**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАІНИ**

**СХІДНОУКРАЇНСКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ**

**Факультет здоровʼя людини**

**кафедра здоровʼя людини**

**Кваліфікаційна робота**

*магістра*

**на тему: Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам, які постраждали внаслідок травмівних подій**

 **здобувач** II курсу групи ПФР-23зм

 **спеціальність:** 053 Психологія

 *Сербін Юрій Вікторович*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *(ПІБ здобувача)* |  | *(підпис)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **Керівник роботи** *доц., д.психол.н., Добровольська Н.А*.  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| *(вчене звання, науковий ступінь, ПІБ)* | *(підпис)* |

Київ - 2024

СХІДНОУКРАЇНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ІМЕНІ ВОЛОДИМИРА ДАЛЯ

Факультет здоров’я людини

Кафедра здоров’я людини

Освітній ступінь *магістр*

Спеціальність *053 Психологія*

Освітня програма *Психологія фізичної реабілітації*

|  |
| --- |
| **«ЗАТВЕРДЖУЮ»****Завідувачка кафедри здоров’я людини****д. психол. н., доц.****Добровольська Н. А.**«07» вересня 2024 року |

**З А В Д А Н Н Я**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧУ ВИЩОЇ ОСВІТИ**

Сербіну Юрію Вікторовичу

1. Тема роботи: «Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам, які постраждали внаслідок травмівних подій».

Керівник роботи: Добровольська Н. А., д. психол. н., доц., завідувачка кафедри здоров’я людини СНУ ім. В. Даля, затверджені наказом по університету від 06.09.2024 р. № 60/15.20.

1. Строк подання здобувачем роботи: 01.12.2024 р.
2. Вихідні дані до роботи: *обсяг роботи – 93 сторінки (1,5 інтервал, 14 шрифт з дотриманням відповідного формату), список використаної літератури оформлюється згідно з бібліографічними нормами.*
3. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити*): проаналізувати наукові джерела з зазначеної тематики; підібрати діагностичний інструментарій згідно проблеми дослідження; на основі проведеного констатувального експерименту розробити й апробувати програму соціально-психологічного тренінгу. Провести формувальний експеримент. Ефективність проведеного експерименту оцінити за допомогою математичних методів оцінки значущості відмінностей середніх величин.*
4. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов’язкових креслеників): *таблиці, рисунки (діаграми, гістограми, сегментограми).*
5. Консультанти розділів роботи

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Розділ | Прізвище, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата |
| завданнявидав | завданняприйняв |
| 1. | Добровольська Н. А. – д. психол. н., доц., завідувачка кафедри здоров’я людини СНУ ім. В. Даля | 19.09.2024 р. | 13.10.2024 р. |
| 2. | Добровольська Н. А. – д. психол. н., доц., завідувачка кафедри здоров’я людини СНУ ім. В. Даля | 14.10.2024 р. | 20.10.2024 р. |
| 3. | Добровольська Н. А. – д. психол. н., доц., завідувачка кафедри здоров’я людини СНУ ім. В. Даля | 21.10.2024 р. | 08.11.2024 р. |

1. Дата видачі завдання: 16 вересня 2024 р.

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| №з/п | Назва етапів виконання кваліфікаційної роботи | Строк виконання етапів | Примітка |
| 1 | Визначення проблеми дослідження та розроблення плану кваліфікаційної роботи. | 16.09.2024 р. –18.09.2024 р. |  |
| 2 | Аналіз літератури за проблемою. Робота над теоретичною частиною дослідження. | 19.09.2024 р. –17.10.2024 р. |  |
| 3 | Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів констатувального експерименту | 18.10.2024 р. –24.10.2024 р. |  |
| 4 | Апробація та опис програми соціально-психологічного тренінгу. | 25.10.2024 р. –29.10.2024 р. |  |
| 5 | Обробка, графічне оформлення та психологічний аналіз результатів формувального експерименту та оцінка ефективності корекційних заходів за допомогою методів математичної статистики | 30.10.2024 р. –03.11.2024 р. |  |
| 6 | Узагальнення наукових фактів, написання висновків за результатами проведення дослідження. Технічне оформлення роботи.  | 04.11.2024 р. – 01.12.2024 р. |  |
| 6 | Представлення роботи на зовнішню рецензію | 02.12.2024 р. –12.12.2024 р. |  |
| 8 | Перевірка роботи на академічний плагіат | 15.12.2024 р. –18.12.2024 р. |  |
| 9 | Захист роботи | 20.12.2024 р. |  |

**Здобувач вищої освіти:** Сербін Ю. В.

**Керівник роботи:**

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

**РЕФЕРАТ**

Текст – 76 с., літератури – 95 дж.

В кваліфікаційній роботі представлено теоретично-методологічні основи вивчення особливостей надання психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам, які постраждали внаслідок травмівних подій.

Розглянуто фактори, що негативно впливають на психологічний та психічний стан військовослужбовців та ветеранів. Описано особливості психологічних травм, отриманих внаслідок участі у військових діях та специфіка їх впливу на особистість.

Проведено констатувальний експеримент, спрямований на психодіагностичне обстеження респондентів з метою виявлення ознак психологічної травми та своєчасного попередження розвитку ПТСР.

На основі результатів констатувального експерименту розроблено й апробовано програму профілактування психологічних травм у військовослужбовців та ветеранів. Оцінено ефективність корекційних заходів за допомогою t-критерію Ст’юдента.

Ключові слова: ОСОБЛИВОСТІ, ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ, ПОСТ ТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ВЕТЕРАНИ, ОХОРОНА ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ’Я, БОЙОВИЙ СТРЕС, ТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕС, ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНИЙ РЕЗЕРВ, ТРИВОГА

**ABSTRACT**

 **Serbin Yu. V.** Peculiarities of providing psychological assistance to servicemen and veterans who suffered from traumatic events. – Qualification work. - Kyiv, 2024.

The qualification work presents the theoretical and methodological foundations for studying the peculiarities of providing psychological assistance to servicemen and veterans who have suffered from traumatic events.

The factors that negatively affect the psychological and mental state of servicemen and veterans are considered. The peculiarities of psychological traumas received as a result of participation in military operations and the specifics of their impact on the personality are described.

The author conducts a statement experiment aimed at psychodiagnostic examination of respondents in order to identify signs of psychological trauma and timely prevention of PTSD development.

On the basis of the results of the ascertaining experiment, a program for the prevention of psychological trauma in military personnel and veterans was developed and tested. The effectiveness of corrective measures was evaluated using Student's t-test.

Key words: FEATURES, PSYCHOLOGICAL TRAUMATIZATION, POST-TRAUMATIC STRESS DISORDERS, MILITARY PERSONNEL, VETERANS, MENTAL HEALTH CARE, COMBAT STRESS, TRAUMATIC STRESS, PSYCHOPHYSIOLOGICAL RESERVE, ANXIETY

**ЗМІСТ**

ВСТУП………………………………….…………...……………………………8

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВНАСЛІДОК УЧАСТІ В БОЙОВИХ ДІЯХ ………………………….............13

1.1. Аналіз проблеми у науковій літературі.…….………….............................13

1.2. Фактори, що негативно впливають на психологічний та психічний стан військовослужбовців та ветеранів …………………..………………….……....21

1.3. Психологічні травми, отримані внаслідок участі у військових діях та специфіка їх впливу на особистість………………………………………….…23

Висновки до розділу 1……………………………………………………...........32

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ, ЩО БУЛИ ЧИ Є УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ…………...33

2.1. Організація та хід дослідження………………………………………..……33

2.2. Аналіз результатів проведеного дослідження…………………………….38

Висновки до розділу 2…………………………………………………………...53

РОЗДІЛ 3. ЗАХОДИ ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ ТА ПРОФІЛАКТУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ……………………………………………………………………...54

3.1. Рекомендації щодо організації заходів із запобіганнята профілактування психологічної травматизації військовослужбовців та ветеранів………………………………………………………………………….54

3.2. Програма профілактики психологічної травматизації у військовослужбовців та ветеранів………………………………………………59

Висновки до розділу 3…………………………………………………….....…..80

ВИСНОВКИ……………...…………………………….….……………..............81

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ…….…………………………......84

**ВСТУП**

**Актуальність теми дослідження**. У контексті подій, які багато років існують на території нашої державі, які пов'язані із загрозою територіальній цілісності України, в нашій державі тривають бойові дії. Ці події призводить до психологічних травм війсковослужбовців. Але ситуація в нашій країні має свої особливості, пов'язані з тим, що, по-перше, бойові дії тривають на території власної країни і мають багато спільного з ворогом (мова, віра, родинні зв'язки тощо); по-друге, українська армія багато років функціонувала в умовах мирного часу, тому більшою мірою втратила навички професійної діяльності в бойових умовах; підготовка курсантів у вищих навчальних закладах до служби в українській армії дуже ускладнена.

Кількість підготовлених військових психологів на момент початку збройного протистояння була надто малою, щоб мати можливість працювати над профілактикою та подоланням психологічної травматизації учасників бойових дій, а рівень їхньої компетентності для роботи з особовим складом у військових умовах у більшості випадків не відповідав вимогам поточної ситуації. Це потребує часу, досвіду та особливої практичної підготовки фахівців.

Питання психологічної травматизації та її профілактики вже давно є предметом дослідження багатьох науковців. Так, особливості психологічних станів особистості в стресових та екстремальних ситуаціях розглядали О. Колесніченко, М. Корольчук, В. Крайнюк, В. Кравченко, В. Садков, О. Тімченко.

Психологічній допомозі бійцям та охороні психічного здоров'я приділяли увагу у своїх працях О. Бойко, О. Кокун, В. Осьодло, А. Романишин, С. Хоружий, та інші фахівці.

П. Волошин, Т. Грицевич, А. Капінус, Н. Марута, А. Неврова, О. Тімченко, ці автори спрямовували свої дослідження в напрямку технологій діагностики та подолання стресових розладів.

**Об'єктом** **дослідження** є психологічна допомога особистості.

**Предмет** **дослідження** - особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам, які постраждали внаслідок травмівних подій.

**Мета** **дослідження**: теоретично обгрунтувати та експериментально дослідити особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам, які постраждали внаслідок травмівних подій.

Відповідно до поставленої мети були визначені наступні **завдання дослідження:**

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми психологічної травматизації та стресових факторів, які впливають на психіку військовослужбовців та ветеранів.

2. Обґрунтування методичного забезпечення, за рахунок якого треба виявити та в подальшому вивчити стрес-фактори бойового середовища та ознак психологічної травматизації військовослужбовців.

3. Емпірично визначити особливості психологічної травматизації у військовослужбовців та ветеранів.

4. Розробити програму профілактики психологічної травматизації військовослужбовців та ветеранів та оцінити її ефективність.

**Теоретико-методологічною основою дослідження** є: загально психологічна концепція діяльності (Г. Костюк, О. Леонтьєв, С. Максименко, Н. Чепелєва); принципи єдності свідомості та діяльності; теорія стресу (Г. Сельє), принципи системної організації психіки людини (В. Семиченко, Г. Щедровицький та ін.), положення про стрес (Ю. Василенко, Г. Дубчак, М. Корольчук, В. Крайнюк, Л. Омельченко, В. Розов, Т. Титаренко, О. Тімченко) та теорії подолання стресу (Л. Арнаутова, Т. Ткачук, С. Усик), психологічні теорії формування та корекції рис особистості в ході активного соціально-психологічного навчання (Л. Бурлачук, І. Ващенко, Ж. Вірна, Н. Завацька, Л. Засєкіна, Л. Карамушка, З. Ковальчук, М. Тоба, О. Шевяков, Т. Яценко та ін.), положення про необхідність всебічного, комплексного підходу до вивчення соматичного та психічного здоров'я (І. Галецька, А. Голоднюк, А. Галецька, А.Гоженко, I. Філіпова), комплексний розгляд впливу індивідуально-психологічних особливостей на виникнення та розвиток психосоматичних дисфункцій (Х. Стемальщук, Ю. Шаран), положення про роль механізмів загального адаптаційного синдрому (С. Усик); ідеї інтеграції індивідуально-психологічних особливостей на розвиток психосоматичних дисфункцій (С.Усик); ідеї інтегральних параметрів особистості (Г. Аммон, Дж. Макдугалл).

**Методи дослідження**: *теоретичні –* узагальнення та інтерпретація інформації, яка була отримана в ході теоретичного вивчення наукових джерел; *емпіричні* – шкала оцінки впливу травматичних подій, адаптована Д. Вайсом, К. Мармаром, Т. Метцлером; опитувальник травматичного стресу І.Котєньова; Міссісіпська шкала посттравматичної реакції (військова версія); Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R); Методика «Рівень задоволеності якістю життя»; – *методи математичної обробки даних* із їх подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Статистична обробка здійснювалась за допомогою комп’ютерної програми SPSS 17.0 та з використанням дескриптивного, кореляційного, факторного, дисперсійного, кластерного та регресійного аналізів.

**Наукова новизна дослідження** полягає в тому, що:

* *науково обгрунтовано проблему* психологічної травматизації військовослужбовців та ветеранів;
* *визначено та систематизовано* чинники, що негативно впливають на психологічний стан військовослужбовців у специфічних умовах військово-професійної діяльності (бойових дій);
* *розроблено* програму профілактування психологічних травм у військовослужбовців та ветеранів;
* *дістали подальшого розвитку погляди на проблему* профілактики психотравматизації військовослужбовців з метою збереження та підтримки їх психологічного здоров'я.

**Теоретичне значення дослідження** полягає у визначенні та обґрунтуванні теоретичних підходів до проблеми надання психологічної допомоги військовослужбовцям та ветеранам, які постраждали внаслідок травмівних подій; поглибленні психологічних знань про проблему психологічної травматизації; розширенні уявлень про роль та місце психологічної травми в житті людини.

**Практичне значення дослідження** полягає у можливості застосування отриманих результатів у професійно-психологічному відборі у Збройних Силах України, під час підготовки до бойових дій та психологічного супроводу особового складу; також з метою підтримки та збереження військовослужбовців, їх психологічного здоров'я та реалізації програми психологічної профілактики психотравматизації.

**РОЗДІЛ 1.** **ТЕОРЕТИЧНИЙ** **АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ВНАСЛІДОК УЧАСТІ В БОЙОВИХ ДІЯХ**

**1.1.** **Аналіз проблеми у науковій літературі**

Наприкінці минулого століття дослідники почали розглядати психологічну травму як самостійне психологічне утворення.

Постійні дослідження травми в зарубіжній психології розпочалися з робіт С. Бочнера, А. Брауна, Б. Ван дер Колка, К. Еріксона, Д. Калшеда, Е. Ліндеманна, М. Мурен-Сімеоні, Р. Урсано, А. Фернхема, К. Фіглі та багатьох інших [13].

F. Руперт, Р. Столоров, Д. Холліс [34] зробили значний внесок у розуміння психологічної травматизації, механізмів її виникнення та особливостей проявів.

У зв'язку зі збройними конфліктами на сході України питання про наслідки психологічних травм набули особливої актуальності. Авторами досліджень є Н. Агаєв [1], О. Блінов [10; 12], О. Кокун [29; 31], О. Колесніченко [32], М. Корольчук [38], В. Осодло [56], І. Приходько [61], В. Стасюк [74-75], А. Тімченко [80] та інші дослідники.

Основною реакцією військовослужбовця на бойові події є бойовий стрес, який характеризується наявністю стресорів у бойовій обстановці [81].

Під час бойових дій всі військовослужбовці переживають стан бойового стресу. Бойовий стрес виникає ще до безпосереднього контакту з реальною загрозою і триває до виходу із зони конфлікту. Завдяки механізму стресу створюється шлях пам'яті з новими емоційними та поведінковими навичками і стереотипами, необхідними для підтримання життя [6; 8; 42].

Розвиток та становлення категорії «бойовий стрес» у вітчизняній психологічній науці почали розглядати з першої чверті 20 століття. Як відомо, військова психологія як наука на той час перебувала в зародковому стані, тому всі питання «психічних станів воїна» розглядалися в контексті психіатрії [44].

Сучасне поняття «військовий стрес» є результатом зміни поглядів на цей феномен, яка розпочалася ще до Першої світової війни: «посттравматичний невроз»; “меланхолія без марення” (М. Шайкевич); “неврастенічний психоз у солдатів” (П. Автократов, А. Озерецький); “психологічна травма в бою” (Г. Шумков). Під терміном «бойова тривога» в цей період розуміли психологічний стан, викликаний тривожним очікуванням, виснаженням і почуттям страху у солдатів, які не звикли діяти в екстремальних умовах, тобто внаслідок нервового виснаження, спричиненого «жахами війни». Цей стан виникає без видимих пошкоджень нервової системи (він може виникати і у солдатів, які не потрапляли під артилерійський вогонь) і розвивається у дві фази - гостру і «сприятливу» [69].

Слід зазначити, що вже в той час Г. Шумков вказував на те, що наслідки участі у бойових діях, не пов'язані з фізичною травмою, переважно спостерігаються у солдатів, а не в офіцерів. Тому він стверджує, що солдати повинні бути ознайомлені не тільки з деталями майбутніх бойових дій, але й з психічними станами, які вони можуть переживати [86]. Ми погоджуємося з цим твердженням, оскільки вважаємо, що такий підхід до проблеми допомагає певною мірою запобігти психологічній травматизації солдатів.

Звернімо увагу, що вже Г. Шумков стверджує, що наслідки участі у бойових діях не пов'язані з фізичними травмами, які переважно спостерігаються у солдатів, а не у офіцерів. Тому він стверджує, що учасники бойових дій повинні бути ознайомлені не тільки зі специфікою майбутнього бою, але й з психічними станами, які можуть у них виникнути [86]. З цим твердженням можна погодитися, оскільки я вважаю, що таке розуміння проблеми дає можливість запобігти психологічним травмам у солдатів.

Під терміном «бойовий стрес» під час Першої світової війни розуміли психічні розлади (що виникали без попередньої схильності до психічних захворювань), пов'язані з перебуванням у бойовій обстановці і могли перерости в гострі психічні розлади, такі як гостра дезорієнтація та астматичний психоз. На думку дослідників того часу, емоції солдатів відігравали важливу роль у виникненні «бойового стресу» [68].

За радянських часів питання психічного стану солдатів стало переважно медичним (справою психіатрії) і вирішувалося шляхом лікування [57].

При вивченні проблеми стресових реакцій у солдатів під час бойових дій у дослідницькій практиці використовуються наступні визначення. Д. Шпігель використовує термінологію - «бойовий стрес», «бойова втома», «бойове виснаження», а також «гостра бойова реакція» (1945); R. Grinker, J. Leopold, - «посттравматичний невроз у тих, хто вижив» (1963); І. Janis - «Емоційний шок»: первинний (сам вибух) і вторинний (бачення численних жертв) (1971) тощо. [14].

Відмінною рисою досліджень бойового стресу та його впливу на солдатів у той час був розгляд проблеми в медичному контексті.

Неоціненним внеском Г. Кормоса є те, що він у 1978 році відрізнив термін «бойовий стрес» від терміну «посттравматичний стресовий синдром» [5].

Аналізуючи підходи різних авторів до розуміння бойового стресу, В. Осодла об'єднує їх у кілька моделей:

1. Бойовий стрес розглядається як хвороба, спричинена загостренням у бойовій ситуації вже існуючого латентного внутрішньопсихічного конфлікту. Термін «травматичний невроз» відповідає цій моделі.

2. Модель «стійкості» або «витривалості», в якій кожна людина має певний поріг «стійкості». У цьому випадку важливим є не стільки здоров'я індивіда, скільки обставини, які складаються таким чином, що поведінка солдата, характерна для травматичного неврозу, стає нормою повсякденної поведінки. Термін «бойова втома» вписується в цю схему.

3. Бойова втома може бути результатом свідомої мотивації.

4. Екологічна модель або модель «внеску у війну». Підкреслює центральну роль, яку відіграє комбінація зовнішніх факторів.

5. Модель неврозу виживання. Ця модель тематично описує внутрішній конфлікт, який виникає у людей в ситуації війни, за образом і подобою неврозу переживання І.Павлова. Єдиним змістом конфлікту є вибір між бажанням вижити і бажанням виступити.

6. «Кризова» модель. Відображає точку зору тих, хто вважає, що стрес в бою обумовлений боягузтвом і небажанням солдатів виконувати свій патріотичний обов'язок. Ця ненаукова модель мала значний вплив на вивчення даної проблеми [50].

На думку П. Волошина, Н. Марути та Л. Шестопалова, бойовий стрес - це різноманітні переживання, викликані тривалою загрозою для життя в бойовій обстановці. При цьому Л. Шестопалов вважає, що необхідно говорити саме про бойовий стрес, оскільки це поняття насамперед відображає загальний травматичний вплив бойової ситуації [23].

На думку зарубіжних дослідників, бойовий стрес є невід'ємною частиною психотравматизації військовослужбовців у зв'язку з їх бойовою діяльністю [4].

Однак аналіз літератури останніх десятиліть, присвяченої бойовому стресу серед військовослужбовців, показав, що досі немає чіткого визначення поняття бойового стресу, його характеристик та причин виникнення.

За результатами досліджень деякі автори пропонують розрізняти такі види бойового стресу:

- конструктивний (з'являються нові, корисні психічні якості; солдати стають більш тактичними, уважними до зброї, легко освоюють нову зброю, в бою - налаштовані на перемогу, на виживання, порівняно з полоненими і аборигенами - лоялістами),

- деструктивний - характеризується меншою пристосованістю солдатів до бойової обстановки, навіть порівняно з тим, якими вони були на момент прибуття на фронт, відбуваються катастрофічні, деструктивні психологічні зміни, автор називає таких солдатів «зламаними», «обшарпаними», «божевільними», необхідна ізоляція в тилу,

- вторинний військовий (післявоєнний) стрес - виникає у випадках потрясінь, коли ентузіазм молодих солдатів до війни переходить у відчай і здатність до суїцидального протесту в помсту агресорам. Виникає у молодих ветеранів внаслідок відсутності допомоги у входженні в цивільне життя) [78].

Об'єднуючи результати своїх спостережень, Л. Кітаєв-Смик пропонує подальше використання «кризових стрес-класів» у вивченні надзвичайного зростання екстремальних ефектів [78].

На перший погляд, це вже описано на індивідуальному рівні Г. Сельє [85], але Л. Кітаєв-Смик пропонує таку класифікацію для практичного і потенційно корисного порівняння різних форм трансформації ступеня кризи під час наростання екстремального афекту в індивіда.

У стресовій кризі першого ступеня активуються поверхневі адаптаційно-захисні ресурси (резерви) організму: емоції, захисна поведінка і навички подолання, здатність долати негаразди (або переживати приємні стреси). Різноманітність «готових» типів емоційно-поведінкових проявів індивіда (активних, конструктивних і пасивних) забезпечує достатню стійкість не тільки особистості, а й соціуму (групи, племені, популяції) у разі раптових екстремальних впливів [46].

У випадках, коли стресор не зникає в першій фазі, а тяжкість ситуації продовжує зростати, мобілізуються більш глибокі адаптивні захисні ресурси і виникає стресова криза другого порядку. Коли цього недостатньо, щоб усунути стресор або хоча б зробити переживання стресу терпимим, виникає погіршення самопочуття, хворобливо-дискомфортний і навіть депресивний стан. Зростає втома і знижується продуктивність.

Медичні та інструментальні дослідження людей у такому продромальному (передхворобливому) стресовому стані фіксують негативні реакції в серцево-судинній, шлунково-кишковій, нервово-м'язовій та інших системах [46].

Стресові кризи третього порядку характеризуються розвитком стрес-асоційованих захворювань, що свідчить про задіяння і використання механізмів ще сильнішого, можна сказати, жертовного захисту організму від поки що нездоланних стресових факторів. Однією з таких кризових ситуацій є катастрофічні зміни в поведінці (зовнішній активності) та внутрішній фізіологічній активності людини. Ці зміни парадоксальним чином спрямовані не на знищення стресора (не ворога), а на самого себе, суб'єкта, який страждає від нестерпного стресу. Отже, суїцидальна поведінка людей у стані стресу виникає тоді, коли вони не хочуть смерті і не до кінця усвідомлюють, що наближаються до неї [59].

Відповідність між перебігом воєнного стресу та стадіями за Г. Сельє. Сельє було представлено в роботі О. Тімченко (див. рис. 1.1) [80].

|  |  |
| --- | --- |
| **Перебіг воєнного стресу**  |  |
|  |
|  |
| Виникнення воєнного стресу |  |
|  |
| Конструктивний воєнний стрес |
|  |
| Воєнна психічна травма |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Стадії стресу****(теорія Г. Сельє)** |
|  |
|  |
|  | Стадія тривоги |
|  |
|  Стадія резистентності |
|  |
| Стадія виснаження |
|  |

Рис. 1.1. Відповідність між основними стадіями класичної теорії стресу Г. Сельє

Залежно від деталей взаємодії таких факторів, як актуальність стресогенних чинників для конкретного учасника бойових дій, особливості його копінг-поведінки, особистісні характеристики та індивідуально-психологічні риси, професійна та психологічна готовність до бойових дій, характер і рівень військової мотивації, особливості сприйняття солдатом місця і ролі бойових дій в історії, індивідуальна перспектива солдата, можуть виникати різні форми стресу:

а) інтенсивність його прояву - від станів підвищеної психологічної напруженості до патологічних станів,

б) домінуючий рівень прояву - психологічний, психофізіологічний, патологічний

в) ступінь усвідомлення самим військовослужбовцем свого стану (інсайт),

г) прояв стресу якій домінує в особистості військовослужбовця в тій чи іншій сфері – емоційній сфері, когнітивній сфері, мотиваційній сфері, вольовійвольовій або поведінковій,

д) ступінь контролю військовослужбовця над власними проявами бойового стресу (ступінь самоконтролю), гіпер- та гіпермобільності,

е) характер впливу солдата в стані стресу на психічний стан інших солдатів,

є) тривалість стресового розладу у солдата,

ж) характер впливу на бойові дії [80].

З точки зору інтенсивності, бойовий стрес може бути представлений за наступною градацією:

- Бойовий стрес низької інтенсивності зазвичай успішно долається більшістю солдатів і може спочатку сприяти підвищенню бойової активності; пізніше він або стає звичкою солдатів, або переростає в бойовий стрес високої інтенсивності,

- Бойовий стрес високої інтенсивності (висока працездатність, тривожність) може значно ускладнювати діяльність як окремого військовослужбовця, так і військового колективу. На індивідуальному рівні він проявляється як: різке підвищення або, навпаки, зниження бойової активності, неадекватне бойовій обстановці; підвищення емоційного збудження, неадекватне бойовій обстановці або, навпаки, емоційна пасивність або, навпаки, прагнення «вийти» з бою, за будь-яку ціну зберегти життя; втрата орієнтації в бойовій обстановці тощо. На груповому рівні: у якісній зміні соціально-психологічної ситуації у військових колективах. Водночас високий рівень групового розвитку військового колективу, професійно-психологічна готовність його членів до спільного ведення бойових дій, їх позитивний досвід внутрішньо- та міжгрупової взаємодії в бойовій обстановці можуть сприяти зниженню деструктивного впливу бойового стресу підвищеної інтенсивності,

- найбільш інтенсивний бойовий стрес проявляється у формах, які унеможливлюють ведення бойових дій протягом відносно тривалого періоду часу. Крайніми формами прояву є невротичні та психотичні розлади [3; 15; 17].

Небезпека важкого бойового стресу розглядається в роботі Н. Агаєва. Автор вказує, що бойовий стрес може бути настільки інтенсивним, що особовий склад виснажується ще до того, як встигають активуватися регуляторні системи, що забезпечують створення довготривалої адаптації [1-2].

Бойовий стрес також може бути травматичним стресом, і в цьому випадку, за різними джерелами, його можна охарактеризувати як «психологічну бойову травму» [18; 22].

**1.2.** **Фактори, що негативно впливають на психологічний та психічний стан військовослужбовців та ветеранів**

У сучасній психологічній літературі існує багато описів факторів, що негативно впливають на психіку військовослужбовців, та різні підходи до їх класифікації.

До кожного виду психологічного тиску прийнято відносити: загальні фактори (характерні для всіх видів тиску); специфічні фактори (характерні тільки для даного виду тиску); зовнішні або об'єктивні фактори, які є об'єктивними умовами виникнення тиску (дефіцит часу, високе навантаження тощо); суб'єктивні, особистісні фактори, які значною мірою обумовлені індивідуальними особливостями людини (недостатня самооцінка, мотиваційні особливості, темперамент, високий рівень домагань, високий рівень стресу тощо); та власне психологічні фактори, які і є тими факторами, що негативно позначаються на психології військовослужбовців та ветеранів [25].

На нашу думку, у зв'язку із загальною характеристикою бойових стресорів, виправданим є розгляд наступних підходів до їх класифікації.

О. Кокун [30], спираючись на результати досліджень у сфері правоохоронної діяльності, класифікує широкий спектр «стресорів» за такими параметрами:

- за соціально-психологічними характеристиками мотивації повсякденного стресу: екстремальні умови, сімейне життя, морально-етичний характер, змішане походження (необхідність виходу на пенсію та адаптації до нових умов життя, сексуальна дисгармонія, хвороба, необхідність хірургічного втручання та ін.);

- тривалість ефекту: короткостроковий (від кількох годин до кількох днів), довгостроковий (від кількох місяців до кількох років);

- залежно від темпу та швидкості проходження курсу;

- залежно від способу впливу на органи чуття: зорові та психічні (спостереження смерті, контакт з пораненим або таким, що переживає панічну атаку, вибухи тощо), слухові (удар, гуркіт, шум тощо), дотикові та нюхові (вібрації, повітряні хвилі, тепло тощо) [30].

Військові психологи класифікують фактори, які мають домінуючий психологічний вплив на бойову діяльність солдатів, за такими параметрами:

- «зовнішні-внутрішні». Зовнішні фактори поділяються на соціальні та бойові. До соціальних факторів відносять ставлення людей до війни, до своєї армії, до противника, згуртованість військового підрозділу, чітке і авторитетне командування. Бойові фактори включають тип, умови та інтенсивність бою. Внутрішні фактори включають фізіологічні фактори, такі як нервова система і темперамент, і психологічні фактори, такі як риси характеру. Вторинні психологічні фактори бою (небезпека, несподіванка, новизна, брак часу та інформації, втрати, дискомфорт, причетність до насильства тощо).

- Компетентність або її відсутність у бойовій ситуації. Специфічні «бойові стресори» пов'язані виключно з бойовою діяльністю військовослужбовців. Неспецифічні (притаманні будь-якій стресовій ситуації) - тривала напружена діяльність, різкі та неочікувані зміни, складні умови навколишнього середовища тощо,

- За безпосереднім впливом - «стресори» з прямим емоційним впливом - небезпека, несподіванка тощо та непрямим - дефіцит часу і підвищений темп дій, надзвичайна розумова складність рішень, інформаційне перевантаження тощо [41].

До неспецифічних чинників військової діяльності автори додають тривалу депривацію основних біологічних і соціальних потреб; різкі та неочікувані зміни умов служби та побуту; напружені та тривалі міжособистісні конфлікти; підвищену відповідальність за свої вчинки. Автор вказує, що ці фактори викликають бойовий стрес і визначають реакції, ситуації та поведінку військовослужбовців під час виконання бойових завдань. Соціальні чинники є основою для формування соціальної мотивації поведінки та специфічних бойових установок у особового складу [43].

Н.Пенькова підкреслює важливість тривалості перебування військовослужбовців у зоні бойових дій та частоти бойових контактів з противником, оскільки, на думку автора, ці характеристики мають великий вплив на процес бойової адаптації військовослужбовців та розвиток бойового стресу і психологічних розладів [58].

Одним з найважливіших соціальних факторів, що більшою чи меншою мірою визначають поведінку солдата в бою, є згуртованість військового підрозділу, яка є основою для підтримки високої психологічної стійкості та активності окремого солдата, а також чіткого і авторитетного керівництва бойовими діями. Досвід збройних сил США та Ізраїлю останніх десятиліть показує, що солдати, які відчувають довіру і повагу до своїх командирів, можуть активно виконувати навіть ті завдання, мету яких вони не розуміють або морально не схвалюють [16].

Окрім вищезазначених факторів, існують інші соціальні, етнічні, релігійні та інші чинники, які додатково надають стрес військовослужбовцям. До них ми можемо віднести:

- Непопулярність військової служби у державі,

- Негативний досвід бойового стресу в минулому,

- недостатній особистий досвід самоконтролю власної поведінки,

- приналежність до етнічної групи, подібної до солдатів противника (особливо якщо солдат належить до етнічної меншини у власній країні),

- те, що релігія учасника схожа або близька до релігії противника (особливо якщо солдат належить до релігійної меншини у своїй країні),

- належність учасника до жіночої статі [20].

Розглянемо внутрішні чинники, що впливають на психологію військовослужбовців, в яких головну роль відіграють індивідуальні особливості людини, її фізіологічна, емоційна, вольова та когнітивна сфери.

На думку вітчизняних та зарубіжних дослідників, на виникнення стресу у різних людей впливають особистісні фактори, такі як генетична схильність (30% реакцій людини визначаються генами); вагітність матері (встановлено, що якщо у жінки під час вагітності підвищений рівень стероїдних гормонів, то дитина буде сильніше реагувати на стрес); досвід раннього дитинства (травматичні переживання в перші сім років життя дитини ускладнюють перебіг стресових реакцій на все подальше життя дитини); наявність у сім'ї. Людина, яка перебуває в оточенні доброзичливих людей, відчуває їхню підтримку та легше сприймає загрозливі фактори в навколишньому середовищі. На противагу цьому, люди, які є самотніми або мають постійні сімейні проблеми, відчувають більший стрес і частіше хворіють [27].

Слід розуміти, що прояви психологічних розладів внаслідок бойового стресу у військовослужбовців, залежно від певних внутрішніх особливостей, будуть відрізнятися за такими параметрами:

- інтенсивність симптомів (від станів підвищеної психічної напруженості до травматичних станів психозу),

- ступінь усвідомлення військовослужбовцем своєї ситуації,

- ступінь контролю військовослужбовцем проявів бойового стресу,

- ступінь впливу на психологічний стан інших військовослужбовців,

- тривалість бойового стресу,

- ступінь впливу на військовослужбовця ступеня психологічної мотивації (від надмірної до недостатньої мотивації),

- характер впливу на бойову ефективність (від підвищення до зниження ефективності) [39].

У подальшому розвитку негативних психологічних станів, набутих під час бойових дій, відзначаються такі фактори, як індивідуальні особливості солдата до війни, реакції на небезпечні для життя ситуації та ступінь відновлення цілісності особистості.

**1.3.** **Психологічні травми, отримані внаслідок участі у військових діях, та специфіка їх впливу на особистість**

Аналізуючи літературу можна побачити свідчення того, що психологічні травми, які виникають у військовослужбовців внаслідок участі у військових операціях, оцінюються дослідниками з двох аспектів - впливу на ефективність виконання завдань за призначенням та з точки зору збереження психічного здоров'я і повернення «бойової одиниці» до строю після психологічної травми [19].

Поєднавши ці два напрямки ми досягнемо мети нашого дослідження, за для цього ми повинні розглядати психологічні травми одночасно з двох точок зору, враховуючи їх вплив та місце в адаптації військовослужбовців в умовах бойових дій.

У ціх випадках, коли сила бойових стресорів під час травматичної події перевершує наявні адаптаційні можливості солдата, спостерігається зниження працездатності людини та з'являються ознаки психологічної травми (від проявів індивідуальних реакцій до різноманітних нервово-психічних та психосоматичних захворювань) 21].

Т. Мацевко, У. Березницька, Н. Солошенко наводять данні частоти гострих стресових реакцій серед військовослужбовців у важких, інтенсивних бойових діях зазвичай становить 10-25%. Погана підготовка, неадекватне керівництво та відсутність об'єктивної інформації аномальні стресові реакції можуть досягати майже 100% особового складу за рахунок механізмів індукції, що приведе до явища - колективна паніка [49].

Структура психологічних розладів, що виникають внаслідок екстремальних умов, була описана французьким психіатром А. Кардінером [7; 9]. А. Кардінер як доповнення до концепції травми. Кардінер доповнює поняття травматичного неврозу. Він визначає зниження внутрішніх ресурсів організму і ослаблення сили его як причину психічних розладів і виділяє п'ять найбільш характерних відстрочених психологічних реакцій у відповідь на травматичні події: фіксація на травмі; зниження загального рівня психічної активності; дратівливість; схильність до «вибухових» агресивних реакцій; типові сновидіння [7; 9].

Розглянемо запропоновані різними авторами етапи травматичної стресової реакції, які, на нашу думку, більш детально описують зміни, що відбуваються в людині у відповідь на вплив травматичних стресорів.

Механізм реакції на стресові події та тип її перебігу представлено в концепції К. Горишні. Спираючись на існуючі теорії травми, К. Горішня визначає наступні стадії травматичної стресової реакції:

І. Стадія - масивний стрес і негайна спроба самоконтролю. Перша стадія стресу і негайної стресової реакції - безпосередній стрес і негайна стресова реакція; можуть виникати стани шоку, нерухомості, розгубленості і плачу.

II. Стадія - виключення (відторгнення і заціпеніння). Робляться спроби уникнути визнання реальності події, що зазвичай супроводжується заціпенінням. Можуть виникати дезадаптивні реакції, такі як «замикання», вживання алкоголю і наркотиків, іноді гнів або порушення свідомості. Заперечення та заціпеніння захищають від травматичної ситуації.

Фаза III - це період коливань (заперечення і заціпеніння - компульсивне повторення). Компульсивне повторення - це ідеї, образи та «емоційні атаки», які викликаються зовнішніми подіями і включають повторні, несподівані бачення події та реакції страху при сенсорних або асоціативних нагадуваннях про подію. Людина відчуває безнадію і не може працювати та спілкуватися з іншими. Коливання між відторгненням, заціпенінням та інтроверсією триває доти, доки інформація не буде повністю перероблена.

Фаза IV - Перехід (переробка). Характеризується тривогою і депресією.

Фаза V - Інтеграція (завершення) (завершення обробки інформації). Відносне припинення реакції виражається в нездатності опрацьовувати і переживати емоції. Цей стан описується метафорою «Частина мене ніби померла». Цей період може тривати довго, і навіть якщо симптоми слабко виражені, вони не зникають [20].

А. Романишин [66; 67], який досліджував військовослужбовців, що зазнали впливу екстремальних та травмівних факторів, визначає такі послідовні етапи зміни психічного стану та відновлення:

1. «Фаза вітальної реакції»: триває близько 15 хвилин. Починається в перший момент реальної небезпеки. Поведінкові реакції спрямовані виключно на збереження життя і можуть супроводжуватися тимчасовим заціпенінням або інтенсивним руховим збудженням.

2. Фаза гострого психоемоційного шоку з явищами гіпермобільності: триває близько 3-5 годин; характеризується загальним психічним напруженням, надзвичайною мобілізацією психофізіологічних резервів, проявами дикої хоробрості, особливо при порятунку близьких, загостренням сприйняття і збільшенням швидкості розумових процесів, підвищенням працездатності і фізичних сил. Водночас у більшості людей у цей період можуть спостерігатися панічні реакції та порушення поведінки.

3. Фаза психологічної абстиненції: Настає через 6-12 годин після травматичної події і триває до 3 днів. Характеризується значним погіршенням самопочуття та психоемоційного стану, з поширеним почуттям розгубленості, відчаю, депресії тощо. Існує висока ймовірність виникнення панічної реакції. Ця фаза виникає під час першого контакту з постраждалими, коли вони вперше бачать тіла загиблих, усвідомлюють масштаб трагедії, що зазвичай супроводжується підвищенням рівня стресу.

4. Фаза розпаду: спостерігається на 3-12-й день. Відбувається поступова стабілізація настрою і самопочуття, але зберігається низький емоційний фон, контакт з оточуючими обмежений, з'являється гіпомімія (обличчя як маска) і сповільненість рухів.

5. Фаза первинного відновлення: починається через 10-12 днів. Проявляється поведінковими реакціями: активізується міжособистісне спілкування, нормалізується емоційне забарвлення мови, відновлюється сновидіння.

6. Фаза сповільненої реакції: характеризується появою деяких психопатологічних синдромів та психосоматичних розладів через 30-40 днів після травматичної події [66; 67].

В.Свистун [70] пропонує розрізняти два типи травматичних ситуацій з можливими наслідками їх впливу на психіку:

Тип 1. Короткочасна, несподівана травматична подія (постріл снайпера, стихійне лихо, автомобільна аварія, сексуальне насильство тощо). Такі події залишають незгладимі сліди в психіці людини (людині часто сняться сни, в яких присутні певні аспекти події), а сліди в пам'яті є яскравими та конкретними. Це може призвести до типових симптомів ПТСР: постійної психічної активності, пов'язаної з подією, симптомів уникнення та високої фізіологічної реактивності. У такому випадку, швидше за все, відбудеться класичне повторення травматичного досвіду.

Тип 2. Постійний і багаторазовий вплив травматичного стресора - серійна травматизація або тривала травматична подія (бійка, неодноразове фізичне або сексуальне насильство тощо). Спогади про таку подію характеризуються неоднозначністю і гетерогенністю через процес дисоціації. Вплив цього виду травми може призвести до зміни самооцінки та світогляду людини, що може супроводжуватися почуттям провини, сорому та зниженням самооцінки. Спробами захиститися від нестерпного досвіду можуть бути відхід у себе, заперечення, відстороненість, зловживання алкоголем і наркотиками [70].

Наступні терміни також використовуються для пояснення страждань, які виникають після участі в бойових діях:

- «Бойовий шок» - це загальна емоційна реакція, яка виникає після кількох годин або днів інтенсивних бойових дій. У своєму розвитку «бойовий шок» проходить три фази. Перша триває кілька годин або днів і характеризується такими емоціями, як тривога, депресія і страх. У другій (гострій) фазі з'являються невротичні симптоми. Вона триває від кількох днів до кількох тижнів. Прогноз для одужання на цій стадії все ще хороший. Третя (хронічна) стадія характеризується симптомами хронічного психічного розпаду. Люди на цій стадії одужують повільно і потребують спеціалізованого лікування.

- «Бойова втома» - це психологічний розлад середньої тяжкості, який виникає після кількох тижнів бойових дій [73].

Однак під час психологічного дослідження Н. Сторожук дійшов висновку, що стрес є базовим станом, з якого розвиваються всі інші негативні психологічні стани [76].

Подібної думки дотримуються й інші дослідники. Наприклад, Є. Потапчук стверджує, що тривога є сприятливим фоном для розвитку паніки [59].

Важливо розрізняти тривогу, занепокоєння та тривожні розлади. У даному випадку під тривогою ми розуміємо емоційний стан, який виникає в ситуації, що характеризується невизначеністю, і проявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій. Існує два типи тривожних реакцій: фізіологічні та патологічні.

Фізіологічний («нормальний») стрес - фізіологічне значення полягає в мобілізації організму для досягнення швидкої адаптації.

Патологічний стрес зазвичай є тривалим (понад 4 тижні). Він призводить до депресії (виснаження), а не до покращення адаптаційних можливостей організму [24].

Основними фізичними симптомами тривоги можуть бути прискорене серцебиття, озноб, пітливість, холодні і липкі руки, відчуття «клубка» в горлі, відчуття задишки, біль у грудях, нудота, біль у животі, сухість у роті, запаморочення і непритомність, тремтіння, м'язові посмикування, м'язова напруга і біль, часте сечовипускання і зниження лібідо. Серед психологічних симптомів тривоги найпоширенішими є заклопотаність неважливими речами, відчуття оніміння, нездатність розслабитися, дратівливість, нетерплячість, напруженість і відчуття на межі зриву, труднощі з концентрацією уваги, погіршення пам'яті, труднощі та розлади сну, втома та ірраціональні страхи [26].

Наявність тривожного розладу, на додаток до інших психічних розладів, різко підвищує ризик розвитку депресивних розладів (у 15 разів) і хімічної залежності (більш ніж у 20 разів) [40].

Легка депресія (субдепресія), яка не є психопатологією, характеризується пригніченим настроєм, песимізмом, зниженням працездатності та хронічною втомою.

Вона характеризується погіршенням пам'яті, зниженням здатності до концентрації, нездатністю зосередитися на діях, поганим сном вночі та надмірною денною сонливістю [28].

Крім того, депресія має такі додаткові симптоми: почуття провини, відчуття негідності, тривога та/або страх, песимізм, порушення сну, безсоння або надмірний сон, втрата або збільшення ваги, нестабільний апетит, нездатність концентруватися та приймати рішення, низька самооцінка, думки про смерть та/або самогубство [48].

Під час бойових дій та ротацій, коли підрозділи перебувають на етапі координації та укомплектування, психологам також часто доводиться мати справу з наслідками психологічної бойової травми, такими як гостра стресова реакція, гострий стресовий синдром та посттравматичний стресовий розлад.

Серед психологів, що працюють з військовими, особливою популярністю користується підхід І. Котєньова, який вважає, що психологічна травма є наслідком участі у бойових діях (див. рис. 1.2).

ТРАВМА

Рис. 1.2. Психогенні розлади внаслідок травматичної події [31]

Симптоми гострого стресового розладу в більшості випадків подібні до симптомів посттравматичного стресового розладу. Вони відрізняються часовим перебігом та наявністю дисоціативних симптомів [62].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), це пролонгована реакція (після латентного періоду не більше шести місяців) на стресову подію (короткочасну або тривалу) вкрай загрозливого або катастрофічного характеру, яка може викликати глибокий дистрес практично у будь-якої людини. ПТСР має дві характеристики: психогенну природу розладу та нестерпну тяжкість психогенного стресу для пересічної людини [64].

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1**

Проведено аналіз наукової літератури з досліджуваної проблеми. Однак аналіз літератури останніх десятиліть, присвяченої бойовому стресу серед військовослужбовців, показав, що досі немає чіткого визначення поняття бойового стресу, його характеристик та причин виникнення.

Бойовий стрес - це різноманітні переживання, викликані тривалою загрозою для життя в бойовій обстановці. Науковці вважають, що необхідно говорити саме про бойовий стрес, оскільки це поняття насамперед відображає загальний травматичний вплив бойової ситуації.

На думку зарубіжних дослідників, бойовий стрес є невід'ємною частиною психотравматизації військовослужбовців у зв'язку з їх бойовою діяльністю.

Під час бойових дій та ротацій, коли підрозділи перебувають на етапі координації та укомплектування, психологам також часто доводиться мати справу з наслідками психологічної бойової травми, такими як гостра стресова реакція, гострий стресовий синдром та посттравматичний стресовий розлад.

Аналізуючи літературу можна побачити, що психологічні травми, які виникають у військовослужбовців, можна оцінити з точки зору впливу на ефективність виконання завдань за призначенням та з точки зору збереження психічного здоров'я і повернення до строю після психологічної травми.

**РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ, ЩО БУЛИ ЧИ Є УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ**

**2.1. Організація та хід дослідження**

За для отримання найбільш переконливих доказів ролі, яку відіграє інтенсивність бойового досвіду в розвитку психологічної травматизації, було вирішено дослідити різні групи військовослужбовців. При формуванні вибірок досліджуваних була врахована можливість включення до психодіагностичних вимірів військових різного досвіду бойвих операції, який було отримано в різні по інтесивності періоди війскових бойових дій (2014-2024 рр.). Крім того, до однієї вибірки увійшли військовослужбовці та ветерани, які на момент дослідження мали психологічну травму в різних її проявах. Для дослідження особливостей психологічної травми у військовослужбовців було обрано дві основні вибірки. Вибірки складалися з солдатів, сержантів і старшин, призваних до лав збройних сил під час часткової мобілізації.

Вибірка респондентів які брали участь у дослідженні про призов, були такими:

- Група А. 21 особа, військовослужбовці, чоловіки від 25 до 55 років, які брали безпосередню участь у бойових діях,

- Група Б. 32 особи військовослужбовці, чоловіки від 25 до 55 років, які не брали участі в бойових діях (2-3 лінії оборони).

Ефективність комплексної тренінгової програми «Профілактування психологічних травм у військовослужбовців та ветеранів» перевірялася на контрольній (n = 15) та експериментальній (n = 15) групах, які складалися з військовослужбовців та ветеранів віком від 20 до 56 років, рядового, сержантського та старшинського складу.

Для вирішення поставленої у дослідженні проблеми було розроблено дизайн емпіричного дослідження, яке передбачало проведення дослідження у декілька етапів:

І етап - визначення теми, формулювання мети та завдань дослідження, теоретичний аналіз наукової літератури з досліджуваної проблематики,

ІІ етап - вибір та обґрунтування методологічного забезпечення, розробка дизайну емпіричного дослідження,

III етап - проведення емпіричного дослідження в різні періоди проведення антитерористичної операції за участю військовослужбовців з різною інтенсивністю бойового досвіду та терміном служби і бойових завдань в зоні бойових дій, узагальнення результатів дослідження,

IV етап – розробки програми профілактики психологічної травматизації військовослужбовців, а також перевірка ефективності комплексної тренінгової програми «Профілактика психологічної травматизації військовослужбовців».

Охарактеризуємо методи діагностики посттравматичного стресового розладу.

**Шкала впливу подій (Impact of Events Scale-Revised, IES-R**) [63]. Перша версія ШОВТП була опублікована в 1979 році М. Горовіцем та ін. (M. Horowitz, N. Wilner et al., 1979). У 1995 році D. Вайс з колегами (D. Weiss, C. Marmar, T. Metzler) дійшли висновку, що ШОВТП міг би бути більш корисним, якби міг діагностувати не лише симптоми ПТСР, такі як компульсивність та уникнення, але й симптоми перестимуляції, які включені до діагностичних критеріїв DSM-IV і є частиною психологічної реакції на травматичні події. Таким чином, шкала «Вплив травматичних подій» (IES-R) стала шкалою з 22 пунктів. Метою додавання нових 6 пунктів (субшкала збудження) є опис таких характеристик, як гнів і дратівливість, гіпертрофоване тремтіння, труднощі з концентрацією уваги, психофізіологічне збудження через спогади і безсоння. Новий елемент інтимності виявляє стани, які повторно переживаються і нагадують дисоціативні стани [63].

Таким чином, шкала оцінки впливу травматичної події складається з таких субшкал, як: «втручання», “уникнення”, “збудження”.

Міссісіпська шкала оцінки **посттравматичної реакції** (військова версія) [72] - метод, розроблений у 1987 році зі співавторами для діагностики посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання на військовому театрі бойових дій. В його основі лежить опитувальник MMPI. Тридцять запитань формують три основні шкали, які корелюють з трьома групами симптомів ПТСР: 11 запитань першої шкали описують симптоми групи «примусу», 11 запитань другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 запитань третьої шкали описують симптоми «дратівливості». Решта п'ять запитань описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальними думками [72].

Загальний бал рахується за формулою: Σ1+Σ2. Кожен пункт має оцінку від одного до п'яти балів. Підрахування робиться за сумою відповідей на твердження (відповіді на «прямі» твердження та відповіді на «зворотні» твердження підсумовуються шляхом перекодування наступним чином: вказані відповіді - 1, 2, 3, 4, 5, перекодовані відповіді - 5, 4, 3, 2, 1) [72].

**Опитувальник вираженості психопатологічних симптомів** (SCL-90-R) [77]. SCL містить 90 пунктів, які оцінюють симптоматику як у психіатричних пацієнтів, так і у здорових осіб (Derogatis, Rickels, Rock, 1976). 90 пунктів оцінюється за школою у п’ять балів (від 0 до 4), де 0 означає «зовсім ні», а 4 - «дуже сильно». Відповіді на 90 пунктів узагальнюються та інтерпретуються за 9 шкалами для основних симптомів розладу: соматизація (SOM), ОКР (O-C), міжособистісна чутливість (INT), депресія (DEP), тривога (ANX), ворожість (HOS), фобічна тривога (PHOB), параноїдальні думки (PAR), психотизм (PSY) та 3 підсумкові шкали другого порядку: (GSI), показник теперішньої тривоги (PTSD) та загальний позитивний показник стресу (PST). Показники другого порядку були запропоновані для більш гнучкої оцінки психопатологічного стану суб'єкта [77].

Для оцінки вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу використовується **опитувальник травматичного стресу І. Котєньова** [82]. Складається зі 110 тверджень. Респондента просять оцінити кожне твердження за 5-бальною шкалою Лайкерта (від «абсолютно вірно» до «абсолютно невірно») відповідно до його відповідності власній ситуації. 56 пунктів складають «ключ» для оцінки вираженості симптомів постстресового розладу, 15 пунктів є частиною додаткової «шкали депресії», 9 пунктів складають три оціночні шкали - «брехня», «вираженість» і «викривлення - які дають можливість перевірити ступінь чесності респондента, його схильність підкреслювати тяжкість свого стану або заперечувати наявність психологічних проблем. Крім того, опитувальник містить надлишкові твердження, які не дають респонденту ненавмисно зрозуміти основну мету тесту. Окрім «прямих» тверджень, де згода оцінюється як наявність певної риси (симптому) у людини, з метою врівноваження тенденції до згоди, опитувальник містить так звані «зворотні» пункти, де значущими є негативні відповіді [82].

При тестуванні з порожньою версією опитувальника процедура займає від 15 до 20 хвилин. Бали підраховуються за контрольною та базовою підшкалами для посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та гострого стресового розладу (ГСР).

Результати інтерпретуються з використанням як загальних балів за ПТСР і ГСР, так і за підшкалами опитувальника для оцінки відносної вираженості різних груп симптомів. Враховуючи значну позитивну кореляцію між ПТСР та РАС, у випадках, коли з моменту травми пройшло достатньо часу (3 місяці або більше), можна обмежитися аналізом лише балів за ПТСР. Якщо опитування проводилося одразу після травматичної події (протягом 1 місяця), слід проаналізувати структуру ГСР.

Надійність опитувальника оцінювалася автором за допомогою альфа-коефіцієнта Кронбаха, який перевищував 0,8 для ПТСР та ГСР. Коефіцієнт d Фергюсона для цих пунктів становив 0,95, що свідчить про високу дискримінативну силу тесту [82].

**Скринінговий опитувальник посттравматичного стресового розладу** (ПТСР) складався з 7 запитань. Якщо принаймні на чотири запитання отримано позитивну відповідь, ставиться попередній діагноз ПТСР. Важливою перевагою опитувальника для попереднього скринінгу ПТСР є його здатність виявляти ознаки ПТСР в умовах дефіциту часу. Цей опитувальник широко використовувався Breslau N., Peterson E., Kessler R., Schultz L. (1999) в епідеміологічному дослідженні ПТСР в міській місцевості в США у осіб, які пережили травматичні події [25].

В Україні базовий скринінговий опитувальник для виявлення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) рекомендований до використання Міністерством охорони здоров'я України [25].

ВООЗ визначає «якість життя» як невід'ємну частину оцінки та ефективності реабілітації і пропонує оцінювати її за такими параметрами: фізичний (бадьорість, втома, фізичний дискомфорт, сон, відпочинок), психологічний (позитивні емоції, негативні переживання, мислення), незалежность (повсякденна активність, працездатність), соціальне життя (повсякденна активність, соціальні стосунки, дружба, соціальний сенс, професіоналізм), навколишнє середовище (середовище для життя і праці), якість побуту. Таким чином, якість життя можна розглядати як показник ефективності психопрофілактичної роботи, спрямованої на мінімізацію проявів психологічної травматизації військовослужбовців.

Для діагностики рівня задоволеності якістю життя учасників бойових дій було використано **методику «Рівень задоволеності якістю життя», розроблену Р. Еліотом** в Інституті медицини стресу (США) у 1993 році (Eliot, 1993). Опитувальник базується на екзистенційному підході до життєвого стресу. В оригінальному вигляді він складається з 40 категорій, які оцінюють сприйняття стресу індивідом за шкалою від 1 до 9 балів. Чим вищий показник задоволеності в кожній категорії, тим нижчий рівень екзистенційного стресу. У результаті розраховується загальний індекс якості життя (ІЯЖ), він розглядається як суб'єктивна задоволеність здатністю особистих ресурсів справлятися зі стресом у житті та на роботі [83]. Фінальна версія опитувальника містить 36 запитань (за Н. Водоп'яновою), що стосуються задоволеності за такими категоріями: робота, особисті досягнення, здоров'я, спілкування з близькими людьми, підтримка (внутрішня і зовнішня - соціальна), оптимізм, напруженість (фізичний і психічний дискомфорт), самоконтроль, негативні емоції (настрій). Дуже низький рівень індекса якості життя характерний для пацієнтів з депресією. Низький рівень індексу якості життя характерний для людей із синдромом емоційного вигорання. Особи з високим рівнем індекса якості життя характеризуються сильним оптимізмом та активним ставленням до життя [83].

Представлений комплекс надійних психодіагностичних методик є адекватним конкретним завданням дослідження, передбачає якісний та кількісний аналіз експериментальних даних.

**2.2**. **Аналіз результатів проведеного дослідження**

У табл. 2.1 представлено результати порівняльного аналізу двох груп за середніми балами за опитувальником первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Таблиця 2.1

Порівняльний аналіз середніх балів за опитувальником первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) між групою А та групою Б

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показники | Середні значенняпоказників в групах | Стандд. відх. | Значущість |
| Гр. А | Гр. Б | Група А | Група Б |
| Посттравматичний розлад | 3,48 | 1,16 | 1,2 | 0,39  | p˂ 0,05 |

Отримані дані свідчать про те, що у військовослужбовців з групи А цей відсоток значно вищий, ніж у військовослужбовців з досліджуваної групи Б. Звичайно, позитивна відповідь не обов'язково означає, що людина має ПТСР, але вказує на те, що вона може мати певні ознаки ПТСР, а тому потребує ретельного психодіагностичного обстеження з метою виявлення ознак психологічної травми та своєчасного попередження розвитку ПТСР. У разі необхідності військовослужбовці повинні отримати консультацію психолога або інших фахівців, які є компетентними у вирішенні даної проблеми.

Особливої уваги з боку психологів потребують особи, які дали чотири і більше позитивних відповідей на запитання анкети.

Важливо, що в групі військовослужбовців та ветеранів, які мають досвід участі в бойових діях, у 54,3% осіб, які дали чотири і більше позитивних відповідей у реєстраційній формі анкети, були виявлені ознаки посттравматичного стресового розладу (див. рис. 2.1).

Рис. 2.1. Поширеність ознак посттравматичного стресового розладу серед військовослужбовців групи А

*1 - мають ознаки посттравматичного стресового розладу;*

*2 - не мають ознак ПТСР*

У групі Б було виявлено, що 6,4% військовослужбовців мають ознаки ПТСР. Їм були надані відповідні рекомендації (див. рис. 2.2).

Рис. 2.2. Сегментограма результатів наявності ознак ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів групи С

*1 - мають ознаки посттравматичного стресового розладу;*

*2 - не мають ознак ПТСР.*

Порівняльні середні показники за шкалою оцінки впливу травматичної події між групою А та групою Б представлені в табл. 2.2.

Таблиця 2.2

Порівняльні середні показники за шкалою оцінки впливу травматичної події між групою А та групою Б

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   Показники  | Значення в групах | Станд. відх.σ | Рівень значущості |
| Група А | Група Б  | Група А | Група Б |
| Фізіологічне збудження | 12,34 | 5,23 | 3,93 | 1,69  | p˂ 0,05 |
| Уникнення | 12,97 | 7,73 | 4,07 | 2,89  | p˂ 0,05 |
| Нав'язливість | 13,3 | 6,03 | 4,82 | 2,52  | p˂ 0,05 |

Рис. 2.3. Гістограма порівняльних середніх показників за шкалою оцінки випливу травматичної події між групою А та групою Б

Загалом середні показники за шкалами «нав'язливість», «уникнення», «фізіологічне збудження» в обох групах не перевищують допустимих значень, але мають суттєву різницю в досліджуваних групах. У групі А вони достовірно перевищують значення, отримані в групі Б.

За шкалою «нав'язливість» у групі військовослужбовців-учасників бойових дій відсоток осіб з цією симптоматикою значно вищий, ніж у другій групі, а саме - 13,3% та 6,03%. Це свідчить про те, що військовослужбовці групи А переживають переважно нав'язливі, часто повторювані спогади про екстремальні події, думки та відчуття, які викликають інтенсивний емоційний дистрес, кошмарні сновидіння про пережиту подію, які повторюються, флешбеки - миттєве відтворення травматичної події у поєднанні зі страхом, панікою та агресією.

Така ж ситуація спостерігається і за шкалою уникнення.

Симптоми уникнення спостерігалися у 12,97% групи А та 7,73% групи Б. Вони проявлялися в таких варіантах: намагання уникати думок, почуттів або розмов, пов'язаних з травмою; намагання уникати дій, місць або людей, які провокують спогади про травму; нездатність пригадати важливі аспекти травми (часткова психогенна амнезія); значно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності; відчуття відчуження або дистанціювання від інших людей; знижена інтенсивність вищих емоцій (нездатність, наприклад, відчувати любов тощо) ); відчуття відсутності перспективи на майбутнє (наприклад, нездатність відчувати кохання тощо); відчуття відсутності перспективи на майбутнє (наприклад, відсутність очікувань щодо кар'єри, шлюбу, дітей або власного довгого життя).

Результати за шкалою фізіологічного збудження показали, що симптоми фізіологічного збудження більш присутні у військовослужбовців групи А, де відсоток становить 12,34%, на відміну від групи Б з відсотком 5,23%.

Симптоми збудження проявляються у вигляді: труднощів із засинанням або поганого сну (ранні пробудження), дратівливості або спалахів гніву, труднощів із концентрацією уваги, підвищеної настороженості (пильності), постійного очікування загрози, гіпертрофованої реакції страху.

У табл. 2.3 представлено порівняння середніх балів за опитувальником травматичного стресу Котенева між групами А і Б.

Таблиця 2.3

Порівняльна характеристика середніх балів за опитувальником травматичного стресу І. Котеньова між групами А та Б

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Усереднені показники | Показник в групах, його значення | Стд.відх. σ | Рівень  |
| Група А | Група Б | Група А | Група Б |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| ПТСР: | 70,88 | 52,40 | 12,07 | 12,65 p | p˂ 0,05 |
| А (1) (травматична подія ) | 56,42 | 51,69 | 9,46 | 10,7  | p˂ 0,05 |
| В (переживання травми що повторюється –«нав'язливості») | 68,55 | 50,73 | 14,46 | 13,15  | p˂ 0,05 |
| С (симптоматика «уникнення») | 70,52 | 52,83 | 13,23 | 12,92  | p˂ 0,05 |
| D (симптоматика гіперактивації) | 69,13 | 52,64 | 13,50 | 12,48  | p˂ 0,05 |
| F (дізадаптація та дістрес) | 62,45 | 51,12 | 11,82 | 10,82  | p˂ 0,05 |
| ГСР: | 71,64 | 52,81 | 13,05 | 13,44  | p˂ 0,05 |
| А (1) (травма) | 56,42 | 51,69 | 9,46 | 10,7  | p˂ 0,05 |
| B (дисоціативні симптом) | 70,88 | 52,68 | 15,90 | 13,97  | p˂ 0,05 |
| C (повторне переживання травми –«вторгнення») | 66,55 | 50,06 | 15,06 | 12,57  | p˂ 0,05 |
| D (симптоматика «уникнення») | 67,21 | 54,64 | 11,72 | 12,25  | p˂ 0,05 |
| E (симптоматика гіперактивації) | 68,79 | 51,82 | 13,29 | 13,50  | p˂ 0,05 |
| F (дезадаптація та дістрес) | 66,82 | 54,62 | 12,881 | 11,92  | p˂ 0,05 |
|  L (брехня) | 45,62 | 50,36 | 8,81 | 10,08 | p>0,05 |
|  Ag (агравация) | 54.94 | 48,83 | 16,14 | 10,42 | p>0,05 |
|  Di (дисімуляція) | 48,29 | 51,97 | 13,87 | 9,55 | p>0,05 |
|  Depres (депресія) | 66,40 | 47,94 | 12,79 | 10,92  | p˂ 0,05 |

Отримані результати свідчать про наявність проявів окремих симптомів постстресових станів у осіб з бойовим досвідом, клінічна маніфестація яких значно посилюється. У групі обстежених військовослужбовців без бойового досвіду показники травматичного стресу мали середні значення, що підтверджують наявність проявів окремих симптомів постстресових станів, причому незначно виражених.

Порівняльний аналіз показав, що показники майже за всіма шкалами опитувальника мали достовірно вищі значення серед обстежених осіб групи А, що свідчить про більш інтенсивне вираження у них ознак гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу. Лише за показниками неавтентичності, дисимуляції та обтяження достовірних відмінностей між групами не виявлено.

Характеризуючи показники між групами за проявом ознак ПТСР та ГСР, зазначимо, що жодна з груп не набрала менше 50 Т-балів за цими шкалами та їх компонентами. Це свідчить про те, що представники кожної з досліджуваних груп мають ознаки ПТСР та ГСР за кожною з вищезазначених шкал, лише з тією різницею, що в групі А ці ознаки достовірно більш виражені, ніж в групі Б. Так, у групі військовослужбовців та ветеранів з бойовим досвідом за шкалами ПТСР: травматична подія, дистрес і дезадаптація та ГСР: травматична подія отримані бали в діапазоні від 50 до 65 Т-балів (що свідчить про наявність окремих симптомів постстресових станів). За шкалами ПТСР: нав'язливість (повторне переживання травми), симптоми гіперактивації; ГСР: нав'язливість, уникнення, симптоми гіперактивації, дистрес і дезадаптація отримано 65-70 Т-балів, що свідчить про наявність «часткового» ПТСР або ГСР. Вірогідність клінічно виражених розладів у досліджуваних групи А існувала за шкалами ПТСР, ПТСР: «уникнення»; ГСР, ГСР: дисоціативні симптоми (включали деперсоналізацію, дисоціативну амнезію, дисоціативний розлад ідентичності).

На відміну від групи А, в групі Б жодна зі шкал ПТСР і ГСР не показала значень, вищих за 54,64 Т-шкали, що свідчить про відсутність як клінічно виражених розладів, так і ознак «часткового» ПТСР і ГСР у представників цієї групи. Про наявність окремих ознак постстресових розладів у військовослужбовців та ветеранів цієї групи можна говорити лише за всіма шкалами опитувальника.

Пропорційний розподіл ознак ПТСР та ГСР у досліджуваних групах наочно представлений на рис. 2.4 - 2.5.

Рис. 2.4. Сегментограма поширеності ГСР та ознак ПТСР за даними опитувальника травматичного стресу І. Котєньова серед військовослужбовців та ветеранів групи А

*1 - мають ознаки посттравматичного стресового розладу;*

*2 – є ознаки ГСР 3 - не мають ознак ПТСР та ГСР*

Рис. 2.5. Сегментограма результатів наявності ознак ГСР та ПТСР за даними опитувальника травматичного стресу Є. Котєнєва серед військовослужбовців групи А

*1 - наявність ознак ПТСР; 2 - наявність ознак ГСР; 3 - відсутність ознак ПТСР та ГСР*

Результати порівняння середніх показників за Міссісіпською шкалою посттравматичної реакції (військова версія) між групою А та групою Б представлені в табл. 2.3 та на рис. 2.6.

Таблиця 2.3

Порівняльна характеристика середніх показників за Міссісіпською шкалою оцінки посттравматичних реакцій (військова версія)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показники | Значення показника в группах середне |  Стд.відх. σ | Рівень  |
| Група А | Група Б  | Група А  | Група Б |
| Сума 1 | 61,64 | 44,45 | 19,05 | 15,23  | p˂ 0,05 |
| Сума 2 | 30,14 | 24,90 | 6,57 | 8,21  | p˂ 0,05 |
| ПТСР - загальна оцінка прояву | 92,0 | 69,35 | 21,0 | 19,0  | p˂ 0,05 |

Середні показники сумарного балу проявів посттравматичного стресового розладу в першій групі обстежених осіб свідчать про наявність у військовослужбовців цієї групи ознак посттравматичних стресових реакцій, у тому числі посттравматичного стресового розладу. У другій групі показники, отримані за шкалою оцінки посттравматичних стресових реакцій, були в межах норми, проте військовослужбовці мали певні прояви посттравматичних стресових реакцій.

Рис. 2.6. Поширеність ознак посттравматичного стресового розладу за Міссісіпською шкалою оцінки посттравматичних стресових реакцій (військова версія) серед військовослужбовців груп А та Б.

Середні бали, отримані за Міссісіпською шкалою оцінки посттравматичних реакцій (військова версія), як і в попередніх методиках дослідження ознак посттравматичних станів, були достовірно вищими в групі А. Це пов'язано з інтенсивністю бойового досвіду військовослужбовців цієї групи та впливом на них бойових стресових факторів.

Порівняємо середні бали, отримані за допомогою опитувальника вираженості психопатологічних симптомів (SCL-90-R) між досліджуваними групами (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Порівняльна характеристика середніх балів за опитувальником вираженості психопатологічних симптомів (SCL-90-R) між групами А та Б

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Показник | Середнє значення показника в групах | Стд.відх. σ | Рівень значимості |
| Група А | Група Б | Група А | Група Б |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Соматизация | 1,34 | 0,42 | 0,49 | 0,13  | p˂ 0,05 |
| Розлади обсесивно-компульсивні  | 1,09 | 0,42 | 0,30 | 0,11  | p˂ 0,05 |
| Сензитивність міжособистісна  | 1,28 | 0,60 | 0,41 | 0,27  | p˂ 0,05 |
| Дипресія | 0,99 | 0,30 | 0,31 | 0,10  | p˂ 0,05 |
| Тривожність | 1,09 | 0,34 | 0,81 | 0,12  | p˂ 0,05 |
| Ворожість | 0,94 | 0,36 | 0,40 | 0,16  | p˂ 0,05 |
| Тривожність фобічна  | 0,68 | 0,16 | 0,22 | 0,06  | p˂ 0,05 |
| Параноідальні тенденції | 1,25 | 0,50 | 0,41 | 0,17  | p˂ 0,05 |
| Псіхотизм | 0,94 | 0,26 | 0,32 | 0,07  | p˂ 0,05 |
| Питання додаткові  | 7,93 | 2,03 | 2,83 | 0,72  | p˂ 0,05 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Індекс важкостісимптоматики - загальний | 1,08 | 0,36 | 0,37 | 0,16  | p˂ 0,05 |
| Індекс наявних симптомів дістресу | 1,74 | 1,17 | 0,57 | 0,37  | p˂ 0,05 |
| Кількість стверджуючих відповідей - загальна | 53,93 | 29,36 | 19,71 | 9,86  | p˂ 0,05 |

По-перше, в обох групах середні бали, отримані за опитувальником вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), були в межах норми. По-друге, за результатами порівняльного аналізу, коефіцієнти, отримані військовослужбовцями обох груп, були достовірно вищими у досліджуваних першої групи, які мали бойовий досвід, на відміну від досліджуваних другої групи, які такого досвіду не мали. Позитивним є те, що в другій групі вираженої психопатологічної симптоматики за діагностичними шкалами практично не виявлено. Можна говорити лише про *низький рівень* міжособистісної чутливості та деякі прояви параноїдальних тенденцій у представників цієї групи. Так, на цьому рівні міжособистісна чутливість може проявлятися у вигляді сором'язливості, незручності або обмеженості у спілкуванні, відчуття нерозуміння та неприязні з боку оточуючих, відсутності співчуття та емпатії, невпевненості у собі. Параноїдальні тенденції проявляються таким чином: працівники виглядають діловими та конструктивними, але їхня схильність до інтриг з метою викриття лояльності чи невірності підлеглих часто викликає страх і породжує конфлікти. Вони постійно відстоюють своє базове бажання відчувати підвищену значущість і корисність, намагаються сприймати все, що відбувається, за свій рахунок, надмірно чутливі до невдач і відторгнення. Особливістю проявів параноїдальних тенденцій є також прагнення помститися ворогу за свої дії, за загибель товаришів по службі та цивільного населення.

У групі військовослужбовців та ветеранів з бойовим досвідом показники за діагностичними методиками також не перевищують межі 1,4, що свідчить про низький рівень прояву їх симптоматики. Однак такий рівень прояву симптоматики зафіксовано за всіма діагностичними індексами. Тобто до аналогічних ознак, які були виявлені в групі Б за шкалами міжособистісної сенситивності та параноїдальних тенденцій, додалися наступні симптоматичні ознаки.

За шкалою соматизації: причиною порушення може бути афективний дистрес (конфлікт, фрустрація, душевний біль тощо). Психосоматичні реакції можуть виникати не тільки у відповідь на психічні емоційні впливи, але і в результаті прямої дії подразників. Уява, фантазії також можуть впливати на соматичний стан людини. Психогенні фактори можуть викликати наступні фізіологічні порушення в різних органах і системах організму:

- Серцево-судинна система - збільшення частоти серцевих скорочень, зміна артеріального тиску;

- Дихальна система - уповільнення, затримка або почастішання дихання;

- травна система - блювання, діарея, запор, підвищене слиновиділення, сухість у роті;

- кістково-м'язова система - мимовільні реакції: напруження м'язів, тремтіння;

- вегетативна нервова система - пітливість, гіперемія тощо.

Психогенний компонент відіграє важливу роль при багатьох захворюваннях: гіпертонічна хвороба, виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, інфаркт міокарда, мігрень, бронхіальна астма, виразковий коліт, нейродерміт тощо.

За шкалою депресії: відсутність мотивації, занепад життєвої енергії, негативний емоційний фон, загальна пасивність поведінки, пригнічення інтелектуальної та рухової активності, зниження вітальних потреб, здатності до концентрації та уваги, зниження самооцінки та впевненості в собі, песимістичне бачення майбутнього, порушення сну, зниження апетиту тощо.

За шкалою тривожності: підвищена схильність відчувати тривогу в різних життєвих ситуаціях, в тому числі тих, об'єктивні характеристики яких не сприяють цьому.

За шкалою ворожості: наявність думок, почуттів і дій, які є проявами негативного стану гніву. Пункт включає всі три атрибути, що відображають такі якості, як агресивність, дратівливість, гнів, образа.

Шкала фобічної тривожності: визначає стійку реакцію страху перед певними людьми, місцями, предметами та ситуаціями, що призводить до поведінки уникнення.

За шкалою психотизму: спостерігається суб'єктивізм у сприйнятті та оцінці навколишньої дійсності, зануреність у світ власних уявлень і переживань, егоцентричність позиції, схильність йти проти загальноприйнятих норм, труднощі в контактах, складність і суперечливість емоційного життя.

Табл. 2.5 дозволяє констатувати наявність достовірних відмінностей між середніми балами, отриманими за методикою «Рівень задоволеності якістю життя» в групах А і Б.

Таблиця 2.5

Порівняльна характеристика середніх балів, отриманих за методикою «Рівень задоволеності якістю життя» між групами А та Б

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Середні показники | Показники в групі | Станд. відх. σ | Рівень значущості |
| Група А | Група Б  | Група А | Група Б |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| Робота | 24,46 | 28,62 | 7,51 | 5,10  | p˂ 0,05 |
| Досягнення особи | 25,15 | 31,31 | 6,43 | 5,27  | p˂ 0,05 |
| Здоров’я особи | 22,56 | 33,10 | 6,78 | 4,75  | p˂ 0,05 |
| Комунікація з близькими людьми (друзі, рідні)  | 25,37 | 32,68 | 5,44 | 5,58  | p˂ 0,05 |
| Зовнішня та внутрішня підтримка  | 22,87 | 30,31 | 6,57 | 5,51 | p˂ 0,05 |
| Оптимізм | 24,25 | 27,89 | 3,86 | 5,51  | p˂ 0,05 |
| Напруження | 23,09 | 30,51 | 6,75 | 5,59  | p˂ 0,05 |
| Самоконтроль | 24,46 | 28,68 | 5,06 | 4,29  | p˂ 0,05 |
| Емоції негативу | 22,40 | 30,20 | 6,07 | 5,59  | p˂ 0,05 |
| Індекс якості життєдіяльності  | 23,85 | 30,37 | 4,12 | 3,44  | p˂ 0,05 |

Як бачимо, за всіма показниками, включно з індексом якості життєдіяльності, споживачі послуг у групі А значно відрізняються за рівнем задоволеності якістю свого життя від споживачів послуг у групі Б.

Проте жоден з представлених показників, що складають індекс якості життєдіяльності, не набрав високих балів у групі А. Працівники першої групи були найбільш задоволені, хоча і на середньому рівні, показниками робота, оптимізм, напруженість, самоконтроль та негативні емоції. За всіма іншими показниками методики респонденти відчували задоволеність на низькому рівні (особисті досягнення, здоров'я, спілкування з близькими людьми (друзями, родичами), підтримка (внутрішня та зовнішня, індекс якості життєдіяльності).

Військовослужбовці та ветерани з другої групи відчувають задоволеність якістю свого життя на високому рівні за показниками особистих досягнень, здоров'я, підтримки (внутрішньої та зовнішньої), оптимізму, напруженості, негативних емоцій та індексу якості життєдіяльності. На середньому рівні вони задоволені роботою, спілкуванням з близькими людьми (друзями, родичами), самоконтролем.

Це, на нашу думку, пов'язано не лише з інтенсивністю бойового досвіду та негативним впливом на психіку військовослужбовців та ветеранів стресових факторів бойової обстановки, а й з умовами, в яких їм доводиться виконувати поставлені перед ними завдання. У групі Б вони значно кращі: військовослужбовці мають задовільні умови служби, можливість спілкування з рідними не настільки обмежена, як у групі один, ризики для їхнього життя та здоров'я помітно нижчі, ніж у їхніх колег з групи А.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2**

Проведено констатувальний експеримент на репрезентативній вибірці респондентів, серед яких:

- військовослужбовці, які брали безпосередню участь у бойових діях більше шести місяців (21 особа),

- військовослужбовці, які не брали участі в бойових діях понад 6 місяців (32 особи).

За результатами дослідження за опитувальником первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з’ясовано, що в групі військовослужбовців, які мають досвід участі в бойових діях, у 54,3% осіб, які дали чотири і більше позитивних відповідей у реєстраційній формі анкети, були виявлені ознаки посттравматичного стресового розладу.

За опитувальником травматичного стресу Котенева результати виявились наступними: показники майже за всіма шкалами опитувальника мали достовірно вищі значення серед обстежених осіб групи А, що свідчить про більш інтенсивне вираження у них ознак гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу. Лише за показниками неавтентичності, дисимуляції та обтяження достовірних відмінностей між групами не виявлено.

Результати порівняння середніх показників за Міссісіпською шкалою посттравматичної реакції (військова версія) наступні: середні бали, отримані за Міссісіпською шкалою оцінки посттравматичних реакцій (військова версія), як і в попередніх методиках дослідження ознак посттравматичних станів, були достовірно вищими в групі А. Це пов'язано з інтенсивністю бойового досвіду військовослужбовців цієї групи та впливом на них бойових стресових факторів.

**РОЗДІЛ 3.** **ЗАХОДИ** **ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ ТА ПРОФІЛАКТУВАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМАТИЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ**

**3.1.** **Рекомендації щодо організації** **заходів із запобігання та профілактування психологічної травматизації військовослужбовців та ветеранів**

Окрім несприятливих соціально-економічних, політичних та екологічних факторів, інформаційних перевантажень, прискореного темпу життя тощо, військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях у складі збройних сил, відчувають сильний негативний вплив бойових стресорів, що призводить до нервово-психічних перевантажень, збільшення кількості різноманітних психічних розладів, нервово-психічних пограничних розладів і, як наслідок, зниження ефективності виконання завдань за призначенням, зростання суїцидальної активності і небойових втрат.

Цілі психопрофілактики та психогігієни приблизно схожі. Основною метою психогігієни є збереження, зміцнення та покращення здоров'я шляхом відповідної організації фізичного та соціального середовища, способу життя та трудової діяльності. Основна мета психопрофілактики - запобігання психічним розладам. Ряд завдань є спільними для психопрофілактики та психогігієни.

За визначенням ВООЗ, психопрофілактика поділяється на первинну, вторинну та третинну:

- Первинна психопрофілактика - це комплекс заходів, спрямованих на попередження шкідливого впливу на психіку людини. На цьому рівні система психопрофілактики складається з дослідження стійкості психіки до шкідливих факторів навколишнього середовища та можливих шляхів підвищення цієї стійкості і попередження психогенних захворювань,

- Вторинна психопрофілактика полягає у якомога більш ранньому виявленні перших стадій нервово-психічних розладів та попередженні негативних наслідків або психологічних криз.

Профілактика посттравматичних розладів у постраждалих від екстремальних подій має бути комплексною, ґрунтуватися на мультидисциплінарному підході та включати медичні, психологічні та соціальні втручання [19].

На нашу думку, важливо, щоб заходи з профілактики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців здійснювалися на всіх етапах їхньої військової та цивільної діяльності: на етапі підготовки (перепідготовки) під час перебування у навчальних центрах (військових полігонах), у тому числі з прибуттям у район бойових дій, на етапі виконання завдань за призначенням під час участі в антитерористичній операції (в рамках операцій об'єднаних сил) тощо; під час медико-психологічної реабілітації в санаторіях Міністерства оборони України; під час реабілітації після перебування в районі бойових дій під час проходження медико-психологічної реабілітації в медичних закладах та санаторіях Міністерства оборони України; під час реабілітації перебування в зоні бойових дій; під час реабілітації перебування в зоні бойових дій; під час реабілітації перебування в зоні бойових дій; під час реабілітації перебування в зоні бойових дій; під час реабілітації перебування в зоні бойових дій; під час реабілітації перебування в зоні бойових дій; під час реабілітації перебування в зоні бойових дій; під час реабілітації перебування в зоні бойових дій; під час реабілітації перебування в зоні бойових дій; під час реабілітації перебування в зоні бойових дій [27].

Психопрофілактика має здійснюватися відповідно до таких принципів: комплексність (вплив на різні рівні соціального та соціально-психологічного простору особистості), цілеспрямованість (врахування віку, статі, соціального статусу), масовість (пріоритетність групових форм), позитивне інформування, мінімізація негативних наслідків, особиста зацікавленість і відповідальність, максимальна особиста активність, спрямованість у майбутнє, актуалізація позитивних цінностей і цілей [64].

Організація психопрофілактики психологічної травми здійснюється з урахуванням завдань, які необхідно вирішити.

Завданнями первинної профілактики є наступні:

- формування ціннісних орієнтацій на здоров'я та здоровий спосіб життя;

- самореалізація особистості в різних видах діяльності, створення умов для розвитку особистісного потенціалу кожної людини;

- підвищення рівня поінформованості щодо загальних питань здоров'я та здорового способу життя, наслідків вживання різних видів алкоголю, наркотиків, токсичних речовин тощо;

- створення мотивації до збереження та зміцнення здоров'я, здорового способу життя та використання безпечних моделей поведінки;

- формування та розвиток культурно-дозвіллєвих навичок;

- формування життєвої перспективи (життєвої стратегії) та навичок прогнозування власної поведінки шляхом оцінки наслідків та впливу вироблених життєвих стратегій.

Вторинна профілактика передбачає обмеження поширення певних негативних явищ, які вже існують у суспільстві або в певній соціальній групі, недопущення поглиблення цих явищ та їх наслідків, а також запобігання поглибленню соціальної дезадаптації осіб з девіантною поведінкою. Основними завданнями вторинної профілактики є:

- своєчасна психологічна підтримка або допомога військовослужбовцям у виконанні службових обов'язків при виникненні складних життєвих обставин; - мотивація до зміни способу життя, відмови від небезпечних та/або протиправних поведінкових практик,

- зміцнення підтримуючого середовища,

- розвиток мереж підтримки в громадах.

Третинна профілактика спрямована на попередження повторення психологічної травми. Цілями третинної профілактики можуть бути:

- зменшення шкоди, яку наявне негативне явище завдає людині, сім'ї, соціальній групі чи громаді - виявлення та, за можливості, усунення причин і умов, що сприяють розвитку постстресових розладів.

- мотивувати людей підтримувати своє психічне здоров'я всіма доступними засобами.

Наразі дослідники та практики довели, що певні профілактичні заходи можуть впливати на обмежену кількість проблемних факторів. Тому ми вважаємо, що організовувати профілактичну роботу у вигляді окремих, самостійних заходів доцільно лише тоді, коли причини проблеми є поверхневими і їх усунення не потребує суттєвих змін у соціальному середовищі. У більшості випадків профілактичні заходи будуть ефективними лише в комплексі з іншими заходами при реалізації профілактичної програми [28].

Здійснюючи психопрофілактичну роботу, психолог підпорядковується правовим та етичним вимогам, які поширюються на його професійну діяльність. Ці вимоги чітко сформульовані в нормативно-правових документах для психологічної служби в різних сферах соціальної практики. Крім того, психолог повинен дотримуватися специфічних правил психосоціальної роботи:

- психолог має право і може здійснювати психопрофілактичну діяльність лише в межах своєї професійної компетенції,

- психолог повинен займатися лише психологічними аспектами профілактики (інакше він може бути дискредитований і втратити довіру колективу, що негативно позначиться на його подальшій професійній діяльності),

- за необхідності психолог може залучати й інших осіб (представників відповідних дисциплін, людей з психопрофілактичним впливом тощо),

- залучення інших осіб до психопрофілактичних заходів має бути вмотивованим, а не нав'язаним,

- психолог повинен забезпечити системність і цілеспрямованість психопрофілактичних заходів, а також єдність і узгодженість дій усіх осіб, які беруть участь у психопрофілактиці.

Планування та організація психопрофілактичної роботи може здійснюватися за наступною схемою:

1. Діагностика та прогнозування стану психопрофілактичної роботи у військовій частині. Це дасть можливість проаналізувати результати попередньої психопрофілактики, визначити, з чого почати, які основні напрямки психопрофілактики та прийнятні форми і методи її проведення для конкретної організації.

2. Визначити мету та завдання психопрофілактичної роботи. Мета визначається відповідно до актуальних психологічних проблем підрозділу; завдання визначають загальну мету; вони визначаються на осяжний період (півроку, рік) з урахуванням особливостей військового колективу, рівня його готовності до роботи в цьому напрямку, а також часу, який психолог планує присвятити цій роботі.

3. Розробка плану психопрофілактичної роботи: визначаються оптимальні форми та методи психопрофілактики, графік проведення психопрофілактичних заходів, умови взаємодії з іншими фахівцями; планування психопрофілактичної роботи має ґрунтуватися на принципах доцільності, систематичності та комплексності.

4. Організація, проведення та моніторинг психопрофілактичних заходів: За необхідності психолог може адаптувати план психопрофілактичної роботи та забезпечити контроль за його виконанням з боку компетентних осіб [66].

ВООЗ визначає якість життя як інтегровану оцінку ефективності реабілітації та пропонує оцінювати її за такими параметрами: фізичний (енергія, втома, фізичний дискомфорт, сон, відпочинок), психічний (самооцінка, концентрація, позитивні емоції, негативні емоції, мислення), ступінь незалежності, життя в суспільстві (повсякденна діяльність, соціальні відносини, дружба, соціальна цінність, професіоналізм), навколишнє середовище (житло та умови життя, безпека, дозвілля, доступ до інформації, екологічна економіка). Оскільки психопрофілактичні заходи нерозривно пов'язані з реабілітаційними та доповнюють один одного, якість життя слід розглядати як показник ефективності психопрофілактичної роботи, спрямованої на мінімізацію проявів психологічної травми у військовослужбовців [79].

**3.2** **Програма профілактики психологічної травматизації у військовослужбовців та ветеранів**

*Метою програми є* збереження та зміцнення психічного здоров'я військовослужбовців, попередження розвитку посттравматичних розладів внаслідок виконання бойових завдань, а також запобігання поверненню наслідків психологічної травми після проходження медичної та психологічної реабілітації.

Завдання тренінгової програми:

1) формування позитивного ставлення до себе, уявлення про власну життєву перспективу;

2) мотивація учасників групи до збереження власного психологічного здоров'я;

3) інформування про причини виникнення психологічних травм у військовослужбовців та їх можливі наслідки;

 4) сприяння формуванню навичок і вмінь саморегуляції та самоконтролю емоційного стану;

 5) навчання навичкам надання першої медичної допомоги;

 6) мотивація військовослужбовців та ветеранів до використання досвіду, набутого під час підготовки у військових навчальних центрах (військових полігонах);

 7) мотивація військовослужбовців до використання набутого під час навчання досвіду під час військово-професійної діяльності в навчальних центрах (військових полігонах); реабілітаційного медико-психологічного лікування в лікувально-профілактичних та санаторно-курортних закладах Міністерства охорони здоров'я України; реабілітаційної роботи в умовах ведення бойових дій; реабілітаційної роботи в реабілітаційних центрах Міністерства охорони здоров'я України.

Програма складається з чотирьох блоків (ціннісного, емоційного, когнітивного та діяльнісного), вступу та 12 занять. Кожна сесія триває 1,5 години.

**Ціннісні блоки**

***Частина 1:*** ***Життєві та професійні цінності.*** ***Позитивне ставлення до себе та свій погляд на життя***

Мета**:** Усвідомлення життєвих та професійних цінностей, розвиток позитивного ставлення до себе.

**Структура тренінгу:**

*Вступ до тренінгу* : знайомство з учасниками, узгодження правил взаємодії в групі, створення атмосфери довіри та доброзичливості, з'ясування намірів кожного учасника щодо тренінгу.

*Вправа з м'ячем (20 хвилин)*

Учасники стають у коло. Тренер пояснює: «Кожен з вас матиме можливість кинути м'яч з мотузкою незнайомому (або знайомому) учаснику, тримаючи кінець мотузки в руках. Людина, яка отримає м'яч з мотузкою, повинна представитися і коротко розповісти про себе (хто вона, чим займається, чим цікавиться, як би вона описала себе одним словом). Не забувайте тримати кінець нитки в руках!

Вправа продовжується доти, доки всі учасники не опиняться в «комунікаційній мережі».

*Обговорення* в *групі:* *Обговоріть «мережу» користувачів у груповій дискусії*: «Що ви можете розповісти мені про «мережу спілкування»?» (переходимо від однієї людини до іншої; іноді це може призвести до плутанини). «Що, якщо я потягну за свою частину нитки?» (інші відчують певний тиск). «Як почуваються інші, коли один з учасників роздратований або засмучений?» (Як почуваються інші, коли один з учасників роздратований або засмучений?

*Вправа «Надія і страх» (15 хвилин)* [28]

Мета: сформулювати власні очікування від тренінгу; заохотити учасників поділитися своїми думками, почуттями та страхами. Ресурси: Аркуш паперу з двома колонками «Я сподіваюся» і «Я боюся»; маркери, клей, маленькі картки (по кілька для кожного учасника).

Хід вправи: Тренер просить учасників записати на кожній картці свої надії та побоювання щодо майбутнього тренінгу.

Наприклад: «Я сподіваюся, що тренінг допоможе мені навчитися зберігати рівновагу в напружених ситуаціях. Я боюся, що тренінг буде нудним». Підписувати не потрібно. Тренер зачитує записи по черзі, прикріплює їх на фліпчарт і, за можливості, групує за темами. Потім група обговорює, що потрібно зробити, щоб надія здійснилася, а страх зник. Навіщо взагалі потрібно визначати свої надії і страхи? Прокоментуйте: Проте, чого ми боїмося і чого не боїмося, не варто згадувати. Користь, яку ми можемо отримати від освіти (або будь-якої іншої діяльності), прямо пропорційна нашому розумінню того, що ми хочемо від неї отримати. Конкретні цілі є потужним мотиватором, який надихає і спонукає до дії. Цілком природно мати побоювання, страхи та недовіру, коли ви починаєте нову діяльність.

Варто обговорити ці питання, щоб позбутися внутрішніх бар'єрів.

Зростання відбувається тоді, коли зустрічаються інтерес і ризик. Одного лише інтересу недостатньо, адже зростання вимагає від нас подолання сильного внутрішнього бар'єру - наших власних обмежень. Ризик є рушійною силою цього подолання. Ризик дає вам силу переслідувати свій інтерес. Тренер допомагає учасникам розвинути навички постановки очікувань і цілей, сформулювати, яких результатів вони хочуть досягти після тренінгу. Визначення очікуваних результатів навчання допомагає подолати зневіру та створює сильну мотивацію.

*Вправа «Викриття» (15 хвилин)* [64]

Мета: Дослідити бар'єри у спілкуванні та побудувати довіру між учасниками. Ресурси: таблиця з пропозиціями для подальшої роботи, продожуй речення.

- Кожна людина має три особистості: ту, яку їй приписують, ту, яку вона собі приписує, і ту, якою вона є насправді.

- Тепер ми передаємо коробку по колу. Кожен бере аркуш паперу.

Мета - завершити речення. Варіації на тему змісту карток:

- Іноді мені дуже подобається...

- Мені особливо подобається, коли...

- Я відчуваю почуття самотності. Я можу пригадати...

- Бували випадки, коли мої близькі змушували мене майже ненавидіти їх. Одного разу, коли...

- Були часи, коли я захоплювався близькими мені людьми. Був час, коли...

- Був час, коли я дуже боявся, що...

- У незнайомій компанії я зазвичай відчуваю...

- У мене багато хороших якостей, наприклад...

- Навіть близькі мені люди не завжди мене розуміють... Був час, коли...

- Я пам'ятаю час, коли мені було нестерпно соромно за ....

- Я відомий своєю сміливістю. Я пам'ятаю час ...

- Я особливо радий, що ....

*Обговорення* в *групах*: «Кому було складно слідкувати за реченням?

«Вам було важко відкритися групі?», “Як ви думаєте, чому?”, “Кому було легко відкритися групі?”, “Як ви вважаєте, наскільки важливою є довіра у спілкуванні?”, “Як ви вважаєте, наскільки важливою є довіра у спілкуванні?”.

*Мозковий штурм (10 хвилин)*: «Яке місце в нашому житті займають життєві та професійні цінності?»

*Вправа «Життєві цінності» (10 хвилин)* [79]

Вправа.

«Золото», яке вони можуть використати для купівлі обраного товару: сучасний, кращий мобільний телефон - 1 золотий, квартира - 3 золотих, здоров'я - 5 золотих, друзі - 4 золотих, сім'я - 4 золотих, автомобіль - 3 золотих, незабутній відпочинок - 1 золотий.

У результаті визначаємо попит на цінності.

*Обговорення в групі.*

*Вправа «Професійні цінності» (10 хвилин)* [27]

Хід вправи: Запишіть на аркуші паперу свої професійні цінності та чи змінилися вони з часом.

*Обговорення* в *групі:* *Долучіться до дискусії на тему цінностей:* «Які ваші професійні цінності?», “Як ваші професійні цінності впливають на вашу роботу?”, “Як, на вашу думку, відсутність професійних цінностей впливає на вашу роботу?”.

*Підсумок сесії (10 хвилин)*

***Сесія 2: Принципи постановки та досягнення цілей***

**Мета:** **Сформулювати** основні принципи цілепокладання, визначити власні бар'єри на шляху до досягнення цілей.

**Структура сесії:**

*Вступ.*

*Вправа «Розповідь нон-стоп».*

Учасники сідають у коло. Тренер заохочує їх придумати цікаву історію про досягнення цілей спільними зусиллями. Для цього учасників просять по черзі додавати логічне продовження до попереднього речення, яке перетворюється на зв'язну розповідь. Потім тренер називає перше речення і заохочує продовжувати.

Обговоріть результати вправи.

*Мозковий штурм (15 хвилин):* «Чи є відмінності між мрією і метою? У чому вони полягають?

*Міні-лекція (15 хвилин)*

*Вправа «Мої цілі» (15 хвилин).*

Хід виконання. На одному боці аркуша учасник пише мету, якої він/вона хоче досягти. З іншого боку - кроки для досягнення обраної мети, спираючись на знання, отримані під час міні-лекції.

Обговоріть результати вправи.

*Вправа «Мій ресурс» (15 хвилин)* [64]

Хід вправи: Учасники групи ділять аркуш паперу навпіл. Перша колонка називається «зовнішні ресурси», а друга - «внутрішні ресурси». Тепер зосередьтеся якомога більше на собі і спробуйте з'ясувати, що саме вас завжди підтримує і допомагає уникнути невдач у будь-якій ситуації у вашому житті. У першій колонці запишіть людей, на яких ви завжди можете покластися за допомогою чи порадою. У другій колонці запишіть найсильніші риси характеру і темпераменту, які підтримують вас сьогодні.

*Обговорення в групі:* «Назвіть деякі з ваших власних ресурсів, на які ви можете покластися для досягнення успіху? Як ви зрозуміли, що ці риси є найважливішими для вас?», “Чи відчуваєте ви, що наявних у вас ресурсів достатньо для досягнення ваших цілей?”, “Чи відчуваєте ви, що наявних у вас ресурсів достатньо для досягнення ваших цілей?”, “Чи відчуваєте ви, що наявних у вас ресурсів достатньо для досягнення ваших цілей?”, “Чи відчуваєте ви, що наявних у вас ресурсів достатньо для досягнення ваших цілей?”.

*Вправа «Я - теперішнє, я - майбутнє» (10 хвилин)* [79]

Хід виконання. Намалюйте та опишіть себе таким, яким ви є зараз, з лівого боку. Описуючи себе, спробуйте відповісти на наступні питання: Про що ви мрієте, до чого прагнете, що заважає вам реалізувати свої мрії, що гальмує вашу активність на шляху до досягнення результатів, які особисті якості можуть найбільше допомогти в досягненні успіху. Можливо, ви завжди бачите лише негативні результати і тому боїтеся почати діяти, можливо, не вірите, що зможете досягти успіху так, як плануєте, або занадто багато зосереджуєтесь на чомусь одному, не звертаючи уваги на інше, або, навпаки, намагаєтесь робити все одночасно, а в результаті нічого не виходить....

А тепер уявіть, що ви вже досягли своєї мети. Намалюйте і опишіть себе з правого боку, використовуючи ті ж питання, але з урахуванням змін, які, напевно, відбулися з вами на шляху до успіху.

Обговоріть результати вправи: «Уважно подивіться на свої плани..... Чи бачите ви якісь відмінності? Які зміни відбулися між першим і другим планом? Як би ви їх прокоментували?

*Підсумуйте результати вправи (10 хвилин)*

***Заняття 3:*** ***Стимули для збереження психічного здоров'я***

**Мета:** Підвищити обізнаність про цінність психічного здоров'я та розвинути мотивацію до його покращення та збереження.

**Структура заняття:**

*Вступ.*

*Знайомство з вправою «Чарівний глечик» (10 хвилин)*

Хід вправи: Тренер пропонує учасникам групи взяти з чарівного глечика (банки, пакета) аркуш паперу, на якому написано, що кожен з них очікує сьогодні або що він повинен зробити найближчим часом. Ці побажання позитивно впливають на настрій, підбадьорюють і додають впевненості в собі (побажання можуть бути змінені на розсуд тренера).

Ви сьогодні особливо щасливі! Життя приготувало для вас приємний сюрприз!

У вас все складається вдало! Сьогодні ваш день, удачі!

Сьогодні ваш щасливий день!

Пам'ятайте про це: Ти народжений, щоб бути щасливим! Чекайте на перемогу сьогодні!

Любіть себе такими, якими ви є - неповторними! Піклуйся про здоров'я свого тіла і душі! Робіть собі подарунки, ви цього заслуговуєте! Вищі сили оберігають вас!

У тебе є все необхідне, щоб насолоджуватися життям! Все, що тобі потрібно, прийде до тебе легко!

Всі ваші бажання і мрії здійсняться, вірте в це! Сьогодні у вас мир і радість!

Сьогодні щасливий день!

*Міні-урок (20 хвилин)*

*Метод незакінчених речень (15 хвилин):* «Показником рівня психічного здоров'я є...», “Ознаками правильного ставлення до власного психічного здоров'я є...”, “Ознаками правильного ставлення до інших людей є...”, “По відношенню до труднощів і проблем у житті та на роботі психічно здорова людина є...”.

*Відеопрезентація (15 хвилин):* Перегляд короткометражного психологічного фільму «Вміння бути щасливим».

*Обговорення в групах.*

*Вправа «Моє психічне здоров'я» (10 хвилин).*

Учасники групи ділять аркуш паперу навпіл. У лівій колонці записують заголовок «Чинники, які найбільше впливають на моє психічне здоров'я». Права колонка - «Фактори, які найбільше впливають на моє психічне здоров'я».

Обговоріть результати роботи.

*Виконайте вправу.* *Парад (10 хвилин).*

Обговорення в групах.

*Підсумок заняття (10 хвилин)*

**Емоційне блокування**

***Урок 1: Стрес: позитивні та негативні наслідки***

**Мета:** **Зрозуміти** процеси, які відбуваються в організмі під час стресу, та усвідомити його наслідки.

**Структура заняття:**

*Вступ.*

*Вправа «Надія» (10 хвилин)*

Тренер роздає всім учасникам групи стікери трьох кольорів і дає завдання: «На жовтому стікері напишіть свої очікування від цієї вправи. На рожевому стікері напишіть свої побажання щодо змісту тренінгу. На зеленому стікері напишіть будь-які сумніви, які ви маєте щодо тренінгу. Потім запишіть свої відповіді на фліпчарті і розділіть їх на три колонки: мої сподівання/мої побажання/мої сумніви. Коли всі учасники закінчать свою роботу, тренер каже: «Дякую за всі ваші відповіді. Наприкінці курсу ми проаналізуємо їх, щоб зрозуміти, чи справдилися ваші сподівання, чи виконали ваші бажання і чи розвіяли ваші сумніви».

*Вправа зі склом (10 хвилин)*

Тренер роздає кожному учаснику непрозорі одноразові склянки і каже: «Уявіть, що в цю склянку ви можете покласти свої внутрішні почуття і бажання. Покладіть туди те, що вам дійсно дороге і важливе. У цій склянці зараз знаходиться те, що ви любите і що є цінним для вас». Потім склянка зминається і розбивається.

Обговоріть вправу: «Що ви зараз відчули?», “Чи були ви готові до цього?”, “Коли ви відчуваєте ці почуття?”, “Куди ці почуття йдуть?” (Вони повинні якось вийти, можливо, гнів, гіркота або сльози).

*Міні-лекція (10 хвилин)*

*Психографічна вправа (10 хвилин)*

Учасникам роздають аркуші паперу і просять намалювати себе тричі: «Я до стресу», “Я під час стресу”, “Я після стресу”.

Обговоріть результати в групі.

*Вправа «Ти все ще хороший, тому що...* » ( *10 хвилин*) *.*

Учасники діляться на пари. Перший учасник розмовляє зі своїм партнером про труднощі та проблеми в особистому чи професійному житті. Другий учасник уважно слухає, а потім промовляє речення: «Ти все ще хороший, тому що...». Потім учасники міняються ролями. Завершіть вправу коротким обговоренням почуттів та емоцій.

Обговоріть вправу: «Що ви відчували під час цієї вправи?», «Чи всі так реагували на слова вашого партнера? Чому?», “Чи сподобалося вам допомагати іншій людині в такий спосіб?”, “Що ви відчували, коли отримували підтримку?”, “Як часто ви реагуєте на інших людей таким чином?”, “Як часто ви отримуєте підтримку від інших людей?”.

*Незакінчені речення (10 хвилин):* «Я відчуваю стрес, коли...», “Для мене стрес - це...”, “Коли я відчуваю стрес, я відчуваю...”.

*Мозковий штурм (10 хвилин):* «Які позитивні та негативні наслідки стресу ви відчували на собі?».

*Вправа «Тут і зараз» (10 хвилин) (10 хвилин).*

Тренер просить кожного учасника описати переживання, почуття та думки, які виникли під час роботи в групі. 1: «Що ви відчуваєте зараз?», “Чому ви навчилися під час заняття?”, “Що було для вас найважливішим?”, “Що б ви хотіли обговорити або уточнити додатково?”. Далі тренер просить учасників пригадати очікування, які вони мали на початку курсу, порівняти їх з досягнутими результатами і визначити, наскільки вони виправдалися. Якщо очікування виправдалися на цьому занятті, їх можна викреслити, щоб звільнити місце для майбутніх очікувань. Так само зробіть з побажаннями та сумнівами. Якщо вони нейтралізовані, ви можете відклеїти їх і викинути у смітник. Якщо вони все ще актуальні, збережіть їх і попрацюйте над ними на наступній сесії.

*Підсумок сесії (10 хвилин)*

***Заняття 2:*** ***Подолаємо стрес разом!***

**Мета:** Розвинути навички оцінки та управління стресовими ситуаціями.

**Структура заняття:**

*Вступ.*

*Вправа. «Говори про себе правду» (10 хв.).*

Вправа: Кожен учасник говорить чотири твердження про себе - три з них правдиві, а одне - неправдиве. Учасники визначають і записують, яке твердження, на їхню думку, не є типовим для цієї людини.

*Міні-лекція (10 хвилин)*

*Мозковий штурм (10 хвилин):* «Я долаю стрес за допомогою...».

*Вправа на розумову активність (15 хвилин).*

Хід вправи. Уважно подивіться на предмет, зверніть увагу на його текстуру, колір, форму тощо. Потім понюхайте його і зосередьтеся на запаху. Відкусіть невеликий шматочок і зосередьтеся на тому, як він тане в роті і як ви відчуваєте яскравий смак. Ви починаєте подумки відволікатися на інші речі? Коли це станеться, поверніться до торта і повторіть попередні кроки. У чому сенс цієї вправи? Що ви дізналися з цієї вправи? (Рекомендовано 254-м медичним підрозділом (боротьба зі стресом у зоні бойових дій - COSC).

Обговоріть вправу.

*Психологічний практикум (10 хвилин):* Учасники групи створюють для себе карту зняття стресу.

*Вправа «Підтримай друга» (15 хвилин) (Вправа А.16).*

Хід вправи: *(Частина І) -* учасники сідають у коло. Учасники випадковим чином об'єднуються в пари. Розташуйтеся так, щоб кожній парі було зручно працювати.

Вони вирішують, хто розпочне вправу (тренер забезпечує, щоб у кожній парі був учасник, який розпочне вправу). Один з учасників перевтілюється в сумну, засмучену та мляву людину. Він намагається знайти способи вийти з цього стану. Партнер повинен за допомогою різних засобів змінити стан сумного учасника на позитивний, змусити його посміхнутися, розсміятися, зарядити енергією, не вдаючись до фізичного контакту.

Після того, як учасники впораються із завданням, вони міняються ролями.

(Частина ІІ) Тренер: «Зараз ми будемо вирішувати наступне завдання: Змінити стан N, який сумує, засмучений і не хоче з нами розмовляти (тренер заздалегідь домовляється з N про те, що він братиме участь у вправі). Ми можемо розповісти N історії, сказати йому щось приємне тощо». Під час розмови звертається увага на дії та фрази, які найбільше вплинули на зміну стану N, а також на те, що було для нього байдужим або неприємним.

*Вправа «Кажи “так” (10 хвилин)* [87]

Ось як виконується вправа: Розділіть групу на пари. Один учасник говорить речення, яке виражає його/її ситуацію, стан душі або почуття. Другий учасник повинен поставити запитання, щоб уточнити і з'ясувати деталі. Вправа вважається виконаною, якщо учасник отримав три позитивні відповіді «так» на запитання.

Обговоріть вправу.

*Підсумок заняття (10 хвилин)*

***Заняття 3: Ризик самогубства*** ***:*** ***Розпізнавання та профілактика***

**Мета:** Роз'яснити суїцидальний ризик і розвинути навички розпізнавання та запобігання суїциду серед колег.

**Структура заняття:**

*Вступ.*

*Вправа на емоції та ситуації (10 хвилин)* [90]

Тренер починає вправу з історії: «Ми йдемо дрімучим лісом...» (початок історії можна змінювати), а за сигналом учасники групи по черзі продовжують розповідь.

*Психологічний практикум (10 хвилин):* Учасники групи відповідають на запитання анкети «Оцінка рівня обізнаності щодо суїцидальної поведінки» (Додаток А). Обговорення результатів.

*Відеопрезентація (20 хвилин):* Перегляд навчального фільму «Життя заради життя!».

*Групова дискусія (10 хвилин):* «Чи вдалося вам позбутися хибних уявлень про суїцидальний ризик?», “Як ви вважаєте, чому в Збройних Силах трапляються самогубства?”, “Що можна зробити для профілактики суїцидів серед колег?”.

*Робота в підгрупах (20 хвилин):* Учасники діляться на три підгрупи. Кожна група отримує картку із запропонованою проблемною ситуацією та просить сформулювати пропозиції щодо її вирішення (див. Додаток А). Презентація напрацювань кожної групи.

*Мозковий штурм (10 хвилин):* «У чому полягає цінність життя?».

*Підбиття підсумків заняття (10 хвилин).*

**Когнітивний блок**

***Частина*** 1 ***:*** ***Психологічна*** ***травма*** ***: визначення,*** ***причини*** ***розвитку***

**Мета:** Сформуватиуявлення про психологічну травму та визначити причини її розвитку у військових.

**Структура заняття:**

*Вступ.*

*Вправа:* *«Картка випадку» (10 хвилин)* [89]

Хід вправи: За одну хвилину учасники мають написати якомога більше варіантів використання саме звичайного аркушу паперу. Спочатку вони працюють індивідуально, а потім у групах (щоб продемонструвати, наскільки ефективною є групова робота).

*Вправа*: « *Мої асоціації з поняттям психологічної травми» (15 хвилин).*

Хід вправи: Учасники записують на аркушах паперу, з чим вони асоціюють поняття психологічної травми (не питаючи своїх сусідів). Потім обговоріть усі асоціації.

*Міні-лекція (15 хвилин)*

*Метод незакінчених речень (15 хвилин):*

«Психологічна травма - це ....», “Причинами психологічної травми можуть бути ....”, “Інформація про психологічну травму дає мені...”, “Отримані мною знання про психологічну травму дають мені...”. ', «Отримані мною знання про психологічну травму та її причини .... '.

*Обговорення в групах (15 хвилин):* «Що для мене означає психологічна травма?», “Як наявність психологічної травми впливає на стосунки людини з оточуючими, з родиною?”, »Чи можна запобігти розвитку психологічної травми? І як можна запобігти?

*Мозковий штурм (10 хвилин):* «Чим відрізняється психологічна травма від стресу?

*Яка різниця між психологічною травмою та психологічним розладом?*

***Сесія 2: Прояви психологічної травми у військовослужбовців та ветеранів внаслідок впливу стресових факторів в умовах бойових дій***

**Мета:** Сформувати знання про ознаки психологічної травми у військовослужбовців, щоб мати можливість вчасно звернутися за психологічною або медичною допомогою чи допомогою до товариша.

**Структура курсу:**

*Вступ.*

*Вправа «Перевтілення» (10 хвилин).*

Учасники мають заповнити речення. Наприклад: Учасники повинні закінчити речення:

«Якби я був водою, я був би ......»,

«Якби я був їжею, я був би .....»,

*Психологічний практикум (15 хвилин):* Учасники отримують опитувальник «Стресогенні фактори» (див. Додаток А). Військовослужбовці визначають фактори бойової ситуації, які є важливими для них, та присвоюють їм відповідний рейтинг. Під час сесії кожен учасник визначає ті стресори, які він вважає найбільш стресогенними.

*Робота в підгрупах (20 хвилин):* Учасники діляться на три-чотири підгрупи (залежно від того, які ключові стресори вони обрали). Кожна група намагається відповісти на наступне запитання: «Чому я вважаю ці фактори стресовими?

Які зміни можуть відбутися (або вже відбулися) в результаті впливу цих факторів у психіці?», “Які прояви я спостерігав у своїх колег після впливу бойових стресорів?”, “Що може допомогти (допомогло) мені зменшити негативний вплив цих стресорів?”. Презентація напрацювань груп та обговорення.

*Міні-лекція (20 хвилин)*

*Мозковий штурм (15 хвилин):* «Коли я повинен просити про допомогу?

*Підсумок сесії (10 хвилин)*

***Заняття 3: Профілактика ірраціонального мислення***

**Мета:** Розвинути навички виявлення та запобігання ірраціональним ідеям та когнітивним викривленням.

**Структура заняття:**

*Вступ.*

*Вправа на телепатію (10 хвилин)*

Хід вправи: Учасники діляться на пари і сідають на стільці спиною один до одного. Без сигналів учасники намагаються відчути, коли їхній партнер хоче повернутися і коли вони самі хочуть повернутися. Кожна пара має три спроби повернутися і подивитися одночасно.

*Мозковий штурм (15 хвилин):* «Що таке ірраціональна думка?

*Вправа «Робота з ірраціональними твердженнями» (15 хвилин).*

Хід вправи: Учасникам роздаються картки з 11 найпоширенішими ірраціональними твердженнями. Кожен учасник обводить кружечком номер твердження, з яким він погоджується. Потім кожен ділиться своїми ірраціональними ідеями, які є деструктивними. Обговоріть вправу:

«Чому я так думаю?», “Як це впливає на мій емоційний стан?”, “Як можна раціоналізувати будь-яку ідею?”, “Що може змінитися для мене, коли я раціоналізую свої думки?”.

*Міні-лекція (20 хвилин)*

*Психологічний практикум (20 хвилин):* Кожен учасник отримує картку з класичними когнітивними викривленнями та чистий аркуш паперу. На одному боці чистого аркуша напишіть подію, яка вплинула на психологічний стан учасника за останній тиждень. На іншій стороні - когнітивне викривлення (їх може бути декілька), яке виникло в цій ситуації. Результати обговорюються учасниками.

*Підбиття підсумків заняття (10 хвилин)*

**Вправи дії за модулями**

***Модуль 1:*** ***Рання допомога - ключ до збереження психічного здоров'я.***

Цілі**:** Усвідомлення необхідності самодопомоги та своєчасної допомоги колегам.

**Структура заняття:**

*Вступ.*

*Вправа «Радість життя» (10 хвилин)* [93]

Хід вправи: Тренер починає з розповіді історії: «На березі швидкої та чистої річки, в тіні великих, могутніх ялин, жили-були люди...». **"**. За сигналом тренера історію продовжує інший учасник і так далі.

*Обговорення в групі (15 хвилин):* «Чи хочеш ти отримувати психологічну допомогу від своїх однолітків у складних ситуаціях?», “Чи готовий ти надавати таку допомогу своїм одноліткам, коли вони опиняються у складних ситуаціях?”, “Що заважає тобі отримувати та надавати психологічну допомогу своїм одноліткам?”,

«Що мотивує вас до цього?».

*Мозковий штурм (10 хвилин):* «Чому взаємодопомога вважається ефективною?».

*Вправа* ( *15 хвилин*) *:* *"Чому взаємодопомога працює?* [87]

Одного разу вчитель роздав учням чисті аркуші паперу.

На аркуші була лише одна маленька чорна крапка. Учні помітили, що кожна крапка має різний діаметр і знаходиться в різному місці на папері. Але в іншому між ними не було ніяких відмінностей. Учитель попросив їх описати те, що вони побачили на папері. Всі ретельно описували розмір і розташування крапок і висували всілякі теорії і думки про те, чому вчитель розмістив крапки саме так. Нарешті, вислухавши всіх, вчителька запитала:

- «Чому ви так багато розповідали мені про крапку, але жодного слова про білий аркуш, на якому вона була намальована?

Так буває в житті - ми концентруємо всю свою увагу на поганих речах (так званих чорних точках) і зовсім забуваємо про світлі сторони, яких набагато більше. Тому я хочу, щоб ми всі навчилися бачити і насолоджуватися світлими сторонами життя.

*Практичне заняття (15 хвилин):* Учасники обговорюють конкретну ситуацію (див. Додаток А): «Що є причиною занадто раннього звернення за психологічною допомогою?», “Чим може загрожувати занадто раннє звернення за допомогою?”, “Як солдат може допомогти собі?”, *«*Чи можуть йому допомогти його товариші? Як вони можуть йому допомогти?».

*Вправа «Мій досвід» (15 хвилин)*

Хід вправи: Кожен учасник має розділити свій аркуш на дві колонки. У першій колонці він повинен написати позитивний приклад власного досвіду вчасного надання першої допомоги, а в другій - негативний. Обговоріть вправу.

*Підбиваємо підсумки заняття (10 хвилин).*

***Заняття 2:*** ***Психологічна перша допомога в ситуаціях, що загрожують життю та травмують.***

Мета**:** Усвідомити необхідність вчасної психологічної самодопомоги та допомоги друзям, а також розвинути відповідні навички.

**Структура заняття:**

*Вступ.*

*Вправа «Сплануй свій настрій» (10 хвилин)*

Хід вправи. Учасники мають намалювати рот від першої особи (смуток, радість, печаль тощо) відповідно до своїх емоцій. Наприкінці вправи тренер просить намалювати рот від другої особи. Учасники повинні проаналізувати свої малюнки: з яким настроєм вони прийшли на тренінг, з яким настроєм вони прийшли наприкінці заняття, чи схожі малюнки, чи відрізняються, і пояснити чому.

*Незакінчені речення (10 хвилин):* «Навички психологічної самодопомоги та першої допомоги мені потрібні для того, щоб...», “Не отримавши вчасно психологічної самодопомоги та першої допомоги, я піддаю себе ризику...”, “Я сподіваюся, що цей тренінг допоможе...”.

*Відеопрезентація (25 хвилин):* Переглянути фільм «Психологічна допомога». Обговорення в групах.

*Рольова гра (20 хвилин)*: Учасники діляться на пари.

Кожній парі пропонується обрати ситуацію, в якій їхній партнер потребує термінової психологічної допомоги, і продемонструвати свої навички надання такої допомоги. Потім учасники міняються ролями і повторюють вправу.

*Аналіз ситуації (15 хвилин):* Завдання групи - проаналізувати ситуації (див. Додаток А) та обрати відповідні способи надання першої психологічної допомоги.

*Оцінювання (10 хвилин)*

***Заняття 3:*** ***Прості рішення для складних проблем***

**Мета:** Розвинути навички психологічної самодопомоги та взаємодопомоги у військовослужбовців.

**Структура заняття:**

*Вступ.*

*Вправа «Заборона на трьох» (10 хвилин)* [79]

Хід вправи: Учасники групи стають у коло і починають рахувати від одного. Однак є одна умова: Необхідно опускати числа, які містять цифру 3, а також числа, які однаково діляться на 3. Наприклад: опускати числа 3, 6, 9, 12, 15 і т.д.

*Робота в підгрупах (15 хвилин):* Учасники випадковим чином об'єднуються в три-чотири підгрупи. Кожна група готує для обговорення ситуації (по 2-3 ситуації) з власного досвіду, коли їм доводилося отримувати або надавати психологічну допомогу при виконанні поставлених завдань.

Групи презентують виконані завдання та обговорюють: «Які методи самодопомоги та допомоги були використані?», “Чому були обрані саме ці методи допомоги?”, “Чи відчули ви себе краще після отримання психологічної допомоги?”, “Чи змогли ви допомогти другу в критичній ситуації?”.

*Психологічний практикум (15 хвилин):* Учасники отримують картки з «Тріадою ефективності». Тренер: «Тріада ефективності - це комплексний план покращення сну, активності та харчування для підтримки психічного та фізичного здоров'я, активності та благополуччя». Після прочитання кожен учасник обговорює наступні питання: «Скільки годин ви спите вночі на тиждень?

«Скільки годин ви займалися фізичною активністю протягом останнього тижня?

*Вправа на поступове розслаблення м'язів (15 хвилин)*

Тренер проводить інструктаж: «Порядок виконання вправ у процесі освоєння цієї техніки наступний: від м'язів верхніх кінцівок (від руки до плеча, починаючи з домінантної руки) до м'язів обличчя (чола, очей, рота), шиї, грудей і живота, а потім до м'язів нижніх кінцівок (від стегна до гомілки, починаючи з домінантної ноги)». Учасники починають виконувати вправи. Після виконання всіх вправ учасники діляться своїми враженнями та відчуттями.

*Міні-урок (10 хвилин)*

*Вправа «Зроби щось з цим!»* *(15 хвилин)*

У цій вправі учасникам пропонується подумати про те, чого вони навчилися на уроці і що вони хочуть зробити, коли урок закінчиться. Учасникам пропонується розділити аркуш паперу на три колонки, позначені як «Шість місяців», «Три місяці» і «Завтра», і заповнити ці колонки. Кожен учасник зачитує одну важливу річ з кожної колонки.

*Підбиття підсумків (10 хвилин):* Учасникам групи по колу надається можливість висловити свою думку про те, наскільки ефективним був тренінг, наскільки він виправдав їхні очікування, і що вони відкрили для себе з точки зору профілактики психічних травм і збереження психічного здоров'я. За бажанням учасники також можуть надати зворотний зв'язок безпосередньо одному з членів команди або тренеру.

Ефективність програми соціально-психологічного тренінгу «Профілактування психологічних травм у військовослужбовців та ветеранів» перевірялася за наступним алгоритмом:

- Перше психодіагностичне обстеження проводилося з метою виявлення ознак психологічної травми в учасників контрольної та експериментальної груп. Для цього використовувалися наступні психодіагностичні методики:

1. Опитувальник первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР);

2. Скорочена шкала тривоги, депресії та ПТСР;

3. Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R).

Крім того, до психодіагностичної батареї було включено опитувальник «Задоволеність якістю життя» з метою визначення можливості його використання для визначення ефективності психопрофілактичних заходів у військовослужбовців та ветеранів,

- впровадження в експериментальній групі тренінгової програми «Профілактування психотравм у військовослужбовців та ветеранів»,

- проведення повторного психодіагностичного обстеження для контрольної та експериментальної групи з використанням однакового набору психодіагностичних методик.

За результатами констатувального експерименту, метою якого було виявлення ознак психологічної травми у учасників бойових дій перед проведенням тренінгової програми «Профілактування психологічної травми у військовослужбовців та ветеранів», всі показники застосованих психодіагностичних методик були в межах норми для обох груп.

Аналізуючи результати другого психодіагностичного дослідження в межах формувального експерименту, можна зробити висновок, що показники застосованих тестових методик в експериментальній групі порівняно з контрольною групою не зазнали достовірних змін (р > 0,05), що свідчить про збереження психологічного здоров'я в цій групі досліджуваних. У групі досліджуваних, які не брали участь у тренінговій програмі «Психологічна профілактика психологічної травми у військових», зафіксовано достовірні негативні зміни як за показниками психологічної травми, так і за показниками методики «Задоволеність якістю життя» (p ≤ 0,05-p ≤ 0,01).

Таким чином, програму соціально-психологічного тренінгу «Профілактування психологічної травматизації військовослужбовців та ветеранів» можна вважати ефективною при застосуванні серед солдатів-контрактників, сержантів та старшин для психологічної профілактики психологічної травматизації, спричиненої стресовими факторами в умовах бойових дій.

Для визначення ефективності загальноосвітньої тренінгової програми «Психологічна профілактика психологічної травматизації військовослужбовців» рекомендується використовувати методику «Задоволеність якістю життя», яка дозволяє без застосування великого набору психодіагностичних методик отримати інформацію, що дозволяє виявити наявність ознак психологічної травми.

**ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3**

На етапі формувального експерименту розроблено й апробовано програму соціально-психологіного тренінгу, спрямованого на збереження та зміцнення психічного здоров'я військовослужбовців, попередження розвитку посттравматичних розладів внаслідок виконання бойових завдань, а також запобігання поверненню наслідків психологічної травми після проходження медичної та психологічної реабілітації. Основні цілі програми – це формування позитивного ставлення до себе, уявлення про власну життєву перспективу; мотивація учасників групи до збереження власного психологічного здоров'я; інформування про причини виникнення психологічних травм у військовослужбовців та їх можливі наслідки; сприяння формуванню навичок і вмінь саморегуляції та самоконтролю емоційного стану; навчання навичкам надання першої медичної допомоги; мотивація військовослужбовців до використання досвіду, набутого під час підготовки у військових навчальних центрах (військових полігонах) тощо.

Програма складалась з чотирьох блоків (ціннісного, емоційного, когнітивного та діяльнісного), вступу та 12 занять. Кожна сесія триває 1,5 години.

Після реалізації процедури тренінгу, було проведено повторне тестування, за результатами якого можна зробити висновок, що показники застосованих тестових методик в експериментальній групі респондентів порівняно з контрольною групою не зазнали достовірних змін (р > 0,05) через 6 місяців участі в бойових діях, що свідчить про збереження психологічного здоров'я в цій групі досліджуваних. У групі досліджуваних, які не брали участь у комплексній тренінговій програмі «Психологічна профілактика психологічної травми у військових», зафіксовано достовірні негативні зміни як за показниками психологічної травми, так і за показниками методики «Задоволеність якістю життя», що свідчить про позитивні зміни.

**ВИСНОВКИ**

1. Зроблено теоретико-методологічний аналіз підходів до розуміння психологічної травматизації військовослужбовців у сучасний перід дозволяє ствердити, поява неспецифічних доклінічних психологічних проявів внаслідок впливу бойових факторів на психіку військовослужбовців та ветеранів відображається поняттям «психологічна травматизація». Поняття психологічна травматизація є ширшим за поняття травматична подія, травмівний досвід, оскільки дозволяє вийти за межі лише психологічної сфери, адже наслідки травматичної події проявляються на всіх рівнях функціонування людини: психологічному, фізіологічному, соціальному, духовному тощо.

Відповідно до сучасних наукових підходів встановлено, - психологічна травматизація може виникати не лише у тих, хто пережив травматичну подію, а й у свідків події, або у тих, хто дізнався про неї їз засобів масової інформації.

Виходячи з наявності певних подій, які можуть бути травматичними для більшості людей, не можна стверджувати, що людина обов'язково отримає психологічну травму. Можна лише з упевненістю сказати, що через пережитий травматичний стрес ймовірність психологічної травматизації значно зростає.

Встановлено, що стресори бойової ситуації, які негативно впливають на психіку, характеризуються не тільки своєю значущістю, але й здатні викликати гранично допустимі зміни в організмі людини.

2. Обґрунтовано та підібрано комплекс надійних та валідних психодіагностичних методик, який є адекватними поставленим завданням емпіричного дослідження, включає якісний та кількісний аналіз емпіричних даних із застосуванням методів математичної статистики при їх обробці, характеризується надійністю, достовірністю та валідністю отриманих результатів дослідження.

3. У ході емпіричного дослідження встановлено, що, незважаючи на достовірні відмінності між показниками психологічної травматизації військовослужбовців та ветеранів, які брали участь у бойових діях, та тих, хто не має досвіду участі в бойових діях, значення більшості показників перебувають у межах норми або мають прикордонні значення норми, за винятком показників «вторгнення», «уникнення» та “фізіологічне збудження”, які у учасників бойових дій перевищують нормативні значення показників і досягають підвищеного та високого рівнів.

З'ясовано, що найбільш стресогенними факторами бойового середовища, які спричиняють розвиток психологічної травматизації учасників бойових дій, є «страх полону», «полон бойових побратимів, товаришів», «події, що призводять до приниження честі та гідності», «ситуації, що загрожують життю та фізичній недоторканості», «помилки командування», «поранення, травми, каліцтва», «випадки загибелі цивільних осіб, побратимів», «жахливі картини загибелі», «жахливі картини смерті, людських втрат і страждань», “страхи, страх власної смерті”, “моральні стреси”, “контакт з великою кількістю поранених”, “необхідність переробляти велику кількість інформації та приймати рішення”, “незадоволення біологічних і соціальних потреб”, “сексуальна дисфункція”, “неочікувані зміни умов служби”, “запахи трупів, тощо”, “фізичне знищення бойових побратимів”, “нестабільна обстановка”, «фізичне знищення комбатантів (особливо новачків)».

Індикаторами психологічної травматизації визначено - *в орієнтаційній сфері* (військово-професійна спрямованість, активність, зацікавленість в участі в бойових діях, готовність виконувати завдання в зоні бойових дій, впевненість); - *в операційній сфері* (працездатність, суїцидальний ризик, девіантна поведінка) - *у сфері модуляції* ( *психофізіології* ) (посттравматичні реакції, рівень стресостійкості, нервово-психічна стійкість та поведінкова регуляція, гострий стресовий розлад (травматична подія); - *у сфері* посттравматичних реакцій, рівень стресостійкості, нервово-психічна стійкість та поведінкова регуляція, гострий стресовий розлад (травматична подія).

Встановлено статистичний зв'язок між показниками особистісних якостей учасників бойових дій та показниками, що свідчать про наявність у них ознак психотравматизації: чим більш виражені ознаки психотравматизації у учасників бойових дій, тим більш виражені негативні особистісні зміни, що діагностуються у них; - між показниками психотравматизації та рівнем задоволеності якістю життя учасників бойових дій: чим більше ознак постстресових розладів, тим менше задоволеність своїм

4. Запропоновано й апробовано програму профілактики психологічної травматизації військовослужбовців та ветеранів, яка враховує значущі стресогенні чинники бойового середовища та особливості прояву посттравматичних стресових розладів в учасників бойових дій, виявлені в ході нашого дослідження. Впроваджено тренінгову програму «Профілактування психотравматизації у військовослужбовців та ветеранів», метою якої є збереження та зміцнення психологічного здоров'я військовослужбовців, попередження розвитку посттравматичних розладів внаслідок виконання службово-бойових завдань та рецидивів наслідків психотравми.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Агаєв Н. А. Негативні психічні стани військовослужбовців у бойових умовах: класифікації, визначення, ідентифікація. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2016. № 2 (4). С. 8 – 16.
2. Агаєв Н. А,. Дикун В. Г, Чорний В. С. та ін. Морально-психологічне забезпечення у Збройних силах України: підручник. Бровари: ТОВ «7 БЦ», 2020. 754 с.
3. Актуальні дослідження в сучасній вітчизняній екстремальній та кризовій психології: колективна монографія / за заг. ред. В. П. Садкового, О. В. Тімченка. Харків: Мезіна В. В., 2017. 508 с.
4. Алещенко В. І. Психологічне забезпечення миротворчої діяльності військовослужбовців Збройних Сил України: монографія. Харків: ХУПС, 2008. 238 с.
5. Алещенко В. І., Сафін О. Д., Потапчук Є. М., Організація збереження психологічного здоров’я військовослужбовців: навчальний посібник. Київ: «Просвіта», 2007. 134 с.
6. Артеменко А. Інтеграція військовослужбовців з інвалідністю після повернення із зони бойових дій в освітнє середовище вищого навчального закладу. *Вчені записки ХГУ «НУА»*.2018.Випуск 24. С. 199 – 205.
7. Афанасьєва Н. Є. Основи психогігієни та психопрофілактики: навчальний посібник. Харків : НУЦЗУ, 2016. 91 с.
8. Беспалько А. О. Про обумовленість домінуючої копінг-стратегії рівнем адаптованості учасника бойових дій. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 12 – 22. С. 8 – 17.
9. Бігун Н. І. Профілактична робота в практичній психології: навчально-методичний комплекс дисципліни. Кам’янець-Подільський: Медобори-2006, 2011. 96 с.
10. Блінов О. А. Бойова психічна травма: монографія. Київ: Талком, 2020. 700 с.
11. Блінов О. А. Вплив стрес-факторів діяльності на військовослужбовців. *Вісник Національної академії оборони України*. 2006. Вип. 2. С. 118 – 124.
12. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ: Талком, 2019. 246 с.
13. Бoлтiвeць C. I. Укрaїнcькa пcиxoлoгiчнa тeрмiнoлoгiя: cлoвник-дoвiдник. Київ: ДП «Iнфoрмaцiйнo-aнaлiтичнe aгeнтcтвo», 2010. 302 c.
14. Бондарев Г. В. Основи військової психології: навчальний посібник. Харків: Харківський національний університет внутрішніх справ, 2020. 272 с.
15. Бриндіков Ю. Л. Теорія і практика реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб : автореф. дис… д-ра пед. наук: 13.00.05. Тернопіль, 2019. 39 с.
16. Васильєв С. П. Особливості впровадження методологічних підходів армій країн НАТО в практику психологічної підготовки військовослужбовців ЗС України. *Вісник Національного університету оборони України.* 2019. Вип. 3 (53). С. 50 – 67.
17. Васильєв С. П. Психологічні умови розвитку психологічної стійкості (резилієнсу) у військовослужбовців у процесі базової загальновійськової підготовки. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. № 3 (61). С. 5 – 13.
18. Вахняк В. А. Психологічна компетентність військовослужбовців: узагальнена дефініція та структура. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. № 1 (59). С. 55 – 62.
19. Вказівки щодо збереження психічного здоров’я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів). Київ: Українська військово-медична академія МО України, 2018. 102 с.
20. Горішня К. І. Професійна реадаптація демобілізованих військовослужбовців: сценарне прогнозування майбутнього. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. № 2 (60). С. 24 – 30.
21. Грилюк С. М. Використання психокорекційних напрямків кінезіології в психологічній реабілітації ветеранів АТО (ООС). *Вісник Національного університету оборони України. Збірник наук. праць*. 2019. № 2 (52). С. 40 – 49.
22. Діагностика індивідуально-психологічних властивостей особистості: Навчально-методичний посібник / А. Б. Неурова, О. С. Капінус, Т. Л. Грицевич. Львів: НАСВ, 2016. 181 с.
23. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : методичні рекомендації / Укладачі П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін. Харків: ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». 2014. 67 с.
24. Дідух М. М. Стан розвитку компонентів конструктивної копінг-поведінки у працівників органів внутрішніх справ. *Проблеми сучасної психології*. 2014. Вип. 26. С. 129 – 143.
25. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Н. Агаєв, О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
26. Іллющенко С. Ю. Рефлексивний механізм подолання впливу критичних ситуацій. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. № 3 (61). С. 28 – 34.
27. Інжиєвська Л. А. Арт-терапевтичні техніки у психологічному супроводі військовослужбовців: теорія і практика: навчально-методичний посібник. Київ: НУОУ ім. Івана Черняховського, 2019. 184 с.
28. Ковальчук О. П., Інжиєвська Л. А. Використання арт-засобів у психологічному супроводі військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. № 3 (61). С. 60 – 64.
29. Кокун О. М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія. Київ: Міленіум, 2004. 265 с.
30. Кокун О. М. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
31. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Стресогенні чинники бойової діяльності, що зумовлюють виникнення у військовослужбовців посттравматичних стресових розладів. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2017. Вип. 22. С. 143–150.
32. Колесніченко О. С. Структура та зміст методики «Стійкість до бойової психологічної травматизації» фахівця екстремального виду діяльності. *Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України*. Серія : психологічні науки. 2018 №. 1(9). С. 110 – 126.
33. Колесніченко О. С., Мацегора Я. В., Приходько І. І., Юр’єва Н. В. Засоби психологічної підтримки військовослужбовців при виконанні службово- бойових завдань в екстремальних умовах. *Вісник Національного університету оборони України*. 2016. Вип. 1 (47). С. 58.
34. Комар З. Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів. Київ, 2017. 185 с.
35. Корольчук В. М. Посттравматичний стресовий розлад, як наслідок дезадаптивного прояву стресогенного впливу. *Вісник Національного університету оборони України*. 2011. Вип. 3 (22). С. 137‒140.
36. Корольчук В. М. Психологічні детермінанти стійкості особистості до дії стресогенних факторів. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2013. Вип. 14 (1). С. 153 – 162.
37. Корольчук М. С. Теорія і практика професійного психологічного відбору: навчальний посібник. Київ: Ніка-Центр, 2006. 536 с.
38. Корольчук M. C., Крайнюк В. M. Соціально-психологічне забезпечення діяльності в звичайних та екстремальних умовах: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів. Kиїв: Ніка-Центр, 2009. 580 с.
39. Костів С. Ф. Психолого-педагогічний аналіз проблем психофізичної витривалості офіцерів у військово-професійній діяльності в науковій літературі та військовій практиці. *Scientific letters*. 2018. Vol.6, No3. Р. 62 – 66.
40. Костюк Д., Костюк В. Психічне та психологічне здоров’я особистості: поняття, зміст, критерії. *Питання психології: Вісник Національного університету оборони України*. 2018. Випуск 2 (50). С. 45 – 49.
41. Кравченко В. В. Психологічний стан військовослужбовців під час адаптації до діяльності в екстремальних умовах як об’єкт теоретичного дослідження. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. № 2 (60). С. 71 – 80.
42. Кравченко К. О., Тімченко О. В., Широбоков Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції: монографія. Харків: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.
43. Кримець Л. В. Ціннісні аспекти формування ментальності військовослужбовців Збройних Сил України. *Вісник Національного університету оборони України*. 2018. № 1 (49). С. 155 – 160.
44. Кудренко О. В. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців Повітряних Сил (на основі досвіду АТО). *Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України*. 2018. № 2(31). С. 137 – 144.
45. Кулаженко А. І. Психологічні особливості віддалених наслідків стресогенних впливів на особистість (на прикладі осіб, які приймали участь в ліквідації аварії на Чорнобильській атомній електростанції) : автореф. дис. … канд. психол. наук : 19.00.09. Харків, 2011. 23 с.
46. Лозінська Н. С. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямах сучасної психотерапії. *Вісник Національного університету оборони України*. 2018. №. 2 (50). С. 65 – 73.
47. Малкова Т. М. Професійне становлення особистості (на прикладі вищих навчальних закладів системи Міністерства внутрішніх справ України): монографія. Київ, 2012. 394 с.
48. Мась Н. М. Психологічна підготовка військовослужбовців до дій у особливих умовах. *Вісник Національного університету оборони України*. 2014. № 3 (40). С. 280 – 285.
49. Мацевко Т., Березницька У., Солошенко Н. Психічний стан військовослужбовців після повернення із зони бойових дій. *Вісник національного університету оборони України*. 2020. № 2 (55). С. 59 – 67.
50. Методичний порадник з питань морально-психологічного забезпечення для командирів військових частин (підрозділів) та військовослужбовців, які приймають участь в антитерористичній операції / під заг. ред. В. І. Осьодла. Київ : НУОУ, 2015. 88 с.
51. Мозальов В. Є. Проблеми розвитку психологічної компетентності керівників у вищих військових навчальних закладах в умовах післядипломної освіти. *Збірник наукових праць «Військова освіта» НУОУ ім. Івана Черняховського*. 2019. № 2. С. 118 – 127.
52. Мозальов В. Є., Ганджа В. С. Критерії та показники психічного здоров’я військовослужбовців збройних сил України. *Вісник національного університету оборони України*. 2021. № 1 (59). С. 144 – 150.
53. Морально-психологічне забезпечення підрозділів Збройних Сил України : підручник / А. О. Кобзар, В. Т. Марценківський, П. М. Слюсаренко та ін. Київ: НУОУ ім. Івана Черняховського, 2018. 496 с.
54. Осьодло В. І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. *Проблеми екстремальної та кризової пси*хології. 2013. Вип. 14 (1). С. 243 – 253.
55. Осьодло В. І. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи. *Український психологічний журнал*. 2017. № 1. С. 63 – 79.
56. Осьодло В. І. Психологічний зміст збройної боротьби (за матеріалами зарубіжних джерел. *Вісник НАОУ*. 2014. № 2(39). С. 234 − 239.
57. Охорона психічного здоров’я в умовах війни. Переклад з англ. Семигіна Т., Павленко І., Овсяннікова Є. Київ: Наш формат, 2017. 1068 с.
58. Пенькова Н. Є. Психологічна готовність військовослужбовців Національної гвардії України до службово-бойової діяльності у процесі проведення антитерористичної операції: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Харьків, 2015. 215 с.
59. Потапчук Є. М. Соціально-психологічні основи збереження психічного здоров’я військовослужбовців : автореф. дис. … д-ра психол. наук: 19.00.09. Хмельницький, 2004. 32 с.
60. Потапчук Є. М. Соціально-психологічні умови збереження психічного здоров’я військовослужбовців: автореф. дис. На здобуття наук. ступеня д-ра псих. наук: 19.00.09. Хмельницький, 2004. 32 с.
61. Приходько І. І. Система профілактики та контролю бойового стресу у військовослужбовців. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. Серія: Психологія. 2018. Вип. 1. С. 146 – 153.
62. Професійна та гендерна ментальність військовослужбовців Збройних Сил України: формування на засадах європейських цінностей: навчальний посібник / під заг. ред. Л. В. Кримець. Київ: НУОУ, 2018. 188 с.
63. Професійно-психологічний тренінг військовослужбовців Національної гвардії України : монографія / за заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2016. 281 с.
64. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упоряд.: Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. Чернівці : Технодрук, 2014. 133 с.
65. Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції: монографія / С. Лєбєдєва, О. Назаров, Я. Овсяннікова, Н. Оніщенко, Д. Похілько, В. Тімченко, О. Тімченко, В. Христенко. / за заг. ред. Н. Оніщенко, О. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2019. 174 с.
66. Романишин А. М., Бойко О. В. Первинна психологічна допомога і реабілітація в бойових умовах. Львів: Академія сухопутних військ імені Петра Сагайдачного, 2014. 108 с.
67. Романишин А. М., Неурова А. Б. Алгоритм діагностування посттравматичних стресових розладів особового складу після участі в операції об'єднаних сил. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 4 (57). С. 93 – 103.
68. Романюк О. О. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок впливу бойового стресу на військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 5 (58). С. 161 – 165.
69. Caфiн O. Д., Тeптюк Ю. O. Фeнoмeнoлoгiчний aнaлiз нaукoвиx пiдxoдiв дo тeoрeтичниx мoдeлeй cтрecу тa пcиxoлoгiчнi xaрaктeриcтики cтрecocтiйкocтi ocoбиcтocтi. *Прaвничий вicник Унiвeрcитeту eкoнoмiки тa прaвa «КРOК»*. 2015. № 20. C. 191 – 197.
70. Свистун В. І. Психолого-педагогічні аспекти розвитку стресостійкості військовослужбовців. *Проблеми освіти*. 2018. Вип. 88 (2). С. 196 – 205.
71. Семенова Ю. С. Теоретико-методологічний аналіз поняття психотравма. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України.* 2012. Вип. 5. С. 145 – 151.
72. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції : монографія / К. О. Краченко, О. В. Тімченко, Ю. М. Широбоков. Харків: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.
73. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації / за ред. Т. М. Титаренко. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. 80 c.
74. Стасюк В. В. Психологія локальних війн та збройних конфліктів: підручник. Київ: НУОУ імені Івана Черняховського, 2016. 412 с.
75. Стасюк В. В. Психологія управління військами: підручник. К.:НУОУ ім. І. Черняховського, 2014. 540 с.
76. Сторожук Н. А. Формування психологічної готовності молодого офіцера Збройних Сил України до службово-бойової діяльності: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Київ, 2010. 156 c
77. Сулятицький І. Психолого-корекційний практикум травм війни: навчальний посібник. Львів : ЛНУ імені Івана Франка. 2019. 396 с.
78. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації: підручник. Вид. 2-ге, доп. / кол. авт.; за заг. ред. Василя Осьодла. Київ: НУОУ імені Івана Черняховського, 2020. 484 с.
79. Титаренко Т. М. Психологічне здоров’я особистості: засоби самодопомоги в умовах тривалої травматизації : монографія. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2018. 160 c.
80. Тімченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень: концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування: Монографія Харків: Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2000. 268 с.
81. Тютюнник Л. Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник національного університету оборони України*. 2020. № 2 (55). С. 106 – 115.
82. Удосконалення лікування та реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України із бойовою психічною травмою: методичні рекомендації /О. В. Друзь, О. Г. Сиропятов, М. І. Бадюк, О. М. Шемчук. Київ: «МП Леся», 2015. 52.
83. Хоружий С. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Психологічна робота з посттравматичними стресовими розладами у військовослужбовців Збройних Сил України: методичний посібник: у 2 ч. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. Ч. 1. 50 с.
84. Хоружий С. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Психологічна робота з посттравматичними стресовими розладами у військовослужбовців Збройних Сил України: методичний посібник: у 2 ч. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. Ч. 2. 87 с.
85. Юркова О. І. Аналіз функціонального компонента психологічної готовності військовослужбовців до бойової діяльності. *Вісник національного університету оборони України*. 2020. № 2 (55). С. 137 – 144.
86. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013. 947 p. URL: 132 <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
87. Briere J. Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, andtreatment / J. N. Briere, C. Scott. Secondedition, DSM-5 update. University of Southern California, Keck School of Medicine, 2012–428 p.
88. Dadkhah B., Valizadeh S., Hassankhani H. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review article. Healthmed. January 2013 7(2):502-507 URL: https://www.researchgate.net/ publication/236215759\_Psychosocial\_adjustment\_to\_lower-limb\_ amputation\_A\_review\_article.
89. Goffman E. Stigma : notes on the management of spoiled identity / E. Goffman. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 1963. 147 p.
90. Johnston S. L., Robinson C., Earles J. E., Via J., & Delaney E. M. (2017). State of Psychology in the US Armed Forces. In S. Bowles, & P. Bartone (Eds.), Handbook of Military Psychology. pp. 1‒15. Cham: Springer. DOI:https://doi. org/10.1007/978-3-319- 66192-6\_1.
91. Kime Р. Rand: Civilian mental health providers don't 'get' the military. Nov 21, 2014. URL: <https://www.militarytimes.com/paybenefits/military-benefits/health-care/2014/11/21/rand-civilian-mentalhealth-providers-don-t-get-the-military/>
92. Kulka R. A. and others. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York, Brunner/Mazel, 1990. 322 р.
93. Linley A., Joseph S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. Journal of Traumatic Stress. Vol. 17, №. 1, February 2004, pp. 11–21.
94. Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems / Second Edition / Edited by H. Arkowitz, W. R. Miller, and S. Rollnick. Guilford press, 2017. 400 p.
95. Wolfe-Clark A. L., & Bryan C. J. (2017). Integrating two theoretical models to understand and prevent military and veteran suicide. Armed Forces & Society. Vol. 43(3). рр. 478‒499. URL: https://doi. org/10.1177%2F0095327X16646645