



ПОВЕРНЕННЯ З ВІЙНИ

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ
РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА РЕСОЦІАЛІЗАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ І ВЕТЕРАНОК
ДО УМОВ ЦИВІЛЬНОГО ЖИТТЯ

ПОЛТАВА
2024

**ЗВО «ВІДКРИТИЙ МІЖНАРОДНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ «УКРАЇНА»
ПОЛТАВСЬКИЙ ІНСТИТУТ ЕКОНОМІКИ І ПРАВА
ЦЕНТР ВЕТЕРАНСЬКОГО РОЗВИТКУ
ПОЛТАВСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**ПОВЕРНЕННЯ З ВІЙНИ:
соціально-психологічні особливості
реадаптації та ресоціалізації ветеранів
і ветеранок до умов цивільного життя**

КОЛЕКТИВНА МОНОГРАФІЯ

**Полтава
ПУЕТ
2024**

Рекомендувала до розміщення в мережі Інтернет та друку вчена рада Полтавського інституту економіки і права Університету «Україна» (протокол № 1 від 17 вересня 2024 року).

Авторський колектив:

А. Чернов (1; 2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7; 4); **В. Заїка** (2.2; 2.3; 2.5; 4); **В. Лебедєв** (1; 2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7; 4); **В. Шевчук** (3.1; 3.2); **Л. Клевака** (3.3).

Рецензенти:

Надія Мякушко, докторка філософії у галузі політичних наук, кандидатка політичних наук, доцентка, директорка Полтавського інституту економіки і права Університету «Україна»;

Ксенія Андросович, докторка психологічних наук, професорка кафедри психології та суспільно-гуманітарних дисциплін ЗВО «Міжнародний науково-технічний університет імені академіка Юрія Бугая»;

Юрій Горбенко, кандидат психологічних наук, підполковник ЗСУ, учасник бойових дій, доцент кафедри психології та педагогіки Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»;

Вадим Рудь, кандидат медичних наук, лікар-психіатр вищої кваліфікаційної категорії, доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету;

Ніна Черняк, заслужена працівниця соціальної сфери України, начальниця Управління у справах реінтеграції, соціального захисту ветеранів і внутрішньо переміщених осіб Полтавської обласної військової адміністрації.

Повернення з війни: соціально-психологічні особливості
П42 **реадаптації та ресоціалізації ветеранів і ветеранок до умов**
цивільного життя : колективна монографія / [А. Чернов,
В. Заїка, В. Лебедєв та ін.]. – Полтава : ПУЕТ, 2024. – 249 с.

ISBN 978-966-388-709-8

Монографію присвячено аналізу соціально-психологічного виміру реадаптації та ресоціалізації ветеранів і ветеранок війни до умов цивільного життя. З урахуванням теоретичних надбань соціально-психологічного знання, розглянуто актуальні проблеми психологічного відновлення та ресоціалізації військово-службовців, ветеранів військової служби, учасників бойових дій, учасників війни та осіб з інвалідністю внаслідок війни. Запропоновано соціально-психологічні механізми інтеграції ветеранів і ветеранок війни до повноцінної інтеграції в умовах цивільного суспільства.

УДК 364-786:355.1-057.36-057.75

Тиражування та розповсюдження без офіційного дозволу авторів заборонено.

У разі використання матеріалів монографії посилання на це видання є обов'язковим.

© А. Чернов, В. Заїка, В. Лебедєв,
В. Шевчук, Л. Клевака, 2024
© Полтавський інститут економіки і
права Університету «Україна», 2024

ISBN 978-966-388-709-8

**HIGHER EDUCATION INSTITUTION “OPEN INTERNATIONAL
UNIVERSITY OF DEVELOPMENT PEOPLE “UKRAINE”**

POLTAVA INSTITUTE OF ECONOMICS AND LAW

**VETERANS’ DEVELOPMENT CENTER OF
POLTAVA STATE MEDICAL UNIVERSITY**

**RETURNING FROM THE WAR:
social and psychological aspects
of veterans’ readaptation and
resocialization to civilian life**

COLLECTIVE MONOGRAPH

**Poltava
PUET
2024**

Recommended for publication in the Internet and in print by the Academic Council of Poltava Institute of Economics and Law of the University 'Ukraine' (Protocol No. 1 dated 17 September 2024).

The authors are:

A. Chernov (1; 2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7; 4); **V. Zaika** (2.2; 2.3; 2.5; 4); **V. Lebedev** (1; 2.1; 2.4; 2.5; 2.6; 2.7; 4); **V. Shevchuk** (3.1; 3.2); **L. Klevaka** (3.3).

Reviewers:

Nadiia Myakushko, PhD in Political Science, Candidate of Political Science, Associate Professor, Director of the Poltava Institute of Economics and Law, University of 'Ukraine';

Kseniia Androsovykh, Doctor of Psychology, Professor of the Department of Psychology and Social Sciences and Humanities, National University 'Yuri Buhay International Science and Technology University';

Yurii Horbenko, PhD in Psychology, Lieutenant Colonel of the Armed Forces of Ukraine, combatant, Associate Professor of the Department of Psychology and Pedagogy at National University 'Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic';

Vadym Rud, PhD in Medicine, psychiatrist of the highest qualification category, Associate professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology at Poltava State Medical University;

Nina Cherniak, Honoured Social Worker of Ukraine, Head of the Department for Reintegration, Social Protection of Veterans and Internally Displaced Persons of the Poltava Regional Military Administration.

Returning from the war: Social and Psychological Aspects of Veterans' Readaptation and Resocialization to Civilian Life : collective monograph / [A. Chernov, V. Zaika, V. Lebedev et al.]. – Poltava : PUET, 2024. – 249 p.

ISBN 978-966-388-709-8

The monograph is focused on the analysis of the social and psychological aspects of the readaptation and resocialisation of war veterans to civilian life. Considering the theoretical achievements of social and psychological knowledge, the author discusses the relevant issues of psychological recovery and resocialisation of military personnel, veterans of military service, combatants, war veterans and persons with disabilities due to war. The author proposes socio-psychological mechanisms for the integration of women and men war veterans to full integration in civilian society.

Duplication and distribution without the official permission of the authors is prohibited.

Reference to this publication is mandatory when using materials from the monograph.

© A. Chernov, V. Zaika, V. Lebedev,
V. Shevchuk, L. Klevaka, 2024

© Poltava Institute of Economics and Law of
the University 'Ukraine', 2024

ISBN 978-966-388-709-8

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	9
ПЕРЕДМОВА. Війна у вимірі психології	12
РОЗДІЛ I. Психічні навантаження, пов'язані з військовою службою.....	18
1.1. Сутність поняття «бойовий стрес» <i>(Віктор Лебедєв, Артем Чернов)</i>	18
1.2. Психофізичні зміни в психіці військовослужбовця внаслідок бойового стресу <i>(Віктор Лебедєв, Артем Чернов)</i>	29
1.3. Деадаптивні та адаптивні зміни у психіці військовослужбовця в результаті бойового стресу <i>(Віктор Лебедєв, Артем Чернов)</i>	36
1.4. Військовослужбовці, котрі не брали участі в бойових діях <i>(Віктор Лебедєв, Артем Чернов)</i>	49
1.5. Результати емпіричного дослідження військовослужбовців <i>(Віктор Лебедєв, Артем Чернов)</i>	53
РОЗДІЛ II. Воїн на шляху додому	74
2.1. Військовий та суспільство: проблеми соціальної перцепції <i>(Віктор Лебедєв, Артем Чернов)</i>	74
2.2. Звільнення з військової служби як кризовий етап життя <i>(Віталій Заїка)</i>	80

2.3. Гендерні особливості соціально-психологічної адаптації ветеранів та ветеранок війни до умов мирного життя після звільнення зі Збройних Сил (Віталій Заїка).....	93
2.4. Складаємо клінічне інтерв'ю з урахуванням саногенних та патогенних факторів (Віктор Лебедєв, Артем Чернов)	110
2.5. Особливості психологічного консультування військовослужбовця, звільненого в запас (Артем Чернов, Віталій Заїка, Віктор Лебедєв)	115
2.6. Підбір діагностичної методики (Віктор Лебедєв, Артем Чернов)	126
2.7. Робота психолога в мультидисциплінарній команді (Віктор Лебедєв, Артем Чернов).....	134
РОЗДІЛ III. Родина як осередок психічного здоров'я	140
3.1. Психологічна допомога дружинам ветеранів (Вікторія Шевчук)	140
3.2. Психологічна допомога сім'ям військовослужбовців (Вікторія Шевчук)	144
3.3. Спілкування ветеранів та ветеранок з дітьми (Леся Клевака)	153
РОЗДІЛ IV. Природотерапія як приклад групової психологічної роботи (Віктор Лебедєв, Віталій Заїка, Артем Чернов)	162
Довідник громадських, державних та волонтерських установ, де можна отримати допомогу	177
Список використаних джерел	194
ДОДАТКИ	216

TABLE OF CONTENTS

LIST OF ABBREVIATIONS	9
PREFACE. War in the dimension of psychology	12
SECTION I. Mental burden associated with military service	18
1.1. The essence of the concept of ‘combat stress’ (<i>Viktor Lebedev, Artem Chernov</i>)	18
1.2. Psychophysical changes in the mental health of a military personnel as a result of combat stress (<i>Viktor Lebedev, Artem Chernov</i>)	29
1.3. Maladaptive and adaptive changes in the mental health of a military personnel as a result of combat stress (<i>Viktor Lebedev, Artem Chernov</i>)	36
1.4. Non-active duty military personnel (<i>Viktor Lebedev, Artem Chernov</i>)	49
1.5. Results of an empirical study of military personnel (<i>Viktor Lebedev, Artem Chernov</i>)	53
SECTION II. A warrior on the way to home	74
2.1. Serviceman and Society: Problems of Social Perception (<i>Viktor Lebedev, Artem Chernov</i>)	74
2.2. Discharge from military service as a crisis stage of life (<i>Vitalii Zaika</i>)	80
2.3. Gender specifics of social and psychological adaptation of war veterans to the conditions of peaceful life after discharge from the armed forces (<i>Vitalii Zaika</i>)	93

TABLE OF CONTENTS

2.4. Designing a clinical interview with consideration of sanitary and pathogenic factors (Viktor Lebedev, Artem Chernov)	110
2.5. Specifics of psychological counselling of military personnel discharged into the reserve (Artem Chernov, Vitalii Zaika, Viktor Lebedev)	115
2.6. Selection of diagnostic methods (Viktor Lebedev, Artem Chernov)	126
2.7. Psychologist's work in a multidisciplinary team (Viktor Lebedev, Artem Chernov)	134
SECTION III. Family as a centre of mental health.....	140
3.1. Psychological support for veterans' wives (Victoria Shevchuk).....	140
3.2. Psychological support for families of military personnel (Victoria Shevchuk).....	144
3.3. Communication of female and male veterans with children (Lesia Klevaka)	153
SECTION IV. Nature therapy as an example of group psychological intervention (Viktor Lebedev, Vitalii Zaika, Artem Chernov).....	162
Directory of public, state and volunteer organisations that provide support	177
List of references.....	194
APPENDICES.....	216

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АТО	Антитерористична операція
БПТ	Бойова психічна травма
ВЛК	Військово-лікарська комісія
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГО	Громадська організація
ЄДРВВ	Єдиний державний реєстр ветеранів війни
ЗМІ	Засоби масової інформації
ЗСУ	Збройні сили України
МГО	Міжнародна громадська організація
МДК	Мультидисциплінарна команда
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
МСЕК	Медико-соціальна експертна комісія
НГУ	Національна гвардія України
НПН	Нервово-психічна нестійкість
НПС	Нервово-психічна стійкість
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ООС	Операція об'єднаних сил
ПАР	Психоактивні речовини
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
СБУ	Служба безпеки України
СЗЧ	Самовільне залишення частини

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

СВ	Синдром вцілілого
ТрО	Територіальна оборона
ТС	Травма свідка
ТЦК та СП	Територіальний центр комплектування та соціальної підтримки
УБД	Учасник бойових дій

**Висловлюємо слова щирої вдячності за
позитивні відгуки, підтримку та допомогу,
завдяки якій це видання відбулося:**

Олександрові Лемешку, кандидату юридичних наук, доценту, адвокату-практику, психологу, першому заступнику голови, депутатові Полтавської обласної ради;

Надії Мякушко, докторці філософії у галузі політичних наук, кандидатці політичних наук, доцентці, директорці Полтавського інституту економіки і права Університету «Україна»;

Яніні Барибіній, кандидатці економічних наук, доцентці кафедри менеджменту Полтавського університету економіки і торгівлі, членкині Наукової ради з туризму та курортів Міністерства економічного розвитку і торгівлі, депутатці Полтавської обласної ради, заступниці голови координаційної ради з туризму та курортів Полтавської обласної державної адміністрації;

Дмитру Бойку, кандидату медичних наук, доценту кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Полтавського державного медичного університету, керівнику Центру ветеранського розвитку при ПДМУ;

Анастасії Шкодіній, представниці робочої групи Центру ветеранського розвитку при Полтавському державному медичному університеті, аспірантці кафедри нервових хвороб Полтавського державного медичного університету, представниці Європейського товариства дослідження сну, лікарці-невропатологу ТОВ МЛДЦ «Медіон», голові комітету наукових досліджень у медицині та психології сну ГО «Інститут розладів сну та психотравматичних розладів»;

Вікторії Пилипенко, магістерці державного управління, директорці Департаменту інформаційної діяльності та комунікацій з громадськістю Полтавської обласної військової адміністрації;

Руслану Басенку, кандидату педагогічних наук, доценту, заступнику директора з науково-педагогічної роботи, міжнародної та грантової діяльності, завідувачу кафедри правознавства та фінансів Полтавського інституту економіки і права Університету «Україна».

ПЕРЕДМОВА ВІЙНА У ВИМІРІ ПСИХОЛОГІЇ

«Першими зламалися ті, хто вірив, що це скоро закінчиться.

Після них – ті, хто не вірив, що це колись закінчиться.

Вижили ті, хто сфокусувався на своїх діях, без очікувань того, що може чи не може статися».

**Віктор Франкл, в'язень концтабору,
учений, психіатр, засновник логотерапії**

Розвиток соціокультурної сфери життя людини тісно пов'язаний з суспільними процесами. Війна знаходить своє відображення у творах мистецтва, виразно впливає на освітній процес, змінює вектор державної політики. Процеси, викликані війною, так само відчутні і в галузі практичної психології, адже вона найбільш чутлива до людського горя, людських проблем. Якщо років п'ять тому основними викликами були неслухняні діти, проблеми в стосунках, матеріальні нестачі, то зараз найважливішими запитами є: втрата рідних і близьких, тривожність, питання глобальної перебудови світового ладу. У цілому суспільство дезорієнтоване відсутністю стереотипів співчуття матері, котра втратила сина/доньку на війні; алгоритмів роботи з внутрішньо переміщеними особами, що залишилися без домівки. Актуальними стали питання, як повернути військового до звичного життя, як жити з постійною невизначеністю та втратою емоційної опори, як звикнути до повсякчасної загрози власному життю.

Один із найсерйозніших викликів, з яким стикаються ветерани російсько-української війни та чинні військовослужбовці сил оборони України, – розгубленість і відірваність від життєвого контексту, у якому вони раніше будували своє майбутнє, адже соціальна ізоляція – так само руйнівний фактор для особистості, і його потрібно здолати.

Ознаками кризи в сучасному суспільстві є протиріччя існування, коли по-старому жити вже не виходить, а по-новому – більшість людей не знає як. Якщо порівнювати суспільство з клієнтом, котрий звернувся за допомогою, то стадію заперечення він уже пройшов, проте ще не адаптувався до змін. Загальним позитивним кроком у сприйнятті сучасного середовища вважаємо відмову значного числа людей від ілюзії швидкого завершення війни; проте констатуємо момент уникнення ними того, що після війни проблеми самі собою не зникнуть. Набувають популярності семінари, вебінари, круглі столи з питань першої психологічної допомоги та кризового консультування, роботи з військовими та їхніми сім'ями. Порушення такої актуальної проблематики й намагання навчати всіх, хто бажає вчитися, – важлива просвітницька робота з населенням.

Дана монографія не розв'язує всіх найголовніших проблем сучасної української психології та соціальної роботи в сфері допомоги ветеранам війни; у ній лише порушуються важливі питання втрат та горя. У центрі уваги – повернення військового, ветерана війни до цивільного суспільства, адже держава не може втрачати найбільш умотивованих та тих, хто готовий встати на її захист, а мусить створити відповідні умови для їхньої інтеграції в соціум.

Не викликати заперечення думка про те, що колишній військовослужбовець житиме гідно та цікаво навіть втративши кінцівку. У той же час, не маючи фізичних ампутацій, але переживаючи значні психологічні проблеми, ветеран навряд відчуватиме повноту життя. Нині спостерігається нагальна потреба в розробці нових практичних напрямів соціально-психологічної допомоги з метою формування стійкої стресостійкості цивільного населення та інтеграції демобілізованих військовослужбовців до активного суспільного життя, вміння адаптуватися до постійної невизначеності та, за можливістю, формування навичок адаптації до мінливих умов сучасної дійсності тощо.

На нашу думку, навички кризової психологічної допомоги нині набувають особливої актуальності. Більше того, зважаючи на обставини постійної загрози життю в умовах війни нового звучання набуває викладання соціально-психологічних знань у закладах загальної середньої та вищої освіти. Такі компетентності дають силу і насагу протидіяти постійному стресу, є щепленням від постійної інтоксикації травмами війни. Колектив авторів монографії, на нашу думку, зробив крок в даному напрямку і впорався з поставленою задачею, віднайшовши ті методи та сенси, завдяки яким військовослужбовці, які повертаються з війни зможуть відновитися та віднайти себе в цивільному житті.

Монографія складається з чотирьох розділів і довідника благодійних, волонтерських та громадських організацій, органів державної влади і місцевого самоврядування, у підпорядкуванні яких перебувають державні комунальні установи та заклади, які надають необхідну допомогу військовослужбовцям, котрі брали участь у виконанні бойових завдань із захисту Батьківщини у складі військових підрозділів сил оборони України, та членам їхніх сімей.

У першому розділі проаналізовано психічні навантаження під час військової служби і їх наслідки для психіки військовослужбовців.

У другому – з'ясовано основи індивідуальної психологічної роботи з військовослужбовцем, проаналізовано його психічний стан при звільненні, акцентовано гендерні особливості військовослужбовців.

У третьому розділі акцентовано про роботу з родиною військовослужбовця, запропоновано програму підтримки дружини військовослужбовця.

У четвертому розділі подано програми «Природотерапії» та «Рекреації», покликаних допомогти ветерану відновити внутрішню гармонію, знизити рівень стресу, відчуття тривоги,

ПЕРЕДМОВА
ВІЙНА У ВИМІРІ ПСИХОЛОГІЇ

змінити ставлення до травматичного досвіду, покращити фізичне і психологічне здоров'я, допомогти організму самому стабілізувати порушену рівновагу.

Додатково монографія містить довідник державних та громадських організацій, які надають допомогу ветеранам і ветеранкам.

Присвячується загиблим воїнам 116 бригади та військовим і цивільним, які загинули 3-го вересня 2024 року.

Пам'ятаємо про загиблих, допомагаємо живим.

Авторський колектив



РОЗДІЛ І

**ПСИХІЧНІ НАВАНТАЖЕННЯ,
ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЙСЬКОВОЮ
СЛУЖБОЮ**

РОЗДІЛ І

ПСИХІЧНІ НАВАНТАЖЕННЯ, ПОВ'ЯЗАНІ З ВІЙСЬКОВОЮ СЛУЖБОЮ

«Бій не є чимось сухим, стерильним – усе якраз навпаки: це гнійна, токсична царина, просякнута сльозами та кров'ю».

*Дейв Гроссман, Лорен Крістенсен
«Бій: психологія і фізіологія війна
в часи війни та миру»*

1.1. Сутність поняття «бойовий стрес»

У науці термін «бойовий стрес» уперше було використано в 1905 р. на Другому з'їзді психіатрів. Відтоді започатковано активну фазу досліджень щодо впливу перебігу бою на психічний і фізичний стан військовослужбовців: 1905 р. – «меланхолія без марення» М. Шайкевича; 1906 р. – «неврастенічний психоз у солдатів» П. Автократова та О. Озерецького; 1913 р. – «душевні рани в бою» Г. Шумкова; 1914 р. – «воєнний невроз» В. Бехтерева; 1915 р. – «бойові та окопні психічні розлади» О. Гервера. Лише в 1919 р. М. Добротворський запропонував об'єднати в дослідницьких цілях різні за клінікою і за виявом форми психічних розладів під впливом бойової обстановки в єдину групу з метою усунути заплутаність термінології та диференціювати окремі діагностичні одиниці.

Аналіз проблеми бойового стресу засвідчує недостатній стан його вивчення. Дослідники зачіпають окремі аспекти клініко-патологічних наслідків бойового стресу для психіки військовослужбовців. Зазначену проблему вивчали такі вітчизняні науковці, як: С. Сукіасян [123], К. Кравченко [66], О. Блінов [13–16], О. Лящ [77]. Обмеженість наукових досліджень бойового стресу загалом та вивчення його впливу на військовослужбовців зокрема викликана низкою причин, з-поміж яких основні такі: різновекторність уявлень фахівців щодо його фено-

мена, складність вивчення в бойових та клінічних умовах, відсутність психодіагностичного інструментарію бойового стресу. Сучасне розуміння поняття «бойового стресу» активно використовують у ЗСУ [108].

Бойовий стрес – це комплексний і нестабільний результат дії стресорів, що впливає на всі психічні процеси і стани військовослужбовця під час бойових дій. У будь-який час бойових дій у кожного військовослужбовця стрес є результатом складної взаємодії багатьох фізичних і розумових (ментальних) стресорів, взаємодія впливу на психіку військовослужбовця двох видів факторів фізичних (зовнішнього середовища і фізіологічного) та розумових (пізнавального й емоційного) [90].



Фото 1. Бойові будні військовослужбовців Збройних сил України по захисту територіальної цілісності Батьківщини

Поняття «бойовий стрес» – центральне для військової психології. Від його детального вивчення та пропозицій щодо подолання залежать діагностичні критерії відбору військовослужбовців до бойового підрозділу, психологічна підготовка воїнів у ЗСУ [57], декомпресійні програми та програми реінтеграції ветеранів у цивільне суспільство. Важливий момент, який ми акцентуємо у своїй роботі, – це вплив бойового стресу на психіку військовослужбовця. Такий вплив призводить до адаптаційних і дезадаптаційних змін. Власне наслідки впливу доцільно розглянути за трикомпонентною структурою (когнітивний, емоційний та поведінковий компонент). Ключова передумова, яка впливає на здатність витримувати навантаження, пов'язане з бойовим стресом, – це адаптація психіки [25].

Адаптація – перебіг зміни поведінки і психологічних процесів, що уможливлює адекватне реагування людини на зміни в навколишньому середовищі для досягнення оптимального функціонування та збереження психічного благополуччя [120]. Власне з логіки психічної діяльності зрозуміло: вплив бойового стресу призводить до змін у психіці військовослужбовця. Такі зміни неминучі, адже вони забезпечують виживання. І все-таки характер, тривалість та зворотність цих змін залишається відкритим питанням.

Теоретично механізм впливу бойового стресу на психіку військовослужбовця може йти двома шляхами: перший – *дистрес*, який переходить у дезадаптаційні зміни; другий – *екострес*, що формує адаптивні зміни. *Дистрес* – стан, при якому людина неспроможна повністю адаптуватися до стресових ситуацій та спричинених ними наслідків і виявляє дезадаптивну поведінку. Це може бути очевидним при невідповідній соціальній взаємодії: агресія, пасивність чи ізоляціонізм [77].

Часто дистрес виявляє себе в реактивних психічних станах. Реактивними або психогенними станами називають тимчасові, такі, які минають, зворотні психічні розлади, що виникають як реакція у відповідь на вплив психогенної травми або надмірного стресу. Клінічно реактивні психічні стани подібні до звичайних

реактивних психозів мирного часу як наслідку надмірного впливу стресу. Але причини їхньої появи у військовослужбовця інші. Різниця полягає в тому, що військовослужбовець відчуває постійну загрозу власному життю та інтенсивний вплив фізіологічних подразників (шум, світло, вибухи, постріли). Психічне навантаження на психіку військовослужбовця трапляється ще до його безпосередньої участі в бою. Зазвичай це суб'єктивні психічні образи, які лякають військовослужбовця або викликають у нього надмірну тривожність, іноді – напади паніки. Такий стан речей обґрунтовує обов'язкову психологічну підготовку особового складу до участі в бойових діях. Безпосередньо після бою у військовослужбовця можливе виснаження, тремтіння як результат надмірного емоційного напруження або нав'язливі думки, викликані непомірними переживаннями самого бою. Нав'язливість виникає унаслідок афекту та неможливості переробити і структурувати отриманий у бою досвід [135–137].

Теоретично адаптація психіки військовослужбовця до дії бойового стресу можлива через екострес. **Екострес** – це виникнення бажаного, тобто позитивного ефекту (підвищення стійкості організму та психіки) [77]. Передумовами того, що психіка військовослужбовця витримає навантаження реального бою, є відсутність психічних хвороб, межових психічних станів, акцентуацій характеру, емпіричних показників підвищеної тривоги, ригідності, фрустрації, нерозв'язаних психологічних проблем, які мають ознаки психічної травми; нервово-психічна стійкість, емоційна лабільність, навченість та тренуваність, участь у моделюванні реальних бойових ситуацій. Отже, актуалізувалася роль психодіагностичної роботи військового психолога з особовим складом щодо ранжування його за рівнем нервово-психічної стійкості.

Повномасштабне вторгнення російського агресора в Україну 24 лютого 2022 року унеможливило повноцінний психодіагностичний добір кандидатів для участі в бойових діях. На момент перших заходів з оборони країни ми маємо повністю дифузну вибірку військовослужбовців, яка різниться за всіма психологіч-

ними та психосоціальними параметрами. Тобто, з професійною армією РФ воює не професійна українська армія, а сформована з мобілізованих учорашніх резервістів. Непрофесійна, але спроможна перемагати. Тому звернемо увагу на ще один важливий психологічний параметр, який визначає здатність військовослужбовця долати бойовий стрес та має бути в центрі уваги майбутніх досліджень військових психологів. Це – мотивація і ставлення цивільного суспільства (антетюди) до військовослужбовців. Зокрема, О. Блінов повідомляє, що група осіб, яка *добровільно* вступила до лав ЗСУ, найменш вразлива в психологічному плані (найменша кількість осіб з ПТСР та іншими психічними захворюваннями, пов'язаними з впливом бойового стресу на психіку військовослужбовця) [16]. На противагу цьому військовослужбовці армії США, які воювали у В'єтнамі, мали високі показники ПТСР; багато ветеранів В'єтнаму вели маргіналізований спосіб життя, були алкогольно- та наркозалежними. Ситуація, що склалася в США, кардинально відрізнялася від ситуації в Україні в час війни проти росії. Акцентуємо: американське суспільство не сприймало В'єтнамсько-американську війну як необхідну і справедливу. Значне число учасників цієї війни мали низьку мотивацію до участі в ній. Індивідуальна стійкість воїна до бойового стресу – це сукупність соціальних та індивідуальних факторів, які поки що неможливо викласти в чіткій ієрархічній послідовності за рівнем їхньої значущості. За нашою гіпотезою, ветерани війни у В'єтнамі отримали ретравматизацію вже в цивільному житті внаслідок негативної суспільної думки та ставлення до себе як учасників невинуватої війни [125; 151].

Первинне ураження відбувається безпосередньо на полі бою, вторинне – під час перебування у військовій частині або на відпочинку. Хронічними травмами, отриманими внаслідок бойового стресу, стають у процесі інтеграції ветерана в цивільне суспільство. Психологічний супровід військовослужбовця повинен бути системним та безпричинним, це – обов'язкова соціальна гарантія для військовослужбовця, оскільки психічні захворю-

вання виключають особистість із суспільства, роблять її недієздатною. Звичайно, ризик психічного захворювання або психічної травми внаслідок ураження бойовим стресом для військовослужбовців істотно вищий, ніж для цивільного населення. Така позиція призводить до стигматизації учасника бойових дій, що так само виключає його із суспільного життя. Якими б якісними не були первинна та вторинна психологічна допомога, особистість функціонує завдяки суспільним зв'язкам і при їх зникненні або звуженні може ретравматуватися [18].

Як уже повідомляли раніше, вплив бойового стресу доцільно розглядати за трикомпонентною структурою, додавши до неї вплив на фізіологічний апарат військовослужбовця. Розмежуємо цей вплив на окремі групи симптомів.

Виділяють чотири **групи симптомів стресу**: *фізіологічні* (напруження м'язів, тремтіння кінцівок, порушення дихання, процесів травлення, підвищення стомлюваності, пітливості, пульсу та артеріального тиску, больові відчуття невизначеного характеру тощо), *когнітивні* (часті помилки при обчисленні, важкість зосередження, прийняття рішень і підтримки уваги, погіршення пам'яті, порушення логіки, імпульсивність мислення тощо), *емоційні* (неспокій, підвищена тривожність, депресія, роздратованість, зниження задоволеності життям, особистої самооцінки, відчуття невпевненості, відчуженості тощо), *поведінкові* (втрата апетиту чи переїдання, прискорене чи загальмоване мовлення, підвищена конфліктність, втрата інтересу до свого зовнішнього вигляду, порушення сну, низька продуктивність праці, більш інтенсивне паління, вживання алкоголю) [97; 153].

При низькій нервово-психічній стійкості, недостатньому розвитку адаптаційних можливостей, які залежать від сукупності соціально-психологічних (вік, досвід, індивідуальні якості особистості), виникає *бойова психічна травма* (надалі – БПТ). Вона викликана впливом факторів бойової обстановки та призводить до розладів психіки різного ступеня тяжкості. Солдат, який отримав БПТ, не здатний вести бойові дії [2]. На нашу думку,

О. Блінов пропонує більш точне визначення поняття бойова психічна травма [16]: це – деформація психологічних механізмів саморегуляції і прорив бойовими стрес-факторами захисних механізмів психіки військовослужбовця, унаслідок чого відбувається перевернення її адаптивних можливостей (рівнів психічної стійкості), зміна цінностей та поведінки. Цей учений так само описує фактори, які впливають на переживання індивідом бойового стресу. З опису випливає, що є об'єктивні фактори, як-то: інтенсивність бойових дій, навченість та підготовленість особового складу; і суто психологічні, зокрема: вплив бойових втрат на психогенні втрати, вплив наслідків бою на психологічний стан військовослужбовців (чи була перемога, чи поразка). Наслідки бойової психічної травми безпосередньо впливають на подальшу інтеграцію та реабілітацію військовослужбовців. Один із таких наслідків ми розглянемо нижче.

До факторів, які сприяють наслідкам бойового стресу або обтяжують їх, належить соціальна установка. Зокрема, зафіксована цифра самогубств ветеранів В'єтнаму близько 20 000 осіб. Тобто можна виділити перемінну, яка впливає на перебіг адаптації військовослужбовця до цивільного життя. Це – ставлення суспільства до тієї війни, учасником якої він був. Якщо ставлення позитивне (війну вважають справедливою та невідворотною), то адаптація ветерана до мирного життя проходить швидше, легше; він відчуває підтримку суспільства, що безпосередньо впливає на його психічний стан. Така ситуація склалася на початку повномасштабного вторгнення: особи із зафіксованою нервово-психічною нестійкістю не виявляли симптомів психічного неблагополуччя, мали внутрішній сенс до участі в бойових діях, стійку мотивацію. Звичайно, це не працює у 100 випадках із 100, але мотиваційний компонент у структурі психіки військовослужбовця, за умови, якщо він сформований та позитивно ставиться до своєї військової діяльності, створює певну подушку психічної безпеки від наслідків бойового стресу. На жаль, даних про реабілітацію і перебіг психотерапевтичних інтервен-

РОЗДІЛ I

Психічні навантаження, пов'язані з військовою службою

цій у військовослужбовців з високою мотивацією до військової служби, котрі зазнали впливу бойового стресу, у нас немає. Натомість негативне ставлення суспільства до війни спричиняє довготривалу реабілітацію ветеранів, значне число суїцидів, алкоголізації та маргіналізації серед них.

Щодо позитивного й негативного впливу суспільства на процес реабілітації ветеранів (у широкому розумінні слова, ідеться і про резильєнтність до бойового стресу) усе більш-менш зрозуміло. Відповідну літературу та підтвердження наших висновків емпіричними дослідження можна знайти. Механізм негативного впливу на психіку військовослужбовців теоретично можна описати або як стигматизацію, внаслідок якої відбувається ізоляція або самоізоляція, що в свою чергу веде до ретравматизації, або відсутність своєчасної психологічної допомоги, внаслідок чого психічні проблеми набувають сталого та хронічного характеру, навіть загострюються. Механізм позитивного впливу відштовхується від суспільного образу Геро-захисника, оточення підкреслює важливість діяльності військовослужбовця, його радо приймають у соціумі, до його проблем ставляться з розумінням, унаслідок чого зберігаються старі соціальні зв'язки, формуються нові; психологічна, а за потребою психіатрична допомога надається вчасно.

Проте питання впливу на військовослужбовця нейтрального ставлення до війни або війна, яку суспільство не помічає, залишається відкритим. Приклад для ілюстрації – антитерористична операція (*надалі* – АТО), сприймання якої в суспільстві неоднозначне, незважаючи на те, що бойові дії відбувалися на території нашої держави. Припускаємо: такий стан речей негативно впливає на психічний стан військовослужбовців та затягує процес їх інтеграції в цивільне суспільство. Аргументами до нашої думки є відчуття непотрібності/непомітності ветеранів АТО [5; 6]. На жаль, достовірних цифр щодо їхнього психологічного стану й інтеграції в цивільне суспільство ми не знайшли.



Фото 2. Артилерійський розрахунок ЗСУ на бойовій позиції

З оперттям на теорію двох сигнальних систем І. Павлова, фундаментальну для розуміння взаємозв'язку між психічним і фізичним, зазначаємо: бойовий стрес безпосередньо впливає на дві сигнальні системи та вимагає адаптаційних змін усього психічного апарату військовослужбовця. Міняється тип реагування у ланцюгу **зовнішнє середовище – психіка**. Завдяки швидкоплинним емоціям, гуморальним викидам втрачається звичний зв'язок реагування, такий, як **емоційні відчуття – думки – дії**, спрощується до **емоції – дії**. При цьому сама емоція може бути неусвідомленою, тип реакції вписуватися у тріаду «бий, біжи, замри»; при надмірній інтенсивності або загальній вразливості психічного апарату військовослужбовця виникають психічні проблеми. Зміни в когнітивному компоненті супроводжуються послабленням уваги і зменшенням часу реагування на стимули. Підсилюється емоційно-вольовий компонент: можна

теоретично припустити, що він виходить на перший план; активізуються захисні механізми, що у випадку адаптивних змін уможлиблює швидке реагування індивіда на мінливий перебіг оперативної обстановки.

В умовах бою діяльність реалізується на основі раніше засвоєних стереотипів (навчання). Так само теоретично можемо припустити, що особистість розпадається на людину «до бою» і «під час бою». Найбільш приємливою теорією для опису цього тимчасового розчеплення є синтетична теорія А. Ассаджіолі. Зокрема, під час бою психічне напруження призводить до напруження захисних механізмів, що викликає дисоціацію. Навички, дії під час бою утворюють окрему субособистість воїна, яка характеризується зниженим рівнем емпатії, високою протидією емоційному навантаженню, навіть певним емоційним отупінням. Провідний мотив цієї субособистості – виживання.

Гіпотетично припускаємо, що деякі типи особистостей, зокрема психопати та типи з низькою потребою в соціальних зв'язках, передусім ті, які мали проблеми з емпатією, звикають до ситуації бою і певним чином залежні від нього. Справді, сама ситуація бою уможлиблює вияв агресії; власне бій конкурентний вид діяльності, прикметний високими викидами адреналіну, непередбачуваності та ризику. Саме таким чином психофізіологічно відбувається формування залежності від бойових умов у комбатантів. Наразі відсутній чіткий опис симптомів та синдромів, що відтворює виникнення залежності від бою у військовослужбовців.

Спостерігаючи комплектацію військ на початку широкомасштабного вторгнення РФ на територію України, зосібна добровольців, ми спостерігали чимало осіб, котрі вже брали участь у бойових діях, миротворчих місіях, діяльність яких так чи так була пов'язана з бойовим стресом. Окрім просоціального мотиву захисту Батьківщини, наявний і особистісний, який, на нашу думку, полягає в отриманні самостимуляції адреналіном, унаслідок чого з'являються враження, що їх неможливо мати в мирному житті.

Акцентуємо ще раз: викладені нами думки носять гіпотетичний характер; на початку військової служби ми зафіксували низку психологічних феноменів, які доцільно винести на наукове обговорення.

Цікава з погляду психології ситуація, коли стереотип діяльності ламається або його неможливо реалізувати (операція пішла не за планом або засвоєні алгоритми не спрацювали); тоді зростає значення безпосереднього керівництва підрозділу та когнітивного компоненту самого військовослужбовця.

Таким чином, проблема впливу бойового стресу на психіку військовослужбовця актуальна та до кінця не вивчена сучасною психологією. Великого значення набувають прикладні питання: відбір кандидатів на участь у бойових діях, їх нервово-психічна стійкість, прогнозування здатності долати бойовий стрес; супутні фактори, які впливають на здатність особистості долати бойовий стрес; супутні фактори, які впливають на процес реінтеграції ветерана до цивільного суспільства; емпірична формула, якою можна описати наслідки впливу бойового стресу; до яких змін призводить цей вплив і чи має він зворотний характер. У першому розділі ми намагаємося відповісти на ці питання, у разі відсутності однозначної відповіді пропонуємо свої гіпотези.

Широкомасштабне вторгнення росії в Україну – виклик для всієї країни; особливо в цей час зросла роль психології – і як науки, що описує та класифікує психічні феномени, і як різновиду практики зі збереження психологічного здоров'я населення. Актуалізувалися так само питання військової психології, що логічно пов'язано з викликами війни; на порядку денному – проблема добору кандидатів на військову службу та проблеми, пов'язані з наданням першої психологічної допомоги й безпосередньо на полі бою, і в підрозділі. Ще одним викликом для сучасної психології стане реінтеграція ветеранів до цивільного суспільства.

1.2. Психофізичні зміни в психіці військовослужбовця внаслідок бойового стресу

Психічна діяльність своїм базисом має фізіологічні процеси й завжди супроводжувана ними. Вербалізоване нами проблемне питання безпосередньо пов'язане з інтенсивною функцією гуморальної системи та постійними викидами психоактивних речовин у кров. Така ситуація спричинена активною дією і фізичних подразників на психіку військовослужбовця, і внутрішніх подразників (під ними ми розуміємо внутрішній образ вірогідного розвитку подій, реалізація внутрішнього планування, уявне досягнення мети).

Методологічно, певно, означити чіткі межі між фізіологічним та психічним неможливо, тому будемо керуватися положеннями гештальтпсихології про те, що мозок і психіка – одна система, але трохи розширимо базисні уявлення до мозок-психіка, тіло і мінливість перебігу бою. За певних обставин усе це зливається воедино. Якщо ситуацію описати метафорично, то це певний психофізичний танець, мета якого вижити.

Одним із показників спроможності військовослужбовця витримувати навантаження, пов'язане з бойовим стресом, є минулий досвід його участі в бойових діях, оскільки, стверджуємо ми, в особи сформувалися внутрішні механізми опанування себе та своїх дій в екстремальній ситуації. Сучасні тестові методики виявляють лише або вірогідність витримувати бойовий стрес, або нервову психічну стійкість особистості, яку вважають передумовою формування адаптивних механізмів.

Важливий етап підготовки особового складу до участі в бойових діях – його навченість та злагодженість, це надає військовослужбовцям необхідних стереотипів діяльності, які спрацьовують в екстремальній ситуації. Отже, найкраща підготовка бойового складу – моделювання ситуацій, наближених до бойових. Це зменшує невизначеність і розгубленість під час бою та найважливіше – формує внутрішні механізми самоопану-

вання. І тут психологія зустрічається з фізіологією при пікових показниках адреналіну, нонадреналіну та гормонів катехінової групи; зв'язок із зовнішнім середовищем втрачається, організм зациклюється на собі та перевантажується вже внутрішніми емоціями, які не дають йому змоги діяти ефективно [69; 85]. Це можна класифікувати як реактивну психічну реакцію, страх, паніку, замирання, що в кінцевому результаті веде до неефективних дій, наслідок яких – смерть або полон військовослужбовця. Наближена до ситуації бою ситуація спортивного спарингу з рукопашної боротьби. Працюючи в медичних установах, ми спостерігали більшу адаптивну здатність спортсменів, які займаються контактними видами спорту, витримувати навантаження, пов'язані з бойовим стресом [19].

Ще одним психофізіологічним механізмом, що знаходиться на стику між психологією та фізіологією, є **умовний рефлекс** – реакція на зовнішній подразник, дії якого спрямовані на зовнішнє середовище і завжди мають на меті пристосування до його мінливих умов. Рефлекси поділять на умовні та безумовні. Виділення організмом військовослужбовця психоактивних гормонів ми класифікуємо як безумовний рефлекс, а його безпосередні дії на полі бою – умовний рефлекс та результат попереднього навчання. У цій схемі бракує моменту внутрішньої саморегуляції, тобто пояснення вибірковості: чому один із військовослужбовців вибирає реакцію «бий, біжи», а інший – «замри». Частково такий стан речей можна пояснити з позиції теорії темпераментів і своєрідністю характеру військовослужбовця.

Як повідомляли попередньо, бойовий стрес впливає на психофізичний апарат військовослужбовця [156–158]. Групу основних гормонів та їхню фізіологічну дію на організм і психологічні відчуття узагальнили в таблиці 1. Ми не психофізіологи, таблиця нам потрібна для ілюстрації психофізичної взаємодії психіки та тіла військовослужбовця під час бою [66].

Таблиця 1 – Гуморальна активність організму військово-службовців під час бойових дій

Гормон	Фізіологічна дія	Психологічна дія
Адреналін	Звужує дрібні кровоносні судини, за винятком судин мозку і серця, підвищує кров'яний тиск, посилює серцебиття. Сповільнює рухи шлунку та кишок	Впливає передовсім на емоційно-вольову сферу військовослужбовця, певним чином перебудовує когнітивну. Суб'єктивно боєць відчуває збудження та страх
Тироксин	Впливає на обмін речовин і температуру тіла	Є гормоном стресу, дає відчуття напруження
Нонадреналін	Впливає на підтримання рівня активності нервово-психічних реакцій, формування когнітивних та адаптивних процесів	Впливає на перебудову психічної діяльності під час ведення бойових дій, у зв'язці з іншими гормонами відповідає за концентрацію уваги та швидкість протікання психічних процесів, прискорює реагування в системі реакція – зовнішнє середовище. Викликає агресію
Дофамін	У мозку дофамін регулює поведінку й моторику; у кровоносних судинах викликає їх розширення, у нирках підвищує виділення сечі, у підшлунковій залозі знижує вироблення інсуліну, у травній системі знижує передстатичку шлунково-кишкового тракту і захищає слизисту кишечника, в імунній системі знижує активність лімфоцитів за винятком кровоносних судин	Суб'єктивно виділення дофаміну переживається військовослужбовцем, як задоволення, це може бути фізіологічною основою та само підкріплення для ризикованої поведінки, тому гіпотетично ми можемо припустити, що є коло осіб серед військовослужбовців, що прагне до участі в бойових діях, та має поведінкову залежність від них (учасники багатьох конфліктів, найманці)

Продовж. табл. 1

Гормон	Фізіологічна дія	Психологічна дія
Кортизол	Не є гормоном стресу у чистому вигляді, але регулює рівень стресу в організмі, впливає на показники артеріального тиску. Належить до гормону стероїдного типу	Суб'єктивно може відчуватися як стан напруження та постійної готовності до дії, тривала дія веде до виснаження і порушення нормального функціонування психічних процесів, зокрема сну [165]

Фізіологічне навантаження військовослужбовця під час бою має психологічні наслідки, які доцільно розглядати за трикомпонентним складником [11; 16]. Зокрема, у когнітивному компоненті підвищується уважність вибіркового сприймання стимулів, пов'язаних з виживанням. Орієнтовний рефлекс «Що таке?» виходить на перший план. В емоційно-вольовому компоненті виникає збудження, яке має індивідуальні варіативності. Тобто хтось відчуває страх, хтось агресію, у когось адаптивні психічні механізми уможливають звільнення від почуття і він діє згідно з набутих/завчених стереотипом.

Вартість уваги поведінковий компонент. Як ми зазначали раніше, доцільність будь-якої поведінки в критичній ситуації важливо тлумачити, використовуючи поняття стрес, інстинкт, виживання. При цьому ми можемо розглядати виживання конкретної особи, тоді аналізуємо всі її дії, спрямовані на себе, своє виживання як окремої біологічної істоти, умовно – егоїстичне виживання. В іншому випадку поведінку військовослужбовця, який прагне врятувати свій підрозділ або свого побратима, умовно можемо назвати «альтруїстичне виживання». Обидва види поведінки виявляються в бою та мають свій інстинктивний зміст. Інстинкт – доволі зручна теоретична категорія для пояснення взаємодії між фізіологічним та психічним як в окремої людини, так і групи людей. До характеристики інстинктивної поведінки належить вродженість і неусвідомленість характеру дій, що спираються на підкоркові структури мозку. Інстинктивна поведінка завжди біологічно доцільна, але, на жаль, іноді не враховує обставин реалізації. Наприклад,

РОЗДІЛ I

Психічні навантаження, пов'язані з військовою службою

інстинктивна реакція «біжи або замри» може вимкнутися у супереч бажання військовослужбовця в невідповідний час та в невідповідних обставинах, що призводить до його біологічної смерті.

Як ми зазначали раніше, формування механізмів внутрішньої регуляції та подолання надмірних емоцій під час бою – першочергове завдання військової психології. Потрібно зважати на те, що ця проблема залишається невирішеною.

Продовжуючи опис інстинктивної поведінки, скористаємося поглядами З. Фрейда на групи інстинктів. Існує дві великі групи інстинктів. Поділимо їх за функціями, які вони виконують.

Перша група інстинктів – Ерос: усе, що спрямоване на збереження життя; умовно до цього віднесемо реакції «біжи та замри», оскільки критична ситуація вимагає від всього організму напруження та, як стверджували раніше, виділення відповідного гормонального супроводу для реалізації майбутньої поведінки.



Фото 3. Відбиття наступу ворожих військ на сході України

Другий вид інстинктів – це Танатос, який відповідає за агресію і руйнування. Він реалізується за допомогою поведінки «бий», яку так само забезпечує внутрішній гормональний фон, що допомагає організмові, індивідові, військовослужбовцеві реалізувати поставлене перед ним завдання. Незважаючи на здобутки цивілізації та намагання людства побудувати правову систему, яка б запобігала військовим конфліктам, ми постійно живемо в ситуації воєн. Еволюційні механізми конкуренції між великими групами людей реалізуються через агресії однієї групи людей щодо іншої та мають форму війни. Можна стверджувати: війна – звичний природний стан для певної групи осіб, які мають психопатичні риси характеру, низький рівень емпатії та сповідують силові методи розв'язання конфлікту. У звичному мирному середовищі вони є марганалізованою групою девіантних осіб, а під час військового конфлікту можуть сублімувати свої агресивні потяги в корисне русло виконання бойових завдань. Отже, з одного боку психопатію вважають розладом особистості, з іншого – такою, що має генетичну, а за даними деяких учених, морфологічну основу. Цілком логічна ситуація, коли на війні виживає не емпатичний, спрямований на збереження стосунків з оточенням солдат невротичного складу особистості, а людина із сильно вираженими психопатичними рисами характеру. Це дає їй більшу витривалість щодо наслідків впливу бойового стресу. Така людина легше долає моральні заборони мирного часу, бойові обставини та дії сприймає як звичайну роботу, зберігає контроль над діяльністю і емоціями; її фізіологія вже не так виразно реагує на обставини бою.

Ми розглянули інстинктивну поведінку, гормональний супровід ситуації бою та два граничних типи організації психічної діяльності, що впливають на переживання і дії військово-службовця під час бою. Проте, аналізуючи поняття стрес, зіткнулися з розумінням, що стрес – адаптивна реакція, тобто тією чи тією мірою він притаманний усім, незалежно від типу

характеру, темпераменту, цінностей. Отже, власне стрес – це адаптивна реакція, яка дозволяє військовослужбовцеві пристосуватися до незвичних для нього умов бою. Звичайно, стрес охоплює і психічне, і фізіологічне, тому подібно до інстинкту та рефлексу ми вбачаємо в ньому місток від фізичного до психічного, від організму до середовища, від психіки до адаптації. Оскільки адаптація відбувається завжди до чогось (тобто це завжди зумовлений процес; зумовлюється і змінами в зовнішньому середовищі, і змінами в самому організмі, який прагне при звичаїтися до обставин постійної загрози власному життю та мінливих змін довкілля), то проблема полягає в тому, що зміни, які відбулися у психіці військовослужбовця під час бойових дій і мали під собою фізіологічне підґрунтя (його ми означували раніше): інстинкти, гормони, рефлексії, непродуктивні при поверненні вояка до цивільного життя. Соціальна взаємодія вимагає емпатії, оцінки ступеня контакту з співбесідником, розв'язання низки проблем, пов'язаних з багатьма людьми та соціальними інституціями, таке військовослужбовцеві, котрий повернувся з зони виконання завдань, часто не під силу. Розв'язати це питання допоможе **декомпресія** – процедура повернення до цивільного життя, зняття гострих психічних станів, які вже більш-менш усталилися, і повернення сенсів, мотивів, соціальних зв'язків військовослужбовця, що певний час перебували на паузі [16].

Психологічно та фізіологічно ми стикаємося з тим, що поведінка й гормональний супровід бойових дій зовсім невідповідний до функціонування в мирному суспільстві. На нашу думку, процедуру демобілізації нинішніх військовослужбовців потрібно починати з декомпресії та психолого-психіатричного огляду з метою визначити ступінь ураженості психіки бойовим стресом [4; 29; 32; 33]. Тривала дія бойового стресу на організм викликає психофізіологічні зміни у психіці військовослужбовців, які непродуктивні в цивільному житті. Реабілітацію потрібно

проводити відповідно до наукових психологічних вислідів [7; 8; 48; 77; 92; 99; 100; 104; 119; 123].

Отже, як ми з'ясували, бойовий стрес впливає на фізіологію та психологію військовослужбовця. Такий вплив двобічний: з одного боку – це зміна фізіології, виділення гормонів стресу та перемикання з соціальної поведінки на інстинктивну, а з іншого – формування рефлексів орієнтовного й дієвого характеру, покликаних зберегти життя військовослужбовцеві.

Діяльність військовослужбовця може бути спрямована на збереження як власного життя, так і життя свого підрозділу або своїх побратимів. Усі дії підкріплюються психофізіологічним апаратом людини, у цьому якраз і полягає еволюційна природа людської психіки та адаптація до мінливих умов зовнішнього середовища. З. Фрейд виділив дві групи інстинктів, до яких ми віднесли типи поведінки, що їх виявляє особистість в умовах стресовості: від інстинкту життя Еросу – «біжи або замри», до інстинкту смерті Танатосу – «бий».

1.3. Деадаптивні та адаптивні зміни у психіці військовослужбовця в результаті бойового стресу

Сутність впливу стресу на організм зумовлена еволюційною необхідністю пристосування його, організму, до мінливого оточення заради виживання. Війну в еволюційному вимірі можна вважати різновидом конкурентної боротьби між великими групами людей, мета якої – природний добір. Але на відміну від органічних змін, що виникають унаслідок природного добору, на відповідність реальності тестуються політичний устрій, свідомість громадян, сама соціальна система, яку захищають солдати з обох сторін. Війна поєднує об'єктивні і суб'єктивні фактори, тому складно виокремити ключові, домінантні. Зокрема, професійна армія, маючи значний технічний та людський ресурс, але не маючи мотивації, зазнає нищівної поразки від напівпартизанського утворення, котре, власне, окрім мотивації

та підтримки населення, нічого іншого не має [159]. Підтвердження – В'єтнамська війна, яскравий приклад того, що війну можна програти психологічно [142].

Описуючи дезадаптивні та адаптивні зміни у психіці військовослужбовця, ми відштовхуємося від тези, що стрес за своєю суттю є адаптивної реакцією, але дії конкретного військовослужбовця залежать від оперативної ситуації, у якій він опинився, та від реального контексту, у якому він знаходиться. Зазвичай це й визначає ступінь життєздатності окремого індивіда, але все це закономірності, на які ми звернемо увагу. Зосібна, О. Блінов запропонував трьохешелонну систему допомоги військовослужбовцю, що мав дезадаптивні зміни внаслідок впливу на нього бойового стресу. До трьох ешелонів психологічної допомоги, які ми беремо за методичну основу для опису адаптивних і дезадаптивних змін унаслідок дії бойового стресу, додаємо ще один – етап очікування бойових дій та підготовки солдата до участі в них [16]. Аргументуємо свою позицію щодо виокремлення цього етапу. На *етапі підготовки* доцільно керуватися поняттям нервово-психічна стійкість, тобто прогностичним критерієм для визначення того, чи витримає військовослужбовець загалом нервово-психічне навантаження, пов'язане з бойовим стресом [88].

Приблизно 20 % від загальної кількості військовослужбовців відчувають страх та тривожність безпосередньо перед боєм [97; 110]. На нашу думку, зазначена цифра не є сталою статистичною нормою; вона залежить від багатьох факторів. Виокремлюємо та обґрунтовуємо ці фактори. Як ми вже зазначали, навченість особового складу, його діяльність у стресових умовах залежить від набутих стереотипів поведінки. Якщо навчання було наближене до бойових умов, якщо під час підготовки моделювали всі перепити бойової ситуації, то військовослужбовець реально набув сталого стереотипу дій; він спроможний діяти в умовах підвищеної складності та відносно легко витри-

мувати психофізичне навантаження, пов'язане з бойовим стресом.

Уже на етапі перед боєм виникають або адаптивні зміни: впевненість, навченість, стереотип діяльності в бойовій обстановці, або дезадаптивні: розгубленість, страх, тривожність як наслідок тиску очікувань небезпеки, формування в психіці образу катастрофи, який має вплив на безпосередні дії перед та під час бою. І в цьому випадку ми маємо зважати на параметр нервово-психічної стійкості як важливу підставу для зарахування військовослужбовця до бойового підрозділу, як здатність витримувати психічне навантаження.

Нервово-психічна стійкість – сукупність уроджених (біологічно зумовлених) і набутих особистісних якостей, мобілізаційних ресурсів та резервних психофізіологічних можливостей організму, що забезпечують оптимальне функціонування особистості в несприятливих умовах професійного середовища [1]. Проблема формування нервово-психічної стійкості знаходиться в двох площинах. Перша – прогностична: відбір кандидатів за заздалегідь визначеними критеріями особистісного опитувальника «НПН-А» (нервово-психічна нестійкість – акцентуації) та оцінки адаптаційних здібностей особистості «Адаптивність-200». Друга – площина психологічної освіти навчання особового складу перед участю в бойових діях ідентифікувати й долати основні непродуктивні дезадаптивні зміни у своїй психіці та психіці побратима. Як наголошували раніше, впевненості і стереотипності діяльності в бойовій обстановці особовий склад набуває під час навчання (бажано, щоб воно моделювало елементи бойової обстановки). Виділені нами критерії не є вичерпними, але – основними, важливою передумовою формування резильєнтності військовослужбовця до дезадаптивних змін у психіці, які відбуваються внаслідок бойового стресу.

Подано таблицю 2 трьохшарової психологічної допомоги зі змінами відповідно до теми нашого дослідження [13; 16; 40; 110; 111].

Таблиця 2 – Чотирихешелонна система адаптивних та дезадаптивних психологічних змін в структурі особистості військовослужбовців

№ ешелону	Контекст, у якому виникає реакція	Адаптивні зміни	Дезадаптивні зміни	Вид допомоги/Фактори, що впливають
1	Перед бойовим завданням, найчастіше дорогою в зону виконання завдання	Впевненість у собі, активізація та мобілізація психічних процесів, плану дій, готовність вступити в бій [58]	Страх, тривожність, тремтіння, тривожні очікування невдач, надмірна балакучість або навпаки уникання розмов з побратимами, зосередженість на власних почуттях і страхах (певна аутизація)	Допомогу для стабілізації психічного стану може надати командир відділення. Операційна суть допомоги: підтримка військовослужбовця, зниження тривожності та страху, підтримання контакту. Це може бути й власне розмова, і спеціальні техніки кризової психології
2	Безпосередньо під час участі в бойових діях	Унаслідок взаємодії фізіології та психології військовослужбовця суб'єктивно відчувається збільшення фізичної сили, пришвидшуються реакції, загострюється увага. Притушуються «зайві»	Виникають гострі стресові реакції – транзиторні психічні розлади неспихотичного регістру, що виникають на дію надзвичайного за силою або суб'єктивно значимістю стресу і тривають	На цьому етапі має значення і навченість особового складу, і індивідуально-психологічні властивості військовослужбовців. Під індивідуально-психологічними властивостями ми розумі-

Продовж. табл. 2

№ еше-лону	Контекст, у якому виникає реакція	Адаптивні зміни	Деадаптивні зміни	Вид допомоги/Фактори, що впливають
2		відчуття», військово-службовці повідомляють про зникнення відчуття болю при вогнепальних та осколкових пораненнях. При достатньому рівні навченості особового складу він діє точно та автоматично	протягом декількох годин або днів. Паніка, ступор, істерика, втрата контролю над стресовими реакціями «Бій, біжи, замри»	мо нервово-психічну стійкість та здатність зберігати контроль над собою і своїми діями. Допомогу може надати медик підрозділу, який має навички першої психологічної допомоги та знайомий з армійськими протоколами щодо подолання гострих стресових станів
3	Відразу після бою	Впевненість у собі та своїх діях, довіра до командира і його наказів, уміння діяти в критичній ситуації, злагоджена робота з побратимами, підвищення навичок володіння собою та саморегуляції	Виникають симптоми психічних розладів, які ще не перейшли в хворобу. Людина переживає етапи психологічного травмування (фаза заперечення шоку, фаза агресії і провіни, фаза депресії, фаза зцілення в той час ще не наступає). Часто на цьому етапі з'являються розлади	Важливим фактором, що згладжує ознаки психологічної травми на цьому етапі, є стосунки в підрозділі між особовим складом, авторитет командира, наявність Групи контролю бойового стресу, котра повинна своєчасно діагностувати стан військовослужбовця та надати йому

Продовж. табл. 2

№ еше-лону	Контекст, у якому виникає реакція	Адаптивні зміни	Деадаптивні зміни	Вид допомоги/Фактори, що впливають
3			сну та нав'язливій спогаді; емоційний фон носить депресивний характер	спеціалізовану допомогу [61]. На цьому етапі допомогу надає медична служба. Військовослужбовець часто потребує медикаментозного втручання та психотерапії [124]
4	Ситуація звільнення зі служби	Повага до себе, впевненість у своїх силах, при належній підтримці та запиту від суспільства активна громадська діяльність. Реалізація планів на період звільнення зі служби. Нормалізація психічних реакцій через проходження процедури декомпресії, відновлення або компенсація емпатії через статий та довірливий зв'язок з дружиною, дітьми	Відчуття кризи втрати сенсу, дезорієнтація в цивільному суспільстві. Злість унаслідок нереалізованих очікувань або не виконання соціальних гарантій. Параноїдальні зміни в особисті, недовіра до оточення, гнів і агресія (внаслідок не проходження процедури декомпресії). Втрата соціальних зв'язків, застрягання в минулому, комплекс вини в цілому, розвиток	Фактори, що сприяють уникненню дезадаптивних змін: наявність родини, планів на звільнення, цивільної професії, підтримка від суспільства та ветеранських організацій, до яких військовослужбовець повинен бути включений. Ставлення суспільства до військовослужбовця, звільненого в запас: негативне ставлення викликає тривале ретравматизацію, позитивне

Продовж. табл. 2

№ еше- лону	Контекст, у якому виникає реакція	Адаптивні зміни	Деадаптивні зміни	Вид допомоги/ Фактори, що впливають
4			ПТСР, залежність від ризикованої поведінки та прятання поверну- тися в зону військо- вого конфлікту. Поява депресії, суїцидальних нахилів, неврастенія, часті випадки алкого- лізації	вплине на вдале про- ходження етапу реін- теграції в суспільство. Допомогу в цьому ви- падку надають цивіль- ні служби ментального здоров'я країни. Це і психіатрична служба, і психологічна служба, і спеціалізовані вете- ранські об'єднання на кипталі Ветеран Хаб. На разі вразливим міс- цем державної програ- ми реінтеграції вете- ранів до цивільного життя залишається відсутність єдиної програми реінтеграції ветеранів у суспі- льство та процедури декомпресії

РОЗДІЛ I

Психічні навантаження, пов'язані з військовою службою

Оскільки дослідження відбувається на базі Політехнічного університету, пропонуємо дефініції термінів, пов'язаних з військовою психологією. Зокрема, **процедурою декомпресії** називають форму психологічної реабілітації військовослужбовців, котрі перебували в екстремальних (бойових) умовах службово-бойової діяльності, яка складається із комплексу заходів фізичного і психологічного відновлення організму людини та яку проводять з метою поступової реадaptaції військовослужбовців до звичайних умов життєдіяльності [75], запобігання розвитку в них психологічних травм [96]. Ми спеціально акцентуємо необхідність урегулювання цієї процедури на державному рівні, адже етап декомпресії уможливує проведення психодіагностики військовослужбовця та виявлення його психологічних потреб, що запобігає переростанню психологічної травми в психіатричне захворювання.



Фото 4. Бойові дії артилерійських розрахунків ЗСУ по стримуванню наступу окупантів на фронті

Відомо, що суттю бойового стресу є психогенний фактор травмування; іноді, на жаль, він поєднується з фізичним травмуванням військовослужбовця, контузією, втратою кінцівок, що має як свої психологічні наслідки: зміну образу «я», переоцінку власних можливостей, так і фізичні: порушення функціонування головного мозку, необхідність протезування, комплекс реабілітаційних процедур. Над усуненням психогенних наслідків впливу бойового стресу важливо працювати на етапі звільнення військовослужбовця, так само як і над усуненням або компенсацією фізичних уражень.

Отже, військова служба не повинна завершуватися формальним звільненням військовослужбовця без подальших перспектив. На нашу думку, звільнення з армії – це лише проміжний етап у відновленні соціального функціонування особистості, оскільки, окрім фізичних втрат, наявні і психологічні зміни [76]. До звільнених з лав ЗСУ належать й особи, котрі позбулися психічного здоров'я внаслідок дії на них бойового стресу, й особи, які не змогли інтегруватися в цивільне суспільство. Тобто після служби в армії втрачено людей з причин психологічної інвалідизації, депресії, алкоголізації, суїцидів. Це відбувається не відразу, тому такі люди не підпадають під визначення *психологічні втрати*, але неможливість військовослужбовця повернутися до цивільного життя внаслідок впливу бойового стресу або внаслідок несвоєчасно отриманої допомоги, так само втрата для суспільства. Зазвичай військовослужбовець – це активна особистість 25–60 років, чоловічої статі. Наслідком ігнорування потреб військовослужбовців та рівня їхнього психологічного благополуччя може стати демографічна криза.

Як повідомляли попередньо, зміни параноїчного характеру в особистості, незадоволеність своїм соціальним статусом після звільнення з військової служби закладають підвалини соціального конфлікту. Зокрема, військовослужбовець, який ризикував своїм життям заради збереження країни, навряд чи зрозуміє позицію людини, що ухилялася від військової служби. При

цьому той, хто повернувся з зони бойових дій, буде відчувати несправедливість, бо він воював кілька років поспіль, наражаючи себе на небезпеку, а хтось неправедними шляхами уникнув цього. Підвищене почуття справедливості вже демонструвало незначне число учасників АТО [37]. Прогнозуємо, що, враховуючи масштаби мобілізації та часову тяглість війни, таких людей буде набагато більше, так само й почуття справедливості в них буде сильнішим. Пропонуємо суб'єктивне, з позиції групи ветеранів, *тлумачення поняття почуття справедливості*: це – афект, сильне незадоволення людини суспільством, де на першому плані відчуття того, що суспільство дещо заборгувало, у зв'язку з цим з'являються певні думки й дії у бік суспільства. Така позиція небезпечна, оскільки військовослужбовець наділяє себе правом чинити відповідно до своїх переконань, а не згідно з соціальними нормами поведінки. Отже, ігноруючи проблеми ветеранської спільноти, країна може мати великий соціальний конфлікт з непередбачуваними наслідками. Профілактика такого конфлікту полягає якраз у взаємодії між військовими та цивільними інституціями.

Звільнення військовослужбовця зі служби, на нашу думку, повинно мати чіткий алгоритм та психологічну підтримку його на всіх етапах. Зокрема, на етапі повернення із зони бойових дій та близької перспективи подальшого звільнення в цивільне суспільство військовослужбовцеві доцільно пройти процедуру декомпресії. Паралельно з цим родина військовослужбовця може отримувати консультації військового психолога щодо стану звільненого в запас, рекомендації стосовно спілкування з ним, режиму дня; у разі, коли військовослужбовець потребує реабілітації, приписи про його впровадження [40; 41; 62]. Мета такого консультування – знизити рівень очікування партнера/партнерів військовослужбовця та попередження можливих конфліктів після його повернення до родини [78]. По закінченні процедури декомпресії пропонуємо окреслити запити майбутнього цивільного: спеціалісти гуманітарної сфери повинні оці-

нити потребу в працевлаштуванні, ступінь необхідності проходження подальших психотерапевтичних процедур (за умов наявності вираженої симптоматики психіатричного розладу), залучення ексвійськового до участі у ветеранських організаціях.

При плановому звільненні у військовослужбовця може бути ненормативна криза, ознаки якої – втрата соціальної ролі, сенсів, дезорієнтація. У такому випадку потрібно нагально подолати її. Вище запропоновані нами заходи дозволять уникнути травматизації особистості та розвитку синдромів, що виникають у військовослужбовців після участі в бойових діях і пов'язані з ретравматизацією під час цивільного життя.

Проблемами вже при звільненні, опосередковано пов'язаними з дією бойового стресу, вважаємо суїциди військових (як наслідок втрати соціальних зав'язків та поганої адаптованості до цивільного життя), алкоголізація військовослужбовця (невиявлені або непрожиті під час військової служби психологічні травми заявляють про себе після демобілізації), маргіналізація вояка (як наслідок поганої соціальної адаптованості; прикметна тим, що військовий замикається та діє в межах однієї соціальної групи, не знаходить роботи або працює на одному місці нетривалий час. Тут за аналогією з соціометрією «Морено група неприйнятих або ізольованих»).

Проблема впливу бойового стресу на психіку військовослужбовця пролонгована в часі. Як акцентовано в нашому дослідженні, бойовий стрес впливає на військовослужбовця ще до його участі у воєнних діях. Зокрема, безпосередній психофізичний стимул відсутній, але у військовослужбовця наявні тривожні очікування та внутрішні образи, які викликають у нього дезадаптивні реакції і заважають виконувати бойове завдання. Гіпотетично ми простежуємо безпосередній зв'язок між навченістю особового складу та рівнем його нервово-психічної стійкості: чим краще підготовлений особовий склад та чим вищий рівень його нервово-психічної стійкості, тим сильніше він протистоятиме впливу своїх тривожних очікувань.



Фото 5. Зачистка звільненої території від ворога
механізованим підрозділом українських військових

Ми пристосували трьохешелонну систему психологічної допомоги О. Блінова до специфіки нашої роботи, взявши за основу методичні принципи цієї системи: до розташування ешелону та характеру психологічної реакції військовослужбовців додали логічне зауваження, яке випливає із поняття «стрес» [16]. Інакше кажучи, реакція не завжди носить дезадаптивний характер, а має ще й адаптивний. Проте важливо розуміти: адаптивна або дезадаптивна реакція визначає контекст. Тобто зникнення емпатії та відчуття болю на полі бою є адаптивною реакцією, а в цивільному житті – дезадаптивною.

Проблема впливу бойового стресу на психіку військовослужбовця – актуальна, але до кінця не вирішена в сучасній психо-

логії. Великого значення набувають прикладні питання, передовсім такі:

- відбір кандидатів на участь у бойових діях;
- їхня нервово-психічна стійкість [79];
- прогнозування здатності подолати бойовий стрес;
- супутні фактори, що впливають на здатність особистості витримувати бойовий стрес;
- супутні фактори, які уможливлюють процес реінтеграції ветерана до цивільного суспільства;
- емпірична формула, якою можна описати наслідки впливу бойового стресу;
- зміни, до яких призводить цей вплив, і чи має він зворотний характер.

У підрозділі ми намагалися відповісти на ці питання; коли однозначної відповіді бракувало, пропонували власні гіпотези.

Широкомасштабне вторгнення російського агресора є викликом для всієї країни. Особливо актуалізувалася в наш час психологія, і як наука, що описує та класифікує психічні феномени, і як різновид практики зі збереження психічного здоров'я населення. Набули першочерговості питання військової психології, що зумовлено викликами війни: проблема добору кандидатів на військову службу, проблеми, пов'язані з наданням першої психологічної допомоги й безпосередньо на полі бою, і в підрозділі. Ще одним викликом для сучасної психології стане реінтеграція ветеранів до цивільного суспільства.

Бойовий стрес має вплив на фізіологію та психологію військовослужбовця. Цей вплив двобічний. Зміна фізіології, виділення гормонів стресу та перемикання з соціальної поведінки на інстинктивну, формування рефлексів орієнтовного й дієвого характеру, мета яких – зберегти життя військовослужбовця. Дії військовослужбовця можуть бути спрямовані як на збереження власного життя, так і на збереження життя свого підрозділу або побратимів. Усі дії підкріплюються психофізіологічним апаратом людини. У цьому й полягає еволюційна природа людської психіки та адаптація до мінливих умов зов-

нішнього середовища. Але сформований психофізіологічний апарат воїна заважає реінтеграції в цивільне життя

3. Фрейд виділив дві групи інстинктів, до яких ми віднесли три типи поведінки, що їх виявляє особистість в умовах стресової діяльності: від Лібідо «біжи та замри» до Танатосу «бий».

1.4. Військовослужбовці, котрі не брали участі в бойових діях

Цивільні мусять усвідомити: армія – це система із забезпечення логістики, обслуговування, планування. Не всі мобілізовані або ті, хто підписав контракт зі ЗСУ, стають учасниками бойових дій. Але праця/служба таких людей підтримує цілісну та безперерйну роботу із захисту Батьківщини. І водій бойової машини піхоти, і кухар, який годує солдатів, завдяки чому ті спроможні виконувати бойові завдання, роблять вагомий внесок в оборону країни.

Служба в армії відрізняється від звичайної роботи тим, що військовослужбовець стає знаряддям у руках держави, не має нормованого навантаження; мусить виконувати завдання в будь-який час доби. І кожна робота так само важлива, як і безпосередня участь у бойових діях. Уявімо годинник: зазвичай ми бачимо лише циферблат, який образно можна порівняти з військовим парадом – усе пафосно і красиво, проте не зрозуміло, як функціонує армія загалом. Подібно до годинника з його внутрішніми механізмами, більший за циферблат, підрозділи з обслуговування часто більші за бойові та забезпечують функціонування і окремих частин, і всієї армії. На жаль, у суспільстві трапляються непоодинокі випадки обезцінювання ролі військових, які не були/не є учасниками бойових дій, начебто їхній внесок у загальну перемогу був мізерним. Заявляємо про неприпустимість такої позиції та про важливість надання психологічної допомоги й військовослужбовцям, котрі не брали безпосередньої участі в боях. Акцентуємо ще раз: армія – суворо ієрархічна структура зі своїм розпорядком дня, специфікою діяльності відповідно до звання та посади, тому військовослужбовці,

звільнені в запас, відчувають дезорієнтацію в цивільному суспільстві, оскільки відбулася різка зміна їхньої соціальної ролі – із захисника на цивільну особу, яка самостійно повинна регламентувати власне життя та шукати місце в суспільстві. Аналізувати стан людини потрібно, зважаючи на контекст, у якому вона перебуває, а це військова служба в час війни, відсутність наказу про демобілізації. Отже, як висновок: людину звільнили з поважних причин, що само собою може бути травматичним фактором.

З психологічних особливостей військовослужбовців, котрі безпосередньо не брали участі в бойових діях, можна виключити вплив бойового стресу, але така особа цілком імовірно могла отримати травму свідка, синдром вцілілого та нервово-психічне виснаження внаслідок постійних нічних нарядів, ненормованого робочого часу. Зміна суспільної ролі нерідко провокує кризові явища, подолання яких лежить у площині вироблення нових сенсів, пошуку цивільної спеціальності, підтримки сімейних ролей. Психічний стан військовослужбовця-не учасника бойових дій за умови несприятливих психологічних та соціальних факторів набуває форми психічного захворювання. Зазвичай без надання своєчасної допомоги таким експериментальним психіатри та наркологи діагностують депресію або алкоголізацію суб'єкта.

Конкретизуємо наші міркування. Історія з власного досвіду: військовослужбовець ЗСУ, доброволець, служив у званні старшого солдата, за освітою психолог. При присвоєнні звання молодшого лейтенанта, щоб привести звання і посаду до відповідності його вмінням та навичкам, не пройшов ВЛК. Солдата звільняють зі служби, а його бригаду відправляють у зону бойових дій. У військовослужбовця на фоні звісток про втрати бригади розвивається синдром вцілілого. Розглянемо симптоматику **синдрому вцілілого** (СВ) [82] – реакція організму людини на травматичні події. Такий синдром виникає у військового, який служить у відносно безпечному місці порівняно з побратимами. Так само він з'являється за умови, якщо людина залишилася живою та неушкодженою в небезпечний час. Наприклад, її звільнили з армії в період війни, тоді, коли інші там і перебувають під обстрілами. Крім того, військовослуж-

бовець може відчувати провину вцілілого, думаючи, що недостатньо оберігав побратимів, або вважає, що мало зробив для перемоги держави. Провина вцілілого занадто впливає на впевненість у собі, здатність ухвалювати рішення, об'єктивно оцінювати ситуацію.

Існує перелік можливих симптомів синдрому, хоча людина не обов'язково відчуватиме їх на фізичному рівні. Наприклад, люди із *синдромом вцілілого* можуть відчувати такі *симптоми*:

- *психологічні*: часткова втрата сенсу існування, знецінювання власних зусиль, постійні згадки про небезпечну ситуацію, нав'язливі думки, нервозність, неспровокований гнів та часті зміни настрою, зневіра, апатія, безпорадність, зниження мотивації, думки про суїцид;

- *фізіологічні*: головний біль, відсутність апетиту, нудота, біль у шлунку або животі, безсоння, прискорене серцебиття [17].



Фото 6. Відпочинок після важких бойових буднів

Розглянемо вияви травми свідка.

Пропонуємо історію з власного досвіду служби. Підполковник ЗСУ, кандидат психологічних наук, блискучий практичний психолог майже з двадцятирічним досвідом. До сфери його відповідальності належала робота із звільненими під час обміну військовополоненими: він надавав їм послуги з психологічної реабілітації. З часом від почутих історій про катування та знущання з бійців-українців підполковник-психолог утратив сон, апетит, у нього з'явилися нав'язливі думки, картини тих жахів, які росіяни вчиняли з нашими військовополоненими. Психолог звернувся до психіатра, пройшов відновлювальну психотерапію. Це приклад травми свідка, накладений на проблему професійного вигорання.

Від окремого випадку перейдемо до узагальнення. Отже, **травма свідка (ТС)** – це неможливість людини «перетравити» той жах, який вона спостерігає, безсилість подолати інтенсивність почуттів, що виникають у відповідь на екстремальну ситуацію – небезпечну чи смертельну. Ми зараз усі свідки насильства. Хтось – жертва. Справді, кожен, хто бачив світлини Бучі, Маріуполя, став свідком злочинів і насильства. Проте не в кожного з'являється травма свідка. Це залежить від спроможності людини адаптуватися до стресу, від її особистої життєвої історії; від того, які ресурси були задіяні в момент/період стресу, щоби впоратися з ним, і як людина ними, цими ресурсами, скористалася.

Симптоматика травми свідка [140]: відчуття повного безсилля, неймовірна провина та сором за те, що ви в безпеці; вам тривожно та страшно, навіть з часом спогади не зменшують інтенсивність реакції, надзвичайно складно говорити про побачене, ви ніби перестаете щось відчувати. Травма здебільшого викликає оніміння, особливо в перші два-три дні після побаченого; іноді – сновидіння-жахи, панічні атаки, безсоння, розлади харчової поведінки.

Випадок з практики: заступника начальника медичної служби військової частини призначили тимчасово виконуючим обов'язки начальника цієї служби (попередній начальник захворів). Виконувач мав надмірні навантаження, часто отримував суперечливі накази; почав зриватися на підлеглих; оточення помічало, що він іноді безпідставно плаче, постійно утомлений, знесилений.

Після контексту класифікуємо й узагальнюємо випадок. **Неврастенія** (неврастенічний невроз, або психоневроз – застарілі назви) – психічне порушення або функціональний стан центральної нервової системи з підвищеною чутливістю до сигналів зовнішнього та внутрішнього середовища [149]. Неврастенія належить до дисоціативних розладів, впливає на інтегровані функції, як-от: пам'ять, свідомість, ідентичність, емоції, сприйняття, репрезентація тіла, руховий контроль та поведінка. До частих симптомів неврастенії належать: емоційна нестабільність, занепокоєння, небажання спілкуватися, прискореність прийняття рішень, фобії, плаксивість, зниження пам'яті й уваги, вразливість, нервозність та дратівливість, мимовільні рухи, наявність тривожних думок, схильність до депресивних реакцій, страхів, безсоння або сон з нічними кошмарами, виснаження, стомлюваність.

У підрозділі наукової роботи ми акцентували найпоширеніші проблеми військовослужбовців, котрі не брали участі в бойових діях та звільнені в запас. Депресія, алкоголізація, суїцидальні схильності характерні і для учасників бойових дій, і для осіб, що безпосередньо не брали участі в боях.

Пропонуємо дані виконаного нами емпіричного дослідження, які дають загальну картину поширення психологічних проблем поміж військовослужбовців.

1.5. Результати емпіричного дослідження військовослужбовців

Під час мобілізації 2022 року не проводили спеціального якісного психологічного добору кандидатів на військову служ-

бу. Це була рандомізована вибірка переважно чоловіків різного віку та соціального статусу. При такому доборі враховували:

- вік чоловіків (від 25 до 60 років);
- бажання служити в ЗСУ;
- наявність актуальної військової спеціальності та бойового досвіду.

Реально кандидатів на військову службу могло бути 19 років, бо він проходив строкову службу та за його власним бажанням був зарахований до бойового підрозділу.

Щоб мати уявлення про армію зразка 2022 року, потрібно усвідомити соціальний контекст. До Територіального центру комплектування та соціальної підтримки (*надалі* – ТЦК та СП) стояли черги з чоловіків, які прагнули захищати Україну. Національне піднесення і патріотизм позитивно вплинули на психіку добровольців: хоча вони всі мали формальний статус мобілізованих, але вступили до лав Збройних Сил України добровільно, керуючись власним індивідуальним сенсом. Це наснажувало під час виконання бойових завдань та уможливлювало профілактику депресивних розладів і ПТСР [22]. Війна стала спільною національною справою. Військовим аплодували на вулиці, потреби армії головно «закривали» волонтери. Кожен військовослужбовець відчував підтримку суспільства, власної родини, що було захисною подушкою від впливу бойового стресу. Зіставляючи 2022 та 2023 роки, спостерігаємо певне зниження підтримки ЗСУ, зменшення числа добровольців, чуємо дискусії про нецільове використання бюджетних, державних коштів та допомоги з-за кордону. Усе це негативізує образ військовослужбовця ЗСУ. Мета нашого дещо романтизованого опису початку широкомасштабних бойових дій – провести паралелі між соціальними процесами в суспільстві та психологічним відчуттями військовослужбовців того часу. Отже, відповідно до нашого узагальнення військовослужбовець зразка 2022 року – це доброволець, який мав власний сенс захищати країну і якого всебічно підтримувало суспільство.



Фото 7. Група офіцерів, співавторів цієї колективної монографії, відділення морально-психологічного забезпечення при управлінні окремої бригади ЗСУ, російський підбитий танк, березень 2022 року

Аналізуємо нашу вибірку за такими *соціально-психологічними факторами*:

- досвід участі в бойових діях. Наявність бойового досвіду – певне щеплення від дії бойового стресу. Досвідчений побратим підтримує моральний дух усього підрозділу, передає свій досвід іншим;
- наявність родини або її відсутність. Це основний мотивувальний або демотивувальний фактор для військовослужбовців. Дослідник цінностей М. Рокич вважає цінність фіксованою установкою, через яку індивід інтерпретує події власного життя.

Зокрема, згода і злагода в родині надає військовослужбовцеві сенсу та певної резистентності до стресу. Переживання, пов'язані з родиною та накладені на постійні складнощі військової служби, призводять до випадків самовільного залишення частини (надалі – СЗЧ), депресії або навіть суїцидальних спроб. Важливим складником обов'язків офіцера з морально-психологічного забезпечення є робота з родиною військовослужбовця, проте її часто ігнорують. У майбутній реформованій професійній Українській армії співпраця відповідних служб та посадових осіб з родиною військовослужбовця мусить посісти чільне місце;

– вік військовослужбовця. Психологічні вікові визначальні для побудови педагогічного процесу в Українській армії. Справді, в армії відбувається постійне навчання та перенавчання цивільних спеціальностей, злагодження особового складу бойового підрозділу. Військовослужбовець проходить період адаптації до служби в ЗСУ, а після звільнення – адаптації до цивільного життя. Вікові особливості впливають на швидкість проходження цих стадій; індивідуально психологічні риси + вікові особливості військовослужбовця або сприяють описаним вище процесам, або шкодять їм;

– фізичне здоров'я військовослужбовця. У період воєнного стану виокремлюють три великі категорії осіб, які мають різні ступені придатності до військової служби: придатні, обмежено придатні у військовий час, непридатні до військової служби. Зрозуміло, що на якість служби того чи того військовослужбовця впливає рівень його фізичної підготовки, відсутність хронічних захворювань. Якщо солдат має проблеми із опорно-руховим апаратом, то навіть звичайний черговий наряд викликає у нього фізичний біль, а результатом постійних нарядів стає психічне та фізичне навантаження, яке дорівнює дії бойового стресу.

До нашої вибірки потрапило дві категорії військово-службовців: обмежено придатні у військовий час та придатні до військової служби;

– статеві відмінності. Україна – європейська держава, що постійно долучається до міжнародних конвенцій про рівні права й можливості чоловіків та жінок. Зокрема, від 2020 року спостережене різке зростання числа жінок у лавах Збройних Сил України. Сподіваємося, що штучні обмеження щодо служби жінок, їхньої участі в захисті України з часом зникнуть. Нас цікавить психологічний аспект переживання бойового стресу військовослужбовцями-жінками [3; 31; 39; 89; 122];

– звання військовослужбовця. Збройні Сили України – суворо ієрархізована державна організація, яка забезпечує оборону країни. Діяльність ЗСУ чітко регламентована Статутом, іншими законодавчими військовими актами, які управляють усіма аспектами життя військовослужбовця [49; 50; 52; 102]. Зокрема, відповідно до звання та посади в ЗСУ поділено зони відповідальності, права й повноваження посадових осіб. Так само розподіляється і відповідальність командирів за збереження життя та здоров'я підлеглих. Їх навченість, морально-психологічний стан – додаткове психологічне навантаження на психофізичний апарат військовослужбовця-командира.

Підставою для виокремлення соціально-психологічних факторів слугувала наукова праця О. Блінова «Психологія бойового стресу» [16].

Загалом дослідженням охоплено 100 військовослужбовців Збройних Сил України, 30 з яких мають досвід бойових дій та вже зазнали впливу бойового стресу. До вибірки ввійшли особи обох статей (із 100 військовослужбовців – 84 чоловіків, 16 жінок). Усі вони вступили до ЗСУ добровільно. Вік досліджуваних у діапазоні від 25 до 60 років.

Наведені якісні показники пропонуємо в кількісному вимірі (табл. 3).

Таблиця 3 – Характеристика вибірки досліджуваних військовослужбовців

Фактор	Розподіл військовослужбовців за ознакою	Кількість
Стать	Жіноча	16
	Чоловіча	84
Цивільний статус	Офіційний шлюб	40
	Цивільний шлюб	40
	Неодружені/незаміжні	20
Досвід бойових дій	Мають досвід бойових дій	30
	Не мають досвіду бойових дій	70
Звання	Офіцери	5
	Сержанти	15
	Солдати	80
Фізичне здоров'я	Обмежено придатні у військовий час	30
	Придатні до військової служби	70
Вік	25–30	30
	30–40	45
	40–60	15

Отже, при аналізі вибірки виокремили такі соціально-психологічні фактори: стать досліджуваного, вік, цивільний статус, досвід участі в бойових діях, військове звання, фізичне здоров'я. Ці параметри ми будемо аналізувати в контексті отриманих результатів тестування наслідків бойового стресу. В таблиці 4 представлено дизайн та структуру нашого дослідження.

Таблиця 4 – Дизайн та структура психологічного дослідження військовослужбовців під час проходження військової служби

І. Етап «Теоретичний»	Здійснено теоретичний аналіз поняття «бойовий стрес»
	Проаналізовано психофізіологічні зміни у психіці військовослужбовця внаслідок дії на неї бойового стресу

Продовж. табл. 4

I. Етап «Теоретичний»	Узагальнено адаптивні та дезадаптивні зміни у психіці військовослужбовців унаслідок дії на неї бойового стресу
II. Етап «Методичний»	Проаналізовані соціально-психологічні особливості вибірки досліджуваних
	Здійснено добір методик для емпіричного дослідження
	Обрано тип експериментального дослідження
III. Етап «Емпіричний»	Аналіз результатів методики оцінки адаптаційних здібностей особистості «Адаптивність-200» до та після дії бойового стресу на психіку військовослужбовця в розрізі соціально-психологічних факторів
	Аналіз результатів методики особистісного опитувальника Ганса Юргена Айзенка до та після дії бойового стресу на психіку військовослужбовця
	Аналіз результатів методики опитувальника «Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)» до та після дії бойового стресу на військовослужбовця
	Аналіз результатів методики опитувальника «Шкала депресії (безнадійності) Аарона Бека» до та після дії бойового стресу на психіку військовослужбовця
	Синтез всіх результатів, їх зіставлення та формулювання висновків

Отримані дані аналізували у зв'язку з соціально-психологічним фактором в таблиці 5.

Тут наведена форма організації даних за номінальним показником, що є зручною формою військової звітності, використовуючи таку саму форму, але з числовими значеннями, ми виявили кореляційні взаємозв'язки.

Таблиця 5 – Приклади фіксування факторів, які можуть вплинути на результати дослідження

№	Фактори	Результат методики БОО «Адаптивність-200»	Результат методики Г. Айзенка	Результат методики «Госпітальна шкала тривожності та депресії»	Результат методики «Шкала депресії Бека»
1	Майор чоловік у шлюбі має досвід бойових дій обмежено придатний вік 56 років	Достатній рівень адаптивності	Тривожність – середній, допустимий рівень. Фрустрація – високий рівень самооцінки. Агресивність – середній рівень. Ригідність – середній рівень	Тривога – відсутня. Депресія – відсутня	Ознака відсутня
2	Ст. сержант чоловік у цивільному шлюбі має досвід бойових дій обмежено придатний вік 35	Достатній рівень адаптивності	Тривожність – низький, допустимий рівень. Фрустрація – високий рівень самооцінки. Агресивність – середній рівень. Ригідність – середній рівень	Тривога – відсутня. Депресія – відсутня	Ознака відсутня

Статистичний аналіз методом кореляції виділених соціально-психологічних факторів, що вплинули на резильєнтність до стресу або вразливість груп військовослужбовців

У психології **резильєнтність** означає здатність людини успішно переборювати стрес, труднощі, негативні події або навіть травматичні ситуації та її спроможність повернутися до стану психологічного добробуту і функціонування [63]. Для виявлення міри кореляційного зв'язку та достовірності відмінностей середніх показників у вибірках групи досліджуваних військовослужбовців, які перебувають на передовій, і в групі досліджуваних військовослужбовців, які перебувають у тилу, використали математично-статистичні методи: r_s – критерій рангової кореляції Спірмена та однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA). Обробку даних здійснювали за допомогою пакету статистичних програм SPSS 20.0 for Windows.

Результати кореляційного аналізу.

У групі досліджуваних військовослужбовців, які перебувають на передовій («бойовики») виявлений позитивний кореляційний зв'язок між високою адаптивністю та терміном перебування в зоні бойових дій (досвідом бойових дій) ($r = 0,422$, $p < 0,05$). Таку ситуацію пояснюємо тим, що досвід перебування в зоні бойових дій сформував регуляторні механізми, на які спирається військовослужбовець, щоб впоратися зі стресом. У нього вже сформований стереотип дій для адаптації до екстремальних умов.

При цьому, що більший термін перебування військовослужбовця на передовій, то нижча агресивність ($r = -0,393$, $p < 0,05$) та тривога ($r = -0,618$, $p < 0,001$). Наявність такого зв'язку вмотивовуємо тим, що з часом військові сприймають бойові дії як звичайну роботу, котра не викликає критичних психофізіологічних змін.

У нашій вибірці вік досліджуваних військовослужбовців так само позитивно корелює з низьким показником фрустрації ($r = -0,603$; $p < 0,001$) та з низьким ступенем вираженості депресивної симптоматики ($r = -0,474$, $p < 0,05$). Тобто що молодший військовослужбовець, то менший вияв негативних

емоційних переживань, викликаних об'єктивно непереборними (або непереборними в суб'єктивному сприйманні) труднощами на шляху до досягнення мети, а також поганого настрою, відрази до діяльності. Певно, це можна пояснити адаптивним резервом психіки: чим молодший організм, тим більша його витривалість, орієнтація психіки на майбутнє, а не на минуле, що значно зменшує фрустрацію.

У групі досліджуваних *військовослужбовців, які перебувають у тилу («штабісти»)*, виявлений позитивний кореляційний зв'язок між віком та тривожністю ($r = 0,417$, $p < 0,05$), фрустрацією ($r = 0,472$, $p < 0,05$), агресивністю ($r = 0,512$, $p < 0,001$). Що старші військовослужбовці, то виразніша в них схильність до надмірного хвилювання, фрустрованість, афективні спалахи гніву та імпульсивні поведінкові прояви, спрямовані на об'єкт фрустрації. Це пояснюємо тим, що операційна обізнаність військових у тилу вища, а коли недостатньо об'єктивної інформації, то її заміщують тривожні очікування, що, на нашу думку, і вплинуло на рівень тривожності.

Дисперсійний аналіз, який проводили за фактором сімейного стану, не виявив статистично значущих відмінностей у вибірці військовослужбовців, котрі перебувають у тилу, проте вказав на наявність таких відмінностей у військовослужбовців, які перебувають на передовій (табл. 6).

Таблиця 6 – Відмінності в показниках емоційних виявів по вибірці військовослужбовців, які перебувають на передовій, з урахуванням сімейного стану

Показники емоційного вигорання	Сімейний стан				Значущість від- мінностей за <i>F</i> -критерій Фішера	
	одружений		неодружений			
	М	SD	М	SD	<i>F</i>	<i>p</i>
Адаптивність	7,78	3,457	13,30	7,113	189,500	,002
Ригідність	8,19	3,823	4,89	3,004	180,000	,001
Тривога	6,56	5,542	3,00	3,363	228,500	,017
Депресія	14,19	6,878	9,33	4,820	198,000	,004

Зокрема, в одружених військовослужбовців, які перебувають на передовій, більше виражені тривога ($F = 228.500$, $p = .017$), депресія ($F = 198.000$, $p = .004$) та ригідність ($F = 180.000$, $p = .001$). Закономірно, що адаптивність у неодружених військовослужбовців вища ($F = 189,500$, $p = .002$). Виявлені статистично достовірні відмінності пояснюємо так: військові, у яких є родини, мають вищий рівень тривожності та депресії, оскільки вболівають за сім'ю; тривожні думки навіяні роздумами, що буде з родиною у випадку його, військовослужбовця, смерті. Це частково дублює раніше отримані результати з результатами дослідження тривожності та депресивних станів військовослужбовців [11].

Подасмо показники контрольної та експериментальної групи на початку дослідження, можемо їх порівняти, спираючись на принципи побудови попередньої таблиці (табл. 7).

Особи, у яких виявлено ознаки нервово-психічної нестійкості, мають високі показники емоційного неблагополуччя або низькі показники адаптивності.

Особи, які належать до групи ризику, мають середні показники наявності тривожності, депресії, ригідності або фрустрації. Це фактор, що може погіршити їхнє ментальне здоров'я під час проходження військової служби.

Особи, які за всіма показниками мають нервово-психічну стійкість, станом на березень-квітень 2022 року за всіма показниками тестів повністю придатні до військової служби й вільні від ознак емоційного неблагополуччя.

Подасмо результати контрольної та експериментальної групи після впливу на експериментальну бойового стресу (табл. 8).

Впливу бойового стресу в експериментальній групі («бойовики») зазнали 24 особи, які на попередньому зрізі були зараховані до групи ризику. 6 осіб з експериментальної групи мали яскраво виражені симптоми дезадаптивних змін, 20 осіб з експериментальної групи адаптувалися до умов бойової діяльності.

**Таблиця 7 – Якісні та кількісні показники дослідження особистісних змін
військовослужбовців**

Методика	Показник	Контрольна група	Експериментальна група	
БОО «Адаптивність-200»	Висока адаптивність	7	8	
	Достатня адаптивність	32	31	
	Середня адаптивність	8	8	
	Низька адаптивність	3	4	
Тест Г. Айзенка	Шкала	Тест Г. Айзенка		
	Тривожність	Висока	1	3
		Середня	16	17
		Низька	33	20
	Фрустрація	Висока	1	2
		Середня	15	11
		Низька	34	32
	Агресивність	Висока	7	10
		Середня	30	31
		Низька	13	9
	Ригідність	Висока	1	2
		Середня	11	12
		Низька	38	36
Госпітальна шкала тривожності та депресії	Шкала	Госпітальна шкала тривожності та депресії		
	Тривога	Ознака відсутня	47	45
		Субклінічно виражена	3	5
		Клінічно виражена	0	0

Продовж. табл. 7

Методика	Показник	Контрольна група	Експериментальна група
Госпітальна шкала тривожності та депресії	Ознака відсутня	47	45
	Субклінічно виражена	3	5
	Клінічно виражена	0	0
	Шкала депресії А. Бека		
Шкала депресії А. Бека	Ознака відсутня	47	44
	Субклінічно виражена депресія	3	6
	Помірна депресія		
	Депресія середньої тяжкості	0	0
	Тяжка депресія	0	0
	Виявлено осіб з ознаками нервово-психічної нестійкості		5
Осіб віднесено до зони ризику		16	17
Особи за всіма показниками мають нервово-психічну стійкість станом на березень-квітень 2022 року		31	28
Всього осіб узяло участь у дослідженні		50	50

*Порівняльна таблиця контрольної та експериментальної групи
після впливу на експериментальну групу бойового стресу*

Таблиця 8 – Загальні показники результатів емпіричного дослідження адаптивних та дезадаптивних змін психіки військовослужбовців

Методика	Показник	Контрольна група (січень – лютий 2023 року)	Експериментальна група (січень – лютий 2023 року)
БОО «Адаптивність-200»	Висока адаптивність	4	1
	Достатня адаптивність	34	20
	Середня адаптивність	8	24
	Низька адаптивність	4	5
Тест Г. Айзенка	Шкала	Тест Г. Айзенка	
	Тривожність	Показник	
		Висока	2
		Середня	26
	Фрустрація	Низька	30
		Висока	22
		Середня	10
	Агресивність	Низька	7
		Висока	24
		Середня	37
	Ригідність	Низька	6
		Висока	10
		Середня	16
		Низька	33
		Висока	7
		Середня	5

Продовж. табл. 8

Методика	Показник		Контрольна група (січень – лютий 2023 року)	Експериментальна група (січень – лютий 2023 року)
	Шкала	Показник		
Госпітальна шкала тривожності та депресії	Тривога	Показник	Госпітальна шкала тривожності та депресії	
		Ознака відсутня	45	40
		Субклінічно виражена	4	8
	Депресія	Клінічно виражена	1	2
		Ознака відсутня	45	40
		Субклінічно виражена	4	8
Шкала депресії А. Бека	Клінічно виражена	1	2	
	Шкала депресії А. Бека			
	Депресія	Ознака відсутня	40	36
Субклінічно виражена депресія		6	10	

Продовж. табл. 8

Методика	Показник	Контрольна група (січень – лютий 2023 року)	Експериментальна група (січень – лютий 2023 року)
Шкала депресії А. Бека	Депресія	Помірна депресія	4
		Депресія середньої тяжкості	0
		Тяжка депресія	0
			0
Виявлено осіб з ознаками дезадаптивних змін		5	6
Осіб віднесено до зони ризику		20	24
Особи за всіма показниками мають адаптивні зміни		25	20
Всього осіб узяло участь у дослідженні		50	50

Контрольна група не брала участі в бойових діях, але піддавалася навантаженню військовою службою у воєнний час («штабісти»), тому 5 осіб з контрольної групи мають симптоматику дезадаптивних змін в емоційно-вольовій сфері, 20 осіб віднесено до групи ризику та потребують відновлення, 25 осіб адаптувалися до умов служби й не мають різких змін в емоційно-вольовій сфері.



Фото 8. Робоча нарада офіцерів психологів відділення морально-психологічного забезпечення, співавторів цієї колективної монографії, відділення морально-психологічного забезпечення штабу управління окремої бригади ЗСУ, квітень 2022 року

Суттєва різниця між контрольною та експериментальною групами спостережена в категорії осіб, які потребують відпочинку і відновлення. Ця група означена як «група ризику», різниця – в 5 особах, що доводить специфічний вплив бойового стресу на емоційно-вольову сферу військовослужбовця.

Отже, в першому розділі ми проаналізували поняття «бойовий стрес», його вплив на психіку військовослужбовця. Означили фактори, які згладжують наслідки впливу бойового стресу, або, навпаки, заважають адаптації психічного апарату до інтенсивного та довготривалого впливу бойових дій на психіку військовослужбовця.

На основі опрацювання зарубіжної і вітчизняної літератури умовно поділили всі зміни у психіці військовослужбовця на «адаптивні» та «дезадаптивні». Дослідили взаємозв'язок між фізіологічними і психологічними змінами, що їх зазнає психіка військового за час служби.

У розділі призначеному дизайну та побудові емпіричного дослідження ми оприлюднили результати експерименту з двома групами – «штабістами» і «бойовиками», описавши вибірку досліджуваних, виокремивши фактори, що можуть виконувати роль побічних змінних та спотворювати результати дослідження: вік, стать, цивільний статус, звання, наявність попереднього досвіду бойових дій. Ці змінні не піддаються нашому впливові, ми лише констатуємо їх. Виокремлені нами групи рівні за кількістю учасників, але різні за вказаними вище параметрами. Як уже зазначали, цю різницю акцентували в розділі, присвяченому методичним основам дослідження.

В емпіричному розділі ми порівнювали результати контрольної («штабісти») та експериментальної («бойовики») груп за якісними й кількісними критеріями у зв'язку з соціально-психологічними факторами (вони описані в розділі «Дизайн дослідження»). Оскільки виявлено групу осіб, у яких на першому зрізі зафіксовані ознаки нервово-психічної нестійкості, ми не можемо стверджувати, що причиною цієї нестійкості послужив вплив бойового стресу. Так само ми враховували втому від проходження військової служби в час війни, що, на нашу думку, і погіршило результати контрольної групи на фінальному зрізі.

Дискримінуючи всі результати із сумнівною науковою цінністю для заявленої теми дослідження, констатуємо: психіка

військовослужбовця зазнає адаптивних та дезадаптивних змін унаслідок впливу на неї бойового стресу. Адаптивними змінами є стресостійкість військового на полі бою внаслідок адаптації до постійного фізичного і психічного навантаження (виявлено 20 осіб); емпіричні прояви адаптації – це стабільно низькі тестові показники, що стосуються емоційно-вольової сфери особистості. Дезадаптивні зміни у психіці військовослужбовця – це симптоматика або психічних розладів, або явні ознаки погіршення емоційно-вольової сфери вояка (виявлено 25 осіб).

Із статистичного аналізу вибірки досліджуваних випливає, що найвищу резильєнтність до впливу бойового стресу мала група військовослужбовців, які вже брали участь у бойових діях. Виявлено позитивний кореляційний зв'язок між віком військовослужбовця та рівнем його тривожності і ригідності. Що вище вік, то більші тривожність та ригідність. Саме це вважаємо фактором вразливості. Також виявлено й математично описано зв'язок між рівнем тривожності військовослужбовців та наявністю в них родин. Як випливає із дослідження, наявність родини підвищує рівень тривожності військовослужбовця на передовій.



РОЗДІЛ II

**ВОЇН
НА ШЛЯХУ ДОДОМУ**

РОЗДІЛ II

ВОЇН НА ШЛЯХУ ДОДОМУ

*«Під час військової служби
я уявляв, як все буде класно,
коли я повернуся додому.
Я жив очікуваннями та надією».*

«Уривок з консультації ветерана війни»

2.1. Військовий та суспільство: проблеми соціальної перцепції

Попри те, що зв'язок між соціальною перцепцією ветерана війни і його психологічним станом, місцем у соціумі та специфікою перебігу його інтеграції в цивільне суспільство, на нашу думку, логічний і очевидний, ми не знайшли належної кількості наукових праць, присвячених соціальному сприйманню ветерана та процесу його інтеграції в цивільне суспільство. Тож аналізуємо джерела доступні нам [23].

Підсумковий аналітичний звіт «Соціальна реінтеграція ветеранів в Україні, листопад 2023 року» у розділі «Бачення ветеранів суспільством та дискримінація» наводить такі дані: 32 % ветеранів-жінок стикалися з дискримінацією у суспільстві; на противагу цьому лише 14 % чоловіків зазнавали дискримінації. Звичайно, переважна більшість громадян ставиться з повагою до ветеранів/ветеранок широкомасштабної війни, і все-таки випадки дискримінації трапляються. Як переконують наведені цифри, жінки-ветеранки зазнають дискримінації частіше ніж чоловіки. Дискримінація пов'язана з отриманням державних послуг, оформленням документів. Так само у звіті взяті до уваги загальні відчуття ветеранів щодо сприйняття їх суспільством.

Дослідження Марини Салюк та Таїсії Петренко [115] присвячене вивченню особливостей сприйняття образу ветерана АТО молодими українцями. Авторки методом кластерного аналізу

отримали дані й виділили три основні типи сприйняття атівців молоддю: «здібний, проте пасивний», «активний та впевнений», «емоційно відчужений». Ні підстав для вибірки, ні її кількості в праці не вказано. На нашу думку, робота не завершена.

Суспільна неувага до соціальної перцепції ветерана потенційно може призвести до конфлікту та поділу соціуму на дві групи, які різко протистоять одна одній. Приклад-аргумент для такого твердження – Афганська війна, ставлення до якої в суспільстві було головно негативним, що, за нашим переконанням, спровокувало появу й перебіг афганського синдрому. Так само згадуємо й війну у В'єтнамі, по закінченню якої фіксовано значне число самогубств поміж ветеранів-американців, маргіналізацію ветеранської спільноти, чимало випадків ПТСР [26]. На це впливало/впливає, по-перше, відсутність загальника підтримки осіб, інвалідизованих унаслідок бойових дій, по-друге, ненапряцьованість стереотипу сприяння/сприйняття військового, звільненого в запас. Переважна частина цивільного населення намагається уникати спілкування з ветераном, побоюється його або розгублено не знає, як себе поводити з ним. Підтвердження цього – великий запит у суспільстві на проведення лекцій, тренінгів, вебінарів на тему «Як спілкуватися з військовим» [87].

За нашими спостереженнями, суспільство пережило кілька етапів сприймання військового. Перший етап – ідеалізація, домінанта якого – бачення військового як героя; соціум підтримує вояка-захисника. Другий – практичний вияв ідеалізації (хронологічно цей етап збігся з початком широкомасштабного вторгнення рф). Прикметною особливістю другого етапу стали передовсім зовнішні вияви поваги до військовослужбовців: їм поступалися місцем у черзі чи транспорті, пригощали на вулиці смаколиками та сигаретами, аплодували й тиснули руку. Образ Героя, котрий захищає країну, активно тиражували ЗМІ, політики, громадські діячі. Цивільний загал демонстрував свою підтримку ЗСУ одягом у стилі мілітарі, фотографуванням з чинними військовими, войовничою риторикою. Такі та подібні вияви

практичної ідеалізації відіграли позитивну роль, оскільки морально і психологічно надихали військових; підтримка країни виступала саногенним фактором та уможлиблювала легше переборювати труднощі військової служби. Але на протигагу рекламно-плакатному красивому військовослужбовцеві в добротній парадній формі існує реальний, зі своїми потребами та недоліками характеру.



Фото 9. Проведення психодіагностичного обстеження пацієнта реабілітаційного відділення, учасника бойових дій

Героїчний образ воїна, на жаль, почасти заважає психологічній роботі, оскільки таке узагальнене сприйняття не передбачає, що військовослужбовець боїться, відчуває біль, втрачає кінцівки, чинить або переживає сімейне насилля, депресію, алкоголізацію, тобто має проблеми із психічним здоров'ям. Вони, ці проблеми, виникають ще під час військової служби, а поглиблюються та загострюються при звільненні.

Звільнення з військової служби має всі ознаки ненормативної кризи, пов'язаної зі зміною суспільної ролі – із захисника на цивільну особу. Ймовірна ситуація, коли під час служби військовик керується суспільною установкою, що він «незламний воїн незламної країни». Така установка активізує захисні механізми психіки солдата, що уможливорює часткове ігнорування страху, виснаження, згладжування вад характеру, утримування від надмірного вживання алкоголю. Проте при звільненні роль «незламного воїна» уже відіграна, і військовослужбовець, не маючи над собою статуту ЗСУ, ВСП, звичного вже образу, створеного засобами масової комунікації, пускається у всі тяжкі.

Отже, твердимо ми, образ воїна, який воює, існує, але образ воїна, котрий повернувся додому, до цивільного суспільства, відсутній. Так само немає образу воїна, який повернувся та потребує підтримки, піклування. Звичайно, ми свідомі того, що війна продовжується, але щодень когось звільняють зі служби через проблеми зі здоров'ям, зосібна із психічним, або через соціальний запит на повернення до цивільного життя. Власне тому, що війна триває і невідомо, скільки ще триватиме, така робота – нагальна, необхідна [21].

На нашу думку, суспільство мусить сприяти звільненому зі служби військовому. Акцентуємо лексему *сприяти*, яка різко відмінна від словосполучення *чинити за неї*. Якщо суспільство допомагає людині, котра не просила про це, усе робить за неї, не даючи змоги виявляти власну активність, воно принижує гідність людини та формує навчену безпорадність. Пропонуємо приклад для підтвердження наших розмислів. У військово-службовця, який пересувається на милицях, упав мобільний телефон. Свідком цього став випадковий перехожий. Які його дії? Згідно із санегоненним підходом необхідно запропонувати допомогу людині з особливими потребами, а не хапати/підіймати телефон та протягувати його господареві. У ситуації саногенності перехожий-свідок з повагою ставиться до гідності

військовослужбовця, не порушує без дозволу його особисті психологічні кордони, надає йому право вибору, підкреслюючи суб'єктність ексібійця. Так само й на рівні суспільства: подяка військовому за службу не повинна бути лише матеріальною (грошовою). Вона мусить включати інклюзивність у широкому сенсі слова: доступність середовища для демобілізованих з особливими потребами, створення дружнього простору з надання адміністративних та медичних послуг, виховання в цивільного населення ставлення до вояка з позиції підтримки тощо.

Практична частина психологічної роботи з увільненим у запас військовим полягає у відновленні, поглибленні та створенні його соціальних зв'язків. Якщо демобілізований зберіг родину, працевлаштувався або знову працює на збереженому за ним робочому місці, має активну громадянську позицію, зустрічається з друзями, відвідує кіно, концерти, інші розважальні заходи, то таким чином здійснюється його психологічна рекреація відносно суспільства [9].

Психологічне здоров'я характеризує не лише відсутність психічних хвороб. Тобто відсутність тривожності або депресії у військовослужбовця – це ще не ознака якісного життя, не умова успішного входження до цивільного соціуму. Надійним і почасти зрозумілим критерієм успішної інтеграції в суспільство є наявність та кількість соціальних зв'язків, їхня якість, що вимірюється певним ступенем суб'єктивної задоволеності від них. Спроможність реалізувати себе і самостійно задовольнити свої потреби без втрати власної людської гідності, тобто мати можливість, засоби та бажання жити повноцінно, розв'язувати свої проблеми в просоціальному руслі – параметри, які зберігають психічне здоров'я і підтримують військовослужбовця. Отже, ці параметри мають саногенний характер. На противагу цьому існують патогенні фактори, зокрема соціальна ізоляція або належність до якоїсь однієї закритої спільноти за інтерес-

сами, самотність і соціальна занедбаність, байдужість до проблем ветерана. Усе це провокує невротичні та психотичні прояви, як мінімум це травмувальний фактор, що не сприяє інтеграції ветерана до суспільства. У випадку соціального відторгнення навіть психічно здоровий індивід має високий ризик алкоголізації, маргіналізації та займає більш девіантну позицію щодо соціальних норм.



Фото 10. Щоденний клінічний розбір психологічного стану пацієнтів у реабілітаційному відділенні

Акцентуємо питання очікування військовослужбовця від суспільства та суспільства від військовослужбовця. Тут спостерігаємо таку закономірність: що вищі, занадто не адекватні очіку-

вання, то згодом сильніше розчарування від цього. Є випадки, коли військовослужбовець без будь-яких спеціальних процедур (декомпресія, психологічне консультування, отримання соціальних послуг) інтегрується в цивільне суспільство. Вони, такі випадки, – результат адекватного рівня очікування, розуміння неминучих складнощів, усвідомлення того, що відновлення цивільної ролі пов'язане з відпочинком, пригадуванням професійних навичок, підтримкою з боку сім'ї та оточення.

У суспільстві віднедавна побутує переконання, що бійці, повернувшись з фронту, «наведуть» порядок у тилу, відновлять загальну справедливість і рівність, тобто побудують нову Українську утопію. Така думка хибна: військовослужбовець мусить передовсім відпочити та реабілітуватися, а вже потім долучатися до державотворення, долучатися в межах своєї компетенції. Суспільні настрої-бажання – це намагання переадресувати реалізацію проблем тилового життя ексвоїнам. Нагадаємо: є фронт – зона відповідальності/дій солдатів, а є тил – зона відповідальності цивільних. Звичайно, ці зони між собою тісно пов'язані, оскільки армія не воює окремо від держави; проте перекидати цивільні проблеми на армію неправомірно, особливо під час війни.

Узагальнюючи викладений вище матеріал, доходимо висновку, що соціальне сприйняття військових у цивільному суспільстві, на жаль, є пробілом у сучасній українській науці, хоча такі дослідження уможливають побудову низки саногенних факторів відновлення військового в цивільному суспільстві та запобігають його громадянському розколу.

2.2. Звільнення з військової служби як кризовий етап життя

Уже понад 10 років триває агресія росії проти України, і весь цей час українські воїни мужньо б'ються з жорстокими загарбниками, з ворожою ордою, яка підступно та цинічно

намагається поневолити вільну незламну націю нащадків славетних козаків. Захист держави розпочався як Антитерористична операція на сході України (АТО) – комплекс військових та спеціальних організаційно-правових заходів українських силових структур, спрямований проти діяльності незаконних російських і проросійських збройних формувань у війні на сході України в період з 14 квітня 2014 року до 30 квітня 2018 року. Потім тривала Операція Об'єднаних сил (ООС, англ. Joint Forces Operation) – комплекс військових і спеціальних організаційно-правових заходів українських силових структур протягом 30 квітня 2018 року – 24 лютого 2022 року, спрямований проти діяльності незаконних російських та проросійських збройних формувань у війні на сході України. Відкритий воєнний напад російської федерації (рф) на Україну в четвер о 03:40 24 лютого 2022 року триває дотепер.

Психологія військовослужбовців, які брали й беруть активну участь у виконанні бойових завдань із захисту незалежності та цілісності України під час АТО, ООС, повномасштабної російсько-української війни, актуальна тема сучасних наукових досліджень.

Станом на 25 липня 2024 року до Єдиного державного реєстру ветеранів війни (ЄДРВВ) занесено інформацію про ветеранів війни в кількості 1 млн 300 тис. осіб, з яких приблизно 80 % це – мобілізовані люди. З них понад 500 тисяч учасників бойових дій: військові, які служили чи служать у складі військових підрозділів, з'єднань або об'єднань усіх видів та родів військ ЗСУ, ТрО, НГУ, СБУ, Служби зовнішньої розвідки, Держприкордонслужби, Держспецтрансслужби, військових прокуратур, поліцейські, військові добровольці, громадяни інших країн, волонтери, медики тощо. Так само військовослужбовці МВС, Управління державної охорони, Держспецзв'язку, ДСНС, Державної кримінально-виконавчої служби та всі інші військові формування, які захищали незалежність, суверенітет і територіальну

цілісність України та брали безпосередню участь у захисті її національних інтересів.

Усі вони пройшли через пекло війни, отримали поранення чи перебували в полоні. Повернення таких осіб до мирного життя потребує від держави та суспільства першочергових заходів щодо їхньої соціально-психологічної адаптації, медико-соціальної реабілітації, матеріального забезпечення (так само і їхніх сімей), інших невідкладних дій щодо полегшення адаптації учорашніх воїнів до реалій звичайного життя [37].

Звільнення з армії відбувається з різних причин: у зв'язку з демобілізацією військовослужбовців строкової служби; у зв'язку із закінченням контракту; у зв'язку з пораненням чи за станом здоров'я, за віком; у зв'язку з набуттям інвалідності тощо. Звільнення може мати кризовий характер і належати до ненормативних криз, неочікуваних та неприродних, на противагу віковим і природним, тобто передбачуваним кризам [45; 86]. Подія звільнення з військової служби для багатьох військових стає кризовою, оскільки змінюється соціальна ситуація розвитку, порушується адаптація до умов мирного життя [95], виникають нові життєві завдання, а старі відходять на задній план, відбувається переоцінка досвіду та пристосування до нової реальності тощо [168].

Загалом **«криза»** (від грецьк. Crisis – рішення, поворотний пункт) – стан, породжений проблемою, що постала перед індивідом, яку він не може уникнути і розв'язати звичним способом за короткий час. У китайській мові слово «криза» складається з двох символів-ієрогліфів: перший означає небезпеку; другий – можливість. Так акцентовано двозначність цього феномена, що підкреслює наявність нових можливостей у розвитку людини та якісну особистісну трансформацію, яка відкриває нові горизонти розвитку [30; 34; 38; 44].

Кризою також можна назвати такий віраж на життєвому шляху, коли старий життєвий світ руйнується частково чи

доценту. Людині відмовляється від звичних уявлень про цінності, ідеали, смисли, цілі. Вона опиняється перед запитаннями, які не мають однозначних відповідей. Т. Титаренко зазначає, що «водночас життєву кризу доцільно розглядати і як рушійну силу особистісного зростання, дорослішання» [129, с. 265]. У процесі життєвої кризи з руйнуванням ролі завжди відбувається руйнування її адаптивної захисної функції: втрата смислу життя, порушення адекватного уявлення про себе, втрата звичних форм поведінки, пов'язаної з необхідністю створювати нові поведінкові моделі (у тому числі й адаптивні), яких перед тим не було [109] і т. п.



Фото 11. Вулична ерготерапія, військові психологи співавтори цієї колективної монографії, опановують настільний хокей

Протиріччя, що викликають життєву кризу, можна класифікувати так: 1) протиріччя між жагою життя та його обезціненням; 2) конфлікт між старим та новим (сюди належать

протиріччя в різних сферах життя – у творчості, у сімейних стосунках, проблема батьків та дітей, проблема суб'єктивних задумів революційного перетворення світу та об'єктивна не-реальність їх втілення тут та тепер); 3) протиріччя в етичних переконаннях однієї і тієї людини: між особистісними почуттями та боргом, добротою та брехнею, між істинністю та легкодухістю тощо; 4) невизначеність, подвійність стосунків з оточенням, незадоволеність потреби у спілкуванні, у взаєморозумінні тощо [69].

Т. Титаренко [126–130] говорить, що в стані кризи одночасно співіснують дві взаємопов'язані суперечливі тенденції: з одного боку, це консервативна здатність отримувати зміни, як позитивні, так і негативні, а з іншого – наявність потенційних внутрішніх можливостей долати це отримування, виходити на новий рівень життя навіть ціною певних втрат та страждань. Перевага однієї з цих тенденцій значною мірою залежить від випадкового флуктуаційного впливу в кульмінаційний момент кризових переживань [129, с. 267].

І. Маноха вказує, що в окремі періоди життя людини виникають моменти «відповідати перед власним буттям», які мають певну напруженість та актуалізують необхідність діяти. Вони визначаються як «критичні стани буття» та є абсолютно природними, «оскільки критичність – сутнісна ознака буття людини, як і буття взагалі» [80, с. 239]. І. Маноха виокремлює типи критичних станів буття, побудованих з урахуванням двох основних законів буття людини. Перший – закон єдності в просторі, який характеризується єдністю дій та цілей людини і їхньою цілісністю; другий – закон неперервності в часі, за яким теперішній стан людини визначає безперервну «послідовність станів свідомості з того, що було з нею в кожен момент її минулого». Зокрема, *перший* тип критичних станів буття зумовлений законами індивідуального буття, де виникає загроза «вібрації» цілісності, єдності або безперервності». *Другий* та *третій* типи критичних станів буття детерміновані переживанням простору і

часу буття, за яких відбуваються хитання на межі «близько – далеко», «зараз – потім», «скоро – невідомо, коли», «так – ні» тощо. *Четвертий* тип критичних станів зумовлений актуалізацією критичного досвіду людини, який може бути нерerefлектованим, негенералізованим, нетипологізованим. *П'ятий* тип критичних станів зумовлений вимогою (об'єктивною чи суб'єктивною), що висуває людині саме життя, – змінитися, стати іншою [80].

Відповідно до змісту і характеру психологічних проблем чи життєвих обставин, що спричинили кризову ситуацію, а також особистісних ролей, які виникають, розвиваються і зникають, П. Горностай виділяє кілька типів життєвих криз: кризи становлення особистості, кризи здоров'я, термінальні кризи, кризи значущих стосунків, кризи особистісної автономії, кризи самореалізації, кризи життєвих помилок [109].

У динаміці перебігу кризи спостережено кілька етапів: 1) початковий період, 2) період нагромадження напруги, 3) критичний період, або період «гострих» переживань, 4) період виходу (прийняття рішення з наступною стабілізацією). Кожен з цих етапів прикметний своїм специфічним змістом та формами поведінкових реакцій [43].

Зокрема, будь-яка людина, котра повернулася (прибула) із зони збройного конфлікту, може мати небажані для себе спогади про війну, проблеми з адаптацією до мирного життя [1; 31; 37; 39; 64; 67; 68]. Однак фахівці визначають низку факторів бойової ситуації, що мають особливий вплив на психіку людини, зумовлюючи «виснаження» центральної нервової системи та появу так званої «бойової психічної травми» (БПТ): 1) почуття загрози життю, так званий біологічний страх смерті, поранення, болю, інвалідизації; 2) потужний та довготривалий стрес, що виникає у безпосереднього учасника бою, на фоні якого розвивається психоемоційний стрес, пов'язаний із загибеллю побратимів або з необхідністю вбивати; 3) вплив специфічних чинників бойової обстановки (дефіцит часу, прискорений темп, рапто-

вість, невизначеність, новизна); 4) депривація (від лат. *deprivatio* – втрата, позбавлення) основних потреб людини (брак повноцінного сну, дефіцит води і їжі, чистого одягу та медикаментів, відсутність спілкування з рідними); 5) незвичайний для учасника війни клімат і рельєф місцевості бойових дій (гіпоксія, надмірні спека або холод, підвищена інсоляція тощо).

Після травматичних подій у тих, хто їх пережив, можуть виникати симптоми гострого стресу. Проте стан, який потребує клінічного втручання, розвивається не завжди, особливо за умови своєчасного надання екстреної або невідкладної психологічної допомоги та психосоціальної підтримки [46].

За оцінкою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), переживання травматичних подій зумовлює розвиток таких станів, як: депресивний розлад, психоз, поведінкові розлади, зловживання алкоголем або психоактивними речовинами (ПАР), самоушкодження/самогубство та інші значні емоційні або незрозумілі з медичного погляду скарги, тривала реакція горя або симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [59; 60; 62].

У наш час актуальні такі проблеми соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій та ветеранів, які повернулися додому [71; 91; 101; 103; 152]:

1) матеріального та фінансового забезпечення (невисокі заробітні плати, пенсії, допомога по інвалідності [163]; у деякого відсутність власного житла та ін.);

2) невідповідності отриманої у навчальному закладі професії потребам сучасного ринку праці, втрата або відсутність професійних навичок цивільних професій [164]. Як наслідок – працевлаштування на некваліфіковану, низькооплачувану роботу, пошук випадкових заробітків;

3) психологічної та соціальної адаптації в суспільстві з нестабільною ринковою економікою працездатних людей 30–45 років, які не звикли, і, як наслідок, – не вміють, вибирати місце та вид діяльності;

4) раптового (швидкого) звільнення зі служби, що є психологічним ударом, особливо у випадку, коли служба була для людини фактором соціального захисту. Унаслідок цього – погіршення здоров'я і фізичного самопочуття, особливо в кадрових військовослужбовців на тлі загального стресового стану;

5) наявності посттравматичних стресових розладів після перебування в екстремальних умовах, що вимагає обов'язкової психологічної реабілітації [99; 112];

6) наявності поранень або професійних захворювань, що вимагає психолого-медичної реабілітації (лікування за кордоном, оформлення інвалідності, протезування) [170];

7) наявності професійної деформації, що вимагає психологічної корекції (агресивність, депресії, зловживання алкоголем або наркотиками, суїцидальні прояви, нервово-психічні розлади) тощо [60].

Оптимальна модель соціально-психологічної адаптації військовослужбовців до умов мирного життя – це комплексний психологічний вплив, що повинен складатися із взаємопов'язаних між собою компонентів [40]:

- діагностики соціально-психологічних проблем [53];
- психологічного консультування з питань успішної соціально-психологічної адаптації до трудової діяльності, вирішення особистісних і сімейних проблем;
- психокорекційної та психотерапевтичної роботи;
- психологічної реабілітації;
- професійно-психологічної підготовки, яка включає низку необхідних тренінгів (профорієнтаційний, комунікативний, тренінг упевненості в собі, тренінг щодо особливостей працевлаштування).

Згідно з чинним законодавством України, яке регулює питання надання психосоціальної підтримки таким групам населення, вирішуються проблеми [41]:

- соціального забезпечення (переважно шляхом встановлення певних пільг на основі того чи того статусу для тієї чи тієї групи населення),

— порядку, умови, процедури надання медичних і соціальних послуг для цих категорій населення.

Отже, перед суспільством та державою щодо ветеранів війни України за свою незалежність постають виклики, які ще чекають свого вирішення, а саме: 1) відсутність належних статистичних даних щодо осіб, які потребують психосоціальної допомоги; 2) недостатній системний збір та аналіз інформації, зокрема, щодо виявів розладів психічного здоров'я у кризових груп населення, соціальних проблем військових, ветеранів війни або внутрішньо переміщених осіб; 3) брак діагностичних стандартизованих критеріїв для розуміння основ впливу психотравматичних подій збройного конфлікту на психіку людини і виявлення основних груп розладів [169]; 4) недоступна для загалу інформація про запити та потреби ветеранів війни та тих, кого зачепив збройний конфлікт; 5) недостатньо вивчені та систематизовані гендерні особливості соціально-психологічної адаптації ветеранів до умов мирного життя; 6) контроль і моніторинг за наданням якісної кваліфікованої соціально-психологічної допомоги ветеранам війни та ін.

Участь у бойових діях впливає на свідомість людини, піддаючи її серйозним якісним змінам. Посттравматичні стресові порушення формують специфічні сімейні стосунки, особливі життєві сценарії; визначають подальшу долю людини [32; 33].

На відміну від гострої стресової реакції, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) виникає не під час травмуючої події, а відтерміновано – після виходу людини зі стану надтяжкого стресу. Латентний період складає здебільшого 2–6 місяців з моменту отримання психологічної травми [130].

Уперше психологічні зміни в людей, які пережили ту чи ту екстремальну ситуацію, описав Да Коста в 1871 р. у солдатів під час Громадянської війни в Америці і назвав «синдром солдатського серця». У 1941 р. А. Кардінер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» і ствердив, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він уперше комп-

лексно описав симптоматику: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – непсихотична відтермінована реакція на травматичний стрес, здатна викликати низку психічних і поведінкових порушень. Для виникнення ПТСР потрібно, щоб людина випробувала дію стресора, який виходить за межі звичайного людського досвіду та здатного викликати дистрес [100; 104].

Синдром посттравматичних стресових розладів – міжнародний термін.

До *основних симптомів синдрому* ПТСР належать: порушення сну; патологічні спогади (нав'язливі повернення); нездатність згадати – амнезія на деякі події (уникнення); надчутливість (підвищена пильність); надзбудження (неадекватна надмобілізація); до *вторинних* – депресія, тривога, імпульсивна поведінка, алкоголізм, соматичні проблеми, порушення «Его»-функціонування тощо [161].

Психологічні наслідки участі в бойових діях призводять до того, що в умовах мирного часу через загострене почуття справедливості, підвищену тривожність, «вибухові» реакції, які періодично виникають у відповідь на найменші подразники, депресивні стани, у ветеранів порушується соціальна взаємодія, трапляються сімейні конфлікти та проблеми з працевлаштуванням. Такі люди втрачають інтерес до суспільного життя, у них знижується активність при вирішенні важливих проблем [71].

Єдиної теорії патогенезу посттравматичних стресових розладів немає. Причина цього не тільки в складності посттравматичного стресу, але й в тому, що під його багатогранністю відбуваються різні адаптивні та дезадаптивні процеси. Тому чимало дослідників і клініцистів, ґрунтуючись на множинних гіпотезах, запропонували різні психологічні та інші моделі ПТСР:

психодинамічну, когнітивну, психосоціальну, психобіологічну, умовно-рефлекторну і мультифакторну (її виокремлено нещодавно) [166].

На основі поєднання головних підходів був розроблений психосоціальний підхід, де зазначено вплив зовнішнього середовища на виникнення ПТСР. Така модель реагування на травму так само багатофакторна і враховує роль кожного фактора в розвитку реакції на стрес. У ній виділені соціальні чинники, що впливають на успішність адаптації потерпілих від психічної травми, а саме: відсутність фізичних наслідків травми, міцне фінансове становище, збереження колишнього соціального статусу, фактор соціальної підтримки з боку суспільства й значущий фактор впливу близьких людей.

Основні симптоми ПТСР:

- повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття – травмувальну подію людина переживає знову і знову. Вона намагається забути про пережите, але спогади виникають постійно, без будь-яких зовнішніх стимулів. З'являється відчуття реальності подій. Вони можуть виникати наяву, відразу після пробудження, при інтоксикації алкоголем чи ліками;

- сновидіння про пережиту подію, які повторюються та спричиняють тривогу – сни викликають глибокі переживання психотравмувальних подій з відчуттям їх реальності;

- такі дії та відчуття, ніби психотравмувальні події відбуваються знову – відчуття відновлення пережитого: ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди. Можуть бути стани з розладами орієнтування, які тривають від декількох хвилин до декількох годин, навіть діб; людина наче знову стає учасником психотравмувальних подій;

- значний психологічний дистрес під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмувальної події чи нагадують про неї. Іноді виникають стани психоемоційного напруження чи гострого стресу при зіткненні з чимось, що нагадує про травму. Наприклад, реакція

жертв нацистських концентраційних таборів на вид свастики, учасників бойових дій на відповідні телепередачі;

- фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх чи внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травматичної події чи нагадують про неї – при зіткненні з ситуацією, яка нагадує психотравматичну, проявляються фізіологічні реакції: пітливість, оніміння кінцівок, відчуття слабкості, тиску в горлі та ін.;

- намагання уникнути думок, відчуттів чи розмов, пов'язаних із травмою – спроби уникнути дій, місць, людей, які викликають спогади про травму. Людина наполегливо уникає всього, що нагадує про травму;

- часткова чи повна амнезія важливих аспектів травми – людина не може пригадати деяких епізодів того, що з нею відбувалося;

- втрата інтересу до значущих раніше видів діяльності, чи участі в них – людина стає байдужою до всього, чим раніше захоплювалася;

- відчуття відгородженості від оточення – виникає відчуття самотності навіть у колі родини, дітей, близьких, друзів;

- звуження діапазону афективних реакцій – знижений настрій, постійне незадоволення собою та оточенням, роздратованість, апатія, втрата інтересу до навколишньої дійсності, зниження реагування на сенсорні подразники;

- нездатність орієнтуватися на тривалу життєву перспективу – формується коротка життєва перспектива, людина планує своє життя на короткий час, виникає відчуття «неперспективного майбутнього»;

- ускладнення при засинанні та розлади тривалості сну – нічні кошмари, боязнь заснути, сновидіння які відображають психотравмуючу ситуацію, нервові виснаження, тривожність, нездатність розслабитися, відчуття фізичного та душевного болю;

- роздратованість та спалахи гніву – в учасників бойових дій виникають бурхливі реакції агресії при найменших неочікуваних подіях, які нагадують травматичні ситуації бойових дій

(різкі звуки, крики, шум). Людина стає конфліктною, під час суперечки вдається до насилля;

- труднощі при концентрації уваги – людина не може зосередитися на чомусь, що треба згадати. Інколи концентрація уваги може бути достатньою, але при виникненні стресового фактора здатність зосереджуватися втрачається;

- немотивована пильність – людина стежить за всім, що відбувається, відчуваючи небезпеку. Але ця небезпека не зовнішня, а внутрішня, нерідко вона виявляється в постійній фізичній напрузі, готовності в будь-який момент відбити зовнішню чи подолати внутрішню загрозу. Поведінка таких осіб відображає особливість перенесеної психічної травми. Наприклад, учасники бойових дій часто відмовляються сідати спиною до дверей, вибирають місце, звідки вони можуть спостерігати за всіма присутніми. Напруження не дозволяє особі розслабитися, відпочити, вимагає значних витрат енергії;

- посилена реакція переляку – незначний шум, грукіт призводить до того, що людина починає бігти, кричати. Різні звуки, запахи чи ситуації легко стимулюють спогади про травмувальні події, відчуття безпомічності, незахищеності.

А. Бланк виокремив чотири типи повторних відчуттів:

- 1) яскраві сни та нічні жахи;

- 2) яскраві сни, від яких людина прокидається з відчуттям реальності подій і дій, які можливо вона скоїла під впливом спогадів;

- 3) усвідомлюваний флешбек – переживання, у яких виразно представлені образи психотравмувальної події, супроводжувальні візуальними, звуковими та нюховими складниками. При цьому може втрачатися контакт з реальністю;

- 4) неусвідомлюваний флешбек – неочікуване, абстрактне переживання, супроводжуване певними діями й образами.

Клінічна картина зазвичай включає ще додаткові симптоми ПТСР [162]:

- 1) імпульсивність поведінки, експлозивні спалахи, роздратованість, схильність до фізичного насилля;

2) зловживання алкоголем чи наркотиками, особливо для зняття напруги та «гостроти» переживань;

3) антисоціальну поведінку чи протиправні дії;

4) депресію, суїцидальні думки та спроби самогубства;

5) високий рівень психічної нестійкості;

6) неспецифічні соматичні скарги (головний біль тощо). В осіб з ПТСР часто виявляються соматичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічного м'язового напруження, підвищеної втомлюваності, виразки шлунку, коліту, болю біля серця, респіраторних симптомів.

Отже, участь у війні, військова служба, а потім звільнення з неї належать до тієї екстремальної ситуації, коли людина постійно перебуває в найсильнішому психоемоційному стресі, переборюючи його вольовими зусиллями, що часто вартує їй дорого. Майже у всіх ветеранів війни неминучі зміни у фізичному і психічному стані. Тому-то соціально-психологічний супровід військовослужбовців під час звільнення їх зі служби повинен мати систематичний характер, мета якого – гармонійна адаптація до нових умов життя та запобігання негативним наслідкам дезадаптації [8; 94; 144].

2.3. Гендерні особливості соціально-психологічної адаптації ветеранів та ветеранок війни до умов мирного життя після звільнення з лав Збройних Сил

Військова служба, участь у бойових діях накладають значний відбиток на всі сфери життя і чоловіків, і жінок. Після повернення додому багато хто з них стикається з проблемами адаптації до мирного цивільного життя; перебіг адаптації залежить від індивідуальних особливостей психіки військовослужбовців. Тому під час демобілізаційної адаптації потрібно враховувати як специфіку психіки чоловіків і жінок, так і гендерні особливості [55; 138].

Якщо проблеми соціально-психологічної адаптації чоловіків-військових після звільнення із збройних сил широко порушені в науковій літературі [65], то перебігу адаптації жінок-ветеранок приділено значно менше уваги. Це питання особливо актуальне для сучасних психологічних досліджень, оскільки від початку повномасштабного вторгнення рф в Україну кількість жінок, які стали на захист Батьківщини, за даними на кінець 2023 року, зросла до 62 062 осіб, із них військовослужбовок – 43 479 осіб, з яких 5 тисяч воює на фронті. Для зіставлення: частка жінок у збройних силах Туреччини складає – 0,2 %, Польщі – 1 %, ФРН – 7 %, Латвії – 15 %, Литви – 12 %, Франції – 13 %, Естонії – 15 %, Канади – 15 %, США – 15 %, Ізраїлю – 35 % тощо [147, с. 11].

При аналізі психологічних особливостей військовослужбовців обох статей потрібно враховувати не лише статеві відмінності, але й статево-рольові – гендерні. Гендер (англ. Gender – «стать», від лат. Genus – «рід») – соціально-біологічна характеристика, через яку визначають поняття «чоловік» і «жінка», психосоціальні, соціокультурні ролі чоловіка та жінки як особистостей, на відміну від біологічних. Також поняття «гендер» можна тлумачити як «соціокультурну стать» людини, а від гендерної ідентичності значною мірою залежить задоволеність майбутнім життям, гармонійність життєвого світу, професійного та сімейного життя, рівень самосвідомості особистості тощо [146].

У науці існує два підходи до розуміння особливостей становлення соціальної ролі в суспільстві чоловіка і жінки – біологічний та соціокультурний.

Біологічний підхід пояснює відмінності між чоловіками й жінками генетичними та гормональними факторами, будовою мозку і вродженими особливостями конституції. Відповідно до цього підходу чоловіча стать відіграє ключову роль у змінах, а жіноча – у збереженні популяції, в онтогенезі (індивідуальному розвитку); жіноча стать більш пластична, а чоловіча більш ригідна (інертна, негнучка) [146].

Соціокультурний підхід передбачає, що гендерні відмінності формують суспільство: для того, щоб бути прийнятими суспільством, чоловіки і жінки повинні поводитися відповідно до гендерних ролей, тобто набору стереотипних очікувань, що їх суспільство створює для індивіда як представника певної статі (важливе значення має історичний етап розвитку суспільства, мода, стереотипи, етичні норми, правила та ін.). Порівнюючи чоловіків і жінок, цей підхід стверджує, що жінки відрізняються від чоловіків з погляду суспільно прийнятої моралі: для жінок важливіші стосунки з людьми, а чоловіки розглядають моральні цінності в аспекті права та справедливості [146].

Гендерні особливості учасників бойових дій різняться домінуванням у них маскулінних (чоловічих) або фемінних (жіночих) рис характеру.

Як зазначають учені, психологічна маскулінність значною мірою узгоджена з індивідуалізацією особистості, тобто переходом її від залежності (від середовища) до автономності, від комфортності (пристосування) до вільного самовизначення. Становлення індивідуальності пов'язане з розвитком самосвідомості й волі, яке відбувається тоді, коли людина усвідомлює себе представником певного історичного часу, спадкоємцем культурних традицій, носієм тих чи тих обдарувань, неповторних поворотів долі. У цій «універсальній» унікальності вона приймає своє життєве завдання, визначає покликання, у якому бачить переконливе звертання духовного світу тільки до неї [146].

Психологічна фемінність пов'язана з децентрацією особистості, тобто зміщенням мотиваційно-ціннісної домінанти з егоцентричних і групоцентричних прагнень на універсально-милосердні та альтруїстичні. Причому децентрація базується на неусвідомлюваних процесах, виявляється безпосередньо в почуттях та бажаннях і не підлягає прямій вольовій регуляції. Відтак децентрація відображає психологічну реальність філософського трактування розвитку душі (здатності до співпереживання та любові) як домінанти жіночого принципу [146].

Зокрема, Ю. Калагін у своєму дослідженні [54, с. 48] стверджує, що військовослужбовці-жінки «відкриті» до потреб суспільства, а мотив приносити йому найбільшу користь посідає першу позицію в ієрархії їхніх соціальних цінностей. Інтереси суспільства пріоритетні для жінки-військової, що завжди було й залишається ціннісною домінантою для армії, яка стоїть на захисті інтересів свого народу. Яскравим свідченням «відкритості» мотивації військовослужбовця-жінки є високий рейтинг мотиву «бути корисною суспільству в надзвичайних ситуаціях». Адже саме цей мотив уможливлює ефективне виконання нових функцій армії, пов'язаних з її участю в подоланні наслідків екологічних і техногенних катастроф, у боротьбі з тероризмом, у гуманітарних місіях, у забезпеченні миру та стабільності на деокупованих територіях тощо. Натомість результати дослідження Ю. Калагіним соціальної спрямованості особистості військовослужбовців-чоловіків протилежні. Вони вбачають свою соціальну роль у суспільстві лише як військову місію, пов'язану з захистом території України [55].

На психологічні відмінності між жінками та чоловіками під час їхньої служби в армії потрібно зважати з метою досягнення найбільшої ефективності при виконанні бойових завдань, врахування індивідуального підходу, подолання гендерних стереотипів у збройних силах, надання якісної допомоги під час соціально-психологічної адаптації до умов служби в армії та після звільнення зі збройних сил [3, с. 89–91].

Науковці виділяють поведінкові, особистісні, емоційні, когнітивні, соціально-психологічні, психологічно-професійні відмінності, відмінності в реакціях на стрес, які потрібно враховувати під час військової служби жінок та чоловіків.

Поведінкові відмінності: у службових та позаслужбових поведінкових виявах рівень агресії у жінок, на противагу чоловікам, значно нижчий. Жінкам здебільшого властива не фізична, а вербальна агресія. Так само жінки в порівнянні з чоловіками більш слухняні, менш ініціативні та змагальні [3, с. 89].

Особистісні відмінності: жінкам притаманний вищий ніж у чоловіків ступінь вияву таких особистісних якостей, як тривожність, занепокоєння, невпевненість у своїх силах, що спричиняє потребу створення у військовому колективі оптимістичної атмосфери [3, с. 89–90].

Емоційні відмінності: жінки занадто зосереджені на власних почуттях, вони більшою мірою схильні до вияву емоцій і прагнення розділити їх з іншими людьми. Так само жінки мають порівняно вищу ніж у чоловіків здатність до емпатії, гостріше переживання почуття провини [3, с. 90].

Когнітивні відмінності: жінки мають дуже високий рівень швидкості й точності сприйняття, пам'яті, а також вербальних здібностей (у них обсяжніший словниковий запас, вища швидкість та комунікативна виразність мови). Проте в них менші здібності опановування техніки та розуміння принципів і механізмів її роботи; нижчий ступінь розвитку математичного мислення, гнучкості мислення, здатності орієнтуватися в просторі, на місцевості [3, с. 90].

Соціально-психологічні відмінності: жінки вирізняються більшим рівнем соціально-психологічної адаптованості, значно легше вступають у соціальні контакти, мають вищий рівень соціальної бажаності, схильні до дотримання прийнятих норм, правил, інструкцій. Водночас жінки мають і підвищену чутливість до невдач у спілкуванні, вищий рівень занепокоєння щодо думки про них оточення, більше переймаються своєю зовнішністю. Найчастіше в жінок сімейні цінності превалюють над професійно-кар'єрними [3, с. 90].

Відмінності в реакціях на стрес: у військовослужбовиць нижчий ніж у чоловіків поріг виникнення стресових реакцій; жіночому стилю реагування на стрес, викликаного складними обставинами, властиві пригніченість, прагнення віднайти причини такого стану. Натомість чоловіки здебільшого відгороджуються від депресивних емоцій, переключившись на щось інше,

наприклад, на фізичну активність, щоб таким чином подолати негативний стан. Жінки порівняно легше дратуються з приводу незначних стресових подій, які більшою мірою ніж у чоловіків викликають депресивні реакції [3, с. 91].

Психологічно-професійні відмінності: чоловіки здебільшого вирізняються вищим за жінок рівнем професійної компетентності, здатні досягати значних професійних успіхів, солідніших посад. У них виразніше прагнення до керівництва, так само до професійної незалежності. Чоловіки більш кмітливі, спритні, винахідливі, успішні в нестандартних професійних ситуаціях та при реалізації нешаблонних завдань. Натомість жінки ретельніші та уважніші при виконанні стереотипної професійної діяльності, проте чутливіші до власних невдач на службі [3, с. 91].

Сьогодні гендерні питання посідають важливе місце в суспільних і військових відносинах, адже модернізація збройних сил почасти передбачає другоплановість фізичної сила та агресивності, традиційно притаманних чоловікам [114]. Це головний аргумент прихильників залучення жінок до військових структур і використання кращих характеристик власне фемінних якостей жінок для досягнення поставлених цілей (особливо в миротворчих місіях, при стабілізації звільнених територій, при налагодженні побуту в армії тощо) [147, с. 22–23]. Другий аргумент базований на тому, що жінки наділені однаковими правами та обов'язками з чоловіками, отже, так само, як чоловіки, мусять служити в армії. Прихід жінок до збройних сил може мати два сценарії розвитку: жінки адаптуються до тамтешніх «чоловічих» норм і процедур; прихід жінок змінить структуру та характер армії, роблячи її негендерним утворенням [89, с. 9].

Гендерна політика у Збройних Силах України – складник загальної державної гендерної політики, яка регулює соціальні стосунки військовослужбовців обох статей, їх соціальний статус і взаємини з урахуванням культурних традицій та стереотипів армії. Мета державної гендерної політики в ЗСУ – ефективно

впроваджувати гендерний підхід у життя армії для забезпечення рівних прав і можливостей людини незалежно від статі [89, с. 19]. Так само «гендерна політика Збройних Сил України повинна бути орієнтована на необхідність створення такої моделі, яка відповідатиме кращим світовим аналогам, передбачатиме їхнє функціонування та розвиток у вигляді гуманітарної системи, сприятливої людській природі та адекватної поставленим перед ними державою завданням, використання гендерного чинника для підвищення бойової готовності армії» [89, с. 19].

Правова основа державної політики, спрямованої на забезпечення гендерної рівності та справедливості у Збройних Силах України, охоплює такі основні складові частини [89, с. 19]:

1) міжнародно-правові стандарти гендерної рівності, відображені в міжнародних актах, прийнятих на глобальному й регіональному рівнях;

2) конституційні та нормативно-правові акти, що визначають загальні засади державної політики, спрямованої на утвердження гендерної рівності в суспільстві;

3) акти військового законодавства, які безпосередньо регулюють реалізацію гендерної політики у ЗСУ.

Головними напрямками оптимізації гендерної політики у Збройних Силах України та приведення її до європейських стандартів є: 1) розвиток наукових досліджень із гендерних проблем політики національної безпеки, особливо політики воєнної безпеки; 2) активізація культурно-освітньої та просвітницької роботи з населенням України і військовослужбовцями з метою поліпшення індивідуальної гендерної культури та розвитку гуманітарної та просвітницької діяльності в цій сфері; 3) розробка механізмів правової відповідальності в разі гендерної дискримінації і запровадження їх у щоденну практику; 4) упровадження системи позитивних дій щодо подолання гендерного дисбалансу в керівному складі ЗСУ; 5) удоскона-

лення законодавства щодо забезпечення рівної участі жінок і чоловіків у державних управлінських організаціях у сфері воєнної безпеки та рівних можливостей, поєднання професійних і сімейних обов'язків під час військової служби [63, с. 19].

Для розуміння психології жінок, ветеранок війни, важливо звернути увагу на три основні образи жінок-учасниць війни, представлених у соціальних мережах: 1) жінка-воїн; 2) турботлива помічниця; 3) революціонерка [89, с. 46–52].



Фото 12. Групове заняття з психотерапії з пацієнтами реабілітаційного відділення, настільна гра «Хмарочос»

Жінка-воїн. Це жінка, яка воює нарівні з чоловіками. Вона живе в тих самих умовах, що й вони, виконує «чоловічі» завдання: стріляє зі снайперської гвинтівки, автомата чи кулемета, керує військовою машиною, виносить під кулями поранених з поля бою тощо. «Вони професійно володіють зброєю, не бояться дивитися смерті в очі і можуть конкурувати з найбільш підготовленими бійцями. Вони знають усі види захисту та зброї...

Вони залишили на час війни своїх дітей, сім'ї та особистий бізнес». Така жінка добивається від чоловіків поваги, довіри і ставлення, як до вояка, який рівняється на чоловіків: «Я така ж борець, як усі». Таких жінок у ЗМІ називають «рятівниця», «захисниця», «смілива», «хоробра», «борець», «мужня Афіна», «валькірія», «амазонка», «козачка», «богиня війни» та ін. І все-таки в значній частині своїх репортажів журналісти намагаються прямо чи опосередковано додати елемент жіночності в образ суворой та відважної «амазонки»: жінка-снайперка в прикрасах; солдатка зі зброєю в руках, але в шовковій вечірній сукні; жінка-військовослужбовиця з квітами; бійчиня згадує дітей тощо.

Турботлива помічниця. Найбільш промовистою характеристикою цього образу жінки є, певно, підзаголовок статті: «Жінки рятують поранених, годують та одягають бійців». Жінки на війні не тільки бійці-амазонки, але турботливі й чутливі військові та медики, волонтерки та психологині, водійки, журналістки тощо, які про воїнів піклуються, допомагають, підтримують своїми діями, власне присутністю. Вони більш «жіночні» і найчастіше сповідують традиційний гендерний розподіл праці. Ці жінки проходять бойову підготовку, як і чоловіки, живуть разом у небезпечних зонах, мешкають у спартанських умовах, мають обладунки та зброю, але «природно» позбавлені такого самого тягаря та завдань на фронті. Часто вони виконують небойові завдання: працюють у канцелярії, на складах, репортерами, медсестрами тощо. У будь-якому разі присутність жінки в армії, у бойовій обстановці, на полі бою чи просто поряд сприймається як вияв хоробрості, героїзму та патріотизму.

Револьюціонерка. Така категорія об'єднує жінок, діяльність яких на війні є революційною та інноваційною. Це новаторки та реформаторки, які ламають старі схеми і стереотипи, розвивають нові військові галузі, стоять на одному ієрархічному рівні з чоловіками-армійцями, а їхні імена та біографії відомі у всьому світі [89, с. 48].

Загалом, суть усіх статей та розповідей у ЗМІ про жінок і українську армію зводиться до того, що «кожен та кожна, хто там знаходиться – герой та героїнка, кожен та кожна робить свій внесок у розв'язання конфлікту, стримування ворога, налагодження миру, і цей внесок є цінним» [89, с. 48].

Чинна військовослужбовиця має право на задоволення своїх потреб: забезпечення жіночою військовою формою, білизною, засобами гігієни та окремим житлом, спеціальними медичними послугами; подолання гендерних стереотипів, дотримання гендерної рівності, психологічної допомоги тощо.

При поверненні жінки-військової додому під час ресоціалізації виникають труднощі на психологічному, побутовому, бюрократичному рівнях, адже такі жінки часто мають посттравматичний стресовий розлад [60]. Якщо в чоловіків ПТСР виявляється у значно гострих формах: злість, агресія, дратівливість, алкоголізм, то в жінок у більш латентних: почуття провини, жертвовності, відчуженості тощо.

Гендерні особливості копінг-стратегій (психологічних стратегій) переборення складних ситуацій життя, до яких може належати подолання проявів ПТСР та інших особливостей адаптації після звільнення з військової служби, ціннісних орієнтацій, соціально-психологічної адаптації, ми досліджували емпірично. Зокрема, в експериментальному дослідженні гендерних особливостей соціально-психологічної адаптації учасників війни до умов мирного життя, яке проводили в Комунальному закладі «Полтавський обласний клінічний госпіталь для ветеранів війни» Полтавської обласної ради протягом 2017 року, узяло участь 120 досліджуваних (чоловіків та жінок) експериментальної групи, віком від 22 до 49 років, які перебували в умовах соціально-психологічної адаптації до умов мирного життя та мали статус ветеранів війни [31; 39; 42].

На першому етапі експериментального дослідження ми відібрали чоловіків та жінок, які перебували в зоні АТО, мали статус учасників бойових дій, проходили соціально-психологічну реабілітацію, для визначення особливості гендеру. На друго-

му етапі експериментального дослідження застосували психодіагностичні методики на досліджуваних з уже визначеними гендерними особливостями та порівняли отримані результати.

За допомогою «Карти діагностики ознак ПТСР (військово-психологічні обставини і наслідки)» було з'ясовано, що більшість опитаних учасників бойових дій – чоловіки (60 %), меншість – жінки (40 %). При цьому 80 % з них мають вищу освіту, 20 % – середню або середню спеціальну. 75 % опитаних учасників бойових дій працевлаштовані, 25 % безробітні або непрацездатні у зв'язку з інвалідністю [28]. Рівне число опитуваних мають сім'ю (50 %) або не мають чи розлучені (50 %).

З-поміж опитаних 10 % раніше зверталися до психолога задля вирішення особистісних проблем, пов'язаних з адаптацією та пристосуванням до змінених умов життя. 80 % опитаних мають шкідливі звички, зокрема, куріння, вживання алкоголю та марихуани, ненормативної лексики та ін. При цьому 80 % опитаних учасників бойових дій перебували в зоні АТО до 1 року, а 20 % – понад рік. Встановлено, що 75 % опитаних за період перебування в зоні АТО мали поранення та контузії; 100 % досліджуваних потрапляли під обстріли; 90 % з них стали свідками небезпечних для життя ситуацій чи відчували страх.

Як свідчать комбатанти, у всіх 100 % після АТО змінився емоційний стан: у 75 % погіршився сон, у 65 % – пам'ять, у 55 % – увага, у 25% – стосунки в родині (з чоловіком, дружиною); у 35 % зросла втомлюваність, а в 25 % – напруження, вони не можуть всидіти на одному місці; у 20 % розмови на тему війни викликають важкі відчуття, у 15 % після перебування в АТО з'явилися образи на когось або на щось, у 30 % підвищилась агресія в побутових умовах, у 30 % у спілкуванні легко проявляється роздратованість, 15 % не зовсім розуміє, як жити далі, у 90 % загострилося відчуття справедливості, 65 % стали більш замкнутими, у 15 % розвинулися гострі фобічні реакції тощо.

Далі визначили гендерні особливості учасників бойових дій за Методикою «Дослідження гендерних ролей» (за С. Бем). На основі цього було встановлено, що в чоловічій статі переважає маскулінність (60 %), на другому місці – яскраво виражена маскулінність (25 %) і на третьому – фемінність (15 %); андрогенність та яскраво виражена фемінність не виявлені (рис. 1).

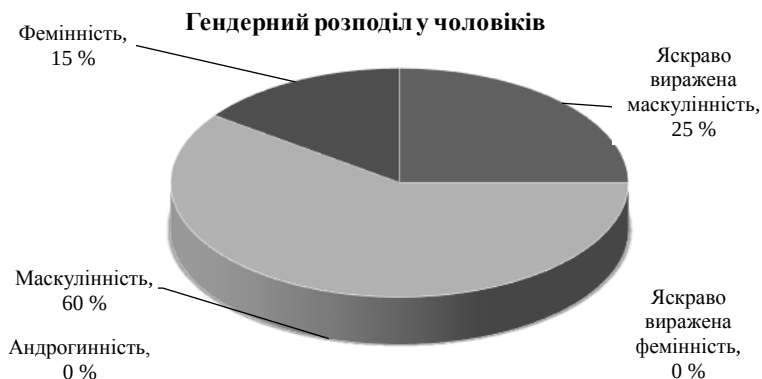


Рисунок 1 – Показники розподілу гендерних особливостей у чоловіків експериментальної групи

У жінок, учасниць АТО, на першому місці фемінність (60 %), на другому – маскулінність (25 %), на третьому – яскраво виражена фемінність (15 %) (рис. 2).

Отже, чоловіки, учасники бойових дій, більшою мірою виявляють маскулінні особливості гендеру, а жінки, учасниці бойових дій, фемінні, хоча і першим, і другим притаманні деякі вияви протилежних якостей – незначної фемінності в чоловіків (15 %) та значно більшої маскулінності в жінок (25 %), які, за припущенням, можуть бути пов'язаними з умовами як виховання в сім'ї, так і з специфікою провідної діяльності обох статей, а саме – участі в бойових діях.



Рисунок 2 – Показники розподілу гендерних особливостей у жінок експериментальної групи

За методикою «Визначення індивідуальних копінг-стратегій» (за Е. Хаймом) чоловіки з яскраво вираженою маскулінністю у своїй соціально-психологічній адаптації найчастіше використовують такі когнітивні, емоційні та поведінкові копінг-стратегії: ігнорування, збереження самовладання, дисиміляцію, придушення емоцій, протест, агресивність, відвернення, відступ, конструктивну активність, співпрацю (рис. 3, 5, 7).

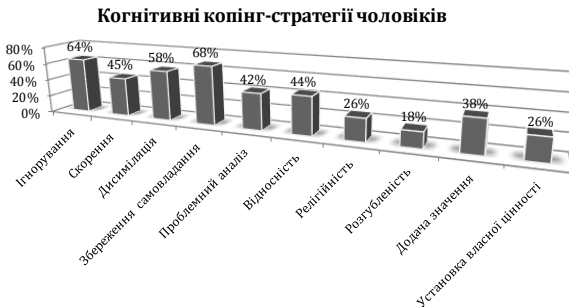


Рисунок 3 – Показники розподілу когнітивних стратегій копінг-механізмів у чоловіків експериментальної групи

Чоловіки з маскулінністю у своїй соціально-психологічній адаптації найчастіше використовують такі копінг-стратегії: проблемний аналіз, релігійність, установку власної цінності, емоційну розрядку, оптимізм, пасивну кооперацію, конструктивну активність, звертання, співпрацю.

Когнітивні копінг-стратегії жінок

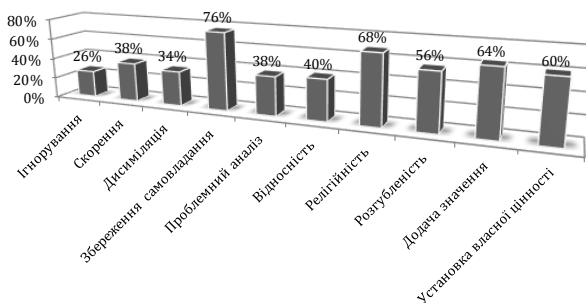


Рисунок 4 – Показники розподілу когнітивних стратегій копінг-механізмів у жінок експериментальної групи

Чоловіки з фемінністю у своїй соціально-психологічній адаптації найчастіше використовують такі копінг-стратегії: скорення, розгубленість, релігійність, додане значення, установку власної цінності, покірність, емоційну розрядку, оптимізм, компенсацію, альтруїзм.

Емоційні копінг-стратегії чоловіків

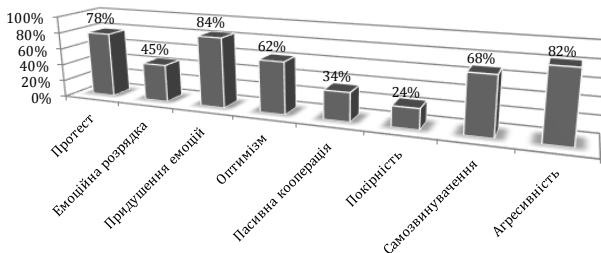


Рисунок 5 – Показники розподілу емоційних стратегій копінг-механізмів у чоловіків експериментальної групи

Жінки з яскраво вираженою фемінністю у своїй соціально-психологічній адаптації найчастіше використовують такі копінг-стратегії: збереження самовладання, релігійність, додане значення, покірність, пасивну кооперацію, оптимізм, альтруїзм, відвернення, співпрацю (рис. 4, 6, 8).

Жінки з фемінністю у своїй соціально-психологічній адаптації найчастіше використовують такі копінг-стратегії: відносність, установку власної цінності, дисиміляцію, проблемний аналіз, емоційну розрядку, самозвинування, протест, звертання, компенсацію, співпрацю.

Емоційні копінг-стратегії жінок

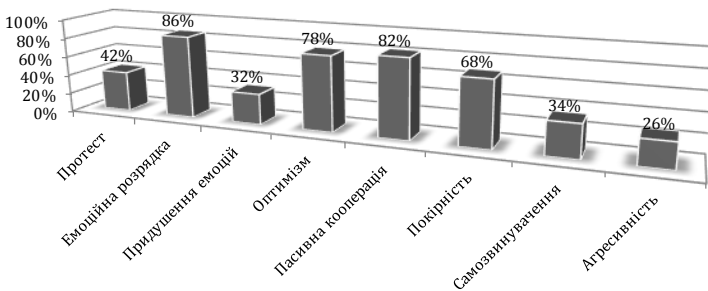


Рисунок 6 – Показники розподілу емоційних стратегій копінг-механізмів у жінок експериментальної групи



Рисунок 7 – Показники розподілу поведінкових стратегій копінг-механізмів у чоловіків експериментальної групи

Жінки з маскулінністю у своїй соціально-психологічній адаптації найчастіше використовують такі копінг-стратегії: підкорення, дисиміляцію, придушення емоцій, агресивність, протест, відступ, активне уникнення, компенсацію.

Поведінкові копінг-стратегії жінок

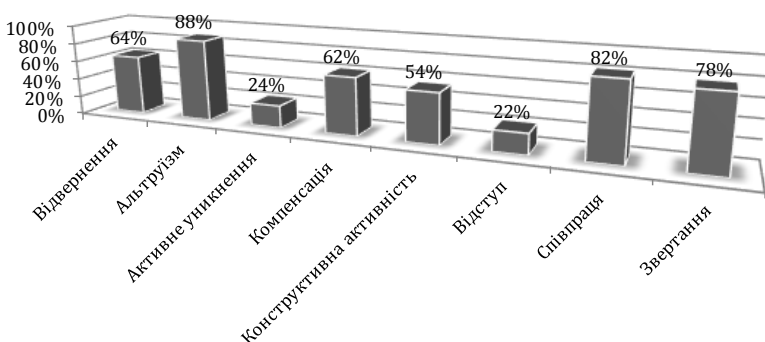


Рисунок 8 – Показники розподілу поведінкових стратегій копінг-механізмів у жінок експериментальної групи

За методикою «Виявлення ціннісних орієнтацій» (за М. Рокічем) у чоловіків і жінок з різними проявами фемінності та маскулінності маємо відповідні ієрархії термінальних й інструментальних цінностей, які різняться між собою [42].

Дані, отримані за методикою «Діагностика соціально-психологічної адаптації» (за К. Роджерсом – Р. Даймондом), показують, що більшість фемінних чоловіків мають значно стабільнішу адаптацію в порівнянні з яскраво вираженими маскулініними або маскулініними чоловіками; про це свідчать: адаптивність, прийняття себе, прийняття інших, емоційний комфорт, внутрішній контроль, прагнення до відсутності домінування та нонконформізму, низькі показники прагнення до втечі (ескапізму) (рис. 9).

РОЗДІЛ II

Воїн на шляху додому

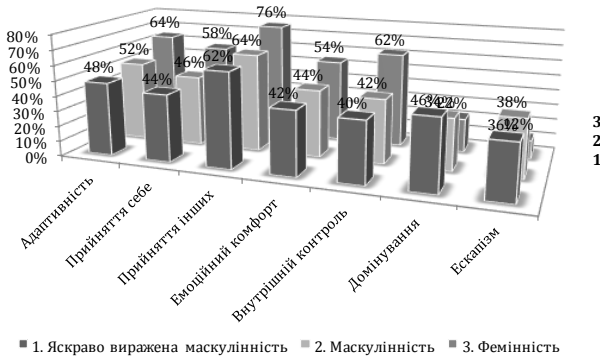


Рисунок 9 – Показники прояву соціально-психологічної адаптації чоловіків експериментальної групи за гендерним розподілом

Жінки з яскраво вираженою фемінністю мають стабільнішу адаптацію в порівнянні з фемінними або ж маскулінними жінками; про це свідчать: адаптивність, прийняття себе, прийняття інших, емоційний комфорт, внутрішній контроль, прагнення до відсутності домінування та нонконформізму, але дуже високі показники прагнення до втечі (ескапізму) порівняно з іншими жінками (рис. 10).

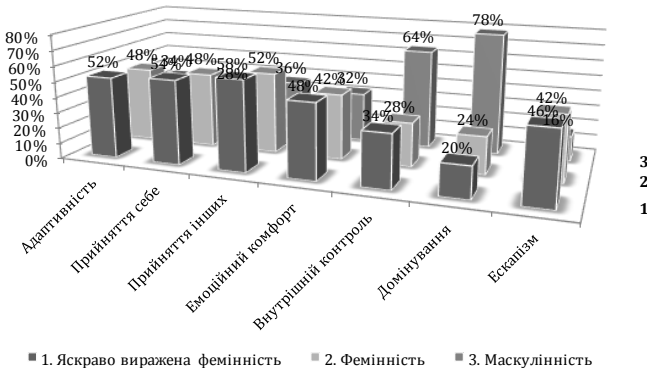


Рисунок 10 – Показники прояву соціально-психологічної адаптації жінок експериментальної групи за гендерним розподілом

Отже, гендерні особливості соціально-психологічної адаптації ветеранів та ветеранок війни до умов мирного життя після звільнення з лав збройних сил – актуальна тема сучасних наукових досліджень. Адже і жінки, і чоловіки, мають свої індивідуальні психологічні особливості, як за статтю, так і за гендерними проявами, що виразно впливає на якість та гармонійність адаптації в цілому. Саме врахування цих особливостей соціально-психологічними службами у справах ветеранів війни дозволяє їм покращувати психологічну допомогу таким категоріям ветеранів, запобігати можливим ускладненням при реадaptaції.

2.4. Складаємо клінічне інтерв'ю з урахуванням саногенних та патогенних факторів

Психологічну роботу з військовослужбовцем розпочинають зі знайомства з ним і встановлення психологічного альянсу. Успішний старт роботи визначає ступінь співпраці з клієнтом або його супротив психологічній інтервенції загалом, гарантує кінцевий її позитивний результат. Як засвідчує практика, поміж військовослужбовців завжди є категорія невмотивованих клієнтів, тобто тих, котрі звернулися до спеціаліста-психолога за наполяганням інших, зосібна дружини або близьких родичів.

Нагадуємо, що психологічну допомогу здійснюють у межах чинного законодавства, а основним орієнтиром є етичний кодекс практичного психолога. Проте при виявленні суїцидальних спроб, небезпеки клієнта для себе та оточення, різких психотичних станів з відсутністю критики до своїх дій можна порушувати конфіденційність і звертатися за допомогою до профільних установ. У випадку невмотивованого клієнта потрібно знайти його особистий сенс звернення за психологічною допомогою. Прикладом може бути покращення сну, родинних стосунків, зменшення загальної реактивності на своє найближче оточення. Головно сенс психологічної роботи визначає питання: чому ваша дружина, родичі хочуть, щоб з вами працював психолог?

Специфіку утворення терапевтичного альянсу спеціаліста-психолога з пацієнтом-військовослужбовцем визначає те, що після повернення воїна із зони виконання бойових завдань його психіка набула нових адаптивних властивостей: відсутність довіри до оточення, підозріле ставлення до медичного персоналу, замкнутість, небажання комунікувати із спеціалістом та ділитися з ним травматичним досвідом, пов'язаним з виконанням бойових завдань, смертю побратимів, обставинами власного поранення [2]. Дуже важливим питанням є і гендерний аспект соціально-психологічної адаптації [4].



Фото 13. Робоча зустріч клінічного психолога із
військовим психологом реабілітаційного відділення,
ознайомлення з новинками спеціальної літератури
соціально-психологічного спрямування

Проблема встановлення терапевтичного альянсу реалізується на двох рівнях комунікативної взаємодії – вербальному та невербальному [98].

Вербально пацієнтові треба пояснити, хто такий психолог? що з ним варто обговорювати? чому важливо структурувати травматичний досвід? як зменшити його вплив на подальше життя? Важливо виявляти емпатію до почуттів і переживань клієнта-військовослужбовця, не поспішати з висновками та інтерв'юванням, особливо про події, пов'язані з психологічною травмою, працювати з пацієнтом у зручному для нього темпі. На першій зустрічі необхідно задовольнити потребу в безпеці: пояснити пацієнтові, з якою метою прийшов психолог, акцентувати, що йому, клієнтові, зараз нічого не загрожує. Так само важливо обговорювати з пацієнтом його тривоги та побоювання, які він сам ініціює під час розмови; дозволити клієнтові вивчити середовище, де відбуватиметься робота: він може детально оглянути приміщення, за потреби зафіксувати запасний вихід, самостійно обрати свою локацію.

На невербальному рівні рекомендовано використовувати техніку активного слухання, давати посил пацієнтові, що психолог розуміє, про що він говорить. Важливо працювати з пацієнтом в одній репрезентативній системі (аудіальна, візуальна, кінестетична). На етапі знайомства бажано використовувати техніку невербального віддзеркалення несвідомих рухів тіла пацієнта-військовослужбовця; уникати закритих невербальних поз та контролювати невербальні реакції на інформацію, повідомлену пацієнтом. Такі техніки невербальної комунікації створюють підсвідоме почуття довіри, що гарантує продуктивну психологічну роботу в подальшому.

Підготовку до інтерв'ю здійснюють заздалегідь. Вона полягає у формулюванні запитань. Усі запитання умовно можна поділити на дві групи: перша з них має на меті уточнити патологічні фактори, друга – фактори підтримки та ресурсу (саногенні). Наприклад: Чи брали ви участь у бойових діях? Були свідками смерті своїх побратимів?

При уточненні патогенезу подій, які пережив військовослужбовець, важлива не сама подія, а реакція на неї людини, її суб'єктивне ставлення до неї. У багатьох випадках психолог може вивити ознаки психологічного травмування. До таких ознак належать: яскравий емоційний фон, втрата безперервності життя (подія ділить життя на до і після), постійне відтворення травматичної події без її завершення, логічної послідовності, домінування болючих відчуттів над фактами. Має значення частота спогадів про подію, чи сниться вона як жахіття, чи викликає її якийсь тригер.

Інтерв'ювання про патологічні фактори потрібно супроводжувати фасилітацією клієнта, тобто підтримкою, яка полягає в легалізації його особистого ставлення та почуттів до події. Приклад: нормальна реакція на ненормальні події. Якщо в анамнезі є втрата, то це часто супроводжується почуттям надмірної відповідальності та провини. На першій зустрічі практичний психолог з цим глибоко не працює, лише фіксує в психодіагностиці, на що потрібно звернути увагу. Найчастіше патологічні фактори пов'язані з перебуванням у зоні бойових дій, зі зміною соціальної ролі при звільненні, складністю у відновленні соціальних зв'язків.

Загальна рубрика – патогенні фактори поділяються на підрубрики, наприклад: участь у бойових діях, втрата товаришів, нав'язливі спогади, порушення сну, контузія та її наслідки. До кожної підрубрики формулюємо по три-чотири запитання уточнювального змісту. Наприклад, підрубрика сон: Чи є у вас проблеми із засинанням? Чи страждаєте від нічних кошмарів? Як ви себе почуваете після пробудження?

Завдання практичного психолога – окреслити проблему конкретного військовослужбовця, сформулювати її в запит, а потім планувати роботу з клієнтом. Наприклад, якщо проблема виходить за межі психології, то потрібен огляд лікаря-психіатра; якщо наявна мінно-вибухова травма, то бажаний огляд лікаря-

невролога. Відповідно до запиту та проблем військовослужбовця, які хоча б окреслити в структурованому інтерв'ю, може знадобитися консультація спеціалістів з соматичного здоров'я.

Виявлення саногенних факторів.

Поняття саногенність у контексті нашого дослідження трактуємо як підтримка, сприяння. Наявність сім'ї, дітей або професії – не саногенні фактори. Оскільки психологія – наука про феномени, тобто увага з об'єктивної дійсності зміщується в бік її суб'єктивного сприймання, важливими і невідкладними є запитання про стосунки в родині, про ставлення військовослужбовця до своїх дітей, про визнання/невизнання ним наявності дітей підтримувальним фактором. За аналогією до патогенних факторів, рубрика саногенні фактори так само має підрубрики, наприклад, сім'я. До цієї підрубрики формулюємо низку запитань: Чи підтримує вас після звільнення дружина? Чи ділитися зі своєю дружиною сокровенним? Чи є у вас плани спільної діяльності та відпочинку з дружиною?

Від конкретики перейдемо до узагальнення.

Під час структурованого інтерв'ю важливо встановити довірливі стосунки з військовослужбовцем та виявити його індивідуальний запит на роботу з психологом.

Усі запитання поділяємо на дві великі рубрики – патогенні та саногенні, рубрики – на підрубрики. У рубриці *патогенні фактори* оцінюємо травматичний досвід військовослужбовця та його вплив на життя індивіда. На основі цього добираємо діагностичні методики й залучаємо спеціалістів інших сфер до роботи з конкретним військовослужбовцем.

Виявлення та структурування саногенних факторів – не менш важливий складник роботи, ніж робота з патологічними факторами, адже якраз саногенні фактори мають мотиваційний і підтримувальний характер. Людина прагне зберегти сім'ю, тому звертається до психолога, у процесі роботи позбувається реактивності, тривожності тощо. Глибину і характер ураження

вона зазвичай не спроможна оцінити; параметри тривожності, депресивності мають значення для спеціаліста. Безпосередньо можуть допомагати одужанню діти, дружина, професія або хобі. У деяких випадках таким мотивувальним фактором стає прагнення просто почувати себе нормально (у цьому випадку треба уточнити, що людина розуміє під поняттям нормально).

Приблизну схему структурованого інтерв'ю ми подаємо у таблиці 9.

Таблиця 9 – Орієнтовні патогенні та саногенні фактори для побудови структурованого інтерв'ю під час консультування військовослужбовців

ВСТАНОВЛЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО АЛЬЯНСУ	
Патогенні фактори	Саногенні фактори
Участь у бойових діях	Сім'я
Втрата товаришів	Діти
Нав'язливі спогади	Професія
Порушення сну	Мрії
Вживання алкоголю	Плани
Суїцидальні думки	Релігія
Втрата сенсу	Побратими
Контузія	Хобі
Соматичне здоров'я	Способи самовідновлення
Отримане поранення	Збережені соціальні ролі та функції

Таблиця носить приблизний характер та має на меті дати загальний орієнтир у роботі з військовослужбовцем. До кожного фактору добираємо по 3–5 запитань (приклади наведено вище).

2.5. Особливості психологічного консультування військовослужбовця, звільненого в запас

Війна, як і будь-яке суспільне лихо, змінює звичне буття багатьох людей. Зміни стосуються передовсім медичної, со-

ціальної, психологічної сфер життєдіяльності. Досвід бойових дій, перебування в полоні, контузії, поранення та посттравматичний розлад – поширені явища, з якими стикається практичний психолог загальної практики під час надання консультативних послуг. Неважливо, працює він у лікарні чи в громадській організації, враховуючи кількість мобілізованих та постраждалих від війни, клієнтом психолога може стати військовослужбовець, який унаслідок проблем зі здоров'ям був звільнений у запас. Ураховуючи поширеність посттравматичного досвіду поміж військових, психолог надає таким клієнтам психологічну допомогу в межах своєї компетенції. Отже, параграф 2.5. нашого дослідження стосується психологічного консультування військовослужбовців, звільнених у запас.

Мета цієї частини наукової роботи – розкрити алгоритм надання психологічної допомоги військовослужбовцям, звільненим у запас через проблеми зі здоров'ям.

Огляд літератури з проблематики психологічного консультування військовослужбовців уможливорює твердження, що багато сучасних вітчизняних та зарубіжних учених усебічно розглядали це питання. Зокрема, О. Блінов у своєму дисертаційному дослідженні розкрив поняття бойовий стрес та проаналізував його основні наслідки, представив методи психологічної допомоги військовослужбовцям, які постраждали внаслідок отриманої бойової травми [16]. В. Вилко описав подолання стресових і постстресових станів офіцерським особовим складом [20]. В. Заїка розкрив перебіг соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій до цивільного життя [31; 39; 40].

Особливості допомоги учасникам Антитерористичної операції узагальнені багатьма вченими. Зосібна, О. Кокун, Н. Агаєв, І. Пішко, Н. Лозінська, В. Остапчук розкривають етапи реабілітації військовослужбовців, які мають досвід участі в бойових діях, проблематику постстресового розладу [60; 62; 69]; Н. Агаєв, О. Скрипкін, А. Дейко, В. Поливанюк, О. Еверт пропо-

нують алгоритми роботи військового психолога, розкривають усі етапи роботи з особовим складом, у тому числі приділяють увагу проблемі реабілітації військовослужбовців після повернення із зони виконання бойових завдань [2]; О. Кокун, І. Пішко, Н. Лозінська, В. Олійник, С. Хоружий, С. Ларіонов, М. Сириця порушують проблему надання психологічної допомоги військовослужбовцям цивільним психологом загальної практики [62].

Як впливає з аналізу джерел, їхні автори пропонують різні підходи до питання психологічного консультування військовослужбовців, але не подають єдиного робочого алгоритму консультування військовослужбовців.

Плануючи основний консультативний процес, практичний психолог загальної практики мусить мати загальне уявлення про клієнта, якому допомагатиме. Зокрема, спираючись на власний досвід роботи, умовно поділяємо всіх клієнтів на три категорії: 1) військовослужбовці, які звільнені в запас та не мають досвіду бойових дій, 2) військовослужбовці, які звільнені в запас і мають досвід бойових дій, але не мають ПТСР, 3) військовослужбовці, які звільнені в запас, що мають досвід бойових дій та внаслідок отриманого стресу страждають від ПТСР.

Акцентуємо: не всі військовослужбовці з досвідом бойових дій страждають на постстресовий розлад, проте всі військовослужбовці, які мають досвід бойових дій, зазнали впливу бойового стресу та психологічних змін унаслідок його дії. Бойовий стрес методично відокремлений від звичайного, оскільки характеризується сильною інтенсивністю, часто призводить до психопатологічних змін в особистості військовослужбовця, але при належній підготовці особового складу та при певних психосоціальних факторах може минати безслідно. Серед цих факторів: добровільна згода на військову службу, знання основ першої психологічної допомоги при ознаках інтенсивного бойового стресу, психологічний добір до бойових підрозділів. При вико-

нанні таких умов знижується ризик інвалідизації військовослужбовців (тоді вони найчастіше успішно інтегрується в цивільне життя). Звичайно, трапляються випадки депресій та дезадаптацій, пов'язаних не з наслідками бойового стресу, а з індивідуальними психологічними характеристиками військовослужбовців.

Щодо військовослужбовців, які не мають бойового досвіду, але звільнені в запас через стан здоров'я, то їх запити майже ідентичні запитам звичайних клієнтів, тобто психологічне консультування не має певної специфіки. Окрім тієї, яка впливає з армійського життя, зокрема, регламентованість розпорядку вищим керівництвом. Тому при поверненні в цивільне середовище перша реакція військовослужбовця – розгубленість. Отже, звільненому в запас потрібно повернути позицію, що він тепер сам керує своїм життям і сам його регламентує.

Ще одним важливим аспектом, який призводить до психічних змін в особистості військовослужбовця після повернення зі служби, є той, що він звик погоджувати всі свої дії з командиром. При звільненні такий стереотип поведінки втрачається, тому нерідко цю функцію військовослужбовець делегує дружині, яка не завжди її приймає. Запит на вирішення такого непорозуміння теж надходив до нашого консультативного пункту.

Окрема категорією звернень – стосунки військовослужбовців з оточенням, оскільки комунікація в армії регламентована, має певний ритуальний характер та пов'язана з військовим етикетом. Наприклад, траплялися звернення щодо проблем комунікації: «Мене не розуміють»/«Я не розумію».

Узагальнюємо всі звернення військових, які проходили військову службу й були звільнені в запас за станом здоров'я та не мають досвіду бойових дій, у таблиці 10. У ній ми свідомо не вказуємо гендерні й вікові відмінності клієнтів, оскільки праць, які розкривають ці аспекти, сьогодні достатньо.

Таблиця 10 – Розподіл звернень військовослужбовців, які звільнені в запас та не мають досвіду бойових дій, за проблематикою

Проблематика звернень	Кількість клієнтів
Повернення керівної позиції	5
Делегування функцій командира	3
Проблеми з комунікацією	10
Загальна психологічна проблематика, тотожна з цивільними	12
Всього військовослужбовців, звільнених у запас, які не брали участі в бойових діях	30

Алгоритм консультування цієї категорії «запасників» передбачає формування терапевтичного альянсу психолог – клієнт, визначення цілей психологічного консультування, обговорення кількості сесій, вибір психодіагностичного інструментарію (за потребою) та психологічних технік і психологічного напрямку, у якому доцільно працювати. З досвіду нашої роботи впливає, що це може бути або когнітивно-поведінкова терапія, або гуманістично-орієнтована, спрямовані на задоволення потреб, розвиток саморефлексії і переоцінку себе та свого місця у суспільстві. З клієнтами потрібно обов'язково підбивати підсумки й обговорювати результати консультування. Рекомендуємо також на всіх етапах роботи використовувати домашні завдання.

Наступна категорія для консультування – військовослужбовці, які мають досвід бойових дій, але не страждають на пост-стресовий психічний розлад. Як уже зазначали, досвід бойових дій змінює психіку всіх військовослужбовців. Ці зміни умовно поділяємо на адаптивні, які сприяють виживанню індивідуума і з часом минають самі собою або вимагають нетривалого періоду декомпресії та можуть викликати незначні проблеми дезадаптації в цивільному житті, і реактивні психічні зміни як наслідок

стресу. Реактивні психічні зміни призводять або до загострення деяких рис характеру, тобто акцентуацій, або до виникнення дезадаптаційних змін у психіці, наприклад, неврозів. І тут постає проблема диференційної діагностики психічних змін, відокремлення патологічних від індивідуальних, психологічних від психіатричних.

Практичний психолог загальної практики не має кваліфікації лікувати та діагностувати психічний розлад, тому важливий аспект його роботи – перенаправити клієнта до компетентного спеціаліста [117]. І все-таки практичний психолог мусить встановити ознаки психічного розладу, тобто спеціаліст повинен знати хоча б загальні вияви нормального та патологічного функціонування психіки. Найчастіше психіка клієнта слабо контролює патологічні зміни, нерідко ушкоджень зазнають базові фізіологічні потреби. Зокрема, військовослужбовець втрачає сон, відчуття безпеки; постійно напружений; у нього трапляються нав'язливі спогади; він відкрито говорить про суїцидальні наміри. Так само може виникнути «синдром вцілілого», прикметний відчуттям неадекватної провини, раптовими нападами паніки або періодами затьмарення свідомості. У таких випадках потрібна консультація лікаря-психіатра. За умови, якщо лікар проконсультував такого клієнта і він не потребує стаціонарного лікування, психолог продовжує роботу з військовослужбовцем.

Оскільки наше дослідження стосується лише консультативної роботи психолога, який не має диплома психотерапевта, лікування психічних розладів та усунення або корекція реактивних змін особистості не складає предмета нашого огляду. Основна функція психолога полягає в роботі з сім'єю клієнта або в розвитку його компенсаторних можливостей для згладжування наслідків акцентуацій характеру. Іноді виникає потреба навчити клієнта навичкам першої психологічної допомоги при нападах паніки, тривоги чи раптового страху та навичкам розслаблення.

Окреме місце посідає депресивний розлад у практиці консультування клієнтів, які перенесли наслідки дії бойового стресу й отримали патологічні зміни особистості. Після проходження стаціонарного лікування клієнтові, як засвідчує практика, потрібно віднайти нові сенси в житті та адаптуватися до повсякдення. Зосібна, ми проконсультували 20 військовослужбовців з досвідом бойових дій, але без клінічно встановленого діагнозу *посттравматичний стресовий розлад*.

Проблематику звернень представили в таблиці 11. До неї не включали випадків алкоголізації суб'єктів, бо не мали консультанта відповідного профілю.

Таблиця 11 – Проблематика звернень військовослужбовців, які мали досвід бойових дій, але не мали ПТСР

Проблематика звернень	Кількість клієнтів
«Синдром вцілілого»	3
Необхідність формування нових життєвих сенсів	2
Перша психологічна допомога при боротьбі з негативною симптоматикою (паніка, нав'язливі стани та ін.)	5
Формування або згладжування рис особистості	1
Сімейні проблеми, викликані наслідком бойового стресу	3
Загальні психологічні проблеми, не пов'язані з наслідками переживання бойового стресу	6
Всього звернень військовослужбовців	20

Клієнти-військовослужбовці з досвідом бойових дій – достатньо закрыта категорія. Тому-то при безпосередній роботі з ними виникають бар'єри у спілкуванні, побудовані на переконанні військовослужбовця: психолог не обтяжений бойовим досвідом, отже, не може зрозуміти його. Такий бар'єр долають, покликуючись на аналогію: акушер або нарколог, не маючи досвіду народження дитини чи наркотичної залежності, успішно виконують свої професійні завдання. Щодо питання індивідуальності переживань, то психолог має наголосити на феноменологічному принципі, в основі якого – переконання: переживання кожного індивіда неповторні й унікальні, тому психолог апіорі їх не

зрозуміє, але вислухає та поспівчуває людині, що має негативний досвід. На наше переконання, такі бар'єри штучні, утворені дією захисних механізмів психіки клієнтів, які протистоять втручання, бо впевнені, що вони цього не потребують. Подібні випадки найчастіше пов'язані з невмотивованим клієнтом, про допомогу якому звернулася близька йому особа. Клієнт, який сам попросив допомоги, готовий співпрацювати з психологом, тому не витрачає часу на зайві дискусії.



Фото 14. Заняття ходьбою пацієнта реабілітаційного відділення на біговій дорожці

Алгоритм надання консультативної допомоги клієнтам може бути наступним: формування психологічного альянсу, диференційна діагностика, визначення меж компетентності практичного психолога, цілей роботи з клієнтом, часових меж та розподіл обов'язків і зобов'язань між клієнтом та психологом. Безпосередня психологічна робота з клієнтом полягає в тому, що час від часу потрібно оцінювати роботу і змінювати або зміст, або цілі роботи, виходячи з нових реалій (це й зміна життєвої ситуації клієнта, і його психологічний поступ). У кінці консультування обов'язкове підбиття підсумків.

Ще одна категорія клієнтів, котрі звертаються за психологічним консультуванням, – військовослужбовці з посттравматичним стресовим розладом. Нагадуємо: посттравматичний стресовий розлад – психіатрична хвороба, тому діагностувати та лікувати її повинен компетентний у цій сфері спеціаліст, зазвичай лікар-психіатр. Зокрема, за діагностичними критеріями, посттравматичний стресовий розлад настає через певний час після перебування особи в зоні бойових дій, усі патологічні психічні прояви, які виникли відразу за діагностичними критеріями, визначають як реактивні психічні зміни, що потребують іншого лікарського протоколу надання допомоги.

Посттравматичний стресовий розлад має чотири кластери симптомів, тому для диференційної діагностики важливо відокремити ПТСР від депресії та неврозів нав'язливих станів [36]. Диференціація відбувається за визначеною симптоматикою, з урахуванням рекомендації ВООЗ та критеріїв, зазначених у переліку психічних хвороб. Акцентуємо: практичний психолог не лікує посттравматичний розлад, але може супроводжувати військовослужбовця з таким психічним захворюванням у межах своєї компетенції. У цьому випадку він може полегшувати симптоматику спільно з працівником медичної установи або усувати вторинні наслідки психічної травматизації. Під вторинними наслідками психічної травматизації розуміємо замкнутість

та відстороненість унаслідок втрати друзів чи подеколи сенсу життя, проблем дезадаптації, надмірної дратівливості. Якщо військовослужбовець не може розслабитися або перебуває в хронічному напруженні, практичний психолог навчить застосовувати аутотренінг; при дратівливості та надмірному відчутті справедливості допоможе знизити рівень фіксованості установок стосовно себе й оточення. При ПТСР, як і при інших психічних захворюваннях, страждає соціальне життя військовослужбовця. Втрата соціальних зв'язків призводить до ізоляції, а то й до випадків завершеного суїциду. Враховуючи широкий спектр симптоматики посттравматичного розладу, консультативну роботу психолог будує з метою зниження шкоди від наслідків психічного захворювання. Основне завдання, яке потребує постійного контролю, – кількість і якість соціальних зав'язків військовослужбовця.

Особливого сенсу набуває робота з сім'єю військовослужбовця, який має посттравматичний стресовий розлад. Зосібна, уваги потребує внутрішньосімейна комунікація між всіма членами родини, іноді – режим дня та повсякденний розклад сім'ї. Дружині чи матері військовослужбовця, який страждає на постстресовий розлад, також потрібна підтримка. Психологові бажано встановити контакт зі всіма членами родини та бути в курсі сімейних справ залежно від того, як родина військовослужбовця налаштована співпрацювати з психологом.

Виокремлюємо такий вид роботи психолога, як проведення процедури декомпресії після повернення військовослужбовця з зони виконання бойових завдань. На нашу думку, ця процедура мусить бути обов'язковою для всього особового складу і тривати не менше місяця, а за необхідності продовжена за рекомендацією військового психолога. Тут – без компромісів!

Рання діагностика та первинна психологічна допомога повертає військовослужбовця до цивільного життя, служить засобом профілактики алкоголізації й потенційно допомагає уникнути психічних захворювань [81].

Найчастіше до нас зверталися військовослужбовці з пост-травматичним стресовим розладом, які потребували госпіталізації та психіатричного втручання. Тому суттю допомоги в таких випадках було перенаправлення клієнта до лікаря-психіатра та надання підтримувального родинного консультування. Стан первинної психологічної допомоги і процедура декомпресії для таких військовослужбовців нині потребує покращення. Сьогодні бойові дії тривають, після їх завершення при відсутності комплексних державних програм реабілітації військовослужбовців нас чекає соціальна криза.

Традиційно проблематику звернень військовослужбовців, які страждають на посттравматичний розлад, подаємо в таблиці 12.

Таблиця 12 – Проблема звернень військовослужбовців, які мали досвід бойових дій та страждають на ПТСР

Проблематика звернень	Кількість клієнтів
Перенаправлення до лікаря-психіатра, підтримка родини	6
Відновлення соціального функціонування після повернення з лікування	4
Всього кількість звернень військовослужбовців	10

Алгоритм консультування військовослужбовців, які мають досвід бойових дій та посттравматичний розлад: формування терапевтичного альянсу, перенаправлення до спеціаліста або, якщо вони вже пройшли лікування, уточнення запиту, безпосередня психологічна робота, пропозиції щодо підтримувального консультування (наприклад, дзвінки психологові щомісячно після завершення основної роботи), залучення до співпраці родини військовослужбовців, підбиття підсумків. Консультування часто відбувається в аутогенному режимі: намагаємося не перенапружувати психіку клієнта, уникаємо надмірної кількості

технік, тримаємо на контролі якість контакту з клієнтом та його родиною. Це єдина запорука успішної роботи.

Психологічне консультування військовослужбовців, звільнених у запас під час дії воєнного стану, – одне з актуальних питань практичної психології. Психологічна допомога військовослужбовцям мусить бути систематичною, охоплювати їхнє сімейне та соціальне життя. Надання психологічної допомоги військовослужбовцям можливе лише в межах компетенції практичного психолога.

Умовно ми поділили клієнтів з числа військовослужбовців на три категорії: військовослужбовці, які звільнені в запас та не мають досвіду бойових дій; військовослужбовці, які мали досвід бойових дій, але не мали ПТСР; військовослужбовці, які мали досвід бойових дій та страждають на ПТСР. Окреслили запити до психолога, які від них надходили, описали основні алгоритми психологічної роботи з кожною категорією клієнтів.

2.6. Підбір діагностичної методики

Дані, отримані в процесі структурованого інтерв'ю, уточнюють за допомогою спеціальних тестів. Під час розмови з військовослужбовцем психолог формулює низку гіпотез щодо його емоційно-вольових та когнітивних процесів. Ці гіпотези перевіряє відповідними тестами. Тестування, відірване від процесу консультування або терапії, не має сенсу, оскільки незрозуміло, як використовувати отримані діагностичні результати та як їх застосовувати у психологічній роботі [73].

У процесі психодіагностики використовують як загальні великі особистісні тести, так і специфічні для цільової групи військовослужбовців [118]: тести на ступінь збереження нейропсихологічних процесів при мінно-вибуховій травмі, тести на вимір глибини депресивного розладу, ступеню вираженості симптомів ПТСР, тести на пошук факторів, що сприяють швид-

кому відновленню військовослужбовця, та цінностей, які мають значення в його житті і реалізація яких надихає його на подальшу роботу, пов'язану з інтеграцією в цивільне суспільство. Виокремлюємо тести, мета яких – виявити розлади особистості [58; 61].

Крім суто клінічних проблем, є завдання профорієнтаційного характеру і тести на виявлення ступеня розуміння між дружиною та чоловіком, між батьками та дітьми [56]. Звичайно, на першому плані клінічні завдання з'ясування ураження емоційно-вольової сфери та меншою мірою завдання з дослідження когнітивної сфери (у випадку, коли мало місце ураження головного мозку чи зафіксовано певне зниження його функціональних можливостей). І все-таки повноцінна інтеграція в суспільство не вичерпується подоланням психічного неблагополуччя; завдання інтеграції та психологічної роботи з військовослужбовцем близьке за визначенням здоров'я за класифікацією ВООЗ: здоров'я – стан повноцінного фізичного, психічного та соціального добробуту, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад. Це стан живого організму, за якого всі органи здатні добре виконувати своє призначення (ВООЗ, 1948).

Діагностичну роботу здійснюють за такими напрямками: діагностика емоційно-вольової сфери, когнітивної сфери, сфери адаптації; додатково – пошук саногенних факторів, які будуть використані у психологічній роботі.

Виходячи із заявленої теми, більш-менш універсальним тестом вважаємо тест «Адаптивність-200», оскільки, якщо переформулювати окреслені нами завдання, у клінічній термінології маємо справу з розладами адаптації. Тест виявляє такі сфери життя особистості, як комунікацію, девіантну поведінку, суїцидальні нахили, рівень нерво-психічної регуляції. Його застосовують майже у всіх випадках, окрім явно вираженої симптоматики психічного розладу або гострого психічного стану. Тоді доцільні спеціалізовані тести.

При явному ураженні емоційно-вольової сфери ми застосовували методику діагностики самооцінки психічних станів (адаптований варіант методики Г. Айзенка). Ця методика містить шкали фрустрація, ригідність, самооцінка, тривожність; виокремлює проблеми емоційно-вольової сфери, з якими психолог працюватиме. Подеколи прихована симптоматика та результати попереднього тестування потребували уточнення, тоді ми застосовували ознаки депресії – методику «Шкала депресії А. Т. Бека» або «Госпітальна шкала тривоги і депресії» (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Шкала Бека уможливило визначити ступінь депресивного розладу, що важливо для підтвердження потреби в госпіталізації. Деадаптивні розлади можна уточнити через шкалу «Комплексної оцінки ступеня психосоціальної дезадаптації у різних сферах». Ця шкала так само слугуватиме для вивчення соціальних потреб індивіда, планування стратегії допомоги йому через співпрацю з соціальними службами.

Окремо виділяємо ПТСР; він виникає після травматичної події чи подій. Кластери симптомів ПТСР можна поділити на чотири групи:

1. **Інтрузивні симптоми** – симптоми, які охоплюють наплив повторних дистресових розладів.

2. **Симптоматика уникання** – зусилля, спрямовані на уникання думок, почуттів, подій, пов'язаних з минулою травмою.

3. **Негативний настрій** – містить думки та почуття провини, самозвинувачення, що пов'язані з травмами.

4. **Підвищена збудливість** – має в собі проблеми зі сном, з концентрацією уваги, спалахи гніву, аутодеструктивну поведінку, постійне відчуття напруженості й настороженості, також афективно забарвлені реакції.

Поміж основних клінічних проявів ПТСР виокремлюємо такі [70]:

- наплив афективно заряджених спогадів;
- поведінка уникнення.

При діагностиці ПТСР використовують опитувальник N. Breslau, створений на основі клінічних спостережень. Його рекомендовано застосовувати спеціалістам первинної ланки при підозрі на ПТСР.

Наводимо текст опитувальника:

1. Ви запобігаєте спогадам про певні події шляхом уникання відповідних місць, людей або діяльності?
2. Ви втратили інтерес до діяльності, яку раніше вважали приємною і важливою?
3. Ви стали почувати себе самотнім та ізольованим від інших людей?
4. Вам складно відчувати любов або прихильність до інших людей?
5. Ви вважаєте безглуздим будувати плани на майбутнє?
6. У вас є проблема з засинанням або сном?

Клініко-патологічне дослідження психологічного стану пацієнта рекомендовано проводити за допомогою структурованого діагностичного інтерв'ю та опитувальника ПТСР. МОЗ України надало рекомендації щодо застосування психодіагностичних методик спеціалістами в галузі психічного здоров'я, зокрема:

1. Шкала тривоги Гамільтона.
2. Госпітальна шкала тривоги та депресії.
3. Шкала депресії Гамільтона.
4. Пітсбурзький індекс якості сну.
5. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій і деякі її модифікації.
6. Шкала оцінки важкості травматичного впливу.
7. Опитувальник травматичного стресу.
8. Шкала депресії Бека.
9. Шкала клінічної діагностики (Clinical-administered PTSD Scale-CAPS-5).
10. Інтерв'ю із діагностики ПТСР PSS-I PTSD.

11. Опитувальник симптомів ПТСР PCL (PTSD Checklist).

12. Шкала посттравматичної діагностики (Posttraumatic Diagnostic Scale PTSD) [78].

Діагностувати ПТСР повинен лікар-психіатр; психолог може провести первинну діагностику, виявити та описати симптоми, застосувати методи кризової психології для полегшення симптоматики, зокрема заземлення. Часто симптоматика ПТСР завуальована алкоголізацією суб'єкта або замаскована під депресію. У своїй роботі для диференціальної діагностики ми орієнтувалися на наявність флешбеків, хоча і свідомі того, що для фіксування діагнозу ПТСР потрібна повна відповідність кластерам симптомів.

Посткомаційний синдром – струс головного мозку під дією мінно-вибухової хвилі. Він значно відрізняється від струсу внаслідок удару, спортивної травми чи дорожньо-транспортної пригоди. Це окремий травматичний вплив на головний мозок, який ускладнений ураженням слухового та вестибулярного апарату. У клініці мирного часу аналогів не існує.

Початок діагностики – запитання до клієнта, чи була контузія. Найпоширенішим симптомом при мінно-вибуховій травмі є головний біль. Наступний діагностичний крок – з'ясувати, чи трапилося когнітивне зниження. Його діагностують за когнітивними психічними процесами (пам'ять, мислення, увага). Так в комплексі повинна відбуватися оцінка відчуттів клієнта, можливо яка може виявити загальне зниження загальної чуттєвості або підвищення її. Залежно від ступеня ураження в особистісній сфері клієнта виникає реактивність і надмірна дратівливість, параноїдальний зсув особистості з появою маячні переслідування та загрози. Якщо в попередньому випадку з ПТСР ми працювали у зв'язці з психіатром, то тут головний лікар мультидисциплінарної команди (МДК) – це лікар-невролог. Психіатр доєднається за необхідності.

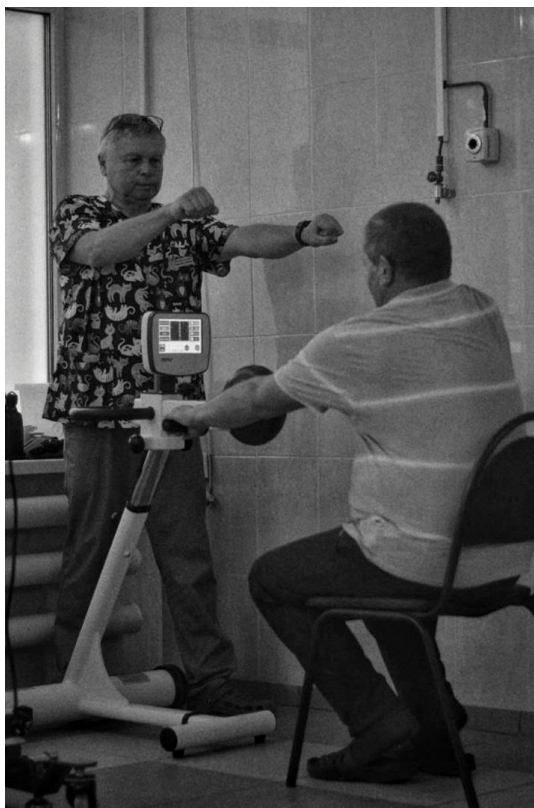


Фото 15. Зал фізичної терапії, заняття фізичного терапевта з пацієнтом реабілітаційного відділення на тренажері активної та пасивної реабілітації верхніх кінцівок

При діагностиці уваги використовують: таблиці Шульте, коректурну пробу за Б. Бурбоном, рахунок за Крепельнім, методику Мюнстерберга та ін.

При діагностиці пам'яті – тест 10 слів, піктограми.

При діагностиці мислення застосовують тест на класифікацію, тест на виключення та аналогії, тест на узагальнення,

асоціативний експеримент, проба Євер'є, піктограму, тест дискримінації ознак понять.

При ознаках порушення інтелекту – тест Векслера, матриці Равена.

Тестування проводять поступово, оскільки в клієнта від напруження нерідко виникає мігрень. Але клінічна діагностика уможливило з'ясувати ступінь ураження та сформувати адекватну стратегію допомоги клієнтові.

Діагностика відчуттів: визначення відносного порога відчуття тиску, визначення нижнього порога відчуття нюху, визначення відчуття дотику, визначення відносного порога тактильної чутливості. За необхідності можна застосовувати інші тести. Комплекс тестів обирають з урахуванням наслідків опитування клієнта, тієї проблематики та симптоматики, яку він демонструє, а також запиту лікаря-невролога щодо уточнення перебігу обраного ним лікування.

Проблему неадаптивних змін особистості, спричинених бойовими діями або військовою службою у воєнний час, ми частково розкрили в розділі, присвяченому навантаженню, викликаному військовою службою. Акцентуємо лише, що військова служба у військовий час – значний психогенний фактор, що впливає на ментальне здоров'я ветерана/ветеранки. Якщо до проходження військової служби було незначне відхилення в особистісних рисах, то під час нервово-психічного виснаження або впливу бойового стресу воно набуває вияву повноцінного розладу особистості.

Ветерани та ветеранки вразлива група населення щодо ментального здоров'я; часто соматичні проблеми (хвороби) внаслідок ментального навантаження ускладнюють симптоматику психічних травм, впливу бойового стресу. Звичайно, своєчасна профілактика, моніторинг та відновлення психічного здоров'я безпосередньо в армії знизили б кількість санітарних втрат з психічних причин, сприяли б реінтеграції військовослужбовців у цивільне суспільство.

Загальною рисою звільненого військовослужбовця є виснаження нервово-психічного апарату, зниження емпатії, а на початковому етапі – певна соціальна дезорієнтація, спричинена

ненормативною кризою. Згодом проблематика особистісної сфери набуває індивідуальних виявів, що по суті ілюструє феноменологічний підхід у вивченні психічних явищ. Тобто як систематизувала та узагальнила свій досвід сама особистість, яких висновків дійшла, які сенси в ньому віднайшла та чого вона прагне далі.

Для вивчення особистісних змін ми пропонуємо Многофакторний Мінісотський тест, тест «НПНА-А» (нервово-психічна нестійкість та акцентуації), тест Кетела 16ф дорослий варіант.

Проблема особистості не вичерпується пошуком патології; для побудови адекватної стратегії психологічної допомоги рекомендуємо використовувати тест пошуку ресурсів особистості (BFSIC Ph), тест термінальних цінностей за Мілтоном Рокичем.

В аспекті дослідження особистості важливим моментом є сенси та мотиви, зокрема, фундаментальний сенс – сенс життя. Втрату такого сенсу підтверджує виникнення суїцидальних нахилів, які можуть призвести до суїцидальних спроб, а це вже – розгорнуте психічне відхилення. Наразі у відкритому доступі достатньо анкет з вивчення суїцидальних нахилів, тому ми тут їх не оприлюднюємо, тим паче, що найчастіше клієнт відкрито говорить про свої суїцидальні наміри на первинному інтерв'ю. Наше завдання з'ясувати, чи є план, чи обраний час та спосіб, виявити ознаки того, що клієнт має стійкий намір здійснити суїцид, і повідомити про це лікаря-психіатра.

Багато ветеранів та ветеранок в межах патогенезу після військової служби прагнуть здобути нову спеціальність, відновити або поглибити знання з уже набутої, тому психолог використовує профорієнтаційні тести.

Проблематика психодіагностики військовослужбовців має два обсяжні напрямки. Перший – патогенний пошук: уточнення патологій психіки військовослужбовця. Другий – не менш важливий – саногенний пошук ресурсів особистості, завдяки яким він/вона може впоратися зі своїми проблемами, а головне – розвинути та зростати як особистість.

Здоров'я – це не відсутність хвороб, а й проблема реінтеграції, пошуку себе в цивільному суспільстві, наявності друзів, дружини/чоловіка, реалізація своїх цінностей. Відповідно до цих завдань можна обирати будь-які діагностичні методики, орієнтовані на нагальні потреби військовослужбовця.

2.7. Робота психолога в мультидисциплінарній команді

Мультидисциплінарна команда (МДК) – команда фахівців медичної, психологічної та соціальної сфери, об'єднаних завданням реінтеграції ветерана або ветеранки до цивільного суспільства. Справді, лише сув'язь спеціалістів різного профілю, взаємодія між ними уможливають якісну реінтеграції військовослужбовців до цивільного суспільства. Зазвичай велика кількість перенаправлень, ізолюваність, не координованість окремих структур шкодять усьому процесові реінтеграції. Шкодять і клієнтові, оскільки медична допомога не розв'язує його соціальних, а часто і психологічних питань; і спеціалістові, ізолюваному від інших структур, адже значно обмежує послуги, які він може надати. Тому-то формування міждисциплінарних команд зі значним комплексом послуг – актуальна й необхідна справа.

Зазвичай зусилля між спеціалістами координує кейс-менеджер – спеціаліст, який на основі вивчення потреб конкретної людини добирає спеціалістів для неї. Держава прагне, щоб послуги з координації зусиль могли надавати помічник ветерана або соціальний працівник, який комунікує безпосередньо з особою. Зокрема, корисною для вирішення питань є координація зусиль між державними та недержавними установами. Соціальна реінтеграція – це завжди комплексний процес [132]. Пошук роботи, поновлення чи виготовлення документів, призначення соціальних виплат або комунальних пільг – послуги, які надають державні установи. Проте ветерани та ветеранки найчастіше їх уникають і звертаються до громадських організацій, де кейс-менеджер може допомогти у взаємодії з державними організаціями.

Мультидисциплінарну команду з психологічної реабілітації складають лікар-психіатр, лікар-невропатолог, практичний пси-

холог та соціальний працівник – кейс-менеджер. Кейс-менеджер забезпечує безперервність процесу і перехід від психологічної реабілітації до безпосередньої соціальної реінтеграції. Висновки про завершення процесу психологічної допомоги ухвалює консилиум – психолог, психіатр, невропатолог. Залежно від ступеня соматичного здоров'я та ступеня ураження психічних і фізичних функцій до консилиуму долучаються інші лікарі соматичного профілю, наприклад, лікар-протезист, реабілітолог чи хірург. Психологічний супровід здійснюють на всіх етапах відновлення, оскільки ветеран/ветеранка потребує психологічної фасілітації, мотивування до позитивних змін у своєму житті; цей процес може бути довготривалим.



Фото 16. Зал фізичної терапії: заняття фізичного терапевта з пацієнтом реабілітаційного відділення на тренажері пасивної реабілітації колінного суглоба

Головне завдання мультдисциплінарної команди – перехід від розв’язання психологічних проблем військовослужбовців до повноцінної інтеграції їх у суспільство.

Отже, психолог:

- контактує з клієнтом, формулює правила та межі взаємодії з ним;
- укладає психологічний контракт, приблизно визначає термін його дії;
- первинно оцінює психічний стан ветерана/ветеранки;
- уточнює ступінь психічної патології за потребою (запит психіатра або невролога) або навпаки мотивує клієнта звернутися до профільних лікарів з приводу визначеної патології;
- здійснює постпсихіатричний супровід відновлення та поглиблення соціальних зв’язків, емоційну підтримку, коригування або компенсацію втрачених/спотворених психічних функцій клієнта;
- інформує лікарів (за потребою) про психологічні особливості клієнта, патерни поведінки та тригери, якщо такі наявні, тобто за потребою організує безпечне для ветерана/ветеранки середовище;
- намагається розв’язати непорозуміння між клієнтом і членами команди (у випадку, якщо вони виникають);
- працює з сім’єю клієнта щодо психічних особливостей ветерана/ветеранки, працює з дружиною та за потребою з дітьми (це може бути робота невеликої команди психологів різного профілю);
- відшукує саногенні підтримувальні фактори та розширює і поглиблює їх;
- проводить профорієнтацію та консультацію (за потребою) з приводу підвищення кваліфікації клієнта;
- організовує групову роботу з клієнтами (за потребою), що мають приблизно однакові проблеми, з метою створення фасилітативних груп самопідтримки.

— відстежує зміни в психологічному стані клієнта, коректує (за потребою) роботу мультидисциплінарної команди.

Повернення військовослужбовця до цивільного життя має багато факторів, від яких залежить успішність реінтеграції: вік, гендер, сприймання ветерана або ветеранки громадою [121]. Проблеми внаслідок бойового стресу можуть бути поєднані з проблемою ненормативної кризи.

Під час психологічної роботи з ветераном або ветеранкою маємо справу з певним нашаруванням одних факторів на інші. Зокрема, дискримінація ветерана або ветеранки в громаді призводить до ретравматизації. Отже, несприятливі соціальні умови нерідко зводять нанівець результати роботи зі психологом.

У реальних умовах психологічної роботи часто виникає потреба залучати спеціалістів медичної сфери для первинної стабілізації стану ветерана/ветеранки або загалом вибору адекватної стратегії надання психологічної підтримки [133; 134]. На всіх етапах роботи потрібна фасилітація від найближчого оточення на шляху змін та реінтеграції в цивільне суспільство. Тому наступний розділ стосуватиметься роботи з сім'єю.



РОЗДІЛ III

РОДИНА ЯК ОСЕРЕДОК ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

РОЗДІЛ III

РОДИНА ЯК ОСЕРЕДОК ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

«Нікому ще не вдавалося вирости, не зробивши при цьому помилок»

*Альфред Адлер,
австрійський психіатр і психолог*

3.1. Психологічна допомога дружинам ветеранів

Проаналізуємо роботу з сім'єю ветерана/ветеранки, оскільки родина – важливий фактор підтримки для людини, що повернулася зі служби; з'ясуємо основні проблеми, які виникають у військовослужбовця в родині та спробуємо знайти шляхи їх подолання, розглянемо реакції різних вікових груп дітей на повернення одного з членів родини.

Для успішної адаптації демобілізованих, що повернулися із зони воєнних дій, слід акцентувати увагу на таких факторах [154]:

- особливості першої зустрічі (як зустріті захисників – без істерик, із любов'ю й позитивним настроєм);
- усвідомлення природності адаптаційних процесів упродовж трьох місяців (вихід назовні «заморожених» до цього емоцій та переживання їх);
- побутова адаптація (залучення до домашньої роботи);
- недопустимість психологічного тиску в комунікаціях («витягування» на розмови, багато запитань, з'ясування деталей тощо);
- необхідність почути звичайні прохання військовослужбовця щодо забезпечення комфорту (їсти, зачинити двері, вимкнути музику чи світло тощо);
- контроль інформації (обмеження агресивної інформації, зокрема новин, фільмів-«бойовиків, фільмів-«катастроф» тощо) [155; 160; 167].

Саме з цими правилами передовсім мають бути ознайомлені всі члени родини учасника бойових дій.

Проблеми, які трапляються в родині ветеранів (а також звільнених із полону, військовослужбовців та волонтерів):

а) руйнація власних очікувань щодо сімейного життя після повернення військовослужбовця в коло сім'ї (наприклад, дружина очікує, що чоловік після повернення додому відразу візьме на себе всю (чи хоча б більшу) частку відповідальності за родину. А виявляється – він сам потребує підтримки та неспроможний певний час виконувати свої основні обов'язки);

б) відмова ветерана працювати у звичній для нього сфері та пошук себе в новій професійній реалізації (це може викликати в родині тимчасові матеріальні труднощі);

в) посилення алкогольної, наркотичної чи ігрової залежності (особливо, якщо ці залежності були в допризовний період/до полону);

г) агресивна та неконтрольована поведінка (як зумовлена ПТСР, так і зниженням внутрішнього соціального контролю військовослужбовця).



Фото 17. Тепла зустріч військовослужбовця з дружиною після тривалої розлуки в умовах воєнного стану

Нерідко означені фактори призводять ветеранів чи військовослужбовців до домашнього насильства, жертвами якого стають діти та жінки [27]. Відомі в Україні організації, що допомагають жертвам домашнього насильства: «Ла Страда – Україна» (Міжнародний жіночий правозахисний центр: протидія торгівлі людьми, насильству в сім'ї; захист прав дітей) [72]; Всеукраїнська гаряча лінія з протидії насильству. Так само функціонує низка громадських організацій, одним із напрямків діяльності яких є протидія насильству та допомога жертвам домашнього насильства, зокрема: МГО «Міжнародний Центр Батьківства», Жіночий консорціум України (WCU) тощо.

Посттравматичний розлад як серед військових, ветеранів та звільнених із полону, так і серед переселенців нерідко стає потужним механізмом розвитку насильства в сім'ї.

У Законі України «Про попередження насильства в сім'ї» [51] зазначено види сімейного насильства та їхні параметри:

- психологічне насильство в сім'ї – насильство, пов'язане з дією одного члена сім'ї на психіку іншого члена сім'ї шляхом словесних образ або погроз, переслідування, залякування, якими навмисно спричиняється емоційна невпевненість, нездатність захистити себе та може завдаватися або завдається шкода психічному здоров'ю;

- економічне насильство в сім'ї – умисне позбавлення одним членом сім'ї іншого члена сім'ї житла, їжі, одягу та іншого майна чи коштів, на які постраждалий має передбачене законом право, що може призвести до його смерті, викликати порушення фізичного чи психічного здоров'я;

- сексуальне насильство в сім'ї – протиправне посягання одного члена сім'ї на статеву недоторканість іншого члена сім'ї, а також дії сексуального характеру стосовно дитини, що є членом цієї сім'ї.

У навчально-методичному посібнику для працівників внутрішніх справ зазначено такі прояви психологічного насильства:

образи з використанням лайливих слів та (або) криків, образливі жести, пози, міміка, погляди, інтонації, тримання членів сім'ї в атмосфері страху. Психологічне насильство виявляється у брутальному ставленні до родичів чи друзів члена сім'ї, заподіянні шкоди домашнім тваринам, знищенні, пошкодженні, псуванні або приховуванні особистих речей, предметів, прикрас тощо; у використанні принизливих зауважень щодо члена сім'ї; у постійних проявах незадоволення, безпідставних докорів, зауважень і звинувачень, крайніх проявах підозрливості, ревностів, перевірок, стежень, що роблять нестерпним життя тощо. А також: ігнорування почуттів особи; образа переконань, що мають цінність для особи; образа віросповідання, національної, расової та класової приналежності або походження; переслідування особи (частіше жінки чи дівчини) через уявлені особою протилежної статі сексуальні зв'язки; обмеження свободи дій та пересування особи; погрози заподіяти фізичну чи економічну шкоду; погрози залишити сім'ю, побити чи вбити дружину, дітей; підштовхування до самогубства; примушення до протизаконних дій; ізоляція від оточення; використання дітей проти матері; залякування, усунення від процесу ухвалення рішень; заперечення наявності проблеми насильства, перекладання відповідальності за неї на партнера; обмеження в самореалізації, навчанні, роботі» [74].

Будь-яке насильство передбачає наявність жертви та кривдника (агресора). Практика свідчить: найчастіше агресором стає той, хто в дитячі роки перебував у статусі жертви. Тобто кривдник, зазвичай, має вже сформовану модель агресивної поведінки і попри те, що на свідомому рівні він найчастіше заявляє «я ніколи не буду агресором», на рівні несвідомому в нього є стійкі деструктивні сценарії. Проте наявність цих сценаріїв не виправдовує агресивних дій.

Науковці виділяють своєрідний «цикл кривдника»:

— образа (демонстрація власної влади і контролю в образливий для інших спосіб);

- провина та страх репресій (страх бути спійманим і неспокій через те, що жертва захоче помститися);
- раціоналізація (переконування жертви в тому, що саме вона винна в насильстві, відкидання власної відповідальності за деструктивний вчинок);
- нормальна поведінка (поводиться так, ніби нічого не відбувається); планування та фантазування (обмірковування минулих та майбутніх насильств підкріплює злість кривдника, що активізує планування іншого епізоду);
- складання плану (створення і контроль ситуацій, щоб спонукати жертву діяти у спосіб, запропонований насильником) [24; 93].

Що не спричинило б агресивну поведінку ветерана чи військовослужбовця, його родина потребує психологічної допомоги, а в умовах неконтрольованої агресії – залучення фахівців (поліцейських, медиків тощо – бажано із числа ветеранів) (Додаток А).

3.2. Психологічна допомога сім'ям військовослужбовців

Зарубіжні психологи в системі психологічної допомоги ветеранам війни важливе місце відводять сімейній психотерапії. Деякі науковці, зокре́ма М. Стентон, Ч. Фіглі, стовідсотково переконані, що сімейна психотерапія може мати ключову роль у психологічній допомозі ветеранам [24; 167].

Наведемо кілька моделей психологічної допомоги сім'ї, представлених в аналітичному огляді С. Седіна і Р. Абдурахманова.

На думку Ч. Фіглі, психотерапевтична допомога сім'ям ветеранів повинна ґрунтуватися на чотирьох головних принципах:

- повага до інтимних сторін життя сім'ї, її самовідданості під час війни і досвіду, що стосується пережитих стресових життєвих обставин;

- інформування родини про можливі психологічні наслідки війни;
- поєднання психологічної допомоги з соціальною підтримкою сім'ї, зокрема, і родинами інших ветеранів;
- психотерапевтичне втручання в життя сім'ї. Воно має базуватися на:
 - а) обережному вивченні джерел стресу в сім'ї;
 - б) визначенні, які способи подолання психологічних труднощів використовуються в сім'ї, а які – ні;
 - в) інформування родини про різні способи подолання наслідків травматичного стресу;
 - г) допомогу в створенні в сім'ї системи взаємної підтримки;
 - д) допомогу в мобілізації тих сторін сімейних стосунків, що здатні її зміцнити і забезпечити вирішення психологічних проблем.

С. Вільямс і Т. Вільямс виділяють основні завдання у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів:

- сприяння подоланню ідентифікації в родині ветерана з образом «пацієнта»;
- допомога у виході зі стану депресії, емоційної та соціальної відчуженості;
- подолання випадків насильства в сім'ї;
- робота з прагненням до тривалої відсутності в родині;
- подолання психологічної дистанції між ветераном і дітьми;
- поліпшення взаємин між подружжям;
- психологічна допомога дружинам ветеранів;
- формування в сім'ї системи взаємної підтримки;
- вдосконалення навичок спілкування в родині.

Найбільш ефективною, на думку С. Вільямс і Т. Вільямс, є мультимодальна форма сімейної терапії, що включає:

- а) індивідуальне та сімейне консультування;

б) групову психотерапію окремо з ветеранами та їхніми дружинами;

в) заняття в групах, що охоплюють кілька сімейних пар із метою вдосконалення комунікативної компетентності;

г) створення системи взаємної соціальної підтримки.

Дружині ветерана важливо розуміти і враховувати, що чоловік повертається з фронту з новим унікальним досвідом, оскільки війна суттєво змінює людину [105]. Він стає іншим, що викликає певне напруження в сім'ї. «Чоловіка, який прийшов із війни, потрібно прийняти разом із його новими поглядами, знайомствами, проблемами, страхами і, можливо, проявами агресії. Повернення до мирного життя може затягнутися, але без любові, турботи, тепла і найголовніше – без прийняття родини, воно стане практично неможливим» [24].

Людина, котра пройшла війну, стає сильнішою і мудрішою. Воїн повернувся додому, в сім'ю, живий. Це – головне. Усі інші труднощі й випробування можна подолати, якщо спільне життя, сім'я є цінністю [116].

Важливо виявляти увагу і терпіння до проблем чоловіка, які часто виникають після пережитого бойового стресу:

- підвищена дратівливість;
- тривалий депресивний стан;
- відчуження;
- виснаження тощо.

Необхідно допомогти ветеранові впоратися з цими тимчасовими станами. Якщо в чоловікові є потреба виговоритися – що довелося пережити, що його бентежить, то потрібно уважно й зацікавлено вислухати. Протилежне може спровокувати серйозні проблеми з психікою. Ветеран має відчувати, що поруч із ним рідна людина, якій він небайдужий. Багато хто замикається в собі, якщо бачить, що дружина відкидає його новий досвід і не хоче чути «жахів про війну». Для ветерана ці спогади ще довго будуть незабутніми, це суттєва частина його життя, а довірити

цей досвід більше нікому. Дім має стати місцем, де можна розслабитися, розкритися, відчути підтримку.

Водночас ветерани не завжди розповідають рідним про те, з чим зіткнулися на війні, що пережили. Вони бояться їх налякати, оскільки впевнені: близьким дуже важко чути про це. Так чоловіки бережуть своїх близьких, можливо, підсвідомо намагаючись не зруйнувати ресурсний стан, уможлиблюють здатність найрідніших на підтримку, забезпечення сприятливої атмосфери в сім'ї.

Іноді родичі запитують психологів про те, як краще поводитися, розпитувати про війну чи ні. Зауважимо: коли ексвоїн хоче поділитися пережитим, то потрібно вислухати всі оповіді. Якщо нічого не говорить, то важливо, щоб він знав: ви його почуєте, коли в нього з'явиться таке бажання. Спеціально випитувати не потрібно, тим більше не етично запитувати: «А ти вбивав?», «А як це – вбити людину?» тощо. Якщо чоловік захоче, то розповідь про війну сам, але тільки тому, кому вважатиме за потрібне. Краще запитувати про нейтральні речі, які не стосуються бойових дій: «А як ви готували їжу?», «Чим займалися під час тиші?». Дуже коректне запитання-прохання, яке чоловік оцінить: «Розкажи про свого побратима». Дружина мусить донести рідним, друзям демобілізованого правила спілкування з ним: про що можна запитувати, а що є «табу», як реагувати, коли він виявляє агресію. Бажана спільна стратегія у ставленні до ветерана, його проявів.

Чоловіки часто намагаються піти з дому, посидіти зі своїми бойовими товаришами, випити, поговорити. Ветеран, напевно, повноцінно може висловитися лише в співтоваристві побратимів. Тому-то рідні не мусять перешкоджати його спілкуванню з товаришами по службі, адже це допомагає відновленню. При цьому важливо не підтримувати зловживання алкоголем. Потрібно тактовно дати чоловікові зрозуміти, що алкоголь – згуба не тільки для нього, але й для подружніх стосунків, загалом для сім'ї.

Ветеран може привносити в життя сім'ї форми спілкування та взаємодії, набуті на фронті. Не варто ображатися через його категоричність, прямоту, безкомпромісність. На війні немає дипломатії, до якої звикли в щоденному житті, уваги до умовностей, пошуки компромісів. Водночас це не означає, що дружина повинна мовчки сприймати будь-які витівки чоловіка. У міру соціальної адаптації фронтовика подружжю важливо знаходити та розвивати прийнятні для родини форми спілкування. У складних ситуаціях тема оптимізації комунікативних процесів у сім'ї може бути окремим психотерапевтичним завданням [150].

Для швидшого адаптування чоловіка потрібно залучати до звичного повсякденного життя, підтримувати його бажання щось зробити для сім'ї. «Він повинен розуміти, що потрібен тут і не є тягарем. Інакше у свідомості військовослужбовців з'являється «розлом» – там він герой, а тут дружина робить все сама, щоб він начебто відпочив» [24]. Така тактика деяких жінок психологічно інвалідизує їхніх чоловіків, сприяє фіксації регресивного стану безпорадності, залежності, відчуженості, що посилює наслідки бойової травми, гальмує процес відновлення психічного здоров'я. У жодному разі не можна жаліти чоловіка, потрібно залучати до вирішення побутових питань у міру його готовності, повертати його значимість у сім'ї, авторитет та відповідальність. Робити це треба коректно, м'яко, з повагою і любов'ю.

Важливо розуміти, що в перші дні та тижні після повернення додому демобілізований потребує відновлення і, ймовірно, буде пасивний до домашніх справ, повсякденного буття сім'ї. Він внутрішньо ще на передовій, постійно телефонує своїм побратимам, хоче чимось їм допомогти. Це типова картина, і дружині треба прийняти на певний час таку ситуацію. Її спроби в цей період активно залучити чоловіка до родинної буденності, якщо він сам цього не ініціює, призведуть лише до конфліктів. Для первинної адаптації необхідний час. Іноді чоловік починає щось робити вдома, але дружина вважає, що йому слід зайнятися зовсім іншим. Тут бажаємо жінкам розуміння та терпіння.

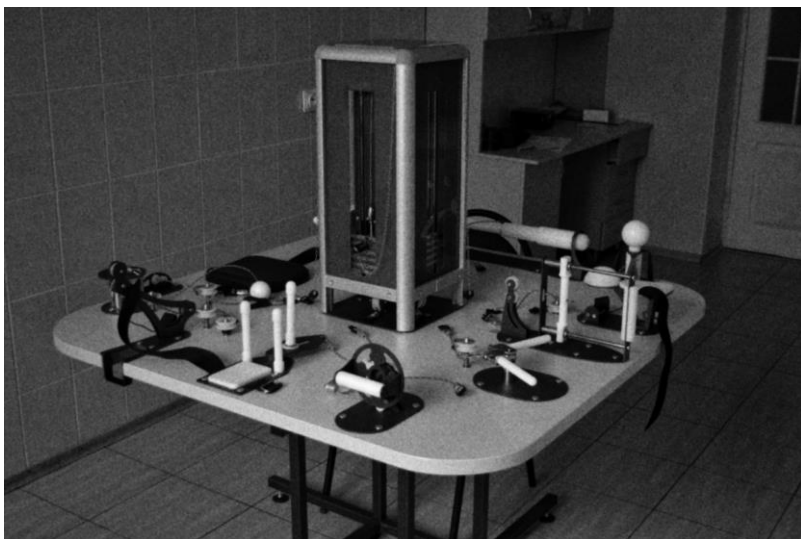


Фото 18. Кабінет ерготерапії, тренажер універсальний для реабілітації верхніх кінцівок («стіл реабілітаційний»)

Приклад із практики. Психотерапевтичну роботу з подружньою парою проводили під час перебування ветерана на реабілітації у Клініці професійних захворювань ДУ «Інституту медицини праці НАМН України». Формат роботи складався із індивідуальних зустрічей окремо з кожним із подружжя, а також зі спільних сесій. Дружина скаржилася, що чоловік після повернення збайдужів до домашніх справ; останнім часом усамітювався на дачі і ремонтував там мотоцикл, замість того, щоб впорядковувати дачний будинок. Дружина не розуміла такої поведінки чоловіка, ображалася на нього, була впевнена, що він «вже достатньо відпочив і пора рахуватися з інтересами родини, а не поводитися так егоїстично». Почуття жінки, яка рік чекала чоловіка, сама піклувалася про сина-підлітка і батьків, тримала на собі всі господарські справи, можна зрозуміти. Як засвідчила психотерапевтика, мотиви поведінки ветерана були не такими

однозначними, як їх сприймала дружина. За результатами обстеження він мав усі ознаки ПТСР внаслідок дуже непростого досвіду: запеклі бої, втрата товаришів, хвилювання за долю друга, який потрапив у полон... Багато про що він не розповідав жінці. Мотоцикл ремонтував, щоб поїхати на рибалку, побути на одинці з природою, спогадами, примиритися з дійсністю. Ветеран потребував часу, щоб справитися з гірким досвідом, травмівними переживаннями. Вернутися спочатку до себе, а потім уже в родину.

Тактовне з'ясування внутрішньої, особистісної ситуації кожного з подружжя, прийняття психологом глибинних переживань і чоловіка, і жінки, допомога їм досягти взаємного співчуття та порозуміння – це те, що відбувалося на психотерапевтичних сесіях і крок за кроком зближувало шлюбних чоловіка й жінку, висвітлювало найкраще в їхніх стосунках, сприяло створенню умов для відновлення в парі довіри, взаємної турботи, бажання бути разом.

В описаному нами випадку подружжя таки пододало непорозуміння у стосунках, ускладнених досвідом війни.

Упродовж первинної адаптації дуже важливо надати чоловікові особистий простір і час, щоб він заново себе усвідомив. Добре, коли є окрема кімната, забезпечені тиша, спокій, задоволені базові потреби (їжа, вода тощо), коли він оточений турботливим, але не нав'язливим доглядом. Турбота, повага не повинні перетворитися на «сюсюкання»: «Ти мій бідненький». Із фронту повернувся чоловік – воїн, доросла людина! Не применшуйте його гідність, дайте час для відновлення сили, підтримайте, допоможіть повернутися в мирне життя [84; 93].

Жінці бажано в моменти довірливого спілкування розповісти чоловікові, як жила родина без нього, що відбувалося, з якими проблемами стикалася, як їх вирішувала. У чоловіка має відновитися реальна картина життєвих подій його рідних, щоб він знову відчув свою необхідність і затребуваність саме в сім'ї, а не тільки на фронті. Під час відсутності чоловіка лідером родини була дружина. Тепер їй важливо поступово повернути кермо

влади чоловікові. Цей непростий процес відновлення колишньої структури та ієрархії сім'ї вимагає особливої турботи і часу. Скільки часу? Індивідуально для кожної родини. Саме в цей період дружині важливо бути чутливою, усвідомлювати, коли чоловік справді потребує відпочинку, відокремленості, а коли й до чого його важливо залучати в контексті турбот родини. При труднощах проходження цього етапу цілком доречно психологічна допомога сім'ї.

Дуже непроста тема можливої агресії чоловіка, який повернувся з фронту. При проявах словесної агресії важливо намагатися говорити з чоловіком спокійно, не піддаватися на агресію, не відповідати так само агресивно.

Оптимальна стратегія поведінки – бути прикладом і джерелом спокою, але без емоційної холодності та відчуженості. Своєю поведінкою, інтонацією і реакцією жінка дає посил, що вона бачить, як важко чоловікові, але його крик не вирішить ситуацію. Спокійна, врівноважена поведінка дружини допоможе розшарпаному чоловікові швидше заспокоїтися та контролювати надмірні почуття.

Маємо приклади, коли чоловік після повернення додому з зони бойових дій довго мовчить, але в якийсь момент зривається і починає знищувати все навколо. У таких ситуаціях потрібно максимально прибрати всі небезпечні предмети, щоб вони не потрапили йому в руки. Якщо прояви чоловіка нікому не загрожують – хай випустить пар. Але якщо є ризик, що він може поранити когось або нанести шкоду собі, потрібно викликати фахівців.

Агресивні прояви ветеранів трапляються не тільки в колі сім'ї, а і в товаристві – хтось сказав «зайве» слово, неправильно зрозумів, не так подивився. Якщо жінка помічає, що чоловік «заводиться», то найкраще скористатися підтримкою тих, хто поруч, і вивести людину із зони ризику. Потрібно робити все можливе для уникнення ескалації конфліктної ситуації.

Буває, що ветеран спить неспокійно. Йому сняться кошмари, від яких він прокидається і шукає автомат або ворогів. У таких випадках варто звернутися до психотерапевта. Найпростіша рекомендація для полегшення цієї ситуації до її розв'язання – не виключати світло в спальні. Прокинувшись, чоловік побачить, що він удома, у безпеці. Поруч рідна людина, а не рашист.

Важливо визнавати і враховувати факт, що за період розлуки подружжя змінилося. Необхідний час, щоб знову звикнути одне до одного, налаштувати повсякденне спілкування та взаємодію. Подружжя має вибудовувати стосунки фактично спочатку. Основа відновлення – розуміння і терпіння. Не варто нехтувати створенням сприятливої інтимної обстановки.

При відновлюванні звичних стосунків між подружжям діти не мусять залишитися без необхідної уваги та турботи. Важливо спостерігати за їхнім станом, поведінкою. Коли діти виявляють підвищену тривожність, плачуть, мають порушення сну, то їм так само потрібна допомога.

Якщо в чоловіка немає різко агресивних форм поведінки, не можна відгороджувати дітей від батька. Дитина – це додаткова ниточка, що прив'язує ветерана до реального життя. Діти розуміють більше, ніж може здаватися дорослим. Їхня участь і співпереживання можуть стати рятівними.

Приклад із практики. Демобілізований повадився відчужено, замкнуто, був пригнічений. Усміхався лише до свого шестимісячного сина. Ця дитина реально допомагала батькові «відтанути», відновлювати власну чутливість, переживати радість близькості, повертатися в реальність, до стосунків із рідними.

Слід також пам'ятати, що турбота про себе в час, коли допомагаєш іншим, – не егоїзм. Внаслідок пережитого в жінки може бути підвищена тривожність, дратівливість, проблеми зі сном, соматичні негаразди. Вона ефективно піклуватиметься про рідних, якщо зможе якісно дбати про себе. Дружині ветерана важливо навчитися цього. Як мінімум, чергувати зайнятість із відпочинком. Освоєння навичок психоемоційної регуля-

ції і ефективної комунікації так само дуже корисне в кризові періоди життя сім'ї. Взявши на свої плечі велику частку відповідальності, жінка сама може потребувати підтримки, психологічної допомоги. Їй варто знати, де, яким чином цю допомогу, у разі потреби, отримати – для сім'ї, для чоловіка-ветерана, для дітей, особисто для себе.

Розглянуті вище аспекти спілкування психолога з дружинами ветеранів відповідають потребам жінок для розуміння змін, що відбулися з їхніми чоловіками, з ними самими, з сім'єю загалом, орієнтують на продуктивні стратегії виходу зі складних ситуацій, що можуть виникати в сім'ях демобілізованих військових. Обговорення цих питань сприяє формуванню якісної психотерапевтичної взаємодії з такою категорією жінок.

Узагальнимо викладений вище тематичний матеріал у форматі практичних рекомендацій дружинам ветеранів.

3.3. Спілкування ветеранів та ветеранок з дітьми

Сім'я найперша зустрічає ветерана/ветеранку. Саме тут вони можуть отримати необхідну підтримку для відновлення або ж опинитися в ситуації нерозуміння, ізоляції. Не без підстав вважають, що саме родина може надати найбільший ресурс для відновлення [148].

Повернення в родину – радісна подія, яка може стати й випробуванням [139]. Протягом певного часу ветеран/ветеранка та цивільні члени сім'ї жили нарізно, отримали різний досвід, змінилися. Навчилися робити щось нове, взяли на себе додаткові зобов'язання, відповідальність за дім, дітей, роботу та ін. Для відновлення колишніх стосунків потрібен час.

Реакція дітей на повернення ветерана/ветеранки додому різна: багато залежить від віку, емоційної зрілості, часу відсутності одного з батьків. Зокрема, немовлята (до 1 року) можуть не впізнавати людини, якої довго не бачили; відчують зміни, наприклад, зміни їхнього розпорядку дня або настрою чи

доступності матері. Діти можуть ставати байдужими, апатичними, відмовлятися від їжі і навіть втрачати вагу [10].

Для дітей 1–3 років характерні такі реакції: образа, плач, розгубленість, істерики, проблеми зі сном, капризування, якщо мама недоступна для дитини постійно.

Дошкільнята (3–6 років) інколи регресують (повертаються до більш дитячої поведінки), смочуть палець, мають проблеми з туалетом, зі сном, тривожність, роздратування, постійну залежність від мам. Також вони легко дратуються, гніваються, стають пригніченими або агресивними, скаржаться на неприємні відчуття, біль.

Діти молодшого шкільного віку (6–12 років) виявляють знервованість, агресивність, капризують, у них може з'являтися головний або шлунковий біль тощо. Дуже часто дошкільнята або молодші школярі турбуються, переживають про безпеку ветерана/ветеранки вдома.

Підлітки (13–18 років) можуть відсторонюватися, ніяковіти, поринати у свої думки, дратуватися, нарочито привертати увагу, нервувати, протестувати, не сприймати новий розподіл сімейних ролей і обов'язків після повернення батька/матері додому. Вони прагнуть звичного середовища, такого, до якого звикли, яке не викликає стурбованості, – соцмережі в телефоні, друзі у дворі. Ускладнюють адаптацію статеве дозрівання та стрес від змін [139, с. 5; 141, с. 47–49].

За час відсутності ветерана/ветеранки вдома, найімовірніше, змінилися правила співжиття. Дитина, наприклад, отримала більше часу на розваги, її менше контролювали. Норми дисципліни та виховання дорослі не повинні ініціювати без попередження, оскільки це викличе спротив. Не вдається зробити «як було». Коли батьки повертаються додому, до цивільного життя, режим і правила в сім'ї ретранслюються. Проте не варто діяти різко, зміни потрібно вводити так, щоб члени родини звикали до них поступово.

При відновленні взаємин важливо дотримуватися звичного для дітей розпорядку дня. Наприклад, тренувань, відвідування гуртків тощо. Це все – задля відчуття стабільності та безпеки. Змінюючи життя дітей, батьки мають передати важливі сімейні

обов'язки старшим дітям, враховуючи їхні погляди, що також утверджує довіру до рішень старших. Але не перекладати на них дорослі емоції і відповідальність.

У цей радісний і водночас складний для сім'ї час у дитини може зрости рівень тривожності, з'явитися агресивна поведінка або, навпаки, втрата інтересу до життя, проблеми з харчуванням або сном. Діти раптово дорослішають або, навпаки, поведуться немов маленькі. Надмірні емоційні переживання нерідко призводять до проблем із психічним та фізичним здоров'ям, зміни поведінки викликають у дитини емоційну незахищеність (дитина може чекати, коли мама чи тато повернуться додому, але при цьому почуватися ображеною та не бажати спілкуватися).

Якщо в сім'ї кілька дітей, їхня поведінка буде різною, але є одне спільне: усі вони прагнуть уваги дорослих. Батьки повинні бути уважними до дітей, незважаючи на свої проблеми: слухати, обговорювати почуття найрідніших, знати їхні потреби та пояснювати, що відбувається [139, с. 5–6].

Коли батько, а особливо мати повертаються до цивільного життя, вони не відразу готові взяти на себе безпосередню і повноцінну опіку над дітьми, як це було до війни. Період адаптації до соціуму потребує часу. Людина, котра опікувалася дитиною/дітьми за час відсутності батька/матері, повинна ще трохи почекати та продовжити піклування, а ветеран/ветеранка поступово переберуть на себе звичні обов'язки. Не варто відчувати за це провину.

Важливий не обсяг часу, який демобілізовані мама чи тато присвячують дитині, а його якість. Якщо є одна година, яку ви можете провести зі своєю дитиною, зробіть її чудовою, усеціло присвятивши дитині. Це краще, ніж витратити півдня, постійно відволікаючись на щось інше. Важливо демонструвати дитині, наскільки ви цінуєте її, наприклад, кажіть: «Я люблю тебе», «Я так пишаюся тим, що ти у мене є», «Я щасливий/щаслива бути з тобою», «Я дуже радий/рада, що провів/провела час з тобою» та ін. [104].

Цінно згадати, чим ви займалися до війни, що любили, що гарно виходило. Мають залишатися ранкові обійми, поцілунки

на ніч, читання книг, прогулянки на свіжому повітрі, зустрічі з друзями, гуртки, домашні справи, ігри, перегляд фільмів, футбол у дворі, рукоділля, спільна вечера тощо.

Не розповідайте дітям про ті речі, які травмують вас самих, ті історії, які особисто вам заподіяли травми: як загинули або були поранені побратими, як вас обстрілювали, який перебіг та наслідки важких боїв. Не розповідайте. Темою розмов можуть бути побутові речі: їжа, душ, туалет, очищення води, боротьба з мишами, порятунок kota тощо.

Якщо є певні табу для вас, те, що ви не хочете оприлюднювати, поговоріть про це. Хай не безпосередньо з дитиною, але через маму, тата, бабусю, дідуся. Скажіть: «Ми з тобою домовимося про це не говорити». Дитина таку ситуацію сприймає нормально. На відміну від різкої фрази-реакції: «Чого ти це питаєш, хіба ти не бачиш, що татові/мамі погано?». Ні, дитина не бачить, це треба озвучувати. У дітей так само можуть бути теми, які вони не хочуть оприлюднювати – тоді ви демонструєте їм, що вони мають право говорити на ці теми, а не приховувати їх і відчувати себе ніяково.

Звичайно, дорослі можуть горювати, плакати, коли їм важко. Однак важливо зберігати баланс. Якщо смуток займає 10 % часу, який ви проводите з дитиною, це в межах норми, але якщо більше половини часу, то ні. Не перекладайте весь тягар своєї туги на дитину. Дитина може цього не витримати. Дуже важливо бути психологічно готовим/готовою до розмов з дитиною/дітьми. Дитина потребує турботи, любові, підтримки. Хоч це не легко. Виливаючи всю свою тугу на дитину, ви її травмуєте [104].

Важливо, зважаючи на вік дитини, пояснити зміни, які її чекають у повсякденні. Якщо ви бачите, що в дитини виникають негативні емоції, то допоможіть їй: потренуйтеся разом переживати емоції, викликані певними ситуаціями: сум, тривогу, злість, образу, провину тощо [139, с. 6–7]. Ця підтримка спрямована на навчання дитини прийомам самопомоги, формування навичок психологічної пружності, планування справ, які допоможуть подолати тривожні думки. Дозвольте пропрацювати емоції через гру, малюнок – це поверне дитині відчуття контролю над ситуацією [131]. Ефективними так само є слухання улюбленої

музики; зосередження на об'єктах («що чую, бачу, відчуваю на дотик, запах, смак»); утримання від оцінки власних реакцій (добре-погано); розпізнавання емоції (карта емоцій); планування рутинних справ і тих, які приносять задоволення (дзвінок другу-ві/подрузі, заняття спортом або хобі, читання книг та ін.). Спочатку це може бути одна справа на день. Зауважте, що отримувати приємні емоції, займатися улюбленою справою природно навіть у складних життєвих ситуаціях. Це дозволить швидше відновитися дитині та її батькам, досягнути гармонійних взаємин [62, с. 48].



Фото 19. Відновлення пошкоджених зв'язків мозку шляхом задіяння дрібної моторики при грі в Дартс

Ветеран/ветеранка! Розповідайте про свої мрії дітям. Попрацюйте зі своїми дітьми над реалізацією цих мрій. Це може бути пов'язано з браком на фронті якихось простих речей: як ви мріяли ходити в капцях (або жінка – у сукнях), посидіти в теплій ванні, а не витиратися вологими серветками. Таким чином дитина вчитиметься цінувати те, що в неї є. Або разом мрійте про спільні справи, майбутні подорожі чи святкування дня народження...

Розповіді про фронтове буття добре підходять для того, щоб донести дитині базові цінності. Наприклад, які стосунки були між чоловіками і жінками на фронті, який класний зв'язок між побратимами. Якщо у вас був прекрасний командир – покажіть, що таке справжнє лідерство.

Ветеран/ветеранка, розповідаючи дитині про війну, мусять донести суть добра і зла. Треба пояснювати так, щоб дитина була на боці світлого, доброго. У розповідях, спогадах важливо уникати будь-яких описів насилля – вбивства, каліцтва. Дитина має знати, як справлятися з насиллям, а не його складники. У дитини мусить бути приклад здорового ставлення до іншої людини. Щоб дитина була щаслива, треба прищепити їй модель ненасильницької форми спілкування. Це не означає, що він/вона повинні терпіти приниження. Це не заважає віддати дитину на тхеквондо, боротьбу, бокс. Добре, якщо дитина може дати відсіч, але сама не ініціює насилля і вважає це нормою. Довести дитині, що вона має право на агресію, злість, емоційні вибухи, але це – лише захисна реакція [145].

Для відновлення взаємин із дітьми демобілізованим батькові/матері варто дотримуватися таких загальних рекомендацій: забезпечте додаткову увагу, піклування та фізичну близькість (обійми, погладження, дружні дотики); обговорюйте ситуацію, донесіть дітям розуміння того, що вони мають право говорити про свої почуття; зрозумійте, що дитина може злитися і, певно, вона має підстави для цього; прийміть те, що вони

відчувають, і не говорять, що такі почуття неправильні, що так не можна; розкажіть дітям, що такі почуття нормальні, приготуйтеся до того, що про це доведеться говорити багато разів; зберігайте звичайний ритм життя і плануйте події заздалегідь [141, с. 50–51]. Кожній дитині для гармонійного розвитку потрібні мама й тато, які її люблять, приймають, поважають.

Пам'ятайте, вам потрібен час для адаптації до мирного життя. Навчіться радіти звичайним речам: підставляти обличчя під сонячні промені, дощ, сніг, проводити час разом із сім'єю, перетинати кордони. Зрозумійте: саме заради цього все й було [145, с. 23].

Родина – один із найважливіших факторів реінтеграції ветеранів та ветеранок до цивільного суспільства, але участь у бойових діях або служба в час війни змінює людину. Як на етапі звільнення людина переживає особистісну кризу, так на етапі повернення в сім'ю відбувається сімейна криза. Тобто старі стосунки змінюються, очікування щодо повернення дружини або чоловіка не завжди оправдані, тому перебудови потребує вся внутрішньосімейна комунікація. Така перебудова – поступова та довготривала.

Сім'я як важлива соціальна одиниця потребує підтримки, а інколи й втручання спеціалістів. Якщо комунікація перебудовується в напрямку поваги один до одного, врахування потреб усіх членів, то родина виступає важливим ресурсом відновлення та реінтеграції демобілізованих; у випадку дискримінації й ігнорування потреб навіть одного з членів родини виконує роль патогенного фактору. За таких умов усі відчують дистанцію та непорозуміння між собою.

У сім'ї важливі всі, тому психологи, котрий працює з ветеранами, неприпустимо вставати на чийсь бік, ігноруючи іншого члена родини.



РОЗДІЛ IV

ПРИРОДОТЕРАПІЯ ЯК ПРИКЛАД ГРУПОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ

РОЗДІЛ IV

ПРИРОДОТЕРАПІЯ ЯК ПРИКЛАД ГРУПОВОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ

*«Природа – єдина книга, кожна сторінка якої
сповнена глибокого змісту».*

***Йоганн Вольфганг фон Гете,
німецький поет, драматург, науковець***

Вагоме практичне значення для розв'язання завдань реінтеграції та ресоціалізації ветеранів і ветеранок становить пілотний проєкт природотерапії як методу групової роботи з реінтеграції військовослужбовців у цивільне суспільство. Метод недирижуваний, зцілення досягається завдяки внутрішньогруповій динаміці та відновленню через спілкування з природою. Подібний проєкт успішно втілює громадська організація «Мета», але у форматі горотерапії. Наш природотерапевтичний проєкт пропонуємо реалізувати на теренах Полтавської області. Основна і власне єдина вимога до реалізації – підбір приблизно рівної цільової групи для походів.

Повномасштабне військове вторгнення російської федерації в Україну зумовило найбільшу мобілізацію людського ресурсу до лав ЗСУ. За даними з відкритих джерел, було мобілізовано близько 700 тисяч осіб. У наслідок участі в інтенсивних бойових діях, проведення неякісного психологічного відбору кандидатів, відсутності процедури декомпресії, у військовослужбовців, звільнених у запас або у відставку, ветеранів війни і військової служби нерідко виникали/виникають проблеми всього психологічного та психіатричного спектру. Діапазон психологічних відхилень може бути вираженим як соціальною дезадаптацією, так і тяжкими психіатричними хворобами – депресією, посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).



Фото 20. Групове психологічне консультування пацієнтів реабілітаційного відділення

Нині державні служби та органи, що опікуються психологічним здоров'ям населення, не мають достатньо ресурсів для забезпечення і проведення належної психологічної реабілітації громадян, постраждалих від воєнних дій, збройних конфліктів, повномасштабної війни РФ проти України. До особливої категорії таких громадян належать: ветерани війни, ветерани військової служби та військовослужбовці, які безпосередньо брали участь у бойових діях, що позначилося на їхньому психологічному благополуччі.

Мета пропонуваної програми – реінтегрувати в цивільне суспільство ветеранів війни і військової служби, військовослужбовців, звільнених у запас або у відставку, членів їхніх сімей (далі – «учасники програми») методами природотерапії; так само рекреаціювати учасників програми шляхом відновлення

їхніх емоційних та психологічних сил, здоров'я, працездатності через відпочинок і оздоровлення на природі [143].

Для реалізації мети потрібно виконати низку **завдань**:

1) оптимізувати психофізичний стан учасника програми через спілкування з природою;

2) розширити соціальні зв'язки учасника програми через контакти з групою побратимів або знайомих, доступність психологічної допомоги;

3) покращити сімейні стосунки учасника програми на основі спільної діяльності і спілкування з родиною;

4) розв'язати проблеми психологічної дезадаптації учасника програми за допомогою роботи з практичним психологом та співпраці в групі за принципом «рівний – рівному»;

5) апробувати ефект «природотерапії» на собі, щоб потім допомагати побратимам та посестрам у відновленні й оздоровленні;

6) дослідити «біопсихосоціальну модель» учасника програми, як взаємозв'язок людини та психолога, факторів соціального середовища та їх вплив на здоров'я.

Природотерапія – форма альтернативної терапії, в основі якої використання природного середовища (річка, луки, ліс) для покращення фізичного та психічного здоров'я людини. Взаємодія з природою стимулює вироблення ендорфінів, заспокоює нервову систему. Природа – цілющий фактор, а за умови підсилення її впливу психологічним аспектом – результат якнайефективніший [47].

Дія бойового стресу на психофізичну систему ветерана війни та військовослужбовця змінює особливості його реагування на зовнішні подразники. Тривалий вплив стресових факторів на нервову систему бійця порушує базове відчуття безпеки. Природотерапія виключає дію тригерів небезпеки і за короткий проміжок часу (приблизно тиждень) повертає психофізичний апарат людини до нормального функціонування.

Відновлення через походи (прогулянки) на природу – гарна альтернатива типовій психологічній допомозі, яка багатьох пацієнтів відлякує, часто викликає в них внутрішній протест проти відвідування практичного психолога. Природотерапія не відкидає індивідуальної роботи професійного психолога з учасником програми, але така робота відбувається не в класичній обстановці спеціально обладнаного психологічного кабінету, а за запитом учасника програми на природі, у невимушеній обстановці. Можливий та доцільний варіант роботи практичного психолога в групі, де обговорюються актуальні проблемні питання, дається зворотний зв'язок на почуття та думки кожного. Групова робота уможливорює відчуття учасником програми спільності, розуміння та підтримки, а це виступає превенцією суїцидальних нахилів, адже сприяє побудові соціальних зв'язків на емоційній основі.

Рекреація («відновлення») – комплекс оздоровчих заходів, здійснюваний з метою відновлення нормального самопочуття та працездатності здорової, але стомленої людини. Рекреаційна діяльність пов'язана з використанням значних природних територій. І у цьому сенсі вона конкурує із сільським та лісовим господарством, рибальством, гірничою справою й іншими видами суспільної виробничої діяльності, в основі яких – використання природних ресурсів.

Природотерапія – найбільш органічна терапія. Відновлення полягає не стільки в присутності психолога, а в тому, як учасник програми реагує на природу: сонце, спів птахів, дзюрчання води в річці, шелест листя в лісі, потріскування хмизу в багатті. Після цього учасник програми повертається до свого звичного середовища наповненим позитивними емоціями, відновленим.

Під час сну мозок опрацьовує травматичний досвід, але якщо він надто глибокий, то сну замало. До того ж часто виникає безсоння, а походи на природу та робота там із фахівцями/інструкторами допомагають пережити травму. Похід (прогулянки) на

природу знижує стрес, розвантажує людину психологічно, сприяє відновленню, відтак з'являється віра в себе, покращується робота імунної системи, настроїв. Засоби природотерапії уможлиблюють створення безпечного середовища для опрацювання травматичного досвіду в колі однодумців, ступінь втручання в цей процес психолога визначає учасник програми – носій цього травматичного досвіду.

Під час походу людина мусить підійматися в гори, долати природні перепони, поставити намет, назбирати дрова на багаття, приготувати їжу. На все це потрібні сили, які й з'являються у процесі роботи. Природотерапія так само активно розвиває спортивну культуру, трудотерапію, садівництво. Коли людина щось створює після руйнування, то це має сильний ефект, який допомагає впоратись із травмою.

Такі прості дії з самообслуговування дозволяють людині знову відчувати свою цінність як індивіда та повертають їй суб'єктність, тобто відповідальність за власні дії та віру в себе як в особу, котра керує та контролює своє життя.

Отже, людський організм – божественна у своїй довершеності саморегульована, збалансована система, яка, проте, постійно зазнає внутрішніх і зовнішніх збурювальних впливів. І коли вони виходять за певні межі адаптації, це призводить до дисбалансу, відтак запускається механізм патологічних змін. Методи «природотерапії» та «рекреації» допомагають людині відновити внутрішню гармонію, знизити рівень стресу, відчуття тривоги, змінити ставлення до травматичного досвіду, покращити фізичне та психологічне здоров'я, даючи організмові можливість самому стабілізувати порушену рівновагу.

Один із найсерйозніших викликів, з яким стикаються ветерани війни, військової служби та військовослужбовці – розгубленість, відірваність від контексту, у якому вони жили раніше. Походи невисокої категорії складності та прогулянки – це можливість побути поміж своїх, набратися душевно-емоційних сил,

відпочити, щоб адаптуватися до оточення. З'являється надія, що люди, які познайомляться під час походу, продовжуватимуть спілкування, адже соціальна ізоляція – руйнівний фактор для особистості.

З-поміж принципів діяльності природотерапевтичної групи та учасників оздоровчого закладу (програма «природотерапії» і «рекреації») виокремлюють:

1. На час функціонування природотерапевтичної групи всі учасники програми відмовляються від вживання та зберігання алкогольних напоїв, психоактивних речовин.

2. На початку роботи природотерапевтичної групи психолог вимірює очікування кожного від участі в програмі, дізнається про індивідуальну мету.

3. У середині терміну дії програми організовують «спільне коло» всіх учасників програми, під час якого рефлексується, що подобається учасникам, а що потрібно вдосконалити.

4. Добровільність участі у всіх заходах і майстернях, конфіденційність під час групової та індивідуальної психологічної роботи.

5. Бережне ставлення до природи – основи здорового і щасливого життя людини.

6. Обмеження користування мобільним зв'язком та Інтернетом.

7. Використання навичок індивідуального і групового самообслуговування.

8. Категорична відсутність вогнепальної зброї та інших видів озброєння.

9. Поважне ставлення до принципів дії терапевтичної групи.

Контроль за результатами

Ефективність дії природотерапії на учасника програми вимірюємо двома способами. Перший (суб'єктивний) – самозвіт учасника програми. В цій довільній анкеті вказана основна

психологічна симптоматика, яка є в учасника програми, наприклад: напади гніву, відсутність сну, нав'язливі спогади, коливання настрою. Анкету заповнюють на початку та в кінці подорожі (програми).

Другий (об'єктивний) – дані тестування спеціально проведених методик, підібраних для кожного учасника програми на початку подорожі (програми); наприклад: гнів – методика діагностики самооцінки психічних станів (адаптований варіант методики Г. Айзенка), ознаки депресії – методика «Шкала депресії А. Т. Бека» або Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS).

Дані збирають на початку та в кінці подорожі (програми), аналізують, відстежують динаміку. За потреби та за згодою учасника програми в майбутньому в разі виявлення негативної динаміки з ним проводять додаткову роботу.

Цільова аудиторія учасників програми оздоровчого закладу

Громадська організація «Волонтерський Центр “ЧЕРВОНА КАЛИНА 2022”» організовує за графіком весняні, літні, осінні оздоровчі заклади та походи (прогулянки) на природу за авторською програмою для таких категорій:

- ветеранів військової служби та російсько-української війни (окремо чи з родинами);
- військовослужбовців, звільнених зі служби в запас або у відставку (окремо чи з родинами);
- військовослужбовців – учасників бойових дій (окремо чи з родинами);
- військовослужбовців – осіб з інвалідністю внаслідок захисту Батьківщини (окремо чи з родинами) [107];
- родин, що чекають на захисників та захисниць з війни, зосібна юнаків і дівчат від 16 років;
- родин загиблих або безвісти зниклих військовослужбовців в АТО/ООС, після повномасштабного вторгнення агресора в Україну, зосібна юнаків та дівчат від 16 років;

– волонтерів, благодійників, представників громадських організацій, що об'єднують ветеранів війни, учасників бойових дій, осіб з інвалідністю внаслідок захисту Батьківщини.

Місія оздоровчого закладу (природотерапевтичної групи)

Місія оздоровчого закладу (природотерапевтичної групи) – допомогти кожній людині стати здоровою! А людям, яким необхідна психологічна реабілітація, та таким, що отримали психологічні травми або мають суттєві відхилення в роботі психіки зворотного характеру, відчувати себе адаптованими, здоровими, потрібними суспільству і своїй родині.

Особливості програми оздоровчого закладу та походів (прогулянок) на природу

З-поміж особливостей програми оздоровчого закладу та походів (прогулянок) акцентуємо такі: проживання в окремих будиночках по 4/6 чоловік у мальовничих місцях Полтавщини на березі річки; прогулянки лісами й луками; спілкування з групою та психологами довкола вечірнього багаття; творчі майстер-класи, майстерні, різноманітні ігри й конкурси як простір розвитку особистості; відновлювальні одно- та дводенні походи (піші, вело або водні); спілкування з тваринами; трудотерапія тощо.

Маршрути походів прокладатимуть в обхід місць, популярних поміж туристів. Мета – шукати тишу і дику природу. При кожній групі буде психолог, який працює з травмами (але не форсуємо його залучення). Передовсім даємо можливість учасникам програми заземлитись і відчувати спілкування з природою.

Орієнтовна кількість учасників програми – 30–40 осіб, кількість фахівців/інструкторів, волонтерів, працівників офісу та обслуговувального персоналу – до 15 осіб.

Термін функціонування програми (природотерапевтичної групи) і роботи майстерень оздоровчого закладу – 15 календарних днів.

Засоби стабілізації, використовувані в програмі оздоровчого закладу та походів (прогулянок) на природу:

- розкриття своєї унікальності через творчі майстер-класи, командні й екстремальні види активностей, відновлення душевних та емоційних сил для нових досягнень у житті й можливість поділитися своєю історією натхнення;
- покращення психоемоційного стану учасників програми шляхом створення сприятливої дружньої атмосфери на основі спільної діяльності;
- покращення фізичного і морального стану учасників програми через походи (прогулянки) на природу;
- надання учасникам програми інструментів та можливостей для їхньої самореалізації шляхом проведення різного виду майстерень;
- залучення учасників програми до соціального досвіду через створення у закладі стосунків співпраці та співтворчості, групового самообслуговування;
- стимуляція інтеграції травматичного досвіду суб'єкта (пацієнта) в систему особистості через групові й індивідуальні заняття з психологом;
- створення окремої психотерапевтичної групи взаємодопомоги для залежних від психоактивних речовин або азартних ігор, усвідомлення суті проблеми залежності;
- вироблення учасниками програми нових сенсів, планів на майбутнє через спілкування з людьми, котрі пережили травматичний досвід та інтегрувалися у суспільство;
- розвиток творчого потенціалу членів родин через залучення їх до колективної й індивідуальної діяльності;
- передача членам родини, насамперед дітям знання про традиції та культуру українського народу, мешканців Полтавщини й інших народів Світу.

**Перелік майстерень, які функціонуватимуть в
оздоровчому закладі (природотерапевтичній групі)***

1. Психологічна майстерня.
2. Фольклорно-мистецька майстерня.
3. Швейна майстерня.
4. Столярна майстерня.
5. Слюсарно-металева майстерня.
6. Комп'ютерна майстерня.
7. Кулінарна майстерня.
8. Пішохідний туризм, велотуризм (походи, тури та прогулянки на природу).
9. Спортивне Я (футбол, волейбол, плавання, водне поло, аквааеробіка, стрільба з лука).
10. Творче Я та арт-терапія (арт-глина, гончарство, флористика; художня обробка шкіри).
11. Художнє Я (писанкарство; кольоро-техніка; малюнкова техніка; музико-техніка; артбуки; пісочна техніка; гудзико-техніка; колажування).
12. Перша медична допомога.
13. Превентивна експрес-реабілітація військових у польових умовах (ВЕПР).
14. Українське бойове мистецтво «Бойовий гопак».
15. Іпотерапія (лікування та оздоровлення за допомогою спеціально навчених коней) і каністерапія (лікування та оздоровлення за допомогою спеціально відібраних і навчених собак).
16. Підвиди водного туризму: сплав по річках, рафтинг, каякінг, дайвінг.
17. Квітова майстерня та садівництво.
18. Рибальство.
19. Данс-терапія (музично-танцювально-рухова терапія).
20. Тайм-менеджмент: уміння ефективно планувати свій час.
21. Акторська майстерність та невербальні засоби спілкування.

22. Фотографії.

23. Йога.

* Кінцевий список майстерень буде затверджений при підготовці до відкриття закладу та відповідно до категорій учасників програми.

Час одного заняття у майстерні – 1,5 години. Запланована кількість занять у майстернях протягом дня – 3.

Додатково: спілкування з гостями-спікерами, які поділяться історіями успіху та надихнуть учасників програми (закладу) на нові досягнення.

Важливо, що кожний учасник програми (природотерапевтичної групи), відпочиваючи в оздоровчому закладі, окрім цікавого дозвілля, нових знайомств і незабутніх вражень, має нагоду поєднати молитву та відпочинок, поспілкуватися і подискутувати про категорії моралі в реаліях сучасного життя та військово-го/післявійськового стану держави; узяти участь у різноманітних іграх, конкурсах, майстер-класах з елементами арт-терапії, природотерапії, заходах щодо реалізації творчого потенціалу, виявлення лідерських якостей, навчанні з тактичної медицини, спортивних активностях та духовному спілкуванні зі священиками й капеланами.

Додатково: учасники програми (за потреби) отримуватимуть **безоплатні** консультації лікарів-стоматологів, лікарів з фізичної та реабілітаційної медицини, соціальних працівників, юристів й інших фахівців.

**Цикл інформаційно-комунікативних заходів (курсів)
«Психологічної майстерні» та навчально-практичні
тренінги зі зміцнення ментального здоров'я для
підтримки стійкості, самооцінки і твердості духу**

Модератори:

– викладачі кафедр медицини катастроф та військової медицини; психіатрії, наркології та медичної психології; фізичної та реабілітаційної медицини ЗВО «Полтавський державний медичний університет»;

- викладачі кафедри педагогічної майстерності та інклюзивної освіти Полтавської академії неперервної освіти імені М. В. Остроградського;
- викладачі кафедри психології та педагогіки ЗВО «Національний університет “Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка”»;
- практичні психологи, соціальні робітники, правники Центру допомоги врятованим, м. Полтава;
- військові психологи та інструктори групи контролю бойового стресу ЗСУ з першої психологічної допомоги і відновлення;
- лікарі, психологи, психіатри і фахівці Центру реабілітаційної медицини КП «Полтавська обласна клінічна лікарня імені М. В. Скліфосовського ПОР» та КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР»;
- інші фахівці закладів охорони здоров'я і соціального захисту населення.

Мета – провести медичну та психологічну реабілітації військовослужбовців і цивільних осіб, які отримали психологічні травми або мають суттєві відхилення в роботі психіки зворотного характеру.

Тематика групових практичних семінарів, тренінгів, майстер-класів

1. Комунікативні техніки консультативної психологічної допомоги та професійної етики. Алгоритм психологічного консультування.
2. Бойовий стрес після ведення бойових дій, шляхи і способи його подолання засобами психологічного впливу, самодопомога.
3. Стабілізація свого психологічного стану за допомогою арт-терапії.
4. Спілкування в родині, важливі навички підтримки військовослужбовця, який має ознаки психологічної травми.

5. Тайм-менеджмент: як ефективно використовувати свій час, багато встигати та не втомлюватися.

6. Психологічні методи самодопомоги військовослужбовців для самостійного відновлення після наслідків травми, отриманої під час бойових дій.

7. Побудова системної робота з дитиною, котра пережила насилля.

8. Допомога людині, яка пережила втрату. Типи і наслідки втрат для особи, подолання в особі почуття втрати. Фактори, що впливають на переживання втрат.

9. Превенція суїциду в людини, що мала досвід бойових дій.

10. Моделі надання психологічної допомоги при негативних психічних станах.

11. Основні фактори, що впливають на психологічну адаптацію до цивільного життя військовослужбовців після повернення із зони бойових дій.

12. Методи та техніки психологічної реабілітації військовослужбовців і членів їхніх сімей, що страждають на посттравматичні стресові розлади (ПТСР).

13. Психологічні підходи, що можуть допомогти військовослужбовцям подолати емоційні проблеми, пов'язані з розлукою із сім'єю і близькими під час тривалих відряджень та місій.

14. Психологічні стратегії допомоги військовослужбовцям і членам їхніх сімей адаптуватися до життя в цивільному середовищі після служби в армії.

15. Робота з гнівом: як розуміти себе та оточення.

16. Техніки нормалізації сну, використовувані в домашніх умовах.

17. Адаптація військовослужбовця до цивільного життя, проблемні питання та їх можливе вирішення.

18. Перша психологічна допомога при паніці, агресії, тривожних розладах.

19. Відновлення або формування навичок ненасильницького спілкування в родині.

20. Панічні атаки: симптоми, причини та способи терапії.

21. Розвиток хімічної і поведінкової залежностей у військово-вослужбовців в умовах війни та їх реабілітація.

* Кінцевий список тематики групових практичних семінарів, тренінгів і майстер-класів буде затверджений при підготовці до відкриття закладу та відповідно до категорій учасників програми.

Тематика індивідуальних занять та консультацій

(відповідно до курсу Підрозділу з питань психічного здоров'я Департаменту з питань психічного здоров'я та вживання психоактивних речовин Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) «Управління стресом» (Self-Help Plus (SH+), 1-2) у рамках серії публікацій ВООЗ про психологічні інтервенції низької інтенсивності):

1. Особливості самодопомоги. Комплекси вправ для само-регуляції емоційного стану.

2. Основи саморегуляції своїх психічних станів.

3. Важливі навички в період стресу.

Інструменти:

- заземляємося;
- відчіпляємося з гачка;
- діємо згідно з власними цінностями;
- проявляємо доброту;
- створюємо простір;
- шукаємо нові сенси;
- інтегруємо свій травматичний досвід;
- шукаємо взаєморозуміння з оточенням.

4. П'ять кроків у стратегії психотерапевтичної допомоги на основі принципу консультування, у процесі якого клієнти вчаться допомагати самі собі (за Н. Пезешкіаном, 2006).

5. Індивідуальне тестування (за бажанням учасників програми) за допомогою опитувальника БОО «Адаптивність-200», сис-

теми психологічної діагностики «Лідер-1» соціально-психологічного центру ЗСУ.

Додатково. Задля високопрофесійної допомоги учасникам програми (природотерапевтичної групи) психологи мандрують разом із групами у походах (прогулянках), спілкуються, навчають різних технік взаємодії з природою за допомогою органів чуття. Психологічний супровід учасників програми адаптовано так, щоб кожний учасник зміг повністю розслабитися, насолоджуватися природою, забути про повсякденні труднощі, відновити базове відчуття безпеки.

У період роботи оздоровчого закладу учасники програми зустрінуть інших чоловіків та жінок, які так само переживають подібний досвід, і зможуть поділитися своїми враженнями, радощами, викликами; спробують створити відчуття спільноти та навчитися переборювати виклики разом.

ДОВІДНИК
громадських, державних та волонтерських
установ, де можна отримати допомогу
Структурні підрозділи Полтавської обласної
державної (військової) адміністрації

Підрозділ	Контакти		
	телефон	електронна пошта	адреса
Управління у справах реінтеграції, соціального захисту ветеранів та внутрішньо переміщених осіб	+38 (0532) 56-27-33	urzvzv@adm-pl.gov.ua	36014, м. Полтава, вул. Соборності, 45
Департамент соціального захисту населення Полтавської ОВА	+38 (0532) 68-12-32	plsz@adm-pl.gov.ua	36023, м. Полтава, вул. Ігоря Дорошенка, 47
Департамент інформаційної діяльності та комунікацій з громадськістю	+38 (0532) 56-17-18	info@adm-pl.gov.ua	36014, м. Полтава, вул. Соборності, 45

Національна соціальна сервісна служба

	Телефон	Електронна пошта	Адреса
Національна соціальна сервісна служба України	+38(044) 205 70 99	info@nssu.gov.ua	01601, м. Київ, вул. Еспланадна, 8/10
Головне управління Національної соціальної сервісної служби у Полтавській області	+38(095) 632-19-06	info@pl.nssu.gov.ua	36023, м. Полтава, вул. Дорошенка Ігоря, 47

Інформаційна підтримка

Назва	Контакти	
Гаряча лінія Уряду України	1545 (кнопка 9) – гаряча лінія з питань ветеранів війни та членів їх сімей	https://video.ukc.gov.ua/webcalls
Підтримка ветеранів війни Міністерством у справах ветеранів	063-227-14-27 – з питань встановлення статусів та соціального захисту 063-035-54-68 – з питань психологічної допомоги, оздоровлення, освіти	–
Відповідальний Департамент реабілітації та медичного забезпечення Міністерства оборони	063-230-23-25	–
Центр ветеранського розвитку при Полтавському державному медичному університеті	050-765-02-95	cvr@pdmu.edu.ua; https://www.facebook.com/pdmu.cvr ; https://www.pdmu.edu.ua/sections/support-centers/veteran-development-center
Центр ветеранського розвитку Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»	066-811-55-36	cvr@nupp.edu.ua; https://nupp.edu.ua/page/tsentr-veteranskogo-rozvitku.html ; https://www.facebook.com/cvr.poltech

Психологічна підтримка

Назва	Контакти
БФ «Mindy»	068-431-74-31 mindyfoundation.com.ua
БФ «Діти Героїв»	044-247-57-88 childrenheroes.org
Ветеран Хаб	067-348-28-68 veteranhub.com.ua
Ветеранський центр м. Полтави	050-346-99-76 https://www.facebook.com/veteranscenter.plt
Гаряча лінія кризової підтримки Українського ветеранського фонду	0800-33-20-29 veteranfund.com.ua
ГО «Metta»	068-258-68-14 https://www.facebook.com/profile.php?id=100068491207806
ГО «Блакитний Птах»	050-657-20-89; 068-283-20-98; 066-147-43-17 p.o.bluebird@gmail.com, hostage.org.ua
ГО «Вільний вибір»	063-64-64-991 vilnyi.vybir@gmail.com, vyvibir.org.ua
ГО «Жіноча сила»	0800-332-720 pidtrymka.in.ua
Експертна група психологічної допомоги та оздоровлення Директорату реабілітації та медичного забезпечення Міністерства у справах ветеранів України	063-230-20-11 –
Лінія превенції суїцидів	7333 lifeinukraine.com
Лінія психологічної підтримки «Варто жити»	5522 vartozhyty.com.ua

Продовж.

Назва	Контакти	
Лінія психологічної підтримки чоловіків	2345	2345.in.ua
Платформа психологічного консультування «План Б»	–	plan-b.help
Програма СЕТА, Центр психічного здоров'я та психосоціального супроводу НаУКМА	068-283-20-98; 066-147-43-17	facebook.com/cetaukrainekmarehab.com/ceta
Центр ветеранського розвитку при Полтавському державному медичному університеті	050-765-02-95	cvr@pdmu.edu.ua; https://www.facebook.com/pdmu.cvr ; https://www.pdmu.edu.ua/sections/support-centers/veteran-development-center
Центр допомоги врятованим м. Полтава	097-944-96-01; 099-014-74-45	–

Юридичні консультації

Назва	Контакти	
Безоплатна правнича допомога	0-800-213-103	info@legalaids.gov.ua
Ветеранський центр м. Полтави	050-346-99-76	https://www.facebook.com/veteranscenter.plt
ГО «Юридична сотня»	0-800-308-100	volunteerslh@gmail.com, legal100.org.ua
ГО «Блакитний Птах»	0506572089; 0682832098, 0661474317	p.o.bluebird@gmail.com, hostage.org.ua
ГО «Принцип»	–	info@pryncyp.com https://navigator.pryncyp.com/
Центр допомоги врятованим м. Полтава	097-944-96-01; 099-014-74-45	–
Юридичні консультації Українського ветеранського фонду	–	veteranfund.com.ua

Освітні послуги

Назва	Веб-сторінка
Полтавський національний педагогічний університет імені В. Г. Короленка	http://pnpu.edu.ua/
Національний університет «Полтавська політехніка Юрія Кондратюка»	https://nupr.edu.ua/
Полтавський інститут економіки і права Університету «У країна»	https://pl.uu.edu.ua/
Полтавський державний аграрний університет	https://www.pdau.edu.ua/
Полтавський університет економіки і торгівлі	http://puet.edu.ua
Полтавський юридичний інститут Національного юридичного університету імені Ярослава Мудрого	http://pli.nlu.edu.ua
Кременчуцький національний університет імені Михайла Остроградського	https://www.kdu.edu.ua/
Центр ветеранського розвитку Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»	https://nupr.edu.ua/page/tsentr-veteranskogo-rozvitku.html
Центр ветеранського розвитку при Полтавському державному медичному університеті	https://www.pdmu.edu.ua/section/s/support-centers/veteran-development-center

Комунальні заклади Полтавської області

Район	Громада	Назва	Контакти	
Кремен- чущий	Глобинська	Центр надання соціальних послуг Глобинської міської ради	05365-2-42-50	KU.centrosposlug@gmail.com
	Лубен- ський	Пирятинська Пирятинський Центр на- дання соціальних послуг Пирятинської міської ради		ter_centriyatin@ukr.net.
Мирго- родський	Комиш- нянська	Центр надання соціальних послуг виконавчого комі- тету Комишнянської се- лищної ради	067-727-80-71	-
	Петрівсько- Роменська	Центр надання соціальних послуг Петрівсько-Ромен- ської сільської ради	066-645-52-94	kzcnsr_petrivka@i.ua
Полтав- ський	Котелевська	Центр соціальних служб Котелевської селищної ради	066-179-59-44	kotel_rcssdm@ukr.net
	Полтавська	Ветеранський центр м. Полтави	050-346-99-76	veterancenter.poltava@gmail.com
	Решети- лівська	Центр надання соціальних послуг Решетилівської міської ради	05363-2-64-95	resh_center@ukr.net
	Скорохо- дівська	Центр надання соціальних послуг Скороходівської селищної ради	050-305-54-87	skoroxodove_soc_pos@ukr.net

Послуги ветеранам в територіальних громадах Полтавської області

Район	Громада	Назва	Контакти	
Кременчуцький	Глобинська	Відділ соціального захисту та охорони здоров'я Глобинської міської ради	05365-2-55-40	cz.mr@ukr.net
	Горішньоплавнівська	Управління соціального захисту населення Горішньоплавнівської міської ради	05348-4-45-77, 05348-4-45-72	soc@hp-uszn.gov.ua
	Градизька	Головний спеціаліст із питань соціального забезпечення населення виконавчого комітету Градизької селищної ради	–	gradsz@ukr.net
	Козельщинська	Відділ соціального забезпечення виконавчого комітету Козельщинської селищної ради	05342-3-12-01	–
	Кременчуцька	Департамент соціального захисту населення Кременчуцької міської ради (Відділ по роботі з ветеранами війни)	098-744-46-00, 05367-3-94-77	34450973@mail.gov.ua
	Кременчуцька	Управління соціального захисту населення Автозаводського району Департаменту соціального захисту населення Кременчуцької міської ради (Відділ у справах осіб з інвалідністю та ветеранів)	050-053-73-80, 05367-5-86-84	26218015@mail.gov.ua

Продовж.

Район	Громада	Назва	Контакти
Кремен- чуцький	Кремен- чуцька	Управління соціального захисту населення Крюківського району Департаменту соціального за- хисту населення Кременчуцької міської ради (Відділ у справах осіб з інвалідністю та ветеранів	068-723-00-40, 05366-6-01-20
	Новога- ле- щинська	Відділ соціального захисту насе- лення Новогалещинської селищ- ної ради	050-221-99-50 galeshina.sr@ukr.net
	Оболонська	Відділ праці та соціального за- хисту населення виконавчого ко- мітету Оболонської сільської ради	066-404-14-40 upszn_obolon@ukr.net
	Омель- ницька	Відділ охорони здоров'я, праці та соціального захисту населення виконавчого комітету Омель- ницької сільської ради	096-623-66-26 vozpszn@omelnik.org.gov.ua
	Піщанська	Відділ соціального захисту насе- лення та соціальної служби для сім'ї, дітей та молоді виконавчого комітету Піщанської сільської ради	098-093-75-97 ipichugina1976@ukr.net
	Пришибська	Відділ праці, соціального захисту населення та охорони здоров'я виконавчого комітету Пришиб- ської сільської ради	097-573-31-20 viddil_praczipryshyb@ukr.net

Продовж.

Район	Громада	Назва	Контакти	
Кремен- чущий	Пришибська	Центр надання соціальних послуг виконавчого комітету Пришиб-ської сільської ради	096-236-46-12	centprishyb@ukr.net
	Семенівська	Управління праці та соціального захисту населення Семенівської селищної ради	050-693-48-50	semenivka_soc@ukr.net
Лубен- ський	Гребінків- ська	Відділ соціального захисту Гре-бінківської міської ради	093-322-37-27	555sotcgreb@ukr.net
	Лубенська	Управління соціального захисту населення виконавчого комітету Лубенської міської ради	05361-7-14-53	sz@lubnyrada.gov.ua
	Новоор- жицька	Відділ соціального захисту насе-лення Новооржицької селищної ради	05357-92-6-90	soc.novo@ukr.net
	Оржицька	Відділ соціального захисту насе-лення виконавчого комітету Оржицької селищної ради	066-335-05-20	vsz@orz-rada.gov.ua
	Пирятинська	Відділ соціального захисту та охорони здоров'я виконкому Пирятинської міської ради	05358-2-14-30	dspcc20@gmail.com
	Хорольська	Відділ соціального захисту насе-лення Хорольської міської ради	05362-33-3-95	horol_vidsoczah@ukr.net
	Чорнухин- ська	Відділ соціального захисту та охорони здоров'я Чорнухинської селищної ради	05340-51-4-60	sz_chornukhy@ukr.net

Продовж.

Район	Громада	Назва	Контакти
Миргородський	Білоцерківська	Сектор соціального захисту Білоцерківської сільської ради	050-551-79-24 szn.bilog@ukr.net
	Великобачанська	Відділ соціального захисту населення та охорони здоров'я виконавчого комітету Великобачанської селищної ради	066-220-85-80 vbsoczahist@ukr.net
	Великобудищанська	Сектор соціального захисту населення Виконавчого комітету Великобудищанської сільської ради	096-793-24-48 socprot.velbud@ukr.net
	Великорочинська	Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Великосорочинської сільської ради	096-663-82-26 sorochintsy_sr@meta.ua
	Гадяцька	Відділ соціального захисту населення Гадяцької міської ради	05354-3-21-28; 066-975-83-58 vszn-gadiachmr@ukr.net
	Гоголівська	Відділ соціального захисту населення Гоголівської селищної ради	066-831-94-31,- 066-171-04-18, 05356-3-55-82 soc.gogoleve@ukr.net
	Заводська	Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Заводської міської ради	office@zv.gov.ua
	Комишнянська	Сектор соціального захисту населення виконавчого комітету Комишнянської селищної ради	066-231-10-69 -
	Краснолуцька	Виконавчий комітет Краснолуцької сільської ради	068-340-69-82 snap_kr_luka@ukr.net
	Лохвицька	Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Лохвицької міської ради	05356-3-47-67 szotg@ukr.net

Продовж.

Район	Громада	Назва	Контакти
Миргородський	Лютенська	Сектор соціального захисту населення виконавчого комітету Лютенської сільської ради	096-545-78-81 lutenka@ukr.net
	Миргородська	Управління соціального захисту населення Миргородської міської ради	05355-5-44-06, 05355-5-61-31 uszn1632@adm-pl.gov.ua
	Петрівсько-Роменська	Виконавчий комітет Петрівсько-Роменської сільської ради	05354-5-85-42 petrivka.org@gmail.com
	Ромоданівська	Сектор соціального захисту населення виконавчого комітету Ромоданівської селищної ради	097-062-47-85 romodansoczah@ukr.net
	Сенчанська	Відділ соціального захисту населення Виконавчого комітету Сенчанської сільської ради	066-469-11-77 sencharada@ukr.net
	Сергіївська	Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Сергіївської сільської ради	099-759-78-62 soc@sergiyivskara.gov.ua
	Шишацька	Управління соціального забезпечення, праці та соціальних послуг Шишацької селищної ради	05352-9-10-15 szshrada@ukr.com
	Білицька	Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Білицької селищної ради	050-874-49-30 soc015@ukr.net
Полтавський	Великорублівська	Сектор соціального супроводу та надання соціальних послуг Виконавчого комітету Великорублівської сільської ради	066-382-26-91 vrss@ukr.net

Продовж.

Район	Громада	Назва	Контакти	
Полтавський	Диканська	Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Диканської селищної ради	05351-9-72-76	sotszakhyyst@gmail.com
	Драбінівська	Виконавчий комітет Драбінівської сільської ради	–	sr-drabunivka@ukr.net
	Зіньківська	Відділ соціального захисту виконавчого комітету Зіньківської міської ради	050-144-59-94	zinkiv.mr.vsz@ukr.net
	Кам'янопо- токівська	Відділ соціального захисту, послуг та справ дітей виконавчого комітету Кам'янопо- токівської сільської ради	067-597-46-28	viddil.sz@gmail.com
	Карлівська	Відділ соціального забезпечення виконавчого комітету Карлівської міської ради	05346-2-30-05	vszkarlrada@ukr.net
	Кобеляцька	Відділ соціального забезпечення виконавчого комітету Кобеляцької міської ради	05343-3-12-05	kob_socviddil@ukr.net
	Коломацька	Відділ соціального захисту населення та надання адміністративних послуг Коломацької сільської ради	0532-64-14-61	–
	Ланнівська	Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Ланнівської сільської ради	099-086-94-86	lanmaszn@ukr.net

Продовж.

Район	Громада	Назва	Контакти	
Полтавський	Мартинівська	Відділ соціального захисту населення управління правового, соціального забезпечення та управління персоналом апарату виконавчого комітету Мартинівської сільської ради	066-776-36-74	xalytynorada@ukr.net
	Мачухівська	Відділ соціального захисту населення Мачухівської сільської ради	050-457-71-44	socialmachukhi@gmail.com
	Машівська	Відділ соціального захисту та охорони здоров'я виконавчого комітету Машівської селищної ради	099-248-90-25	szn@mashotg.gov.ua
	Михайлівська	Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Михайлівської сільської ради	097-436-02-57	mih_socgrom@ukr.net
	Нехворощанська	Відділ соціального захисту населення ВК Нехворощанської сільської ради	066-608-07-49	u130291@ukr.net
	Новосанжарська	Відділ соціального захисту населення Новосанжарської селищної ради	05344-3-40-84	45359306@ukr.net
	Новоселівська	Відділ соціального захисту населення та ветеранської підтримки Виконавчого комітету Новоселівської сільської ради	0532-55-68-39	nowoselivka-cso@ukr.net

Продовж.

Район	Громада	Назва	Контакти	
			050-555-15-82	opishnya_s-gviddil@ukr.net
Полтавський	Опішнянська	Соціально-гуманітарний відділ Опішнянської селищної ради		
	Полтавська	Управління соціального захисту населення виконавчого комітету Шевченківської районної в м. Полтаві ради	0532-68-11-45	rij1603@ukr.net
	Полтавська	Відділ з питань обслуговування осіб з інвалідністю, ветеранів війни і праці та громадян, які постраждали внаслідок аварії на ЧАЕС	0532-68-11-54, 0532-68-11-55	
	Полтавська	Управління соціального захисту населення виконавчого комітету Київської районної в м. Полтаві ради	0532-56-24-75	soc1601@kr-pl.gov.ua
	Полтавська	Територіальний центр соціального обслуговування (надання соціальних послуг) виконавчого комітету Київської районної в м. Полтаві ради	0532-56-73-17	terc1601@i.ua
	Полтавська	Управління соціального захисту населення Подільської районної у м. Полтаві ради	0532-51-20-43	
	Полтавська	Відділ соціальних гарантій осіб з інвалідністю, ветеранів та дотримання стандартів рівності	0532-51-30-02	podilske@upszn-pl.gov.ua

Продовж.

Район	Громада	Назва	Контакти	
Полтавський	Решетилівська	Відділ сім'ї, соціального захисту та охорони здоров'я виконавчого комітету Решетилівської міської ради	050-069-13-37	reshsoczahyst@gmail.com
	Терешківська	Відділ соціального захисту населення Виконавчого комітету Терешківської сільської ради	066-318-75-68	soctereshky@ukr.net
	Чутівська	Відділ з питань ветеранської політики виконавчого комітету Чутівської селищної ради	050-244-16-36	Milana8pavl@gmail.com
	Щербанівська	Відділ соціального захисту населення виконавчого комітету Щербанівської сільської ради	099-723-36-25	soczahscherban@ukr.net

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Агаєв Н. А., Скрипкін О. Г., Дейко А. Б, Поливанюк В. В., Еверт О. В. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу ЗСУ : метод. рек. / Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.
3. Актуальні проблеми гендерної політики у Збройних Силах України : навч.-метод. посіб. / В. П. Кротиков, В. Л. Топальський, В. М. Малюга та ін. ; за заг. ред. Б. П. Андрусюка. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2011. 112 с.
4. Алещенко В. І. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навч. посіб. Харків : ХУПС, 2005. 84 с.
5. Алещенко В. І. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій. *Психологічний журнал*. 2022. № 8. С. 6–16. DOI: <https://doi.org/10.31499/2617-2100.8.2022.258305>
6. Алієв О. С., Заїка В. М. Комплексний підхід до соціально-психологічної адаптації учасників антитерористичної операції в Україні. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2017 р. Київ, 2017. С. 3–7.
7. Алієв О. С., Заїка В. М. Проблеми та перспективи захисту прав учасників бойових дій в Україні в рамках їх соціально-психологічної адаптації до умов мирного життя : матеріали Регіональної наук.-практ. конф. «*Права людини в Україні: сучасний стан та механізм реалізації*», м. Полтава, 7 грудня 2016 р. Полтава, 2016. С. 425–431.

8. Андруська Ю. Арт-терапія у клубній роботі психолога як засіб реабілітації військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом / наук. керів. проф. В. Ф. Моргун. *Формування сучасного освітнього середовища: теорія і практика* : зб. наук. пр. / за ред. Н. В. Сулаєвої. Полтава, 2021. С. 96–99.
9. Арттерапевтична реабілітація військовослужбовців: техніки відновлення : метод. посіб. / за ред. Тетяни Курганської. Київ : ТОВ «7БЦ». 2024. 264 с.
10. Архипова С. П., Майборода Г. Я., Тютюнник О. В. Методи та технології роботи соціального педагога : навч. посіб. Київ : Видавничий дім «Слово», 2011. 396 с.
11. Афективні порушення при віддалених наслідках посттравматичного стресу / Л. В. Животовська, А. М. Скрипніков, А. А. Сокіл, Д. І. Бойко. *Вісник проблем біології та медицини*. 2019. Вип. 1, т. 1 (148). С. 32–36.
12. Безпалько О. В. Організація соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю у територіальній громаді: теоретико-методологічні основи : монографія / М-во освіти і науки України; Ін-т проблем виховання АПН. Київ : Наук. світ, 2006. 363 с.
13. Блінов О. А. Досвід психологічної реабілітації учасників АТО та членів їх сімей в умовах санаторію. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю : наукове видання. Київ, 2016. С. 23–26.
14. Блінов О. А. Опитувальник бойового стресу Блінова О. А. (ОБСБ) : наук.-метод. видання. Київ : Талком, 2019. 36 с.
15. Блінов О. А. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР). *Психологічний часопис* : зб. наук. пр. / за ред. С. Д. Максименка. № 1 (11). Вип. 11. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2018. С. 26–37.

16. Блінов О. А. Психологія бойового стресу : дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04 – медична психологія. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2020. 660 с.
17. Бойко Д. І. Якість сну та унікаюча поведінка в комбатантів з посттравматичним стресовим розладом / Д. І. Бойко, О. В. Мац, О. І. Шкідченко. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2024. Т. 24, № 2 (86). С. 4–9.
18. Бондарев Г. В., Круть П. П. Основи військової психології : навч. посіб. Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків, 2020. 272 с.
19. Булах О. Ю. Основні напрями реформування системи медичного забезпечення Збройних Сил України в сучасних умовах. *Військова медицина України*. 2013. № 2. Т. 13. С. 20–27.
20. Вилко В. М. Подолання стресового стану та посттравматичного стресового розладу офіцерським складом в ході антитерористичної операції. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи*. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю 12–13 лютого 2016 р. С. 36–40.
21. Від поранення до повернення. Етнографічне дослідження шляху ветеранів та їхніх близьких / [Тіна Полек, Євген Лисенко, Олексій Москаленко, Денис Султангалієв, Любов Галан] ; за заг. ред. Л. Галан., Д. Султангалієва. Київ, 2023. 139 с.
22. Вільямс М. Б., Пойюла С. ПТСР: робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Б. м. : Вид-во Ростислава Бурлаки. 2023. 528 с.
23. Гоуг Ч. Одного разу воїн – воїн назавжди. Як повернутися до звичного життя після бойових дій. Б. м. : Наш формат. 2024. 352 с.

24. Гридковець Л. М. Світ життєвих криз людини як дитини своєї сім'ї, свого роду та народу : монографія. Львів : Скриня, 2016. 512 с.
25. Гроссман Дейв. Вбивство: психологічна плата за навчання вбивати на війни і в мирний час / пер. з анг. Андрій Накорчевський ; фаховий редактор Олег Фешовець. Львів : Астролябія, 2024. 560 с.
26. Даллер Р., Хамфріс Д. В очікуванні першого променю сонця. Моя тривала боротьба з ПТСР. Перекладено за виданням *Waiting for First Light: My Ongoing Battle with PTSD*. Vintage Canada, 2019. Київ : Портал, 2024. 224 с.
27. Діти та війна. Навчання технік зцілення. Для дітей віком від 8 до 18 років / Патрік Сміт, Атле Дирегров, Вільям Юле / пер. з англ. О. Антонішин ; наук. ред. Катерини Явної. Львів : Галицька Видавнича Спілка, 2022. 108 с.
28. Дудецька С., Заїка В. Особливості соціально-психологічної адаптації безробітних у період воєнного стану. *Habitus*. 2024. № 58. С. 232–238. DOI: <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.58.39>.
29. Жаховський В. О. Система управління медичним забезпеченням Збройних Сил України: потреба в удосконаленні. *Наука і оборона*. 2013. № 1. С. 23–27.
30. Заїка В. М. Кризи особистості: психологічні виміри трансформації та зростання. *Правові, економічні та соціокультурні засади регулювання суспільних відносин* : колективна монографія / наук. ред. Р. Басенко ; Полтав. ін-т екон. і права Університету «Україна». Полтава – Київ : Університет «Україна», 2022. С. 464–495. 522 с.
31. Заїка В. М. Гендерний аспект соціально-психологічної адаптації учасників антитерористичної операції до умов мирного життя. *Психологічні виміри культури, економіки, управління* : Науковий журнал / [відповідальний ред. О. М. Лозинський]. Україна, Львів, 2018. Вип. XII. С. 6–16.

32. Заїка В. М. До проблеми вивчення особливостей прояву посттравматичного стресового розладу учасників АТО в їх соціально-психологічній адаптації до умов мирного життя. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи* : матеріали III Всеукраїнської наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2019 р. Київ, 2019. С. 118–121.
33. Заїка В. М. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу учасників ООС. *Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики* : тези доп. XIX Міжнар. науково-практичної конференції, м. Київ, 20–21 листопада 2019 р. : у 3 ч. Київ, 2019. Частина 1. С. 49–52.
34. Заїка В. М. Особливості трансформації особистості людини в ході вирішення життєвої кризи : монографія. Полтава : ПНПУ, 2013. 100 с.
35. Заїка В. М. Подолання кризових станів в умовах ініціювання особистісних трансформацій. *Соціальна психологія*. 2009. № 3. С. 101–110.
36. Заїка В. М. Проблема діагностики посттравматичного стресового розладу у осіб, які пережили складні життєві ситуації. *Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики* : тези доп. XXIII Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 29–30 листопада 2023 р.). У II част. Ч. I. Київ : Університет «Україна», 2023. С. 305–309.
37. Заїка В. М. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій в Україні. *Молодь: освіта, наука, духовність. Youth: education, science, spirituality* : тези доп. XV Всеукр. наук. конф., м. Київ, 17–19 квітня 2018 р. : у III част., Київ, 2018. Ч. III. С. 144–145.
38. Заїка В. М. Типологічні моделі ініціювання особистісних трансформацій в умовах подолання кризових станів

- особистості : автореф. дис. канд. психол. наук – 19.00.01. Луцьк, 2015. 20 с.
39. Заїка В. М., Алієв О. С. Гендерні особливості соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій до умов мирного життя. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи* : матеріали ІІ Всеукр. наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2018 р. Київ, 2018. С. 157–173.
40. Заїка В. М., Алієв О. С. Комплексний підхід до соціально-психологічної адаптації учасників антитерористичної операції в Україні. *Соціальна робота в сучасному суспільстві: тенденції, виклики, перспективи* : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., м. Полтава, 28 лютого 2017 р. Київ, 2017. С. 3–7.
41. Заїка В. М., Алієв О. С. Проблеми та перспективи захисту прав учасників бойових дій в Україні в рамках їх соціально-психологічної адаптації до умов мирного життя : матеріали Регіональної наук.-практ. конф. «Права людини в Україні: сучасний стан та механізм реалізації», м. Полтава, 7 грудня 2016 р. Полтава, 2016. С. 425–431.
42. Заїка В. М., Алієв О. С. Соціально-психологічна адаптація учасників бойових дій до умов мирного життя: гендерний аспект. *Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф., м. Полтава, 16–17 травня 2018 р. : у 3 т. Київ, 2018. Т. 1. С. 49–60.
43. Заїка В. М., Клевака Л. П. Психологічні особливості динаміки переживання, подолання та особистісної трансформації людини в умовах життєвої кризи. *Humanitarium*. 2020. Т. 44. Вип. 1. С. 51–58.
44. Заїка В. М., Моргун В. Ф. Особистісна трансформація як засіб подолання життєвої кризи людини. *Wissenschaft für den modernen menschen erziehung, psychologie, philosophie*,

- philologie, kunstgeschichte / Science for modern man education, psychology, philosophy, philology, art history. Monografische Reihe «Europäische Wissenschaft» / Monographic series «European Science». Book 4. Part 7. Monographie / Monograph. ScientificWorld-Net Akhat AV. Karlsruhe, 2021. S / P. 3–4; 91–96; 164–165.
45. Заїка В. М., Моргун В. Ф. Типологія життєвих криз та ініціальних тенденцій трансформації людини на основі багатовимірної теорії особистості. *Психологія і особистість*. 2016. № 2 (10). Частина 2. С. 29–44. DOI: <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2016.2.163149>.
46. Заїка В. М., Перетятко Л. Г. Особливості трансформації особистості при подоланні кризових ситуацій у житті людини. *Наукові студії із соціальної та політичної психології* : зб. статей / АПН України, Ін-т соціальної та політичної психології; Редкол.: С. Д. Максименко, М. М. Слюсаревський та ін. Київ, 2007. Вип. 16 (19). С. 191–199.
47. Заїка В. М., Страшко Є. Ю., Лебедев В. А., Чернов А. А. Пілотний проект програми роботи оздоровчого табору (природо терапевтичної групи) із використанням методу «природо терапії» та «рекреації». Матеріали III Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнародною участю «*Медична реабілітація в Україні: сучасний стан та напрями розвитку, проблеми та перспективи*», 8 вересня 2023 року. [Текст] / ПДМУ ; [ред. кол.: В. М. Ждан, В. П. Лисак, І. А. Голованова та ін.]. Полтава, 2023. С. 90–93.
48. Заїка В. М., Чернов А. А., Лебедев В. А. Пілотний проект відновлення родинних зв'язків військовослужбовців звільнених в запас з їхніми сім'ями в межах рекреаційної програми «Природотерапія 2023». Матеріали I Міжнар. наук.-практ. конф. «*Прояви резилієнтності на різних рівнях системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни*»,

- м. Полтава, 23 листопада 2023 року / Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка». Полтава, 2023. С. 82–87.
49. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України «Про Державну прикордонну службу України». *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 2003. № 27, ст. 209. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/662-15#Text> (дата звернення: 17.03.2024).
50. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України у зв'язку з прийняттям Закону України «Про розформування Національної гвардії України». *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 2001. № 9, ст. 38. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2171-14#Text> (дата звернення: 17.03.2024).
51. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству». *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 2018. № 5. Ст. 35. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2229-19#Text> (дата звернення: 17.03.2024).
52. Закон України «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей». *Відомості Верховної Ради України (ВВР)*. 1992, № 15, ст. 190. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text> (дата звернення: 17.03.2024).
53. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В. Л. Зливков, С. О. Лукомська, О. В. Федан. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
54. Калагін Ю. А. Гендерний аспект типологізації особистості військовослужбовців ЗСУ. *Український соціум*. 2013. № 3. С. 44–53.
55. Калагін Ю. А. Стереотипи військовослужбовців-жінок про армію та військову службу. *Грані*. 2014. № 2. С. 112–117.

56. Коваль Л. Г. Соціальна педагогіка : навч. посіб. Київ : ІЗМН, 1997. 392 с.
57. Козяр М. М. Екстремально-професійна підготовка до діяльності у надзвичайних ситуаціях : монографія. Львів : «СПОЛОМ», 2015. 376 с.
58. Кокур О. М. Збірник методик для діагностики психологічної готовності військовослужбовців військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2011. 281 с.
59. Кокур О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с.
60. Кокур О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
61. Кокур О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Збірник психодіагностичних методик для професійно-психологічного відбору кандидатів на військову службу за контрактом у Збройних Силах України : метод. посіб. Київ : Видавничий дім «Освіта України», ФОП Маслаков Руслан Олексійович, 2021. 74 с.
62. Кокур О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с.
63. Комар З. Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів. Київ, 2017. 184 с.
64. Кондюкова В. В. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навч.-метод. посіб. Київ : Гнозис, 2013. 116 с.

65. Кондрюкова В. В., Слюсар І. М. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навч.-метод. посіб. Київ : Гнозис, 2013. 116 с.
66. 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.
67. Красильщиков А. Л. Соціальна адаптація звільнених у запас військовослужбовців (проблеми та досвід їх вирішення в Україні та зарубіжних країнах). *Демографія та соціальна економіка*. 2005. № 2. С. 117–125.
68. Кривошей В. М. Формування та реалізація державної політики у сфері соціально-психологічної адаптації учасників бойових дій : дис. ... канд. наук з держ. упр. – 25.00.02 / Інститут підготовки кадрів Державної служби зайнятості України. Київ, 2020. 272 с.
69. Кризова психологія: навч. посіб. / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2010. 401 с.
70. Круз В. Терапія ПТСР для військових : практ. посіб. 2024. 128 с.
71. Кучеренко С. М, Хоменко Н. М Організаційні особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, до умов мирного життя. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2017. Вип. 21. С. 66–74.
72. Ла Страда-Україна. Міжнародний жіночий правозахисний центр: протидія торгівлі людьми, насильству в сім'ї; захист прав дітей. URL: www.la-strada.org.ua (дата звернення: 17.03.2024).
73. Лебедев В. А., Чернов А. А. Терапевтичний альянс з пацієнтом-військовим для надання психологічної допомо-

- ги: досвід центру реабілітаційної медицини. Матеріали Всеукр. наук.-практ. конференції з міжнародною участю «Екстрена та невідкладна допомога в Україні: організаційні, правові, клінічні аспекти», м. Полтава, 24 лютого 2023 року. / ПДМУ; [ред. кол.: В. М. Ждан, В. П. Лисак, І. А. Голованова та ін.]. Полтава, 2023. 168 с.
74. Линский И. В., Кузьминов В. Н., Позднякова Н. В., Онищук С. В., Шестопалова Л. Ф., Гриневич Е. Г. Розлади адаптації серед цивільного населення, яке пережило бойові дії, через місяць після їх припинення. *Український вісник психоневрології*. 2014. Т. 22. Вип. 3 (80). С. 512.
75. Ломакін Г. І. Прояви порушень реабілітації учасників бойових дій у системі суспільних відносин. *Проблеми емпіричних досліджень у психології*: матеріали VI Міжнар. наук.-практ. конф., м. Київ, 6–7 грудня 2012 р. / за ред. І. В. Данилюка, І. В. Ващенко. Київ, 2012. С. 94–100.
76. Ляска О., Федірко П., Березкін О. Методичні аспекти соціально-психологічної роботи з військовослужбовцями, що звільняються з лав збройних сил. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2021. № 5 (109). С. 415.
77. Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 128–140. DOI: <https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-128-140>.
78. Малородна О., Чернов А. Специфіка міжособистісної взаємодії психолога з військовослужбовцями звільненими в запас. Матеріали Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. «Вітчизняна наука на зламі епох: проблеми та перспективи розвитку»: зб. наук. пр. Переяслав, 2023. Вип. 91. С. 69–73.
79. Малхазов О. Р. Розвиток емоційної стійкості осіб, що переживають наслідки травматичних подій: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2022. 215 с.

80. Маноха І. П. Психологія потаємного «Я». Київ : Поліграф-книга, 2001. 448 с.
81. Мельник А., Мушкевич М., Федоренко Р. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / за ред. М. І. Мушкевич. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с.
82. Ментальне здоров'я та психосоціальна підтримка: Синдром вцілілого. URL: <https://spilnoinpl.org/article/syndrom-vtsililoho> (дата звернення: 17.03.2024).
83. Методичний посібник для соціальних працівників: посилення спроможності соціальних працівників здійснювати психосоціальну підтримку ветеранів та їх сімей з питань психічного здоров'я / упорядники: В. Горбунова, О. Савиченко, І. Тичина, Н. Портницька. Київ : Програма реінтеграції ветеранів IREX, 2022. 61 с.
84. Ми ПЕРЕЖИЛИ. Техніки відновлення для сімей військових, цивільних та дітей. Друге видання : практ. посіб. для внутрішньо переміщених осіб, демобілізованих та їхніх сімей / Психологічна кризова служба ГО «УАФПНПП», Посольство Сполученого королівства Великої Британії та Північної Ірландії в Україні. [авт.-уклад. Г. Циганенко, О. Масик, О. Григор'єва та ін.]; за наук. ред. Г. В. Циганенко. Дніпро : Середняк Т. К., 2019. 96 с.
85. Можаровський В. М. Збройні Сили України повинні відповідати сучасним вимогам. *Військо України*. 2012. № 1–2 (138). С. 6–11.
86. Моргун В. Ф., Заїка В. М. Багатовимірні типології життєвих криз, трансформацій самодіяльності особистості та ритуалів давніх культур як засобів їх подолання. *Інсайт : зб. наук. робіт.* / ред. кол. І. С. Попович, С. Ф. Бабатіна, І. Р. Крупник, О. Є. Блинова та ін. Херсон : ВД «Гельветика», 2018. С. 182–186 / 296 с.

87. Нагорна Н. В. Повернутися з війни. Київ : ДПА, 2018. 120 с.
88. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців. Київ, 2023. 164 с.
89. Невидимий батальйон: участь жінок у військових діях в АТО (соціологічне дослідження) / за заг. ред. Тамари Марценюк. Київ : ФОП Клименко, 2016. 80 с.
90. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с.
91. Орловська О. Особливості адаптації військовослужбовців до умов цивільного життя. *Молодий вчений*. 2019. № 8 (72). С. 45–49. DOI: <https://doi.org/10.32839/2304-5809/2019-8-72-11>.
92. Орос М. М., Гал А. В. Стрес, дистрес, його види та корекція. *Ліки України*. 2021. Вип. 7 (253). С. 32–35.
93. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Київ, 2018. Т. 3. 236 с.
94. Осьодлю В. І., Хміляр О. Ф. Психологічна допомога військовослужбовцям : досвід армію Ізраїлю. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : мат. Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Київ, 2016. С. 63–65.
95. Павлюк М., Овдій І. Психологічна адаптація військовослужбовців збройних сил України. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. 70(6). С. 134–141. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-70-6-134-141>.
96. Певень Л. В. Стан і перспективи вирішення соціальних проблем військовослужбовців. *Соціологічні дослідження*. 2002. № 5. С. 76–92.
97. Пилипака Ю. І., Романюк В. Л. Стрес як загальний адаптаційний синдром та психічне здоров'я особистості. *Психологія: реальність і перспективи*. 2016. Вип. 6. С. 177–182.

98. Посібник для тренера «Люди з досвідом війни. Гідність. Взаємодія» створено у межах ініціативи першої леді Олени Зеленської – Всеукраїнської програми ментального здоров'я, за підтримки Всесвітньої організації охорони здоров'я. Авторський колектив : Акименко Ю. Ф., Кириленко М. І., Лахтадир А. М., Одиниця В. В. 72 с.
99. Посттравматичний стресовий розлад: найактуальніша проблема сьогодення / А. І. Могильник, Л. В. Животовська, К. В. Тарасенко, Д. І. Бойко, Є. Г. Сонник, О. О. Архиповець. *Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії*. 2023. Т. 23, вип. 3 (83). С. 203–212. DOI: <https://doi.org/10.31718/2077-1096.23.3.203>.
100. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація : метод. рек. / уклад. : Волошин П. В., Шестопалова Л. Ф., Підкоритов В. С. та ін. Харків, 2002. 47 с.
101. Приб Г. А., Бегеза Л. Є., Раєвська Я. М. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців/ветеранів: проблематика вивчення. *Габітус*. 2022. Вип. 35. С. 159–163. DOI: <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2022.35.23>.
102. Про перелік закладів і установ освіти, охорони здоров'я та соціального захисту і посад, робота яка дає право на пенсію за вислугу років: офіц. текст : за станом на 4 лист. 1993 р. / Постанова Кабінету Міністрів України. Офіц. вид. Київ : Парлам. вид-во, 2006. 21 с.
103. Проблеми професійної та соціальної адаптації офіцерів, звільнених з військової служби у зв'язку зі скороченням Збройних Сил України: аналітичний звіт за результатами соціологічних досліджень. Київ, 2004. 86 с.
104. Протоколи надання першої психологічної допомоги військовослужбовцям Національної гвардії України в екстремальних умовах діяльності : посібник / О. С. Колесніченко, Я. В. Мацегора, І. І. Приходько / за заг. ред. проф. І. І. Приходька. Харків : НА НГУ, 2018. 40 с.

105. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.] ; за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 260 с.
106. Психологічна підготовка. Головне управління морально-психологічного забезпечення ЗСУ. Наказ № 39 від 29.03.2019 р. Військовий стандарт СТІ 000А.22А. Психологічна підготовка (система індивідуальної підготовки), затверджений начальником Головного управління морально-психологічного забезпечення Збройних Сил України від 21.03.2019 № 39.
107. Психологічний супровід незламних: методичні рекомендації по роботі з військовослужбовцями, які зазнали ампутації внаслідок бойових дій / Т. В. Карамушка, Л. Ю. Полівко, О. Ю. Вісіч [та ін.]. Київ – Львів : Видавець Вікторія Кундельська, 2023. 60 с.
108. Психологія бою : посібник / Романишин А. М., Грищев Т. Л., Капінус О. С., Мацевко Т. М. ; за ред. А. М. Романишина. Львів : Астролябія, 2017. 352 с.
109. Психологія життєвої кризи / відп. ред. Т. М. Титаренко. Київ : Агропром-видав України, 1998. 348 с.
110. Пузирьов Є. В., Ізвеков В. В. Бойовий стрес та його наслідки для військовослужбовця. *Вчені записки Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*. Серія: Психологія. 2023. Том 34 (73). Вип. 1. С. 203–209.
111. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад : навч. посіб. / Л. О. Герасименко, А. М. Скрипніков, Р. І. Ісаков. Київ : ВСВ «Медицина», 2023. 120 с.
112. Реєстраційна картка технології № 0623U000132. Спосіб комплексного лікування посттравматичного стресового розладу з урахуванням якості сну / заяв. Д. І. Бойко,

- Л. В. Животовська, Д. С. Цибенко, Л. А. Боднар, П. С. Марченко ; власник Полтавський державний медичний університет. № Держреєстрації НДДКР : 0121U108235. – Дата реєстрації : 11.10.2023.
113. Реєстраційна картка технології № 0624U000066. Технологія проведення корекції розладу адаптації шляхом інтегрованого способу ведення пацієнтів з урахуванням якості сну / А. М. Скрипніков, Д. І. Бойко, В. О. Рудь, Д. С. Цибенко, Л. А. Боднар ; власник Полтавський державний медичний університет. – № Держреєстрації НДДКР : 0121U108235. – Дата реєстрації 07.06.24.
114. Савченко Ю. С. Деякі особливості правового статусу військовослужбовців-жінок у Збройних силах України. *Юридична наука*. 2011. № 6. С. 175–181.
115. Салюк М. А., Петренко Т. С. Особливості сприйняття образу ветерана АТО сучасною українською молоддю. *Osiągnięcia naukowe i perspektywy : Mater. I Międz. Konf. Nauk.-Prakt. / Pod red. M.Andrzejewskiego*. Wrocław : Nowa nauka, 2019. 112 p. С. 93–94.
116. Семигіна Т. В. Введення в соціальну роботу у : навч. посіб. Київ : Фенікс, 2001. 160 с.
117. Серебряков О. М. «Через Житомирський військовий шпиталь вже пройшло більше 2000 учасників АТО». URL: <https://reporter.zt.ua/2015/02/Serebryakov-Cherez-Zhytomyrskyuy-viyskovyy-shpytal-vzhe-proyshlo-bilshe-2000-uchasnykiv-ATO> (дата звернення: 17.03.2024).
118. Система психологічної діагностики Лідер – 1: інструкція щодо роботи. *Соціально-психологічний центр Збройних Сил України*. Київ, 2012. С. 59.
119. Слюсар І. М. Посттравматичний стресовий розлад у працівників дорожньо-патрульної служби Державтоінспекції: профілактика, психологічна діагностика та корекція : дис. канд. психол. наук : 19.00.06. Київ, 2005. 211 с.

120. Соціальна педагогіка : мала енциклопедія. Київ : Центр навчальної літератури, 2008. 336 с.
121. Столярик О., Семигіна Т. Повернутися з війни: психосоціальна підтримка ветеранів/-нок та членів їхніх сімей. *Social Work and Education*. 2023. Vol. 10, № 1. Р. 63–77. DOI: 10.25128/2520-6230.23.1.6.
122. Ставлення військовослужбовців до гендерної рівності та її утвердження у ЗСУ: Звіт за результатами соціологічного дослідження / Міністерство оборони України, Науково-дослідницький центр гуманітарних проблем Збройних сил України. Київ, 2011. 66 с.
123. Сукіасян С. Г., Тадевосян М. Я. Бойовий стрес і органічне ураження головного мозку: варіант динаміки посттравматичного стресового розладу. *Журнал неврології та психіатрії*. 2020. № 9(120). С. 19–27.
124. Сучасні підходи до фармакотерапії посттравматичного стресового розладу / Л. В. Животовська, Д. І. Бойко, А. А. Сокіл, О. В. Погорілко, В. А. Волошин. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 2, т. 2. С. 38–44.
125. Телелим В. М. Найважливіші аспекти розвитку збройної боротьби. *Військо України*. 2012. № 1–2 (138). С. 12–17.
126. Титаренко Т. М. Життєві кризи: технології консультування : у 2 ч. Київ : Главник, 2007. Друга частина. 176 с.
127. Титаренко Т. М. Життєві кризи: технології консультування : у 2 ч. Київ : Главник, 2007. Перша частина. 144 с.
128. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. Київ : Либідь, 2003. 376 с.
129. Титаренко Т. М. Кризова особистість у психолого-антропологічному вимірі. *Соціально-гуманітарна освіта України та шляхи її розбудови*, Київ, 1997. С. 264–268.
130. Титаренко Т. М., Дворник М. С., Климчук В. О. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практ. посіб. / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та полі-

- тичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.
131. Трубавіна І. М. Концепція «допомоги для самопомоги» в соціальній роботі в Україні. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2003. № 2. С. 44.
132. Тюптя Л. Т. Соціальна робота: теорія і практика. Київ : Знання, 2008. 504 с.
133. Узагальнений медичний звіт Збройні Сили України. Київ : Військово-медичний департамент МО України, 2013. № 2. 35 с.
134. Українська військова медична академія. URL: <https://uvma.mil.gov.ua> (дата звернення: 17.03.2024).
135. Ульянов К. (Valde). Бойовий стрес та психологія екстремальних ситуацій: науково-популярне. Вид. друге. Київ : ТОВ «Бізнес-Логіка», 2024. 320 с.
136. Ульянов К. (Valde). Броньований розум. Бойовий стрес та психологія екстремальних ситуацій. Київ, 2024. 304 с.
137. Ульянов К. (Valde). Не можна казати військовому: «Я тебе розумію», – автор книги «Броньований розум», сержант ЗСУ про ветеранів і суспільство. URL: <https://war.telegraf.com.ua/ukr/war-in-ukraine/2024-10-27/5883263-ne-mozhna-kazati-viyskovomu-ya-tebe-rozumiyu-avtor-knigi-bronovaniy-rozum-serzhant-zsu-pro-veteraniv-i-suspilstvo> (дата звернення: 15.11.2024).
138. Уотсон К. Гендерні питання в секторі оборони : збірник інформаційно-методичних матеріалів «Гендерні питання в секторі безпеки». Посібник 3. Женева : ДКЗС, ОБСЄ/БДПЛ, ООН Жінки. 76 с.
139. Устінова Т., Глазкова А., Донець Ю. Батьки повертаються з війни: розповідь про сімейне відновлення. Київ : ТОВ «Мега-Поліграф», 2020. 64 с.
140. Хайдукова О. Що таке травма свідка і як допомогти собі та близьким з нею впоратися. URL:

- <https://www.wonderzine.me/wonderzine/life/psychology/10491-scho-take-trauma-svidka-i-yak-dopomogti-sobi-ta-blizkim-z-peyu-vporatysya#> (дата звернення: 17.03.2024).
141. Циганенко Г., Пяста Р. Путівник військовослужбовця та мобілізованого : практ. посіб. Львів : Колесо, 2016. 64 с.
 142. Чабан О. С., Хаустава О. О., Омелянович В. Ю. Психічні розлади воєнного часу : монографія. Київ : Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.
 143. Чернишова І., Перун Ю., Бойченко О. Адаптація ветеранів в організацію після повернення з війни. Посібник для керівника. Київ : МХП. 2023. 39 с.
 144. Чернов А. А., Заїка В. М., Лебедєв В. А. Особливості психологічного консультування військовослужбовців, які були звільнені в запас або у відставку за станом здоров'я, під час дії воєнного стану. *Психолого-педагогічні координати розвитку особистості* : зб. наук. матеріалів IV Міжнар. наук.-практ. конф., м. Полтава, 1–2 червня 2023 р. Полтава, 2023. С. 246–255.
 145. Шарговська О. Як спілкуватися з дитиною, чії батьки на війні: поради військового психолога А. Козінчука. *Освітoria*. URL: <https://osvitoria.media/opinions/yak-spilkuvatys-z-dytynoyu-chyui-batky-na-vijni/> (дата звернення: 17.03.2024).
 146. Шестопа І. А. Гендерні особливості професійної самореалізації особистості. *Проблеми сучасної психології*. 2016. Вип. 34. С. 61–623.
 147. Шифр «Гендерне лобі». Гендерний фактор у військових конфліктах та стратегія інтеграції жінок у збройні сили структури: загрози та виклики. 2017–2018. 37 с. URL: <http://surl.li/rqgzh> (дата звернення: 17.03.2024).
 148. Шрокке К., Л'Арронж Л. Темні куточки. У мого татка ПТСР! Адаптований переклад Наталія Кликова Волянук. Книга надрукована завдяки підтримці міжнародної організації «Ротарі Інтернешл» 2024. 40 с.

149. Що таке неврастенія? URL: <https://compendium.com.ua/uk/news/nevrasteniya-prichini-simptomi-terapiya-ta-profilaktika/> (дата звернення: 17.03.2024).
150. Юнгер С. Плем'я. Про повернення з війни і належність до спільноти / пер. з англ. Ольга Корнюшина. 2-ге вид. Київ : Наш Формат, 2024. 128 с.
151. Юнгер С. Свобода / переклад з англ. Ольга Конюшина. Київ : Наш Формат, 2024. 128с.
152. Яблонська Т. М., Дембицька Н. М. Адаптація до цивільного життя військовослужбовців, які повернулись із зони бойових дій. *Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи* : матеріали II Міжнар. наук-практ. конф. Київ, 2017. С. 193–200.
153. Ягупов В. В. Військова психологія : підручник. Київ : ТанDEM, 2004. 656 с.
154. Я повернувся: психологічний poradник / Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н. А. Агаєв, О. Г. Скрипкін, А. Б. Дейко, О. В. Евєрт. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. 20 с.
155. Berliner P., Nikkelsen E. M., Bovbjerg A., Wiking M. (2004). Psychotherapy treatment of torture survivors. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 8, 85–96.
156. Boiko D. I. Increased subsequent risk of mental disorders after experienced stress-related disorders: correspondence / D. I. Boiko, A. D. Shkodina // *Annals of Medicine and Surgery*. – 2023. – Vol. 85 (4). – P. 1306–1307.
157. Boiko D. I. Sleep problems in combatants with posttraumatic stress disorder and its acceptance = Проблеми зі сном при посттравматичному стресовому розладі та їх прийняття у комбатантів. *Вісник проблем біології і медицини*. 2024. Вип. 2 (173). С. 165–174.

158. Boiko D. I. The mediating role of poor sleep quality in the relationship between posttraumatic stress disorder and aggression in combatants / D. I. Boiko, L. V. Zhyvotovska, H. Chopra. *The Medical and Ecological Problems*. 2024. Vol. 28, № 1. P. 13–20.
159. Brown G. W. Traumatic Stress. G. W. Brown et all. 1985. Vol. 147. P. 612–622.
160. Convention against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment General Comment No. 3 of the Committee against Torture. Committee against Torture, 2012.
161. McFarlane A. C. Long-term psychiatric morbidity after a natural disaster: Implications for disaster planners and emergency services. *Medical Journal of Australia*. 1986. № 14. P. 561–563.
162. Quarantelli E. L. Posttraumatic stress disorder. E. L. Amer. Rev. Soc. 1977. Vol. 3. P. 23–49.
163. Shevchuk, V., Vlasova, O., Zaika, V., Morgun, V., & Kaliuzhna, Y. (2022). Psychological and pedagogical support for the quality of life of persons with disabilities. *International Journal of Health Sciences*, 6(2), 1108–1122. DOI: <https://doi.org/10.53730/ijhs.v6n2.11330>.
164. Shevchuk, V., Vlasova, O., Zaika, V., Morgun, V., & Kaliuzhna, Y. (2024). On the role of psychological and pedagogical support to improve the life quality of persons with disabilities in higher education institutions. *Conhecimento & Diversidade*, Niterói, v. 16, n. 42. Abr./Jun. 2024. P. 564–581. DOI: <https://doi.org/10.18316/rcd.v16i42.11770>.
165. Shkodina A. D. Sleep and armed conflict: future complications of war in Ukraine / A. D. Shkodina, A. I. Zhyvotovska, D. I. Boiko. *Revue Neurologique*. 2022. Vol. 178, issue 9. P. 869–871.

166. Terence M. Keane, PhD. The epidemiology of posttraumatic stress disorder: some comments and concerns. *Ptsd Research Quarterly*. 1990. Vol. 1, № 3. P. 46–61.
167. Tinney, G., & Gerlock, A. A. (2014). Intimate Partner Violence, Military Personnel, Veterans, and Their Families. *Family Court Review*, 52(3), 400-416. DOI: 10.1111/fcre.12100.
168. Zaika V. Initiation of personal transformations as possibility of manifestation of man's freedom. *EUROPEAN HUMANITIES STUDIES: State and Society*, 5(1), 2015. P. 233–241. DOI: <https://doi.org/10.38014/ehs-ss.2014.1.22>.
169. Zaika V. The Method of psychological research of initial types of personal transformation «ITP»: introduction. *Academic scientific digest*. Krakow : KA-EEIP, 2014. XII. P. 31–35.
170. Zaika V. Ochrona praw osób ze specjalnymi potrzebami. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*. Vol. 37, № 2 (2018). P. 171–178. DOI: <http://dx.doi.org/10.17951/lrp.2018.37.2.171-178>.

ДОДАТКИ

Додаток А

Програма сімейної травмотерапії, загальна програма роботи з дружиною ветерана (ДЖОШУА КРЕЙМЕЙЕР)

Форма роботи: групова робота.

Цільова аудиторія: ветерани та їхні дружини.

Проблема. Наявність кризових стосунків у родинях ветеранів.

Правила групової роботи: добровільність; конфіденційність; повага до інших учасників групи; почергове говоріння; правило СТОП; толерантність; безоціночне прийняття.

Етичні проблеми. Тема сексуальних стосунків належить до теми зони інтимності. Загальні питання сексуальності обговорюють у групі, а конкретні проблеми інтимного характеру – під час індивідуальних зустрічей.

Лідерство у групі. Лідер у групі – психолог. Стиль ведення групи демократичний, проте, залежно від групової динаміки, може змінюватися на директивний.

Ризики та переваги. Усі чоловіки-учасники групи пережили потужний травматичний досвід і втрату своїх друзів. У них загострене почуття справедливості.

ВИХІДНІ ТЕОРЕТИЧНІ ПОЛОЖЕННЯ ПРОГРАМИ

В особи з позитивним досвідом родинного життя є психологічний резерв для створення своєрідної «фортеці», за мурами якої вона може поновити власні сили, психологічно та духовно реабілітуватися. «На сприймання теперішнього, звісно, впливає на минуле. Різні події минулого впливають по-різному: при цьому сильніше всього не ті, що були найбільш суттєвими колись, а ті, що за асоціаціями або за контрастом пов'язуються з сьогоденням, із його проблемами та успіхами. Крім того люди здатні змінювати свої погляди на події минулого, не тільки внаслідок набутих знань, а й через зміну ставлення, через втрату старих поглядів та суджень. Взаємодія впливу минулого, теперішнього і майбутнього відбувається через прямі та зворотні зв'язки в ієрархії мотивів і цілей».

Продовж. дод. А

Формування психологічної здатності особистості до успішного переживання складних періодів життя відбувається за законом «трьохфакторної єдності»:

- базування на минулому досвіді особистості;
- сприймання сьогодення («тепер» і «зараз») у його повноті (Бог-Чоловік-Жінка; Чоловік-Жінка-Дитина; Спілкування-Діяльність-Творчість і т. п.);
- позитивне орієнтування на майбутнє.

Для ефективності процесу формування психологічної здатності до подолання труднощів необхідно відшукати взірці «ідеальної моделі», оскільки ідеал, як такий, має велике значення для розвитку і будь-якої особистості, і спільноти. «Ідеал займає панівне, верховне становище в ієрархії цілей, він здатний підпорядкувати всі нижче розташовані цілі та монополізувати поведінку людини. Ідеал як понадцінна ідея збирає, концентрує в собі величезну енергію. Ідеали включають як уявлення про бажане майбутнє, так і про особистісну перспективу в соціальному та моральному планах. Втілення ідеалів або суб'єктивне відчуття наближення до них супроводжується найпотужнішим позитивним емоційним переживанням, так необхідним кожній людині».

Упровадження ідеального модуля повноти спілкування чоловіка та жінки дозволяє допомогти подружжю (за А. Маслоу) стати тим, ким вони здатні стати. Як «ідеальну модель» ми використовуємо базову модель покликання чоловіка та жінки, подану у Святому Письмі. Саме ця модель регламентує не зовнішні ознаки взаємодії між представниками протилежних статей, а сутність їхньої взаємодії: жінка «береже життя і Духа Святого в чоловікові», а чоловік «порає і доглядає Едемський сад».

Застосування ідеального модуля має на меті допомогти учасникам «почуттєво доторкнутися» до повноти, краси та глибини подружніх стосунків, збудити потребу в подружжя повноти чоловічо-жіночої взаємодії, активізувати через зацікавленість ідеальною моделлю інтерес до цієї проблеми, тим самим вплинувши на потребово-мотиваційну сферу учасників групи. Психологічним механізмом впливу стає створення в учасників потреби в досконалому подружньому житті як умови життєтворення, що призводить до вибору відповідної мети.

Продовж. дод. А

Мета – спонукати кожного учасника групи до дії, передовсім до розбудови власної чуттєвості та збагачення знаннями.

Емоційний розвиток впливає на процес пізнання, а розбудова когнітивного простору натомість сприяє формуванню передумов почуттєвої зрілості. Розвиток когнітивно-інформаційної сфери разом із впливом потребово-мотиваційної сфери активізує регулятивно-вольову сферу, що впливає на поведінково-результативну сферу, яка зазнає ще додаткових змін за рахунок безпосереднього впливу емоційно-почуттєвої сфери кожної представленої особистості.

Проте існує і вторинний ефект як наслідок розвитку всіх зазначених сфер, що посилює їхню взаємопроникненість і стимулює особистість до подальшого розвитку. Результатом перебігу подібного терапевтичного процесу, за вказаною моделлю, є якісні зміни такої особистісної характеристики, як учинок (за О. Киричуком та В. Роменцем) у його внутрішній та зовнішній суті. Зміни цієї категорії в терапевтичному процесі спричиняють відповідні зміни реальних учинків, за умов наявності розбудови чи корекції світоглядних та життєтворчих позицій як окремої особистості, так і сім'ї в цілому.

Ідеальний модуль

Як уже зазначали вище, ідеальний модуль презентований концепцією еротичної божественної посвяти чоловіка та жінки. Х. Яннараса у своєму творі «Введення у православне боголовіє» твердить: «Кохання починається там, де закінчуються мури нашого “Я”». Коли Інший стає для нас дорожчий за саме наше життя. Дорожчий за будь-які виправдання, тимчасову чи довічну застрахованість. Згода прийняти заради коханого або улюблених навіть вічний осуд – це ознака любові».

У цьому випадку мова йде про таємницю перетворення особистісного «Я» в «Ми» при збереженні особистісності, іншості кожного суб'єкта цієї системи, де в момент єднання двох індивідуальностей утворюється нова якісна одиниця культурної реальності буття. Реальності, у якій зберігається неповторність кожної особи, попри народження нової особистісної неповторності «Ми».

Продовж. дод. А

Потребово-мотиваційний компонент терапевтичного процесу

Модель досконалого єднання чоловіки та жінки подається у певній емоційній налаштованості терапевта, що створює передумови емоційного зв'язку учасників з керівником групи.

В основі концепції божественної еротичної посвяти чоловіка та жінки лежить глибоке розуміння духовних процесів єдності між ними, відображених у перших двох книгах Буття Біблії. Тож розглядаючи біблійні уривки, що віддзеркалюють екзистенційне покликання представників обох статей, ми даємо подружжю взірці найвищого духовного єднання.

Нова потреба формулює на майбутнє мету: мати такі стосунки із жінкою (чоловіком), про які він (вона) не просто знає, а красу яких відчуває особисто. Мета є образом того, на що спрямований мотив. Тому ціль і здатна здійснювати зв'язки між майбутнім та теперішнім. З'ява таких зв'язків дозволяє цілі, як образу майбутнього, впливати на теперішнє та формувати його.

Утворюється ланцюжок:

виникнення потреби — розвиток на її основі домінантної мотивації — цілеспрямована діяльність для задоволення цієї потреби.

Тут образ майбутнього виступає як форма випереджувального відбиття, через яке людина пристосовується до ще не прийдешніх подій. Часова перспектива, таким чином, структурується, у неї включаються мотиви й наміри, що можуть втілюватися в майбутньому.

Емоційно-почуттєвий та когнітивно-інформативний компоненти терапевтичного процесу

Цілеспрямований психотерапевтичний вплив на емоційно-почуттєву й когнітивно-інформативну сфери особистості має відбуватися паралельно. Потреба у відтворенні «ідеального модулю» у власному житті стимулює подружжя до пізнавальної діяльності та стану емоційно-почуттєвої зрілості.

Продовж. дод. А

У результаті реалізації подібного підходу ми отримуємо:

- забезпечення повноцінної роботи актуального самоусвідомлення у чоловіка та жінки;
- зміщення локусу контролю всередину, формування внутрішньої свободи, що передбачає особистісну відповідальність;
- віднаходження психічних блоків, які перешкоджають зростанню та ефективним подружнім взаємодіям.

Йдеться про активізацію внутрішніх особистісних резервів учасників терапевтичного процесу. Вивільнення цих резервів веде до особистісного зростання кожного із учасників групи.

Головна мета цього етапу полягає в емоційному підкріпленні сформованої потреби в пізнавальній діяльності, подальшому розвитку та саморозвитку учасників.

Формування когнітивно-інформативної сфери частково відбувається за рахунок впливу емоційно-почуттєвої. Останню забезпечує розвиток відчуття актуальності, що є однією із найнеобхідніших характеристик людського буття. Саме відчуття актуальності дозволяє цінувати кожну хвилину життя, розуміючи її сенс, усвідомлювати власні почуття, ставлення до того, що відбувається навколо, засвоювати запропоновані знання.

До негативних наслідків неспроможності власної «актуалізації» належать неспроможність радіти дару життя, дару спілкування, дару хвилювання, нездатність цінувати те, що робить інша половина у шлюбі тощо.

Подальша робота відбувається засобами зворотного зв'язку в клієнт-центрованих чи екзистенційних парадигмах.

Регулятивно-вольовий компонент терапевтичного процесу

Частково ми вже говорили про вплив когнітивно-інформативної сфери особистості на розвиток її регулятивно-вольових характеристик. Зауважмо, що на цьому етапі добре піддаються аналізу як ситуації розподілу обов'язків, так і проблеми розвитку внутрішньої саморегуляції та зовнішньої регуляції в системі «чоловік-дружина».

Продовж. дод. А

Поведінково-результативна сфера особистості зазнає впливу під час розвитку інших її особистісних сфер. Для більшої ефективності розвитку поведінково-результативної сфери подружжя добре зарекомендував себе психодраматичний підхід та методика сімейної скульптури.

Програма духовно-психологічного відновлення сім'ї ветерана

Зустрічі	Теми зустрічей терапевтичної програми	Кількість годин
1	Біблійний образ сім'ї. Особливості української родини	3
2	Досвід війни: чоловік та жінка	3
3	Якщо я хочу бути королевою, то маю визнати тебе королем. Якщо я хочу бути королем, то маю побачити в тобі королеву	3
4	Інтимне життя – особливий дар	3
5	Ти в моєму житті, я у твоєму житті	3
6	Конфлікт як спосіб побачити власну недосконалість	6
7	Підсумкова зустріч	3

ЗУСТРІЧ № 1. БІБЛІЙНИЙ ОБРАЗ СІМ'Ї. ОСОБЛИВОСТІ УКРАЇНСЬКОЇ РОДИНИ

Мета – усвідомити покликання жінки та чоловіка.

Питання для аналізу та обговорення:

- екзистенційне покликання людини;
- сакраментальність покликання чоловіка та жінки;
- духовно-психологічні засади ідеального подружжя;
- фактори руйнації духовно-психологічної гармонії в родині;
- шляхи відновлення духовної єдності в сім'ї.

ЗУСТРІЧ № 2. ДОСВІД ВІЙНИ: ЧОЛОВІК ТА ЖІНКА

Мета: розвиток поважного ставлення до травмівного досвіду ветерана та травмівного досвіду його дружини.

Продовж. дод. А

В очікуванні на повернення рідної людини із зони бойових дій, як правило, члени родини створюють ідеальний образ майбутніх стосунків, оскільки вважають, що «найстрашніше вже позаду». Невідповідність ідеального образу реальному часто призводить до розвитку агресії в сімейних стосунках, активізації залежностей, деформації у структурі комунікацій «чоловік-жінка», «батько-діти».

Групі пропонують виявити ті зміни, які найбільше хвилюють учасників. Чоловіки визначають зміни в жінок, жінки – у чоловіків. Залежно від найбільш значимих якостей проводять психоедукацію. У нашому випадку найбільш значимою характеристикою була вербалізована агресія. Тому в групах обговорювали питання: «Яким чином агресія впливає на вас особисто; як вона впливає на вашу дружину, як – на родину?»; «Якщо в сім'ї присутнє насильство, викликане агресією, яким чином можна впоратися з її виявами?».

ЗУСТРІЧ № 3. «ЯКЩО Я ХОЧУ БУТИ КОРОЛЕВОЮ, ТО МАЮ ВИЗНАТИ ТЕБЕ КОРОЛЕМ».

«ЯКЩО Я ХОЧУ БУТИ КОРОЛЕМ, ТО МАЮ ПОБАЧИТИ В ТОБІ КОРОЛЕВУ»

Мета – поглибити поважне ставлення учасників групи до себе та до свого партнера.

Етапи:

Активізація усвідомлення власної цінності та унікальності.

Активізація усвідомлення цінності власного життя.

Активізація усвідомлення цінності партнера та його унікальності.

Активізація усвідомлення цінності життя партнера.

Формування усвідомлення відзеркалювальної структури подружніх взаємин.

Методи: екзистенційна візуалізація, психодраматичні техніки, методика сімейної скульптури, гештальттерапевтичні техніки.

Продовж. дод. А

ЗУСТРІЧ № 4. ІНТИМНЕ ЖИТТЯ – ЦЕ ОСОБЛИВИЙ ДАР

Мета – надати необхідну інформацію щодо гармонійних проявів психосексуальної взаємодії у подружньому житті,

Етапи:

Ознайомлення з питаннями людської сексуальності.

Дослідження проблеми особливостей психосексуальності чоловіків.

Дослідження проблеми особливостей психосексуальності жінок.

Ознайомлення з розладами психосексуальної сфери подружжя.

Опанування знаннями щодо принципів та методів подолання психосексуальних деструкцій у сім'ї.

Методи: система міні-лекцій, гештальттерапевтичні техніки активізації внутрішніх образів.

ЗУСТРІЧ № 5. ТИ В МОЄМУ ЖИТТІ, Я У ТВОЄМУ ЖИТТІ

Мета – розвивати в обох партнерів усвідомлення відповідальності за свою родину

Етапи:

Активізація внутрішнього образу взаємодоповнення чоловіка та жінки в сім'ї.

Аналіз проблеми побутових обов'язків і розробка сімейної стратегії її вирішення.

Усвідомлення власної відповідальності за родину.

Формування розуміння родинного життя як парного танцю, що можливий лише вдвох.

Методи: міні-лекції, гештальттерапевтичні техніки активізації внутрішніх образів, модерації, когнітивного аналізу, елементи танцювальної терапії.

ЗУСТРІЧІ № 6–7. КОНФЛІКТ ЯК СПОСІБ ПОБАЧИТИ ВЛАСНУ НЕДОСКОНАЛІСТЬ

Мета – опанувати навички подолання конфліктів

Продовж. дод. А

Етапи:

Проходження тренінгу з подолання конфліктів у сім'ї.

Формування усвідомлення родинної кризи як потенціалу зростання і партнерів, і всієї сім'ї.

Методи: міні-лекції, рольова гра, гештальттерапевтичні техніки активізації внутрішніх образів, модерації, когнітивного аналізу, арттерапевтичні техніки.

Головна мета цього блоку програми полягає у формуванні в учасників навичок конструктивно розв'язувати міжособистісні конфлікти в сімейних взаємостосунках.

Досягнення мети тренінгу передбачає реалізацію таких завдань:

а) обґрунтувати важливість конструктивного розв'язання міжособистісних конфліктів;

б) розкрити суть вияву психічних властивостей особистості під час розв'язання конфліктів;

в) поінформувати учасників про специфіку чоловічого та жіночого сприйняття явища конфлікту і відповідну поведінку в ньому;

г) проаналізувати специфіку конфліктної поведінки як результату травмивного досвіду;

д) проаналізувати ефективні прийоми, форми, моделі спілкування у конфлікті;

е) дати рекомендації молодому подружжю щодо поведінки в конфлікті;

ж) допомогти учасникам обмінятися досвідом і знаннями з вирішення конфліктних ситуацій.

Основне у тренінгу – робота зі зворотним зв'язком, що уможливає всім учасникам віднаходити власні стратегії подолання конфліктів.

ЗУСТРІЧ № 8. ПІДСУМКОВА ЗУСТРІЧ

Мета – підбити підсумки проходження програми, конструювання позитивних перспектив.

У процесі реалізації програми застосовують різноманітні прийоми та методи. Більшість вправ багатофункціональні за змістом і спрямовані на одночасне вирішення кількох завдань.

Додаток Б

ПРОГРАМА СІМЕЙНОЇ ТРАВМОТЕРАПІЇ інтеграція в сім'ю ветерана або ветеранки, що має психічне захворювання (ДЖОШУА КРЕЙМЕЙЕР)

ЗАГАЛЬНІ ПРАВИЛА РОБОТИ В ГРУПІ:

— будь ласка, приходьте вчасно. Робота в групі починається о годині

— реєструйтеся на початку кожної зустрічі

— відсутність. Якщо ви спізнюєтеся, будь ласка, звертайтеся до нас і повідомляйте про це. Телефон: XXX-XX-XX

— структура заняття: лекція; робота в парах; робота в групі.

Інші правила:

— участь добровільна. Будь ласка, діліться своїми почуттями, використовуйте «Я»-повідомлення, замість того, щоб говорити про інших та використовувати «Ти»-повідомлення і роздавати поради

— учасники заняття можуть не погоджуватися одне з одним, проте агресивна поведінка призводить до зворотних результатів і є неприпустимою

— конфіденційність: «Те, про що говорять у групі, залишається лише в групі». Виняток становлять суїцидальні думки або смертоносні ідеї. Ми не називаємо прізвищ у групі

— недопустимо вживати наркотики або алкоголь до або під час заняття. Таких учасників просять залишити заняття.

Тривалість програми – 8 зустрічей (кількість зустрічей можна збільшити залежно від потреб конкретної групи).

Щоб отримати максимальну користь від групи потрібно:

- а) визнати існування проблеми;
- б) усвідомити, що ви теж внесли свій вклад у цю проблему;
- в) бути готовими розглянути зміни в своїй поведінці;
- г) переглянути свої очікування;
- д) набратися терпіння.

Продовж. дод. Б

ЗУСТРІЧ 1. ПРИЧИНИ ПОЯВИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ БЕСІДА «ПРИЧИНИ ПОЯВИ ТА ДОПОМОГА У ВИПАДКУ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ»

Розлад – дисфункція мозку, що впливає на:

сприйняття – люди можуть сприймати світ своїми органами чуття незвичайним і/або дивним чином;

мислення – думки з'являються дуже швидко або повільно, можуть бути погано організованими, сплутаними, нелогічними, ірраціональними тощо;

настрій – усі люди переживають різні настрої, які змінюються. Емоційний фон може мати вигляд депресії, тривоги, манії тощо. Психічне захворювання виникає тоді, коли симптоми спричиняють суттєвий дистрес протягом тривалого часу і погіршують здатність функціонування у повсякденному житті;

поведінку – поведінка людей може здаватися дивною для тих, хто не розуміє, що таке психічні розлади (наприклад, особа з ПТСР інколи ховається в шафі, коли чує гелікоптер, або лежить у ліжку протягом кількох днів у стані депресії).

Помилкові переконання щодо причин психічних розладів:

психічних розладів немає;

це нормальна реакція людини на хворе суспільство;

цей стан спричинений дияволом, демонами або тим, що людина відвертається від Бога;

це стається через погане виховання батьками;

це зумовлено тим, що людина ледача і слабка, не хоче змінюватися;

це викликано поганою комунікацією в сім'ї, відсутністю підтримки.

Причини розвитку психічного розладу

Біо – біологічний аспект. Стосується структури мозку, хімічних речовин у головному мозку, генів, успадкованих від батьків тощо. З'являється все більше знань про суттєвий вплив біологічних чинників на ризик появи психічних розладів.

Продовж. дод. Б

Психо – психологічний аспект. Стосується особистості, особистісних вірувань, думок, переживань, досвіду тощо.

Соціо – соціалізаційний аспект. Стосується стресу, спричиненого навколишнім середовищем (наприклад, травми війни, насильство), культурними факторами, дискримінацією тощо.

Дух – духовний аспект. Визначається екзистенційними та трансцендентними переживаннями й узгодженістю цих переживань із власними цінностями, духовними цінностями соціуму та спільноти.

Примітка! В американських джерелах духовний фактор розглядають як складову частину соціального. Натомість зростання ролі релігійних почуттів в учасників бойових дій в українських реаліях уможливило віднесення його до окремої категорії, що відображає не так духовно-соціальний вимір особистості, як її екзистенційні переживання щодо смислу життя, покликання, власного існування, трансцендентних стосунків із Творцем. У деяких українських джерелах цей вимір має назву ОНТО (з давньогрецької мови – Сущє, Сутність, те, Що існує. Це близьке до поняття «дух» – складової Платонівської моделі буття людини (тіло-душа-дух)).

У роботі докторки психологічних наук О. Климишин описано чотири виміри допомоги біо-, психо-, соціо-, онто-.

Допомога має бути спрямована на:

біологічну складову – вживання медичних препаратів, правильне харчування, зміцнення загального фізичного здоров'я;

психологічну – робота над психологічними проблемами, освіта, розвиток навичок подолання труднощів;

соціальну – менеджмент середовища, подолання стигми психічного захворювання, адвокацію;

духовну – відновлення ціннісних стосунків із собою, людьми та Богом (вищими цінностями).

Ефективне лікування психічних розладів передбачає комплекс заходів:

а) здоровий спосіб життя;

б) фізичні вправи або елементарне заняття спортом;

Продовж. дод. Б

- в) необхідні медичні засоби;
- г) просвіту в напрямку створення сім'ї і культури споживання;
- д) професійне навчання / коучінг;
- е) підтримка колегами (групою);
- ж) психотерапія.

Питання для обговорення:

Що було найкорисніше для вас?

Що ви зараз намагаєтеся подолати?

Які ваші сильні сторони?

Інші питання або міркування.

Вправа на завершення

ЗУСТРІЧ 2. ДЕПРЕСІЯ І ЇЇ ВПЛИВ НА СІМ'Ю

БЕСІДА: «НАСЛІДКИ ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ»

Депресія

впливає на поведінку людини і її стиль спілкування (зменшення зорового контакту, уповільнення та млявість мовлення, негативне мислення, зниження здатності вирішувати проблеми);

часто супроводжується зростанням напруження і протиріч у подружньому житті;

викликає у тих, хто її переживає, труднощі у стосунках з іншими. Таким чином, соціальне життя пари/сім'ї може змінитися;

призводить до неспроможності/небажання депресивної людини працювати. Отже, іншим членам сім'ї доводиться або працевлаштовуватися вперше, або працювати на двох роботах, щоб компенсувати скорочення сімейного прибутку;

члени сім'ї часто переживають розчарування через поведінку депресивної людини, гадаючи, що вона має просто «покінчити з цим» або «розвеселитися»;

Продовж. дод. Б

у людей, що переживають депресію, нерідко знижується інтерес до інтимної близькості, сексуальна активність. Їхніх партнерів часто хвилює питання, чи вони не втратили своєї фізичної привабливості для них. Усе це спричиняє напруження у стосунках.

Питання для обговорення:

Як депресія близької людини впливає на ваші стосунки; сімейне життя?

Як депресія члена родини змінила ваше сприйняття себе?

ЗУСТРІЧ 3. ПТСР ТА СУПУТНІ РОЗЛАДИ БЕСІДА «ТРАВМА, ПТСР І ЇХНІЙ ВПЛИВ НА СІМ'Ю»

Травматичні події охоплюють широкий спектр різних переживань, зокрема:

– Повторне переживання однієї й тієї самої події (знову і знову):

- а) тривожних снів або кошмарів про подію;
- б) відчуття дискомфорту при зіткненні з чимось, що нагадує про подію (наприклад, фільми про війну, гучні звуки).

– Уникання певних тригерів або нагадувань про травму:

- а) уникання розмов, місць і думок, пов'язаних із цією подією;
- б) реагування на звуки гелікоптера, феєрверків, грози тощо;
- в) труднощі з водінням авто, тривога щодо наявності саморобних вибухових пристроїв (СВП), придорожніх бомб або ворога поблизу.

– «Онїміння»:

- а) емоційна віддаленість від інших людей;
- б) зниження активності під час діяльності, що раніше викликала задоволення;
- в) ізоляція.

Продовж. дод. Б

– Відчуття підвищеного збудження:

- а) можлива дратівливість і/або переживання спалахів гніву;
- б) можливе безсоння (проблеми із засинанням і сном);
- в) можливе гіперпильнування (наприклад, ветеран може сідати спиною до стіни в громадських місцях, щоб пильнувати все довкілля);
- г) можлива ситуативна лякливність.

Описи симптомів ПТСР в історії людства:

у Біблії описуються симптоми ПТСР (Книга Іова, Йосипа і Давида);

описи симптомів ПТСР у єгипетській, грецькій та римській міфології;

повідомлення про ПТСР у дослідженнях, що стосуються стану солдатів-учасників Першої світової війни – «снарядний шок» (англ. Shellshock, бойова психічна травма) або «серце солдата»;

визначення у дослідженнях після Другої світової війни симптомів ПТСР як «бойового неврозу» або «оперативної втоми»;

опис формального діагнозу ПТСР у 1980 році в «Діагностичному і статистичному керівництві з психічних розладів» (DSM-III) Американської психологічної асоціації.

Наслідки ПТСР для сім'ї:

травма зумовлює і сенсibiliзує сімейну систему, що реагує (відповідає) на травму;

емоційне життя організується так, щоб уникнути травматичної пам'яті та почуттів;

відбувається нормалізація жорсткого поводження;

травмовані родини стають вразливими;

ризик і вразливість передаються через покоління, якщо вони належно не були проопрацьовуються.

Продовж. дод. Б

Соціальна тривога (тривожність)

Питання для обговорення:

– Яким чином соціальна тривога ветерана впливає на життя вашої сім'ї?

Висвітлення теми.

Сім'ї можуть замикатися через соціальну тривогу, яку переживає багато ветеранів. Родина буває обмеженою у своїй активній діяльності через те, що ветерани часто відчують значний дискомфорт у великих групах.

Ветеран може чинити тиск на членів сім'ї (безпосередньо і/або опосередковано), щоб залишитися вдома з ними, таким чином звужуючи коло їхніх соціальних контактів та обмежуючи їхню можливість мати підтримку.

Члени сім'ї часто відчують себе винними через те, що займаються незалежною діяльністю.

Спалахи гніву.

Питання для обговорення:

– Як проблеми, що їх ваша близька людина має з проявами гніву, впливають на ваші стосунки; на вашу сім'ю; на ваш настрій?

Висвітлення теми.

Гнів часто є «зброєю» в арсеналі ветерана для захисту від почуттів, що спричиняють біль, спогадів і думок;

гнів нерідко стає бар'єром та ще більше ізолює ветерана, оскільки інші люди часто відсторонюються від ворожості і гніву: вони їх лякають;

через те, що ветеранові складно керувати гнівом, родина може жити в атмосфері постійного страху та хаосу. Відсутність емоційної і фізичної безпеки негативно впливає на психічне здоров'я та розвиток усіх найрідніших;

члени сім'ї ризикують стати жертвами вербального (наприклад, крики, образи) і фізичного насильства (наприклад, кидання речей, агресія);

Продовж. дод. Б

кількість випадків фізичного насильства серед ветеранів із ПТСР та їхнього подружжя (партнерів) більша, порівняно з кількістю таких випадків у сім'ях ветеранів, у яких немає ПТСР. Така негативна взаємодія руйнує довіру і згуртованість усередині сім'ї.

Емоційна недоступність.

Питання для обговорення

– Як ви себе почуватимете, живучи поряд із членом родини, з яким не відчуваєте зв'язку?

Як ви можете задовольнити потребу в емоційній близькості в умовах емоційної віддаленості один від одного?

Висвітлення теми.

Люди з ПТСР бувають емоційно недоступні, тому що вони витрачають багато енергії для подолання наслідків власного стресу;

емоційна дистанція у стосунках так само може виникати внаслідок страху близькості, що його відчувають як ветерани із ПТСР, так і їхні партнери (на відміну від пар, у яких ветеран немає ПТСР);

ветерани часто не хочуть або не можуть ділитися переживаннями зі своїми дружинами/партнерами і дітьми. (Доведено, що ветерани з ПТСР відчувають труднощі з саморозкриттям і проявом емоцій, а також зі створенням інтимності, частково через емоційне оніміння, характерне для ПТСР). Тому члени родини можуть відчувати себе відкинутими й самотніми та звинувачувати себе за емоційне віддалення близьких;

ветеран може внутрішньо боротися з відчуттям та вираженням позитивних емоцій. Він/вона бувають недоступні для своїх дітей; неспроможні задовольнити власні емоційні потреби;

суттєвим передвісником проблем у стосунках діти-батьки є емоційне оніміння батьків. Усамітнення, відокремлення, оніміння й уникання негативно впливають на ветерана як батька через зменшення його здатності залучати дитину до повсякденної діяльності.

Продовж. дод. Б

Порушення сну.

Висвітлення теми.

Через те, що в значного числа ветеранів із ПТСР є проблеми зі сном (безсоння, часті пробудження вночі, нічні кошмари тощо), багато пар вважають, що краще спати в окремих ліжках (навіть кімнатах). Такі випадки трапляються паралельно з виникненням емоційної дистанції у стосунках. Домовленість про сон окремо може негативно впливати і на фізичну близькість;

поведінка ветерана під час переживання кошмарних снів часто лякає родину. Під час сновидінь-жахіть деякі ветерани стають фізично агресивними, вважаючи партнера ворогом. Дружини говорять, що дуже бояться, оскільки вони не розуміють поведінки, яка виходить з-під контролю.

Труднощі у виконанні сімейних обов'язків.

Питання для обговорення:

– З якими труднощами ви зустрічаєтесь, обговорюючи сімейні обов'язки?

Висвітлення теми.

Оскільки ветеран емоційно нестабільний, дружина перебирає на себе традиційно чоловічі ролі: головний годувальник, глава сім'ї, менеджер сімейних фінансів, відповідальний за дисципліну;

жінки можуть відчувати виснаження через надмір вимог до них, обурюватися, що чоловік-ветеран відсторонився від виконання сімейних обов'язків;

надмірне навантаження на жінку призводить до погіршення її емоційного стану;

діти з раннього віку нерідко виконують обов'язки дорослих, що призводить до надто швидкого дорослішання, а іноді до ролі «дитини на батьківській позиції»;

особи з ПТСР часто зазнають труднощів із тим, щоб утриматися на роботі, створюючи таким чином фінансові проблеми для сім'ї.

Продовж. дод. Б

ЗУСТРІЧ 4. ПСИХОТЕРАПІЯ

ПОЯСНЕННЯ ТЕМИ ДЛЯ КОЖНОГО УЧАСНИКА ГРУПИ

План терапії для кожної людини – унікальний. Проте є цілі важливі для багатьох людей, що пережили травмівну подію:

навчіться долати сильні почуття (гнів, сором, депресію, страх або провину);

дізнайтеся, як боротися зі спогадами, нагадуваннями, реакціями і почуттями без пригнічення, збудження або емоційного оніміння. Травмівні спогади найчастіше не зникають повністю в результаті терапії, але трапляються рідше та стають менш інтенсивними;

відкрийте для себе способи розслабитися (включайте і фізичні навантаження);

збільшіть кількість приємних активностей;

спрямуйте енергію на позитивні стосунки з родиною та друзями;

підвищуйте відчуття особистої внутрішньої сили і здатності до контролю;

за необхідності вживайте фармакологічні препарати за призначенням лікаря-психіатра.

Основні форми роботи та психотерапевтичні напрямки, які застосовують у випадку посттравматичних стресових розладів:

– психологічна просвіта для того, хто вижив, і його сім'ї щодо ПТСР;

– групова психотерапія;

– когнітивна-поведінкова і травма-терапія.

Письмові вправи та їхня роль у терапії:

дозволяють більше контролювати своє життя;

уможливлюють глибше розуміння своїх почуттів;

сприяють поділу ситуації на дрібніші епізоди;

допомагають приділяти більше уваги своїм почуттям.

Продовж. дод. Б

Джеймс В. Пеннбейкер повідомляє, що в людей, які описують свої переживання травмівних подій, є багато позитивних результатів (наприклад, вони менше відвідують лікарів; у тих, хто хворіє на артрит, зменшується біль; нормалізується кров'яний тиск; у астматиків збільшується ємність легень; поліпшується настрій тощо).

Осмилення травмівного досвіду як можливість для зростання

а) з'являється можливість усвідомити нові можливості в житті;

б) будувати близькі стосунки з іншими людьми (іноді і з тими, хто пережив травму);

в) відчувати особисту силу;

г) більше цінувати життя;

д) істотні зміни в системі вірувань, цінностей.

Що не варто робити родині ветерана?

Члени родини ветерана:

не підштовхують і не змушують кохану людину говорити про деталі її сумних спогадів. Намагаються уникати почуття ревностів, якщо кохана людина ділиться своїм досвідом з іншими людьми, які пережили подібні травми, або з терапевтом, більше ніж із ними. Намагаються бути вдячними, що в близького є довірена особа, з якою він відчуває себе комфортно;

не тиснуть на коханого, щоб він розповідав про те, над чим працює в терапії;

не намагаються бути терапевтами ветерана;

не радять коханій людині просто «забути про минуле» або «покінчити з цим»;

не терплять зловживання у будь-якій формі – фінансовій, емоційній, фізичній чи сексуальній. (Люди з ПТСР іноді намагаються виправдати себе, наприклад, спалахи гніву, руйнування майна «списують» на те, що це психічний розлад. Такі люди, пояснюючи свою поведінку, заявляють, що вони були «не в собі» або «не в змозі контролювати себе» або «в іншому світі». Той, хто вижив, має відповідати за свою поведінку.)

Продовж. дод. Б

Що роблять члени родини ветерана?

Члени родини ветерана:

пробують розпізнати (разом із коханою людиною) і передбачити деякі з її тригерів (наприклад, гелікоптер, фільми про війну, грозу, насильство);

вивчають і знають вагомі для ветерана ювілейні дати (наприклад, наступ на Луганському напрямку, Іловайський котел, Дебальцівський котел, падіння Донецького аеропорту тощо).

Питання для обговорення:

— Що ви помітили в поведінці члена вашої родини з наближенням значимих для нього дат?

Важливі кроки:

визнайте, що соціальне та емоційне відсторонення вашого близького може бути пов'язане з його власними проблемами, це не стосується вас або ваших стосунків;

якщо ви поки що не відчуваєте емоційної підтримки від вашої коханої людини, прийміть підтримку від інших людей;

сприймайте все, що говорить ваш коханий про самогубство дуже серйозно і негайно звертайтеся за професійною допомогою;

з'ясуйте, які варіанти терапії можливі у вашому співтоваристві, і заохочуйте вашого коханого звернутися до професіонала;

пам'ятайте, що зустріч із минулим болем може бути дуже страшним і хворобливим переживанням. Тому поважайте те, що ваш коханий знає, коли він буде готовий зробити цей сміливий крок, і не тисніть на нього надмірно.

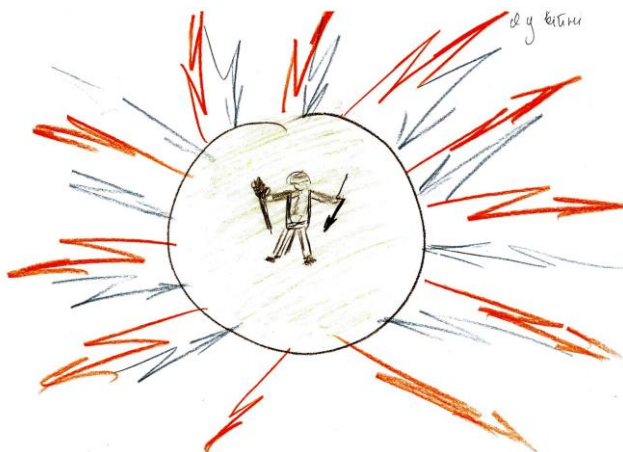
ЗУСТРІЧ 5: НАВИЧКИ СПІЛКУВАННЯ: ТИПОВІ СИТУАЦІЇ

СИТУАЦІЯ 1. Іноді ветерани віддаляються від своїх близьких (фізично і/або емоційно).

Рекомендація для сімей. Уникайте брати відповідальність за віддалення на себе та залишайтеся доступними, якщо ваша близька людина захоче поговорити пізніше. Тоді можна поговорити й про те, як жити в ситуації віддалення.

Додаток В

Приклади використання арттерапевтичної методики «Малюнок себе до та після участі в бойових діях» в роботі з ветеранами



Продовж. дод. В



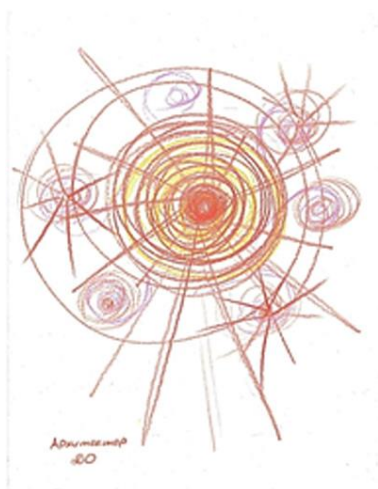
Продовж. дод. В



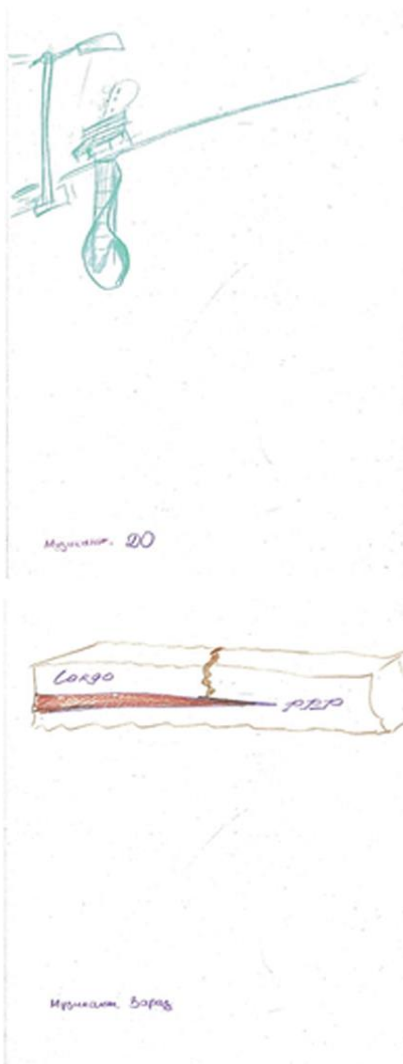
Продовж. дод. В



Продовж. дод. В



Продовж. дод. В



Продовж. дод. В



Зростаючий
30



Зростаючий
30

АНОТАЦІЯ

ПОВЕРНЕННЯ З ВІЙНИ: соціально-психологічні особливості реадаптації та ресоціалізації ветеранів і ветеранок до умов цивільного життя

Колективна монографія

Колективна монографія присвячена проблемам психологічного відновлення ветеранів та ветеранок військової служби/ветеранів та ветеранок війни, які виконували свій громадянський обов'язок із захисту Батьківщини внаслідок повномасштабного вторгнення РФ в Україну та повноцінної їх інтеграції до цивільного життя після повернення з війни. Адже ця тема на даний час є найбільш актуальною в суспільстві у зв'язку з великою кількістю військовослужбовців(-иць), які повертаються додому з війни внаслідок різних причин: на ротацію, внаслідок демобілізації, за станом здоров'я, за віком, у зв'язку з закінченням контракту, з отриманням інвалідності, після полону тощо.

Усі вони зазнавали впливу бойового стресу, мають ознаки прояву ПТСР, можуть відчувати тривогу, страх, депресію, розлади сну та інші емоційні та фізіологічні труднощі, які важко переживати самотійно. Один із найсерйозніших викликів, з яким стикаються ветерани війни та діючі військовослужбовці – це розгубленість та відірваність від того контексту, в якому вони раніше жили, адже соціальна ізоляція – це також руйнівний фактор для особистості, який потрібно здолати. Вони мають потреби, які включають в себе підтримку, спілкування з рідними та друзями, можливість висловити свої почуття та досвід. Задоволення цих потреб може бути важливим для підтримки психологічного та фізичного благополуччя учасників бойових дій після завершення війни.

Ветерани можуть мати складнощі у взаємодії з родиною, друзями та іншими людьми через різницю в досвіді та розумінні життя. Саме надання вчасної соціально-психологічної допомоги може допомогти їм покращити стосунки зі своїми близькими та зберегти важливі соціальні зв'язки. Психологічна допомога надає ветеранам(-кам) можливість висловити свої почуття, досвід та турботу без страху перед осудом або відмовою. Це може сприяти полегшенню емоційного тягаря та пошуку способів подолання труднощів. На вирішення всіх цих важливих питань і направлена дана монографія.

Колективна монографія «ПОВЕРНЕННЯ З ВІЙНИ» розкриває важливі як теоретичні питання, що стосуються соціально-психологічних особливостей реадаптації та ресоціалізації ветеранів та ветеранок до умов цивільного життя, так і наводить конкретні практичні рекомендації щодо: складання клінічного інтерв'ю з врахуванням саногенних та патогенних факторів, особливостей психологічного консультування військовослужбовців звільнених в запас, підбору діагностичних методик, особливостей роботи психолога в мультидисциплінарній команді, психологічної допомоги дружинам ветеранів війни, психологічної допомоги сім'ям військовослужбовців тощо.

Колективна монографія має чітку структуру: містить вступ, чотири розділи, рекомендовану літературу та додатки. В першому розділі проаналізовані психічні навантаження військової служби та їх наслідки впливу на психіку військовослужбовців. В другому розділі подані основи індивідуальної психологічної роботи з військовослужбовцями. В третьому розділі розглянута комплексна робота з родиною військовослужбовця. В четвертому розділі запропонована програма «Природотерапії» як групової форми роботи з військовослужбовцями звільненими в запас або у відставку. Саме методи «Природотерапії» та «Рекреації» можуть допомогти ветеранам відновити внутрішню гармонію, знизити рівень стресу, відчуття тривоги, змінити

ставлення до травматичного досвіду, покращити фізичне та психологічне здоров'я, також допомогти організму самому відновити порушену рівновагу.

Може бути рекомендованою для студентів, аспірантів, докторантів, викладачів, фахівців, чия діяльність торкається проблем реадaptaції, ресоціалізації та реабілітації ветеранів війни до цивільного життя.

Ключові слова: війна, військовий, військова, бойові дії, бойовий стрес, демобілізація, ветеран, ветеранка, цивільне життя, криза, посттравматичний стресовий розлад, сім'я, чоловік, дружина, діти, психологічна допомога, мультидисциплінарна команда, реабілітація, реадaptaція, ресоціалізація, психодіагностика, психологічне консультування, групова робота, природотерапія.

SUMMARY

RETURNING FROM THE WAR: social and psychological aspects of veterans' readaptation and resocialization to civilian life

Collective monograph

The collective monograph is devoted to the problems of psychological recovery of military service veterans/veterans of war who performed their civic duty to protect the homeland as a result of Russia's full-scale invasion of Ukraine and their full integration into civilian life after returning from war. After all, this topic is currently the most relevant in society due to the large number of servicemen and women returning home from war for various reasons: rotation, demobilization, health reasons, age, contract expiration, disability, captivity, etc.

All of them have been exposed to combat stress, have signs of PTSD, and may experience anxiety, fear, depression, sleep disorders, and other emotional and physiological difficulties that are difficult to deal with on their own. One of the most serious challenges faced by war veterans and active military personnel is confusion and disconnection from the context in which they used to live, as social isolation is also a destructive factor for the individual that needs to be overcome. They have needs that include support, communication with family and friends, and the ability to express their feelings and experiences. Meeting these needs can be important for maintaining the psychological and physical well-being of combatants after the end of the war.

Veterans may have difficulty interacting with family, friends and others due to differences in experience and understanding of life. Providing timely psychosocial support can help them improve their relationships with their loved ones and maintain important social ties. Psychological assistance provides veterans with the opportunity to express their feelings, experiences and concerns without fear of judgment or rejection. It can help to ease the emotional burden and

find ways to overcome difficulties. This monograph aims to address all these important issues.

The collective monograph “RETURNING FROM THE WAR” reveals important theoretical issues related to the socio-psychological features of the readaptation and resocialization of veterans to civilian life, and provides specific practical recommendations on conducting a clinical interview, taking into account sanitary and pathogenic factors, features of psychological counselling of military personnel discharged from the reserve, selection of diagnostic methods, features of the work of a psychologist in a multidisciplinary team, psychological assistance.

The collective monograph has a clear structure: an introduction, four chapters, recommended literature, and appendices. The first section analyzes the mental stress of military service and its consequences on the mental health of military personnel. The second section presents the basics of individual psychological work with military personnel. The third section discusses comprehensive work with the military family. The fourth section proposes a program of “Nature Therapy” as a group form of work with military personnel discharged or retired. It is the methods of “Nature Therapy” and “Recreation” that can help veterans restore inner harmony, reduce stress, and anxiety, change attitudes toward traumatic experiences, improve physical and psychological health, and help the body regain its own disturbed balance.

It can be recommended for students, graduate students, doctoral students, teachers, and specialists whose activities related to the problems of readaptation, resocialization, and rehabilitation of war veterans to civilian life.

Keywords: war, military, military, combat operations, combat stress, demobilization, veteran, veteran, civilian life, crisis, post-traumatic stress disorder, family, husband, wife, children, psychological help, multidisciplinary team, rehabilitation, readaptation, resocialization, psychodiagnosis, psychological counselling, group work, nature therapy.

КОНТАКТИ ДЛЯ ВІДГУКІВ, ПРОПОЗИЦІЙ ТА СПІВПРАЦІ

Чернов Артем

<https://orcid.org/0009-0002-3742-3106>
chernovpsychologist@gmail.com

Заїка Віталій

<http://orcid.org/0000-0001-5710-2997>
zaika_vitaliy@ukr.net

Лебедєв Віктор

<https://orcid.org/0009-0007-1691-5562>
lebedev_va@ukr.net

Шевчук Вікторія

<https://orcid.org/0000-0001-7101-7617>
viktoriiashevchuk@pano.pl.ua

Клевака Леся

[https:// orcid.org/0000-0001-6924-8221](https://orcid.org/0000-0001-6924-8221)
klevakaalesi@ukr.net

Наукове видання

ЧЕРНОВ Артем
ЗАІКА Віталій
ВІКТОР Лебедєв
ШЕВЧУК Вікторія
КЛЕВАКА Леся

ПОВЕРНЕННЯ З ВІЙНИ:

соціально-психологічні особливості реадаптації та ресоціалізації ветеранів і ветеранок до умов цивільного життя

Колективна монографія

Комп'ютерний набір, коректура *В. М. Заїка*
Комп'ютерне верстання *О. С. Корніліч*

Формат 60×84/16. Ум. друк. арк. 14,5.
Тираж 300 пр. Зам. № 87.

Видавець і виготовлювач
Полтавський університет економіки і торгівлі
к. 48, вул. Івана Банка, 3, м. Полтава, 36003.
E-mail: pvv.puet@gmail.com.

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру видавців, виготівників
і розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 8076 від 28.02.2024 р.



Артем ЧЕРНОВ

керівник науково-дослідної групи, практичний психолог Групи морально-психологічного забезпечення Військового коледжу сержантського складу Військового інституту телекомунікацій та інформатизації імені Героїв Крут, інструктор з першої психологічної допомоги та відновлення ЗСУ



Віталій ЗАЙКА

кандидат психологічних наук, доцент кафедри соціальної роботи та спеціальної освіти Полтавського інституту економіки і права ЗВО Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна», психолог-консультант у методі «Позитивна психотерапія»



Віктор ЛЕБЕДЄВ

майор ЗСУ у запасі, учасник бойових дій (2015-2016, 2022), ветеран військової служби, психолог відділення реабілітації КП «2-а МКЛ ПМР» та стаціонарного відділення Полтавської філії Львівського медичного протезно-ортопедичного центру «Ортотоп», член Ради родин загиблих Міністерства у справах ветеранів



Вікторія ШЕВЧУК

кандидатка психологічних наук, доцентка, доцентка кафедри психології та педагогіки Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», представниця Української асоціації сімейних психологів та Української асоціації психології розвитку



Леся КЛЕВАКА

кандидатка педагогічних наук, доцентка, доцентка кафедри психології та педагогіки Національного університету «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», представниця Української асоціації сімейних психологів