

Хмельницький національний університет
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту
Кафедра психології та педагогіки

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

Освітній рівень

ВПЛИВ МЕТОДУ БІОСУГЕСТИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ПІД ЧАС
РЕАБІЛІТАЦІЇ

Назва теми

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Шифр 24194

номер ІНІ


Виконала: студентка ІІ курсу, групи ППмз-23-1


Підпис

Галина ВЕРБА

Ініціали, прізвище

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент

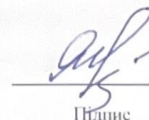

Підпис

Наталія СУРГУНД

Ініціали, прізвище

Науковий ступінь, вчене звання

До захисту допускаю:
Зав. кафедри психології та педагогіки
доктор психологічних наук, професор


Підпис

Таїсія КОМАР

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

2 грудня 20 р.

Хмельницький, 2024

ХМЕЛЬНИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спортуКафедра психології та педагогікиОсвітній рівень другий (магістерський)Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»Спеціальність 053 «Психологія»Освітня програма освітньо-професійна програма «Психологія»

педагогіки

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри психології та



Таїсія КОМАР

протокол № 5 від 14 грудня 2023 р.

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУГалини ВЕРБИ

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ здобувача

1. Тема кваліфікаційної роботи: «Вплив методу біосугестивної терапії на емоційну сферу військовослужбовців в процесі реабілітації»

Керівник кваліфікаційної роботи: Наталія СУРГУНД: кандидат психологічних наук, доцент

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ, науковий ступінь, вчене звання

Затверджено наказом ректора університету від 26 серпня 2024 р. № 60

2. Строк подання здобувачем роботи на кафедру 01 грудня 2024 р.

3. Вихідні дані до роботи: матеріали звіту з переддипломної практики, комплекс методів та методик дослідження: восьмиколірний тест Люшера, опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої), госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), шкала депресії Бека.

4. Зміст кваліфікаційної роботи (перелік питань, які потрібно розробити): вступ, розділ 1 Теоретичний аналіз питання емоційної сфери військовослужбовців учасників бойових дій, психологічної реабілітації військовослужбовців та методу біосугестивної терапії в науковій психологічній літературі, висновки до розділу; розділ 2 Емпіричне дослідження впливу методу біосугестивної терапії на емоційну сферу військовослужбовців учасників бойових дій, вибір та обґрунтування методик дослідження емоційної сфери військовослужбовців учасників бойових дій до застосування методу біосугестивної терапії та після застосування, аналіз результатів експерименту, практичні рекомендації для психологів, щодо застосування методу біосугестивної терапії саме серед військовослужбовців, висновки до розділу; висновки, перелік джерел посилання, додатки.

5. Перелік графічного матеріалу (із зазначенням обов'язкових креслень)

4 рисунки, 5 таблиць.

6. Консультанти розділів кваліфікаційної роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв

Дата видачі завдання 14 грудня 2023 року

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів (розділів) кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапу роботи	Примітка
1	Вибір теми дослідження. Визначення об'єкта і предмета дослідження, постановка мети і завдань.	До 02 січня 2024 р.	виконано
2	Визначення теоретико-методологічних засад дослідження. З'ясування актуальності проблеми.	До 03 березня 2024 р.	виконано
3	Оформлення вступу кваліфікаційної роботи.	До 01 вересня 2024 р.	виконано
4	I розділ кваліфікаційної роботи.	До 10 вересня 2024 р.	виконано
5	II розділ кваліфікаційної роботи.	До 01 жовтня 2024 р.	виконано
6	Загальні висновки.	До 01 листопада 2024 р.	виконано
7	Оформлення кваліфікаційної роботи.	До 01 грудня 2024 р.	виконано
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи.	<u>08</u> листопада 2024 р.	виконано
9	Захист кваліфікаційної роботи (відповідно графіку)	<u>12</u> грудня 2024 р.	виконано

Здобувач Галина ВЕРБА

Галина ВЕРБА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник роботи Наталія СУРГУНД

Наталія СУРГУНД

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

АНОТАЦІЯ

Тема кваліфікаційної роботи «Вплив методу біосугестивної терапії на емоційну сферу військовослужбовців в процесі реабілітації»

Здобувач Галина ВЕРБА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Керівник Наталія СУРГУНД

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Кваліфікаційна робота включає 83 сторінки, 5 таблиць, 4 рисунки, перелік джерел посилання складає 70 найменувань, 3 додатки.

Ключові слова: емоційна сфера, стресові ситуації, зона бойових дій, емоційні реакції, військовослужбовці учасники бойових дій, психологічна реабілітація, сугестія, метод біосугестивної терапії.

Об'єкт дослідження: емоційна сфера військовослужбовців учасників бойових дій.

Предмет дослідження: особливості впливу методу біосугестивної терапії на емоційну сферу військовослужбовців учасників бойових дій під час реабілітації.

За результатами дослідження розроблено практичні рекомендації щодо застосування методу біосугестивної терапії серед військовослужбовців під час реабілітації.

Одержані результати можуть бути використані психологами, що працюють з військослужбовцями в процесі реабілітації.

Дипломник



Підпис

Галина ВЕРБА

Ім'я, ПРІЗВИЩЕ

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту 02 грудня 2024 р.

ЗМІСТ

СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАЧКИ	6
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПИТАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ПІД ЧАС РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА МЕТОДУ БІОСУГЕСТИВНОЇ ТЕРАПІЇ В НАУКОВІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ	10
1.1 Емоційна сфера військовослужбовців учасників бойових дій	10
1.2 Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій	18
1.3 Особливості методу біосугестивної терапії та його застосування в процесі реабілітації військовослужбовців	26
Висновки до розділу	35
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕТОДУ БІОСУГЕСТИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ	37
2.1 Вибір та обґрунтування методик дослідження	37
2.2 Етапи діагностичного дослідження: опис експерименту та аналіз результатів	43
2.3 Рекомендації щодо особливостей застосування методу біосугестивної терапії в процесі реабілітації військовослужбовців	59
Висновки до розділу	62
ВИСНОВКИ	65
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ	68
ДОДАТКИ	76
ДОДАТОК А	76
ДОДАТОК Б	78
ДОДАТОК В	81

СКОРОЧЕННЯ ТА УМОВНІ ПОЗНАЧКИ

УБД – учасник бойових дій

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

БСТ – біосугестивна терапія

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Війна, яка триває в Україні з 2014 року, стала джерелом глибоких випробувань для українського суспільства. Особливе навантаження припадає на військовослужбовців учасників бойових дій (УБД), які щодня стикаються з надзвичайно важкими фізичними та емоційними викликами. Участь у бойових діях, отримання поранень, втрата побратимів, постійне напруження та небезпека суттєво впливають на психоемоційний стан захисників. Унаслідок цього зростає кількість військових, які потребують професійної психологічної підтримки для подолання наслідків стресу, травм і порушень емоційної рівноваги.

Емоційна сфера військовослужбовців є однією з найуразливіших у контексті бойових дій. Психологічні наслідки війни, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресії, тривожність і труднощі в адаптації, ускладнюють повернення до мирного життя. Ефективна робота саме з емоційною сферою стає ключовим завданням у реабілітації військових, адже відновлення емоційного балансу сприяє загальному психологічному оздоровленню, підвищує соціальну адаптацію та забезпечує готовність до подальшого життя в мирному середовищі.

Серед зарубіжних дослідників, які вивчали негативні емоційні психічні стани військовослужбовців, що брали участь в бойових діях та перенесли фізичні травми, можна виділити таких фахівців у галузі військової психології, як Г. Кормос, А. Егендорф, Ч. Кдушин, Р. Лаофер, Н. Фіар, С. Веслі, П. Ліз, А. Маклауд, С. Мейерс, Б. Шепард, Е. Джонс, Л. Китаєв-Смик та інших. В Україні цю важливу науково-практичну проблему досліджують такі вчені, як З. Кісарчук, Г. Лазос, Л. Литвіненко, М. Корольчук, О. Кокун, О. Тімченко, В. Маслюк, Л. Царенко, В. Ягупов та інші.

Об'єктом дослідження є емоційна сфера військовослужбовців учасників бойових дій.

Предметом дослідження є особливості впливу методу біосугестивної терапії на емоційну сферу військовослужбовців в процесі реабілітації.

Мета дослідження: дослідити вплив методу біосугестивної терапії на емоційну сферу військовослужбовців в процесі реабілітації.

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

1. Здійснити аналіз науково-психологічних джерел щодо емоційної сфери військовослужбовців в процесі реабілітації.
2. Розглянути особливості методу біосугестивної терапії в наукових психологічних джерелах.
3. Провести діагностику емоційної сфери військовослужбовців в процесі психологічної реабілітації до застосування методу біосугестивної терапії та після його застосування.
4. Дослідити вплив методу біосугестивної терапії на емоційну сферу військовослужбовців в процесі реабілітації та розробити практичні рекомендації щодо застосування методу біосугестивної терапії серед військовослужбовців в процесі реабілітації.

Гіпотеза дослідження: використання методу біосугестивної терапії в процесі реабілітації військовослужбовців сприяє покращенню емоційного стану військовослужбовців УБД.

Для реалізації поставлених завдань нами були використані наступні **методи дослідження:** *теоретичні* (аналіз, порівняння й узагальнення наукових джерел, що стосуються проблеми дослідження); *емпіричні* (восьмиколірний тест Люшера, опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої), госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS), шкала депресії Бека); *методи кількісної та якісної обробки даних.*

Практичне значення дослідження проявляється в доведенні ефективності застосування методу біосугестивної терапії в процесі реабілітації військовослужбовців з метою покращення їхнього емоційного стану та розробка практичних порад щодо особливостей застосування цього методу саме серед військовослужбовців.

Експериментальна база дослідження. Дослідження було здійснене на базі ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області». До участі в дослідженні були залучені чоловіки військовослужбовці, що брали участь у бойових діях та які проходили реабілітацію у вказаному медичному закладі, середній вік респондентів від 20 до 45 років. Вибірка складалася з 24 осіб розділених на 3 групи.

Апробація результатів дослідження відбувалась шляхом публікації статті на тему: «Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців .а етапі відновлення» у науковому журналі «Psychology Travelogs», №3, 2024, с. 47-56. Результати дослідження обговорювалися на XII-ій Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні питання теорії та практики психолого-педагогічної підготовки майбутніх фахівців», що відбулася 18 квітня 2024р.

Структура роботи: робота містить вступ, два розділи, висновки та перелік джерел посилання (70 найменувань). Загальний обсяг дипломної роботи складає 83 сторінки машинописного тексту (основна частина - 61 сторінка)

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПИТАННЯ ЕМОЦІЙНОЇ СФЕРИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ ПІД ЧАС РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА МЕТОДУ БІОСУГЕСТИВНОЇ ТЕРАПІЇ В НАУКОВІЙ ПСИХОЛОГІЧНІЙ ЛІТЕРАТУРІ

1.1 Особливості емоційної сфери військовослужбовців учасників бойових дій

Учасники бойових дій серед військовослужбовців часто демонструють характерні психологічні риси, що проявляються в певних станах, реакціях та поведінці. До таких рис можна віднести підвищену дратівливість, схильність до поганого настрою, нетерпіння, посилену реактивність, напруженість, ознаки депресії, підвищену стомлюваність, апатію, тривожність, страхи та фобії, почуття провини, переживання втрат, агресивність, гнів, образливість і злість. Також може спостерігатися загострене відчуття справедливості, надмірна зосередженість на втратах, проблеми зі сном, нічні кошмари, тремор, тілесна напруга, яку важко зняти, і постійне відчуття небезпеки.

Всі ці фактори часто призводять до сильного відчуття виснаження та браку енергії, підозрливості, проблем з пам'яттю, труднощів із концентрацією, нав'язливих спогадів про війну, симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), негативних змін у особистості, соціальної дезадаптації, обмеженої комунікації, асоціальної поведінки, а також побутових, медичних і сімейних труднощів. Додатково можуть виникати зловживання психоактивними речовинами, конфлікти в особистих стосунках із чоловіком/дружиною, членами сім'ї, близькими друзями або колегами та невпевненість у майбутньому. Психологи, які консультують військовослужбовців учасників бойових дій, стикаються з цими викликами [26, с. 9].

Перебування у зоні бойових дій характеризується екстремальними умовами, під час яких людина постійно знаходиться під значним психоемоційним стресом. Цей стрес доводиться долати вольовим зусиллям, і результатом можуть бути негативні наслідки для здоров'я – у більшості учасників бойових дій спостерігаються зміни в фізичному та психологічному стані. Постійний вплив негативних стресових факторів у бойових умовах може призвести до розвитку бойового стресу, що серйозно позначається на психічному здоров'ї. Це може викликати порушення психічної діяльності, зокрема часткову втрату зору, слуху, пам'яті, адекватності сприйняття, а також викликати ступор або емоційний шок [45, с. 11].

Важливо підкреслити, що бойова психологічна травматизація виступає одним із ключових внутрішніх бар'єрів, що перешкоджає адаптації до мирного життя. Травматичний досвід, закарбований у свідомості військовослужбовця, утримує його в стані постійного внутрішнього конфлікту. Коли комбатант повертається до мирного середовища, він стикається з новими стресовими ситуаціями, пов'язаними з адаптацією. Первинний стрес, отриманий під час виконання службових обов'язків, доповнюється вторинним, що виникає під час повернення додому. Це формує внутрішні передумови для психічної та соціальної дезадаптації учасника бойових дій у суспільстві [28, с. 5].

Психічні прояви загального адаптаційного синдрому отримали термін «емоційний стрес», що відображає афективні переживання, які супроводжують стрес і призводять до негативних змін в організмі. Емоційний апарат активується першим у стресовій реакції під впливом екстремальних факторів, оскільки емоції відіграють важливу роль у структурі будь-якої цілеспрямованої поведінки. Це веде до активації вегетативних функціональних систем та їх специфічного ендокринного забезпечення, які контролюють поведінкові реакції. Коли ж досягти життєво важливих результатів у вирішенні стресової ситуації не вдається, виникає напруження, яке за умов первинних гормональних змін може порушити гомеостаз

організму. Отже, за певних обставин стрес може не мобілізувати організм на подолання труднощів, а, навпаки, стати причиною серйозних розладів [17].

Коли афективні реакції повторюються неодноразово або тривають довгий час через тривалі життєві труднощі, емоційне збудження може набути хронічного характеру. У таких випадках, навіть якщо ситуація нормалізується, стійке емоційне збудження не зменшується. Більш того, воно постійно стимулює центральні структури вегетативної нервової системи, дестабілізуючи при цьому функціонування внутрішніх органів і систем. Якщо в організмі є вразливі точки, вони можуть стати основними чинниками розвитку захворювання. Первинні порушення, що виникають через емоційний стрес у різних частинах нейрофізіологічної регуляції мозку, ведуть до змін у нормальному функціонуванні серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, системи згортання крові та імунної системи [48].

Коли йдеться про діяльність в екстремальних умовах, науковці часто підкреслюють важливість психофізіологічних характеристик особистості. Тому при професійно-психологічному відборі кандидатів для силових структур обов'язково проводять оцінку сили, рухливості та врівноваженості нервових процесів. Дослідження підтверджують, що діяльність, пов'язана з високим рівнем психічного напруження, ризиком і динамічною втомою, пред'являє підвищені вимоги до сили нервових процесів. Завдання, які виконуються в умовах браку часу, великої неупорядкованості або невизначеності інформації, потребують швидкого переходу між завданнями та високої швидкості виконання, вимагають також високих показників рухливості нервових процесів [1, с. 251].

Діяльність в умовах бойових дій ставить серйозні вимоги до нервово-психічного стану, зокрема до емоційно-вольової сфери. Одна з ключових умов для успішного виконання професійних задач полягає у здатності військовослужбовця витримувати стресові ситуації, справлятися з фізичними навантаженнями та швидко й адекватно реагувати на екстремальні події та ситуації.

Перебування у зоні бойових дій супроводжується впливом різних стрес-факторів на психіку людини. Тривалий характер цих впливів і їх травматичний ефект можуть призвести до змін у психічному стані військових, що, в свою чергу, знижує їх ефективність під час бойових дій і може негативно відбитися на їхньому житті в мирний час. Значна увага до цієї проблеми почала приділятися у психології, зокрема у військовій, після початку війни в Україні у 2014р., суспільство зіштовхнулося з численними випадками соціальної та психологічної дезадаптації ветеранів. Це спонукало до активного дослідження психологічних проблем, а також до створення спеціалізованих центрів по всій країні для надання психологічної та медичної допомоги [3].

Дослідження, проведені вітчизняними та закордонними психологами, демонструють, що фізичний перехід військового з зони бойових дій до мирного життя не завжди супроводжується його інтелектуальним, емоційним та чуттєвим адаптацією до звичайних обставин і взаємин. З цієї причини професор Грись А.М. зазначає, що однією з основних функцій психолога при наданні психосоціальної підтримки військовослужбовцям є робота з важкими психоемоційними станами, сприяння інтеграції та трансформації негативного досвіду, а також допомога в становленні нових життєвих перспектив [1, с. 101].

У ситуаціях загрози у людини значно зменшується відчуття безпеки, що впливає на її поведінку: домінують емоційні реакції, активізуються інстинктивні моделі поведінки, а здатність до критичного мислення та саморегуляції знижується. Емоційна сфера наповнюється страхом, тривогою, напруженістю, агресією, гнівом, почуттям провини, пригніченістю та апатією. Найчастіше людина, яка постраждала, передає оточуючим свої почуття й емоції, її стан демонструє реакцію на пережитий стрес. Це є формою відреагування травмуючої події.

Однак, у короткостроковій перспективі важливіше звертати увагу не на емоційні прояви, а на рефлексивні реакції, які є безпосередньою відповіддю на трагедію. Згодом ці переживання трансформуються в емоційні вираження.

У поведінковій сфері людини зазвичай відбуваються значні зміни, які здебільшого пов'язані з пережитими подіями. Якщо розглядати особливості взаємодії, спілкування та стосунків загалом, то у постраждалих нерідко проявляється агресивна поведінка (часто без очевидних підстав), схильність до конфліктів, пошуку винних і тенденція до відчуження [1, с. 239].

Основні труднощі, з якими стикаються учасники бойових дій, включають: страх, демонстративність у поведінці, агресивність і підозрілість. У їхній поведінці часто домінують конфлікти в сім'ї, напружені стосунки з родичами та колегами, раптові спалахи гніву, а також зловживання алкоголем чи наркотиками .

Додатково, стан дезадаптації посилюється такими симптомами, як емоційна напруженість, дратівливість, напади тривоги, раптові спалахи гніву, нестабільний психічний стан, що призводить до неадекватних або деструктивних реакцій навіть на незначні труднощі, почуття відчуженості, страх нападу ззаду, почуття провини за власне виживання та ідентифікація себе з загиблими. Часто спостерігаються повторювані яскраві сні про бойові дії, нічні кошмари, нав'язливі спогади про травматичні події, які викликають важкі емоційні переживання, а також раптові емоційні зриви з «поверненням» до травмуючої ситуації.

Думки про самогубство також трапляються досить часто, нерідко закінчуючись фатально. За даними досліджень, понад 50 тисяч ветеранів війни у В'єтнамі, а за іншими оцінками – до 100 тисяч, вчинили самогубство після повернення, що перевищує загальну кількість американських військових, загиблих безпосередньо в ході війни (близько 58 тисяч) [23, с. 70].

Серед інших психічних явищ, які спостерігаються в учасників бойових дій, можна виділити наступні: почуття песимізму, відчуття покинутості та байдужості з боку інших, недовіру до людей, складнощі у розмовах про пережиті воєнні події. Вони часто відчують втрату сенсу життя, невпевненість у своїх силах, а також нереальність подій, які сталися на війні.

Характерними є й інші переживання: відчуття, ніби частина їхньої особистості "загинула" під час бойових дій, втрата впливу на обставини, що їх оточують, закритість у спілкуванні, потреба постійно мати при собі зброю. Часто ветерани виявляють неприйняття до учасників інших конфліктів, підвищену тривожність, прагнення виплеснути злість на когось через те, що їх відправили на війну, а також загальне негативне ставлення до представників влади.

Окремо можна відзначити ставлення до жінок як до об'єктів для сексуального задоволення, схильність до участі у ризикованих ситуаціях або пошуку небезпечних пригод, а також спроби зрозуміти, чому їхні товариші загинули, а вони залишилися живими [2].

Усі ці прояви, які дослідники визначають як посттравматичні стресові розлади, свідчать про наявність у учасників бойових дій характерного посттравматичного синдрому. Сам термін "посттравматичний стресовий розлад" є загально визнаною міжнародною назвою.

Серед основних клінічних симптомів, що супроводжують посттравматичні стресові порушення, виділяють наступні [10]:

- *Надмірна збудливість.* Людина стає надзвичайно пильною до навколишнього середовища, постійно оцінюючи потенційні загрози, як зовнішні, так і внутрішні. Це викликано страхом перед травматичними спогадами, які можуть «прорватися» у свідомість. Збудливість часто супроводжується фізичною напругою, що заважає розслабленню та відпочинку. Підтримання такого стану вимагає великих енергетичних ресурсів, і хоча людина вважає, що зняття напруги вирішить проблему, ця напруга виконує захисну функцію, зникаючи лише після зменшення інтенсивності переживань [10].

- *Перебільшена реакція.* Людина може реагувати надмірно різко на несподівані звуки чи рухи: падати на землю при звуці літака, приймати бойову позу при раптовому наближенні іншої людини чи кидатися бігти у відповідь на несподіване [18].

- *Емоційна приглушеність.* Багато ветеранів скаржаться на втрату здатності відчувати емоції. Їм важко будувати близькі стосунки, відчувати радість, любов чи творчий підйом, що ускладнює їхнє соціальне життя [21].
- *Агресивність.* Людина схильна вирішувати проблеми за допомогою грубої сили. Це може бути фізична, емоційна чи вербальна агресія, яка використовується навіть у ситуаціях, що не є критичними [21].
- *Когнітивні порушення.* Концентрація може бути відмінною за сприятливих умов, але стресові фактори різко знижують здатність зосереджуватися чи згадувати важливу інформацію [24].
- *Депресія.* Стан характеризується відчаєм, апатією та нервовим виснаженням. Людина може втратити інтерес до життя, вважаючи його безглуздом [24].
- *Тривожність.* Проявляється як фізичні симптоми (спазми, біль у спині, головний біль), так і психічні (постійне занепокоєння, параноя) та емоційні (страх, невпевненість у собі, почуття провини) [28].
- *Напади люті.* Вибухи гніву можуть бути спричинені як вживанням алкоголю чи наркотиків, так і виникати без очевидного приводу.
- *Зловживання речовинами.* Багато ветеранів намагаються полегшити симптоми посттравматичного розладу за допомогою алкоголю, сигарет або наркотиків [28].
 - *Неконтрольовані спогади.* Людина може раптово згадати травматичні події, що супроводжуються сильними емоціями. Ці спогади часто виникають у снах або через асоціації з оточенням. Непрохані спогади, що проявляються уві сні, відомі як нічні кошмари. У людей, які пережили війну, такі сновидіння нерідко (хоча й не завжди) пов'язані з бойовими діями. Зазвичай вони поділяються на два типи: перший тип — це сновидіння, які детально відтворюють травматичну подію, немов відеозапис, точно відображаючи те, що закарбувалося в пам'яті; другий тип — сні, у яких обставини та персонажі можуть бути зміненими, але окремі елементи (ситуація, люди, емоції) нагадують реальні травматичні події.

Після таких снів людина прокидається виснаженою, з напруженими м'язами та в сильному поту. Це фізична реакція на емоційне навантаження, незалежно від того, чи зберігся зміст сну в пам'яті. Близькі учасників бойових дій часто помічають, що під час таких сновидінь людина рухається, кидається у ліжку або стискає кулаки, ніби готується до боротьби.

Нічні кошмари є одним із найболючіших проявів посттравматичних розладів, і багато хто з ветеранів воліє не обговорювати їх [28].

- *Галюцинаційні переживання (або флешбеки)*. У стані відчуження людина може діяти так, ніби переживає травматичну подію знову. Цей стан може бути спричинений наркотичними речовинами, але також трапляється і в тверезому стані [34].

- *Проблеми зі сном*. Людина може боятися заснути через нічні кошмари, що призводить до хронічного недосипання та виснаження [34].

- *Думки про самогубство*. Коли страждання здаються нестерпними, думки про самогубство можуть виглядати привабливими. Багато ветеранів зізнаються, що стикалися з такими думками [39, с. 104].

- *Провина за виживання (синдром вцілілого)*. Людина може відчувати сильне почуття провини за те, що залишилася живою, у той час як інші загинули. Це почуття часто супроводжується емоційною закритістю та униканням будь-яких нагадувань про втрати [39, с. 106].

Отож бачимо, що військовослужбовці, які пережили бойові дії або отримали поранення, стикаються з численними викликами в емоційній сфері, що значно впливає на їхнє психічне та фізичне здоров'я, а також на здатність до соціальної адаптації. Посттравматичні прояви, такі як тривожність, депресія, агресія, нічні кошмари, відчуття провини за виживання, а також емоційне притуплення, є ключовими проблемами, які потребують негайної уваги під час реабілітаційного процесу.

Вплив на емоційну сферу в рамках психологічної реабілітації є критично важливим, оскільки саме вона визначає здатність людини переживати, обробляти й інтегрувати травматичний досвід. Це дозволяє поступово

відновлювати внутрішній баланс, навчитися контролювати реакції на стрес, формувати нові адаптивні механізми і відновлювати соціальні зв'язки.

Психологічна реабілітація має бути спрямована на розвиток навичок емоційної саморегуляції, зняття фізичної й психічної напруги, а також створення безпечного середовища для роботи з травматичними спогадами. Інтеграція методів, які враховують індивідуальні особливості емоційного стану ветеранів, допомагає знижувати інтенсивність симптомів і поступово повертати людину до повноцінного життя.

Таким чином, емоційна сфера є однією з ключових цілей психологічної реабілітації військових, а комплексний і поетапний підхід до роботи з нею сприяє підвищенню ефективності відновлення та соціальної адаптації.

1.2 Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій

Участь у бойових діях є значним стресовим фактором, який може спричиняти функціональні порушення в роботі організму, провокувати розвиток соматичних хвороб і викликати патологічні реакції. Зважаючи на відсутність єдиних методологічних підходів до організації медичної, психологічної, професійної та соціальної реабілітації військових, наразі існує багато окремих теоретичних й практичних розробок з цього питання. Це підкреслює актуальність створення оптимальної моделі реалізації медико-психологічних профілактичних та реабілітаційних заходів [52, с. 6].

На сьогоднішній день у законодавстві передбачаються зміни, які стосуються принципів організації системи реабілітації та надання соціальних гарантій. Це включає впровадження нових моделей управління, адміністрування і організації, а також використання сучасної методології для оцінки якості реабілітаційних послуг і процесу соціальної адаптації учасників бойових дій і їхніх родин. Новий підхід пропонує, щоб сучасні системи

реабілітації та соціальної підтримки базувалися на таких основних засадах [49]:

- індивідуальний підхід до потреб учасників бойових дій;
- ефективність і простота управлінських процесів;
- прозорість та відкритість для громадськості;
- максимальне залучення потенціалу самоорганізації ветеранів та професіоналів;
- використання найкращих міжнародних практик як в адмініструванні суспільних процесів, так і в наданні реабілітаційних послуг учасникам бойових дій.

Сучасні наукові дослідження підтверджують, що застосування психологічних методик на ранніх етапах допомагає зменшити доклінічні прояви посттравматичних симптомів, симптоми гострого стресового розладу (ГСР), а також знижує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у людей, які пережили травматичні події (Д. Бріер, К. Скот та ін.) [14, с. 245].

Останніми роками термін "реабілітація" в психології набув значення, яке відображає комплексний підхід до вирішення питань відновлення людської психіки. Це об'єднаний організаційно-методологічний підхід, що охоплює різноманітні аспекти психології, психотерапії, соціальної та професійної реадaptaції, а також заходи вторинної й третинної психопрофілактики. Реабілітація передбачає скоординоване виконання заходів, які мають соціально-правовий, медичний, психологічний, професійний і педагогічний характер. Її метою є максимально можливе відновлення психічного і фізичного здоров'я, працездатності та здатності до адаптації в соціумі [28, с.9].

Практичний психолог Г. М. Дмитренко, який має значний досвід у сфері реабілітації військовослужбовців, визначає ключові завдання реабілітації учасників бойових дій наступним чином [22, с. 250]:

- відновлення особистісного та соціального статусу осіб, які зазнали психотравм унаслідок участі в локальних бойових конфліктах;

- корекція соціальної поведінки військових, розвиток комунікативних навичок, підтримка здатності до самореалізації, розв'язання психологічних і соціальних конфліктів;
- зняття внутрішньої напруженості, тривожності, а також відновлення психіки, що постраждала від депресій, стресів і перевантажень; підвищення ресурсності й стресостійкості;
- активізація внутрішніх ресурсів для подолання залежностей від психоактивних речовин, таких як алкоголь чи наркотики.

Цікавим для нашого дослідження є підхід, який у своїй книзі розглядає Ю. Л. Бриндіков, він описує поетапну зміну емоційних станів комбатантів у процесі реабілітації. Ця модель дозволяє фахівцю-психологу-реабілітологу адаптувати програму підтримки залежно від актуального стану військовослужбовця під час взаємодії [12, с.270].

На першому етапі людина зазвичай перебуває у стані психотравматичного стресу. Цей стан супроводжується розгубленістю, посиленою фізичними болями, безпорадністю та втратою відчуття часу і простору. У таких умовах комбатант часто не може адекватно оцінити події, що сталися, та їхні наслідки, особливо у випадках, пов'язаних з інвалідністю.

Другий етап характеризується агресивною поведінкою, спрямованою як на оточення, так і на самого себе. Ця агресія часто змінюється станом апатії та безнадії. У деяких випадках з'являються суїцидальні думки, що робить критично важливим надання психологічної допомоги. Основним завданням на цьому етапі є допомога у переосмисленні ситуації та формуванні нових життєвих цілей.

На третьому етапі починається усвідомлення ситуації. Комбатант прагне адаптуватися до нових умов, змінити своє становище в суспільстві та знайти нові можливості для самореалізації.

Четвертий етап передбачає пошук нових цінностей і сенсу життя, які можуть включати релігійні переконання чи інші філософські основи. Проте

цей період часто супроводжується поспішними рішеннями, що можуть призвести до розчарувань.

П'ятий етап відзначається депресією, яка виникає через усвідомлення марності попередніх спроб подолати труднощі. Людина поступово ізолюється від соціального середовища, уникає контактів, і в деяких випадках може почати зловживати алкоголем або наркотиками. Близько двох третин реабілітантів зупиняються на цьому етапі.

Шостий етап є поворотним моментом, коли комбатант починає об'єктивно оцінювати свої сили та можливості. У цей період з'являється інтерес до нових видів діяльності, творчості чи пошуку інформації, наприклад, через Інтернет. Відновлюються соціальні зв'язки, що створює передумови для повернення до стану відносного емоційного комфорту.

Сьомий етап характеризується впевненим самоствердженням особистості. Досягнення перших цілей дозволяє людині зосередитися на довгострокових планах та стратегіях.

Восьмий етап передбачає повну інтеграцію у суспільство на рівних умовах із іншими. Це проявляється у активній участі у громадській діяльності, соціальних проєктах, а також у підтримці інших інвалідів та ветеранів, які перебувають на ранніх етапах реабілітації.

Такий поетапний підхід дозволяє гнучко будувати реабілітаційний процес, враховуючи індивідуальні потреби та динаміку змін емоційного стану комбатантів.

Н. Пророк, О.Запорожець у своєму посібнику описали, які послуги повинна включати психологічна реабілітація [42, с.9]:

Психологічна діагностика – визначення актуального психологічного стану та індивідуальних особливостей клієнта, моніторинг його психічного стану, аналіз потреб і вибір оптимальних методів реабілітації.

1. *Психологічна просвіта та інформування* – надання інформації, яка допомагає зрозуміти механізми роботи психіки, поведінку в екстремальних умовах, а також формування навичок управління власним емоційним станом,

методів самопомоги й підтримки інших осіб, заохочення до отримання професійної психологічної допомоги за потреби.

2. *Психологічне консультування* – проведення короткострокових сесій для надання емоційної підтримки, обговорення психологічних питань, допомоги в прийнятті рішень, оцінки внутрішніх ресурсів, зміцнення відповідальності за власну поведінку, підвищення стресостійкості й формування усвідомленого ставлення до проблем.

3. *Психологічна підтримка та супровід* – застосування методів, спрямованих на соціальну й професійну адаптацію клієнта, розвиток його самосвідомості, ціннісних орієнтирів і конкурентоспроможності, подолання стресових ситуацій і попередження психологічних криз.

4. *Психотерапія* – використання психологічних методів для вирішення особистісних і міжособистісних проблем, відновлення психічного здоров'я, поліпшення якості життя клієнта через індивідуальні чи групові сесії з застосуванням стандартизованих процедур.

5. *Групова робота* – організація тренінгів, занять та інтерв'ю для груп підтримки з метою формування навичок саморозвитку, самопізнання, освоєння нових стратегій поведінки та вирішення особистих проблем, а також обміну досвідом між учасниками.

Психологічна реабілітація військовослужбовців є важливою у випадках, коли психіка зазнає серйозних порушень, що можуть спричинити розвиток психологічних дисфункцій. Правильно організовані реабілітаційні заходи сприяють відновленню здатності до нормального функціонування та знижують ризик виникнення посттравматичного стресового розладу.

Постекстремальний період реабілітації складається з кількох фаз, які базуються на спільних закономірностях і механізмах розвитку [53, с.33].

Фаза перша – "ейфорія" або "медовий місяць".

Перший етап реабілітації військовослужбовців часто супроводжується станом ейфорії через усвідомлення, що вони залишилися живими. У цьому періоді військові не завжди помічають повсякденні труднощі, проявляють

надмірну впевненість у собі й орієнтуються на активну життєву позицію та дотримання загальноприйнятих норм. Водночас формується образ "героя", який часто не збігається з оцінкою оточуючих.

Їхня поведінка може включати гіперактивність, агресію, апатію, схильність до психічної регресії чи навіть залежності від алкоголю або наркотиків (за дослідженнями, це стосується близько 40% військових). Оскільки соціальне середовище оцінює саме зовнішні прояви поведінки, відбувається непорозуміння між ветеранами та суспільством. Більше того, військові не завжди усвідомлюють неадекватність своїх вчинків, що викликає внутрішній конфлікт і почуття ізольованості.

Основна мета на цьому етапі – допомогти військовослужбовцям побачити реальний стан речей, навчити контролювати свою поведінку та відновити раціональний погляд на життя. Лікування залежностей у цей період може включати як групову, так і індивідуальну психотерапію, а також аналіз подій, що призвели до таких станів.

Фаза друга – "період розчарування".

Через 8–10 місяців після повернення із зони конфлікту військові стикаються з необхідністю переосмислення власної участі в бойових діях і своєї ролі в них. Цей період супроводжується усвідомленням життєвих проблем, зникненням образу "героя" та появою симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

На цьому етапі головними стають внутрішньоособистісні фактори, які визначають психічний і фізичний стан ветерана. Завданням реабілітації є формування позитивного ставлення до оточення, відновлення моральних цінностей та переорієнтація на соціальні аспекти життя.

Фаза третя – "відновлення".

Через 10–18 місяців після повернення починається етап поступового стабілізування психічного стану. У багатьох ветеранів спостерігається повернення до професійної діяльності, хоча соціальна адаптація все ще може

бути складною через суб'єктивні оцінки свого статусу та ставлення суспільства.

Цей етап може тривати роками, а в деяких випадках – усе життя. Завданням реабілітації на цьому етапі є допомога у формуванні адекватного ставлення до навколишнього світу та власного стану, а також підтримка адаптації до нових життєвих умов.

Звідси бачимо, що для успішної реабілітації військових потрібен комплексний підхід, який охоплює всі етапи адаптації та враховує як індивідуальні, так і соціальні аспекти.

Важливо розуміти, що будь-яка психологічна реабілітація повинна бути структурована.

Проаналізувавши наукові та практичні праці, Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О. та ін. дійшли висновку, що заходи медико-психологічної реабілітації на етапі відновлення військовослужбовців включають наступні розділи [25, с. 18]:

- *Медичний огляд*: здійснення обстеження військовослужбовців та формування списків тих, хто потребує детальної медичної, наркологічної та психологічної допомоги; сортування постраждалих за типами порушень – психотичні та непсихотичні.
- *Психодіагностика*: оцінка поточного психофізіологічного стану для виявлення осіб, які потребують психологічної чи психіатричної допомоги. Це включає виявлення гострих стресових реакцій, ПТСР, ознак перевтоми, астенизації чи психічної дезадаптації, а також оцінку резервів адаптації для визначення придатності до виконання завдань.
- *Надання першої психологічної допомоги* тим, хто її потребує.
- *Психологічні заходи*: проведення психокорекційних заходів за відсутності сформованих психічних розладів (залучення фахівців із позаштатних груп) або психотерапевтичних втручань у разі наявності розладів.
- *Профілактика психологічних деформацій*: заходи, спрямовані на запобігання розвитку патологій особистості.

- *Кризове консультування*: індивідуальна робота з військовослужбовцями, зокрема допомога в станах, таких як суїцидальні наміри, агресія, тривожність чи ворожість.
- *Підтримка у кризових станах*: допомога при переживаннях тривоги, вини, сорому, втрати, страху смерті чи депресії.
- *Психосоціальна стабілізація*: сприяння усвідомленню себе, своєї ситуації та оточення.
- *Оптимізація психоемоційного стану*: забезпечення психологічного комфорту у ставленні до себе, оточення та світу загалом.
- *Дистанційне консультування*: кризова допомога телефоном або за місцем проживання у випадках життєво небезпечних станів, таких як суїцидальні спроби, агресія чи важкі емоційні переживання.
- *Емоційне розвантаження*: навчання методам психологічного розвантаження та саморегуляції, зокрема дихальним вправам, аутогенному тренуванню та візуалізації.
- *Мотивація до позитивного мислення*: бесіди, спрямовані на покращення взаємодії з соціальним середовищем.
- *Формування відповідальності*: розвиток продуктивного спілкування, яке виключає конфронтацію та агресію.
- *Розвиток нових навичок*: допомога в освоєнні нових способів поведінки та побудові здорових міжособистісних стосунків.
- *Адаптація до нових умов*: підтримка в активізації сильних сторін особистості, творчій самореалізації та подоланні екзистенційних проблем.
- *Підтримка сімейних зв'язків*: сприяння зміцненню або відновленню родинних стосунків.
- *Відновлення соціальної ролі*: допомога у відновленні статусу в сім'ї, колективі та референтних групах.
- *Аналіз сімейних проблем*: виявлення конфліктів у родині та пошук альтернатив для їх вирішення.

- *Сімейна підтримка*: розробка заходів для допомоги сім'ям у різних аспектах їх життєдіяльності.
- *Оцінка ефективності*: аналіз результативності проведених реабілітаційних заходів.
- *Направлення на реабілітацію*: перенаправлення військових до спеціалізованих лікувальних закладів за потреби.

Отож, бачимо, що психологічна реабілітація учасників бойових дій включає комплекс заходів психологічної роботи та організації взаємодії з військовослужбовцями з їх найближчим соціальним оточенням і фахівцями, які здійснюють соціально-психологічний супровід, спрямованих на створення сприятливих соціально-психологічних умов, що сприяють відновленню психічного здоров'я в дисгармонійній особистості і реадaptaції його до життєдіяльності.

1.3 Особливості методу біосугестивної терапії та його застосування в процесі реабілітації військовослужбовців

Метод біосугестивної терапії (БСТ) є інноваційним підходом у психології та психотерапії, що базується на синтезі біологічних і психологічних підходів до впливу на психіку людини. Він поєднує принципи сугестії з урахуванням фізіологічних особливостей організму, що дозволяє досягти комплексного впливу на емоційний і психосоматичний стан пацієнта.

Щоб зрозуміти суть даного методу потрібно звернути увагу на зміст та історію виникнення самого поняття «сугестія».

В історії людства сугестія (навіювання) завжди була одним із найбільш універсальних явищ, пов'язаних із психікою. Цей феномен проникає у різні аспекти життя: незалежно від виду діяльності, людина, свідомо чи несвідомо, зазнає впливу. Інформація, яка потрапляє до мозку - звук, сприйнятий слухом, подія або образ, зафіксований зором, - чинить вплив на психіку і формує

особливості поведінки. Навіювання може проявлятися не лише через мовлення, а й через жести, погляди чи інтонацію.

У ХХІ столітті накопичено значний масив експериментальних та лабораторних даних, які демонструють зміни, що відбуваються в організмі людини під впливом словесного навіювання. Подібні дослідження проводили такі вчені, як Ф. Баркер, П. Янг, В. Шейнов, Д. Кандиба, Д. Гріндер, Р. Бендлер та інші.

Навіювання (від лат. *suggestio* – «внушаю») означає передачу інформації, яка сприймається некритично і здатна впливати на нервово-психічні та соматичні процеси. Воно викликає певні відчуття, уявлення, емоційні стани, дії, а також впливає на функції вегетативної нервової системи, обходячи активну участь людини чи логічне осмислення отриманої інформації.

Здатність людини сприймати навіювання, тобто навіюваність, визначається її індивідуальними психологічними й фізіологічними особливостями, а також умовами зовнішнього середовища [5, с.6].

Л. Адлер, З. Фрейд і Г. Юнг досліджували сугестивні явища на глибинному рівні підсвідомості особистості. Завдяки психоаналітичному підходу теорія сугестії отримала нове осмислення, де навіювання розглядалося як унікальний і непередбачуваний прояв психічної діяльності [41].

Дослідники, які вивчали сугестію, дійшли висновку, що транс є важливим елементом для досягнення позитивного терапевтичного ефекту, хоча його глибина не завжди є вирішальною. У 1932 році німецький невропатолог Генріх Шульц запропонував метод «аутогенного тренування» (АТ). У другій половині ХХ століття сугестивні підходи почали розвиватися в напрямку недирективної методики, що стало можливим завдяки новаторським ідеям Мілтона Еріксона, а також появі нейро-лінгвістичного програмування (НЛП), створеного Джоном Гріндером і Річардом Бендлером [59, с.51].

Психолог В. Куліков вважає, що «навіювання в загальному вигляді можна уявити як психологічний вплив, який здійснюється за допомогою

мовлення і немовленєвих засобів та відрізняється зниженою орієнтацією» [67, с.8].

Сугестивні методи є різними формами психологічного впливу на людей, які реалізуються через пряме або непряме навіювання. Ці методи мають на меті викликати у людини певні емоційні стани або стимулювати її до виконання конкретних дій. Вони включають як вербальні (словесні) методи, так і невербальні підходи, які використовують різноманітні подразники для зорового, слухового та тактильного сприйняття.

Сугестивна психотерапія полягає в інформаційному впливі на психіку через навіювання. Навіювання, в свою чергу, є сприйняттям зовнішньої інформації без критичного аналізу та особистісної переробки. Важливу роль у взаємодії між психотерапевтом та клієнтом відіграє складна система, яка включає кілька ключових елементів [6, с.178]:

- Вплив терапевта.
- Сприйняття цього впливу.
- Аперцепція клієнтом отриманої інформації.
- Реакція у вигляді акцепції (бажаний результат).
- Можливе блокування або інверсія (небажані результати).

Сугестія, як психологічний феномен, лежить в основі багатьох методів психотерапії, спрямованих на зміну сприйняття, емоційного стану та поведінки. Проте біосугестивна терапія відрізняється своєю унікальною інтеграцією сугестивних технік із біологічними процесами організму, що дозволяє посилити ефективність лікування. Тепер розглянемо детальніше саме біосугестивну терапію (БСТ).

Метод біосугестивної терапії (БСТ) є доступним і водночас дієвим інструментом, який допомагає усувати психосоматичні розлади, відновлювати емоційну рівновагу та покращувати загальне самопочуття.

Метод біосугестивної терапії, розроблений О. Стражним у 1996 році, є простим і водночас дієвим психотерапевтичним інструментом. Він спрямований на подолання психосоматичних розладів, відновлення емоційної

рівноваги та покращення загального стану людини. Основою методу є поєднання вербальних і невербальних технік навіювання, що проводяться у стані легкого трансу.

Термін «біо» вказує на те, що під час сеансу використовуються не лише сугестивні впливи, а й додаткові чинники: передача метайнформації за допомогою спеціальної інтонації, дотик терапевта до клієнта долонею, а у випадку групової терапії – взаємодія з іншими учасниками групи [60, с.5].

Психосоматика являє собою цілісний підхід до розуміння взаємозв'язку між здоров'ям і хворобами людини. Це напрямок у медицині та психології, який досліджує, як психологічні (зокрема психогенні) фактори впливають на виникнення та розвиток тілесних захворювань. Основна ідея цієї дисципліни полягає в тому, що саме емоційні переживання можуть викликати функціональні зміни й патологічні порушення в роботі органів. При цьому індивідуальні особливості людини здатні визначати, які саме органи або системи піддаються впливу [20, с.6].

Як ми вже зазначали раніше, роль емоційного фактора у виникненні та прогресуванні соматичних захворювань, а також у розвитку психоемоційних розладів як реакції на фізичні травми чи хронічні хвороби, є особливо важливою у контексті військовослужбовців. Військова служба, особливо під час активних бойових дій, пов'язана з високим рівнем стресу, психоемоційним виснаженням і постійним ризиком травматизації. Це призводить до значного збільшення частоти межових психічних розладів, таких як тривога, депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [20, с. 7].

На сучасному етапі, коли суспільство стикається з наслідками воєнних конфліктів, зростає потреба в корекції емоційної сфери військовослужбовців. Соціальна нестабільність, втрата близьких, тривала розлука з родинами, фізичні та психологічні травми — все це створює значне навантаження на психіку. Особливої уваги потребують військові з хронічними захворюваннями чи наслідками поранень, які вимагають тривалої реабілітації та медикаментозного лікування. Вчасне втручання, спрямоване на стабілізацію

емоційного стану, є не лише важливим аспектом їхнього здоров'я, а й сприяє їхній ефективності в подальшій службі та адаптації до мирного життя.

Метод біосугестивної терапії зарекомендував себе як дієвий інструмент у процесі реабілітації військовослужбовців, починаючи з 2014 року. У 2017 році, під керівництвом професора О.І. Осокіної та фахівців кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету (м. Краматорськ, Україна), було проведено серію досліджень. Їх результати підтвердили ефективність цього методу для подолання наслідків стресу різного походження [43].

О. Стражний виділяє наступні показання до застосування біосугестивної терапії [60, с. 12]:

Психологічні прояви:

- Хронічна втома, виснаження, відчуття нестачі енергії.
- Постійне напруження, стрес, тривожність, страх.
- Емоційна нестабільність, дратівливість, внутрішній неспокій.
- Зниження настрою, апатія, втрата інтересу до життя.
- Проблеми з пам'яттю та концентрацією уваги.
- Розлади сну.

Фізичні прояви:

- Головний біль, запаморочення.
- Коливання артеріального тиску (підвищення чи зниження), дискомфорт у ділянці серця, порушення серцевого ритму, вегетативні кризи.
- Утруднене дихання, неврастенічний кашель.
- Неприємні відчуття в області шлунково-кишкового тракту, такі як спазми, печія (рефлюкс), порушення функцій жовчних шляхів, зміни апетиту (його підвищення чи зниження), закрепи.
- Проблеми з функцією нирок, сечоводів або сечового міхура.
- Біль у хребті чи суглобах, який може бути постійним або переміщуватись.
- Алергічні реакції, діатези, бронхіальна астма.

- Порушення менструального циклу, запалення яєчників на нервовому ґрунті, труднощі із зачаттям без очевидних гормональних чи органічних причин.
- Сексуальні дисфункції, зокрема зниження лібідо або аноргазмія у жінок, проблеми з потенцією чи передчасна еякуляція у чоловіків.
- Інші нездужання, які не підтверджуються результатами медичних обстежень.

Всі ці прояви в більшій чи меншій мірі спостерігаються у військовослужбовців під час психологічної реабілітації.

Далі ми розглянемо зміст та структуру методу біосугестивної терапії.

Метод біосугестивної терапії фокусується на заміні невротичних шаблонів, які викликають психосоматичні розлади, на позитивні патерни, що сприяють поліпшенню самопочуття. Уявімо, що хвороба — це "в'язниця", з якої пацієнт хоче вибратися, але не знає, як відчинити двері. Терапевт допомагає йому знайти правильний код для замку, тобто правильну техніку для подолання розладу [58, с. 72].

Заміна негативних шаблонів на позитивні патерни здійснюється через чітке слідування терапевтичному протоколу, де кожен крок, кожна рекомендація — це як одна цифра на кодовому замку. Якщо ж дотримання цього протоколу не є точним, результат може бути непередбачуваним.

Суть методу БСТ полягає в тому, щоб сприяти пацієнту у процесі "розкручування" хвороби у зворотному порядку: заміна ілюзії хвороби на ілюзію здоров'я. Спочатку пацієнт може відчувати, що йому стає краще, але не впевнений у цьому. З часом його переконання змінюються, і він дійсно починає відчувати поліпшення.

Терапевт не є головним агентом лікування; основну роль відіграє сам організм, який після певних сеансів може активувати свої внутрішні ресурси для відновлення. Терапевт лише сприяє цьому процесу, активуючи механізми саморегуляції за допомогою специфічних технік, таких як мікророзриви або змінювання звичних шаблонів поведінки.

Техніки мікророзривів включають несподівані зміни в поведінці терапевта, які відволікають пацієнта від його звичних, зациклених реакцій. Це спантеличує пацієнта і дозволяє "перезаписати" його шаблон, замінивши негативні установки на більш здорові, які потім закріплюються у свідомості [58, с. 74].

Таким чином, метод БСТ не лише змінює спосіб сприйняття пацієнтом свого стану, а й сприяє розвитку нових, здорових моделей поведінки і відчуттів, що зрештою призводить до реального поліпшення самопочуття.

Механізм дії сеансу біосугестії полягає в корекції здоров'я за допомогою спеціально складених сеансів, що поєднують вербальні та невербальні сугестивні елементи. Текст сеансу можна розглядати як набір терапевтичних фраз, кожна з яких має своє енергетичне й електромагнітне значення. Коли терапевт проголошує ці фрази, вони створюють відповідну хвильову програму в мозку пацієнта, що має аналогію з програмами на комп'ютері. Програму можна передати через носії, як USB-флешка або CD-диск, і потім інсталювати в нейрони мозку пацієнта. Це сприяє корисним змінам в організмі через активізацію процесів саморегуляції.

Лікувальна програма на основі сугестивних фраз, таких як «ви спокійні», «серце працює нормально», «поліпшується функціонування органів», має за мету зменшити больові відчуття, пов'язані з хворобами, і посилити позитивні нейронні зв'язки. Це дозволяє організму скористатися своїми прихованими резервами для відновлення нормального функціонування. Слова, вимовлені терапевтом, запускають цю програму, яка спочатку фіксується в короткочасній пам'яті. Для закріплення результатів сеанс необхідно повторювати кілька разів, що дозволяє формувати умовні рефлекси і стабільно впливати на процеси в мозку [58, с. 82].

Якщо пацієнт переживає фізичний біль, це часто може бути результатом порушень в психоемоційному стані. У разі психосоматичних розладів больові відчуття не завжди пов'язані з органічними ушкодженнями, а є наслідком спотвореного сприйняття мозком болю. Терапія за допомогою сугестивних

конструкції знижує чутливість до болю, зменшуючи його інтенсивність і емоційну складову. Це може призвести до зникнення як фізичного, так і емоційного болю. Однак у разі стресових ситуацій, біль може повернутися, і для його усунення знадобиться повторне проведення сеансів терапії, що відновить пацієнту комфортне самопочуття.

У сеансах біосугестивної терапії застосовуються техніки, які сприяють оптимізації терапевтичного процесу. Для того щоб розвіяти міфи про використання неетичних методів впливу, детально розглянемо, як побудовані сеанси [60, с. 62].

Стандартний сеанс складається з десяти основних етапів, кожен з яких має свою специфіку:

1. Налаштування на сеанс.
2. Установлення контакту.
3. Досягнення спокою та врівноваженості.
4. Час для пацієнта.
5. Вплив на шию.
6. Вплив на грудну клітку.
7. Усвідомлення думок як незначних явищ.
8. Вплив на органи черевної порожнини.
9. Вплив на суглоби.
10. Вихід із сеансу.

Між блоками тексту обов'язково робляться музичні паузи, що допомагають пацієнту налаштуватися на потрібний ритм.

На першому етапі сеансу пацієнтові пропонується зручно влаштуватися, щоб розпочати процес розслаблення. Терапевт розташовує руку поруч із чолом пацієнта, що дозволяє встановити «контакт» через інфрачервоні хвилі біополя. Це відчуття тепла на чолі може бути помітним, але це не є критичним для процесу. Головне — пацієнт має налаштуватися на спокій і гармонію.

Після цього терапевт допомагає пацієнтові зберігати увагу на тих зонах, що потребують лікувального впливу: шия, грудна клітка, живіт. Після впливу

на суглоби пацієнт поступово завершує сеанс.

Процедура і текст сесії є авторським розробленням О.Стражного і не підлягають змінам під час сеансу, хоча психологи та інші фахівці мають право адаптувати деякі фрази залежно від контексту. Лікар може використовувати терміни на зразок «лікувальний сеанс» чи «лікувальний вплив», а психолог — замінювати їх на «відновлення» або «корекція». У разі директивних методів психотерапії зазвичай застосовують більш прямолінійні фрази, наприклад: «Я впливаю на...», а у психотерапії без директиви можуть використовувати м'якіші формулювання: «Зараз відновлюються процеси в...».

Психологи та психотерапевти мають уникати категоричності та жорстких вказівок, що характерно для класичної суггестології (наприклад, «Сядьте прямо!» чи «Зробіть глибокий вдих!»). Натомість, підхід зводиться до надання пацієнту максимальної свободи в прийнятті рішень, надаючи такі варіанти як: «Постарайтеся розслабитися», «Ваші очі можуть залишатися відкритими, але закривши їх, ви можете досягти більшого спокою», «Під час сеансу ви можете відчувати різні зміни, або ж не відчутти нічого особливого», «За потреби ви можете змінити позу чи відкрити очі» [60, с. 63].

Таким чином, ми створюємо максимально комфортні умови для кожного пацієнта, дотримуючись принципу поваги до його особистих переконань і відчуттів.

Структура терапевтичного сеансу

Курс біосугестивної терапії зазвичай складається з восьми сесій, які можуть проводитися як індивідуально, так і в групах. Кожна сесія має три етапи [60, с. 38]:

1. Індивідуальна бесіда з пацієнтом.

На цьому етапі проводиться розмова, спрямована на зміну сприйняття пацієнтом своєї проблеми та негативних установок. Мета — допомогти пацієнту позбутися невротичних шаблонів мислення, замінивши їх позитивними уявленнями про себе та свій стан. Наприклад, переконання «Моя проблема не вирішувана» трансформується в «Завжди є кілька рішень».

Уявлення «Я безнадійно хворий» замінюється на «Я можу стати здоровішим». Пацієнту пояснюють: «Ми допомогли багатьом з подібними труднощами і можемо допомогти й вам».

2. Групова взаємодія (у разі групового формату).

Учасники групи, які вже відчули позитивні результати, діляться своїм досвідом із новими членами. Це створює атмосферу підтримки та мотивації, посилюючи віру в ефективність терапії.

3. Сеанс біосугестії.

Під час цього етапу пацієнти зручно розташовуються в кріслах, а терапевт проводить сеанс за допомогою аудіозапису. Сеанс включає три основних елементи:

- Використання легкого трансу замість глибокого гіпнозу.
- Голос терапевта, записаний у супроводі фонові музики, створює заспокійливий ефект.
- Легкі дотики терапевта до пацієнтів у певному ритмі.

Тривалість сесії становить 30–40 хвилин, із яких 18 хвилин відводиться безпосередньо на лікувальний сеанс.

Цей підхід, що об'єднує легкий транс, аудіосугестію та тактильну стимуляцію, є новаторським для психотерапії та не застосовувався раніше у такому поєднанні.

Об'єктивно оцінити ефективність будь-якого методу лікування можливо лише після його перевірки відповідно до стандартів наукових досліджень. Станом на 2024 рік метод БСТ був досліджений у шести медичних університетах України. Результати показали, що ефективність цього підходу варіюється від 84 до 100 відсотків залежно від конкретного випадку.

На основі отриманих даних було підготовлено 24 наукові статті, опубліковані в журналах України, Литви, Польщі [8].

Висновки до розділу

Проаналізувавши наукові джерела, що стосуються теми, яку ми розглядаємо та досліджуємо, можна зробити наступний висновок.

У розділі було висвітлено ключові аспекти емоційного стану та психологічної реабілітації військовослужбовців після поранення та участі в бойових діях.

Участь у бойових діях та пережиті поранення значно впливають на емоційний стан військовослужбовців. Виявлено, що такі події часто супроводжуються посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), депресією, тривожними розладами, порушеннями сну та емоційною нестабільністю. Емоційна сфера військових потребує глибокого аналізу для розробки ефективних методів психологічної підтримки.

Зазначено, що реабілітація повинна бути комплексною, враховувати індивідуальні особливості особистості, тяжкість травматичного досвіду та соціальні фактори. Ефективна реабілітація включає поєднання медикаментозної терапії, психотерапевтичних методів, підтримки родини та соціального оточення. Особливе значення приділяється створенню умов для інтеграції військовослужбовців у цивільне життя.

Розглянуто особливості методу біосугестивної терапії, як інноваційного підходу в реабілітації військових. Показано, що біосугестивна терапія, яка поєднує сугестивні та релаксаційні техніки, сприяє зниженню тривожності, покращенню психоемоційного стану та відновленню адаптивних механізмів. Її ефективність обумовлена здатністю впливати на підсвідомість, формуючи позитивні установки та допомагаючи перебудувати емоційні реакції на стресові події.

Таким чином, проаналізувавши наукову психологічну літературу, можемо говорити про важливість комплексного підходу до психологічної реабілітації військовослужбовців, а також про перспективність використання біосугестивної терапії як ефективного інструменту в цьому процесі.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ МЕТОДУ БІОСУГЕСТИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА ЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1 Вибір та обґрунтування методик дослідження.

У ході нашого дослідження ми діагностували рівень емоційних станів військовослужбовців, які проходили реабілітацію в ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області, до того, як провели з ними серію занять з біосугестивної терапії, та після проведення. Потім ми порівняли ці показники та визначили наскільки вплив біосугестивної терапії на емоційну сферу військовослужбовців, під час їх лікування, є позитивним та має місце в загальній психологічній реабілітації. Згідно цього дослідження нами було обрано наступні методики:

1. Восьмиколірний тест Люшера.
2. Опитувальник САН (самопочуття, активність, настрій).
3. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).
4. Шкала депресії А. Бека.

Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, піддаються значному психологічному стресу, що може призвести до розвитку тривожних та депресивних станів. Ці розлади мають як психологічні, так і фізіологічні прояви, а також можуть серйозно впливати на якість життя.

Тривожні стани у військових часто виникають через тривалий вплив стресу, небезпеки, нестачі сну та травматичних подій. Депресивні розлади можуть виникнути через втрату товаришів, постійний ризик для життя, а також після демобілізації, коли військові стикаються з труднощами адаптації до мирного життя.

Для визначення рівня тривожності та депресії ми використали методики: восьмиколірний тест Люшера, госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) та шкалу депресії Бека.

Восьмиколірний тест Люшера [32, с. 441] — це проєктивний тест, що використовується для оцінки психоемоційного стану людини, зокрема рівня тривожності. Тест заснований на виборі кольорів, яким респонденти віддають перевагу або які їм не подобаються.

Респонденти обирають кольори в певному порядку, що відображає їх емоційний стан. Кожен колір асоціюється з певними психологічними характеристиками. Кожен вибраний колір може свідчити про наявність або відсутність тривожності. Психолог інтерпретує результати тесту, беручи до уваги не тільки вибрані кольори, але й їхній порядок. Це дозволяє зрозуміти не тільки загальний рівень тривожності, а й особистісні особливості респондента.

Досліджуваному пропонується розкласти вісім кольорових карток в рядок від найбільш приємного до найменш приємного. Після чого психолог фіксує результат та робить обрахунки, щоб визначити рівень тривожності.

Для оцінки інтенсивності стану тривоги і компенсаторних тенденцій пропонуються такі **позначення**:

! - якщо основний колір стоїть на шостому місці (додатковий на третьому місці);

!! - якщо основний колір стоїть на сьомому місці (додатковий на другому місці);

!!! - якщо основний колір стоїть на восьмому місці (додатковий на першому місці).

Якщо, наприклад, є такий вибір: 3 1 5 4 0 6 2 7, то 2 (зелений колір) позначається - "!!!". Усі існуючі знаки оклику (наявність компенсацій і тривожності) сумуються. Сума умовних балів "!!" може бути в діапазоні від 1 до 12.

Вважається, що чим більше "!", тим прогноз несприятливіший. За наявності хоча б одного "!!" необхідно додатково визначити групу кольорів "+".

Значення позицій

У восьми позиціях рангової послідовності розрізняють відношення:

1-ше місце: найбільш симпатичний колір отримує знак "+" ("спрямування"). Воно показує засоби, в яких має потребу досліджуваний, і до яких він звертається, щоб досягти мети (наприклад, при синьому кольорі необхідний засіб - "спокій").

2-ге місце: воно також має знак "+" і показує, що саме є метою (наприклад, при синьому кольорі мета, якої прагнуть, - "спокій").

3, 4-те місця: обидва мають знак "симпатій" "x" як умовне позначення власного стану. Власний стан - це самопочуття людини, її думка про своє здоров'я (наприклад, при синьому кольорі досліджуваний перебуває в спокійному стані).

5, 6-те місця: мають знак "індиферентності" "=". Індиферентність показує, що цей колір і властивість не підтверджуються і не відкидаються, вони байдужі. Для досліджуваного цей колір і властивість на деякий час загублені, вони ніби "витають у повітрі". Індиферентний колір - це неактуальне, що сприймається в даний момент байдуже, це нереалізована властивість, яку, однак, за необхідності можна актуалізувати. Наприклад, якщо синій колір займає місце зі знаком індиферентності, то спокій у даний момент неактуальний. Але несподівано може виникнути неспокійне роздратування.

7, 8-ме місця: обидва кольори мають знак "-" як показник "неприйняття". Кольори, які досліджуваний відхиляє як несимпатичні, виражають ту потребу, яка гальмується, тобто довільне задоволення цієї потреби має негативний наслідок. Наприклад, якщо синій колір стоїть на восьмому місці, то потреба в "спокої" існує, але не може бути задоволена в ситуації, що склалася, оскільки досліджуваний вважає, що заспокоїтися - це значить ускладнити несприятливе становище.

Інтерпретація та визначення рівня тривожності

0-4 бали – низька тривожність

- 5-6 балів – нижче середнього
- 7-8 балів – середня тривожність
- 9-10 балів – вище середнього
- 11-12 балів – висока тривожність

Госпітальна шкала тривоги і депресії HADS [19] відноситься до суб'єктивних методик і призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у пацієнтів стаціонару. Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) є визнаним інструментом самооцінки. Такий тест пацієнт може заповнити самостійно, чекаючи на прийом лікаря. Шкала була розроблена у 1983 році (автори Zigmond A.S. і Snaithe R.P.) для визначення та оцінки тяжкості симптомів депресії та тривоги в умовах загальномедичної практики. Переваги шкали HADS полягають у простоті застосування і обробки, що дозволяє рекомендувати для первинного виявлення (скринінгу) тривоги та депресії.

Шкала складена з 14 тверджень, які обслуговують дві підшкали:

- підшкала А – «тривога» (anxiety): непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13;
- підшкала D – «депресія» (depression): парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Кожному твердженню відповідають 4 варіанти відповіді, що відображають ступінь наростання симптоматики, – градації вираженості ознаки, і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 балів (відсутність) до 4 (максимальна вираженість).

Шкалу необхідно заповнити за 10-15 хвилин самостійно, без обговорення з ким небудь. За всіма пунктами повинні бути вибрані відповіді. Кожному твердженню шкали HADS відповідають чотири варіанти відповіді. Потрібно обрати і позначити ту з відповідей, яка відповідає стану на протязі останніх 7 днів. Не роздумувати довго над відповіддю на питання.

«Ключ»

Субшкала Т – «тривога»: непарні пункти 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13.

Субшкала Д – “депресія”: парні пункти 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14.

Обробка результатів

Якщо пацієнт пропустив окремі пункти, перервав заповнення шкали на значний термін (кілька годин) або не вклався у відведений час, рекомендується провести повторне тестування з використанням нового бланку.

Шкала складається з 14 тверджень, які поділяються на дві шкали: “тривога” (непарні пункти –1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) і “депресія” (парні пункти –2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Кожному твердженню відповідають чотири варіанти відповіді, що відображають градації вираженості ознаки і кодуються за наростанням тяжкості симптому від 0 (відсутність) до 3 (максимальна вираженість). Обробка результатів полягає в підрахунку сумарного показника за кожною шкалою.

Інтерпретація результатів

0-7 – норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії);

8-10 – субклінічно виражена тривога/депресія;

11 і вище – клінічно виражена тривога/депресія.

Шкала депресії Аарона Бека [27, с.121] у роботі психологів вважається ефективним інструментом оцінки важкості депресивного стану у пацієнтів.

Історично ця шкала була розроблена Аароном Беком у 1961 році і була призначена для діагностики депресії в психотерапевтичних ситуаціях.

У сьогоденні цей інструмент став дуже популярним і активно використовується як дослідниками, так і клініцистами для визначення важкості симптомів депресії.

На практиці, шкала депресії Аарона Бека дозволяє психіатрам і психотерапевтам оцінити рівень депресії у пацієнта на основі 21 запитання.

У кожному запитанні пацієнтам пропонується відповісти на дві різні інтерпретації запитання, а вони — повинні вибрати одну з них, причому:

- Одна з інтерпретацій є більш позитивною, а інша – більш негативною.
- Оцінка відбувається за допомогою 4-бальної системи, де 0 означає відсутність симптомів, а 3 – виражені симптоми.
- Кожній відповіді надається певна кількість балів. Їхня загальна сума варіюється від 0 до 63. Чим більша цифра, тим вищий рівень депресії.

Опитувальник САН (Самопочуття, Активність, Настрій) [32, с. 78] є широко використовуваною методикою оцінки психологічного стану, зокрема серед військовослужбовців, включаючи учасників бойових дій (УБД). Ця шкала допомагає оцінити суб'єктивний стан за трьома параметрами: загальне самопочуття, рівень активності та настрої.

Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, часто переживають високий рівень стресу, емоційного виснаження та психічного напруження. Методика дозволяє швидко ідентифікувати поточний психоемоційний стан, включаючи рівень самопочуття, активності та настрою, що є важливим для ранньої діагностики негативних змін.

Шкала САН складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображують рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлюваність (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Перевагами тесту є його стислість і можливість кількаразового використання впродовж певного часу.

Слід співвіднести свій стан з ознаками за багатоступінчастою шкалою. Ви маєте вибрати і позначити цифру, що найбільш точно позначає Ваш стан на даний момент.

Обробка даних

При підрахунку граничний ступінь вираження негативного полюсу пари оцінюється в 1 бал, а граничний ступінь вираження позитивного полюсу пари - в 7 балів. При цьому необхідно враховувати, що полюс шкал постійно

змінюється, але позитивні стани завжди отримують високі бали, а негативні - низькі.

Отримані бали групуються відповідно до ключа в три категорії і підраховується кількість балів за кожною з них. Отримані результати кожної категорії діляться на 10. Середній бал шкали - 4. Оцінки, які перевищують 4 бали, свідчать про нормальний стан досліджуваного, оцінки нижче 4 свідчать про зворотне. Нормальні оцінки стану лежать в діапазоні 5,0-5,5 балів.

Слід враховувати, що при аналізі функціонального стану важливе не тільки значення окремих його показників, але і їх співвідношення.

Ключ до методики

Самопочуття: 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.

Активність: 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.

Настрій: 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

2.2 Етапи діагностичного дослідження: опис експерименту та аналіз результатів

Діагностика емоційних станів у військовослужбовців учасників бойових дій здійснювалася на базі ДУ «ТМО МВС по Хмельницькій області».

У ході нашого дослідження ми діагностували рівень емоційних станів військовослужбовців до того, як провели з ними серію занять з біосугестивної терапії, та після проведення. Потім ми порівняли ці показники та визначили наскільки вплив біосугестивної терапії на емоційну сферу військовослужбовців, під час їх лікування, є позитивним та має місце в загальній психологічній реабілітації. Згідно цього дослідження нами було застосовано метод біосугестивної терапії у вигляді 6 сеансів та застосовано методики для визначення психоемоційного стану у досліджуваних.

Характеристика вибірки: чоловіки військовослужбовці, що брали участь у бойових діях та які проходять реабілітацію у медичному закладі, середній вік респондентів від 20 до 45 років. Вибірка складалася з 24 осіб розділених на 3 групи.

Кожна з методик була подана та опрацьована індивідуально з кожним військовослужбовцем, що дало змогу отримувати не лише сухі дані, а й проаналізувати наочно емоційний рівень психологічного стану кожного з них. Отримані результати кожної методики було подано у таблицях та діаграмах.

1. Для визначення рівня тривожності до та після застосування методу БСТ було використано тест Люшера [32, с. 441].

Результати проведеного тестування преставлено на табл. 2.1.

Таблиця 2.1 - Порівняння показників рівня тривожності у військовослужбовців до проведення з ними біосугестивної терапії (БТ) та після проведення

Рівень тривожності	Рівень тривожності До проведення БТ	Рівень тривожності Після проведення БТ
Відсутня тривожність	0	5
Низький (Н)	3	10
Нижче середнього (НС)	2	5
Середній (С)	7	3
Вище середнього (ВС)	7	1
Високою (В)	5	0

У таблиці продемонстровано порівняння у якій кількості осіб який рівень тривожності було виявлено До проведення біосугестивної терапії та Після завершення курсу біосугестивної терапії.

Згідно з поданими даними, рівень тривожності військовослужбовців до і після проведення БСТ значно змінився. Нижче подано опис результатів за кожною категорією тривожності:

Відсутня тривожність:

До терапії: 0 осіб мали відсутню тривожність.

Після терапії: 5 осіб перейшли до категорії без тривожності після проведення БТ.

Низький рівень тривожності (Н):

До терапії: 3 особи мали низький рівень тривожності.

Після терапії: Кількість осіб із низьким рівнем тривожності збільшилася до 10.

Нижче середнього рівень тривожності (НС):

До терапії: 2 особи мали рівень тривожності нижче середнього.

Після терапії: Ця кількість зросла до 5.

Середній рівень тривожності (С):

До терапії: 7 осіб мали середній рівень тривожності.

Після терапії: кількість людей із середнім рівнем тривожності зменшилася до 3.

Вище середнього рівень тривожності (ВС):

До терапії: 7 осіб мали рівень тривожності вище середнього.

Після терапії: Після БСТ залишився лише 1 учасник із таким рівнем тривожності.

Високий рівень тривожності (В):

До терапії: 5 осіб мали високий рівень тривожності.

Після терапії: Ніхто з учасників не залишився з високим рівнем тривожності після проведення терапії.

Після проведення біосугестивної терапії спостерігається суттєве зниження рівня тривожності серед військовослужбовців. Більшість учасників, які мали середній або високий рівень тривожності, перейшли в категорії з нижчим рівнем або повністю позбулися тривожності. Це свідчить про високу ефективність БСТ у зменшенні тривожних станів.

Підсумкові обрахунки ми висвітлили у діаграмі (рис.2.1), щоб наочно показати позитивний вплив застосованого методу на емоційну складову досліджуваних.

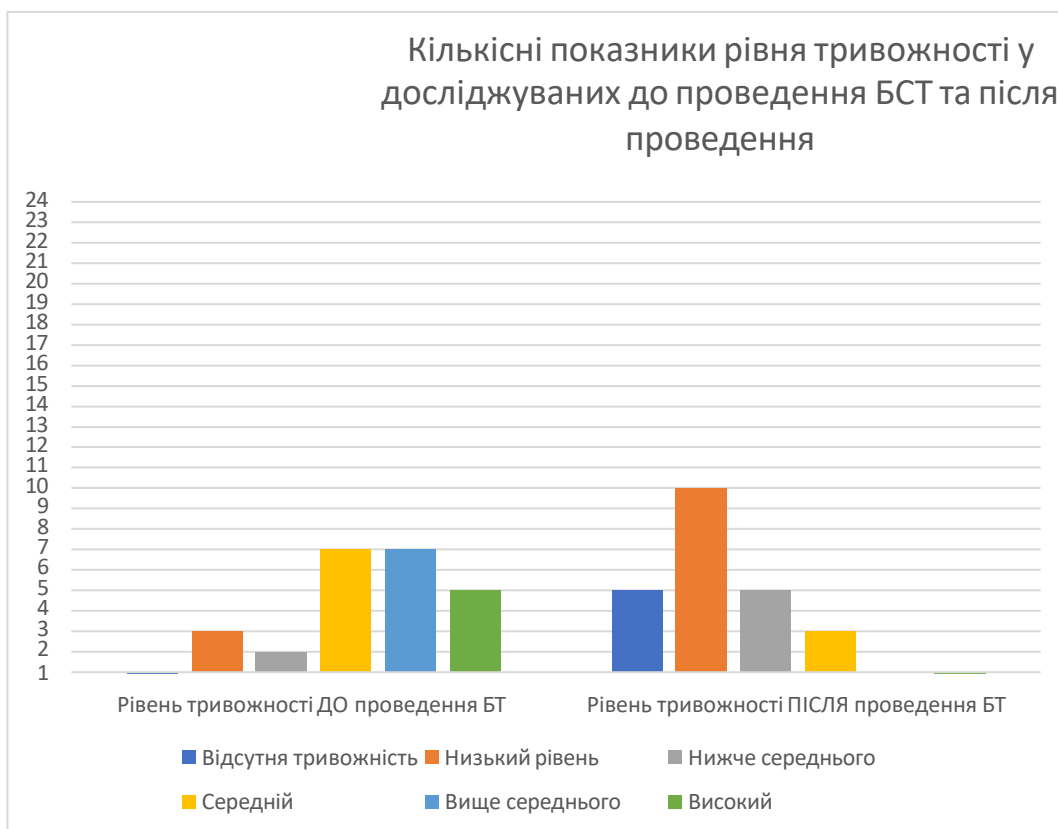


Рис. 2.1 Рівень тривожності військовослужбовців До проведення з ними біосугестивної терапії та Після її проведення

2. Для визначення рівня протікання психоемоційних станів до та після застосування методу БСТ було використано опитувальник САН (самопочуття, активність, настрої) [32, с. 78].

Результати діагностування висвітлено в табл. 2.2.

Таблиця 2.2 - Порівняння показників рівня протікання психоемоційних станів у військовослужбовців до проведення з ними БСТ та після проведення

Рівень протікання психоемоц. стану	Самопочуття		Активність		Настрій	
	До проведення БТ	Після проведення БТ	До проведення БТ	Після проведення БТ	До проведення БТ	Після проведення БТ
Норма	3	19	10	21	0	17
Нижче норми	21	5	14	3	24	8

Згідно з поданими даними за результатами опитувальника САН, можна зробити такі висновки щодо самопочуття, активності та настрою військовослужбовців До і Після проведення БСТ:

Самопочуття:

До терапії: Лише 3 військовослужбовці мали самопочуття на рівні норми, тоді як 21 військовослужбовець відчував стан нижче норми.

Після терапії: Кількість тих, хто відчуває самопочуття в нормі, зросла до 19, і лише 5 військовослужбовців залишилися зі станом нижче норми.

Активність:

До терапії: 10 військовослужбовців мали активність у межах норми, а 15 учасників — нижче норми.

Після терапії: Після БСТ кількість осіб із нормальною активністю зросла до 21, тоді як лише 3 учасники залишилися з низькою активністю.

Настрій:

До терапії: Жоден з військовослужбовців не мав настрою на рівні норми, всі 24 учасники відчували себе нижче норми.

Після терапії: 17 осіб покращили свій настрій до рівня норми, тоді як 8 залишилися з настроєм нижче норми.

Після проведення біосугестивної терапії спостерігаються суттєві покращення у всіх аспектах, вимірюваних опитувальником САН:

Самопочуття значно покращилося для більшості учасників.

Активність підвищилася у переважній більшості, що вказує на підвищення життєвого тону.

Настрій зазнав найбільших змін: від початково низького рівня до переважної норми після терапії.

Ці результати свідчать про позитивний вплив біосугестивної терапії на психологічний стан військовослужбовців, допомагаючи покращити їхній загальний емоційний та фізичний стан.

Підсумкові обрахунки ми висвітлили у діаграмі (рис.2.2), щоб наочно показати позитивний вплив застосованого методу на емоційну складову досліджуваних.



Рис. 2.2 Показники протікання психоемоційних станів у військовослужбовців До проведення з ними біосугестивної терапії та Після її проведення

3. Для визначення рівня тривожності та депресії у військовослужбовців До та Після застосування методу БСТ була використана Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) [19].

Результати діагностування висвітлено в табл.2.3.

Таблиця 2.3 - Порівняння показників рівня протікання психоемоційних станів у військовослужбовців До проведення з ними БСТ та Після проведення

Рівень прояву тривоги/депресії	Тривога		Депресія	
	До проведення БТ	Після проведення БТ	До проведення БТ	Після проведення БТ
Норма	2	18	15	22
Виражена тривога/депресія	20	4	9	2
Клінічно виражена тривога/депресія	2	0	0	0

Згідно з результатами тесту HADS (Шкала тривожності та депресії в лікарняних умовах) До і Після проведення БСТ, спостерігаються значні позитивні зміни в рівнях тривожності та депресії серед військовослужбовців.

Тривожність:

До терапії:

- Лише 2 військовослужбовці перебували в межах *нормального* рівня тривожності.
- 20 військовослужбовців мали *виражену тривогу*, що свідчить про наявність серйозних тривожних симптомів.
- 2 особи страждали від *клінічно вираженої тривоги*, що вимагає додаткової медичної уваги.

Після терапії:

- Кількість військовослужбовців із *нормальним* рівнем тривожності значно зростає до 18 осіб.
- Лише 4 особи залишилися з *вираженою тривогою*, що свідчить про суттєве зниження симптомів.

- *Клінічно виражена тривога* повністю зникла, жоден учасник більше не мав цього рівня тривожності.

Терапія показала значне зменшення тривожності у більшості учасників. Кількість осіб із нормальною тривожністю різко зросла, і клінічно виражена тривога була повністю усунена.

2. Депресія:

До терапії:

- 15 військовослужбовців перебували в межах *норми*, щодо проявів депресивних ознак.
- 9 осіб страждали від *вираженої депресії*, що вказує на наявність симптомів депресивних станів.
- Не було осіб із *клінічно вираженою депресією*.

Після терапії:

- Кількість осіб, що перебували в межах *норми* психологічного стану зросла до 22.
- Лише 2 особи залишилися з *вираженою депресією*, що є значним поліпшенням у порівнянні з початковими показниками.
- *Клінічно виражена депресія* також не виявлена після терапії.

Після терапії помітно покращився емоційний стан більшості військовослужбовців. Кількість тих, хто перебуває в межах *норми* депресивних показників, зросла, а виражена депресія суттєво знизилася.

Результати тесту HADS після проведення біосугестивної терапії показують значне покращення як у рівні тривожності, так і в рівні депресії:

Тривожність: більшості учасників вдалося перейти з категорії вираженої та клінічно вираженої тривожності до нормальних показників.

Депресія: кількість осіб із нормальним рівнем психоемоційного стану зросла, і лише невелика частка залишилася з вираженими симптомами депресії.

Отже, біосугестивна терапія виявилася ефективною у зниженні рівнів тривожності та депресії серед військовослужбовців, що значно покращило їх психоемоційний стан.

Підсумкові обрахунки ми висвітлили у діаграмі (рис.2.3), щоб наочно показати позитивний вплив застосованого методу на емоційну складову досліджуваних.

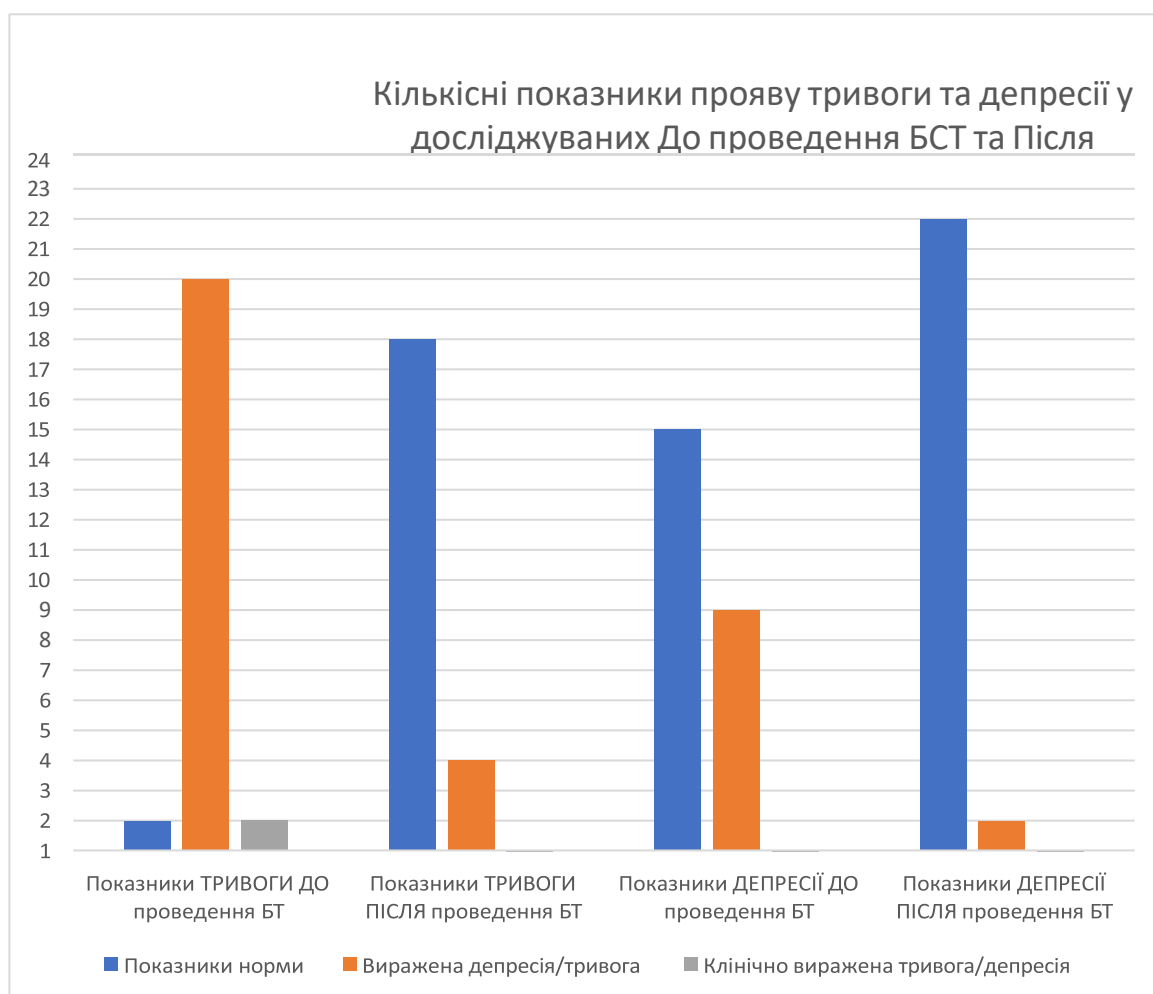


Рис. 2.3 Рівень прояву тривоги та депресії у військовослужбовців ДО проведення з ними біосугестивної терапії та ПІСЛЯ її проведення

5. Для діагностування рівня депресії у військовослужбовців До та Після застосування методу БСТ була використана Шкала депресії Бека [27, с. 121].

Результати діагностування представлено у табл. 2.4.

Таблиця 2.4 - Порівняння показників прояву рівня депресії у військовослужбовців До проведення з ними БСТ та після проведення

Рівень прояву депресії	Рівень депресії До проведення БТ	Рівень депресії Після проведення БТ
Відсутні депресивні прояви	2	18
Легка депресія (субдепресія)	10	2
Помірна депресія	12	4
Виражена депресія	0	0
Важка депресія	0	0

Згідно з результатами опитувальника Бека, що використовувався для оцінки рівня депресії у військовослужбовців До і Після проведення БСТ, спостерігається суттєве поліпшення психологічного стану більшості учасників. Нижче наводиться детальний опис змін:

Відсутність депресивних проявів:

До терапії: Лише 2 військовослужбовці не мали депресивних симптомів.

Після терапії: Кількість осіб, які не мають депресії, різко зросла до 18.

Результат: Переважна більшість учасників після терапії позбулися депресивних проявів, що свідчить про значне поліпшення емоційного стану.

Легка депресія (субдепресія):

До терапії: 10 осіб мали легку депресію, або субдепресивний стан.

Після терапії: Лише 2 учасники залишилися з симптомами легкої депресії.

Помірна депресія:

До терапії: 12 військовослужбовців мали помірний рівень депресії.

Після терапії: Кількість осіб із помірною депресією зменшилася до 4.

Виражена депресія:

До терапії: не було виявлено осіб, які страждали на виражену депресію.

Після терапії: У жодного з учасників не виявлено проявів вираженої депресії. Жоден із учасників не залишився з вираженими депресивними симптомами після проведення БТ.

Важка депресія:

До терапії: Ніхто з учасників не мав важкої депресії, і ця тенденція збереглася після терапії.

Після терапії: Важких випадків депресії не зафіксовано.

Після проведення БСТ спостерігається суттєве покращення психологічного стану більшості військовослужбовців:

- Кількість осіб, які *не мають депресивних проявів*, збільшилася з 2 до 18.
- Кількість учасників із *легкою та помірною депресією* суттєво знизилася.
- *Важка та виражена депресія* не була діагностована до і після терапії, що підтверджує загальну ефективність втручання.

Отже, результати опитувальника Бека демонструють значне зменшення рівня депресії у військовослужбовців після проведення біосугестивної терапії, що вказує на позитивний вплив цієї методики на їхній психоемоційний стан.

Підсумкові обрахунки ми висвітлили у діаграмі (рис.2.4), щоб наочно показати позитивний вплив застосованого методу на емоційну складову досліджуваних.



Рис. 2.4 Рівень прояву депресії у військовослужбовців До проведення з ними біосугестивної терапії та Після її проведення

Для статистичного порівняння розподілу рівнів тривожності (за тестом Люшера) серед військовослужбовців за результатами проведення психологічної реабілітації методом БСТ на етапах «ДО проведення БСТ» та «ПІСЛЯ проведення БСТ», застосуємо χ^2 -критерій Пірсона.

Для цього перевіримо достовірність статистичної гіпотези щодо незалежності 2-х емпіричних розподілів у генеральній сукупності, тобто залежності/незалежності змін розподілів рівнів тривожності як наслідків впливу біосугестивної терапії (БСТ). Таким чином, проведемо перевірку залежності 2-х факторів – проведення психологічної реабілітації військовослужбовців методом БСТ та зміни розподілу рівнів тривожності серед військовослужбовців після закінчення БСТ.

Відповідно, до цього висунемо статистичні гіпотези:

H_0 – емпіричні розподіли незалежні (між проведенням психологічної реабілітації за методом БСТ та розподілом рівнів тривожності серед військовослужбовців на етапах «ДО проведення БСТ» та «ПІСЛЯ проведення БСТ» немає залежності, тобто проведення БСТ не впливає на зміни розподілів рівнів тривожності, які були зафіксовані за тестом Люшера ДО та ПІСЛЯ БСТ);

та альтернативну H_1 – емпіричні розподіли залежні (між проведенням психологічної реабілітації за методом БСТ серед військовослужбовців та змінами розподілів рівнів тривожності як наслідком такої психологічної роботи є залежність, тобто проведення БСТ статистично достовірно впливає на зміни розподілів рівнів тривожності у військовослужбовців на етапах ДО та ПІСЛЯ БСТ).

Умовою виконання гіпотези H_0 є виконання вимоги про те, що емпіричне значення χ^2 -критерію Пірсона ($\chi^2_{\text{емп}}$) не повинно перевищувати його критичне значення на статистично значущому рівні $p \leq 0,05$ ($\chi^2_{0,05}$), тобто повинно виконуватись : $\chi^2_{\text{емп}} \leq \chi^2_{0,05}$.

Для рівня ж високої статистичної значущості $p \leq 0,01$ умовою достовірності гіпотези H_0 буде виконання умови про те, що $\chi^2_{\text{емп}} \leq \chi^2_{0,01}$, де $\chi^2_{0,01}$ – є критичним значенням критерію на рівні $p \leq 0,01$.

Якщо ж виконується умова $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{0,05}$, а тим більше $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{0,01}$, тоді справедливим є виконання альтернативної гіпотези H_1 на статистично значущих рівнях $p \leq 0,05$ або ж тим більше на рівні високої статистичної значущості $p \leq 0,01$.

Для числа степенів свободи k ($k = (2-1)(6-1) = 5$) табличні критичні значення критерію $\chi^2_{0,05} = 11,1$ та $\chi^2_{0,01} = 15,1$ [38].

На підставі даних Табл. 2.1. згідно із розрахунковим алгоритмом [38], проводимо розрахунки теоретичних частот розподілу рівнів тривожності при однаковій загальній кількості спостережень в групах ДО(1) та ПІСЛЯ(2) БСТ

($n_1 = n_2 = 24$). Отримані результати розрахункового розподілу теоретичних частот інтервалу $f_{T1} = f_{T2}$ представлені в Табл.2.5.

Таблиця 2.5 - Теретичний розподіл частот рівнів тривожності (за тестом Люшера) в умовах проведення психологічної реабілітації військовослужбовців методом БСТ

Теоретичні частоти	Розподіл частот рівнів тривожності					
	1. Відсутня тривожність	2. Низький (Н)	3. Нижче середнього (НС)	4. Середній (С)	5. Вище середнього (ВС)	6. Високий (В)
$f_{T1} = f_{T2}$	2,5	6,5	3,5	5,0	4,0	2,5

Примітка:

1. f_{T1} – теоретичні частоти розподілу рівнів тривожності на етапі ДО(1) БСТ.
2. f_{T2} – теоретичні частоти розподілу рівнів тривожності на етапі ПСЛЯ(2) БСТ.

Розрахунок емпіричного значення χ^2 -критерію Пірсона ($\chi^2_{\text{емп}}$) проводимо за формулою :

$$\chi^2_{\text{емп}} = \sum_{i=1}^m (|f_{\text{ем}i} - f_{T i}|^2) / f_T \quad [38, \text{с.88}]. \quad \text{де} \quad (2.1)$$

$f_{\text{ем}i}$ – емпіричне значення відповідної частоти розподілу інтервалів рівнів тривожності (за тестом Люшера) згідно із даними Табл.1.1 ;

$f_{T i}$ – теоретичне значення відповідної частоти розподілу інтервалів рівнів тривожності (за тестом Люшера) згідно із даними Табл. 1.5 ;

m – загальна кількість порівнюваних інтервалів рівнів тривожності за тестом Люшера ($m=6$).

В результаті проведення розрахунків згідно із формулою (2.1), для досліджуваних значень частот розподілу рівнів тривожності при проведенні психологічної реабілітації військовослужбовців методом БСТ, отримане емпіричне значення χ^2 -критерію Пірсона:

$$\chi^2_{\text{емп}} = 30,0 .$$

Таким чином, виконується умова: $\chi^2_{\text{емп}} = 30,0 > \chi^2_{0,05} = 11,1$.

При цьому також виконується : $\chi^2_{\text{емп}}=30,0 > \chi^2_{0,01} = 15,1$

Отже, достовірність виконання гіпотези H_0 ($\chi^2_{\text{емп}} \leq \chi^2_{0,05}$) не підтверджується і вона відкидається.

Тому на статистично значущих рівнях $p \leq 0,01$ і тим більше $p \leq 0,05$ приймається статистична гіпотеза H_1 стосовно залежності емпіричних розподілів рівнів тривожності (за тестом Люшера) від проведення біосугестивної терапії (БСТ).

Таким чином, перевірка припущення щодо залежності 2-х факторів –

1) змін рівнів тривожності (за тестом Люшера) на етапах **ДО** та **ПІСЛЯ** психологічної реабілітації та

2) проведення методом БСТ психологічної реабілітації військовослужбовців отримало підтвердження на статистично значущому рівні ($p \leq 0,01$) стосовно наявності такого залежного зв'язку.

При цьому самі зміни рівнів тривожності на етапах «**ДО** проведення БСТ» та «**ПІСЛЯ** проведення БСТ» є також статистично достовірними на рівні високої статистичної значущості $p \leq 0,01$.

Отже, за підсумками результатів емпіричного дослідження можемо відзначити, що дослідивши **До** застосування методу БСТ рівень емоційних станів військослужбовців учасників бойових дій за допомогою запропонованих методик, ми побачили високі показники рівня негативних емоційних проявів. Це спонукало продовжити наше дослідження на основі застосування методу БСТ та провести повторне діагностування **Після** застосування методу БСТ. Результати дослідження після проведення усіх сеансів БСТ показали, що рівень емоційних станів у військовослужбовців набув позитивної динаміки. Статистична достовірність позитивної динаміки впливу методу БСТ на емоційну сферу військовослужбовців при проведенні їх психологічної реабілітації була підтверджена за допомогою χ^2 -критерія Пірсона на високому статистично значущому рівні $p \leq 0,01$.

2.3 Рекомендації щодо особливостей застосування методу біосугестивної терапії в процесі психологічної реабілітації військовослужбовців.

Метод біосугестивної терапії (БСТ) знайшов широку підтримку серед провідних установ і організацій України. Зокрема, його рекомендовано для застосування:

1. Кризовим центром медико-психологічної допомоги Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.
2. Лігою психіатрів, психотерапевтів, наркологів, неврологів і психологів України в Донецькій області.
3. Кафедрою військової психології Військового інституту Київського національного університету імені Тараса Шевченка, яка входить до структури Міністерства оборони України.
4. Наказом Міністерства у справах ветеранів України №96 від 13 червня 2022 року цей метод офіційно включено до переліку психологічних та психотерапевтичних інтервенцій, які застосовуються для психологічної реабілітації.

Ці рекомендації підтверджують визнання методу БСТ як ефективного інструмента у сфері психологічної підтримки та реабілітації.

Разом з тим ми вже змогли побачити, що цей метод є перспективним у роботі з військовослужбовцями, які повернулися з бойових дій. Проте важливо врахувати, що військовослужбовці це специфічний контингент, який має крім особистісних особливостей ще й дуже різноплановий травмівний досвід.

Тому, виходячи з цього, нами були розроблені наступні рекомендації щодо застосування методу біосугестивної терапії для покращення емоційних станів у військовослужбовців під час психологічної реабілітації.

Підготовка до сеансу

Попередня оцінка стану пацієнта

- Проведіть індивідуальну бесіду, щоб оцінити психологічний стан військовослужбовця. Враховуйте рівень тривожності, депресії, наявність флешбеків, суїцидальні думки чи емоційну ізоляцію.

- Визначте рівень довіри до терапевта, оскільки військовослужбовці з досвідом полону чи тортур можуть проявляти підвищену обережність або недовіру.

Підготовка простору

- Створіть комфортне середовище для проведення сесій, уникайте зайвих подразників. Зручні крісла, м'яке освітлення та спокійна атмосфера сприяють розслабленню.

Встановлення довіри

- Заздалегідь поясніть мету і хід терапії, акцентуючи на її безпечності. Підкресліть, що клієнт завжди може контролювати процес і зупинити його за власним бажанням.

Проведення сесії

Індивідуальна бесіда

- Використовуйте емпатійний підхід, допомагаючи клієнту переорієнтувати сприйняття своєї ситуації. Наприклад:
 - 1) Заміна мислення «Моя травма зруйнувала все моє життя» на «Я можу вчитися жити з цим і навіть розвиватися».
 - 2) Формування установок «У мене є ресурс для подолання труднощів».
 - 3) Використовуйте переконання, засновані на прикладах: «Ми вже допомогли багатьом у подібних ситуаціях, і це можливо для вас».

Групова розмова

- За можливості залучайте ветеранів, які вже досягли прогресу в терапії, щоб вони поділилися досвідом і мотивували нових учасників.
- Створюйте атмосферу підтримки в групі, яка сприяє зниженню соціальної ізоляції та формуванню нових соціальних зв'язків.

Біосугестивний сеанс

- Пацієнти розташовуються в комфортних кріслах, аудіозапис із заспокійливою музикою та голосом терапевта запускається для індукції легкого трансу.
- Терапевт під час сесії:

- 1) Не прагне вводити пацієнтів у глибокий гіпноз, що важливо для осіб із травматичним досвідом, які можуть боятися втратити контроль.
- 2) Використовує ритмічний і заспокійливий тембр голосу.
- 3) Злегка торкається пацієнтів у певному ритмі, якщо це допустимо для клієнта (заздалегідь обговоріть це, щоб уникнути дискомфорту чи тригерів у людей, які пережили фізичне насильство, полон).

Адаптація до специфіки травматичного досвіду

Для пацієнтів із ПТСР

- Уникайте інтенсивних технік або глибокого занурення в травматичні події під час перших сесій. Сконцентруйтеся на стабілізації емоційного стану.
- Включіть навіювання, що сприяють відновленню відчуття безпеки («*Ти зараз у безпеці. Навколо тебе спокій і підтримка...*»).

Для пацієнтів, які пережили полон або тортури

- Будьте особливо уважними до фізичних і психологічних тригерів, які можуть викликати небажані спогади.
- Використовуйте м'які та нейтральні навіювання без акценту на травматичних моментах.
- Забезпечте можливість для клієнта зберігати фізичну дистанцію під час сесії, якщо дотики викликають дискомфорт.

Для пацієнтів із суїцидальними ризиками

- Навіюйте установки, які підтримують цінність життя та надію: «*Твоє життя має значення. У тебе є сили знайти новий сенс...*».
- Регулярно перевіряйте емоційний стан клієнта між сесіями, особливо якщо помітно погіршення.

Завершення курсу терапії та закріплення результатів

- Після завершення 8 сесій запропонуйте клієнту використовувати основні техніки самостійно, наприклад, прослуховувати релаксаційні записи чи виконувати прості дихальні вправи.

- Заохочуйте пацієнтів підтримувати соціальні зв'язки, наприклад, через участь у групах підтримки для ветеранів.
- Плануйте довгостроковий моніторинг стану військовослужбовців, щоб своєчасно втрутитися в разі рецидивів.

Етичні аспекти

- Завжди отримуйте згоду клієнта на застосування методів, включаючи дотики під час сеансів.
- Дотримуйтеся конфіденційності та демонструйте повагу до індивідуальних меж і переживань клієнта.
- Не нав'язуйте глибокі зміни установок, а поступово допомагайте клієнту самостійно прийти до нових висновків.

Метод БСТ, адаптований до потреб військовослужбовців, може стати дієвим інструментом у подоланні наслідків бойових травм і відновленні емоційної рівноваги, сприяючи їхній інтеграції в мирне життя.

Висновки до розділу

Отже за результатами проведеного нами емпіричного дослідження можемо зробити висновок, що застосування методу БСТ підтверджують високу ефективність терапії в роботі з пацієнтами, які страждають від негативного впливу травмівних ситуацій, зокрема участі в бойових діях, на їх психоемоційний стан.

Результати згідно тесту Люшера показали значне зниження рівня тривожності серед досліджуваних, що свідчить про покращення загального емоційного стану військовослужбовців.

Результати за опитувальником САН показали значне поліпшення самопочуття, активності та настрою військовослужбовців після проведення біосугестивної терапії. Більшість учасників, які до терапії перебували в стані нижче норми, після терапії змогли підняти свої показники до нормального рівня, що вказує на суттєве покращення їхнього психоемоційного стану.

Тест HADS продемонстрував помітне зниження рівнів тривожності та депресії. Після терапії кількість пацієнтів із клінічно вираженими тривожними та депресивними станами зменшилася до нуля, а більшість перейшли до категорії з нормальними показниками. Це свідчить про успішне вирішення проблем тривоги та депресії серед військовослужбовців.

Результати опитувальника Бека показали суттєве зменшення симптомів депресії. Кількість військовослужбовців без депресивних проявів зросла з 2 до 18 осіб, а випадки вираженої та помірної депресії значно знизилися. Жоден учасник не мав важкої депресії як до, так і після терапії, що свідчить про стабілізацію емоційного стану.

За результатами кореляційного аналізу даних, отриманих під час дослідження перевірка припущення щодо залежності 2-х факторів – 1) змін рівнів тривожності (за тестом Люшера) на етапах **ДО** та **ПІСЛЯ** психологічної реабілітації та 2) проведення методом БСТ психологічної реабілітації військовослужбовців отримало підтвердження на статистично значущому рівні ($p \leq 0,01$) стосовно наявності такого залежного зв'язку.

При цьому самі зміни рівнів тривожності на етапах «**ДО** проведення БСТ» та «**ПІСЛЯ** проведення БСТ» є також статистично достовірними на рівні високої статистичної значущості $p \leq 0,01$.

Дані розрахунки підтверджують гіпотезу нашого дослідження, що використання методу біосугестивної терапії в процесі реабілітації військовослужбовців сприяє покращенню емоційного стану військовослужбовців УБД.

Загалом, біосугестивна терапія виявилася ефективним інструментом для зниження психоемоційного напруження, зменшення рівня тривожності та депресії серед військовослужбовців. Результати підтверджують доцільність впровадження цієї методики в систематичну роботу з пацієнтами, які страждають від посттравматичних розладів і потребують комплексної психологічної допомоги.

З огляду на вищезазначене, пропонуємо використовувати розроблені нами рекомендації щодо застосування методу БСТ терапії під час реабілітації військовослужбовців, які брали участь у бойових діях

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного нами дослідження було досягнуто поставленої мети роботи – проаналізовано вплив методу біосугестивної терапії на емоційну сферу військовослужбовців, які є учасниками бойових дій, у процесі їхньої психологічної реабілітації.

В ході дослідження були виконані всі поставлені завдання:

1. Проведено аналіз науково-психологічних джерел щодо особливостей емоційної сфери військовослужбовців, які проходять реабілітацію після участі у бойових діях. Визначено, що цей контингент характеризується високим рівнем емоційної напруженості, тривожності, депресивних станів та психосоматичних проявів.

2. Розглянуто метод біосугестивної терапії, його особливості та ефективність у наукових джерелах. Проаналізована нами наукова література дала змогу стверджувати, що цей інноваційний метод є чудовим інструментом для психологів, які працюють з військовослужбовцями. Метод довів свою результативність як інструмент корекції емоційного стану, спрямований на зниження тривожності, стабілізацію настрою та підвищення адаптивного потенціалу.

3. Проведено діагностику емоційного стану військовослужбовців до і після застосування методу біосугестивної терапії. Використані психологічні методики (тест Люшера, опитувальник САН, шкали HADS та Бека) дозволили об'єктивно оцінити зміни в емоційній сфері досліджуваних.

4. Досліджено позитивний вплив методу біосугестивної терапії на емоційну сферу військовослужбовців. Результати експерименту підтвердили гіпотезу дослідження: використання біосугестивної терапії сприяє покращенню емоційного стану, зменшенню тривожності та депресивності у військовослужбовців, які є учасниками бойових дій. На основі отриманих даних розроблено практичні рекомендації щодо впровадження цього методу в реабілітаційні програми. А саме:

Результати згідно тесту Люшера показали значне зниження рівня тривожності серед досліджуваних, що свідчить про покращення загального емоційного стану військовослужбовців.

Результати за опитувальником САН показали значне поліпшення самопочуття, активності та настрою військовослужбовців після проведення біосугестивної терапії. Більшість учасників, які до терапії перебували в стані

нижче норми, після терапії змогли підняти свої показники до нормального рівня, що вказує на суттєве покращення їхнього психоемоційного стану.

Тест HADS продемонстрував помітне зниження рівнів тривожності та депресії. Після терапії кількість пацієнтів із клінічно вираженими тривожними та депресивними станами зменшилася до нуля, а більшість перейшли до категорії з нормальними показниками. Це свідчить про успішне вирішення проблем тривоги та депресії серед військовослужбовців.

Результати опитувальника Бека показали суттєве зменшення симптомів депресії. Кількість військовослужбовців без депресивних проявів зросла з 2 до 18 осіб, а випадки вираженої та помірної депресії значно знизилися. Жоден учасник не мав важкої депресії як до, так і після терапії, що свідчить про стабілізацію емоційного стану.

За результатами кореляційного аналізу даних, отриманих під час дослідження перевірка припущення щодо залежності 2-х факторів – 1) змін рівнів тривожності (за тестом Люшера) на етапах **ДО** та **ПІСЛЯ** психологічної реабілітації та 2) проведення методом БСТ психологічної реабілітації військовослужбовців отримало підтвердження на статистично значущому рівні ($p \leq 0,01$) стосовно наявності такого залежного зв'язку.

При цьому самі зміни рівнів тривожності на етапах «**ДО** проведення БСТ» та «**ПІСЛЯ** проведення БСТ» є також статистично достовірними на рівні високої статистичної значущості $p \leq 0,01$.

Дані розрахунки підтверджують гіпотезу нашого дослідження, що використання методу біосугестивної терапії в процесі реабілітації військовослужбовців сприяє покращенню емоційного стану військовослужбовців УБД.

Практичне значення роботи полягає в доведеній ефективності застосування біосугестивної терапії для стабілізації емоційного стану військовослужбовців у процесі реабілітації. Це дозволяє рекомендувати метод до використання в медичних і психологічних закладах, які працюють з військовослужбовцями.

Результати дослідження, отримані на базі ДУ «ТМО МВС України по Хмельницькій області», свідчать про перспективність і доцільність застосування біосугестивної терапії у роботі з військовослужбовцями, що брали участь у бойових діях. Це дозволяє покращити якість їхньої реабілітації та сприяти більшій психологічній адаптації до умов мирного життя.

ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : матеріали міжвідомчої науково-практичної конференції (Київ, 26 травня 2016 р.) / Міністерство оборони України, Національний університет оборони України імені Івана Черняховського. Київ : НУОУ, 2016. 400 с.

2. Алещенко В. І. Посттравматичний стрес військовослужбовців – учасників бойових дій: психологічний аналіз. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки*. 2015. Вип. 1. С. 5–10.
3. Андрусишин Ю. І. Методичні рекомендації щодо психодіагностики емоційно-вольової стійкості особистості. Київ, 2014. 40 с.
4. Андрушко Я. С. Психокорекція : навчально-методичний посібник. Львів : ЛьвДУВС, 2017. 212 с.
5. Андрушко Я. С. Психокорекція: навч.-метод. посібник / Я. С. Андрушко. – Львів: ЛьвДУВС, 2017. – 212 с.
6. Астремська І. В. Прикладні методики та основи супервізії в соціальній роботі : навчальний посібник. Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2017. 396 с.
7. Березовська Л. І., Богайчук В. Ж. Емоційна стійкість військовослужбовців: емпіричний ракурс. *Вісник Національного університету оборони України*. 2022. № 3(67). С. 19–25.
8. Біосугестивна терапія : збірка наукових статей і доповідей. Упорядник : ГО «Інститут Біосугестивної терапії». Київ : Institute of Biosuggestive Therapy, 2023. 130 с.
9. Блінов О. А. Види та напрямки психологічної допомоги психотравмованим військовослужбовцям. *Вісник Національного університету оборони України : зб. наук. праць*. Київ : НУОУ, 2014. Вип. 4. 175 с.
10. Блінов О. А. Психологічні особливості прояву бойового стресу військовослужбовців – учасників бойових дій. *Матеріали наукового семінару «Шляхи трансформації системи морально-психологічного забезпечення у Збройних силах України», 27 листопада 2019 року*. Київ : НУОУ, 2019. С. 21–23.

- 11.Блінов О. А. Психологія бойового стресу : дис. д-р психол. наук : 19.00.04. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2020. 660 с.
- 12.Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців-учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи : монографія. Хмельницький, 2018. 388 с.
- 13.Бриндіков Ю.Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки : збірник наукових праць Херсонського державного університету*. Херсон, 2017. Вип. LXXVII(77). Т. 2. С. 149–153.
- 14.Бріер Д., Скот К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.
15. Будницька О. А. Індивідуально-особистісні детермінанти емоційних переживань у психотравмуючій ситуації : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Київ : Київський нац. ун-т, 2002. 77 с.
- 16.Вадзюк С. Н., Сас В. В. Стан депресії і тривоги у військових із різною стресостійкістю. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. 2023. № 3. DOI: 10.11603/1811-2471.2023.v.i3.14074
- 17.Вус В. І. Терапевтичний потенціал малих груп у збереженні психічного здоров'я учасників бойових дій на сході України: аксіологічний підхід. *Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. статей*. Київ : Талком, 2019. Вип. 43 (46). С. 95–106.
- 18.Горбачук Ю. Аналіз психологічних станів військовослужбовців, що повернулися із зони АТО. *Актуальні проблеми особистісного зростання : збірник наукових праць / ред. Л. П. Журавльова, Л. О. Котлова, К. А. Марчук*. Житомир : Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2019. С. 40–42.
- 19.Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). – URL: <https://mozok.ua/depressiya/testy/item/2711-gospitalna-shkala-trivogi--depress-HADS>.

20. Грицюк І. М. Основи психосоматики : методичні матеріали для студентів спеціальності «Практична психологія». Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 27 с.

21. Гуд Г. О. Емоційна сфера особистості: теоретико-методологічний аспект дослідження. *Актуальні проблеми психології : зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. 2018. Т. 14. Вип. 1. С. 84–94.

22. Дмитренко Г. М. Психологічна реабілітація учасників АТО: види діяльності практичного психолога. *Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя : збірник наукових праць*. 2016. С. 248–252.

23. Кирієнко Л. А., Кушнар'ов С. В. Психологічне забезпечення працівників ОВС та військовослужбовців Національної гвардії – учасників антитерористичної операції : монографія / за ред. д-ра юрид. наук, проф. В. О. Криволапчука. Київ : ДНДІ МВС України, 2015. 123 с.

24. Козловська М. Г. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців після перебування у зоні бойових дій. *Медичний форум*. 2016. № 8. С. 61–63.

25. Коқун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення : методичний посібник. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.

26. Коқун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : методичний посібник. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с.

27. Коқун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.,

28. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах : монографія. Харків : НА НГУ, 2021. 75 с.

29. Колесніченко О.С. Моніторинг психологічного стану військовослужбовців-учасників бойових дій, які повернулися до місць постійної дислокації. Збірник наукових праць Національної академії Державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки. 2018. № 3(11). С. 156–162.

30. Корольчук М. С., Корольчук В. М., Миронець С. М., Тімченко О. В., Осьодло В. І., Ржевський Г. М., Максименко К. С. Психологія праці в звичайних та екстремальних умовах : навч. посіб. для студ. ВНЗ. Київ : Київський нац. торг. ун-т, 2014. 523 с.

31. Крук І. М., Григус І. М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. № 15. С. 50–56.

32. Лемак М. В., Петрище В. П. Психологу для роботи. Діагностичні методики: збірник / [уклад.: М. В. Лемак, В. П. Петрище]. – Ужгород: Видавництво Олександра Гаркуші, 2011. – 616 с., 441 с.

33. Лебедева С. Ю., Назаров О. О., Овсяннікова Я. О. [та ін.] Психологічні наслідки перебування рятувальників у зоні проведення антитерористичної операції : монографія / за заг. ред. Н. В. Оніщенко, О. В. Тімченка. Харків : НУЦЗУ, 2019. 174 с.

34. Лурін І. А. Особливості соціально-психологічної адаптації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Проблеми військової охорони здоров'я*. 2017. Вип. 49(2). С. 62–70.

35. Макаренко Стефанія Стефанівна. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. *Psychological Journal*. 2018. № 3(13). УДК: 159.09.07.

36. Манілов І.Ф. Словесне психотерапевтичне навіювання: можливості вдосконалення / І.Ф. Манілов // Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В.О. Сухомлинського. Психологічні науки: збірник наукових праць – Миколаїв: МНУ ім. В.О. Сухомлинського, 2014. – Вип. 2.13 (109). – С. 140-145.

37. Мармоза А. Т. Практикум з математичної статистики : навч. посібник для студ. вищих навч. закл. Київ : Кондор, 2018. 252 с.
38. Медична психологія : підручник / за заг. ред. д-ра мед. наук, проф. І. Д. Спіріної. Дніпро : ЛПРА, 2022. 300 с.
39. Мушкевич В. Психологічні особливості фрустраційної поведінки військовослужбовців. *Психологічні перспективи*. 2020. Вип. 35. С. 101–118.
40. Наконечний В. Досвід організації психологічної роботи під час ведення збройних конфліктів, підготовки та виконання миротворчих завдань : збірник інформаційно-аналітичних матеріалів. Київ : Соціально-психологічний центр ЗСУ, 2018. С. 56–59.
41. Ніколаєнко С. Психологічні особливості базових видів сугестії. *Світогляд – Філософія – Релігія : збірник наукових праць*. Суми : ДВНЗ "УАБС НБУ", 2011. № 1(1). С. 50–56.
42. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. Том 2. / Н. Пророк, О. Запорожець та ін.; за ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.
43. Осокіна О. І., Удод А. А., Івнєв Б. Б., Селезньова С. В., Путятін Г. Г., Ушенін С. Г. Про можливості біосугестивної терапії при корекції больового синдрому в психоневрології та стоматології. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25. Вип. 3(25). С. 73–79.
44. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни : теорія і практика (монографія) — В.І. Цимбалюк, В.В. Стеблюк, О.В. Друзь та ін., 2021. 256 с.
45. Питання психологічної реабілітації ветеранів учасників антитерористичної операції та військовослужбовців операції об'єднаних сил в Україні (аналітичний огляд літератури). Київ : СПД Чалчинська Н. В., 2020. 91 с.
46. Пітер А. Левін. Зцілення від травми. Київ : Видавництво Ростислава Бурлаки, 2022. 156 с.

47. Попелюшко Р. П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації / Р. П. Попелюшко // Актуальні проблеми психології : зб. наук. пр. / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т психол. ім. Г. С. Костюка. – Київ, 2015. – Т. XI : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. – Вип. 13. – С. 198-207.

48. Попелюшко Р. П. Психологічна реабілітація комбатантів при віддалених наслідках стресогенних впливів : монографія. Київ : Видавництво Людмила, 2020. 392 с.

49. Порядок проведення психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1057. Київ. URL: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1057-2017-п>.

50. Потапчук Є. М. Особливості діагностики та корегування психоемоційних станів учасників бойових дій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. 2017. Вип. 2. Т. 2. С. 76–80.

51. Пророк Н., Запорожець О., Креймеєр Дж., Гридковець Л., Царенко Л., Ковальчук О., Невмержицький В., Кондратенко Л., Манилова Л., Чекстєре О., Палієнко Т. (2018). Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Київ.

52. Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками бойових дій на етапі відновлення : методичний посібник. Київ : Центр учбової літератури, 2023. 283 с.

53. Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів : методичний посібник. / Н. В. Павлик. Київ, 2020. 92 с.

54. Пустовий О. Дослідження емоційного стану учасників бойових дій на Сході України. *Організаційна психологія. Економічна психологія*. 2017. № 4(11). С. 86–92.

55. Романюк О. О. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок впливу бойового стресу на військовослужбовців. *Питання психології. Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 5(58). С. 161–164.

56. Стасюк В. В. Система соціально-психологічного забезпечення функціонування військових підрозділів в умовах збройних конфліктів. Київ : НАОУ, 2015. 322 с.

57. Стасюк В. Основні негативні емоційні стани військовослужбовця у процесі військово-професійної діяльності. *Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2012. С. 23–25.

58. Стражний О. Біосугестивна терапія : для корекції та лікування психосоматичних розладів. Посібник для лікарів і психологів. Тернопіль : Підручники і посібники, 2024. 192 с.

59. Стражний О. Біосугестивна терапія : посібник для фахівців. Київ : Інститут БСТ, 2023. 130 с.

60. Стражний О. Біосугестивна терапія для корекції і лікування психосоматичних розладів : практичний посібник. Київ, 2020. 132 с.

61. СУРГУНД, Н., & ВЕРБА, Г. (2024). Особливості психологічної реабілітації на етапі відновлення. *Psychology Travelogs*, (3), 47–56.

62. Терещук А. Д. Психоемоційний стан і поведінка військовослужбовців, що повернулися із зони АТО. *Актуальні проблеми психології*. Т. 11. Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Т. 15. Київ : ТОВ «Талком», 2017. С. 526–534.

63. Тимченко О. В. Синдром посттравматичних стресових порушень : концептуалізація, діагностика, корекція та прогнозування : монографія. Харків : Вид-во Ун-ту внутр. справ, 2014. 268 с.

64. Ткачук І. М. Поширеність тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції. *Вісник наукових досліджень*. 2018. № 1. С. 64–66. DOI: 10.11603/2415-8798.2018.1.8456.

65. Харченко А. О. Структурні особливості емоційної сфери учасників бойових дій з постстресовою психологічною дезадаптацією. *Вісник*

Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія. 2018. Вип. 58. С. 67–79.

66. Чапляк А. П., Романів О. П., Надь Б. Я. Основні напрямки реабілітації учасників бойових дій. *Україна. Здоров'я нації. 2018. № 3/1(51).*

67. Чубукова Т. Сугестія і сугестопедія у навчальному процесі. *Історія в школі. 1998. № 1. С. 8–11.*

68. Ягупов В. Військова психологія : підручник. Київ : Тандем, 2004. 656 с.

69. Ягупов В. Військова психологія : підручник. Київ : Тандем, 2014. 656 с.

70. Яременко В., Рахманов В. Особливості емоційного стану військовослужбовців в умовах війни. *Психолого-педагогічний супровід професійної підготовки та підвищення кваліфікації фахівців в умовах воєнного стану : матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції (20 травня 2022 р., м. Київ). Київ : ДЗВО «УМО», 2022. 187 с.*