колишні військові або члени родин військовослужбовців. Це особливо важливо, адже військові часто відмовляються звертатися до психологів, і підтримка від тих, хто поділяє їхній досвід, може стати незамінною допомогою.

На сьогоднішній день Кабінет Міністрів України удосконалив механізм надання послуг із психологічної допомоги другого та третього рівнів, встановлений Порядком та умовами надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб (постанова КМУ від 29.11.2022 № 1338).

Відтепер державні органи та центральні органи виконавчої влади, які мають у своєму підпорядкуванні військові формування та правоохоронні органи, зможуть самостійно затверджувати порядки направлення осіб, які проходять службу у їх складі, для отримання послуг із психологічної допомоги [36].

Це дозволить забезпечити оперативний і безкоштовний доступ діючих військовослужбовців до кваліфікованої психологічної допомоги, спрямованої на подолання наслідків стресу, підвищення рівня стресостійкості, а також профілактику розвитку та загострення психічних розладів.

Також з’явилася можливість перевірити свій психологічний стан через діагностичну систему MARTA: https://marta.mva.gov.ua. Діагностична система схвалена Мережею Травматичного Стресу Європейського Коледжу Нейропсихофармакології та Всеукраїнською Асоціацією Психосоматичної Медицини. Проєкт надає користувачам можливість самостійно оцінити стан свого психічного здоров’я та отримати персоналізовані рекомендації для його покращення. На сайті розміщені практичні поради щодо поліпшення якості сну, зниження рівня тривоги та інших аспектів психологічного благополуччя. Цей інструмент був створений Міністерством у справах ветеранів спеціально для підтримки ветеранської спільноти [36].

**4.4. Оцінка ефективності психологічної допомоги**

Ефективність службової та бойової діяльності значною мірою визначається наявністю якісної системи психологічного забезпечення. Вона охоплює професійно-психологічний відбір для військової служби, розвиток психологічної стійкості та готовності до виконання бойових завдань, моніторинг бойового та службового стресу, а також надання психологічної підтримки та реабілітації в процесі відновлення боєздатності.

Ефективність психологічної допомоги військовослужбовцям оцінюється через їхню здатність виконувати службові обов’язки.

При цьому щодо особового складу військової частини (підрозділу. групи, команди, окремого військовослужбовця) психолог проводить наступні заходи [3, с. 98]:

- визначення оцінки стану психофізіологічної спроможності й готовності виконувати службові обов’язки;

- надання рекомендацій щодо підтримання стану психофізіологічної спроможності й готовності виконувати службові обов’язки на досягнутому рівні;

- визначення програми заходів (надання рекомендацій) щодо запобігання можливому розвитку психічних розладів.

При оцінці результативності допомоги враховуються індивідуальні характеристики військовослужбовців, зокрема їхній вік, психологічні особливості, соціальне середовище, мотиваційні чинники та рівень активності.

Оцінка ефективності психологічної допомоги *демобілізованим* військовослужбовцям включає аналіз змін у їхньому психоемоційному стані, адаптаційних можливостях та загальній якості життя після проходження терапії. Для цього використовуються кількісні та якісні методи оцінювання.

***Основні критерії оцінки***

1. *Зменшення симптомів психічних розладів:* зниження проявів тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших розладів.
2. *Поліпшення адаптаційних здібностей:* відновлення навичок соціальної взаємодії, здатність до ефективного функціонування у мирному житті.
3. *Покращення фізичного здоров'я:* зменшення соматичних проявів стресу, таких як безсоння, головний біль або проблеми з травленням.
4. *Підвищення суб’єктивного рівня благополуччя:* зростання задоволеності життям, відчуття емоційної стабільності.
5. *Зміцнення міжособистісних стосунків:* поліпшення відносин із сім'єю, друзями та колегами.

### *****Методи оцінки ефективності*****

|  |  |
| --- | --- |
| **Кількісні методи** | **Якісні методи** |
| **Психодіагностичне тестування:**- шкала тривоги та депресії (HADS);- опитувальник для оцінки ПТСР (PCL-5);- шкала якості життя (WHOQOL-BREF) | **Глибинні інтерв’ю:**- збір відгуків військових про їхній психоемоційний стан та оцінка змін у сприйнятті життєвих ситуацій |
| **Порівняння до та після тестових результатів:**- вимірювання рівня тривоги, депресії чи інших показників до та після проходження терапії | **Спостереження:**- аналіз поведінкових змін під час індивідуальних або групових занять |
| **Моніторинг фізіологічних показників:**- вимірювання частоти серцевих скорочень, рівня кортизолу, електроенцефалографії для об’єктивної оцінки реакції на стрес | **Зворотний зв'язок від сімей:**- оцінка змін у поведінці, настрої та соціальній взаємодії військових |

***Показники успішності психологічної допомоги***

1. Зниження рівня тривожності та депресивних проявів щонайменше на 50% від початкового рівня.
2. Покращення соціальної адаптації: повернення до роботи, активна участь у громадському житті.
3. Відсутність потреби у повторних госпіталізаціях через психоемоційні порушення.
4. Зростання суб’єктивного відчуття спокою та впевненості в собі.
5. Відновлення конструктивної взаємодії з членами родини.

***Довгострокове спостереження***

1. Регулярний моніторинг стану військових через 3, 6 та 12 місяців після завершення програми.
2. Аналіз динаміки адаптаційного процесу та необхідності додаткової підтримки.

Комплексна оцінка ефективності психологічної допомоги дозволяє вчасно коригувати методики терапії та розробляти індивідуальні програми підтримки, спрямовані на максимальну адаптацію військових до мирного життя.

**висновки до розділу 4**

* 1. У останньому розділі проаналізовано різноманітні методи надання психологічної підтримки особовому складу військового підрозділу під час перебування в пункті постійної дислокації, зокрема індивідуальні бесіди, спостереження, аналіз ситуацій, психологічне діагностування тощо. Ці заходи сприяють розвитку психологічної стійкості військовослужбовців, полегшують їх соціальну адаптацію та підтримують процес відновлення після пережитих стресових ситуацій.
	2. Розглянуто вдосконалення підходів до надання психологічної допомоги військовослужбовцям ЗС США під час операції «Іракська свобода» (OIF) 05-07, а також проаналізовано практичний досвід ізраїльських військових психологів у цій сфері. Цей досвід ліг в основу створення дієвих програм психологічної підтримки для військовослужбовців ЗС України в умовах російсько-української війни.
	3. Проаналізовано ключові критерії для оцінки ефективності надання психологічної допомоги. Комплексний підхід до оцінювання результативності дозволяє оперативно вдосконалювати методики терапії та створювати індивідуальні програми підтримки, спрямовані на ефективну адаптацію військовослужбовців до умов мирного життя.
	4. Насамперед важливо підкреслити, що в Україні соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців гарантується державою та надається безкоштовно, що забезпечує доступність цієї допомоги для кожного, хто її потребує. Для отримання підтримки існують різні варіанти: звернення до сімейного лікаря для скерування, самостійний візит до психотерапевта, звернення до спеціалізованих реабілітаційних центрів або отримання допомоги безпосередньо в госпіталі, якщо військовослужбовець проходить лікування після фізичних травм.

**ВИСНОВКИ**

На основі теоретичного аналізу наукової літератури та емпіричного дослідження щодо надання психологічної допомоги учасникам бойових дій можна зробити наступні **висновки**:

1. Психологічна допомога охоплює комплекс профілактичних, лікувальних і евакуаційних заходів, спрямованих на збереження психічного здоров’я військовослужбовців, що є запорукою їхньої боєздатності.
2. Якісна військова, фізична та психологічна підготовка, поінформованість, довіра до командира, а також високий рівень згуртованості й наявність попереднього бойового досвіду суттєво знижують вплив тривоги, страху та паніки в умовах бою. Тому процес навчання та психологічної підготовки військовослужбовців, спрямований на зміцнення їхньої психологічної стійкості та загальної бойової готовності, є набагато ефективнішим інструментом для профілактики негативних емоційних станів, ніж екстрене втручання безпосередньо перед бойовими діями або під час них.
3. Аналізуючи різні наукові підходи до класифікації видів і напрямів психологічної допомоги, можна виділити основні форми надання допомоги психотравмованим військовим за рівнями:

а) екстрена та оперативна психологічна допомога (на рівні взводу, роти), що включає психологічну підтримку та корекцію;

б) допомога на рівні батальйону чи бригади, яка включає психологічну підтримку, корекцію, консультування, реабілітацію та психотерапію;

в) допомога на рівні госпіталю або санаторію, що охоплює психологічне консультування, психодіагностику, корекцію, реабілітацію, психотерапію, профілактику та розвиток.

4. Експерти розрізняють два основні напрями роботи органів військового управління. *Перший напрям* включає виховну діяльність командирів на всіх рівнях, а також їх організаторську роботу зі створення умов у військових підрозділах, які допомагають уникати проявів нервово-психологічної нестабільності та кризових станів серед військовослужбовців. *Другий напрям* охоплює спеціальний психологічний вплив, який здійснює психолог військової частини. Цей напрям включає різноманітні методики та процедури, що поєднуються у різні форми психологічної допомоги.

5. Для забезпечення ефективної психологічної допомоги необхідна тісна співпраця між психологами, командирами військових частин і медичним персоналом. Додатково варто впроваджувати постійний моніторинг психічного стану військовослужбовців, зокрема за допомогою скринінгових тестів.

6. Психічні розлади, що виникають через стрес під час військових конфліктів, стають значними внутрішніми перешкодами на шляху до адаптації людини до мирного життя після війни. На цьому етапі вкрай важливо використовувати ефективні моделі психологічної допомоги, методи консультування, психокорекції та психотерапії. Одним із важливих завдань консультування військовослужбовців та їхніх родин є поетапна робота, спрямована на усвідомлення впливу досвіду бойових дій на життя в мирному середовищі. Необхідно сприяти розумінню того, як набутий під час служби досвід, знання та навички можуть бути ефективно інтегровані та використані для досягнення успіху в цивільному житті.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
2. Алещенко В.І. Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Психологія. Т. 20. Вип. 4 (38). 2015. – С.7-17.
3. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України, Наук.- дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. – К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. – 147 с.
4. Автоматизований психодіагностичний комплекс визначення професійної придатності кандидатів на військову службу у внутрішні війська МВС України і навчання у ВВНЗ МВС України : монографія / І. В. Воробйова, І. І. Приходько, С. Т. Полторак та ін. Харків : Акад. ВВ МВС України, 2012. 297 с.
5. Бойовий та оперативний стрес у військово-професійній діяльності офіцерів-лідерів : збірник матеріалів науково-практичного семінару (м. Київ, 27 квітня 2023 р.). Київ : НУОУ імені Івана Черняховського, 2023. 149 с.
6. Грибок А. О. Психічне здоров’я військовослужбовців Збройних Сил України як головний фактор успішного виконання бойових завдань в складних та екстремальних умовах. Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Київ, 2018. Том. ХІ : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 18. С. 21‒40.
7. Закон України від 24.03.1999 № 551-XIV Про Дисциплінарний статут Збройних Сил України. [Із змінами і доповненнями, внесеними](https://ips.ligazakon.net/document/view/t002171?ed=2000_12_21&an=28)[Законами](https://ips.ligazakon.net/document/view/t012683?ed=2001_09_13&an=15) [України](https://ips.ligazakon.net/document/view/t002171?ed=2000_12_21&an=28). URL: https://ips.ligazakon.net/document/T990551?an=570
8. Кошова І. В., Литовченко Н. Ф.Психотерапія: навч.-метод. посібн. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя, 2022. 113 с.
9. Карпенко Є. Методи сучасної психотерапії: навч. посібник. Дрогобич: Посвіт, 2015. 116 с.
10. Кокун О. М. та ін. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Кокун, В. В. Клочков, В. М. Мороз, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. – Київ-Одеса : Фенікс, 2022. – 128 с.
11. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.
12. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.
13. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.
14. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І., Юр’єва Н. В. Методика визначення психологічної готовності до ризику військовослужбовців. Честь і закон, 2016. № 4 (59). С. 77-89.
15. Каплюченко О.П. Основні фактори впливу екстремальних умов службово-бойової діяльності на мотиваційну складову морально-психологічного стану військовослужбовців Національної гвардії України / О. П. Каплюченко, І. І. Приходько // [Честь і закон](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?Z21ID=&I21DBN=UJRN&P21DBN=UJRN&S21STN=1&S21REF=10&S21FMT=JUU_all&C21COM=S&S21CNR=20&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=IJ=&S21COLORTERMS=1&S21STR=%D0%9624216). – 2020. – № 3. – С. 27-35. Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Chiz\_2020\_3\_6](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILA=&2_S21STR=Chiz_2020_3_6)
16. Кухарук О., Сириця М. Путівник у сфері ментального здоров’я військовослужбовців в умовах війни : міжнародний фонд «Відродження». Центр реадаптації та реабілітації «ЯРМІЗ», 2023. – 88 с.
17. Кадыров Р. В. Отношение к жизни и смерти у профессиональных военнослужащих, принимавших участие в боевых действиях / Р. В. Кадыров // Актуальные проблемы практической психологии : сб. науч. статей Междунар. науч.-практ. конф. – Херсон, 2010. – Ч. 1. – С. 160–168.
18. Комар З. Психологічна стійкість воїна [Електронний ресурс] / Зоран Комар // toloka.to. – 2017. – Режим доступу до ресурсу: https://shron1.chtyvo.org.ua/Komar\_Zoran/Psykholohichna\_stiikist\_voina.pdf.
19. Мушкевич М. І., Чагарна С. Є. Основи психотерапії: навч. за ред. М. І. Мушкевич. Вид. 3-тє. Луцьк: Вежа-Друк, 2017. 420 с.
20. Міністерство охорони здоров’я України. Офіційний веб-сайт. **Психічне здоров’я.** URL: https://moz.gov.ua/uk/mental-health (дата звернення: 09.10.2024).
21. Міністерство оборони України. Офіційний веб-сайт. Психологічне забезпечення у ЗСУ**.** URL: https://www.mil.gov.ua/diyalnist/soczialnij-zaxist-ta-adaptacziya-vijskovosluzhbovcziv/psihologichna-pidgotovka-u-zsu/ (дата звернення: 15.10.2024).
22. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
23. Осика О.В., Осика К.С. Теорія і практика психокорекційної роботи. Навчальний посібник. ― Слов'янськ, 2016. ― 111 с.
24. Охорона психічного здоров’я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. — К. : Наш формат, 2017. — 1068 с.
25. Охорона психічного здоров’я в умовах війни : у 2 т. / пер. з англ. Тетяна Охлопкова, Олександра Брацюк. — 2-ге вид. — К. : Наш Формат, 2022. — 2 том. — 548 с.
26. Основи військової психології : навч. посіб. / Г. В. Бондарев, П. П. Круть ; Харків. нац. ун-т внутр. справ. – Харків, 2020. – 272 с.
27. Психологу для роботи . Діагностичні методики : збірник [Текст] / [уклад: М.В. Лемак, В.Ю. Петрище]. – Вид. 2-ге, виправл. – Ужгород : видавництво Олександри Гаркуші, 2012. – 616 с. : іл.
28. Приходько І. Мотивація військовослужбовців до діяльності в екстремальних умовах: систематизація досліджень / І. Приходько, О. Колесніченко, Я. Мацегора // Проблеми екстремальної та кризової психології. 2021. № 2(2) – С. 69-85.
29. Психодіагностика: курс лекцій з дисципліни для студентів заочної форми навчання спеціальності 053 Психологія /укладачі І.О. Корнієнко, О.Ю. Воронова – Мукачево: МДУ, 2019. – 41 с.
30. Психодіагностика – Галян І.М. – Сутність методології, методу, методики психодіагностики. URL: https://westudents.com.ua/glavy/79147-sutnst-metodolog-metodu-metodiki-psihodagnostiki.html (дата звернення: 10.10.2024).
31. Професійно-психологічний тренінг військовослужбовців Національної гвардії України [Текст] : монографія / О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора, І. І. Приходько, Н. В. Юр՚єва / за заг. ред. проф. І. І. Приходька. – Харків : НАНГУ, 2019. – 194 с.
32. Реабілітаційна психологія : методичні матеріали до семінарських занять [для студентів ВНЗ] / Віра Дуб. – Дрогобич : Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2017. – 92 с.
33. Сергієнко Н.П. Основи психологічної практики: Курс лекцій. – Х.: НУЦЗУ, 2011. – 84 с.
34. Снедков Е.В. Медико-психологические последствия боевой психической травмы: клинико-динамические и лечебно-реабилитационные аспекты / Е.В. Снедков, С.В. Литвинцев, В.В. Нечипоренко, В.М. Лыткин // Совр. психиатрия, 1998. ˗ N1. ˗ С.21-26.
35. Спеціальна спрямованість фізичної підготовки як складова особистої безпеки військовослужбовців // Матеріали науково-методичного семінару (Київ, 17 березня 2015 р.) / Мін-во оборони України. Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. – К.: НУОУ, 2015. – 220 с.
36. Уряд спростив доступ до психологічної допомоги для діючих Захисників і Захисниць [Електронний ресурс] // Урядовий портал. Єдиний веб-портал органів виконавчої влади України. – 2024. – Режим доступу до ресурсу: https://www.kmu.gov.ua/news/uriad-sprostyv-dostup-do-psykholohichnoi-dopomohy-dlia-diiuchykh-zakhysnykiv-i-zakhysnyts.
37. Чугунов В.В. Психотерапевтичий діагноз: 4-е Вид. доповн. Львів: Марченко Т.В., 2020. 322 с.
38. Ялом И. Групповая психотерапия. Теория и практика / И. Ялом. ― М.: Апрель Пресс, 2001.― 576 с.
39. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. – 5th edition. – Washington, DC : American Psychiatric Association, 2013.
40. Ehlers A. A cognitive model of posttraumatic stress disorder / Ehlers A., Clark D. // Behaviour Research and Therapy. – 2000. – Vol. 38. – P. 319–345.
41. Ehlers A. Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments / Ehlers A., Clark D. // Nordic Journal Psychiatry. – 2007. – Vol. 62 (47). – P. 1–8.
42. Jacobson JL Secrets of Psychiatry / James L. Jacobson, Alan M. Jacobson; Per. with english By common. Ed. acad. RAMS PI Sidorova. 2nd ed. M.: MEDpress-inform, 2007. – S. 576.
43. Ovsyannikova J.A. Socio-psychological training as means vidnov-lennya psychological stability of rescuers Ukraine: dys.kand. Psychology. Sciences: 19.00.09 / Ovsyannikova J.A. – Kharkiv, 2010. – S.235.
44. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation / Ehlers A., Clark D. M., Hackmannb A., McManusa F., Fennellb M. // Behaviour Research and Therapy. – 2005. – Vol. 43. – P. 413–431.
45. Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study / Ehlers A., Clark D. M., Hackmann A., Grey N., Liness S., Wild J., McManus F. // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2010. – Vol. 38(04). – P. 383–398.
46. Mental Health Advisory Team (MHAT). Operation Iraqi Freedom (OIF). Report. The US Army Surgeon General and HQDA G-1. December 16, 2003. Available at: www.armymedicine.army.mil/reports/mhat.html. Accessed September 4, 2008.
47. All Army Activity (ALARACT) Message No. 087/2006. Drug Testing During Deployments. April 26, 2006.
48. US Army Medcial Command Military MRO Information Pamphlet, May 30, 2006.
49. US Department of the Army. Combat Stress Control. Washington, DC: DA; June 6, 2006. Field Manual 4-02.51.
50. Patient Administration Systems and Biostatistics Activity Memorandum. Consolidation of Deployment Medical Documentation. October 21, 2005.

**Додаток А**

**ОПИТУВАЛЬНИК**

*Обери три найбільш травмуючих воєнних подій з наданого списку:*

1. ***Полон****:* переживання жорстокого або негуманного поводження в неволі.
2. ***Свідчення загибелі товаришів***: спостереження за смертю близьких побратимів під час бою чи інших обставин.
3. ***Власне важке поранення****:* фізичні страждання та страх за життя внаслідок серйозного поранення.
4. ***Втрата командира або ключового лідера***: відчуття втрати захисту чи напрямку.
5. ***Загибель цивільного населення****:* особливо дітей чи сімей, що може викликати почуття провини.
6. ***Участь у вогневих контактах із великими втратами****:* тривалий стрес від інтенсивного бою.
7. ***Бойові зіткнення у несприятливих умовах***: наприклад, при значній перевазі ворога або в оточенні.
8. ***Втрата території чи стратегічного об'єкта***: усвідомлення невдачі підрозділу, що може викликати деморалізацію.
9. ***Довготривала ізоляція***: перебування в умовах блокади або відсутності підтримки ззовні.
10. ***Контакт із важкими умовами виживання***: недоїдання, спрага, відсутність належного спорядження.
11. ***Масштабні руйнування навколишнього середовища***: зруйновані міста, села, інфраструктура, спалені будинки.
12. ***Очікування смерті****:* відчуття безвиході під час обстрілів чи вогневого контакту з ворогом.
13. ***Мінно-вибухові травми****:* безпосереднє зіткнення з FPV-дронами, мінами чи вибуховими пристроями.

**Продовження Додатку А**

1. ***Перебування під обстрілами***: тривалий вплив артилерійського або авіаційного вогню.
2. ***Розлучення з родиною***: страх за життя близьких, ізоляція від сім’ї.
3. ***Виконання наказів, що суперечать моральним цінностям***: моральна дилема або почуття провини.
4. ***Перебування в зонах хімічного, біологічного чи радіаційного зараження***: страх за здоров’я та життя.
5. ***Неможливість надати допомогу***: свідчення страждань інших, коли немає можливості допомогти.
6. ***Втягнення у довготривалий конфлікт***: відчуття марності зусиль і виснаження від тривалого протистояння.
7. ***Руйнування ідеалів***: втрата віри в місію, командування або правоту боротьби.

*Ці події можуть спричинити серйозні психологічні наслідки, включно з ПТСР, депресією, тривожними розладами та іншими формами психічного стресу.*

Додаток Б

Методика "Самооцінка психічних станів" (за Г. Айзенком)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/п | Психічні стани | Підходить | Не дуже підходить | Не підходить |
|  |  | 2 | 1 | 0 |
| **1** | Не відчуваю у собі впевненості |  |  |  |
| 2 | Часто через дрібниці червонію |  |  |  |
| 3 | Мій сон неспокійний |  |  |  |
| 4 | Легко впадаю в зневіру |  |  |  |
| 5 | Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві |  |  |  |
| 6 | Мене лякають труднощі |  |  |  |
| 7 | Люблю аналізувати свої недоліки |  |  |  |
| 8 | Мене легко переконати |  |  |  |
| 9 | Я недовірливий |  |  |  |
| 10 | Важко переношу час очікування |  |  |  |
| **11** | Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід |  |  |  |
| 12 | Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом |  |  |  |
| 13 | У неприємних ситуаціях я схильний без поважних причин звинувачувати себе |  |  |  |
| 14 | Нещастя та невдачі нічому мене не вчать |  |  |  |
| 15 | Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною |  |  |  |
| 16 | Я часто почуваю себе беззахисним |  |  |  |
| 17 | Іноді у мене буває стан відчаю |  |  |  |
| 18 | Відчуваю розгубленість перед труднощами |  |  |  |
| 19 | У важкі хвилини життя іноді поводжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли |  |  |  |
| 20 | Вважаю недоліки свого характеру непоправними |  |  |  |
| **21** | Залишаю за собою право вирішального голосу |  |  |  |
| 22 | Нерідко в розмові перебиваю співрозмовника |  |  |  |
| 23 | Мене легко розсердити |  |  |  |
| 24 | Люблю робити зауваження іншим |  |  |  |
| 25 | Хочу бути авторитетом для оточуючих |  |  |  |
| **Продовження Додатку Б** |
| Б26 | Не задовольняюсь малим, хочу більшого |  |  |  |
| 27 | Коли розгніваюсь, погано себе стримую |  |  |  |
| 28 | Більше люблю керувати, ніж підкорятися |  |  |  |
| 29 | У мене різка, грубувата жестикуляція |  |  |  |
| 30 | Я злопам'ятний |  |  |  |
| **31** | Мені важко змінювати звички |  |  |  |
| 32 | Нелегко переключати увагу |  |  |  |
| 33 | Дуже насторожено ставлюся до всього нового |  |  |  |
| 34 | Мене важко переконати |  |  |  |
| 35 | Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися |  |  |  |
| 36 | Нелегко зближуюся з людьми |  |  |  |
| 37 | Мене засмучують навіть незначні порушення плану |  |  |  |
| 38 | Нерідко я виявляю впертість |  |  |  |
| 39 | Неохоче йду на ризик |  |  |  |
| 40 | Різко переживаю відхилення від прийнятого мною режиму дня |  |  |  |

Методика оцінювання

Підраховується кількість балів за кожну з чотирьох груп питань:

I – 1-10-те питання – тривожність;

1. – 11-20-те питання – фрустрація (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);
2. – 21-30-те питання – агресивність;

IV – 31-40-ве питання – ригідність (тенденція до збереження своїх
стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

Інтерпретація результатів

Тривожність:

0-7 балів – низька тривожність;

8-14 балів – тривожність середня, допустимого рівня;

15-20 балів – висока тривожність.

**Продовження Додатку Б**

Фрустрація:

0-7 балів – висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труд­нощів;

8-14 балів – середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;

15-20 балів – низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

0-7 балів – ви спокійні, стримані;

8-14 балів – середній рівень агресії;

15-20 балів – ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

0-7 балів – ригідності нема;

8-14 балів – середній рівень;

15-20 балів – сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім'ї.

**Додаток В**

[**Правила першої психологічної допомоги**](https://www.mil.gov.ua/content/pdf/psix_zabezpechenya/psychological_help.pdf)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **СТРЕСОВІ РЕАКЦІЇ** | **НЕОБХІДНО** | **ЗАБОРОНЕНО** |
| Тремтіння рук, м'язове напруження, пітливість, нудота, діарея, часте сечовипускання, часте серцебиття, тривожність, занепокоєння  | Підтримати, залучити до спілкування з товаришами, поставити конкретні завдання для підготовки до бою.  | Звертати зайву увагу на цей стан, підкреслювати серйозність положення та підсилювати його, висміювати, залишатися байдужим  |
| Байдуже обличчя, стоїть або сидить без руху та розмов, не звертає уваги на оточення, обстановку | Дати виговоритися, поставити на конкретну важку роботу, запропонувати поїсти або закурити, тримати під контролем поведінку, не виявляти власних емоцій, доповісти командирові | Виявляти зайву жалість, говорити "гасла" про солідарність і братерство, давати медичні препарати |
| Сперечається, швидке безладне мовлення, суєта, виконання непотрібної роботи, нескінченне висловлення почуттів оточенню, запобігливий погляд | Пояснити, що це спочатку нормальна реакція, яка з набуттям бойового досвіду перестане з'являтися Встановити контакт, домогтися, щоб він сам повідомив про те, що трапилося, висловити розуміння й солідарність, нагадати про товаришів, дати просту та рутинну роботу, забезпечити теплою їжею, сигаретами, доповісти командирові | Звертати особливу увагу на його стан, вступати у суперечку |
| Спроби втечі, неконтрольований плач і істерика, біг по колу | Твердо, але доброзичливо зупинити, запропонувати що-небудь з їжі або закурити, дати випити теплий напій, виявити участь у бесіді, за необхідністю – ізолювати, доповісти командирові | Кричати, бити, обливати холодною водою, давати медичні препарати |

**Продовження Додатку В**

|  |  |
| --- | --- |
| **НЕГАТИВНІ ПСИХІЧНІ РЕАКЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ** | **ПЕРША ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА** |
| **АГРЕСІЯ** |
| Напади люті, гнів, образа, роздратування, м’язове напруження, жорстокість до оточуючих  | Обеззбройте, відведіть у безпечне місце. Дайте виговоритись. Не звинувачуйте, демонструйте доброзичливість |
| **СТУПОР** |
| Відсутність (уповільнення) рухів, мови.Нереагування на команди, дотики | Легко торкайтеся тіла, кінцівок, говоріть на вухо короткі зрозумілі команди, наприклад:«Як звати твою маму?»,«Я з тобою»,«Дивись на мене»,«Роби як я»,«Йди за мною» |
| **ІСТЕРИКА** |
| Ридання, підвищена рухливість, тремтіння рук, емоційне збудження | Приверніть увагу гучною командою, викриком. Дайте випити води, вмитися, відпочити |
| **ПАНІКА** |
| Хаотичні різкі рухи.Незвично гучна мова.Тремтіння кінцівок.Неконтрольоване випорожнення кишківника та сечового міхура. Нереагування на оточуючих  | Ізолюйте людину від оточуючих (за потреби силою).Заспокойте чітким впевненим тоном, не сперечайтеся  |

**Продовження Додатку В**

**ПРАВИЛА ПЕРШОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ "6.П"**

1. **ПІДІЙДИ**

Знайди в собі сили звернутися до потерпілого (щоб проявити людяність, не потрібно бути спеціалістом). Назви власне ім'я

1. **ПІДТРИМАЙ**

Знайди безпечне місце. Відведи потерпілого з небезпечного місця. Посади його спиною до опори. Від'єднай магазин, зброю розряди, постав на запобіжник, поклади поруч

1. **ПАМ'ЯТАЙ**

Звертайся за ім'ям (по-батькові). Запитай, що сталось, де він перебуває. Допоможи зорієнтуватись. Стабілізуй дихання: короткий вдих – пауза – довгий видих

1. **ПОРАДЬ**

Сприяй виявленню емоцій. Заспокой, що всі хвилювання та їх зовнішні прояви – це нормальна реакція. Запевни його в спроможності подолати ситуацію

1. **ПОТУРБУЙСЯ**

З'ясуй потреби, запропонуй воду, ковдру, сходити в туалет. Вислухай (не бійся мовчати). Обережно використовуй фізичний контакт

**6. ПЕРЕДАЙ**

Не обов'язково все робити самому. Передай потерпілого психологам, медикам. Спробуй разом знайти контакт близької йому людини (наприклад, в мобільному телефоні)

**Додаток Г**

**Дихальні вправи**

Дихальні вправи дозволять будь-кому, хто їх застосовує, почуватись краще фізично і психічно. Ці вправи також можуть виконуватися превентивно.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/р | Вихідне положення | Зміст вправи | Дозування | Організаційно-методичні вказівки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **Дмухай на «свічку»** |
| 1 | Сидячи. Запаліть свічку або уявіть, що вона стоїть перед вами | 1-3 – вдих через ніс**;**4-8 – спокійний вдих через рот, губи трубочкою | 8-10 разів  | Дихати так, щоб полум'я не коливалося.Вправа допоможе заспокоїтися й зняти зону перезбудження в корі головного мозку |
| **Звільнення від нав’язливих думок** |
| 2 | Сидячи або лежачи на спині | 1-2 – глибокий вдих;3 – затримка дихання на 5-6 сек., напружити м'язи всього тіла; 4 – повільний видих, одночасно розслабити м’язи всього тіла  | 10 разів | Вдих – через ніс, видих – через рот; під час кожного наступного повторення намагатися якомога довше затримувати дихання |
| **Діафрагмальне дихання (5-3-10-3) – вправа від панічних атак та стресу** |
| 3 | Лежачи на спині, одна рука на животі, друга – на грудній клітці, ноги зігнуті у колінах  | 1-5 – вдих**;**6-8 – затримка дихання; 9-18 – повільний видих;19-21 – затримка дихання | 5 циклів,3-4 рази на день | Вдих – через ніс, грудна клітина розширюється, діафрагма опускається, передня черевна стінка випинається;видих – через рот, губи скласти трубочкою,живіт втягується знизу вгору, діафрагма піднімається виштовхуючи з легень повітря |
| **4-7-8: спосіб розслабитися і міцно спати** |
| 4 | Сидячи або лежачи (щоб заснути) | 1-4 – вдих**;**5-11 – затримка дихання; 12-19 – видих | 4 цикли,2 рази на день | Вдих – через ніс, видих – через рот; розкрити губи видавши свистячий звук |

**Додаток Д**

**Ізометричні вправи**

Ізометричні вправи застосовуються для зігрівання тіла, покращення фізичної форми та психічного розслаблення. Вони мають багато спільного з прогресивною м’язовою релаксацією. Вони є важливою складовою тренувань багатьох професійних армій світу.

У ситуаціях, коли особовий склад змушений перебувати на відкритому повітрі в умовах низьких температур, фізична активність стає необхідною для збереження тепла. Однак у бойових умовах неможливо вільно бігати чи виходити з укриття, щоб уникнути розкриття позиції. Ізометричні вправи дають змогу зігрітися майже нерухомо, залишаючись у безпеці. Це особливо важливо для розвідників і диверсантів, які часто змушені тривалий час залишатися на одному місці, а також для танкових екіпажів, моряків чи пілотів, де простір і рухливість обмежені. Ізометричні вправи можна виконувати у різних положеннях: сидячи, стоячи, лежачи чи навпочіпки. Наприклад, вправи в положенні сидячи майже ідентичні до вправ, застосовуваних у прогресивній м’язовій релаксації (Зеліч, 2003) [18, с. 173].

***Зігнуте тіло***

Вихідне положення (в.п.): лікті лежать на колінах, долонями притримуємо лоб, ступні на підлозі. Вправа виконується так: притискаючи руки до лоба і тулуба, чинити опір голові. Одночасно піднімаємо коліна, а ліктями притискаємо їх вниз. Протягом 5-15 секунд зберігаємо це положення, в якому ціле тіло знаходиться в одному спазмі. Після цього розслабляємось. Час для розслаблення вдвічі більший за час напруження м’язів.

***Вправи в окопах***

Притуляємося спиною до однієї стінки окопу, а ногами впираємося в другу, затримуючи повітря. Залишаймося в такому положенні 2-3 секунди. Після цього видихаємо і розслаблюємося. Можна також руками впертися у стіну перед собою, а ногами – у стіну за собою. Руками можемо впертися в дерево, стіну або схожий об’єкт.

**Продовження Додатку Д**

**Комплекс ізометричних вправ для військовослужбовців**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № з/р | Вихідне положення | Зміст вправи | Дозування | Організаційно-методичні вказівки |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1 | Сидячи, руки перед грудьми, долоні з’єднані (поза молитви) | 1-8 – на видиху виконати тиск однієї руки на іншу | 8-10 разів | Під час виконання уникати піднімання плечей |
| 2 | Сидячи, руки в сторони, кисті стиснуті в кулаки | 1-6 – повільно зігнути руки в ліктях, уявляючи, ніби долаєте опір;7-12 – зворотний рух, з зусиллям розгинаючи руки | 10 разів | Відчути напругу в біцепси.1-6 – видих;7-12 – вдих |
| 3 | Випад вперед, притиснути кулаки до стіни на рівні голови | Напружити трицепси і тиснути на стіну | 2-3 підходи по 10-20 с | Уникати напруження плечей, дихання не затримувати |
| 4 | Сидячи, руки внизу, долоні з’єднані у «борцівський замок», ліва долонь зверху | 1-4 – на вдиху повільно зігнути праву руку зі спротивом лівої;5-8 – на видиху повільно розігнути ліву руку зі спротивом правої | 6-10 разів | Слідкувати за диханням, спину тримати рівно |
| 5 | Теж саме, права долонь зверху | 1-4 – на вдиху повільно зігнути ліву руку зі спротивом правої;5-8 – на видиху повільно розігнути праву руку зі спротивом лівої | 6-10 разів | Слідкувати за диханням, спину тримати рівно |
| 6 | Упор на передпліччях, ноги нарізно | Напружити м’язи преса, стегон, рук і грудей – утримувати планку | 30-120 с | Зберігати нормальний ритм дихання, спину тримати рівно |
| 7 | Стійка ноги нарізно, автомат внизу, хват зверху | 1-10 – присід, стегна паралельно підлозі, руки веред;11-12 – в.п. | 4-8 разів | Коліна не виступають за пальці ніг. Намагатися утримувати цю позицію, водночас мовби з’єднуючи ноги разом |
| 8 | Стійка ноги нарізно, автомат **ззаду** унизу | 1-10 – присід, стегна паралельно підлозі, руки відвести назад-вгору;11-12 – в.п. | 4-8 разів | Спина пряма, дихання довільне |

**Додаток Е**

**Основні діагностичні блоки необхідної інформації про військовослужбовця при проведенні бесіди** [3, с. 17].

1. Біографічні дані.

2. Стосунки в сім'ї, з товаришами.

3. Склад, умови проживання членів сім’ї.

4. Переважаючі настрої в зв'язку з відривом від сім’ї.

5. Обізнаність в подіях, що відбуваються в країні, за кордоном.

6. Час, місце і характер навчання або роботи за фахом.

7. Наявність споріднених військово-облікових спеціальностей.

8. Досвід служби в Збройних Силах.

9. Навички організаторської роботи.

10. Захоплення військовослужбовця.

11. Звички.

12. Порушення поведінки в минулому (хуліганство, випивки, приводи в міліцію тощо).

13. Перенесені захворювання і травми.

14. Наявність скарг на стан здоров’я, порушення сну, апетиту тощо.

15. Найбільш неприємні події минулого життя і реакція на них (думки про самогубство).

16. Ставлення до труднощів служби в Збройних Силах.

**Додаток Є**

**Соціальний паспорт військовослужбовця** [3]

***1. Біографічні дані та сімейний стан:***

Прізвище, ім’я, по-батькові \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Повних років \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адреса проживання \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Телефон \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Освіта \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Військова служба \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Коли \_\_\_\_\_\_\_\_ Спеціальність \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Місце роботи \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Сімейний стан \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Члени сім’ї \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Інші особи на утриманні \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Середній доход сім’ї \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***2. Стан здоров’я:***

Хвороби \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Травми \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Чи стояв на обліку у психіатричному, наркологічному, протитуберкульозному, кожно-венерологічному диспансерах \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***3. Можливі фактори негативного впливу:***

Чи працює дружина (зарплатня) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Житлові умови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кредит \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Судимість (за що) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Належність до релігійних організацій, вчення яких забороняє брати в руки зброю \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Готовність виконувати військовий обов’язок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Які фактори заважають виконувати військовий обов’язок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Додаток Ж**

**Методики, рекомендовані для психологічного діагностування особового складу**

І. Методики звичайної тривалості за виконанням(рекомендовані для застосування перш за все у пунктах постійної дислокації):

*1.* *Багатофакторний особистісний опитувальник «Адаптивність200»*

Призначений для вивчення деяких соціально-психологічних і психологічних характеристик особистості, що відображують інтегральні особливості психічного і соціального розвитку.

*2.* *Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна*

Призначена для оцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність як стан) і особистісної тривожності військовослужбовця (як стійкої характеристики людини).

*3. Шкала депресії Бека*

Призначена для виявлення депресії та ступеня тяжкості депресивних розладів.

*4. Методика «Стрес-фактори»*

Дозволяє визначити основні стресогенні фактори, які можуть впливати на якість виконання військовослужбовцями завдань за призначенням.

*5. Методика «Диференціальна діагностика депресивних станів»*

Дозволяє виявити такі форми психічних станів, як апатія, гіпотимія, дисфорія, розгубленість, тривога, страх.

*6. Опитувальник травматичного стресу І.О. Котєньова*

Призначений для діагностики постстресових розладів, (ОСР, ПТСР, депресія).

*7. Місісіпська шкала оцінки посттравматичного стресового розладу (військовий варіант).*

**Продовження Додатку Ж**

Використовується для виявлення ознак та вимірювання рівня прояву ПТСР.

8. *Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлор (в модифікації В.Г. Норакідзе)*

Призначена для вимірювання рівня тривожності.

9*. Опитувальник «Стандартизований багатофакторний метод дослідження особистості» (СМДО).*

ІІ. Експрес-методики (рекомендовані для застосування як у відділених районах виконання завдань, так і у пунктах постійної дислокації):

*1. Методика шкалованої самооцінки психофізіологічного стану (О.М. Кокун)*

Дає можливість швидко і досить точно отримувати оцінку респондентами різних складових їх психофізіологічного стану.

*2. «Primary Care PTSD Screen»*

Призначений для експрес-діагностики наявності ознак постравматичного стресового розладу (ПТСР).

*3. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР*

Призначена для первинного виявлення тривоги, депресії та ПТСР.

*4. Шкала оцінки бойового досвіду*

Призначена для виявлення бойової психічної травми (БПТ).

*5. Шкала оцінки впливу травматичної події (експрес-оцінка)*

Виявляє переважання тенденції уникнення або вторгнення (нав’язливого відтворення) травматичної події (найбільш загальноприйняті специфічні категорії переживань, що виникають у відповідь на вплив травматичних подій).

*6. Анкета експрес-опитування «Мотивація»*

Призначена для вивчення основних складових готовності та мотивації військовослужбовців захищати Україну від військової агресії (розроблена НДЦ ГП ЗС України).

**Додаток З**

**Методика проведення психологічного консультування**

Основна мета психолога, який консультує військовослужбовців, полягає у наданні психологічної підтримки та допомоги в адаптації до складних умов служби і бойових дій, а також у попередженні та подоланні психологічних травм.

Дійсною проблемою багатьох військовослужбовців, які звертаються за допомогою до психолога, є те, що вони практично не мають із ким поговорити відверто, розповісти не криючись про все, що їх тривожить і турбує у складних життєвих ситуаціях.

Уже те, що психолог може їх уважно вислухати й зрозуміти, є надзвичайно важливим, і саме по собі сприяє певним позитивним змінам.

Ефективність консультаційної роботи психолога багато в чому залежить від того, як він вислуховує військовослужбовця й розширює його уявлення про себе і власну ситуацію [3, с. 71].

Для забезпечення результативності та ефективності психологічного консультування психологу слід дотримуватися *таких його принципів*:

1. Принцип доброзичливого й безоцінного ставлення до військовослужбовця. Передбачає вияв емоційної теплоти й поваги, вміння прийняти військовослужбовця таким, яким він є, не оцінюючи й не засуджуючи його норми і цінності, стиль життя і поведінку.

2. Конфіденційність. Цей принцип означає – забезпечення збереження інформації, отриманої під час консультації, що сприяє встановленню довіри між психологом і військовослужбовцем (крім випадків, передбачених законом, про що військовослужбовець попереджається психологом).

3. **Принцип емпатії і підтримки.** Створення психологічно комфортної атмосфери для клієнта, яка сприяє відкритості й довірі, що важливо для глибокого розуміння проблем військовослужбовця.

**Продовження Додатку З**

4. Принцип добровільності. Військовослужбовець сам звертається до психолога, оскільки суб’єктивно відчуває труднощі у своєму житті та мотивований до сприйняття психологічної допомоги.

**5. Принцип орієнтації на результат** – допомога у вирішенні конкретних проблем і запитів військовослужбовця, а також у досягненні поставлених терапевтичних цілей.

6. Принцип професійної вмотивованості консультанта. Означає, що психолог не бере бік жодного з учасників конфлікту, учасником якого може бути військовослужбовець, уникає упередженого ставлення [3, с. 71].

7. Принцип відмови психолога від порад чи рецептів. Завданням є посилення відповідальності військовослужбовця за те, що з ним відбувається, спонукання його до активності в аналізі проблем, у пошуку виходу з кризи.

8. Розмежування особистих і професійних відносин. Психолог під час консультації не має права встановлювати з військовослужбовцем будь-які особисті (дружні) стосунки [3, с. 72].

**9. Гнучкість** – вміння психолога адаптувати методи та техніки до ситуації, з урахуванням змін у стані військовослужбовця.

**10. Акцент на розвиток особистісних ресурсів** – сприяння формуванню і розвитку стійкості, здатності до самодопомоги, самоконтролю та адаптивності.

Ці принципи допомагають забезпечити результативність та ефективність психологічної допомоги, сприяючи покращенню психологічного стану та бойової готовності військовослужбовців.

***Консультування передбачає виконання таких основних завдань:***

1. **Надання емоційної підтримки** – допомога у стабілізації емоційного стану, зменшення тривоги, страху та стресу, що сприяє збереженню психологічної рівноваги.

**Продовження Додатку З**

1. **Розвиток навичок подолання стресу** – навчання методам саморегуляції, контролю емоцій, зниження рівня психічного напруження під час і після виконання бойових завдань.
2. **Робота з травматичним досвідом** – допомога у проживанні та осмисленні травматичних подій, зниження симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та попередження його розвитку.
3. **Сприяння особистісному розвитку** – допомога у формуванні позитивної самооцінки, впевненості в собі, визначенні особистих цілей, мотивації та професійного зростання.
4. **Покращення комунікаційних навичок** – сприяння розвитку ефективної взаємодії в колективі, покращення навичок спілкування з побратимами, командуванням та близькими.

Психолог проводить консультацію, і при цьому має на увазі, що його клієнт – здорова людина, яка самостійно відповідає за себе і свої стосунки з оточуючими людьми.

Досягти того, щоб сам військовослужбовець узяв на себе відповідальність за те, що з ним відбувається, – основне завдання психолога, оскільки ті, хто звернулися за психологічною консультацією, як правило, звинувачують у своїх життєвих труднощах когось іншого [3, с. 72].

3а тривалістю співпраці з військовослужбовцем психолог найчастіше використовує:

1. Разову консультацію.

Консультація тривалістю 45-60 хв. Вона проводиться у випадках, коли:

- військовослужбовець звернувся до психолога з приводу проблеми, з якої йому, насамперед, потрібна допомога інших спеціалістів;

- психолог інформує військовослужбовця з питань, які належать до його компетенції;

- військовослужбовець звертається до психолога за підтримкою у рішенні, яке він збирається прийняти відносно певної життєвої ситуації;

**Продовження Додатку З**

- коли військовослужбовець вдруге прийти не може.

2. Короткотермінове консультування.

Триває впродовж 3-4 зустрічей. Найчастіше проводиться у випадках, коли військовослужбовець потребує консультації просвітницького, рекомендаційного характеру або з діагностичною метою.

Проведення психологічного консультування висуває ряд вимог до психолога-консультанта. Крім знань та вмінь, психолог-консультант повинен бути наділений рядом спеціальних особистісних якостей: любити людей, бути проникливим, добрим, терплячим, відповідальним і комунікабельним [3, с. 72-73].

***Інтерв’ю як основний метод психологічного консультування***

Інтерв'ю є одним з основних методів психологічного консультування, особливо в контексті роботи з військовослужбовцями. Цей метод дозволяє психологам зрозуміти емоційний стан, потреби та проблеми клієнтів, а також допомагає створити довірливу атмосферу для відкритого спілкування. Ось кілька ключових аспектів використання інтерв'ю в цьому контексті:

*1. Збирання інформації.* Інтерв'ю дає можливість психологу отримати детальну інформацію про досвід військовослужбовців, включаючи їхні переживання під час служби, реакцію на стресові ситуації та відносини з іншими людьми.

*2. Оцінка психоемоційного стану.* Через інтерв'ю психолог може оцінити рівень тривожності, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психічних розладів, що можуть бути наслідком служби в армії.

*3. Створення довіри.* Ефективне інтерв'ю передбачає створення атмосфери довіри, що є критично важливим для військовослужбовців, які можуть бути скептичними щодо відкриття своїх переживань. Довірливе спілкування сприяє більш відкритому обговоренню проблем.

**Продовження Додатку З**

*4. Адаптація методів.* Методи проведення інтерв'ю можуть варіюватися в залежності від специфіки військовослужбовця, його особистих рис та досвіду. Психологи можуть використовувати структуровані, напівструктуровані або неструктуровані інтерв'ю залежно від потреби.

*5. Розробка плану втручання.* Зібрана під час інтерв'ю інформація дозволяє психологу розробити індивідуальний план втручання, включаючи терапевтичні техніки, які можуть бути найбільш корисними для конкретного військовослужбовця.

*6. Підтримка під час криз.* Інтерв'ю може бути особливо важливим під час кризових ситуацій, коли військовослужбовці потребують термінової психологічної підтримки.

*7. Моніторинг прогресу.* Регулярні інтерв'ю допомагають оцінити прогрес військовослужбовців у процесі лікування і коригувати стратегії відповідно до їхніх потреб.

Важливо, щоб психологи, які працюють з військовослужбовцями, враховували специфіку їхнього досвіду та створювали безпечне середовище для відвертого обговорення.

***Типова покрокова модель інтерв’ю*** [3, с. 73-74]:

***1 крок – «Привіт»***

Стадія інтерв’ю, на якій відбувається структурування, досягнення взаєморозуміння. Триває перша стадія від кількох секунд до 10 хвилин і завершується досягненням між військовослужбовцем і психологом відповідності позицій. На цій стадії психолог демонструє військовослужбовцю свою позицію у взаємодії.

Консультант стосовно військовослужбовця може займати такі позиції:

- *позиція «над військовослужбовцем»*, коли мудрий, досвідчений, сильний консультант простягає руку допомоги слабкому, дезадаптованому, недосвідченому військовослужбовцю;

**Продовження Додатку З**

- *позиція «на рівних»*, коли дистанція між психологом і військовослужбовцем усувається, консультування приймає форму буденної розмови;

 - *позиція «радника»*, за якої психолог виступає в ролі особи більш компетентної у проблемі військовослужбовця і допомагає йому розібратися в ній.

Остання позиція психолога є найбільш ефективною. Вона відповідає зазначеним принципам та характеризується відсутністю оцінок, відмовою від прямого виховного тиску, створенням атмосфери довіри, співчуття і доброзичливості.

У процесі консультування позиція психолога може змінюватися.

***2 крок – «У чому проблема?»***

Ця стадія інтерв’ю розпочинається зі збору психологом інформації про контекст теми. Далі відбувається виділення проблеми, розв’язується питання щодо визначення потенційних можливостей військовослужбовця.

***3 крок – «Чого ви прагнете досягти?»***

На цій стадії психолог кваліфікує запит військовослужбовця, орієнтуючись на будову його психічної реальності та можливість її зміни. Відбувається формулювання проблеми військовослужбовця і визначення напрямку бажаних ним змін у цій проблемі.

***4 крок – «Що ще можна зробити?»***

На цій стадії відбувається пошук альтернативних рішень.

***5 крок – «Чи будете ви це робити?»***

Полягає в узагальненні всіх попередніх кроків й у переході від навчання до дії. Психолог докладає зусиль для зміни думок, дій і почуттів військовослужбовця в його подальшому житті, поза ситуацією інтерв’ю.

**Додаток И**

**Рекомендації для психологів щодо надання допомоги військовослужбовцям після завершення служби** (реабілітаційний період)

1. *Психологічна діагностика та індивідуальна робота:*
* визначте рівень стресу та глибину психологічних змін, викликаних бойовими діями;
* використовуйте техніки когнітивно-поведінкової терапії, роботу з травмою, арт-терапію чи інші методи залежно від стану демобілізованого.
1. *Соціальна адаптація:*
* допоможіть інтегруватися в цивільне життя через залучення до програм перекваліфікації чи зайнятості;
* організуйте тренінги з адаптації до мирного життя, де звільнені військовослужбовці можуть вчитися справлятися з викликами поза службою.
1. *Групова терапія та підтримка:*
* створіть групи взаємодопомоги, де військові можуть ділитися досвідом і підтримувати один одного.
1. *Робота із сім’єю та громадою:*
* надайте родичам інформацію про ПТСР, можливі складнощі адаптації, способи підтримки ветерана;
* проводьте просвітницькі заходи в громадах для створення позитивного ставлення до військових і підтримки їх у суспільстві.

***Загальні рекомендації:***

* постійно вдосконалюйте свої знання про військову психологію;
* ураховуйте специфіку військової служби, яка передбачає підвищену дисципліну, ієрархію та необхідність швидкого реагування;
* забезпечуйте конфіденційність і довіру у взаємодії з військовослужбовцями;
* приділяйте увагу власному психологічному стану, щоб уникнути професійного вигорання.

**Продовження Додатку И**

*Такі рекомендації дозволяють максимально ефективно надавати допомогу військовослужбовцям у різних умовах, зберігаючи їх психологічне здоров’я та сприяючи швидкій адаптації до нових обставин.*