

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

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)
Освітній рівень

Галузь знань - 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність - 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

на тему: «Особливості проведення психологічної реабілітації
учасників Операції Об'єднаних сил (ООС)»

Шифр ДРМ _____

номер залікової книжки

Виконала студентка 2 курсу, група ППмз-20-1 _____ Здибель Ю.А.
Підпис Ініціали, прізвище

Керівник кандидат психологічних наук, доцент

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки
доктор психологічних наук, професор _____ Є. М. Потапчук
Підпис Ініціали, прізвище

_____ 2021 р.

Хмельницький, 2021

АНОТАЦІЯ ДИПЛОМНОЇ РОБОТИ

Тема дипломної роботи «Особливості проведення психологічної реабілітації учасників Операції Об'єднаних сил (ООС)»

Здібель Юлія Андріївна

Дипломна робота включає 85 сторінок, 8 таблиць, перелік джерел посилання складає 64 найменування,

Ключові слова: учасник ООС, учасник бойових дій, ПТСР, психотравмуюча ситуація, бойова психічна травма, психологічна реабілітація..

Об'єкт дослідження: процес психологічної реабілітації учасників Операції Об'єднаних сил.

Предмет дослідження: індивідуально-психологічні особливості психологічної реабілітації учасників Операції Об'єднаних сил.

За результатами дослідження розроблено практичні рекомендації з психологічної допомоги та самопомоги для учасників Операції Об'єднаних сил.

Практична значущість дослідження полягає у можливості застосування представлених рекомендацій учасникам ООС, про психологічну допомогу та самопомогу при переживанні посттравматичного стресового розладу.

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Проблема психологічної реабілітації учасників ООС є актуальною на сьогоднішній день, це зумовлюється бойовими діями на сході України. Величчю даної події в межах українського сьогодення вимагає активного вивчення психологічних проблем військовослужбовців, створення спеціальних центрів по наданню «психологічної» та «медичної» допомоги учасникам «бойових дій» а особливо тим, хто отримав бойові психічні та фізичні травми.

Приймання участі у бойових діях є стресовим фактором «високого рівня інтенсивності». А на проблему збереження психофізичного здоров'я та працездатності осіб, що беруть участь у бойових діях, почали звертати увагу все більше науковців і практиків. Започаткувалися нові підходи до організації реабілітації, на різних її етапах для окремих категорій військових. Однак психологічний зміст та особливості проведення програм психологічної реабілітації, направлені на жаль, на деякі категорії поранених та хворих, а на особливості проявів психічних порушень у військових зверненні недостатньо.

Тому, незважаючи на те, що проблема психологічної реабілітації учасників Операції Об'єднаних сил, є доволі актуальною, ступінь її науково-практичної вивченості не можна визнати задовільним.

Наявність виявлених суперечностей й зумовили вибір теми магістерської роботи – **«Особливості проведення психологічної реабілітації учасників Операції Об'єднаних сил (ООС)»**.

Об'єкт дослідження: процес психологічної реабілітації учасників Операції Об'єднаних сил.

Предмет дослідження: індивідуально-психологічні особливості психологічної реабілітації учасників Операції Об'єднаних сил.

Мета дослідження: теоретично описати та експериментально дослідити індивідуально-психологічні особливості психологічної реабілітації учасників Операції Об'єднаних сил.

Завдання дослідження:

1. Здійснити комплексний теоретичний аналіз наукових підходів до здійснення психологічної реабілітації учасників Операції Об'єднаних сил;
2. Провести емпіричне дослідження по виявленню індивідуально-психологічні особливості учасників Операції Об'єднаних сил;
3. Розробити практичні рекомендації з психологічної допомоги та самопомоги для учасників Операції Об'єднаних сил.

Для вирішення поставлених завдань використовувалися такі **методи дослідження:**

- *теоретичні методи:* аналіз; синтез; узагальнення; порівняння та класифікація літературних джерел;

- *емпіричні:* тестування, спостереження, опитування (шкала самооцінки наявності ПТСР «PCL-M», шкала психологічного стресу RSM-25, шкала тривоги Бека «BAI», опитувальник депресивності Бека «BDI»);

- *методи математичної статистики* – статистичну обробку даних та графічну презентацію результатів здійснено за допомогою комп'ютерної програми «Microsoft Office Excel» та коефіцієнта рангової кореляції за Спірменом. Аналіз результатів представлений в таблицях, графіках та діаграмах.

Теоретичне значення дослідження виявляється в доповненні теоретичних знань та уявлень про особливості проведення психологічної реабілітації учасників Операції Об'єднаних сил.

Практична значущість дослідження полягає у можливості застосування представлених рекомендацій учасникам ООС, про психологічну допомогу та самопомогу при переживанні посттравматичного стресового розладу.

Експериментальна база дослідження. Реалізація експериментального дослідження здійснювалася протягом 2020-2021 рр. Дослідно-експериментальна робота проводилася у психіатричному відділенні Старокостянтинівського військового госпіталю, на базі військової частини А3267. Загальна кількість учасників ООС, які були охоплені дослідженням, склала 57 військовослужбовців. Вибірку склали представники чоловічої статі у віці від 18 до 38 років.

Апробація результатів експериментального дослідження була відображена у таких статтях та тезах, як:

1. Здибель Ю.А. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій // *Цифровізація науки та сучасні тренди її розвитку: матеріали II Міжнародної студентської наукової конференції* (Т. 2), м. Миргород, 5 листопада, 2021 рік / ГО «Молодіжна наукова ліга». Вінниця: ГО «Європейська наукова платформа», 2021. С. 59-61.

2. Здибель Ю.А. Деякі особливості психологічної допомоги учасникам бойових дій // *Професійний розвиток та становлення особистості сучасного фахівця в умовах освітнього простору. Матеріали XI-ї Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції* (Хмельницький, 25-26 листопада 2021 р.) / За редакцією проф. О.М. Гомонюк / М-во освіти і науки України, Хмельницький нац. ун-т, каф. психол. та педагог. Хмельницький : Каф. психол. та педагог., 2021. С. 10-12.

Структура роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, переліку джерел посилань та 5 додатків, 8 таблиць та 8 рисунків. Загальний обсяг кваліфікаційної роботи складає 85 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ ООС

1.1 Загальне поняття «психологічна реабілітація» та її напрямки

Перші ґрунтовні дослідження у напрямі реабілітації учасників бойових дій розпочалися у США після закінчення «В'єтнамської війни». Одним із вагомих їхніх результатів було виділення в окрему «діагностичну категорію» «посттравматичного стресового розладу». Цей термін (ПТСР) вів американський психолог М. Дж. Горовіц у 1980 р. «ПТСР» – «це порушення психічної діяльності, в наслідок одноразової або повторної дії психотравмуючої ситуації (загроза життю та цілісності організму), яке виникає через деякий час після дії психотравмуючого чинника» [7].

При наданні психологічної допомоги військовим, при «посттравматичному стресовому розладі», спеціалісти ставлять перед собою завдання - допомогти військовому «переробити проблеми» та опанувати симптомами, що з'являються в результаті зіткнення з «травматичною ситуацією».

Дієвим підходом в процесі цієї допомоги є сприяння військовому у відреагуванні «травматичного досвіду», проговорюючи та повторно переживаючи почуття і думки, які пов'язані з «травмою», в безпечних терапевтичних обставинах. Це призводить до «контролю» над реакціями, які раніше були «некерованими». Даний підхід може вимагати, щоб військовий знов занурювався у пережиті події, розглядаючи і аналізуючи свої дії і «емоційні реакції», які супроводжували його під час «травматичних подій».

На сучасному етапі психологічна теорія та практика виділяє кілька підходів, які розглядають структуру, зміст та особливості поняття «психологічної реабілітації». В кожному з них, існує своя «предметна сфера» аналізу та кожен з них наголошує на своїй окремій «структурі компонентів»

досліджуваного явища: «військово-психологічний підхід [1, 11, 13, 28, 39] – зорієнтований на поновлення психічного здоров'я людини після діяльності в екстремальних умовах»; «медичний підхід [2, 15, 28, 35] – спрямований на поновлення фізичного здоров'я та працездатності хворих»; «загально-психологічний підхід [1, 7, 12, 17, 36] – розглядає реабілітацію як поновлення комплексу психічних реакцій та психічної рівноваги, які адекватні вимогам навколишнього середовища»; «соціально-психологічний підхід [3, 4, 16, 29, 37] – розглядає реабілітацію як поновлення системи взаємин комбатанта і соціального середовища».

В.Е. Попов вперше в психології ввів поняття «психологічна реабілітація», в своїх дослідженнях, на основі аналізу перебігу «адаптації військових учасників бойових дій» в екстремальних умовах, зробив спробу з'ясувати зміст, сутність, структуру та динаміку «психологічної реабілітації» [25].

Участь у «бойових діях» змінює проходження «психічної діяльності» людини. «Моделі поведінки», що допомагають військовим учасникам бойових дій («УБД») залишитися живим у «зоні військових дій», є «дезадаптивними» у мирному житті. В «ООС» задіяні багато тисяч УБД зі ЗСУ, Державної прикордонної служби, Національної гвардії, МВС. В їхньому середовищі спостерігається зростання «деструктивної та девіантної поведінки», яка проявляється у: збільшенні різних залежностей; конфліктах у сім'ях, на роботі, з друзями; вчиненні злочинної діяльності; суїцидах тощо. Потрібно задіяти обов'язкову «комплексну реабілітацію» УБД для стримування подальшого розвитку подібних тенденцій.

В УБД можуть виникнути «бойові психічні травми» – «психічні порушення та захворювання, які призводять до часткової чи повної втрати бойової здатності в результаті дії факторів бойової обстановки, які травмують психіку комбатанта, під час проходження військової служби в бойових умовах та після їх закінчення» [9].

Як зазначають науковці, «на один і той самий травматичний стресор різні індивіди реагують по-різному» [12]. Тип реакції та спрямованість поведінки за таких умов суттєво залежать від «індивідуальних особливостей» особистості УБД та від його «індивідуально-психологічних» ресурсів подолання ПТСР.

«Також привертає увагу той факт, що в реакціях УБД на екстремальні події важливу роль відіграють стійкі типологічні особливості особистості. Афективно-реактивні УБД в напружених бойових ситуаціях проявляють явне погіршення свого психічного статусу. УБД-екстраверти у відповідь на бойові стресові стимули демонструють те, що в них гальмівні процеси відбуваються швидше та нормалізуються повільніше, ніж це відбувається у інтровертів» [42].

«Інтегративна модель стресових розладів» передбачає «чотири класи стратегій подолання стресових виявів». Одним з цих «класів» є «стратегія розвитку ресурсів індивідуального подолання». В межах цього класу «ресурси» проявляються в різних формах, таких, як:

- *«психологічні якості»*: почуття контролю, упевненість та самооцінка;
- *«мисленнєві якості»*: навички керування часом, функціональні переконання, академічна компетентність чи здатність до навчання;
- *«фізіологічні ознаки»*: гарний генотип та позитивні фактори (відсутність хвороб, фізичних порушень та екстремальної поведінки; соціальна підтримка; фінансове благополуччя) [6].

«Стратегії подолання», які розглядаються спеціалістами в рамках «профілактичного» подолання, можна віднести до «навичок поводження» чи «управління наявними ресурсами». Наявність цього навичку само собою являється «ресурсом подолання стресогенних розладів» в УБД. З огляду на це, дослідження особистісних ресурсів подолання УБД ПТСР та розроблення «діагностичного інструментарію» здійснюється переважно в рамках «двох моделей». «Трансактна модель стресового розладу» - передбачає, що до «ресурсів подолання» відносять: мисленнєві процеси; фізіологічні та

типологічні властивості особистості; особистісні якості; соціальну підтримку; фінансовий добробут. «Інтегративна модель стресового розладу» - включає такі «ресурси подолання»: розвиток навичок розуміння наявних ресурсів; вміння керувати та практично застосовувати їх у процесі подолання ПТСР. Присутність цих ресурсів зменшує шкідливі впливи ПТСР на особистість УБД [30].

Виокремлюють два види «психологічної допомоги» УБД в «кризовій ситуації»: «кризове консультування» та «кризову психотерапію». «Психотравмуюча подія» викликає зміни в поведженні, почуттях та думках УБД. «Кризове консультування» застосовується тоді, коли зміни «підконтрольні» особистості, і вона в змозі самотійно впоратися з ними. «Кризове консультування» це «короткострокове» та ґрунтується на «тактиках інформування». А коли «негативні зміни стають тривалими, затяжними та проявляються поза зоною особистісного контролю, виникає необхідність у професійному психотерапевтичному втручанні» [17].

«Кризова психотерапія», на відміну від «кризового консультування», є довгостроковою та поєднує роботу з «психічним станом» УБД та оцінку «психічної динаміки» його стану протягом усього курсу зустрічей. В «кризовій психотерапії» важливу роль відводять діагностиці відносин, що розвиваються між УБД і психотерапевтом, та враховується «динаміка» цих відносин.

Основними «принципами кризової психологічної допомоги» УБД є:

1) **«емпатійний контакт»**, здатність співпереживати, відчувати те, що відчуває інша людина, бачити світ її очима. «Емпатія» не допускає формального ставлення до УБД. Розвиток «емпатії» передбачає можливість вийти за межі «звичних взаємин» та зануритися в «глибини людського страждання». Тільки тоді, коли емпатія поєднується з «гуманним прагненням збільшити віру» УБД в себе, у свої можливості, і з'являються зміни;

2) **«об'єктивність та реалістичність»**, розуміння структури «психотравмуючої ситуації» та з'ясування дійсної потреби УБД;

3) **«слухання і розуміння»**, важливо не тільки зрозуміти сутність «психологічних проблем» УБД, але й оцінити його можливості перш, ніж застосовувати ту або іншу методику роботи [25];

4) **«обмеження цілей»**, найближча мета «кризової психологічної допомоги» - це запобігання «катастрофічних наслідків», і тому спеціалісту потрібно підтримати відновлення «психологічної рівноваги» потерпілого;

5) **«високий рівень активності психолога»**, психологу потрібно виявити «активність» під час встановлення контакту з УБД, а також виявити той «спосіб та рівень контакту» з УБД, який буде йому доступний;

6) **«екологічність»**, потрібно уважно обирати «техніки та прийоми кризової роботи», не провокуючи та не збільшуючи важкості стану УБД. Потрібно пам'ятати, що «психологічна кризова допомога» робить певний внесок у відновлення «психічного здоров'я» УБД;

7) **«повага»**, УБД треба сприймати як «компетентного» та «незалежного», і такого, який намагається набути «впевненості в собі» та здійснити «самостійний вибір»;

8) **«орієнтація на особистісний ріст і розвиток»**, «кризовий стан» розглядається як «нормальна реакція» на ненормальні обставини. «Реабілітаційну роботу» потрібно розглядати як допомогу процесу «особистісного розвитку», а не як процес лікування;

9) **«підтримка»**, зосередження у процесі роботи на «відновленні системи підтримки і само підтримки» УБД [21].

Психологу потрібно прагнути до втілення певних «конкретних цілей» уже при найпершій зустрічі з УБД. Такими «цілями» можуть бути: «створення довірливого й надійного контакту»; «поінформування УБД про характер його порушення і можливостей терапевтичного втручання»; «підготовка УБД до потреби знову повернутися до психотравматичних переживань».

В контексті цього «актуальною» необхідністю постає «психологічна реабілітація» військових, учасників бойових дій.

«Психологічна реабілітація» УБД – це система «медичних», «психолого-педагогічних» та «соціальних» заходів, які направлені на «відновлення», «корекцію» чи «компенсацію» порушених психічних станів, функцій, особистісного та соціального статусу УБД, що отримали пошкодження та поранення, під час виконання професійних обов'язків [7]. Вона також є невід'ємною складовою «загальної реабілітації».

Завдання «психологічної реабілітації» обумовлені: «наявністю нервово-афективних розладів»; «характером психологічного стану»; «індивідуально-особистісними особливостями» УБД.

Основними з завдань «психологічної реабілітації» є:

- 1) визначення «психологічного стану» УБД, оцінка якості та ступеню «психоемоційного порушення»;
- 2) оцінка найкращих «шляхів та методів психологічного впливу», спрямованих на відновлення «оптимальної працездатності»;
- 3) формування оптимальної «психологічної реакції» на перебіг і наслідки поранення або захворювання;
- 4) оцінка швидкості розвитку «психічних порушень» в процесі лікування у стаціонарі та «пост-стаціонарному» періоді;
- 5) вивчення «сенсорної, фізичної і інтелектуальної працездатності» УБД, та порівняння цих показників з «формальними показниками професійної працездатності»;
- 6) корекція «психосоматичного статусу» методами «психотерапевтичних», «психофізіологічних» і «психофармакологічних» впливів;
- 7) в разі необхідності, їх «професійної переорієнтації» [10].

Дані завдання «психологічної реабілітації» вирішуються поступово, враховуючи структуру «реабілітаційних заходів».

До основних **етапів** «психологічної реабілітації» УБД, постраждалих від бойових дій відносяться:

1. «Діагностичний» етап – вивчення «функціонального стану» УБД, їхніх «психологічних властивостей», оцінка ступеню «фізіологічного потенціалу систем організму» та інтенсивності процесу «психічної адаптації». На цьому етапі є змога визначити «ступінь та особливості психічних і емоційних порушень», «патологію та особливості пізнавальних психічних процесів»;

2. «Лікувально-відновлювальний» етап – починається коли конкретизується «індивідуальний підхід», який побудований на констатації «психо-афективних порушень» УБД, і відбудеться підбір «персонального психотерапевтичного впливу». Періодично контролюється динаміка «психічного статусу» і коригуються «лікувальні заходи»;

3. Етап «соціальної адаптації» – застосовуються спеціалізовані «апаратні та комп'ютерні методики», «тренажери» для поновлення втрачених навичок. Піддається аналізу успішність «лікувальних і відновлювальних заходів» та оцінюється «ступінь відновлення професійної відповідності і працездатності» [29].

Психологи, що працюють із УБД, які пережили військові «травматичні події», прийшли до висновку, що робота з ними може бути розділена на такі «стадії»:

1) встановлення довірливого «безпечного контакту», що дає право на «отримання доступу» до «травматичного матеріалу», що ретельно приховується;

2) «терапія», що в центр своєї діяльності ставить «травму», при цьому відбувається дослідження: «психотравматичного матеріалу за глибиною, оцінки інтрузивних проявів, роботи з відстороненістю та відчуженістю»;

3) стадія, яка допомагає УБД відокремитися від «травми» і возз'єднатися з сім'єю, друзями і суспільством [28].

УБД, досягаючи «третьої стадії», виявляють готовність до зосередженості винятково на проблемах «тут і тепер» відносно їхнього шлюбу, сім'ї та багатьох інших поточних подій.

Так як «психологічний фактор» при «посттравматичному стресовому розладі» виступає одним з «етіологічних», то його «корекція» значною мірою збігається зі змістом «психологічної допомоги», як одного з компонентів «реабілітаційного процесу».

Фундаментальними принципами «терапії ПТСР» у УБД є [28]: принцип «партнерства та підвищення гідності особистості»; принцип «нормалізації»; «індивідуальний підхід».

Можна об'єднати у «чотири категорії» методи, які є ефективними, при використанні їх у «**корекції ПТСР**»:

1) «Освіта», передбачає «аналіз книг та статей», «ознайомлення із головними доктринами психології та фізіології», тобто «освітній процес» дає змогу встановити двосторонній обмін. УБД можуть шукати власні «ресурси» для відновлення;

2) «Ставлення до здоров'я», тобто «фізична активність», «правильне харчування», «духовність та розвинене почуття гумору» тощо;

3) «Соціальна підтримка та соціальна інтеграція» УБД, включає «сімейну та групову терапію», «розвинення мережі самопомоги», «утворення громадських організацій і участь у їх роботі». Важливою є точність оцінки «соціальних навичок» УБД та їхнє «тренування, зниження малозрозумілих страхів, здатність ризикувати при виробленні нових взаємовідносин» [53];

4) «Терапія», тобто робота з «реакцією втрати», «фобічними реакціями», бесіди про «травматичні переживання, рольові ігри, гештальт-терапія» та інші види «психотерапії».

Ці «методи» можна об'єднати поняттям «соціально-психологічна реабілітація». Тобто «термін психологічна реабілітація» демонструє «процес та результати діяльності психолога» при отриманні допомоги в процесі «соціально-психологічної адаптації» УБД.

Спеціаліст, при здійсненні заходів «психологічної реабілітації», допомагає УБД та членам їхніх сімей «відновити й закріпити» свої зв'язки із

«соціальною і культурною сферами» життя, «реструктурувати у свідомості реальності зовнішнього світу», співвідносячи їх із «реальностями світу внутрішнього». «Психологічна допомога» учасникам бойових дій повинна здійснюватися у таких «напрямах»:

1) «Діагностика», дослідження проявів «соціальної та психологічної дезадаптації» на основі даних «психодіагностики» особистісних особливостей;

2) «Психологічне консультування» (індивідуальна робота), передбачає надання УБД змоги «виговоритися», виявляючи при цьому зацікавленість. Згодом доцільно пояснити, що ті стани, що ним «переживаються», – «тимчасові», вони притаманні всім, хто брав участь у «бойових діях». Також важливим є «формування в УБД розуміння та спостереження готовності отримати допомогу від фахівців та від рідних і близьких»;

3) «Психокорекційна робота», професійна «психотерапевтична допомога» потрібна тим УБД, які проявляють «гостро виражені та пролонговані порушення адаптації» (алкоголізм, депресія, девіантна поведінка тощо);

4) «Оволодіння навичками саморегуляції»: аутотренінг; зняття напруження засобами релаксації тощо;

5) «Соціально-психологічні тренінги», які спрямовані на «підвищення адаптивності й особистісний розвиток комбатанта» [15].

Практична модель «психологічної реабілітації» УБД передбачає:

- 1) взаємну «адаптацію» психолога і УБД;
- 2) навчання УБД навичок «саморегуляції»;
- 3) «катарсесичний» етап (повторне переживання БТ);
- 4) обговорення найбільш «типових» форм поведінки;
- 5) випробовування «нових навичок» поведінки через гру;
- 6) визначення «життєвих перспектив» [27].

При «соціально-психологічній допомозі» УБД з ПТСР також використовується «психосоціальна реабілітація».

Доволі часто **«психосоціальна реабілітація»**, застосовується з іншими «процедурами», і метою її є залучення до соціума та покращення життєдіяльності УБД, а не зниження проявів наслідків БТ.

Реабілітація, яка сприяє «оптимальному професійному, сімейному і соціальному функціонуванню» УБД, повинна регулярно призначатися на початкових етапах «реабілітації», а не відкладатися до моменту, коли ПТСР прийме «хронічну форму». «Реабілітація» включатиме такі компоненти: «психологічна освіта» УБД та членів його сім'ї; «збільшення вже наявної соціальної підтримки», чи «утворення нової професійної підтримки» для забезпечення кращої «освітньої і трудової» продуктивності [53].

«Соціально-емоційна реабілітація» є складовою «психосоціальної реабілітації». Даний вид реабілітації, був спеціально розроблений як «терапевтичний захід», для учасників військових конфліктів і який складається з таких елементів: «навчання соціальних навичок», «керування гнівом та тренінг розвитку навичок вирішення проблем», «вирішення проблем, які пов'язані з військовим минулим».

Ще одною складовою «психосоціальної реабілітації» являється **«професійна реабілітація»**, яка сприяє УБД з ПТСР у поверненні до «найкращого рівня функціонування». «Волонтерська» робота, навчання та інші важливі ролі в житті соціуму, такі, як «виховання дітей», є зосередженням уваги «професійної реабілітації».

1.2 Причини виникнення та розвиток ПТСР

Уявлення про ПТСР прикінцево утвердилися до кінця 1980-х р., але дані про вплив «травматичних переживань» виявлялися протягом багатьох століть.

Реакції, зумовлені участю у «бойових діях», стали об'єктом багатьох досліджень під час «Другої світової війни». Це явище науковці називали по-

різному: «військова втома», «бойове виснаження», «військовий невроз», «посттравматичний невроз».

Американський психіатр А. Кардінер назвав це явище «хронічний військовий невроз». Науковець зауважував, що «військовий невроз» є психологічної та фізіологічної природи, та володіє такими характеристиками: «збудливість і дратівливість»; «нестримний тип» реагування на раптові подразники; «зосередження на обставинах травмуючої події»; «відхід від реальності»; «схильність до некерованих агресивних реакцій» [37].

У США, ПТСР в більшості випадків, досліджувалися тільки в УБД, які зазнали впливу «травматичного стресу» під час участі у «бойових діях». Доведено, що процент ПТСР серед поранених та «осіб з інвалідністю» вищий, ніж серед фізично здорових УБД. Про те зауважено на тому, що дія «бойових стресорів» призводить до більш ранньої смерті, незалежно від ПТСР: 56 % УБД, що пережили інтенсивні «бойові дії», вмирали чи мали хронічну хворобу у віці до 65 років [38].

Міжнародні дослідження які були представлені в монографії «Травма і її слід» [40], констатують, що поряд з характеристиками розвитку ПТСР «військового походження», приводяться і результати дослідження наслідків стресу у «жертв геноциду» та інших травматичних подій чи насильства над особистістю.

В 1980 р. поняття «ПТСР» прийнято як чітка та обґрунтована діагностична категорія.

На підставі аналізу багатьох праць, можна зробити висновок, що ПТСР – є станом, який розвивається у людини, яка пережила емоційний або фізичний стрес достатньої сили, і який є «травматичним» для неї.

Основними симптомами «синдрому ПТСР» в УБД є [18]: «патологічні спогади»; «порушення сну»; «амнезія на низку травматичних подій»; «надмірна збудливість»; «надчутливість».

ПТСР в УБД виникає в тих випадках, коли військовий піддається впливу «стресора», що виходить за межі «звичайного людського досвіду», та може викликати «дистрес» майже у кожного.

Особливості поведінки, що простежуються в УБД, характеризуються: «конфліктністю» стосунків із сім'єю, родичами та колегами, «спалахами гніву», «бійками», «зловживанням алкоголем та наркотиками» [17]. Особливості здоров'я цих УБД часто характеризується такими проявами, як: «слабкість», «запаморочення», «зниження працездатності», «головні болі», «болі в області серця», «сексуальні розлади», «порушення сну» тощо.

Вчені зауважують, що «симптомами» ПТСР, які проявляються в УБД протягом багатьох років, є: «імпульсивна поведінка, «депресія», «тривога», «алкоголізм (токсикоманія)», «соматичні проблеми», «порушення «Его-функціонування»» [32].

Клінічна динаміка проявів ПТСР вказує на гострі, хронічні та відстрочені ПТСР. Реакція на отриману «травму», її «зниження, вегетативні порушення та порушення пам'яті, зміна настрою» тощо, являється проявом «гострого» ПТСР, що виникають після припинення безпосереднього впливу на УБД «бойових дій». Вони в можуть повільно трансформуватись в «хронічну» форму ПТСР [27]. «Відстрочені» ПТСР схожі на гострі за своїм клінічним проявом. Відмінним є лише час їхнього виникнення. «Відстроченим розладам» притаманно певний час протікати «без симптомно» та виникати через деякий час після «травматизації», це може бути навіть після кількох місяців.

Психологічними факторами ПТСР є: «страх бути вбитим», «отримати поранення або потрапити у полон», «враження від сцен поранення чи загибелі побратимів», «почуття провини за загибель побратимів». Дані фактори, поглиблюються почуттям «надлюдської фізичної та психічної перевтоми» [8].

Військові дії обумовлюють багато травмуючих переживань як у мирного населення, так і в УБД. Події, що відбуваються на сході України, не

є прийнятними для звичайного громадянина та не мають нічого спільного з «традиційним людським існуванням».

Чинники «бойових дій» здійснюють вплив не тільки своєю «інтенсивністю», а й «частою», тобто «травми» відбуваються по чергово і в УБД не має часу для того, щоб «опанувати себе».

Ще одною «характеристикою ПТСР» є реакція УБД на пережиті «травматичні» події. Дана особливість відноситься до його «внутрішнього світу». УБД реагують по-різному, і якщо «травмуюча подія» заподіює «глибокої травми» одному УБД, то може зовсім не торкнутися «психіки» іншого. Також важливо в який момент відбувається дана подія, тобто один і той самий УБД в різний час по-різному буде реагувати на неї [62].

«Сильні» та «порівняно короткочасні» емоційні переживання є найбільш безпосередніми психічними проявами ПТСР. Ці переживання бувають як простими (паніка, страх) так і складними (відбуваються на психотичному рівні). Зустрічаються випадки появи «патологічних станів», що проявляються на «невротичному рівні», вони часто набувають «затяжного характеру».

Науковці виділяють такі варіанти виникнення ПТСР у «бойових умовах» в УБД [45]:

1) *«гостра бойова психічна травма»*, з'являється в «стрімких і бурхливо мінливих обставинах бою». Проявляється «стрімкими», але не психотичними «деформаціями психічної діяльності» УБД. Деякі з УБД зауважували, що не встигли навіть «злякатися», а «біль і страх» виникли згодом, коли побачили поранення. «Емоційні стани» в різних поранених УБД є нерідко, «полярними». З одного боку, це «тривога, страх, відчуття безпорадності у ситуації, що склалася», а з іншого «апатія, прояв деперсоналізації, погляд на себе ніби з боку»;

2) *«продовжена бойова психічна травма»* [27], при якій «стресові чинники», які з'являються, ніби «розтягуються в часі», тобто іде накопичення «емоційної напруги і негативних переживань». В цих ситуаціях

одні УБД відчували «страх, тривогу та невпевненість», інші «пригніченість і байдужість».

Тобто, ПТСР з'являється в УБД як «затяжна реакція» на «травмуючу стресову ситуацію» смертельного або загрозливого характеру [20].

Ситуація «бойових дій» призводить до виражених змін «функціонального стану психічної діяльності», що характеризується розвитком «надзвичайно сильних негативних емоцій» (тривога, страх, важка розумова і фізична перевтома). Стрімкий перехід до «мирної дійсності» часто не дає змоги УБД правильно реагувати на певні обставини з погляду «навколишньої дійсності». ПТСР, набуваючи саме «хронічного перебігу», зачіпає кожен аспект життя УБД (робота, міжособистісні відносини, фізичне здоров'я, самооцінка тощо).

«Бойовий стрес» в умовах «військових дій» переносить кожен УБД. Він виникає ще до «прямого контакту» з реальною «смертельною загрозою», «бойовий стрес» триває до виходу із зони проведення бойових дій. Поняттям «бойовий стрес» характеризують «багаторівневий розвиток адаптаційної активності організму УБД в умовах бойових дій, що супроводжується тиском на механізми реактивної саморегуляції та фіксацією специфічних адаптаційних психофізіологічних змін» [11].

БПТ розрізняють також за «ступенем тяжкості». Виявами «легкого ступеню» є: «усамітненість», «надмірна дратівливість», «головні болі», «нервозність», «втрата апетиту», «швидка стомлюваність». БПТ «середньої тяжкості» характеризується: «агресивністю», «підвищеною чутливістю до шуму», «депресією», «істеричними реакціями», «тимчасовою втратою пам'яті», «патологічним страхом, що іноді переходить у паніку», «втратою відчуття реальності». При «важкому ступені» виникають: «порушення мови, зору, слуху та координації рухів».

Якщо в УБД відсутня можливість знизити «внутрішню напругу», то його «тіло та психіка» поступово адаптується до цієї напруги. В цьому і полягає «механізм посттравматичного стресу». Психічні порушення, що є

«симптоми ПТСР», є способами поведінки, які пов'язані з «безпрецедентними подіями» в минулому.

«Військово-травматичний стрес» є одним з різновидів «ПТСР». Виникає він в УБД, і при появі ПТСР, військовий з часом опиняється в таких «умовах», як:

1) «швидка зміна умов мирного життя на бойову обстановку», передбачає «швидку адаптацію» до неї;

2) «швидка зміна бойової ситуації на мирну», до якої колишньому УБД знову приходиться «адаптуватися».

Якушин Н.В. зауважував, що «травматичний стрес», що виникає протягом «бойових дій», є важливим «внутрішнім бар'єром», що стоїть на шляху «адаптації УБД до мирного життя». «Травматичний досвід» УБД, відображений і його психіці, та утримує колишнього УБД в стані «внутрішньої війни» [37].

Аракелов Г.Г. констатував, що для більш «пізньої стадії стресу», коли організм знаходиться «на межі», виникають певні «системи групових особливостей стресового розладу»:

1) «психологічні» (зниження самооцінки, рівня соціальної адаптованості та фрустраційної толерантності);

2) «фізіологічні» (зміна гемодинаміки);

3) «ендокринні» (підвищення активності симпатико-адреналінової і гіпоталамо-гіпофізарної надниркових систем);

4) «клінічні» (особистісна і реактивна тривожність, зниження емоційної стабільності);

5) «метаболичні» (зсув ліпопротеїдного спектру в бік атерогенних фракцій та збільшення в крові транспортних форм жиру) [27].

Про наявність ПТСР може свідчити те, що навіть «мінімальне» згадування про «бойовий досвід» обумовить виникнення в УБД ці ознаки. Тобто ПТСР, це «постійно прихований стрес», який здатний «відродитися» в будь-яку мить.

Дослідження Міско О.А. та Тарабриної Н.В. [31] говорять про те, що УБД з ПТСР живуть «вкороченою ближньою перспективою». Вони не «проектують подій власного життя» і орієнтуються лише на те, як діятимуть «сьогодні», а «подальших подій» не планують. Їх «життєва перспектива» стає «песимістичною» (перестають очікувати чогось гарного), «безнадійною» (УБД не відчують себе володарями власного життя), і чим сильніші ці «відчуття і прояви», тим яскравішими були «психотравмуючі події».

Деадаптація при ПТСР проявляється у поведженні, діяльності, спілкуванні УБД. УБД, що відчуває «дискомфорт» від проявів цього розладу, «прямо чи опосередковано завдає труднощів і негативних переживань своїм близьким, друзям і колегам».

У багатьох УБД «особистісні характеристики» набувають «агресивного» чи «деструктивного» забарвлення. Збільшення «рівня агресивності» УБД пояснюється з погляду як «теорії соціального научіння», так і з погляду «фрустраційної теорії агресії». «Соціальне научіння» постулює той факт, що в «особистості» закріплюються ті «форми поведження», які отримали «позитивне підкріплення». А в умовах «бойової обстановки» агресія УБД спрямована на ворога, і отримує «позитивне підкріплення». «Фрустраційні теорії агресії» ввели поняття для пояснення такого поведження, яке має назву «ситуативне». Тобто «агресія» виступає реакцією на «фрустрацію». «Ситуативний розвиток агресивних дій» стає залежним від «особистісних структур». Умови «мирного часу» не «передбачають, не сприймають та засуджують використання агресії», а, як наслідок, висувається «певна вимога» до «соціального перенавчання УБД» [25].

Підсумовуючи наведенні вище дані, зазначимо, що, «головним» негативним наслідком участі УБД в «бойових діях» є ПТСР. «Специфіка» цього розладу полягає в тому, що з часом в більшості «психотравмованих» УБД він не зникає, а тільки посилюється. Цей розлад, проявляється в

«асоціальної поведінці», «неврозоподібних реакціях», «психосоматичних захворюваннях».

З огляду на це, «актуальним завданням» для психологів є дослідження «негативних психологічних наслідків» участі у «бойових діях» та психологічна реабілітація УБД.

1.3 Психологічні та фізіологічні особливості учасників ООС

Психічні порушення в УБД, які виникли під час «бойових дій», являються головними внутрішніми бар'єрами на шляху «адаптації» до цивільного життя. Процес «адаптації» об'єднує вже наявні ПТСР, що з'явилися в УБД внаслідок участі у «бойових діях», та інші нові розлади, що обумовлюються стресами, які пов'язані з «соціально-психологічною дезадаптацією» УБД. Такі УБД у «мирному житті», зазвичай, зустрічаються з «нерозумінням», «засудженням», «труднощами у комунікації та професійному самовизначенні», з проблемами «створення або збереження сім'ї» тощо.

В наслідок «соціально-психологічної дезадаптації» УБД, багато з них втратили «інтерес до мирного життя», «зійшла нанівець» їхня активність при вирішенні «власних життєво важливих проблем». Часто демонструється «втрата здатності до співчуття» та «зниження потреби у духовній близькості з рідними та іншими людьми».

Дослідження констатують, що практично кожен п'ятий УБД за відсутності будь-яких «фізичних травм», страждає на «нервово-психічні розлади», а серед поранених, кожен третій. Більшість «психосоматичних наслідків бойових дій починають з'являтися через кілька місяців після повернення до мирного життя» [5].

Комплексу симптомів «проблем» УБД властиві: «страх», «демонстративність поведінки», «агресивність», «підозрілість», «конфліктність», «спалахи гніву», «зловживання алкогольними та

наркотичними речовинами». Також в УБД спостерігається: «нестійкість психіки, за якої навіть найнезначніші втрати або труднощі спонукають людину до самогубства», «боязнь нападу ззаду», «почуття провини за те, що залишився живий», «ідентифікація себе з побратимами, що загинули». УБД характерні й: «емоційна збудженість та афективна тупість», «безпідставні вибухи гніву», «підвищена дратівливість та агресивність», «напади тривоги та страху». Спостерігаються в УБД «come back» - повторювані яскраві «бойові сновидіння» чи «нічні жахіття», «непідконтрольні думки про психотравмуючі події, які доповнюються важкими переживаннями та неочікуваними спалахами емоцій, з «поверненням» у психотравмуючу ситуацію» [27].

До інших психічних явищ, які проявляються в УБД, відносять: «прояви стану песимізму та відчуття занедбаності», «недовіра», «втрата сенсу свого життя», «нездатність розповідати про війну», «відчуття нереальності того, що відбувалося з ним під час бойових дій», «невпевненість у власних силах», «відчуття неможливості впливати на хід подій», «нездатність бути відкритим у комунікації з іншими людьми», «потреба мати при собі зброю», «тривожність», «негативне ставленні до представників влади», «бажання зігнати на кому-небудь злість за те, що був посланий на війну, і за все, що там відбувалося», «схильність брати участь у небезпечних «пригодах»», «ставлення до жінок тільки як до об'єкту сексуального задоволення», «спроби віднайти відповідь на питання, чому загинули товариші, а не він сам».

Кітаєв-Смик Л.О. розробив «типологію УБД» з деструктивними змінами особистості, що передбачає такі типи:

- «придуркуваті» (УБД, які проявляють «інфантильні» дії, недолугі жарти та недооцінку дійсної загрози для власного життя);
- «надломлені» (УБД характеризуються «постійним переживанням страху, відчуттям меншовартості, невірноваженістю, схильністю до жорсткості, самоізоляцією, вживанням психотропів»);

– «остервенілі» (УБД які виробили в собі «гіперагресивність», що є «серйозною небезпекою як для них самих, так і для всіх оточуючих, особливо тоді, коли вони озброєні») [12].

Пролонговані реакції на «травмуючі події» бойових дій виявляються в залежності від «індивідуальних властивостей» УБД. Дослідження А. Кардінера констатують серед них такі: «фіксація на травмі», «типові сні», «зниження загального рівня психічної активності», «експлозивні агресивні реакції», «дратівливість» [30].

М. Горовіц доводить, що «тривалість процесу реагування на психотравмуючу подію зумовлюється значущістю для УБД інформації, яка пов'язана з цією подією» [36].

Характеристиками «травмуючої події» для УБД можуть слугувати: «ступінь загрози для життя УБД, тяжкість втрат, раптовість події, ізолюваність від інших людей у момент події, вплив навколишнього оточення, наявність захисту від можливого повторення травмуючої події, моральні конфлікти, пов'язані з подією, пасивна або активна роль УБД, безпосередні результати впливу цієї події» [21].

До «особистісних характеристик» УБД відносять: «рівень розвитку відновлюваного поведіння», «продуктивність психологічного захисту», «психічні порушення», «демографічні показники».

«Мирне оточення» УБД характеризують такі чинники: «відношення оточуючих до війни», «культурні особливості регіону проживання УБД», «рівень його підтримки», «соціальна допомога».

Якісна взаємодія даних факторів з процедурою «когнітивної переробки травматичного досвіду» спонукає або до збільшення «психічної напруги» УБД, або до «повільної асиміляції травматичного досвіду». В підсумку проявляються два результати: «психічна рестабілізація або виникнення посттравматичних стресових розладів» [27].

Деякі фахівці стверджують, що «повністю позбутися бойового посттравматичного синдрому неможливо» [28]. А «особливості» ПТСР

зберігатися довгий час та збільшують свої характеристики, також вони можуть виникати раптово на фоні загального «зовнішнього благополуччя».

Клінічна картина ПТСР в УБД складається [29]:

- 1) *«дистанціювання, соціальне уникнення та загальне відчуження»* (рідних та близьких);
- 2) *«проблеми зі сном»* (ідентичне відтворення реальних травматичних подій, і тому цей розлад потрібно мати на увазі в будь-якої людини, що описує дійсні нічні жахіття);
- 3) *«зловживання алкоголем або наркотиками»* («зняття гостроти» хворобливих переживань, спогадів або почуттів);
- 4) *«високий рівень тривожної напруженості або психологічної нестійкості»*;
- 5) *«зміна поведінки»* (дратівливість, вибухові спалахи, схильність до фізичного насильства);
- 6) *«антисоціальна поведінка або протиправні дії»*;
- 7) *«депресія, суїцидальні думки або спроби самогубства»*;
- 8) *«незвичні соматичні скарги»* (підвищення втомлюваності, хронічна м'язова напруга, м'язово-суглобові болі, артритоподібний чи головний біль, виразка шлунку, серцевий біль, коліт, респіраторні симптоми) [39].

В великій кількості УБД після бойових дій довгий час виявляються такі виражені первинні симптоми ПТСР [210]:

1. **«Повторне переживання травми»**, які мають декілька форм (діагноз ПТСР, передбачає наявність хоча б однієї форми).

«Повторювані нічні жахіття», найчастіший вид повторного «переживання травми». Вони виникають протягом перших 2-4 р. після повернення до «мирного життя», заважають майже всім УБД. Їх характеристиками є: «почуттям самотності в ситуації небезпеки для життя», «безпорадність», «постріли та спроби вбивства», «переслідування ворогом», «відсутність зброї для самозахисту».

«Психологічний дистрес», що виникає під впливом подій, які відображають «травматичне переживання» УБД, чи схожі з різними його аспектами. Певні «зовнішні події» є «тригерами», що нагадують УБД його «бойовий досвід» та викликають «болісні асоціації». Дані стимули можуть «реактивувати» симптоми ПТСР та «дистрес».

«Періодично виникаючі спогади про воєнні події» характеризуються: «сумом з приводу втрати, гострим афективним болем, прокручуванням різних аспектів травматичних подій» [43].

2. **«Афективне збіднення та уникнення стимулів, які пов'язані з травмою»**, являється другою «клінічною рисою ПТСР», якій притаманні: «зниження чи втрата інтересу до будь-якої діяльності», «відчуття відчуженості у соціумі», «зменшення здатності любити, радіти, бути безтурботним», «проблеми у сімейних відносинах». Простежується «невлаштованість особистого життя» значної кількості УБД: відчувають труднощі при одруженні, та велику кількість розлучень.

УБД також властиве відчуття «відсутності завтрашнього дня, яке виявляється у: песимізмі, уявленні про нетривалість майбутнього життя, очікуванні біди в майбутньому» [21].

3. **«Симптоми підвищеної збудливості»** простежуються в «розладах сну». В УБД виокремлюють: «інсомнію» (проблеми з засинанням, передчасне просинання, поверхневий сон, брак відчуття відпочинку після сну); «парасомнії» (рухові, психічні у формі нічних жахів).

Характерними симптомами «підвищеної збудливості» при ПТСР є: «лють, підвищена дратівливість, схильність до насильства, гнів, виражене зменшення стійкості уваги, підвищена обачливість та пильність» [27].

УБД найбільше скаржаться на стани, пов'язані з «серцево-судинною системою», менше скаржаться на «нервове виснаження», «болі різного походження та локалізації», стан «шлунково-кишкового тракту».

Науковці описують «типи психічної дезадаптації» УБД з ПТСР, які виявляються в залежності від їхньої «цілісної стратегії поведінки»:

1) **«активно-оборонний»** тип, характеризується як «адаптований» тип, та демонструє: «адекватну оцінку важкості ПТСР, чи тенденцію до ігнорування ПТСР», «невротичні розлади», «деякі УБД цього типу прагнуть обстежитися та лікуватись амбулаторно»;

2) **«пасивно-оборонний»** тип, характеризується «дезадаптацією з інтрапсихічною спрямованістю»: «знижена потреба протидіяти ПТСР», «тривожно-депресивні та іпохондричні тенденції», «психічний дискомфорт, який виявляється у скаргах соматичного характеру»;

3) **«деструктивний»** тип, характеризується «дезадаптацією з інтерпсихічною спрямованістю»: «внутрішня напруженість», «порушення соціального функціонування», «дисфорія», «конфліктність», «вибухова поведінка», «розрядка негативних емоцій через вживання психотропних речовин», «агресивність дій», «суїцидальна поведінка» [59].

Психологічна дезадаптація УБД з «віддаленими наслідками стресогенних впливів» є великою проблемою на шляху «адаптації» їх до мирного життя. УБД характеризуються такими «дезадаптивними проявами», як: «соціальне уникнення, дистанціювання і відчуження від інших; порушення сну; зловживання алкоголем або наркотиками; високий рівень тривожної напруженості або психологічної нестійкості; патологічні зміни поведінки; антисоціальна поведінка або протиправні дії; депресія, суїцидальні думки або спроби самогубства; неспецифічні соматичні скарги» [45].

В «особливих умовах» діяльності УБД «хронічний стрес» заповнює його психіку. Такі фактори «бойової ситуації», як: «особистісна трагічна значущість подій», «тривалість впливів», «відсутність можливості ухилитися від цих обставин», «неможливість уникнути особистої участі у бойових діях» тощо, призводять до помітного зниження: «психологічної витривалості», «звичної циклічності накопичення» і вияву «бойового виснаження», «психосоматичної діяльності організму», «боездатності».

Ситуація «бойових дій» передбачає те, що УБД знаходяться у «екстраординарних» умовах, і їм для виживання в цих умовах, потрібні такі навички та «способи поведження», які не можуть вважатися «звичними і загальноприйнятими» у мирному житті. Такі «стереотипи поведження підходять тільки для бойових умов і вони так міцно закріпилися, що будуть проявлятися ще багато років» [27].

Робоче «навантаження» в умовах «військових дій» спонукає до погіршення «функціонального стану організму» УБД, знижується рівень уваги, пам'яті, інтелектуальної працездатності. Також відбувається зміна рівня «артеріального тиску», зменшується чи збільшується «частота пульсу», з'являються зміни емоційного стану. В УБД виникають різні психосоматичні хвороби в умовах затяжного «психо-емоційного стресу», від «деструктивної дії» психологічних «комплексів» на поведінку та життєвий тонус УБД. Завдяки «психологічним комплексам», з'являються «локальні м'язові напруження», в результаті чого виникають хвороби внутрішніх органів [35].

Тобто, клінічні прояви «деструкції психічного здоров'я» в УБД при ПТСР проявляються «кошмарними сновидіннями» або «надокучливими спогадами» про психотравматичні події у поєднанні з «бажанням уникнення» всього, що у той, чи інший спосіб викликає спогади про те, що сталося під час «бойових дій». Типовими симптомами для УБД є: «нестримна злість, підвищена збудливість, депресія, генералізована тривога, афективні розлади з бажанням до усамітнення, дратівливість, обмеження контактів з оточуючим світом, проблеми зі сном та концентрацією уваги» [17]. Також виявляється в УБД: «нездатність згадати травматичні події за власним бажанням», «відчуття нечутливості та відчуженості», «зниження цікавості до перманентної цивільної і професійної активності». Дані симптоми часто поєднуються з «суїцидальними схильностями, зловживанням психотропними речовинами та сексуальними дисфункціями» [3].

Вчені виділяють клінічні варіанти ПТСР, що спостерігаються в УБД, що пережили «психотравмуючі події», а саме:

1) **«тривожний варіант»**, проявляється високим рівнем «безпідставної тривоги», яка проявляється на фоні «пригніченого настрою», з «нав'язливими переживаннями та уявленнями», що відтворюють психотравматичну ситуацію. УБД притаманні відчуття «внутрішнього напруження, дискомфорту та дратівливості». Також відзначається різні особливості які супроводжують порушення сну. УБД цього варіанту притаманні такі прояви: «пароксизмальні вечірні чи нічні стани з відчуттям браку повітря, прискорення серцебиття, підвищена пітливість, відчуття ознобу чи напливи жару» [32];

2) **«астенічний варіант»**, проявляється домінуванням почуття слабкості та млявості. «Фон настрою» в УБД знижений та поєднується з «переживанням байдужості до подій», що раніше викликали інтерес. Поводженню УБД характерне: прояви ангедонії; пасивність; страх перед виконанням справи, яка раніше не викликала труднощів; почуття безперспективності. В УБД виникають «надокучливі переживання» епізодів психотравматичної події. На відміну від «тривожного варіанту», в УБД ці «спогади» не настільки яскраві та «афективно забарвлені». Порушення сну проявляється відсутністю «почуття відпочинку» після сну. Поводження «уникання» для цих УБД не притаманно, вони зрідка «приховують власні переживання і здебільшого самотійно звертаються за допомогою» [29];

3) **«дисфоричний варіант»**, проявляється проявами: «постійного потерпання від внутрішньої невдоволеності», «дратівливістю на фоні пригніченого настрою», «підвищеної агресивності, бажанням перекинути на оточуючих свою лютю і дратівливість». У власному уявленні УБД переважають «картини покарання агресивного змісту», «суперечки з використанням фізичної сили», які пробуджують відчуття страху і змушують звести контакти з оточуючими до «мінімуму». Дані УБД не в змозі стримувати власні «вибухові емоційні реакції» на зауваження, за що їм потім «соромно». Також в них з'являються «невимушені уявлення чи спогади» травматичної події «сценоподібного характеру». Для УБД, типовою стає

«поведінка уникання, замкнутість та мовчазність, а також характерно приховування від їхнього оточення скарг про фізичне та психічне самопочуття» [32];

4) «іпохондричний варіант», проявляється присутністю постійних «соматичних скарг». Простежується формування «сталого поведінки уникання». Емоційне заціпеніння та «флешбек» практично не зустрічаються. «Депресивний афект» виявляється в УБД «недиференційованою гіпотимією» з окресленими «тривожними та фобічними включеннями». Іноді є симптоми «гіперзбудження і переживання» травматичної події [26];

5) «соматоформний варіант», проявляється «витісненням травматичних переживань», які супроводжуються підвищенням відсотку скарг УБД «соматичного характеру». У цього порушенні переважають симптоми «афективної неврівноваженості», що «компонуються з ознаками уникаючої поведінки»;

б) «змішаний варіант», проявляється скаргами та психопатологічними порушеннями, які притаманні декільком варіантам «клінічної картини ПТСР» в УБД. Виділяють типи перебігу, даного варіанта [53]:

а) «стабільний тип» характеризується стабільними клінічними ознаками «психічного порушення» за «змістом і за інтенсивністю проявів». Ці УБД, характеризуються «стійкими проявами нав'язливих думок та сновидінь», що показують особливості психотравматичних подій, а також проявами «вегетативної гіперреактивності». «Флеш-беки» з'являються рідше, ніж інші симптоми «вторгнення». «Афективні порушення» є постійними та стабільними, та проявляються депресивною та тривожною симптоматикою, аналогічно проявляються дратівливість і агресивність. Значними є вияви «соціальної дезадаптації та ізоляції» в професійних та міжособистісних взаємовідносинах УБД. В деяких УБД спостерігається середні за інтенсивністю, але стійкі «суїцидальні думки», які не здійснюються в «суїцидальних намірах та діях». Також в УБД цього типу проявляються середні та низькі характеристики «фрустраційної неупередженості та

адаптивного потенціалу» УБД; помірні показники «індивідуальної значущості травми»; «особливості соціального, професійного та міжособистісного функціонування» [27];

б) *«регресивний тип»* характеризується редукцією симптоматики, що створює основу «клінічної картини ПТСР», і її інтенсивності. В УБД з цим «типом перебігу ПТСР» приглушенні симптоми «вторгнення». Зниження цих проявів призводить до зниження вияву «емоційної симптоматики», «дезадаптивного поведіння», «вегетативної гіперреактивності». У цього типу виявляється зниження симптомів «депресивного та тривожного станів», «проявів відчуженості», «агресивності» та ознак «соціальної ізоляції». В УБД з'являється відчуття «перспективи» та «змін на краще». В цих УБД знижуються «розлади сну», «вибухи гніву» та «дратівливість».

«Регресивний тип» перебігу ПТСР характеризується: високою фрустраційною толерантністю, низькою індивідуальною значущістю травми, короткими термінами її експоненції, наявністю адаптивних стратегій та механізмів «психологічного захисту», високим соціальним та матеріальним статусом УБД [20];

в) *«прогресивний тип»* характеризується уникненням, вторгненням та гіперактивацією, протягом всього періоду погіршення «психічного здоров'я» мають місце деякі зміни за своїм змістом. Частота та інтенсивність цієї симптоматики суттєво зростає, і це призводить до «значного ускладнення клінічної картини». Збільшується вираженість «нав'язливих думок», спогадів і відчуттів, дещо змінюється частота «флешбек-феноменів» [27].

Суїцидальні думки є ознакою несприятливого перебігу ПТСР в УБД. Вони підкріплюються різними хімічними залежностями. Для УБД цього типу перебігу ПТСР, існує найбільш несприятливий прогноз застосування «фармакотерапії» та «психотерапії». В них спостерігається «відносна нечутливість» до різних форм терапії. Даний факт виявляється такими негативними «прогностичними» ознаками: розвиток «соціальної,

психологічної та професійної дезадаптації», формування «хронічних змін особистості», зниження «психофізичного здоров'я УБД» [33].

Причинами формування даного «типу перебігу ПТСР» в УБД є: «тривалий час експозиції психотравми», особливості «травматичної ситуації та її велика індивідуальна значущість для УБД», низькі «фрустраційна толерантність і адаптивний потенціал особистості УБД», «віковий період», в якому відбулася психотравматична подія.

Тобто, «стресовий стан», низька «самореалізація», відчуття себе «невдахою» та інші життєві труднощі зумовлюють в УБД «депресивні стани» і сприяють виникненню в них ПТСР.

Висновки до Розділу 1.

В розділі здійснено аналіз проблем реабілітації УБД, на підставі чого сформульовано низку таких положень:

1. Констатовано, що існує кількома наукових підходів, які досліджують структуру, зміст і властивості поняття «психологічна реабілітація». Зауважено, що «психологічна реабілітація» УБД, має систему: психологічних, педагогічних, соціальних та медичних заходів, що направленні на компенсацію чи корекцію порушених «психічних станів» і функцій, особистісного та соціального статусу УБД, які зазнали психотравм та поранень при виконанні своїх обов'язків у зоні проведення ООС. Реабілітація відбувається в таких напрямках: «психопрофілактика», «психодіагностика», «психокорекція», «психоконсультація», «психотерапія», «робота з рідними та близькими УБД».

Наголошено на тому, що методи, що застосовують для подолання ПТСР, об'єднують у чотири категорії: «освіта», «цілісне ставлення до здоров'я», «збільшення соціальної підтримки і соціальної інтеграції УБД», «терапія».

2. Охарактеризовано психологічні та фізіологічні особливості учасників ООС, які включають: соціальне самоуникнення, відсторонення від інших; проблеми зі сном; зловживання психотропними речовинами; високий рівень тривожності та психічної нестійкості; зміна поведінки; девіантну поведінку; депресія, суїцидальні думки чи спроби суїциду; неспецифічні соматичні скарги. Також існують інших психічні явища, що проявляються в УБД, до них відносяться: песимізм, почуття занедбаності, недовіра, зникнення сенсу життя, неможливість спілкування на тему війни; зневіра у власні сили; відчуття втрати контролю над власним життям та подіями; закритість у спілкуванні з іншими людьми; негативне відношення до владних структур; схильність до небезпечних «пригод» тощо. Проаналізовано «клінічні варіанти ПТСР», які виникають в УБД, що зазнали впливу травмуючої події.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ СТАНУ УЧАСНИКІВ ООС ДО ТА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

2.1 Опис та підбір методів дослідження

Війна на сході нашої держави звертає погляди різних професіоналів на проблему збереження «психічного та фізичного здоров'я» УБД. Під час участі у бойових діях, військовий потрапляє під вплив бойової травми, при цьому, наслідки бойової травми можуть проявлятися через деякий час, раптово, на тлі зовнішнього добробуту УБД, та пізніше цей стан може стати більш чітко вираженим.

Необхідність діагностики «психологічних змін», що відбуваються з УБД під час бойових дій, виходить із положення про «травматизацію», якою обумовлено виникнення психосоматичної і психічної патології в УБД.

Симптоми, які спостерігаються в тих, хто пережив «травматичний стрес», отримали назву «посттравматичний стресовий розлад» [28]. Діагностування ПТСР відбувається за допомогою спеціально підібраного комплексу «клініко-психологічних» методик. Головним завданням психологічної діагностики та корекції, є допомога УБД усвідомити «причинно-наслідкові зв'язки» симптомів їх страждання з «травматичним відчуттями», та намагатися інтегрувати свідомість УБД.

Діагностика «хронічних змін» особистості УБД після переживання ним екстремальної ситуації, передбачає відповідність його стану таким «критеріям»:

- 1) дані анамнезу про прояв змін у «мисленні», «сприйнятті» та «ставленні» УБД до самого себе та до оточуючих після перенесеної «психотравматичної події»;

2) зміни особистості мають явний характер, при цьому ці зміни поєднуються з «ригідним та неадекватним поведінням», що проявляється в [25]:

– непохитному ворожому чи недовірливому ставленні до оточуючих при відсутності даної реакції при потраплянні в «екстремальну ситуацію»;

– соціальній ізоляції, яка не обумовлена «психічним», зокрема «емоційним» розладом;

– стійкому почутті «внутрішньої порожнечі» чи «безнадійності», які зумовлені підвищеною залежністю від «інших», нездатністю виразити «негативні або агресивні» емоції та стійкими «депресивними афектами» без наявності «депресивного розладу» перед «екстремальною подією»;

– стійкому відчутті «нервозності» чи «безпричинної загрози», які виявляються в «підвищеній дратівливості» при відсутності її раніше, ситуаціях постійного «внутрішнього напруження» та «відчуття загрози» може поєднуватись з бажанням надмірного вживання «психоактивних речовин»;

– стійкому відчутті «змін в особистості», при порівнянні з іншими людьми, це відчуття може поєднуватись з відчуттям «емоційного оглушення»;

3) особистісні зміни ведуть до швидкого зниження «соціального функціонування та суб'єктивного страждання», та до негативного «впливу» на близьке соціальне оточення;

4) особистісні зміни виникають після «екстремальної ситуації», в історії хвороби відсутня інформація про «порушення розвитку, психопатичні риси або акцентуації у дитячому, підлітковому чи дорослому періоді, які могли би обґрунтувати актуальний стан» [27];

5) особистісні зміни простежуються протягом «не менше двох років», ці зміни не пов'язані з «епізодами інших психічних захворювань» та не зумовлені «органічним ураженням» головного мозку.

На першому етапі дослідження ПТСР, потрібно віднайти в анамнезі УБД дійсного факту переживання ним «травмуючої ситуації». Після цього, відбуваються «клініко-психопатологічні і психодіагностичні» дослідження.

При проведенні «психологічної реабілітації» з УБД з ПТСР, які отримали «психотравми» в наслідок участі в ООС, «клініко-психопатологічне дослідження» доповнюється низкою «спеціальних клінічних шкал» і діагностичних методик [42].

Під час дослідження були запропоновані «клініко-психопатологічні» та діагностичні методики, які направлені на виявлення факторів, що є основними при проведенні «психологічної реабілітації» УБД з ПТСР. До таких факторів було віднесено: наявність ознак ПТСР; наявність ознак стресу; наявність ознак тривожності; наявність ознак депресії.

Приводимо перелік та опис діагностичних методик з виявлення ПТСР в УБД, зокрема:

– «Шкала самооцінки наявності ПТСР» («PCL-M») – має 17 тверджень – «ознак ПТСР», виконується приблизно за 5-7 хвилин. «PCL-M», це військовий варіант опитувальника, питання у ньому стосуються «травматичного» військового досвіду. Досліджуванні оцінюють кожне твердження для того, щоб виявити ступінь прояву «симптому» впродовж минулого місяця. «Самооціночні шкали» не потрібно застосовувати для встановлення формального діагнозу, «PCL-M», це гарна психодіагностична методика, при цьому «межі» від «50 балів» та вище, є «оптимальним показником» для того, щоб говорити про потенційне встановлення «діагнозу ПТСР» в УБД [1];

– «Шкала психологічного стресу RSM-25» («PSM-25») – застосовується для дослідження «феноменологічної» структури переживань стресу. Метою методики є вимірювання «стресових» відчуттів в «поведінкових, соматичних та афективних» показниках [42]. Дана шкала містить запитання, що сформульовані для вибірки досліджуваних у віці від 18 до 65 років. Це дає підстави рахувати методику «універсальною» для застосування до різних

«вікових і професійних вибірок» в нормальній популяції. Розробка цієї методики передбачала прагнення авторів до усунення наявних прогалин в «традиційних» методиках діагностики «стресових станів», що були зосереджені в основному на непрямих вимірюваннях «психологічного стресу», через «стресори» чи патологічні вияви «тривожності», «фрустрації», «депресії». Серед великої кількості схожих методик, лише деякі з них направлені на дослідження «стресу» як природнього стану «психічної напруженості». Для цього автори розробили цю шкалу, що описує стан людини, яка переживає «стрес», а внаслідок цього відпала потреба у дослідженні таких змінних, як стресори або патології;

– «Шкала тривоги Бека» («BAI»), дана «клінічна тестова» методика використовується для «виявлення» тривоги та оцінки ступеню її вияву [42]. Вона містить 21 твердження, кожне з яких вміщує якийсь один із типових «симптомів тривоги», психічних або тілесних. Кожне з тверджень оцінюється досліджуванним від 0 – симптом «не турбував» до 3 – симптом «турбував дуже сильно». Шкала являється зручним інструментарієм для виявлення ступеня вираженості «тривожних розладів» в широкого кола досліджуваних, віком від 14 років і до «літніх людей». Заповнення даної шкали займає біля 10 хв.. Підрахунок відбувається простою сумою балів за всіма пунктами даної шкали;

– «Опитувальник депресивності Бека» («BDI»), використовується для виявлення «депресивних симптомів» та зазвичай використовується в «клініко-психологічній» діагностиці та в «психіатричній практиці» для виявлення інтенсивності депресії [1].

Виходячи з зазначеного вище, хочемо зауважити, що за останні роки уявлення про ПТСР в УБД доволі сильно помінялося. Вдосконалення значення «клінічний критерій» ПТСР та дослідження даного «розладу» в УБД являється обов'язковою складовою їх «реабілітаційного процесу». І тому проблема ефективної психодіагностики ПТСР в УБД являється актуальною і є невід'ємною складовою «психологічної реабілітації»

українських УБД. А якісна і ґрунтова діагностика є запорукою ефективної «психологічної реабілітації» УБД, що буде сприяти збільшенню та підтримці «психологічної стійкості» та «реадаптації» УБД до цивільного життя.

2.2 Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

Спеціалізовані «реабілітаційні заходи» потрібно зосереджувати на діагностиці, психофізіологічному обстеженні, медичному огляді, які проводяться різноманітними спеціалістами. В першу чергу потрібно звернути увагу професіоналів на УБД з ознаками ПТСР, що проявлялися в них, ще на «початковому етапі» реабілітації, тобто саме після припинення участі в «бойових діях» [53].

Психодіагностика рівня «нервово-психічної діяльності», що проводиться спеціалістами, має бути «фундаментом» в роботі у процесі медичного обстеження УБД, після повернення їх із зони ООС. При цьому, увагу потрібно звернути на здійснення «групових і індивідуальних бесід», в процесі яких потрібно зорієнтуватися в питаннях, що з'являються в процесі «реадаптації» УБД до умов мирної життєдіяльності. «Реабілітація» УБД повинна сприяти їх якісній адаптації до «умов» нового життя. Термін «психологічна реабілітація» відображає процес і результати роботи психолога при здійсненні допомоги, в процесі «соціально-психологічного супроводу» [29].

Психологічна «реабілітація» УБД, є певною «системою психологічних, психолого-педагогічних, соціально-психологічних заходів», які зосередженні на «відновленні або компенсації деформованих психічних функцій, станів, особистого і соціального статусу» УБД, що зазнали впливу БПТ. Метою психологічної «реабілітації», в цьому випадку, є отримання УБД допомоги в відновленні «оптимального» для подальшого здійснення професійної діяльності, «психічного» здоров'я [28].

Беручи до уваги мету і завдання кваліфікаційного дослідження, реалізація експериментального дослідження здійснювалася протягом 2020-2021 рр. Дослідно-експериментальна робота проводилася у психіатричному відділенні Старокостянтинівського військового госпіталю, на базі військової частини А3267. Загальна кількість учасників ООС, які були охоплені дослідженням, склала 57 військовослужбовців. Вибірку склали представники чоловічої статі у віці від 18 до 38 років.

При проведенні експериментального дослідження, УБД були об'єднанні у експериментальну групу – 27 осіб та контрольну групу – 30 осіб. Для проведення дослідно-експериментальної роботи, була складена та узгоджена з керівництвом установи індивідуальна програма психоневрологічної реабілітації пацієнта, з експериментальної групи, відділення психоневрологічної реабілітації в/ч А3267, яка відображена в таблиці 2.2.1.

Таблиця 2.2.1.

**Індивідуальна програма психоневрологічної реабілітації пацієнта
відділення психоневрологічної реабілітації в/ч А3267**

Етапи реабілітації	Термін перебування	Проведені заходи
1. Початковий (налагодження терапевтичного альянсу – комплексу)	1-2 доба	1. Структуроване діагностичне інтерв'ю лікаря (із застосуванням принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу).
		2. Проведення обов'язкових психодіагностичних методик.
		PCL-M
		RSM-25
		BAI
		BDI
		3. Визначення індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації за принципом мультидисциплінарного обговорення та її узгодження з пацієнтом.
		4. Початок заходів, що проводяться на основному етапі психоневрологічної реабілітації.
2. Основний (реабілітаційний)	3-19 доба	1. Індивідуальна психотерапія.
		2. Групова психотерапія.
		3. Релаксаційні методи з елементами аутогенного тренування.
		4. Фізіотерапія (згідно призначень лікаря-фізіотерапевта).
		5. ЛФК (згідно призначень лікаря-фізіотерапевта).

		6. Арт-терапія (в т. ч. ізо-терапія, мандало-терапія).	
		7. Медикаментозна терапія (за показаннями), згідно листка лікарських призначень.	
3. Завершаючий (підтримуючий)	20-21 доба	1. Індивідуальна психотерапія (2 сесії).	
		2. Релаксаційні методи з елементами аутогенного тренування.	
		3. Проведення обов'язкових психодіагностичних методик з метою оцінки функціонального стану пацієнта та визначення ефективності реабілітації.	PCL-M
			RSM-25
			BAI
4. Завершення заходів, що проводяться на основному етапі психоневрологічної реабілітації.			

Початковий етап індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД, передбачав дослідження наслідків участі в ООС в УБД і налагодження позитивного особистісного контакту з УБД. В процесі дослідження було з'ясовано, що під час проведення початкового етапу програми, було виявлено присутність, в значній кількості УБД, таких явищ як: ПТСР, стрес, тривожність, депресія.

Для реалізації початкового етапу програми, було проведено психодіагностичне дослідження за такими методиками: «Шкала самооцінки наявності ПТСР» («PCL-M») [1]; «Шкала психологічного стресу RSM-25» («RSM-25») [42]; «Шкала тривоги Бека» («BAI») [42]; «Опитувальник депресивності Бека» («BDI») [1].

На основі проведеної шкали «самооцінки наявності ПТСР» (PCL-M) (Додаток А), було виявлено ознаки ПТСР в УБД. Аналіз отриманих даних діагностики дав змогу одержати такі результати: в «експериментальній групі» «нормативні показники психічної активності» – у 28,4 % респондентів, «окремі ознаки ПТСР» – у 37,3 % УБД, «наявність ПТСР» простежувалася лише у 34,3 % досліджуваних (рис. 2.2.1).

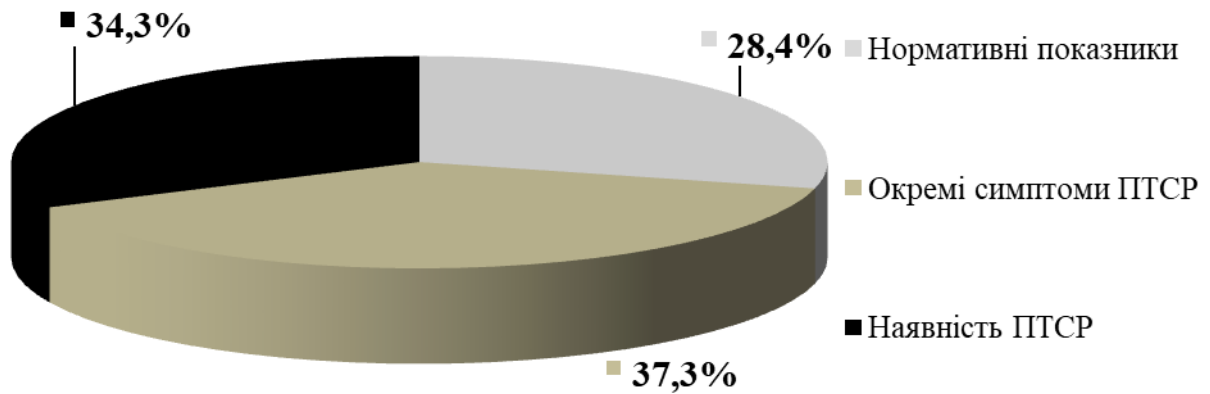


Рис. 2.2.1 Результати PCL-M в УБД експериментальної групи

В контрольній групі «нормативні» показники психічної активності виявлено у 29,2 % осіб, окремі ознаки ПТСР – у 38,4 % досліджуваних, наявність ПТСР – у 32,4% УБД (рис. 2.2.2).

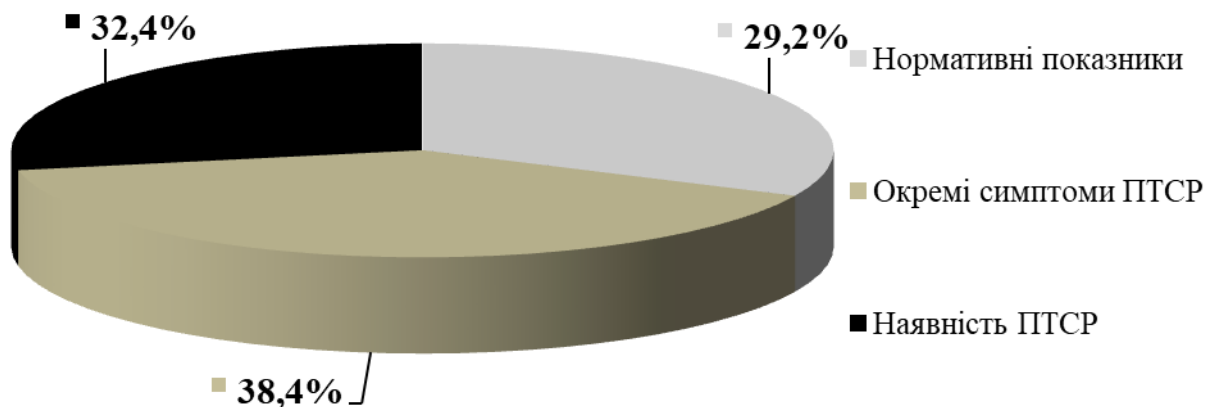


Рис. 2.2.2 Результати PCL-M в УБД контрольної групи

Результати засвідчують, що в великій кількості УБД наявний ПТСР, або його прояви. Групи досліджуваних, експериментальна і контрольна, демонструють майже ідентичні результати.

На основі проведеної методики «Шкала PSM-25» (Додаток Б) був констатований «рівень стресових відчуттів» в соматичних, поведінкових та емоційних показниках в УБД. В результаті дослідження виявлено такі результати: в експериментальній групі «низький рівень» стресових відчуттів був спостерігався у 35,1 % досліджуваних, «середній рівень» стресових відчуттів у 22,2 % респондентів, а «високий рівень» стресових відчуттів у 42,7 % УБД (рис. 2.2.3).

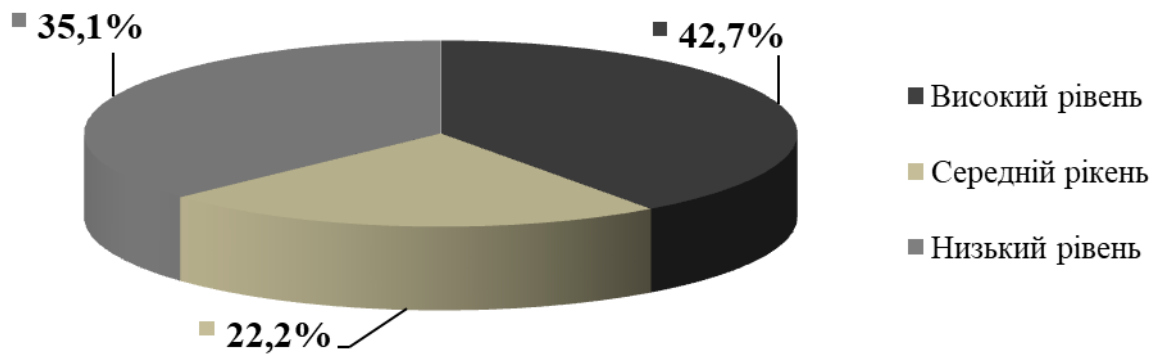


Рис. 2.2.2 Результати дослідження «рівня» стресових відчуттів в УБД експериментальної групи PSM-25

В контрольній групі «низький рівень» стресових відчуттів був констатований у 36,2 % УБД, «середній рівень» стресових відчуттів у 23,4 % військових, «високий рівень» стресових відчуттів у 40,4 % досліджуваних (рис. 2.2.4).

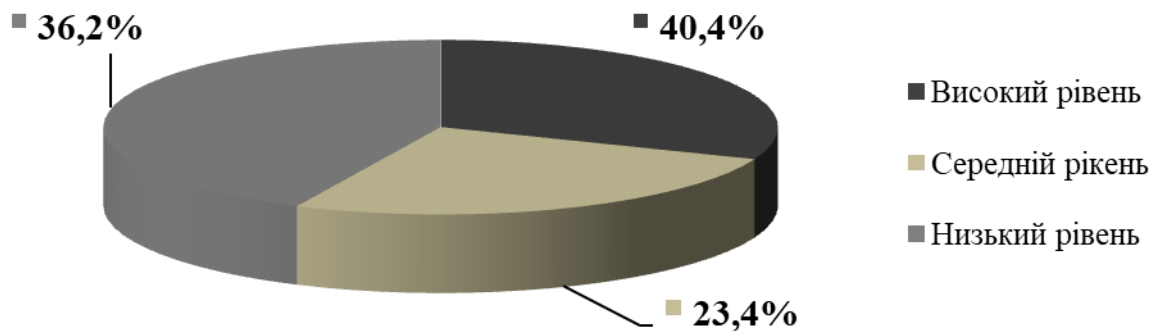


Рис. 2.2.4 Результати дослідження «рівня» стресових відчуттів в УБД контрольної групи за PSM-25

Результати демонструють, що практично у 60 % всіх досліджуваних УБД, спостерігається середній і високий рівні «стресових відчуттів», присутність яких засвідчує проблеми в УБД як на «психологічному», так і на «фізіологічному» рівнях. Ці проблеми проявлялися у: неувважності, дратівливості та тривожності. УБД ще скаржились на такі проблеми: «швидка втомлюваність», «забудькуватість», «головні болі», «проблеми зі сном», «скачки тиску» та інше.

Діагностика «ступеня вираженості тривожних розладів» за методикою «Шкала тривоги Бека» (Додаток В) в УБД виявила наступні результати: в експериментальній групі «незначний рівень» тривоги проявився у 40,2 %

осіб, «середня вираженість» тривоги у 35,2 % УБД, «дуже високий рівень» тривоги у 24,6 % досліджуваних (рис. 2.2.5).

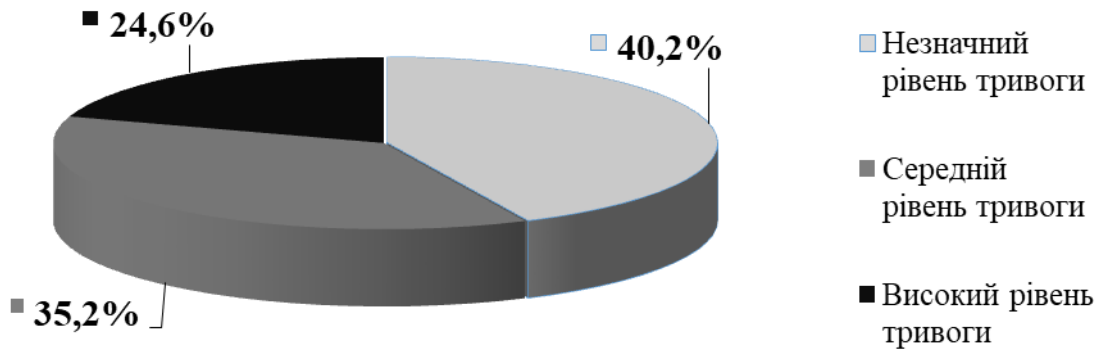


Рис. 2.2.5 Результати дослідження «ступеня вираженості тривожних розладів» в УБД експериментальної групи за ВАІ

В контрольній групі «незначний рівень» тривоги проявився у 39,6 % УБД, «середня вираженість» тривоги у 36,1 % респондентів, «дуже високий рівень» тривоги у 24,3 % досліджуваних (рис. 2.2.6).

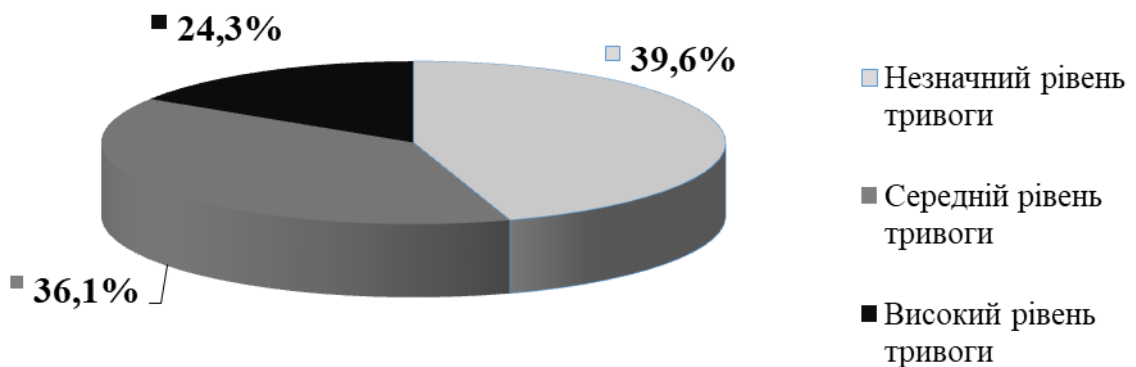


Рис. 2.2.6 Результати дослідження «ступеня вираженості тривожних розладів» в УБД контрольної групи за ВАІ

Результатами діагностики демонструють, що у біля 60 % УБД, спостерігається «середній» і «високий» рівень тривожності. Дані результати констатують наявність в УБД таких особливостей: «відчуття напруги», «заклопотаність», «неспокій», «нервозність», «невизначеність», «безсилля», «незахищеність», «самотність». На «фізіологічному рівні» в УБД спостерігалось: «посилення серцебиття», «почастішання дихання», «підвищення артеріального тиску», «зростання загальної збудливості», «зниження порогів чутливості».

Застосування «Опитувальника депресивності А. Бека» («BDI») (Додаток Г) дало можливість визначити присутність «депресії» та ступінь важкості «депресивних розладів» в УБД. Кількісний аналіз засвідчує такі результати: в експериментальній групі «відсутність депресивних симптомів» простежувалася у 37,3 % УБД, «помірно виражена депресія» у 29,2 % респондентів, «критичний рівень депресії» у 21,4 % УБД, «явно виражена депресивна симптоматика» спостерігалася у 12,1 % досліджуваних (рис. 2.2.7).

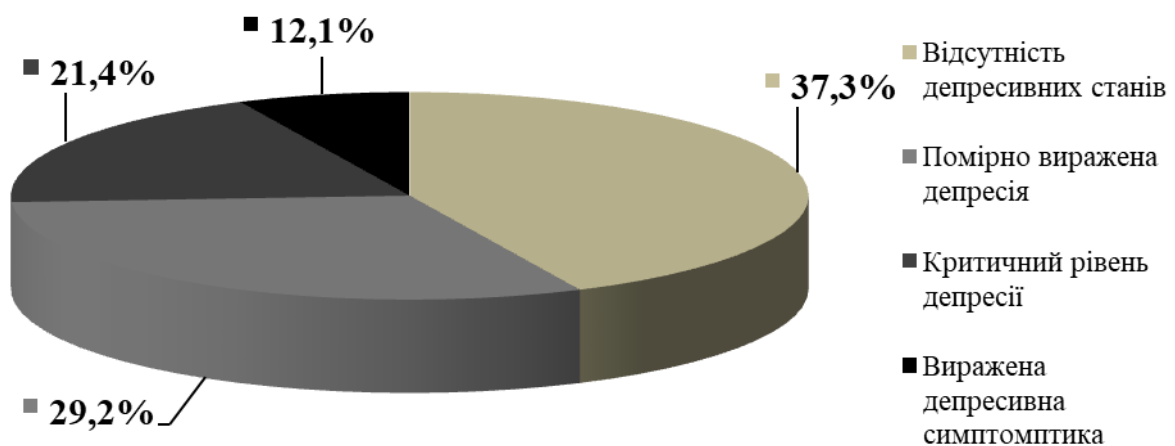


Рис. 2.2.7 Оцінка «депресивних проявів» в УБД експериментальної групи за BDI

В контрольній групі «відсутність депресивних симптомів» спостерігалась у 39,2 % УБД, «помірно виражена депресія» у 30,3 % респондентів, «критичний рівень депресії» у 20,1 % УБД, а «явно виражена депресивна симптоматика» спостерігалась у 10,4 % досліджуваних (рис. 2.2.8).

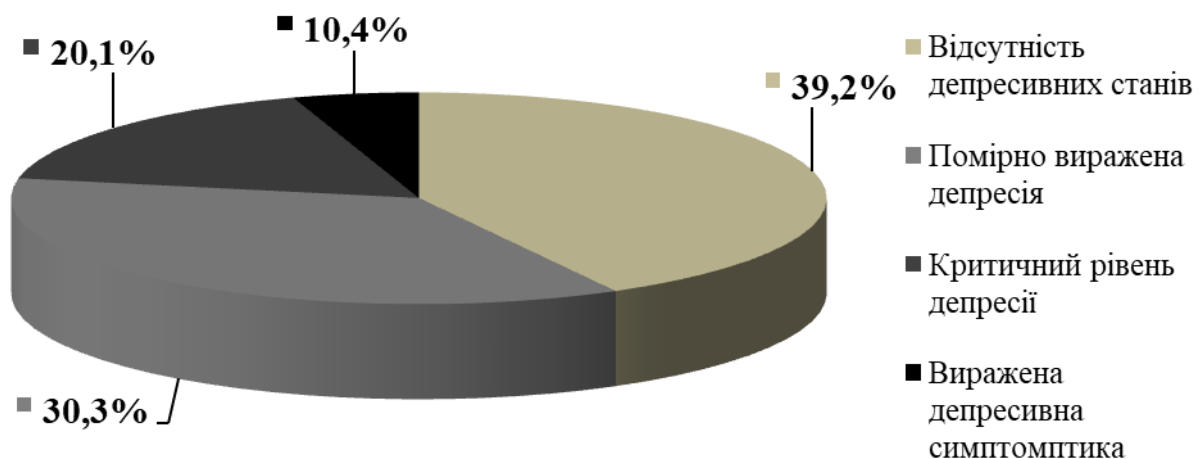


Рис. 2.2.8 Оцінка «депресивних проявів» в УБД контрольної групи за BDI

«Якісний аналіз» дає можливість зробити висновок, про те що було виявлено велику кількість УБД (біля 60 %) з ознаками «депресії». В цих УБД з різною силою виявлялися такі симптоми, як: «сум», «роздратованість», «придушення негативних емоцій», «незадоволеність собою», «песимізм», «самозаперечення», «почуття провини та соціальної відчуженості», «нерішучість», «самозвинувачення», «порушення сну», «суїцидальні думки», «занепокоєння власним станом здоров'я», «зловживання психотропними речовинами», «втрата апетиту, ваги та сексуального потягу».

Зведені результати початкового етапу індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД наведено у табл. 2.2.2.

Таблиця 2.2.2

Результати експериментального дослідження наслідків впливів БПТ на УБД

№	Назва методики	Експериментальна група				Контрольна група			
		Рівні у %				Рівні у %			
		Дуже низький	Низький	Середній	Високий	Дуже низький	Низький	Середній	Високий
1	PCL-M		28,4	37,3	34,3		29,2	38,4	32,4
2	RSM-25		35,1	22,2	42,7		36,2	23,4	40,4
3	BAI		40,2	35,2	24,6		39,6	36,1	24,3
4	BDI	37,3	29,2	21,4	12,1	39,2	30,3	20,1	10,4

Отже, при проведенні першого «Початкового етапу» програми (діагностика), протягом 2020-2021 рр. на базі відділення психоневрологічної реабілітації в/ч А3267, констатовано наявність, практично у 60 % УБД, таких явищ, як: ПТСР, стрес, тривожність, депресія.

Тому УБД була запропонована «Індивідуальна програма психоневрологічної реабілітації», яка ґрунтувалася на принципі мультидисциплінарного обговорення та її узгодження з УБД та була спрямована на: подолання ПТСР; підвищення «рівня самоконтролю»; відновлення «особистісної інтегрованості»; вироблення «комунікативних навичок»; формування вміння «адаптуватися до змін у соціокультурному просторі».

Основний (реабілітаційний) етап індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД передбачав реалізацію заходів по «реабілітації» УБД.

Під час проведення цього етапу були реалізовані такі види робіт, як:

1. Індивідуальна психотерапія. Було проведено по 5 сесій індивідуальної терапії, з кожним УБД з експериментальної групи;

2. Групова психотерапія. Було проведено по 5 сесій групової психотерапії, з УБД з експериментальної групи (група ділилася на 2 підгрупи);

3. Релаксаційні методи з елементами аутогенного тренування. УБД експериментальної групи, було надано низку релаксаційних методик та проведено 17 занять (в вечірній час) по застосуванню цих релаксаційних методів з елементами аутогенного тренування;

4. Фізіотерапія. Проводилась з УБД експериментальної групи згідно призначень лікаря-фізіотерапевта.

5. ЛФК. Проводилась з УБД експериментальної групи згідно призначень лікаря-фізіотерапевта.

6. Арт-терапія. Було проведено 7 групових занять, з УБД з експериментальної групи, під час занять використовувалась ізотерапія, мандалотерапія тощо;

7. Медикаментозна терапія (за показаннями). Проводилась з УБД експериментальної групи згідно листка лікарських призначень.

На третьому «Завершальному» етапі індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації, було проведено повторне дослідження УБД контрольної та експериментальної груп, з метою оцінки функціонального стану УБД та визначення ефективності проведеної реабілітації.

Для повторного дослідження УБД був використаний той самий, що і при експериментальному дослідженні, комплекс діагностичних методик.

Констатувальне дослідження проводилося протягом 2020-2021 років, респондентами виступили УБД у кількості 57 осіб, ті самі, що брали участь у експериментальному дослідженні: експериментальна група – 27 осіб та контрольна група – 30 осіб.

При проведенні шкали «Самооцінка наявності ПТСР» (PCL-M) [1] (Додаток А) встановлено ознаки ПТСР в УБД. Аналіз отриманих даних повторного дослідження виявив: в експериментальній групі «нормативні показники психічної активності» виявлено у 53,3 % досліджуваних, «окремі ознаки ПТСР» у 26,5 % респондентів, «наявність ПТСР» у 20,2 % УБД. У контрольній групі «нормативні показники психічної активності» виявлено у 35,2 % досліджуваних, «окремі ознаки ПТСР» у 39,4 % комбатантів, «наявність ПТСР» у 26,4 % респондентів.

Порівняльні результати попереднього та повторного дослідження самооцінки наявності ПТСР у комбатантів «експериментальної» та «контрольної» груп представлені у таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3

Порівняльні результати попереднього та повторного дослідження УБД за методикою «PCL-M» експериментальної та контрольної груп

Показники (рівні)	Експериментальна група		Контрольна група	
	Попереднє досл.	Повторне досл.	Попереднє досл.	Повторне досл.
Наявність ПТСР	34,3 %	20,2 %	32,4 %	26,4 %
Окремі симптоми ПТСР	37,3 %	26,5 %	38,4 %	39,4 %
Нормативні показники	28,4 %	53,3 %	29,2 %	35,2 %

Отже, на основі повторного проведення методики «Самооцінка наявності ПТСР» було виявлено, що ознаки ПТСР в УБД експериментальної групи зменшилися приблизно на 30 %. При цьому, показники ознак ПТСР в УБД контрольної групи дещо змінилися, але говорити про кардинальні зміни в порівнянні з попереднім дослідженням, ми не можемо. Тобто здійснені заходи індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД експериментальної групи, виявилися результативними.

При проведенні методики «Шкала PSM-25» [42] (Додаток Б), було визначено «рівень» стресових відчуттів у «соматичних, поведінкових і емоційних» показниках в УБД. В результаті «повторного дослідження» були отримані наступні результати: в експериментальній групі «низький рівень стресових відчуттів» у 52,2 % досліджуваних, «середній рівень стресових відчуттів» у 23,5 % УБД, «високий рівень стресових відчуттів» у 24,3 % досліджуваних осіб. В контрольній групі «низький рівень стресових відчуттів» у 41,4 % УБД, «середній рівень стресових відчуттів» у 26,3 % респондентів, «високий рівень стресових відчуттів» у 32,3 % УБД.

Порівняльні результати попереднього та повторного дослідження «рівня стресових відчуттів» в УБД експериментальної і контрольної груп наведені в таблиці 2.2.4.

Таблиця 2.2.4

Порівняльні результати попереднього та повторного дослідження УБД за методикою «PSM-25» експериментальної та контрольної груп

Рівень стресових відчуттів	Експериментальна група		Контрольна група	
	Попереднє досл.	Повторне досл.	Попереднє досл.	Повторне досл.
Високий	42,7 %	24,3 %	40,4 %	32,3 %
Середній	22,2 %	23,5 %	23,4 %	26,3 %
Низький	35,1 %	52,2 %	36,2 %	41,4 %

При повторному тестуванні за «Шкалою PSM-25» та було констатовано, що дані «стресових відчуттів» в експериментальній групі УБД позитивно змінилися приблизно на 30 %. При цьому показники «стресових відчуттів» в УБД контрольної групи залишилися практично на тому самому рівні, що і при констатувальному дослідженні.

Дані результати дослідження засвідчують, що в великій кількості УБД експериментальної групи, після проведення реабілітаційних заходів, фізіологічні особливості вдало впоралися з наслідками стресових впливів та не простежувалося зниження адаптаційних можливостей фізіології УБД та її здатності здійснювати опір психосоматичним хворобам.

При проведенні повторного дослідження за методикою «Шкала тривоги Бека» (BAI) [42] (Додаток В) в УБД: в експериментальній групі незначний рівень «тривоги» констатований у 53,4 % УБД, середня «вираженість тривоги» в 30,4 % УБД, дуже високий «рівень тривоги» спостерігався в 16,2 % УБД. В контрольній групі незначний «рівень тривоги» в 41 % УБД, середня «вираженість тривоги» в 37,4 % УБД, дуже високий «рівень тривоги» в 21,6 % УБД.

Результати попереднього та повторного дослідження «тривожних» розладів в УБД експериментальної і контрольної груп представлені у таблиці 2.2.5.

Таблиця 2.2.5

Порівняльні результати попереднього та повторного дослідження УБД за методикою «BAI» експериментальної та контрольної груп

Рівень	Експериментальна група		Контрольна група	
	Попереднє досл.	Повторне досл.	Попереднє досл.	Повторне досл.
Високий рівень	24,6 %	16,2 %	24,3 %	21,6 %
Середній рівень	35,2 %	30,4 %	36,1 %	37,4 %
Незначний рівень	40,2 %	53,4 %	39,6 %	41,0 %

Результати повторного проведення методики «ВАІ» констатували, що в УБД експериментальної групи здійснилися позитивні зміни показників «тривоги» практично на 30 %. А данні рівнів тривожності в УБД контрольної групи майже не змінилися.

При повторному проведенні «Опитувальника депресивності А. Бека» (BDI) [1] (Додаток Г) встановлено присутність депресії та ступінь важкості «депресивних розладів» в УБД. Аналіз виявив такі результати: в експериментальній групі відсутність «депресивних симптомів» простежувалася в 51,4 % УБД, помірно «виражена депресія» в 24,3 % УБД, критичний рівень «депресії» в 16,1 % УБД, явно виражена «депресивна симптоматика» виявлена в 8,2% УБД. В контрольній групі відсутність «депресивних симптомів» простежувалася в 42,4 % УБД, помірно «виражена депресія» в 33,2 % УБД, критичний рівень «депресії» в 16,2 % УБД, явно виражена «депресивна симптоматика» спостерігалася в 8,2 % УБД.

Результати попереднього та повторного дослідження наявності депресії в УБД експериментальної і контрольної груп представлені в таблиці 2.2.6.

Таблиця 2.2.6

Порівняльні результати попереднього та повторного дослідження УБД за методикою «BDI» експериментальної та контрольної груп

Рівень	Експериментальна група		Контрольна група	
	Попереднє досл.	Повторне досл.	Попереднє досл.	Повторне досл.
Відсутність депресивних симптомів	37,3 %	51,4 %	39,2 %	42,4 %
Помірно виражена депресія	29,2 %	24,3 %	30,3 %	33,2 %
Критичний рівень депресії	21,4 %	16,1 %	20,1 %	16,2 %
Явно виражена депресивна симптоматика	12,1 %	8,2 %	10,4%	8,2 %

На основі повторно проведеної методики «BDI» констатовано, що в УБД експериментальної групи показники «депресивної симптоматики» знизилися практично на 30 %. Також необхідно зауважити, що показники рівнів «депресивної симптоматики» в УБД контрольної групи практично залишилися без змін.

Показники констатувального дослідження демонструють те, що у значної кількості УБД експериментальної групи, після участі в заходах реабілітації, відбулося зниження рівнів «депресивних» станів, це позитивно вплинуло на їх здатність якісно самореалізовуватись в різних власних потребах і цінностях, та стало джерелом їх індивідуальної активності.

Узагальненні результати констатуючої та повторної діагностики ПТСР в УБД експериментальної групи наведені у таблиці 2.2.7.

Таблиця 2.2.7

Результати констатуючого та повторного дослідження УБД експериментальної групи

№	Назва методики	Попереднє дослідження				Повторне дослідження			
		Рівні у %				Рівні у %			
		Дуже низький	Низький	Середній	Високий	Дуже низький	Низький	Середній	Високий
1	PCL-M		28,4	37,3	34,3		53,3	26,5	20,2
2	RSM-25		35,1	22,2	42,7		52,2	23,5	24,3
3	BAI		40,2	35,2	24,6		53,4	30,4	16,2
4	BDI	37,3	29,2	21,4	12,1	51,4	24,3	16,1	8,2

Результати констатуючої та повторної діагностики ПТСР в УБД контрольної групи представлені у таблиці 2.2.8.

**Результати констатууючого та повторного дослідження УБД
контрольної групи**

№	Назва методики	Попереднє дослідження				Повторне дослідження			
		Рівні у %				Рівні у %			
		Дуже низький	Низький	Середній	Високий	Дуже низький	Низький	Середній	Високий
1	PCL-M		29,2	38,4	32,4		35,2	39,4	26,4
2	RSM-25		36,2	23,4	40,4		41,4	26,3	32,3
3	BAI		39,6	36,1	24,3		41,0	37,4	21,6
4	BDI	39,2	30,3	20,1	10,4	42,4	33,2	16,2	8,2

Підсумовуючи результати проведення третього «Завершального» етапу індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації, який передбачав повторне дослідження УБД контрольної та експериментальної груп, з метою оцінки функціонального стану УБД та визначення ефективності проведеної реабілітації, можна констатувати, що протягом 2020-2021 року, відбулись значні позитивні зміни в показниках експериментальної групи (практично 30 %) і не відмічалися значні зміни в діагностичних показниках контрольної групи.

Для виявлення взаємозв'язку між впливом індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації на ПТСР, УБД експериментальної групи, було використано «коефіцієнтом рангової кореляції за Спірменом». Після розрахунків, отримано показник рангової кореляції $K_r=0.6274$, це свідчить про прямий сильний кореляційний зв'язок між індивідуальною програмою психоневрологічної реабілітації та ПТСР УБД експериментальної групи.

У такий спосіб результати експериментального дослідження щодо впливу індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД на ПТСР УБД експериментальної групи доводять прямо пропорційну залежність рівня ПТСР УБД експериментальної групи від ефективності впливу на них індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації.

Тобто, запропонована УБД експериментальної групи індивідуальна програма психоневрологічної реабілітації, яка була спрямована на: подолання ПТСР; підвищення самоконтролю; вироблення навичок спілкування; формування вміння адаптуватися до змін мирного життя, була ефективною.

2.3 Практичні рекомендації учасникам ООС по подоланню ПТСР

З метою покращення та закріплення результатів індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД з ПТСР, запропоновано певний ряд рекомендації учасникам ООС по подоланню ПТСР.

Методи саморегуляції (див. Додаток Д), налагоджування комунікації, та втілення їх у повсякденне життя є одним із шляхів підвищення ефективності реабілітації УБД з ПТСР.

Впровадження даних рекомендацій дасть змогу УБД впливати на власну «нервову систему», «центри керування» якої не піддаються безпосередньому вольовому впливу, керувати власним тонусом м'язів, рівнем власної «бадьорості» та продуктивно взаємодіяти з соціумом [55].

Отже, пропонуємо ряд практичних рекомендацій учасникам ООС по подоланню та профілактиці проявів складових ПТСР:

1. Рекомендується достатньо тривалий і якісний сон;
2. Збалансоване, насичене поживними речовинами харчування підвищить «адаптацію» організму до середовища, знизить рівень «емоційного реагування», покращить обмін у клітинах головного мозку [61];

3. Використання достатнього фізичного навантаження, заняття спортом, ранковою гімнастикою має відволікти УБД від «хворобливих переживань», поліпшить контакт з навколишніми, сприятиме відновленню порушених функцій, викличе почуття «впевненості» у власних силах;

4. Використання м'язової релаксації дасть можливість УБД зняти психічну активність і отримати розрядку негативних переживань;

5. Використання методу «аутогенного тренування» дозволить УБД оволодіти «системою» прийомів, самостійного керування власним «психоемоційним» станом, та в такий спосіб забезпечить вищу якість та більшу ефективність своїх дій у «стресових» ситуаціях (прикладом вправ «аутогенного тренування» можуть слугувати: вправи по розслабленню окремих ділянок та всього тіла, за допомогою розумового зосередження та локалізації відчуттів приємної тяжкості; вправи по розширенню кровоносних судин, за допомогою навіювання відчуттів тепла в різних частинах тіла; вправи для «регуляції» діяльності серця; вправи для «контролю» за диханням тощо [54]);

6. Вживання фіто- та гомеопатичних препаратів;

7. Використання масажу і самомасажу сприятиме релаксації напружених м'язів, зняттю зайвої «напруги», релаксації загального стану організму, поліпшенню кровопостачання, нормалізації «нервово-психічної» регуляції, активації працездатності та підвищенню загального «життєвого тону»;

8. Кольоро-терапія допоможе УБД заспокоїтися, надасть енергії та бадьорості;

9. Використання «медитації» УБД посприє: досягненню «енергетичної» рівноваги; звільненню «свідомості» від проблем та спогадів; зупиненню безкінечного потоку думок; регуляції різних «фізіологічних процесів»;

10. Використання «термовідновлювальних» процедур посприяє УБД у відчутті бадьорості, свіжості, спокою, підйому сил, поліпшенні самопочуття, підвищенню психофізичної працездатності;

11. Використання «таласотерапії» дасть можливість УБД покращити стан «нервової» та «ендокринної» системи;

12. Використання «рефлексотерапії» і «рефлесопрофілактики» дасть можливість підвищити адаптаційні можливості організму, управляти рівнем працездатності, корегувати змінені стани при нервово-психічній напруженості, стресі [52];

13. Аква-процедури, загартовування посприяють у знятті втоми;

14. «Гумор» позитивно впливає на імунну систему, так як у відповідь на «власну усмішку» організм УБД буде продукувати гормони радості;

15. Навички самоспостереження за своїм фізичним та психоемоційним станом, релаксація та зняття «психофізіологічної» напруги;

16. Покращення загального фону «настрою», за допомогою опосередкованого впливу на «когнітивну та емоційну» сфери УБД;

17. Формування в учасника ООС «фрустраційної толерантності»;

18. Розвиток навичок самоорганізації та впорядкування особистого життя;

19. Музикотерапія - найкраще впливає на гармонізацію «психоемоційного» стану, зниження відчуття втоми та поліпшення настрою, заспокоєння, врівноваження емоційного стану, допомогу у вивільненні негативних емоцій;

20. Формування в УБД адекватної «самооцінки» та реалістичного «світосприйняття»;

21. Усвідомлення УБД «психотравмуючих» спогадів;

22. Конструктивне закінчення УБД «психотравмуючих» гештальтів;

23. Мислиневе опрацювання УБД «психотравмуючого» досвіду;

24. Усвідомлення УБД «деструктивних» тенденцій сприйняття та поведінки і заміщення їх на конструктивні;

25. Виявлення і усвідомлення в УБД «ірраціональних когніцій» та заміна їх на раціональні;
26. Застосування до УБД «натур-терапії» дає йому відчуття приливу сил, відновлення «психофізичної» енергії;
27. Взаємодія учасника ООС з тваринами допоможе уникнути стресу і напруги, підвищить настрій та самопочуття;
28. Забезпечити можливість учаснику ООС займатися улюбленою справою чи хобі;
29. Використання УБД психічної «саморегуляції» дасть можливість вдосконалити: здатність до «самоконтролю» і свідомої зміни власного стану; здатність до керування поведінкою, з врахуванням суспільних норм; здатність якісно працювати та підтримувати міжособистісну комунікацію; здатність володіти власними негативними емоціями;
30. Застосування «Арт-терапії» учасником ООС, допоможе йому досягнути «седативного» та «активізуючого» ефекту, розвинути здатності виражати власні почуття і думки (вербально, невербально);
31. Використання «Аромо- та фітотерпії» надасть можливість УБД підвищити загальну «неспецифічну резистентність» організму, працездатність, поліпшити самопочуття, знизити тривожність, покращити сон;
32. Намагатися уникати людей, що є негативні, і це буде сприяти зниженню «емоційно негативного фону» і допомагатиме підвищенню «позитивного емоційно фону»;
33. Чим більше буде віднаходити УБД джерел позитиву, тим більше це буде допомагати йому створювати більшу кількість позитивних емоцій;
34. Намагатися переключати увагу, концентрувати уваги на позитиві, «проговорювати та усвідомлювати» власні переживання, допоможе позбутися негативних переживань в УБД;
35. Застосування учасником ООС «дихальних технік» (див. Додаток Д) допоможе: зниженню дратівливості; заспокоєнню НС; врятувати від

«нав'язливих думок»; позбутися гніву, агресії, негативних емоцій, тривоги; подолати «в'ялість» та сонливість;

36. Використовуючи «візуалізацію» УБД зможе: оволодіти новими навичками; досягнути «складних цілей»; отримати «контроль» та впевненість в собі; бути спокійним під час стресу; створити нові плани та стратегії;

37. При відвідуванні учасником ООС «психологічних тренінгів», він зможе підвищити власну «соціально-психологічну» компетентність, сформувати та розвивати «вміння та навички» в комунікативній сфері, розвинути можливість «адекватно та цілісно» сприймати та розуміти себе і навколишніх, оволодіти здатністю «правильного орієнтування» у складних «міжособистісних» ситуаціях;

38. При формуванні в учасника ООС мотивації до «психологічної роботи» над собою, в руслі конструктивних змін своєї особистості, він отримає «особистісний розвиток» та подолає «психічні розлади»;

39. При свідомому засвоєнні УБД системи «вищих цінностей», виникає можливість до надання сенсу власному «існуванню» навіть в найскладніших життєвих умовах;

40. Звернути увагу УБД на формування його здатності до морального вибору в «проблемних» ситуаціях.

Висновки до Розділу 2

У розділі здійснено аналіз емпіричного дослідження психологічного стану учасників ООС до та після проведення психологічної реабілітації, на підставі чого було сформульовано такі висновки:

1. Представлено структуру індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД, яка здійснювалася протягом 2020-2021 рр., на базі психіатричного відділення Старокостянтинівського військового госпіталю, на базі військової частини А3267, кількість учасників ООС, які були охоплені дослідженням, склала 57 осіб, вибірку склали представники

чоловічої статі у віці від 18 до 38 р.. На «Початковому етапі», програми відбулось дослідження наслідків участі в ООС в УБД і налагодження позитивного особистісного контакту з ними. В процесі констатувального дослідження було виявлено присутність, практично у 60 % УБД, таких явищ як: ПТСР, стрес, тривожність, депресія.

Під час проведення «Основного етапу» програми психоневрологічної реабілітації, з експериментальною групою УБД, яка складалася з 27 осіб, були реалізовані такі види робіт, як: індивідуальна психотерапія, групова психотерапія, релаксаційні методи з елементами аутогенного тренування, фізіотерапія, ЛФК, арт-терапія, медикаментозна терапія.

На третьому «Завершальному» етапі індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації, який передбачав повторне дослідження УБД контрольної та експериментальної груп, з метою оцінки функціонального стану УБД та визначення ефективності проведеної реабілітації, можна констатувати, що протягом 2020-2021 року, відбулись значні позитивні зміни в показниках експериментальної групи (практично 30 %) і не відмічалися значні зміни в діагностичних показниках контрольної групи.

Для виявлення взаємозв'язку між впливом індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації на ПТСР, УБД експериментальної групи, було використано «коефіцієнтом рангової кореляції за Спірменом». Після розрахунків, отримано показник рангової кореляції $Kr=0.6274$, це свідчить про прямий сильний кореляційний зв'язок між індивідуальною програмою психоневрологічної реабілітації та ПТСР УБД експериментальної групи.

У такий спосіб результати експериментального дослідження щодо впливу індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД на ПТСР УБД експериментальної групи доводять прямо пропорційну залежність рівня ПТСР УБД експериментальної групи від ефективності впливу на них індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації.

Акцентовано, що запропонована УБД експериментальної групи індивідуальна програма психоневрологічної реабілітації, яка була

спрямована на: подолання ПТСР; підвищення самоконтролю; вироблення навичок спілкування; формування вміння адаптуватися до змін мирного життя, була ефективною.

2. З метою покращення та закріплення результатів індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД з ПТСР, запропоновано рекомендації учасникам ООС по подоланню ПТСР. При цьому акцентовано на тому, що методи саморегуляції, налагоджування комунікації та втілення їх у повсякденне життя є одним із шляхів підвищення ефективності реабілітації УБД з ПТСР.

Тому впровадження даних рекомендацій дасть змогу УБД впливати на власну «нервову систему», «центри керування» якої не піддаються безпосередньому вольовому впливу, керувати власним тонусом м'язів, рівнем власної «бадьорості», продуктивно взаємодіяти з соціумом, уникати «деструктивних» наслідків впливу ПТСР на їх діяльність і життя, та допоможе УБД підвищити власну працездатність і покращити своє самопочуття.

ВИСНОВКИ

За підсумками теоретичного та експериментального аналізу проблеми особливості проведення психологічної реабілітації учасників Операції Об'єднаних сил, нами було зроблено такі висновки:

1. Констатовано, що існує кількома наукових підходів, які досліджують структуру, зміст і властивості поняття «психологічна реабілітація». Зауважено, що «психологічна реабілітація» УБД, має систему: психологічних, педагогічних, соціальних та медичних заходів, що направленні на компенсацію чи корекцію порушених «психічних станів» і функцій, особистісного та соціального статусу УБД, які зазнали психотравм та поранень при виконанні своїх обов'язків у зоні проведення ООС. Реабілітація відбувається в таких напрямках: «психопрофілактика», «психодіагностика», «психокорекція», «психоконсультавання», «психотерапія», «робота з рідними та близькими УБД».

Наголошено на тому, що методи, що застосовують для подолання ПТСР, об'єднують у чотири категорії: «освіта», «цілісне ставлення до здоров'я», «збільшення соціальної підтримки і соціальної інтеграції УБД», «терапія».

Охарактеризовано психологічні та фізіологічні особливості учасників ООС, які включають: соціальне самоуникнення, відсторонення від інших; проблеми зі сном; зловживання психотропними речовинами; високий рівень тривожності та психічної нестійкості; зміна поведінки; девіантну поведінку; депресія, суїцидальні думки чи спроби суїциду; неспецифічні соматичні скарги. Також існують інших психічні явища, що проявляються в УБД, до них відносяться: песимізм, почуття занедбаності, недовіра, зникнення сенсу життя, неможливість спілкування на тему війни; зневіра у власні сили; відчуття втрати контролю над власним життям та подіями; закритість у спілкуванні з іншими людьми; негативне відношення до владних структур; схильність до небезпечних «пригод» тощо. Проаналізовано

«клінічні варіанти ПТСР», які виникають в УБД, що зазнали впливу травмуючої події.

2. Представлено структуру індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД, яка здійснювалася протягом 2020-2021 рр., на базі психіатричного відділення Старокостянтинівського військового госпіталю, на базі військової частини А3267, кількість учасників ООС, які були охоплені дослідженням, склала 57 осіб, вибірку склали представники чоловічої статі у віці від 18 до 38 р.. На «Початковому етапі», програми відбулось дослідження наслідків участі в ООС в УБД і налагодження позитивного особистісного контакту з ними. В процесі констатувального дослідження було виявлено присутність, практично у 60 % УБД, таких явищ як: ПТСР, стрес, тривожність, депресія.

Під час проведення «Основного етапу» програми психоневрологічної реабілітації, з експериментальною групою УБД, яка складалася з 27 осіб, були реалізовані такі види робіт, як: індивідуальна психотерапія, групова психотерапія, релаксаційні методи з елементами аутогенного тренування, фізіотерапія, ЛФК, арт-терапія, медикаментозна терапія.

На третьому «Завершальному» етапі індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації, який передбачав повторне дослідження УБД контрольної та експериментальної груп, з метою оцінки функціонального стану УБД та визначення ефективності проведеної реабілітації, можна констатувати, що протягом 2020-2021 року, відбулись значні позитивні зміни в показниках експериментальної групи (практично 30 %) і не відмічалися значні зміни в діагностичних показниках контрольної групи.

Для виявлення взаємозв'язку між впливом індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації на ПТСР, УБД експериментальної групи, було використано «коефіцієнтом рангової кореляції за Спірменом». Після розрахунків, отримано показник рангової кореляції $Kr=0.6274$, це свідчить про прямий сильний кореляційний зв'язок між індивідуальною програмою психоневрологічної реабілітації та ПТСР УБД експериментальної групи.

У такий спосіб результати експериментального дослідження щодо впливу індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД на ПТСР УБД експериментальної групи доводять прямо пропорційну залежність рівня ПТСР УБД експериментальної групи від ефективності впливу на них індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації.

Акцентовано, що запропонована УБД експериментальної групи індивідуальна програма психоневрологічної реабілітації, яка була спрямована на: подолання ПТСР; підвищення самоконтролю; вироблення навичок спілкування; формування вміння адаптуватися до змін мирного життя, була ефективною.

3. З метою покращення та закріплення результатів індивідуальної програми психоневрологічної реабілітації УБД з ПТСР, запропоновано рекомендації учасникам ООС по подоланню ПТСР. При цьому акцентовано на тому, що методи саморегуляції, налагоджування комунікації та втілення їх у повсякденне життя є одним із шляхів підвищення ефективності реабілітації УБД з ПТСР.

Тому впровадження даних рекомендацій дасть змогу УБД впливати на власну «нервову систему», «центри керування» якої не піддаються безпосередньому вольовому впливу, керувати власним тонусом м'язів, рівнем власної «бадьорості», продуктивно взаємодіяти з соціумом, уникати «деструктивних» наслідків впливу ПТСР на їх діяльність і життя, та допоможе УБД підвищити власну працездатність і покращити своє самопочуття.