****

**ЗМІСТ**

**ВСТУП**…………………………………………………………………………….4

**РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПОВОЄННІ ЧАСИ**………………………………………………………………7

* 1. Психологічна реабілітація як наукова категорія………………………….7
	2. Психологічні основи реабілітації військовослужбовців в повоєнні часи…………………………………………………………………………13
	3. Особливості посттравматичного розладу у військовослужбовців-учасників бойових дій………………………………………………………18

**РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПОВОЄННІ ЧАСИ**………………………32

2.1Короткий огляд традиційних психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення психоемоційного стану…………………………………………32

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження…………………………34

2.3 Психологічні рекомендації щодо психологічної реабілітації військовослужбовців……………………………………………………………48

**ВИСНОВКИ**……………………………………………………………………..58

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**…………………………………….61

**ДОДАТКИ**……………………………………………………………………….68

**ВСТУП**

**Актуальність дослідження**. Сучасний етап становлення та розвитку України вимагає розвитку нових життєвих стратегій, навичок, підвищення гнучкості та мобільності в житті учасників бойових подій. Проблема сімей військовослужбовців є однією з найактуальніших тем сучасної держави України. Велике значення надається рівню взаємодії у стресових та кризових ситуаціях, що впливає на якість життя військовослужбовців.

Практичне значення даної роботи полягає в подальшій розробці оптимальних методів психокорекції психологічного та емоційного стану військовослужбовців, які сприяють зняттю напружених емоційних станів у суспільстві та попередженню кризових ситуацій у житті військовослужбовців, що стали учасниками бойових дій.

Аналіз сучасних тенденцій розвитку суспільства свідчить про наявність життєвої кризи та життєвого перелому після повернення військовослужбовців із зони бойових дій. Нові соціально-економічні умови суттєво впливають на всі сторони життєдіяльності особистості, цей вплив відбивається і на психологічному стані, у зв’язку з чим постає проблема вивчення конструктивної взаємодії особистості в суспільстві, її гармонійного існування в ній.

Психогенні розлади спостерігаються у значної частини військовослужбовців Збройних Сил України, які постраждали внаслідок участі у збройних конфліктах. Для цього необхідна оперативна оцінка їх стану, прогноз розвитку порушень і проведення всіх можливих лікувально-реабілітаційних заходів.

У вітчизняній психології при вирішенні проблем, пов'язаних з розробкою питань оздоровлення психологічного стану військовослужбовців, спираються на ідеї з праць В. Алещенко, В. Горбуліна, А. Єна, Г. Карпюк та ін.

Проблема формування взаємин військовослужбовців розглядається в підходах вчених А. Антонова, А. Кириченко, О. Максименко, В. Переведенцевої, В. Терьохіної, В. Шевченко, а також у дослідженнях інституційно-трансформаційного підходу до формування особистісних стосунків (О. Запорожець, О. Здравомислова, С. Голод, Н.Пророк, І. Тудоров). Все це визначає важливість даної теми.

**Мета дослідження** – дослідити, обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність системи психологічної реабілітації військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях.

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

1) на основі теоретико-методологічного аналізу визначити особливості мотивів психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій;

2) вивчити основні характеристики методів психологічної реабілітації;

3) розробити психодіагностичну програму покращення та оптимізації психоемоційного стану бійців;

4) дослідити рівні психоемоційного стресу та зниження проявів ПТСР у військовослужбовців;

5) надати рекомендації щодо оптимізації реабілітаційних заходів з військовослужбовцями Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях.

**Об’єктом дослідження** є психоемоційний стан як соціально-психологічний феномен.

**Предметом дослідження** єособливості психологічної реабілітації військовослужбовців в повоєнні часи.

**Методи дослідження**: для вирішення поставлених завдань та забезпечення об’єктивності дослідження використовувалися теоретичні методи:

* метод теоретичного аналізу та узагальнення наукової літератури з проблем дослідження;
* метод порівняльного аналізу та узагальнення даних.

Також для роботи ми використовували такі емпіричні методи: спостереження, бесіди, анкетування та психодіагностичні методи:

* методика «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуаційної) та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілбергер -Ю.Л. Ханіна»,
* клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів Яхіна К.К., Менделевич Д.М.,
* методика «Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»,
* методика «Самопочуття, активність, настрій (САН) (В. Доскін). **Практичне значення**. Психокорекційна програма може бути використана для всіх, хто хоче нормалізувати свій психологічний та емоційний стан після повернення із зони бойових дій.

Такий підхід корекції емоційного стану можна використовувати під час консультацій. Ця тема важлива для вивчення та дослідження, оскільки охоплює значну частину сучасного життя.

**Теоретичне значення**. Складається з узагальнення теоретичного матеріалу наукових психолого-соціальних праць, присвячених проблемі психологічної реабілітації військовослужбовців.

**Емпірична дослідницька база**. Дослідно-експериментальна робота проходила на базі військової частини 3058 Національної гвардії України в Ізмаїлі. Вибірка склала 30 осіб.

**Структура та обсяг кваліфікаційної роботи**. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний текст дослідження викладено на 76 сторінках комп’ютерного тексту. Список використаних джерел налічує 83 українських та зарубіжних авторів.

**РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПОВОЄННІ ЧАСИ**

* 1. **Психологічна реабілітація як наукова категорія**

Основою розвитку реабілітаційної науки є війни: Перша і Друга світові війни. В умовах стрімкого розвитку сучасної медицини, гігієни навколишнього середовища та особистої гігієни знизилася захворюваність і смертність від гострих інфекційних захворювань. У той же час швидкий розвиток науки і техніки, стрімкий розвиток індустріалізації та урбанізації, забруднення навколишнього середовища і підвищення тиску призвели до зростання серйозних психічних захворювань. Зростає кількість пацієнтів із психологічними травмами та розладами.

У 80-ті роки реабілітаційна психологія виникла як самостійна галузь науки. Багато університетів світу створили кафедри реабілітаційної психології для викладання суміжних предметів.

Науково-теоретичний огляд реабілітаційної психології не має чітких меж, але практичні розробки цього напрямку активно використовуються в усіх формах реабілітаційних структур, оскільки психологічна реабілітація є невід’ємною частиною будь-якого виду реабілітаційної допомоги [3].

Протягом століть люди, які зазнали психічних, духовних чи фізичних травм, часто відновлювалися (отримали духовне, психологічне, а іноді навіть фізичне зцілення) у багатьох монастирях. Якщо говорити про історичні події, які стали передумовою для виникнення реабілітаційної психології, то в першу чергу необхідно згадати перший вітчизняний досвід людської опіки над ветеранами – притулок для ветеранів, побудований Людовиком XIV. Будівництво тривало в 1671–1706 роках. Паризький «Будинок інвалідів» став справжнім містом у маленькому, де жили за церковними правилами та військовою дисципліною. Якщо описати сучасною мовою «дім інвалідів», то тут буде певна соціально-психічна реабілітація, трудотерапія (робота в швейній, гобеленовій майстерні, малюванні тощо), формування чіткої ієрархічної системи відносини (долучилося майже 4000 ветеранів). Ветерани підтримують один одного, а командири та капелани надають психологічну підтримку.

Термін «реабілітація» з'явився лише в середині 20 століття. Після Другої світової війни у ​​Великій Британії та США були розроблені принципи реабілітації, які згодом лягли в основу концепції реабілітації інвалідів у різних країнах.

Реабілітація - це використання різноманітних засобів для зменшення впливу факторів, що обмежують життєдіяльність людини або викликають її інвалідність, надання інвалідам можливості досягти найкращої соціальної інтеграції [30].

Тоді ж з’явилася така галузь науки і практики, як фізика та реабілітаційна медицина – самостійна медична професія, спрямована на забезпечення фізичних і когнітивних функцій (поведінка), участь у соціальному житті (головним чином якість життя) та зміну особистості та чинника середовища. Фахівці з медичної реабілітації несуть відповідальність за профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію людей різного віку з клінічними та супутніми захворюваннями, що призводять до інвалідності.

Реабілітація є розділом сучасної медицини, і її різні методи базуються насамперед на особистості пацієнта та активно намагаються відновити порушені функції людини та соціальні зв’язки.

Реабілітація - це відновлення здоров'я, працездатності та працездатності внаслідок хвороби, травми або фізичних, хімічних чи соціальних факторів.

Метою реабілітації є надання можливості хворим та інвалідам якнайшвидше повернутися в сім'ю та трудовий процес суспільства, відновити особистісні якості. До такого визначення реабілітації дуже близька Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ): «Реабілітація — це комплекс заходів, спрямованих на адаптацію інвалідів внаслідок захворювань, травм і вроджених вад до нових умов життя в суспільстві, в якому вони проживають. Слово «реабілітація» походить від латинського habilis – «здатність», rehabilis – «повернення здібностей».

Згідно з визначенням Всесвітньої організації охорони здоров’я, реабілітація – це процес, спрямований на комплексний догляд за хворими та інвалідами з метою досягнення максимально можливої ​​фізичної, психологічної, професійної, соціальної та економічної цінності при цьому захворюванні [11, с. 9-10].

Тому реабілітацію слід розглядати як комплексну соціально-медичну проблему, яку можна розділити на кілька видів або аспектів: медичний, фізичний, психологічний, професійний (трудовий) і соціально-економічний.

Психологічний аспект реабілітації спрямований на корекцію психічного стану хворого, а також формування його ставлення до лікування, лікарських рекомендацій і виконання реабілітаційних заходів. Необхідно створити умови для психологічної адаптації хворого до життєвої ситуації, що змінилася внаслідок захворювання.

Психологічний аспект реабілітації спрямований на корекцію психічного стану хворих, формування ставлення до лікування, медичної консультації та проведення реабілітаційних заходів. Необхідно створити умови для психологічної адаптації хворих до змінених у зв'язку із захворюванням умов життя. Професійні аспекти реабілітації включають такі питання, як працевлаштування, професійна підготовка та перепідготовка, які визначають працездатність пацієнта.

Соціально-економічна реабілітація полягає у відновленні економічної незалежності та соціальної цінності постраждалих. Ці завдання вирішують не тільки медичні установи, а й установи соціального захисту. Отже, реабілітація – це багатогранний процес відновлення здоров’я людини та реінтеграції в трудове та соціальне життя.

Трьом типам наслідків хвороби відповідають три види реабілітації (медична, професійна та соціальна):

1) медико-біологічні наслідки захворювання, які полягають у відхиленнях від нормального морфофункціонального стану;

2) зниження працездатності або працездатності у значенні цього слова;

3) соціальна дезадаптація, тобто розрив зв'язків із сім'єю та суспільством.

Звідси випливає, що одужання пацієнта від хвороби і його реабілітація - це зовсім не одне і те ж, оскільки крім відновлення здоров'я необхідно відновити працездатність і соціальний статус хворого, тобто повернути людину до повноцінного життя в родині, суспільстві, колективі.

Наразі немає консенсусу щодо можливих варіантів лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Одні експерти вважають, що ПТСР – це розлад, який піддається лікуванню, а інші вважають, що його симптоми неможливо повністю усунути.

Згідно з літературними джерелами, американські психіатри Р. Грінкер і Д. Шпігель одними з перших розглядали уповільнений психічний стан ветеранів бойових дій як відповідь на бойовий стрес. Ю.А. Александровський сказав - "досвід людей, які постраждали від різних катастроф і воєн, навіть якщо вони не були поранені, не залишається для них непоміченим. Через роки, коли вони переживають це, у них розвиваються різні патологічні ознаки невротизму".

Також під час Другої світової війни В.А. Гіляровський описав «синдром нервової демобілізації», який виникає після повернення солдатів з фронту і характеризується залишковою втомою на фоні різкого зниження мобілізації волі.

На основі досліджень післявоєнної адаптації ветеранів Великої Вітчизняної війни вітчизняні вчені приходять до висновку, що травматичні наслідки війни можуть зберігатися тривалий час навіть після бойових дій (Введенський І.Н., Краснушкін Е.К., Холодовський Е.М. тощо).

ПТСР лікують медичні працівники, психологи та психотерапевти, а в деяких клінічних випадках — психіатри. Військові психологи допомагають учасникам бойових дій і ветеранам усунути деякі його симптоми. Така допомога може надаватись як індивідуально, так і в груповій формі [1].

І тому посттравматичний стресовий розлад (ПТСР, посттравматичний стресовий розлад, бойовий синдром, в’єтнамський синдром, афганський синдром, східний синдром тощо) – це психічний розлад, тип неврозу, спричинений однією чи кількома травматичними подіями, напр. бойові дії, терористичні атаки, аварії чи стихійні лиха, нещасні випадки, серйозні тілесні ушкодження, домашнє чи сексуальне насильство, погрози вбивством, свідки чи вчинення чиєїсь смерті.

ПТСР проявляється як тривала реакція на стрес - за словами лікарів, ефект спостерігається лише через чотири тижні після травмуючої події.

Враховуючи, що військовий психолог має справу виключно з окремими симптомами ПТСР, а не з його розширеними формами, часові рамки та методична схема процедур психологічної допомоги щоразу визначатиметься відповідно до типу та сили симптому, готовності військовослужбовця до роботи, та експертиза психолога.

Для досягнення цілей психологічної допомоги можуть використовуватися раціональна, когнітивна, поведінкова, особистісно-орієнтована психотерапія, техніки психічної саморегуляції.

Психологічна допомога бійцям із симптомами посттравматичних стресових розладів передбачає три етапи. На першому етапі визначається симптом, ступінь його впливу на повсякденне життя сервісного майстра і готовність замовника.

Перед початком роботи з її усунення формується психологічно безпечна і комфортна атмосфера для роботи. На другому етапі усувається тривожний симптом. Третій етап спрямований на тестування результату та «підключення» його до реального життя [9].

Таким чином, сучасна психологічна наука і практика має різноманітні форми і засоби індивідуальної психотерапії, придатні для психологічної реабілітації військовослужбовців.

Усі заходи психологічної реабілітації базуються на результатах психодіагностики, які визначають їх зміст і спрямованість, виступають об'єктивними показниками необхідності їх проведення та оцінки досягнутих результатів (ефективності). За результатами психодіагностики для кожного клієнта складається індивідуальна карта психологічної реабілітації, яка відображає весь комплекс корекційно-розвивальних заходів [5, с. 4-5]. Основними методами психологічної реабілітації є психологічна консультація (бесіда), психологічний тренінг, психокорекційні курси в сенсорній кімнаті.

На завершальному та підсумковому етапі психокорекційних заходів оцінюється ефективність проведеної роботи, складаються психолого-педагогічні рекомендації, результати проведеної роботи обговорюються з психологом.

Оцінка успішності роботи з клієнтами може бути різною в залежності від того, хто здійснює цю оцінку: клієнт, тобто безпосередньо особа, на яку розрахована робота, чи інша зацікавлена ​​сторона (лікарі, адміністрація), який звернувся за допомогою до психолога, або сам психолог.

З точки зору клієнта, робота буде успішною та ефективною, якщо під час заняття він отримує емоційне задоволення і в цілому як під час, так і після роботи відчуває позитивні емоції щодо участі в групових та індивідуальних заняттях. Для педагогів виконана робота є ефективною, якщо вона відповідає вимогам [39].

Для психолога мірою ефективності виконаної роботи та ефективності корекційної програми є ступінь досягнення корекційної мети та вирішення поставлених завдань. Оцінку ефективності виробленого впливу проводить психолог з повторною діагностикою тих сторін психіки та особистості клієнта, які стали предметом корекції. Для оцінки стабільності отриманого ефекту необхідно спостерігати за поведінкою клієнта і повторити тест.

Реабілітацію також слід розглядати як багатоетапний процес, «метою якого є профілактика (за індивідуальною програмою) в період лікування, відновлення здоров'я (особистісного і соціального статусу) до можливого оптимуму і максимуму у фізичному, психічному (духовний), соціальний, професійний терміни», за А.Х. Караян [34]. Таким чином, виходячи з вищесказаного, реабілітацію можна представити у вигляді:

* комплекс заходів;
* система заходів (усі можливі);
* професійна адаптація, переналаштування, перепідготовка (специфічна, загальна, неспецифічна);
* сфера діяльності різних експертів (спілкування, взаємодія);
* багаторівневий процес взаємодії особи (реабілітованого) та учасників реабілітації (які реабілітують і створюють для цього умови) [27, с.69-70].

Завдання реабілітації, а також її форми і методи змінюються залежно від рівня. Якщо на першому етапі (відновлювальному лікуванні) ставиться завдання попередити помилку, то на наступних етапах — адаптувати людину до життя і праці, в раціональному побутовому і трудовому укладі, створити сприятливе мікросередовище.

**1.2 Психологічні основи реабілітації військовослужбовців в повоєнні часи**

Наше суспільство стикається з реальністю війни та її жахливих наслідків. Люди, тобто чоловіки, молоді хлопці, які беруть участь у бойових діях, залишають слід на всі наступні роки життя. Війна надовго, а то й назавжди змінює якість їхнього життя.

Боротьба може спричинити інвалідність, що часто призводить до безробіття, депресії, втрати мотивації, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) тощо. Кожен четвертий учасник бойових дій, який повертається із зони бойових дій, потребує психологічної допомоги [31].

Після повернення з війни військовослужбовець потрапляє в зовсім інший світ без вибухів, пострілів і передчасної смерті. Одним із найважливіших завдань суспільства, яке приймає своїх воїнів з війни, є психологічна реабілітація військовослужбовців. Відсутність належної реабілітації суттєво впливає на долю людей, які потрапили на війну. У США після війни у ​​В'єтнамі кількість самогубств серед колишніх військовослужбовців перевищила кількість жертв під час самої війни.

А. Г. Караян та І.В. Сиромятніков у книзі «Корисна військова психологія» [20, с. 154-156] пояснюють, як саме психологічна реабілітація вирішує широкий спектр завдань психологічної допомоги учасникам бойових дій.

По-перше, це:

* нормалізація психічного стану;
* відновлення ослаблених (втрачених) психічних функцій;
* узгодження «Я-образу» ветеранів війни зі створеною соціальною та особистою ситуацією (травма, інвалідність тощо);
* допомога у встановленні конструктивних стосунків з референтними особами та групами.

Таким чином, метою психологічної реабілітації є відновлення психічного здоров'я та ефективної соціальної поведінки військовослужбовців.

Основне значення психологічної реабілітації в цьому випадку полягає в таких факторах групової психотерапії, як згуртованість, емоційна підтримка, універсальність, ідентифікація, самоконтроль і емоційна чуйність групи.

Групи переважно відкритого типу, тобто на місце клієнтів, які пройшли реабілітацію, приходять нові. Відкритість групи допомагає створити оптимістичну часову перспективу для клієнтів, навчає конструктивних способів адаптації, пізнання себе та інших, дозволяє пізнати причини хворобливих розладів, забезпечує формування ефективніших когнітивних схем. Якщо в традиційній груповій психотерапії забороняється поза групою обговорювати те, що відбувається на групових заняттях, то в групах ветеранів бойових дій, навпаки, заохочується спілкування учасників групи поза заняттями та їх подальша соціалізація [70]. «Соціальний склад терористичних угруповань був якісно іншим і складався з робітників, переселенців, каторжників, були закладені основи так званого «бомбового тероризму», який набув бурхливого розвитку на території Російської імперії, внаслідок велика кількість вибухівки, яка була необхідна при роботі в шахтах. Крім того, наголошує вчений, особливістю тероризму там було те, що він мав усі ознаки масових заворушень: був нераціональним, стихійним і масовим. На сході України через те, що було «гуляюче поле» без імперського контролю, влада використовувала силу регулярної армії», – пише японський дослідник Хіроакі Куром.

«Основним методом групової кризової психотерапії є проблемне обговорення біографічно-тематичного спрямування. У подальшій груповій психотерапії важливу роль починають відігравати методи рольового тренінгу з використанням поведінкових процедур, психодрама з розігруванням рольових ситуацій. Наприкінці групової кризової психотерапії узагальнюються терапевтичні досягнення клієнта, зміцнюється його впевненість у можливості реалізувати задумане», – розповідає Ю.М. Шаніна

Учасники бойових дій – громадяни, які беруть безпосередню участь у бойових діях у складі об’єднань, з’єднань, військових частин, частин тимчасових формувань (тероборона), командувань і установ Збройних Сил України, інших військ, військових формувань і органів, організацій [33, с. 155-156].

За даними провідних вітчизняних військових психіатрів, які вивчають частоту і структуру санітарних втрат під час збройних конфліктів і локальних війн, останнім часом втрати психіатричного профілю істотно змінилися в бік збільшення кількості граничних розладів. Набагато серйознішими були, однак, пом’якшені та відстрочені наслідки війни, які позначаються як на психофізичному здоров’ї воїнів, так і на їхній психологічній рівновазі, проникливості та стійкості ціннісних орієнтацій.

Спектр явищ, що викликають травматичні стресові розлади, досить широкий і включає багато ситуацій, коли виникає загроза власному життю чи життю близької людини, фізичному здоров'ю чи образу «Я».

Розлади, які розвиваються після переживання психологічної травми, впливають на всі рівні функціонування людини (фізіологічний, особистісний, рівень міжособистісної та соціальної взаємодії) і призводять до стійких змін особистості не тільки в осіб, які безпосередньо пережили стрес, а й у членів їхніх родин, а також у очевидців [19, с. 57-58].

Посттравматичні стресові розлади сприяють формуванню специфічних сімейних стосунків, конкретних життєвих сценаріїв і можуть впливати на подальше життя. Душевні травми, психологічний шок та їх наслідки – ось що визначатиме життєвий настрій тих, хто пережив військові конфлікти. Також статистика свідчить, що на кожного загиблого бійця за цей період припадає один випадок самогубства ветеранів після служби в армії.

Значна поширеність посттравматичних стресових розладів внаслідок екстремальних переживань війни чи різноманітних техногенних і природних катаклізмів робить цю проблему актуальною для представників різних галузей науки. Потреба в тривалій медико-психологічній реабілітації частіше виникає у осіб з посттравматичним стресовим розладом, яка супроводжується явищами наркотичної інтоксикації, фармакологічної та психологічної залежності.

Важливість проблеми полягає в поширеності патології, а також в її соціальних наслідках, оскільки захворювання мають тенденцію до переважно люди працездатного віку [2]. Фактором, що призводить до передчасного старіння організму і пов'язаного з ним зниження працездатності, вважається хронічний стрес. Вивченню впливу стресових факторів на особистість присвячено багато наукових праць. Гіляровський В.А. відзначаючи важливість вивчення впливу стресової ситуації на психічне здоров'я, він зазначив, що «психотравмуючий досвід, який тривалий час не проявляється, зберігає патогенний ефект, який згодом може вплинути на будь-які реакції».

Він також підкреслив, що психічну травму «необхідно розглядати як вплив на весь організм, на його біохімічні та вегетативні процеси».

Незважаючи на те, що даній проблемі присвячено велику кількість робіт, питання діагностики, класифікації та методів лікування не тільки не до кінця вирішені, а й підлягають періодичному перегляду.

Низка подій кінця ХХ століття: війна в Афганістані, катастрофа на Чорнобильській АЕС, землетрус у Вірменії, військові дії на сході України, великі ДТП, вибухи житлових будинків, захоплення заручників. та ін., викликало підвищений інтерес до проблеми травматичного психологічного стресу та посттравматичного стресу в українському суспільстві. Розвиток особистості, яка пережила екстремальні події. Це стало очевидним значних особистісних і соціально-психологічних наслідків таких подій, особливо тих, що заважають частині населення нормально функціонувати в суспільстві [8, с. 118-119].

Психологічна допомога має сприяти успішній адаптації ремонтника на нові житлові умови.

Психологічна реабілітація – це допомога особистості на всіх етапах становлення нової системи значущих стосунків: від виникнення первинного розладу самосвідомості у вигляді негативних значущих стосунків до формування позитивних значущих стосунків особистості, себе по відношенню до світу в минулому, теперішньому та майбутньому свого життя.

Психолог допомагає військовослужбовцям та членам їхніх сімей відновлювати та зміцнювати зв’язки з природним, соціальним та культурним простором життя, структурувати у самосвідомості реалії зовнішнього світу та пов’язувати їх із реаліями внутрішнього світу. 15].

Психологічна допомога військовослужбовцям, які беруть участь у бойових діях, повинна включати кілька напрямків:

1. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовців (психоемоційний стан «громадянина», використовувані стратегії адаптації, поведінка) за результатами психодіагностики індивідуальних особливостей військовослужбовців.

2. Психологічне консультування (індивідуальне та сімейне). В індивідуальних бесідах солдатам слід дати можливість висловити весь свій біль і зацікавитися їхньою розповіддю. Потім рекомендується пояснити, що пережитий стан є тимчасовим, характерним для всіх, хто брав участь у бойових діях [81].

Дуже важливо відчувати розуміння і бачити, що їм готові допомогти не тільки професіонали, а й рідні. Одним із методів психологічної реабілітації є щире розуміння та терпіння до проблем людей, які пережили травматичні військові ситуації. Відсутність такого розуміння і терпіння з боку близьких може призвести до сумних наслідків.

3. Психокорекційна робота. Психологічна корекція або психокорекція — це діяльність, спрямована на виправлення тих особливостей психічного розвитку, які за прийнятою системою критеріїв не відповідають оптимальній моделі тощо.

4. Навчання навичкам саморегуляції (зняття напруги за допомогою релаксації, аутотренінгу та інших методів).

5. Соціально-психологічна підготовка, спрямована на підвищення адаптаційних можливостей воїна та його особистісний розвиток.

6. Профорієнтація для сприяння професійному самовизначенню, перепідготовці та подальшому працевлаштуванню. Кожен боєць має пройти психологічну та медичну реабілітацію. Тому слід говорити про загальну медико-психологічну реабілітацію (або допомогу) та соціальну підтримку воїнів-учасників бойових дій [42].

Найбільш оптимальним шляхом реалізації завдань системи соціальної реабілітації учасників бойових дій є створення спеціалізованого центру соціальної реабілітації осіб, які брали участь у бойових діях. Такий центр може вирішити весь комплекс проблем соціальної адаптації та реабілітації ветеранів, що стали учасниками бойових дій.

**1.3 Особливості посттравматичного розладу у військовослужбовців-учасників бойових дій**

У професійній діяльності бійці переживають стресові ситуації. При цьому виникають різні психологічні стани деструктивного характеру і найскладніші - посттравматичні стресові розлади, психічні травми, нервово-психічний стрес, військовий невроз, військова втома, які мають свої симптоми, форми, прояви та наслідки.

Найскладнішим видом розладу є стрес військовослужбовців, який зумовлений тривалою загрозою життю військовослужбовців [6, с. 23-24].

У дослідженні представлені наукові підходи до виявлення стресових факторів, які призводять до різноманітних проблем військовослужбовців у конфліктних умовах та мирному житті. Проаналізовано різні типології воїнів, які пережили стрес під час бойових дій.

Враховуючи багатоаспектність реабілітаційного завдання, воно поділяється на наступні види або складові. Якщо виділяти окремі етапи реабілітації в тому розумінні, як це прийнято на Заході, то слід виділити два основних: медичну (терапевтичну) реабілітацію та соціально-професійну (психологічну).

Слід зазначити, що багато зарубіжних і вітчизняних фахівців розрізняють психологічну та медичну реабілітацію. У процесі дослідження нами встановлено, що реабілітація воїнів-учасників бойових дій включає наявність чотирьох основних компонентів (видів) – психологічного, соціального, педагогічного та медичного. Крім того, ці види можуть цілеспрямовано поєднуватися один з одним і формувати нові визначення залежно від об’єкта реабілітації, його психоемоційного стану, конкретної ситуації, в яку потрапив військовослужбовець, факторів і умов, що впливають на організацію реабілітаційної діяльності з даною категорією клієнтів.

Психологічна реабілітація спрямована на вирішення найрізноманітніших завдань психологічної допомоги людям з проблемами здоров'я, особливо таких як:

1. Нормалізація психічного стану.

2. Відновлення ослаблених (втрачених) психічних функцій.

3. Узгодження самооцінки з наявною соціальною та особистою ситуацією (травма, інвалідність тощо).

4. Допомога у встановленні конструктивних стосунків з референтними особами та групами [25].

Таким чином, метою психологічної реабілітації є відновлення психічного здоров'я та ефективної соціальної поведінки.

Це означає повернення до життя, повернення до суспільства, тобто ресоціалізацію. Реабілітація має не тільки кінцеву мету - відновлення особистого і соціального статусу пацієнта (повне або часткове). Це процес прискорення саногенезу, який має свої нейрофізіологічні та психологічні параметри, і спосіб підходу до хворої людини, який характеризується принципами звернення до особистості пацієнта, його партнерства з лікарем у досягненні цілей. реабілітація, багатогранність зусиль, спрямованих на різні сфери життя хворого і зміна його ставлення до себе і до своєї хвороби.

Види реабілітації:

1.Медична реабілітація. Завдання реабілітації полягає в адаптації хворого до попередніх або змінених умов праці та побуту за допомогою здібностей і функцій, збережених хворобою ураженого органу шляхом використання і тренування цих функцій. Успіх реабілітації залежить від того, наскільки адекватно будуть враховані функції і здібності, що збереглися у цієї людини, і на які необхідно спиратися в процесі реабілітації. Про медичну реабілітацію говорять у тих випадках, коли за допомогою медикаментів, психотерапії, фізіотерапевтичних процедур, фізкультури, масажу тощо.

2. Професійна реабілітація означає прагнення використати залишкову працездатність, адаптувати хворого до попереднього або іншого (легшого) виду праці.

3. Соціальна адаптація - створення належних умов у сім'ї (поліпшення житлових умов, матеріальна підтримка), відновлення втрачених контактів з оточуючими, що дає хворому можливість повернутися в суспільство, що призводить до відновлення його соціального статусу.

Внаслідок захворювання може залишитися більш-менш виражений дефект [53, с. 124-125].

Прийнято розрізняти дві форми його компенсації: високий рівень компенсації (активне подолання недоліків) і низький рівень (коригування недоліків).

Розмір компенсації залежить не стільки від самого ушкодження, скільки від особистісних особливостей пацієнта, психотерапевтичної роботи з ним, уміння лікаря знаходити контакти з хворим і створювати нову життєву домінанту.

М.М. Кабанов, враховуючи, що в літературі існує багато термінів, які використовуються для позначення завдань психологічної та трудової реабілітації пацієнтів, для уніфікації та запобігання плутанини запропонував використовувати для поняття термін «ресоціалізація».

Етапами ресоціалізації є: відновна терапія, реадаптація та власне ресоціалізація. Відновлювальна терапія спрямована на попередження пошкоджень.

Метою реадаптації є адаптація пацієнта до умов навколишнього середовища.

Реабілітація складається з комплексу заходів, спрямованих на відновлення соціальних зв'язків пацієнта, його індивідуальної та соціальної цінності.

Найважчою пристосованою проблемою для чворого є стан, що дуже у зв'язку з хоробою або травмою. Часто психогенна реакція пацієнта на порушення спричиняє більше інвалідності, ніж порушення. Нешкірний пацієнт може легко змиритися з розладом, звикнути до нього та знайти шляхи компенсації [32].

Сучасні програми психологічної реабілітації – це комплексний вплив методів:

* Колоротерапія (підвищення адаптаційних можливостей організму людини, регуляція психовегетативних процесів, підвищення стійкості до стресів).
* Музикотерапія (емоційне розвантаження, розвиток комунікативних функцій, гармонізація загального стану).
* Ароматерапія (доп’єрє relax, дъе як антидепресант, імуностимулює, кмерає втому).
* Вібротерапія (зниження дратівливості та ангіжи, розслаблення скелетної мускулатури, поліпшення загального психофізіологічного стану, нормалізація сну). Вплив світла, звуку з використанням біологічного зворотного зв’язку – БОС, корекція світлової форми (діагностика психофізичного стану, попередження та ліквідація наслідків психоемоційного стресу та оптимізація психофізіологічного стану) [26, с. 123-124].
* Сенсорна кімната (швидко нормалізує психоемоційний стан, стимулює процеси саморегуляції, створює відчуття захищеності, є важливою складовою всіх програм психологічної реабілітації).
* Тілесно-орієнтована терапія – (корекція та оптимізація психоемоційного і фізичного стану).
* Тренінги (підвищення рівня знань у галузі психології стресу, пошуку та розвитку прихованих ресурсів організму, оновлення адаптаційних та фізіологічних ресурсів).
* БОС терапія. Методика проведення «бос-терапії» полягає в тому, що людина може налаштувати більшість своїх біологічних функцій за наявності зворотного зв'язку. Цей вид терапії допомагає усунути причину захворювання без ліків, використовуючи внутрішні ресурси організму, що не має побічних ефектів.

Метод біологічного зворотного зв'язку інструментально реєструє всі зміни в організмі людини і дає можливість на свідомому рівні контролювати те, до чого він раніше не мав доступу: комплекс біологічного зворотного зв'язку [17, с. 41-43].

**1.3 Особливості посттравматичного розладу у військовослужбовців-учасників бойових дій**

Комплекс симптомів, що спостерігається у тих, хто пережив травматичний стрес, називається посттравматичним стресовим розладом - ПТСР (Посттравматичний стресовий розлад). Діагностичні критерії цього розладу були включені в Національний діагностичний і статистичний посібник США з психічних розладів (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) і існують досі.

З 1994 року ці критерії включені до європейського стандарту діагностики МКХ-10 (10).

Поширеність цих розладів залежить від частоти стресових ситуацій. У 50-80% людей, які пережили сильний стрес, розвиваються клінічно визначені розлади та розлади адаптації. У спокійні години випадки ПТСМ фіксуються в 0,5% випадків у жінок і в 1,2% - у чоловіків. Найбільш уразливою групою є діти, підлітки та люди похилого віку. Крім специфічних біологічних і психологічних особливостей, ця група людей не має розроблених (у дітей) або жорстких (у людей похилого віку) компенсаторних механізмів. Симптоми ПТСМ можна розділити на такі категорії: симптоми присутності, симптоми розгалуження, негативні когнітивні зміни та зміни настрою, а також зміни збудження та реактивності. Найчастіше всі пацієнти мають небажані спогади та відтворення ініціюючих подій. Сни про минулі події можуть переслідувати учасників, які протягом тривалого часу були травмовані цими подіями [62].

Симптоми розладу нелегко лікувати. Найефективнішим способом роботи з посттравматичним розладом є психотерапія. Експерт наголошує, що фахівець має мати кваліфікацію для роботи з травматичним матеріалом.

Крім того, існують варіанти того, як сама людина або його близькі можуть допомогти пережити наслідки розладу.

«Це гігієна сну, розпорядок дня, часткове повернення на роботу, догляд за тваринами, близькими, дітьми та онуками. Десь навіть можна доручити людині якісь прості справи, наприклад, приготування їжі. Це означає, що важливо повернутися до рутини, нормалізувати ситуацію і водночас не патологізувати її, дати людині право боятися виходити на вулицю і не ґвалтувати її. Організувати своє життя максимально комфортно. Допомогти відновити контакт із важливими людьми – запросити гостей, допомогти налагодити контакт в Інтернеті», – пояснює Франкова.

Рідше зустрічаються дисоціативні стани, в яких ми переживаємо події так, ніби вони відбуваються в реальності. Іноді це змушує пацієнтів реагувати, як у початковій ситуації (наприклад, гучні звуки, такі як феєрверки, можуть викликати спогади про певні події, що може призвести до пошуку притулку або падіння на землю для захисту).

Пацієнтам важко уникати подразників, пов’язаних із травмою, і вони часто відчувають емоційну пастку в повсякденній діяльності.

У той же час, крім травматичної тривоги, пацієнти можуть відчувати почуття провини через свої дії в подібних подіях або пов’язуватися з темрявою, яку вони пережили, і люди, які були їм близькі, померли [17, с. 41-42].

ПТСР виникає як відстрочена та/або тривала реакція на стресову подію чи ситуацію надзвичайно серйозного чи катастрофічного характеру, яка може спричинити дистрес. Дистрес зазвичай є відносно короткочасним психічним станом, але під впливом сильних стресових факторів (смерть близької людини, важка травма, хвороба тощо) він може тривати кілька місяців практично у кожної людини (катастрофи, війни, тортури), тероризм тощо) [80].

ПТСР – це розлад, який може погіршитися, коли людина відчуває загрозу власному життю. 1% населення відчує ПТСР протягом життя, а у 15% можуть розвинутися окремі симптоми ПТСР.

Фактори, що збільшують ризик ПТСР, включають:

* особистісні характеристики;
* адиктивна поведінка в минулому є попередньою психічною травмою;
* підліток; люди похилого віку;
* наявність соматичних захворювань [18].

ПТСР характеризується трьома типами симптомів:

а) уникнення будь-яких нагадувань про події з притупленістю загальної емоційної чутливості. Діти починають закривати голову руками і ховатися.

Сильна втрата інтересу до Фактори, що збільшують ризик ПТСР, включають:

* особистісні характеристики;
* адиктивна поведінка в минулому є попередньою психічною травмою;
* підліток; люди похилого віку;
* наявність соматичних захворювань [18].

ПТСР характеризується трьома типами симптомів:

а) уникнення будь-яких нагадувань про події з притупленістю загальної емоційної чутливості. Діти починають закривати голову руками і ховатися.

Сильна втрата інтересу до життя, психологічна амнезія для звичайних речей.

Суспільство починає відкидати людей, не розуміє, що це за хвороба. Такого чоловіка треба вести за руку, як дитину, брати за неї відповідальність і годину говорити з нею про це. Люди, які затягнули травмуючу подію, характеризуються дуже сильним відчуженням, тому що вони розуміють, що майбутнього немає і вони повинні його будувати, дати мінімальний спосіб діяти на найближчий період - годину, день, кілька днів - в залежності від долі потерпілого. Якщо людина перебуває у стані відчуженості, навіть якщо вона дещо агресивна, не можна залишати її одну;

б) компульсивне переживання випадкових повторюваних травматичних подій; нав'язливі переживання травмуючої події, що епізодично повторюються;

в) підвищена дратівливість, яка проявляється в комплексі

гіпертрофовані психофізіологічні реакції.

Для підтвердження діагнозу тривалість прояву цих симптомів повинна бути не менше 1 місяця з моменту травматичної події [28].

Діагностичні критерії:

* великі травматичні події в анамнезі;
* захворювання проявляється після інкубаційного періоду (від кількох тижнів до 6 місяців після травми, а іноді й пізніше);
* флешбеки спогадів, які відображають травмуючі події (можуть з’явитися через десятиліття);
* усвідомлення травми в думках, снах, кошмарах;
* соціальне уникнення, відстороненість і віддаленість від друзів, у тому числі близьких родичів; Зміни поведінки, вибухові спалахи, агресивні тенденції (можливо, антисоціальна чи протиправна поведінка);
* зловживання алкоголем і наркотиками, особливо для усунення гострих вегетативних розладів і неспецифічних соматичних проблем (наприклад, головного болю).

ПТСР зустрічається у значної частини людей і часто поєднується з афективними розладами та розладами наркотичної залежності.

Важливо знати, що час не лікує людей з ПТСР. Реакції, крім повторної стимуляції, можуть поступово зникати. ПТСР може поступово стихати, але може загостритися через 10-15 років. Тому при підозрі на ПТСР необхідна консультація спеціалістів-психіатрів [79, с. 209-210].

У разі легкої форми ПТСР добре працює психотерапія.

Примирення людини з минулим - мета більшості методів психотерапії посттравматичного стресового розладу. Для успішного лікування психотерапевт повинен вміло реагувати на «сильні афекти», які часто виявляють пацієнти: емоційна лабільність, вибуховість, вразливість.

Психотерапія допомагає пацієнту впоратися з почуттям провини, знайти втрачене відчуття контролю над іншими, впоратися зі станом безпорадності та безсилля.

Дуже важливі групи підтримки, в яких пацієнту допоможуть глибше зрозуміти сенс травмуючої події.

У США існують групи підтримки ветеранів, жертв війни та військовополонених, а в Нідерландах – притулок для жінок, які постраждали від домашнього насильства.

У певних стадіях розвитку ПТСМ рекомендовано застосування фармакотерапії. Показаннями до медикаментозного лікування є:

* психомоторне збудження;
* панічні атаки, напади страху;
* депресія, аутоагресивна поведінка;
* агресивна та деструктивна поведінка;
* соматовегетативні розлади;
* тривалі порушення сну, життя, психологічна амнезія для звичайних речей.

Суспільство починає відкидати людей, не розуміє, що це за хвороба. Такого чоловіка треба вести за руку, як дитину, брати за неї відповідальність і годину говорити з нею про це. Люди, які затягнули травмуючу подію, характеризуються дуже сильним відчуженням, тому що вони розуміють, що майбутнього немає і вони повинні його будувати, дати мінімальний спосіб діяти на найближчий період - годину, день, кілька днів - в залежності від долі потерпілого. Якщо людина перебуває у стані відчуженості, навіть якщо вона дещо агресивна, не можна залишати її одну;

б) компульсивне переживання випадкових повторюваних травматичних подій; нав'язливі переживання травмуючої події, що епізодично повторюються;

в) підвищена дратівливість, яка проявляється в комплексі гіпертрофованих психофізіологічних реакціях.

Для підтвердження діагнозу тривалість прояву цих симптомів повинна бути не менше 1 місяця з моменту травматичної події [28].

Діагностичні критерії:

* великі травматичні події в анамнезі;
* захворювання проявляється після інкубаційного періоду (від кількох тижнів до 6 місяців після травми, а іноді й пізніше);
* флешбеки спогадів, які відображають травмуючі події (можуть з’явитися через десятиліття);
* усвідомлення травми в думках, снах, кошмарах;
* соціальне уникнення, відстороненість і віддаленість від друзів, у тому числі близьких родичів; Зміни поведінки, вибухові спалахи, агресивні тенденції (можливо, антисоціальна чи протиправна поведінка);
* зловживання алкоголем і наркотиками, особливо для усунення гострих вегетативних розладів і неспецифічних соматичних проблем (наприклад, головного болю).

ПТСР зустрічається у значної частини людей і часто поєднується з афективними розладами та розладами наркотичної залежності.

Важливо знати, що час не лікує людей з ПТСР. Реакції, крім повторної стимуляції, можуть поступово зникати. ПТСМ може поступово стихати, але може загостритися через 10-15 років. Тому при підозрі на ПТСМ необхідна консультація спеціалістів-психіатрів [79, с. 209-210].

У разі легкої форми ПТСР добре працює психотерапія.

Примирення людини з минулим - мета більшості методів психотерапії посттравматичного стресового розладу. Для успішного лікування психотерапевт повинен вміло реагувати на «сильні афекти», які часто виявляють пацієнти: емоційна лабільність, вибуховість, вразливість.

Психотерапія допомагає пацієнту впоратися з почуттям провини, знайти втрачене відчуття контролю над іншими, впоратися зі станом безпорадності та безсилля.

Дуже важливі групи підтримки, в яких пацієнту допоможуть глибше зрозуміти сенс травмуючої події.

У США існують групи підтримки ветеранів, жертв війни та військовополонених, а в Нідерландах – притулок для жінок, які постраждали від домашнього насильства.

У певних стадіях розвитку ПТСМ рекомендовано застосування фармакотерапії. Показаннями до медикаментозного лікування є:

* психомоторне збудження;
* панічні атаки, напади страху;
* депресія, аутоагресивна поведінка;
* агресивна та деструктивна поведінка;
* соматовегетативні розлади;
* тривалі порушення сну.

Дуже важливо лікувати симптоматичний алкоголізм або наркоманію, які не є рідкістю у цих пацієнтів.

Кошмари відображали події, пов’язані з переживаннями війни, 15% людей були відірвані від реальності, а у 32% був діагностований поверхневий сон із частими пробудженнями, пов’язаними із зовнішніми (різні звуки) і внутрішніми (нічні сни) факторами.

У військовослужбовців, які отримали забої головного мозку середнього та легкого ступеня тяжкості, у 63% випадків виявлені астено-депресивні та тривожно-депресивні розлади, що розвинулися безпосередньо в зоні конфлікту після різноманітних психотравмуючих переживань [75].

«Людина уважно стежить за всім, що відбувається навколо, ніби їй постійно загрожує небезпека. Але ця небезпека не тільки зовнішня, а й внутрішня - вона полягає в тому, що небажані травматичні враження, які мають руйнівну силу, вони пробиються до свідомості. Часто надмірність проявляється у вигляді постійної фізичної напруги. Це фізичне зусилля, яке дозволяє розслабитися і відпочити, може викликати багато проблем.

По-перше, підтримання високого рівня пильності вимагає постійної уваги та величезних витрат енергії. По-друге, ветеран починає відчувати, що це його головна проблема і що все налагодиться, як тільки напруга зменшиться або розрядиться. Дійсно, фізична напруга може захистити свідомість, але психологічний захист неможливо усунути, поки інтенсивність переживань не зменшиться. Коли це станеться, фізична напруга зникне сама собою», – каже дослідник В.Колодзин.

Характерними ознаками другої констеляції симптомів підвищеної дратівливості були підвищена дратівливість, лють, злість, схильність до насильства (на їх наявність так чи інакше вказали 96% людей).

У 71% військовослужбовців спостерігалися підвищена ситуативна тривожність, пильність і підозрілість, здатність контролювати емоції та знижена потреба в груповій підтримці. Така реакція нерозривно пов’язана з реакцією індивіда на екстремальну ситуацію під час бою чи поранення. Найбільші зміни психологічних показників спостерігалися у тих, хто перебував у ворожих умовах більше трьох місяців.

У 49% з них була підвищена особистісна тривожність, що супроводжувалася вегетативними реакціями: серцебиттям, підвищеним потовиділенням, артеріальною гіпертензією та відчуттям утрудненого дихання. У структурі особистості спостерігалися прояви тривожної соматизації (53%) та зміни настрою (61%), що досягали рівня патології [78].

Вивчення профілю особистості показало, що практично більше половини досліджуваних мають підвищену акцентованість, а 38% - порушення механізмів інтрапсихічної перебудови і 62% - екстрапсихічної, що включає виражену дезінтеграцію особистості (18%), сенситивні (23%) та істеричні прояви (25%), збільшення шкали Шизоїд (8%), значне зниження шкали Гіпоманія (7%) та збільшення шкали Психопатизація (19%).

Найбільш поширеними були істерики (25%), сензитивний (23%) та психопатичний (19%) типи реагування, які були проявом соціально опосередкованого ставлення людини до дійсності, свого місця в суспільстві та особистісних реакцій на суспільно важливі події чи зміни, їх соціальний статус. Тому важливими були не травматичні прояви, а неприємні відчуття від наслідків бойових дій та реакція на них оточуючих.

Соціально-психологічна дезадаптація, зведена в основному до конфліктів з командирами і товаришами по службі, викликала декомпенсацію у вигляді часто повторюваних поліморфно-демонстративних реакцій активного і пасивного протесту на фоні властивого їм інфантильного егоцентризму, внутрішньої безглуздості [24].

«Після травматичної ситуації у людини змінюється ідентичність, так би мовити, вона вже не може покладатися на себе та інших, не може себе захистити. Тоді людина починає максимально себе захищати: уникає нових знайомств, перестає часто виходити на вулицю, має серйозні проблеми з впевненістю в собі, бо якщо раніше було легко, то раптом ні, що навіть добре. зараз. Таким чином, людина може втратити роботу, місце в навчальному закладі, не може підтримувати дружні та родинні стосунки, замикається в собі, усамітнюється, не хоче вилазити зі своєї оболонки, яка на той час є її захистом. . У подібній ситуації люди часто вдаються до природних методів захисту – п’ють алкоголь, щоб придушити панічні атаки, п’ють снодійне, щоб заснути, вдаються до наркотиків», – каже Франкова.

Військово-травматичний стрес є різновидом ПТСР. Зустрічається у безпосередніх учасників бойових дій. Певні умови сприяють формуванню військово-травматичного стресу.

1. Різкий перехід від мирного життя до боротьби, в якій необхідно швидко адаптуватися. Людина постійно знаходиться в небезпеці, вона стає свідком руйнувань, пожеж, смерті (як знайомих, так і незнайомих).

2. Різкий перехід від ворожих умов до мирного життя. Враховуючи цю ситуацію, армія змушена адаптуватися заново. Коригування, які відбуваються протягом цього періоду, відрізняються за тривалістю і називаються ПТСР. У результаті повернення до нормального мирного життя після закінчення бойових дій або внаслідок демобілізації людина часто залишається адаптованою до бойових дій [58].

**РОЗДІЛ ІІ. ЕМПІРИЧНЕ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПОВОЄННІ ЧАСИ**

**2.1Короткий огляд традиційних психодіагностичних методик, спрямованих на вивчення психоемоційного стану**

Дослідно-експериментальна робота проходила на базі військової частини 3058 Національної гвардії України в Ізмаїлі. Вибірка склала 30 осіб.

З метою достовірного визначення результатів роботи зрізи до та після тренінгової програми були складені за такими методиками: методика «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуаційної) та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілбергер -Ю.Л. Ханіна»; методика «Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»; клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (автори К.К. Яхін, Д.М. Менделевича); методика «Самопочуття, активність, настрій (САН)» (В. Доскін).

Опитування та тестування респондентів відбувалося на основі їх добровільної та анонімної співпраці між бійцями та військовослужбовцями.

Визначення якісних та кількісних показників цими методами проводили за відповідними шкалами. Метод Спілбергера-Ханіна є одним із методів вивчення психологічного феномену тривоги. Ця анкета складається з 20 твердження, що стосуються тривоги як стану (тривога стану, реактивна або ситуаційна тривога) і з 20 тверджень для визначення тривоги як схильності, риси особистості (тривожність рис). Рівні реактивної та особистісної тривожності визначали за шкалою: до 30 балів – низька тривожність; від 31 до 45 балів - помірна тривожність; 46 балів і більше – висока тривожність.

Шкала реактивної та особистісної тривожності Спілбергера є єдиним методом, який дозволяє диференціально вимірювати тривожність як рису особистості, так і стан. У нашій країні тест використовується в модифікації Реактивна (ситуаційна) тривога Ю.Л. Хана - стан суб'єкта в певний момент, який характеризується суб'єктивно пережитими людиною емоціями: напругою, тривогою, занепокоєнням, нервозністю в даній конкретній ситуації. Цей стан виникає як емоційна реакція на екстремальну або стресову ситуацію і може змінюватися за інтенсивністю та динамікою з часом.

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Шкала Міссісіпі) — клінічний метод тестування, розроблений у 1987 році Keape T.M. зі співавторами для діагностики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні конфлікту. Створено на основі MMPI. У 1995 році була розроблена та опублікована цивільна версія шкали, перевірена на вибірці цивільних осіб з діагнозом ПТСР.

Анкета складається з 35 питань у «військовому» та 39 питань у «цивільному» варіанті. Відповіді на запитання даються за шкалою Лайкерта.

Незважаючи на класифікацію питань на чотири підшкали, розраховується лише один підсумковий коефіцієнт. Частина запитань має зворотне значення, що дає можливість знизити встановлений тест або заповнити форму в довільному порядку.

Питання утворюють три основні шкали, що відповідають трьом групам симптомів посттравматичних стресових розладів: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «примус», 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудження». Решта п'ять питань описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальністю.

М-ПТСР – це самооцінка із 35 пунктів, яка оцінює бойовий посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців, які перебували в зоні АТО. Суб’єкти демонструють симптоми посттравматичного стресового розладу та загальні риси (зловживання психоактивними речовинами, схильність до самогубства та депресія).

Для оцінки невротичних станів використовується клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич та ін.). У 1978 році був розроблений тест, який дозволяє якісно аналізувати невротичні прояви, що дає можливість виявити основні синдроми невротичних станів. Опитувальник складається з 68 запитань і включає шість шкал: тривожність, невротична депресія, астенія, істеричний тип реагування, обсесивно-фобічні розлади (обсесії), вегетативні розлади.

Методика САН (Відчуття. Діяльність. Настрій) розроблена в 1973 році колективом авторів (В.А. Доскін, Н.А. Лаврентьєва, М.П. Мірошніков, В.Б. Шарай) і призначена для вивчення реального самопочуття, настрою і активності обстежуваного.

Методика використовується для відстеження змін емоційно-функціонального стану обстежуваного на початку та в кінці консультації; дослідження кривих працездатності, діагностика втоми та інших видів функціональних станів. Також методика може бути використана в дослідженнях з ергономіки, фізіології, гігієни праці, при роботі зі студентами та спортсменами. Може бути використаний як метод експрес-діагностики актуального функціонального стану.

Вибірку склали респонденти з ознаками того відповідати діагностичним критеріям ПТСР (МКБ-10 \ DSM-R).

**2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження**

Діагностика психічних станів, рівня нервово-психічної активності, яку проводять психологи та психіатри, має становити основний зміст роботи під час медичного огляду військовослужбовців після повернення з зони ворожнечі. При цьому особливу увагу слід приділяти проведенню групових та індивідуальних бесід, під час яких необхідно акцентувати увагу на проблемах, що виникають у процесі реабілітації бійців до нормальних умов життя [29, с. 96-97].

У сучасній психологічній літературі проблема психосоціальної дезадаптації людей, які пережили травму, розроблена не до кінця. Попередні дослідження з цього питання стосувалися медико-психологічних особливостей реабілітації, і до останнього часу не було опублікованих робіт з прогнозування психологічних наслідків локалізованого військового конфлікту (В. П. Каширін, В. О. Корзунін, О. Г. Маклаков, С. В. Чермянін) [ 35 ].

Психосоціальна реабілітація бійців і працівників професій підвищеного ризику (Т.І. Єрьоміна, П.П. Іванов, О.Г. Караяні, Ю.Ю. Логінова, В.Н. Смирнов, Н.В. Тарабрин) [37]. Психосоціальна адаптація людини в умовах інвалідизуючого захворювання (С.В. Бабурін, В.І. Петров, В.Б. Салахова) [38].

Проблема соціально-психологічної дезадаптації у військовій психології найбільш розроблена з точки зору теоретичних методів і прикладних програм.

Психологічна допомога має сприяти успішній адаптації ремонтника на нові житлові умови.

Розглядаючи проблему профілактики психологічної дезадаптації у поранених, вважаємо доцільним аналізувати кожну складову досліджуваного явища, оскільки, на нашу думку, вона визначає природу всього явища.

Таким чином, поняття «дезадаптація» можна розглядати в більш широкому сенсі як порушення (упередження) процесу пристосування організму до нових умов життя. Останнім часом у літературі ця проблема розглядається як така, що значною мірою відповідає проблемі поведінки студента, тому доцільно виділяти окремі загальні та специфічні моменти дезадаптації особистості, відповідно до її статусу та стану тощо.

Щодо загальної позиції, наприклад, погоджуємося з Л.В. Мардахаєв і Т.Д. Молодцова про те, що дезадаптація та адаптація є процесом, проявом і результатом.

У процесі психосоціальної реабілітації важливо спрямувати особистість на створення нової суб’єктивної моделі середовища і свого місця в ньому, на вироблення адаптаційної стратегії. Психологічна допомога військовослужбовцям, які беруть участь у бойових діях, повинна включати декілька області:

1. Діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовців (психоемоційний стан «громадянина», використовувані стратегії адаптації, поведінка) за результатами психодіагностики індивідуальних особливостей військовослужбовців [21].

2. Психологічне консультування (індивідуальне та сімейне). В індивідуальних бесідах солдатам слід дати можливість висловити весь свій біль і зацікавитися їхньою розповіддю. Потім є сенс пояснити, що пережитий стан тимчасовий, притаманний усім, хто брав участь у бойових діях. Дуже важливо, щоб вони відчували розуміння і бачили готовність не тільки їм допомогти фахівцями, а й родичами. Засобом психологічної реабілітації є щире виявлення розуміння і терпіння до проблем осіб, які пережили психотравмуючі військові умови. Відсутність такого розуміння і терпіння з боку близьких призводить до сумних наслідків.

3. Психологічна корекція або психокорекція — це діяльність, спрямована на виправлення тих особливостей психічного розвитку, які за прийнятою системою критеріїв не відповідають оптимальній моделі (нормі) тощо.

4. Навчання навичкам саморегуляції (зняття напруги за допомогою релаксації, аутотренінгу та інших методів).

5. Соціально-психологічна підготовка, спрямована на підвищення адаптаційних можливостей воїна та його особистісний розвиток.

6. Допомога в професійному самовизначенні, профорієнтація для перепідготовки та подальшого працевлаштування.

Кожен боєць має пройти як психологічну, так і медичну реабілітацію. Таким чином, слід говорити про комплексну медико-психологічну реабілітацію (або допомогу) та соціальну підтримку воїнів, які брали участь у бойових діях [40].

Найбільш оптимальним шляхом реалізації завдань системи соціальної реабілітації учасників бойових дій є створення спеціалізованого центру соціальної реабілітації осіб, які брали участь у бойових діях. Такий центр може вирішити весь комплекс проблем соціальної адаптації та реабілітації ветеранів гарячих точок.

Центр соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій має вирішувати такі завдання:

* медична реабілітація військовослужбовців (особливо інвалідів);
* соціально-психологічна адаптація військовослужбовців – учасників бойових дій та членів їх сімей у системі ринкових відносин (індивідуальна психологічна та психотерапевтична допомога, групові та індивідуальні форми реабілітації);
* соціально-психологічний супровід військовослужбовців та членів їх сімей (для цього в центрі необхідно організувати місце психологічного розвантаження);
* сприяння працевлаштуванню: створення банку вакансій на ринку праці, підтримка зв’язків з роботодавцями [36, с. 150-151].

Стрес під час нового відрядження на важке і небезпечне робоче місце проходить 3 стадії, першою стадією з яких є тривога, яка виникає з появою стресогенного стимулу. Наявність такого подразника викликає багато фізіологічних змін: людина частіше дихає, трохи підвищується артеріальний тиск, частішає пульс. Змінюються і психічні функції: вся увага спрямована на подразник, виявляється підвищений особистий контроль над ситуацією.

Усе це спрямовано на мобілізацію захисних здібностей організму та механізмів саморегуляції для захисту від стресу. Якщо цієї дії достатньо, тривога і хвилювання спадають, стрес закінчується. Більшість стресу вирішується на цьому етапі.

Відповідно до описаних критеріїв виділено такі виражені показники невротичного стану військовослужбовців двох груп:

1 група – ті, хто повернувся із зони бойових дій,

1. група – ті, хто планує відрядження в зону бойових дій [13] (Рис. 2.1. ).

Також критичні показники мають шкали «істеричний тип реагування» і «вегетативні розлади», що дає чітке пояснення і прямий зв'язок взаємозалежності.

Характерні для цього типу психопатії істеричні реакції (стигми, непритомність та ін.) та інші форми істеричної поведінки (екстравагантність, схильність до драматизації незначних ситуацій, бажання бути в центрі уваги) досить поширені і часто спостерігаються у психопатичних особистостей. інші види з розвитком невротичних реакцій або реактивних психозів, які формуються на тлі стресових подій, в даному випадку високі показники.

Рис. 2.1Відсоткові показники невротичного стану військовослужбовців до проведення психокорекційної роботи («Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів», К.К. Яхін, Д.М. Менделевич)

Істерична психопатія характеризується не тільки психогенно обумовленими істеричними реакціями і формами поведінки, а й певним складом особистості (тобто типом її характеру, що визначає відповідні реактивні прояви), саме такі розлади характеризуються вегетативними розладами і існують як дві паралелі. Це вид неврозу, який проявляється у вигляді симптомів різних хронічних захворювань, яких у клієнта насправді немає. Можливі періодичні напади, клінічно схожі з панічними атаками. Також часто зустрічаються психогенний кашель і задишка, розлад травлення, запаморочення тощо. Цей тип вегетативної дисфункції зустрічається найчастіше, як правило, є наслідком хронічного стресу і найкраще піддається лікуванню [74, с. 165-166].

Дезадаптація - це стан, що характеризується утрудненим пристосуванням людини до факторів навколишнього середовища, внутрішніх чинників, відмовою від свого нового соціального статусу і нових способів взаємодії в навколишньому середовищі, які зрештою призводить до формування девіантної поведінки [41, с. 124-125].

Адаптація до військового суспільства носить специфічний характер, переважно стихійний. До таких особливостей можна віднести багатофакторність цього процесу. Це пов'язано з тим, що дія зовнішніх і внутрішніх факторів може ускладнити процес адаптації призовників до нових умов їх існування. Це такі фактори, як внутрішній розпорядок військового життя, сувора дисципліна; нестатутні відносини; характер, моральні цінності та становлення самих призовників, які можуть спричиняти конфлікти з колективом, емоційні переживання, пов’язані з розлукою з близькими, часті конфліктні ситуації у військовому середовищі. Дія цих факторів у сукупності призводить до гальмування соціальної адаптації і, перш за все, до соціальної дезадаптації воїнів.

З точки зору теорії психологічної дезадаптації до навколишнього середовища існують три сфери життя людини, до яких вона може пристосуватися - колектив, сім'я, середовище неформального спілкування [44].

При адаптації військовослужбовців до військового суспільства в першу чергу враховується зона адаптації - військовий колектив. Якщо в цій сфері немає перебудови, можна говорити про психологічну обстановку дезадаптованості ремонтника.

Кожен процес адаптації відрізняється. Боляче для деяких призовників, для молоді з досвідом спілкування в колі дворових компаній, у неформальних групах шкіл, технікумів. Цей процес існування військового інституту ускладнюється ще й «традицією» військового суспільства, яка склалася протягом багатьох років. Молоді люди, які відчувають емоційне напруження, пов'язане з усвідомленням нового соціального статусу, відривом від рідного дому, необхідністю входження у військове товариство, «стикаються» з труднощами в адаптації, що може призвести до різного роду девіацій.

Перший рік чи півроку військової служби – це адаптація до військового суспільства. Наслідки такого «пристосування» можна побачити в подальшому житті: погіршення психічного та фізичного здоров’я, можливі труднощі переналаштування в громадянське суспільство.

У процесі адаптації до військового суспільства відбувається докорінна перебудова особистості воїна. Вже сформовані та сформовані риси особистості з часом змінюються. Ці зміни можуть бути як позитивними, так і негативними. Про позитивні зміни можна говорити, коли в юнаку в армії розвиваються вольові якості характеру, мужність і відповідальність. Тоді армія дійсно виховує справжніх чоловіків, людей, які будуть знати, як захищати Батьківщину [45].

Але, на жаль, у цього процесу є і негативна сторона. Під час адаптації до військових порядків можуть формуватися такі риси особистості, як хитрість, підступність, агресивність, емоційна нестійкість тощо. Усе це спричиняє зростання негативних явищ в армії – самогубств, мимовільних спалахів агресії, випадків нестатутних стосунків та дезертирства.

Професійна адаптація — це пристосування набутого професійного досвіду та стилю поведінки і дій до вимог певної військової посади (обстановки), здатність швидко пристосовуватися до незвичайних факторів зовнішнього середовища, засвоєння нових договірних функцій і обов'язків, здатність до виконання обов'язків і швидко адаптуватися до незвичайних факторів зовнішнього середовища, пристосовуючись до нових договірних функцій і обов'язків. залучення до професійної співпраці та партнерства, поступовий розвиток конкурентоспроможності.

Психологічний супровід включає оцінку справжньої компетентності професіонала, допомогу в професійному розвитку, подоланні виниклого почуття професійної неповноцінності, формування відповідної професійної впевненості в собі [43, с. 182-183].

Напрямками психологічної підтримки воїнів є душпастирство та наставництво. Душпастирська стратегія полягає в наданні психологічної підтримки та допомоги тим, хто її потребує, зокрема учасникам бойових дій та іншим верствам населення. Священики організовують реколекції, де викладаються релігійні вчення та зміцнюються у вірі парафіяни.

Наставництво спрямоване на створення у молодих спеціалістів – військовослужбовців раціональної системи знань, умінь і навичок, необхідних для подальшого профільного навчання та високоефективного використання у військовій діяльності. Психологічна допомога військовослужбовцям включає застосування короткочасної та системної психотерапії, аутогенне тренування, навички самоконтролю емоцій у стресових ситуаціях, навчання конструктивним стратегіям управління поведінкою в кризових ситуаціях, пошуку ресурсів, механізмам внутрішнього відновлення та оптимізації кризових ситуацій [66].

Наступною методикою нашого дослідження була «Самопочуття, активність, настрій (САН)» (В. Доскін). Результати представлені в таблиці (Табл. 2.1.).

Таблиця 2.1

Показники емоційної сфери військовослужбовців

(за методикою В. Доскіна «Самопочуття, активність, настрій (САН)»)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Симптоми прояву ПТСР | Самопочуття% | Активність% | Настрій% |
| 39 | 40 | 21 |
| Збудливість | + | - | - |
| Вторгнення | + | + | + |
| Суїцидальні схильності | + | + | - |
| Втеча | + | + | + |
| Провина | + | + | - |

За цією методикою маємо такі процентні показники:

- Загальний показник за шкалою «Самопочуття» 39%;

- Сумарний показник за шкалою «Активність» 40%;

– Загальний показник за шкалою «настрій» – 21%.

У всіх учасників вибірки спостерігалося погіршення самопочуття та настрою, зниження активності.

Після повернення до цивільного життя вже існуючий посттравматичний стресовий розлад, пов’язаний із перебуванням у бойових ситуаціях, новий ламінований стресовий розлад, пов’язаний із соціальною дезадаптацією учасників бойових дій.

Учасники бойових дій, як правило, стикаються з нерозумінням, осудом, проблемами спілкування та професійного самовизначення, економічними проблемами, проблемами виховання, створення чи збереження сім’ї тощо. У таких ситуаціях важливо використовувати відповідні методи психокорекції та психотерапії посттравматичних стресових розладів.

Міссісіпська шкала (MSS) була розроблена для оцінки тяжкості ПТСР у ветеранів війни. Один із найпоширеніших інструментів вимірювання симптомів посттравматичного стресу [14, с. 83-84].

Шкала складається з 35 (у деяких варіантах 39) версій, за якими вона оцінюється за прийнятною шкалою Лайкерта. Оцінка результатів проводиться шляхом сумування всіх отриманих даних, і цей показник дозволяє виявити ступінь впливу травматичного ушкодження. Щоденні опитування поділяються на 4 категорії, три з яких відповідають критеріям DSM: 11 даних зібрано за частотою інвазивних симптомів (вторгнення), 11 - за втечею (уникнення) і 8 - за критерієм нормальності збудження (дратівливість). П'ять інших питань було задано, щоб викликати почуття провини та суїцидальність.

Дослідження показали, що ця методика має необхідні психометричні властивості, а її ефективність демонструє достовірність посттравматичного стресового розладу.

У класифікації психічних і поведінкових розладів, розробленої Всесвітньою організацією охорони здоров'я, в симптомокомплексі посттравматичного стресового розладу виділяють три групи симптомів:

* Кластер повторних переживань симптомів (або симптомів «вторгнення»).
* Кластер симптомів уникнення.
* Група симптомів фізіологічної гіперактивації (підвищена дратівливість).

Група повторних симптомів

Враження, отримані під час надзвичайної ситуації, можуть бути настільки сильними, що зберігаються дуже довго: спогади часто спалахують про повторювані почуття, які людина відчувала під час або після події. Людині може раптово здатися, що подія повторюється.

У пам'яті раптово виникають жахливі, неприємні сцени, пов'язані з пережитим. Кожен слід, усе, що може нагадувати про подію: видовище, запах, шум – ніби образи та образи травматичних подій вийшли з глибини пам’яті.

Свідомість виявляється роздвоєною: людина і в звичайних обставинах, і там, де відбувалися події (відчуття емоційної залежності, звуження свідомості, відчуття «тут і там»). Ці несподівані, «небажані» нагадування можуть тривати від кількох секунд чи хвилин до кількох годин.

В результаті людина знову відчуває сильний стрес. Ті, хто вижив, розповідають, що несподіваний або гучний звук часто супроводжується посиленням страху. При найменшій несподіванці людина робить швидкі рухи, кидається на землю, коли він чує звук гелікоптера, або різко повертається і приймає бойову позицію, коли відчуває, що хтось наближається ззаду. Такі явища називаються «флешбеками».

Кластер симптомів уникнення

Інша група симптомів проявляється у відкладенні травматичного досвіду. Людина наполегливо уникає всього, що може бути пов'язано з травмою: думок або розмов, дій, місць або людей, які нагадують про травму, вона стає нездатною пригадати основні епізоди травми, що трапилися з нею. Є страх повторення надзвичайно сильних, деструктивних емоцій.

Водночас це супроводжується помітним зниженням інтересу до того, що раніше було цікаво, людина стає байдужим до всього, її нічого не цікавить. Виникає відчуття відчуженості та відчуженості від інших, відчуття самотності. Стає важко налагодити близькі та дружні стосунки з оточуючими. Етапи творчого сходження виникають рідше або зникають. Людина перестає планувати своє майбутнє.

Травматична подія змінює погляд на важливі моменти в житті людини. Надію на краще майбутнє можна втратити або змінити через глибоке розчарування.

Під впливом психотравмуючої ситуації людина відчуває жах, викликаний навколишнім світом і власну безпорадність, руйнуються попередні переконання, що доводить людину до стану розпаду.

Група симптомів фізіологічної гіперактивації проявляється в проблемах із засипанням (інсомнія), дратівливості, проблемах з концентрацією уваги, спалахах гніву та вибухових реакціях, невмотивованому піднесеному настрої та підвищеній готовності до «втечі».

У звичайному житті жертва здається досить забезпеченою людиною, але будь-який подразник (відповідний тон, запах, схожа ситуація, тінь, що промайнула через плече – це може бути що завгодно), що повертає людину. до критичного стану. стан призводить до негайного одужання жертви. Слід докласти більше зусиль, щоб захистити жертву від такого досвіду. Вся людська енергія йде на нього.

Надмірна підозрілість проявляється в тому, що людина перебуває в постійному очікуванні і настороженості, ніби їй загрожує небезпека. Однак небезпека тут криється не стільки ззовні, скільки зсередини, вона не дає розслабитися і відпочити.

Надмірна реакція: при найменшому подразненні, зіткненні, шумі людина голосно кричить, тікає і т.д. Були випадки, коли люди вистрибували з вікон і падали на смерть під час інших, більш слабких поштовхів, хоча ці поштовхи не були небезпечними.

За даними дослідження методики «Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)» отримано результати (табл. 2.2.).

Зріз за цим методом показує ймовірність прояву ПТСМ у такому співвідношенні:

- Низька ймовірність ПТСМ - 23%;

- середня ймовірність ПТСМ становить 51%;

- Висока ймовірність ПТСР - 10%.

Таблиця 2.2

Вірогідність посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців до корекційної роботи (за мети докою «Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»)

|  |
| --- |
| Вірогідність посттравматичного стресового розладу% |
| Симптоми посттравматичного стресового розладу | Низька вірогідність | Середнявірогідність | ВисокаВірогідність |
| 23% | 51% | 10% |
| Збудливість | - | 80±83 | - |
| Вторгнення | - | 79±81 | 90±93 |
| Провина | 39±41 | 81±92 | 90±91 |
| Втеча | 44±51 | - | 90±91 |
| Суїцидальні схильності | 44±46 | - | - |

За результатами цієї методики ми бачимо, що найбільш помітним середнім показником є ​​посттравматичний стресовий розлад, який вказує на наявність певних психологічних розладів, таких як: тривога, занепокоєння, страх та будь-які інші симптоми відповідно до симптомів психотравмуючої події.

Для визначення особливостей адаптації до стресових ситуацій використовувався комплекс психодіагностичних методик: «Реактивно-особистісна стресова шкала Ч. Д. Спілберга – Ю. Л. Ханіної», що дозволяє виявити ознаки емоційного стану та посттравматичного стресового розладу. у військовослужбовців.

За методикою дослідження «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуаційної) та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілбергер - Ю.Л. Ханіна» отримано результати (табл. 2.3.).

У процентному співвідношенні маємо такі результати:

* Ситуаційна тривожність – 40%;
* Особистісна тривожність – 60%.

Таблиця 2.3

Показники тривожності у військовослужбовців

(за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуаційної) та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілбергер - Ю.Л. Ханіна»)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид тривожності | Бали/рівні | Респонденти(кількість) | Відсоткове співвідношення |
| Ситуативна (реактивна)тривожність | Дуже високий | 3,5-4,0 | 1 | 3% |
| Високий | 3,0-3,4 | 3 | 10% |
| Середній | 2,0-2,9 | 16 | 54% |
| Низький | 1,5-1,9 | 7 | 23% |
| Дуже низький | 0,0-1,4 | 3 | 10% |
| Особистісна тривожність | Дуже високий | 3,5-4,0 | 1 | 3% |
| Високий | 3,0-3,4 | 5 | 17% |
| Середній | 2,0-2,9 | 18 | 60% |
| Низький | 1,5-1,9 | 6 | 20% |
| Дуже низький | 0,0-1,4 | 0 | 0 |

Результати даної методики свідчать про наявність у військовослужбовців ознак тривожності, показник особистісної тривожності на 20% перевищує ситуативну тривожність. Така різниця між показниками може говорити про важливість власних почуттів та особистого емоційного стану воїна, на які він насамперед спрямований, а вже потім на підтримку та допомогу товариша.

Адаптація відбувається при зміні місця роботи, навчання, проживання в країні, при виникненні в суспільстві нових соціально-політичних, економічних та інших умов життя (соціально-політична адаптація), після повернення. від тривалої подорожі до попередніх умов життя (соціальна адаптація), після важкої хвороби, психічного потрясіння, внаслідок інвалідності (соціальна реабілітація), коли необхідно засвоїти нові правові норми (соціально-правова адаптація) тощо [37].

Соціально-правовий захист (координація діяльності центру з військовими комісаріатами, військовими частинами, службами зайнятості, навчальними центрами, юридичні консультації; підтримка підприємництва, співпраця в розробці та реалізації систем соціального захисту).

Розробка інтегрованої моделі соціальної адаптації воїнів-учасників бойових дій, в якій мають знайти місце організаційні структури по роботі з учасниками бойових дій, а саме:

* військові комісаріати, основним завданням яких є облік, створення комп’ютерної бази даних, систематичне оповіщення структур, що займаються питаннями соціальної адаптації цієї категорії осіб;
* органи соціального захисту населення, які займаються вирішенням питань матеріальне забезпечення (грошові виплати, пільги) та правовий захист бійців та їх сімей;
* органи охорони здоров'я, основним завданням яких має стати медична реабілітація ветеранів бойових дій та організація роботи центрів медичної реабілітації учасників бойових дій;
* фахівці, які здійснюють соціально-психологічну та психологічну реабілітацію учасників бойових дій (психологи та психотерапевти) і працюють у тісній взаємодії з лікарями;
* інститут зайнятості, до компетенції якого входить вирішення питань професійної підготовки та перепідготовки колишніх військовослужбовців та сприяння працевлаштуванню;
* організації самих учасників бойових дій, які переважно вирішують питання моральної підтримки ветеранів та членів їх сімей [60].

Для злагодженої діяльності структур, які займаються питаннями соціальної реабілітації осіб, які брали участь у бойових діях, рекомендовано утворювати регіональні координаційні ради до складу яких входять представники цих структур.

Тому необхідний системний і комплексний підхід до вирішення проблеми соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій.

Загальними напрямками психологічного супроводу адаптації військовослужбовців є:

* виявлення негнучких факторів, що ускладнюють процес військової служби;
* зниження рівня та інтенсивності когнітивних, емоційних і соціально-психологічних розладів, спричинених дезадаптивними факторами;
* розвиток психологічного клімату в армії; психологічний супровід у вдосконаленні психологічних якостей та емоційного стану воїна; формування старанності, витримки, акуратності, точності у виконанні завдань;
* оцінка професійної компетентності контрактника при призначенні на вакантну посаду за співбесідою; психологічний тренінг для розвитку комунікативних навичок, самооцінки, самоприйняття;
* розвиток навичок емоційного самоконтролю [46].

**2.3 Психологічні рекомендації щодо психологічної реабілітації військовослужбовців**

Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується суб’єктивно пережитими емоціями: напругою, тривогою, заклопотаністю, нервозністю. Цей стан характеризується нестабільністю в часі і різною інтенсивністю в залежності від сили стресової ситуації.

Таким чином, значення підсумкового показника за цією підшкалою дає змогу оцінити не тільки ступінь актуальної тривожності випробуваного, але й визначити, чи перебуває він під впливом стресової ситуації та яка інтенсивність цього впливу на нього.

Особистісна тривожність - це конституційна межа, яка визначає схильність сприймати досить широкий «віяло» ситуацій як загрозливі, відповідаючи на кожну з них певною реакцією. Особистісна тривожність, як схильність, активізується, коли людина сприймає певні стимули як небезпечні для самооцінки та самооцінки. При високій особистісної тривожності кожна з цих ситуацій буде надавати стресовий вплив на суб'єкта і викликати в нього сильну тривогу. Дуже висока особистісна тривожність безпосередньо пов'язана з наявністю невротичних конфліктів, емоційних і невротичних зривів, психосоматичних захворювань [23].

Для них характерна схильність у різних ситуаціях сприймати будь-який прояв своїх якостей особистості, будь-який інтерес до них як можливу загрозу своєму престижу, самоповазі. Вони схильні сприймати складні ситуації як загрозливі, катастрофічні. Відповідно, сила емоційної реакції проявляється в сприйнятті. Такі люди швидкі, дратівливі, постійно готові до конфлікту і захисту, навіть якщо в цьому немає об'єктивної необхідності. Як правило, вони характеризуються неадекватною реакцією на зауваження, поради та прохання. Ймовірність нервових зривів і афективних реакцій особливо велика в ситуаціях, коли на кону стоїть їх компетентність в певних питаннях, їх престиж, самооцінка, їх ставлення. Надмірне підкреслення результатів своєї діяльності чи способів поведінки, як хороших, так і поганих, категоричний тон щодо них або тон, що виражає сумнів, – усе це неминуче призводить до зривів, конфліктів, створення різноманітних психологічних перешкод, які перешкоджають ефективній діяльності. взаємодія з такими людьми [22].

 Високотривожним людям небезпечно висувати категорично високі вимоги навіть у тих ситуаціях, коли вони для них об'єктивно здійсненні. Неадекватна реакція на такі запити може затримати або навіть затримати на тривалий час виконання запитуваного результату.

Певний ступінь тривожності є природною і необхідною рисою активної особистості. У кожної людини є свій оптимальний або бажаний рівень тривожності - це здорова тривожність. Оцінка людиною свого становища з цього приводу є неодмінною складовою самоконтролю та самовиховання [10].

Під особистісною тривожністю розуміється стійка характеристика індивіда, яка відображає схильність суб'єкта до тривожності і означає, що він схильний сприймати досить широкий «віяло» ситуацій як погрожуючи, на кожне з них він відповідає певною реакцією. Особистісна тривожність, як схильність, активізується, коли людина сприймає певні стимули як небезпечні для самооцінки та самооцінки.

Ситуативна або реактивна тривожність як стан характеризується суб'єктивно пережитими емоціями: напругою, тривогою, перевантаженням, нервозністю. Цей стан виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може змінюватися за інтенсивністю та динамікою з часом.

Люди, які підпадають під категорію високої тривожності, як правило, сприймають загрозу своїй самооцінці та життю в різноманітних ситуаціях і реагують високою тривожністю. Якщо психологічний тест виражає y

Випробуваний має високий показник особистісної тривожності, що дає підстави припускати наявність у нього появи стану тривожності в різних ситуаціях, особливо коли вони стосуються оцінки його компетентності та престижу [65].

Під впливом тривоги може спостерігатися підвищення або зниження чутливості, а також порушення перцептивної діяльності. При ледь вираженій тривозі найбільш характерним є підвищення концентрації уваги з підвищенням ефективності аналітичної та синтетичної розумової діяльності (мобілізаційний ефект), при інтенсивній тривозі - паніка, страх - зниження концентрації уваги. , розлади оперативної пам'яті. , зниження рівня аналітичної та синтетичної активності (ефект дезорганізації). Порушення продуктивності мислення можуть супроводжуватися сплутаністю свідомості, зниженням вольової активності [48].

Виникнення стану тривожності є «стартовим моментом» у розвитку процесу його подолання або трансформації. Відбувається пошук виходу з небезпечної ситуації, вибір найбільш оптимального варіанту поведінки, включення механізмів екстраполяції (пошук інформації), максимальна активація енергетичних процесів і вегетативних механізмів забезпечення діяльності. Весь комплекс є початковою стадією розвитку реакції на емоційний стрес - гострий емоційний або психологічний стрес. Тривала або гостра тривога лежить в основі багатьох психопатологічних явищ. На думку Ю.А. Олександрівського ‒ невроз формується динамічною взаємодією актуального «підґрунтя» і тривожної напруги при пролонгації психогенної ситуації, яка не може бути вирішена ні суб’єктивно, ні об’єктивно, що суперечить прагненням і бажанням індивіда і може спричинити неправильний розвиток особистості [71, стор. 80-81].

Для вирішення завдань виявлення військовослужбовців з проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР) використовується даний опитувальник, затверджений наказом Генерального штабу Збройних Сил України.

ПТСР діагностується, якщо ви набрали 112 балів або вище. Якщо оцінка знаходиться в діапазоні від 86 до 112 балів, це означає наявність характерних для ПТСР порушень, але недостатніх для того, щоб впевнено говорити про ПТСР. Значення, нижче за 86 балів, свідчить про хороше налаштування та налаштування.

Психологічні симптоми психотравми: шок, заперечення, недовіра, гнів, дратівливість, перепади настрою, провина, сором, самозвинувачення, смуток, відчуття безнадійності, труднощі зосередження, тривога і страх, ізоляція від інших. Фізичні симптоми психотравми: безсоння або нічні жахи, безпричинний страх, сильне серцебиття, біль, втома, нервозність, збудження, м'язова напруга. Загальні ознаки важкого стану:

* Наявність проблем, усвідомлення загроз з боку особи, перешкоди реалізації будь-яких цілей, мотивів;
* стан психічної напруги як реакція особистості на проблеми, подолання яких є важливим для суб’єкта;
* помітна зміна звичних параметрів діяльності, поведінки, спілкування, яке виходить за рамки «нормального».

Основними типами складних ситуацій є складні ситуації діяльнісного, побутового, соціального взаємодії та внутрішньоособистісного плану, спрямовані на задоволення власних потреб або потреб інших людей.

При аналізі функціонального стану важливі не тільки значення окремих показників, але і їх співвідношення. У відпочилої людини оцінки активності, настрою і самопочуття зазвичай приблизно однакові. Зі збільшенням втоми співвідношення між ними змінюється через відносне зниження самопочуття та активності порівняно з настроєм.

Позитивні функціональні стани завжди отримують високі бали, а негативні – низькі. На основі цих «розрахункових балів» розраховується середнє арифметичне як в цілому, так і окремо для активності, самопочуття та настрою.

При розробці методики виходили з того, що три основні компоненти функціонального психоемоційного стану - самопочуття, активність і настрій, можуть характеризуватися полярними оцінками, між якими існує безперервна послідовність проміжних значень. Однак отримані дані показують, що шкали SAN надмірно узагальнені. Факторний аналіз дозволяє виділити більш диференційовані шкали: «самопочуття», «рівень напруженості», «емоційний фон», «мотивація».

Військовослужбовці виконують складні бойові завдання, які, як правило, супроводжуються зниженням фізичних і психічних резервів, що призводить до порушень життєдіяльності, несприятливих змін особистості, які в подальшому негативно позначаються на загальному стані здоров’я, працездатності, стосунках з оточуючими. і т.д. Травматичний досвід, отриманий під час бойових дій, негативно впливає на здоров’я військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях.

Особливо після повернення до мирного життя вони відчувають нові стреси, пов’язані з соціальною адаптацією, нерозумінням близьких, проблемами в

спілкування, професійне самовизначення, самореалізація, створення сім'ї тощо. [61].

Тому слід відзначити важливість діагностики рівня тривожності воїнів, які перебували в зоні бойових дій. Рівень тривожності учасників бойових дій визначали за методикою «Оцінка рівня реактивної (ситуаційної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергер -Ю.Л. Ханіна (табл. 3.1.).

Якщо говорити про внутрішні прояви типів тривоги та їх спрямованість, то можна вказати на паралельну взаємозалежність двох видів тривоги, оскільки ситуативний той чи інший емоційний стан, прояв і реакція особистості на травматичну подію в його житті. буде включено.

У процентному співвідношенні маємо такі результати:

* Ситуаційна тривожність – 29%;
* Особистісна тривожність – 31%.

Змінилися показники ситуативної та особистісної тривожності, змінився орієнтир у бік особистісної тривожності, але загальні показники знизилися – це може свідчити про ефективність кореляційної роботи.

Таблиця 3.1

Показники тривожності у військовослужбовців після корекційної роботи (за методикою «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуаційної) та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілбергер - Ю.Л. Ханіна»)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Вид тривожності | Бали/рівні | Респонденти(кількість) | Відсоткове співвідношення |
| Ситуативна (реактивна)Тривожність | Дуже високий | 3,5-4,0 | 0 | 0% |
| Високий | 3,0-3,4 | 1 | 3% |
| Середній | 2,0-2,9 | 3 | 10% |
| Низький | 1,5-1,9 | 9 | 30% |
| Дуже низький | 0,0-1,4 | 17 | 57% |
| Особистісна тривожність | Дуже високий | 3,5-4,0 | 0 | 0% |
| Високий | 3,0-3,4 | 3 | 10% |
| Середній | 2,0-2,9 | 11 | 23% |
| Низький | 1,5-1,9 | 9 | 37% |
| Дуже низький | 0,0-1,4 | 7 | 30% |

Поперечний зріз за методикою Міссісіпської шкали оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) після корекційної роботи, результати свідчать про вірогідність прояву ПТСМ у такому співвідношенні (табл. 3.2.):

- Низька ймовірність ПТСР - 65%;

- середня ймовірність ПТСМ становить 35%;

- Висока ймовірність ПТСР - 0%.

Таблиця 3.2

Вірогідність посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців після корекційної роботи (за мети докою «Міссісіпська шкала оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»)

|  |
| --- |
| Вірогідність посттравматичного стресового розладу% |
| Симптоми посттравматичного стресового розладу | Низька вірогідність | СередняВірогідність | ВисокаВірогідність |
| 66% | 34% | - |
| Збудливість | - | 79±82 | - |
| Вторгнення | - | - | - |
| Провина | 40±43 | - | - |
| Втеча | - | - | - |
| Суїцидальні схильності | - | - | - |

Показники за цією методикою змінювалися за ступенем вираженості ПТСМ до та після корекції, показник низької вираженості ПТСМ збільшився на 42%, середній показник зменшився на 16%, а високий рівень – на 9%, що після корекційна робота свідчить про відсутність високої ймовірності проявів ПТСМ. Також за цим методом можна спостерігати зміни за групами симптомів ПТСМ, так що з середньою ймовірністю ПТСМ можна спостерігати прояви симптому дратівливості в діапазоні 79±82, а з низькою ймовірністю ПТСМ спостерігаємо почуття провини як один із симптомів ПТСМ.

За методикою «Самопочуття, активність, настрій (САН)» (В. Доскіна) маємо наступні процентні показники (табл. 3.3):

- Загальний показник за шкалою «Благополуччя» 30%;

- Сумарний показник за шкалою «Активність» 30%;

- Загальний показник за шкалою "настрій" - 39%

Таблиця 3.3

Показники емоційної сфери військовослужбовців після корекційної роботи

(за методикою В. Доскіна «Самопочуття, активність, настрій (САН)»)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Симптоми прояву ПТСР | Самопочуття% | Активність% | Настрій% |
| 35 | 38 | 25 |
| Збудливість | + | - | - |
| Вторгнення | + | + | - |
| Суїцидальні схильності | - | - | - |
| Втеча | - | + | + |
| Провина | + | + | - |

Отримані результати можуть залишатися без суттєвих змін, оскільки нові прояви ПТСР з’являються з певним емоційним проявом, тобто один прояв може змінюватися іншим.

Рис. 3.1 Порівняльний аналіз психоемоційного стану військовослужбовців до корекційної роботи та після корекційної роботи

Для детального ознайомлення з результатами, отриманими до та після корекційної роботи за методиками «Самопочуття, активність, настрій (САН)» (В. Доскін) та «Шкала оцінки рівня реактивної (ситуаційної) та особистісної тривожності» Ч.Д. Спілбергер - Ю.Л. Ханіна», була представлена ​​у вигляді стовпчастої діаграми у відсотковому співвідношенні (рис. 3.1.).

Результати невротичного стану військовослужбовців до та після корекційної роботи за методикою «Клінічний опитувальник для виявлення та оцінки невротичних станів» К.К. Яхін, Д.М. Менделевича представимо у вигляді гістограми (рис. 3.2).

Рис. 3.2 Порівняльний аналіз невротичного стану у військовослужбовців до та після корекційної роботи

За результатами проведеної корекційної роботи можна зробити висновок, що психоемоційний стан військовослужбовців, які прибули із зони бойових дій, якісно покращився відповідно до окреслених критеріїв, результати методик дійсно помітні.

Для більш детальної та практичної допомоги в Україні існують центри допомоги саме такім сім’ям кожен центр працює у режимі онлайн-підтримки та офлайн:

- Veteran Hub - (097) 34 82 868 Адреса: Київ вул. Юрія Іллєнка 42

- БФ Карітас Київ - 044 512 0085 Адреса: вул. Івана Микитенка, 7Б,

- СЕТА - 068 283 2098, http://www.ceta.org.ua/

- КМЦ гендерної рівності, запобігання та протидії насильству

kmc.gender@gmail.com [24]

- Центр психосоціальної реабілітації НаУКМА - http://kmarehab.org/

**ВИСНОВКИ**

У сучасних нестабільних суспільно-політичних та соціально-економічних умовах надзвичайного значення для нашої країни мають психологічні проблеми та розлади населення, особливо посттравматичний стресовий розлад, який найбільше поширений серед учасників бойових дій та тимчасово переміщених осіб.

Негативні медико-соціальні наслідки цих розладів позначаються на значно ширших категоріях населення, що потребує активної та збалансованої роботи медичних установ у сфері раннього виявлення, психологічної підтримки та подальшого лікування посттравматичного стресового розладу.

Основними і найважливішими методами, що застосовуються на додаток до традиційної психологічної терапії, є створення сприятливих соціально-психологічних умов для життя клієнтів і використання сучасних методів психологічної корекції, особливо арт-терапії та анімалотерапії.

Отримані дані свідчать про актуальність даної проблеми та розробки відповідних медико-психологічних заходів. Представлена ​​модель психологічного супроводу клієнтів із посттравматичним стресовим розладом у зоні бойових дій дозволяє уніфікувати підходи психологів, психотерапевтів та психіатрів.

Розроблений психодіагностичний комплекс дозволяє оцінити тяжкість психічних розладів пацієнтів, підібрати адекватні методи психокорекції та проаналізувати ефективність психокорекційних заходів.

У кваліфікаційній роботі нами досліджено ефективність системи психологічної реабілітації військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, та вирішено наступні завдання:

1) На основі теоретико-методологічного аналізу виявлено специфіку мотивації психологічної реабілітації учасників бойових дій, вивчено вітчизняну літературу та погляди науковців на сучасний стан реабілітації військовослужбовців. Аналіз ситуації показує, що багато людей перебувають у важкій психологічній кризі. Військовослужбовці, які виконували або виконували свій обов'язок на сході України, пережили внутрішні стреси, які можуть спричинити небезпечні наслідки: складні зміни в емоційній сфері, самопочутті, діяльності; можуть виникнути різні посттравматичні стресові реакції та розлади.

2) Вивчено основні характеристики психологічних методів реабілітації, тобто: психологічна діагностика, психологічна освіта та інформування, психологічне консультування, психологічна підтримка та супервізія, психотерапія та групова робота.

3) Ми розробили діагностичну програму для покращення та оптимізації емоційного стану бійців, яка дала нам можливість більш широкого обстеження ПТСМ. Відповідно до окреслених аспектів системи психологічної реабілітації учасників бойових дій встановлено, що в нашій державі на даний момент існує початкова фаза процесу реабілітації військовослужбовців, які постраждали внаслідок бойових дій на сході України. країна. відбувається.

4) Розроблено та впроваджено діагностичну програму, спрямовану на подолання емоційного стресу та зменшення проявів посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, що дозволило підібрати комплекс ефективних та валідних психодіагностичних методів, які включають якісний та кількісний аналіз емпіричних даних та їх обробка.

5) Надано рекомендації щодо оптимізації реабілітаційних заходів з військовослужбовцями Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях, а саме з військовослужбовцями на базі військової частини 3058 Національної гвардії України в м. Ізмаїл.

Таким чином, під час дослідження було підтверджено, що психологічна реабілітація ветеранів війни дає можливість вивчити особливості життєвих орієнтацій та їх корекцію в умовах реабілітаційного центру. Під час дослідження в учасників бойових дій, які проходили комплексну медичну та соціально-психологічну реабілітацію, виявлено суттєві зміни життєвих орієнтацій та термінальних цінностей.

Дослідження показало, що психологічна реабілітація учасників бойових дій сприяє в основному формуванню тимчасової перспективи, здатності ставити цілі на майбутнє, підвищенню значущості цінностей саморозвитку та власних досягнень, що проявляється головним чином в інтересі до особистих можливостей, можливостей власного розвитку, у прагненні планувати своє життя для досягнення певних результатів.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Агаєв Н. А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців. Київ. НДЦ ГП ЗСУ. 2016. 130 с.
2. Агаєв Н.А. Екологічна психологія в Україні. URL:

http://ecopsy.com.ua/data/zbirki/2003\_01/sb01\_01.pdf. (дата звернення 20.01.2020)

1. Агаєв Н.А. Негативні психічні стани військовослужбовців у бойових умовах: класифікації, визначення, ідентифікація. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. 2016. No 2 (4). 268 с.
2. Алещенко В. І. Психологічне забезпечення миротворчої діяльності військовослужбовців Збройних Сил України: монографія. Харків . ХУПС. 2018. 238 с.
3. Алєксєєнко Т.Ф. Умови позитивної соціалізації дитини у сім’ї. Діти - батьки – сім’я. 2005. Вип. 3. С. 4‒9.
4. Бех І.Д. Особистість народжується в сім’ї. Початкова школа. 1994. Вип. 2. С. 23‒25.
5. Бігун Н.І. Профілактична робота в практичній психології: навч.-метод. комплекс дисципліни. Кам’янець-Подільський: Медобори. 2017. 96 с.
6. Блінов О.А. Вплив стрес-факторів діяльності на військово-службовців. Вісник Національної академії оборони України. 2017. Вип. 2. С. 118–124.
7. Бондарчук О.І. Психологія сім’ї : курс лекцій. МАУП. Київ. 2001. 96 с.
8. Бриндіков Ю.Л. Теорія і практика реабілітації військово-службовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: автореф. дис. д-ра пед. наук: 13.00.05. Тернопіль. 2019. 39 с.
9. Буніна Л.М. Врахування потреб дитини як основа усвідомленого батьківства. Діти – батьки – сім’я. 2005. Вип. 3. С. 9‒16.
10. Васильєва Г.В., Колєснік Н.В. Емоційні та поведінкові порушення в наслідок ПТСР. Габітус. 2021 Вип. 30. С. 6569.
11. Васильєва Г.В., Колєснік Н.В. Матеріали студентської наукової коніеренції «Українська молодь для сталого майбутнього України».
12. Могилянські читання – 2020: Особливості корекції сімейних відносин у сім’ях військовослужбовців. 17 листопада. Миколаїв. 2021.
13. Васильєва Г.В., Колєснік Н.В. Проблема сімейних відносин у сім’ях військослужбовців. Молодь у психології: етнічна самосвідомість та міжетнічна взаємодія: матеріали ХІ міжнар. наук.-практ . конф., м. Суми. 22-23 квітня 2021 р. Суми. 2021. С. 83 ‒ 89.
14. Вказівки щодо збереження психічного здоров’я військовослужбовців в зоні застосування військ (сил) та під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) / Організаційно-методичні вказівки розглянуто та схвалено Вченою радою Української військово-медичної академії : протокол No 192 від 07.11.2017 року. 76 с.
15. Волошин П.В., Шестопалова, Л.Ф., Підкоритов В.С. Посттравматичні стресові розлади: діагностика, лікування, реабілітація. Харків. Вип. 3 (44). 2002. С. 137–141.
16. Дідик Н.Ф. Соціально-психологічна підтримка членів родин військовослужбовців як чинник впливу на морально-психологічний стан бійця під час виконання завдань у зоні АТО. Український психологічний журнал. Вип 1(7). 2018. С. 41–56.
17. Дубчак О. Д. Охорона психічного здоров’я в умовах війни / пер. з англ. Київ. Наш формат. 2017.
18. Духневич В.М. Психологічне благополуччя професіонала: модель досягнення/дотримання (на прикладі професії психолога-консультанта). Проблеми загальної та педагогічної психології. 2020. Т. 4, ч. 3. С. 57–63.
19. Ершова Н.М. Развитие советского семейного права В кн. : СССР Австрия: Проблемы гражданского и семейного права. Москва. 1983. С. 154‒166.
20. Журавель Т.В. Соціальна профілактика як напрям соціально-педагогічної діяльності /Т.В. Журавель /Соціальна педагогіка: навч. посіб. / за заг. ред. О.В. Безпалько. Київ. Академвидав. 2016. 312 с.
21. Заняття з елементами тренінгу «Зміни себе сам». URL: https://vseosvita.ua/library/zanatta-z-elementami-treningu-zmini-sebe-sam100710.html (дата звернення 11.12.2022).
22. Інтерв’ю з Міністром оборони України (2018). Інформаційний ресурс «Голос Америки». URL:https://ukrainian.voanews.com/a/stepanpoltorakinterviudzhaveliny/4237833.html (дата звернення 01.02.2023)
23. Інтерв’ю з начальником управління морально-психологічного забезпечення Генштабу ЗСУ). Інформаційне агентство «РБК». (2018). URL:https://daily.rbc.ua/rus/show/general-mayor-vsu-oleg-gruntkovskiy-okolo.html (дата звернення 01.02.2023)
24. Капська А.Й. Соціально-педагогічна робота з проблемними сім’ям: посібник. Тернопіль. Астон. 2010. 304 с.
25. Кокун О.М., Агаєв Н.А, Пішко І.О. Особливості вияву негативних психічних станів у військовослужбовців внаслідок тривалої участі в бойових діях та перебування в зоні АТО. Вісник Національного університету оборони України. Вип. 3 (46). С. 123–129.
26. Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Окремі соціально-психологічні характеристики військовослужбовців ЗС України, які виконують завдання в районі проведення АТО. Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи: матеріали ІIІ міжнар. наук.-практ. конф. м. Київ. 02-03 березня 2018 р. Київ, 2018. С. 69‒71.
27. Концепція розвитку Державної прикордонної служби України на період до 2015 року. Держ. кордон України : зб. док. Київ. 1996. С. 29.
28. Кошонько Г.А. Психологічні особливості становлення сімей курсантів прикордонників. Збірник наукових праць НАДПСУ № 33. Ч. 2. Хмельницький. 2005. С. 96–102.
29. Кузьменко Т.М. Соціологія. Навч. посіб. Центр учбової літератури. Київ. 2010. 320 с.
30. Культура семейных отношений : сб. статей. Москва. Знание. 1980. 112 с.
31. Куприянчик Л. Психология любви. Москва. Мысль, 1998. 240 с.
32. Лозінська Н.С. Поняття бойового стресу та його наслідки у військовослужбовців. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. 2018. No 3 (11). С. 150‒166.
33. Лукашевич М.П., Туленков М.В., Яковенко Ю.І. Соціологія. Основи загальної, спеціальних та галузевих теорій. Каравела. Київ. 2008. 544 с.
34. Любити, жити і чекати. Путівник для родин військових, які перебувають у зоні бойових дій. Львів. Колесо. 2018. 144 с.
35. Максименка С.Д. Київ. Міленіум. 2002. Том І. Ч. 8. С. 150–154.
36. Максименко С.Д. , Носенко Е.Л. Експериментальна психологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл. Київ. Центр учбової літератури. 2018. 360 с.
37. Максимова Н.Ю. Сімейне консультування: навч. посіб. Київ. ДП Вид. дім «Персонал». 2001. 304 с.
38. Маска щастя. Психологічний короткометражний мультфільм. URL: https://www.youtube.com/watch?v=2sH4jxIJ74k (дата звернення: 19.09.2021).
39. Матвеев Г.К. Советское семейное право. Москва. 1978. 240 с.
40. Матеріали науково – практичної конференції «Тенденції розвитку сучасної сім’ї в Україні». Український соціум. 2004. Вип. 3(5). С. 124‒150.
41. Матійків І.М. Тренінг емоційної компетентності: навч.-метод. посіб. Київ. Педагогічна думка. 2019. 112 с.
42. Мацевко Т. М. Теоретичні аспекти формування стресостійкості у курсантів ВВІЗ. Вісник Національного університету оборони України. 2018. Вип. 5 (24). С. 182‒186.
43. Ми пережили. Техніки відновлення для сімей військових, цивільних та дітей: практ. посіб. для внутрішньо переміщених осіб, демобілізованих та їхніх сімей / за наук. ред. Г.В. Циганенко. Київ. 2018. 100 с.
44. Наказ Міністерства оборони України від 10.12.14 No 883 «Інструкція з організації професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України». URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0013-15 (дата звернення: 17.10.2022).
45. Наказ Міністерства охорони здоров’я від 23.02.2016. No121 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад». URL: http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016\_121\_PTSR/2016\_121\_YKPMD\_PTSR.pdf (дата звернення: 17.11.2022).
46. Нечаева О.С. Шляхи формування мотивації досягнення успіху в обдарованих підлітків. Обдарована дитина. 2007. No 9. С. 25‒30.
47. Осьодло В.І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 14(1). С. 242‒252. URL: http://surl.li/atshy (дата звернення: 10.11.2022).
48. Павліченко П.П., Литвиненко Д.А. Соціологія. Лібра. Київ. 2000. 256 с.
49. Пацалюк Н. М. Формування особистісних якостей та рівень взаємодії в колективі м. Вінниця. 2017 URL: <https://mmk.edu.vn.ua/> uploads/images/articles/psiholog/2017-2018/Trening\_ZH32/broshure.docx (дата звернення: 11.11.2022)
50. Піча В.М., Хоронжий А.Г., Кліманська Л.Д., Савка В.Є. Соціологія: короткий навчальний словник: терміни і поняття /за ред. В.М. Пічі. «Каравела». Київ. 2008. 340 с.
51. Попелюшко Р. П. Причини виникнення та механізм розвитку ПТСР у комбатантів. International Scientific-Practical Conference Actual questions and problems of development of social sciences. Kielce: Holy Cross University. 2016. С. 95–98.
52. Приходько І.І., Тімченко О.В. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у комбатантів. VІІІ Науково-практична конференція Національної академії Національної гвардії України : матеріали конф., м. Харків, 30 березня 2017 р. Харків, 2017. С. 124‒125.
53. Причепій Є.М. Філософія: посіб. для студ. вищих навч. закл. Вид. центр «Академія». Київ. 2017. 576 с.
54. Про внесення змін до Загального положення про центр соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді. Постанова Кабінету Міністрів України № 528 від 19 липня 2017 р. URL: http://zakon5.rada.gov.ua. (дата звернення 20.01.2023)
55. Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції: монографія/С. Лєбєдєва, О. Назаров, Я. Овсяннікова / за заг. ред. Н. Оніщенко, О. Тімченка. Харків. НУЦЗУ. 2019. 174 с.
56. Ромовська З.В. Сімейний кодекс України: погляд у майбутнє. Право України. 2001. Вип. 2. С. 63‒69.
57. Сасіна Л.О., Мажник Н.А. Соціологія. Навчальний посібник. Інжек.Харків. 2016. 208 с.
58. Сахаров А.Б. Правонарушние подростка и закон. Москва. 2017. 216 с.
59. Сидоренко О.Ю. Актуальні питання психології сімейно-побутових відносин працівників міліції. Проблеми загальної та педагогічної психології : збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / за ред. Максименка С.Д. Київ. ГНОЗІС. 2017. Т. V. Ч. І. С. 222–227.
60. Соціологія: Підручник / за ред. докт. соціол. наук, проф. В.М. Пічі. Вип. 4. «Магнолія 2006». Львів. 2019. 293 с.
61. Соціологія: Підручник / за ред. Н.П. Осипової. Юрінком Інтер. Київ. 2019. 336 с.
62. Стасюк В.В. Організаційні принципи та напрямки діяльності щодо профілактики психічних розладів в умовах підготовки до ведення бойових дій. Вісник Національного університету оборони України. 2017. Вип. 5 (36). С. 295‒301.
63. Стасюк В.В. Психологія локальних війн та збройних конфліктів. Київ. НАОУ. 2016.
64. Танчин І.З. Соціологія: навч. посіб. Вип. 3. Знання. Київ. 2018. 351 с.
65. Трубавіна І.М. Соціально-педагогічна робота з неблагополучною сім’єю: навч. посіб. ДЦССМ. Київ. 2018. 132 с.
66. Устінова Т., Глазкова А., Донець Ю. Батьки повертаються з війни: Розповідь про сімейне відновлення. Київ. 2020. 64 с.
67. Черниш Н.Й. Соціологія: Підручник за рейтингово – модульною системою навчання. Вип. 5. Знання. Київ. 2019. 468 с.
68. Шевченко Н.Ю. Права дитини – права батьків. Діти – батьки –сім’я. 2016. Вип. 5. С. 11‒17.
69. Шевченко Я.М., Барило Т.С. Радянський закон про відповідальність неповнолітніх. Наукова думка. Київ. 2018. 104 с.
70. Яблонська Т.М. Актуальні проблеми досліджень сучасної сім’ї в Україні. Український соціум. 2016. Вип. 2(4). C. 80–84.
71. Якубова Ю.М., Антонова-Турченко О.Г., Святненко Г.В., Московка М.М. Проблемні сім’ї: діти і батьки. Студцентр. Київ. 2018. 138 с.
72. Cella D. Quality of Life : The concept. Journal of Palliative Care. 2018. No 8. P. 8.
73. Epstein S. Cognitive experiental self-theory. In L.A. Pervin (Ed.) Handbook of personality : Theory and research. 2020. Р. 165‒192.
74. Erikson K. New Species of Trouble : Explorations in Disaster, Trauma, and Community. NY. 2017.
75. Figley C.R. Traumatic stress the role of the family and social support system. Trauma and its wake. V. 2nd. NY. 1986.
76. Figley, C. Trauma and its wake. Vol. 2. New York : Brunner / Mazel. 2016.
77. Goodwin J. The etiology of combat-related PTSD. In: Williams T. (Ed). Posttraumatic stress disorder : a handbook for clinicians. Cincinnati : DC DAV. 1987.
78. Horowitz M.J., Wilner N. J., Alvarez W. Impact of event scale: A measure of subjective stress. Psychosom. Med. 2019. Р. 209‒218.
79. Horowitz M.J. Stress response syndromes. N.J.: Jason Aronson Inc. 2016. 295 р.
80. Kardiner A., Spiegel H. War Stress and Neurotic Illness. N.Y. 2017. Р. 325–330.
81. Kulka R., Schlenger W. Trauma and the Vietnam war generation. NY. Brunner / Mazel. 2020.