

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЯ ВІЙСЬКОВИХ,  
УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ  
І ЧЛЕНІВ ЇХ СІМЕЙ

Одеса 2024

## УДК 159.9:355/351.147(477)

Схвалено радою ДЗ «Південноукраїнський Національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського» (протокол від № )

### Укладач

Борисова О.О. кандидатка юридичних наук, старша викладачка кафедри загальної та диференціальної психології ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет імені К.Д. Ушинського», практичний психолог, включена в Реєстр суб'єктів надання послуг із психологічної допомоги для ветеранів, ветеранок і членів їх сімей Міністерством у справах ветеранів України.

### Рецензенти

Навчальний посібник «Психореабілітація військових, учасників бойових дій і членів їх сімей»

Навчальний посібник містить комплексну інформацію, яка охоплює широке коло питань психореабілітаційного контексту. Робота з травмами війни – новий напрямок в сучасній українській психологічній науці і практиці. Підготовка психологів-реабілітологів як фахівців, спроможних задовільнити потреби військовослужбовців, учасників бойових дій і членів їх родин є важливою задачею і метою закладів вищої освіти. Специфіка досвіду отримувачів послуг з психологічної допомоги потребує напрацювання ефективних та екологічних методів, технік і підходів допомоги. В посібнику розглянуто різні реабілітаційні моделі, враховано як досвід західних країн так і напрацювання українських фахівців, розглянуто сучасне українське законодавство, яке врегульовує процес надання послуг із психологічної реабілітації окремим категоріям громадян. Кожен розділ має широкий перелік літератури, яка дозволить поглибити знання, до кожної теми наведено перелік питань як теоретичного, так і практичного змісту.

Навчальне видання буде корисним для студентів магістратур та бакалавратів, робітникам соціальних служб, представникам громадських організацій, практикуючим психологам, навчально-педагогічних працівникам закладів вищої освіти тощо.

## ЗМІСТ

### **РОЗДІЛ 1. ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДРУГОГО РІВНЯ В УКРАЇНІ**

- 1.1. Реабілітаційний напрямок в медицині та психології
- 1.2. Психореабілітація як вид психологічної допомоги
- 1.3. Процес надання психологічної допомоги військовим і членам їх сімей в Україні: юридичні аспекти

### **РОЗДІЛ 2. БОЙОВИЙ ДОСВІД УЧАСНИКІВ/УЧАСНИЦЬ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ЙОГО СПЛИВ НА ПСИХО-ФІЗІОЛОГІЧНІ СТРУКТУРИ**

- 2.1. Бойовий стрес та бойове виснаження
- 2.2. Бойова психічна травма
- 2.3. ЛЧМТ («контузії») та їхні можливі наслідки впливу на психічні функції.
- 2.4. Посткомоційний синдром.

### **РОЗДІЛ 3. «ТРИАДА ВІЙНИ»: ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ГСР), ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР ТА КПТСР), РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ (РА)**

- 3.1. ГСР: поняття, ознаки та прояви, лікування
- 3.2. ПТСР: ознаки, прояви, протокол лікування
- 3.3. Комплексний ПТСР в редакції МКХ 11
- 3.4. Розлади адаптації: поняття, види, алгоритми допомоги

*Додаток 1 до Розділу 3. Інформаційний лист  
«Посттравматичний стресовий розлад»*

*Додаток 2 до Розділу 3. Формалізоване  
психодіагностичне інтерв'ю з комбатантами  
для діагностики ймовірності ПТСР*

*Додаток 3 до Розділу 3. Стратегії*

психологічної роботи з травмами війни різних авторів

*Додаток 4 до Розділу 3. Перелік*

методів психотерапії з доведеною ефективністю

## **РОЗДІЛ 4. МОДЕЛІ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ВЕТЕРАНІВ ТА ВЕТЕРАНОК В СВІТІ ТА В УКРАЇНІ**

4.1. Іноземний досвід організації психореабілітації ветеранів/ветеранок

4.2. Моделі психореабілітаційного процесу вітчизняних авторів

## **РОЗДІЛ 5. ПРОЦЕС ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ЗА ІНДИВІДУАЛЬНИМ ПЛАНОМ ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

5.1. Початок реабілітаційного процесу: аналіз потреб та збір анамнезу

5.2. Психоедукація та психоедукаційні моделі

5.3. Ресурсування в процесі психореабілітації

5.4. Робота з сенсами

## **Розділ 6. ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ТА ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЯ ЧЛЕНІВ СІМЕЙ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

6.1. Робота з членами родин тих, хто воює

6.2. Робота з членами родин тих, хто в полоні

6.3. Робота з членами родин тих, хто знаходиться в статусі зниклих без вісті

Питання для підготовки до заліку

Тренувальне тестове завдання

## ВСТУП

Війна – це найбільш страшна і важка подія, яка може статися в житті людини, родини, спільноти, держави. На жаль, з Україною і українцями саме це вже сталося і з 2014 року ми всі живемо в ситуації високих ризиків. А повномасштабне вторгнення, що розпочалось 24 лютого 2024 року, відкрило нову стадію війну, найбільш жорстоку і руйнівну.

Ціла низка гарантій, прав і можливостей відчують наразі обмеження щодо своєї реалізації в повній мірі: право на свободу переміщення територією держави і виїзду за кордон, право на екологічну безпеку, право на безпечний життєвий простір та інші наразі обмежені, через дію воєнного стану.

Станом на травень 2024 року в захисті Батьківщини рід російських загарбників приймають участь 1 200 000 осіб, Захисників і Захисниць України, а кількість учасників/учасниць бойових дії наближається до мільйона. Невідомо, скільки триватиме війна, але можна точно казати, що кількість людей, які беруть безпосередню участь в захисті української землі і населення, буде ставати дедалі більше.

Люди, які отримали особливий досвід – приймали участь в бойових діях на фронтах, воювали з ворогом, виживали в екстремальних умовах, зазнали і зазнають великих змін в усіх сферах свого життя: соціального, сімейного, професійного, постраждало їх фізичне та психологічне здоров'я.

Коли на війні один член родини – на війні вся родина, тому що вплив сажкого та екстремального стресу відчують рідні і близьки. Така ситуація створює найбільші, в історії незалежної України, виклики, перед психологічною наукою, теорією і практикою, яким зараз буде відведено одну з головних ролей, тому ще треба задовільнити очікування та потреби українського суспільства.

«Після війни психологічна підтримка може знадобитися близько 15 мільйонам українців», – зазначив міністр охорони здоров'я України в одному із інтерв'ю.

А саме: швидко та ефективно відреагувати на актуальні запити часу, надавши чіткі і сталі моделі як теоретичного сенсу (відносно концепцій, доктрин, статей, монографій, які будуть пояснювати та розкривати багаточисельні феномени психологічних станів та реакцій), так і практичного змісту. Мається на увазі нові, дієві та, що найважливіше, адаптовані під український досвід і реалії, психодіагностичні інструменти, протоколи, рекомендації і інструкції, які зможуть застосовувати практичні та клінічні психологи в своїх кабінетах, працюючи як з внутрішньо переміщеними особами, з тими, хто особисто і безпосередньо постраждав від війни, а також – з військовослужбовцями, які провели чимало часу в боях і членами їх родин.

Наразі міжнародна підтримка вітчизняних спеціалістів з питань психічного та ментального здоров'я знаходиться на високому рівні: постійно проводяться різноманітні заходи на різних рівнях (науковому, освітньому, практичному) за участю фахівців міжнародного рівня, які діляться з українськими психологами власним досвідом, напрацюваннями, алгоритмами роботи, в тому числі – з комбатантами.

Але, все частіше практикуючі психологи повідомляють про те, що український теперішній досвід суттєво відрізняється від досвіду інших країн, а протоколи і методики, які ефективно працюють в практиці іноземців – не завжди дають гарні результати при роботі з травмами нашої війни.

Таким чином зростає роль вітчизняних досліджень, які враховуватимуть автентичний досвід українських військових, помножений на соціальні, культуральні, трансгенераційні та духовні особливості і сприятимуть розробці широкого репертуару психологічних інструментів, які сприятимуть екологічному високоефективному супроводу та зціленню психотравм війни.

Учасники бойових дій, які звертаються за психологічною допомогою як за власним бажанням, так і за направленням лікаря, або після наполегливої рекомендації побратима, який вже отримав позитивний досвід роботи з психологом, є людьми дуже різного досвіду, віку, соціального та сімейного статусу.

Індивідуальний психологічний профіль кожного отримувача психореабілітаційних послуг потребує окремої прицільної роботи над складанням індивідуального плану психореабілітаційного процесу. Кожному Захиснику чи Захисниці для відновлення та зцілення ран, завданих війною, буде потрібно різна кількість часу, різні підходи, різні методологічні інтервенції. Адже об'єм травматичного матеріалу та його вплив на людську психіку буде відрізнятись, в залежності від того, скільки часу людина провела в зоні бойових дій, які саме бойові завдання та розпорядження виконувала, який її характер та світогляд, життєвий досвід тощо.

# РОЗДІЛ 1. ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДРУГОГО РІВНЯ В УКРАЇНІ

## 1.1. Реабілітаційний напрямок в медицині та психології

Термін «реабілітація» запозичений із латинської мови і складається з префікса «re» - відновлення і прикметника «habilitas» - сприяти. Таким чином, дослівний переклад цього терміну означає «відновлення корисності» для чогось. В професійному медичному середовищі цей термін з'явився всередині ХХ сторіччя. В Англії та США після Другої світової війни було розроблено принципи реабілітації, які згодом стали основою концепцій реабілітації хворих та людей з інвалідністю у різних країнах світу.

*Реабілітація* – це використання різних можливостей для зменшення впливу чинників, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідизації; забезпечення особам із обмеженням життєдіяльності можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції. Визначення поняття «реабілітація» змінилося наприкінці ХХ століття. Зараз під реабілітацією розуміють систему державних, соціальних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на запобігання розвиткові патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), реабілітація – це комбіноване і координоване використання медичних, соціальних і професійних заходів з метою підготовки і перепідготовки (перекваліфікації) індивідуума на оптимум працездатності, направлених на усунення та можливу компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних порушеннями здоров'я зі стійкими розладами функцій організму.

*Термін «реабілітація» активно використовують у різних сферах – медицині, психіатрії, психології, педагогіці, соціології. Зокрема, у соціальному контексті реабілітація передбачає відновлення здоров'я людини, її соціального статусу, втраченого або зниженого через проблеми, що призвели до складної ситуації. У медичному розумінні реабілітація спрямована на відновлення фізичних і духовних сил людини, її професійних навичок.*

*Тобто, у вузькому розумінні реабілітація означає відновлення здоров'я.*

У широкому розумінні реабілітацію визначаємо як окремий вид соціальної діяльності спеціально уповноважених органів держави, соціальних служб, об'єднань громадян та інших соціальних інститутів, яка безпосередньо спрямована на здійснення організаційних, економічних, правових, культурних,

освітніх, лікувальних, оздоровчих та інших соціальних заходів щодо покращення фізичного та функціонального стану, працездатності й відновлення честі, гідності, прав і свобод певних категорій населення, порушених хворобами, травмами або фізичними, хімічними та іншими соціальними чинниками

Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» визначає реабілітацію взагалі як комплекс заходів, яких потребує особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем. Стаття 10 цього нормативно-правового акту відносить психологів та психотерапевтів до фахівців з реабілітації.

*До осіб, яким надається реабілітаційна допомога, відносить:*

- 1) особи з обмеженнями повсякденного функціонування;
- 2) особи, у яких захворювання, травми, вроджені порушення або інші стани здоров'я можуть призвести до обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності.

Важливо знати визначення поняття «стан здоров'я», адже реабілітація спрямована на відновлення здоров'я і вправного функціонування людини в суспільстві та своєму житті. Стан здоров'я – це загальний показник для хвороб (гострих і хронічних), розладів, пошкоджень або травм. Стан здоров'я також може охоплювати інші обставини, у тому числі вагітність, старіння, стрес, вроджена аномалія або генетична схильність. Стани здоров'я кодуються згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я.

*Реабілітація має основну мету: відновлення соціального статусу хворої людини, у тому числі й людини з інвалідністю, досягнення нею матеріальної незалежності й соціальної адаптації.*

Зважаючи на багатоплановість задач реабілітації, її умовно можна розділити на так звані види, або аспекти – медичний, фізичний, психологічний, педагогічний, професійний. Кожен із них має свої методологічні засади, до яких відносять принципи, етапи здійснення, умови реалізації, технологію проведення тощо.

### **Принципи проведення реабілітації в Україні**

*Загальними принципами проведення реабілітації є:*

- 1) пацієнтоцентричність, що передбачає планування та проведення реабілітації з урахуванням потреб, можливостей та побажань особи, якій надається реабілітаційна допомога, або її законного представника та членів її сім'ї, а також безпосередню їх участь у розробленні, реалізації та внесенні змін до індивідуального реабілітаційного плану;



2) цілеспрямованість - організація процесу реабілітації має спрямовуватися на досягнення довго- та короткострокових завдань;

3) своєчасність - реабілітація має розпочинатися під час гострого реабілітаційного періоду або одразу після стабілізації стану здоров'я з хронічним перебігом, індивідуальний реабілітаційний план має змінюватися відповідно до зміни функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога;

4) послідовність - кожний наступний етап процесу реабілітації має бути пов'язаний з попереднім етапом, бути підґрунтям для наступного етапу та враховувати фактичні зміни функціонального стану особи, якій надається реабілітаційна допомога;

5) безперервність - процес реабілітації має відбуватися безперервно протягом всіх реабілітаційних періодів;

6) функціональна спрямованість - реабілітаційна допомога має бути спрямована на досягнення оптимального рівня функціонування та якості життя особи у її середовищі.

### **Види реабілітації**

У системі реабілітації виділяють: реабілітацію у сфері охорони здоров'я, інші види реабілітації, визначені законодавством. Одночасне проведення різних видів реабілітації є комплексною реабілітацією. У разі проведення комплексної реабілітації мета та завдання різних видів реабілітації мають взаємоузгоджуватися.

Реабілітація у сфері охорони здоров'я - це комплекс заходів, що здійснюють фахівці з реабілітації, які працюють в реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, а також у територіальних громадах, у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди або самостійно, надають реабілітаційну допомогу особі з обмеженнями повсякденного функціонування (або такій, у якої можуть виникнути обмеження повсякденного функціонування) з метою досягнення та підтримання оптимального рівня функціонування та якості життя у її середовищі.

*Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» визначає й інші різновиди реабілітації, зокрема:*

*Професійна реабілітація* - система заходів, спрямованих на підготовку особи до професійної діяльності, відновлення чи здобуття професійної працездатності шляхом адаптації, реадаптації, навчання, перенавчання чи перекваліфікації з можливим подальшим працевлаштуванням та необхідним соціальним супроводженням з урахуванням особистих схильностей та побажань особи.

*Трудова реабілітація* - система заходів, розроблених з урахуванням схильностей, фізичних, розумових і психічних можливостей особи і спрямованих на оволодіння трудовими навичками забезпечення трудової

діяльності та адаптацію у виробничих умовах, у тому числі шляхом створення спеціальних чи спеціально пристосованих робочих місць

*Фізкультурно-спортивна реабілітація* - система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей її організму для покращення фізичного і психологічного стану.

*Соціальна реабілітація* - система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, задоволення потреби у забезпеченні допоміжними засобами реабілітації.

*Психологічна реабілітація* - система заходів, спрямованих на відновлення, корекцію психологічних функцій, якостей, властивостей особи, створення сприятливих умов для розвитку та утвердження особистості.

Будь-яка хвороба є руйнівним процесом в організмі людини й характеризується поганим самопочуттям емоційної сфери та особистості в цілому. Відновлення психічного здоров'я передбачає усунення наслідків переживань, небажаних установок, непевності у своїх силах, тривоги про можливе погіршення стану й рецидив хвороби тощо.

### **Принципи надання психологічної допомоги**

Варто звернути увагу, що законодавство визначає також принципи надання психологічної допомоги, яка надається в процесі реабілітації. До них відносять:

- 1) виключення або мінімізація ризиків ретравматизації, що передбачає проведення виключно тих заходів та втручань, які гарантовано не погіршать стан здоров'я особи;
- 2) компетентності, правильної оцінки та ознайомлення з ризиками, спричиненими ситуаціями, в яких могла бути особа;
- 3) готовності до надзвичайних та кризових ситуацій, у яких особа, якій надається реабілітаційна допомога, може перебувати;
- 4) відповідальності за отриману інформацію, що передбачає використання інформації з користю для особи, якій надається реабілітаційна допомога, а також для вдосконалення методів протидії різним формам насильства.

*А до загальних принципів реабілітації можна віднести наступні:*

- 1) партнерство-втягнення хворого або інваліда в лікувально відновлювальний процес;
- 2) різноплановість зусиль на відновлення різних сфер життєдіяльності;

- 3) єдність психосоціальних і біологічних методів впливу;
- 4) поетапний перехід від одного реабілітаційного заходу до іншого.

### **Система реабілітації**

Система реабілітації складається із суб'єктів реабілітації, їхніх прав та обов'язків, відносин між ними, урегульованих законодавством, а також визначених законодавством вимог, протоколів та нормативів надання реабілітаційної допомоги.

*Система реабілітації ґрунтується на біопсихосоціальній моделі обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності, реабілітаційній стратегії охорони здоров'я та Міжнародній класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я.*

*Біопсихосоціальна модель характеризує обмеження повсякденного функціонування/життєдіяльності як результат взаємодії особи з навколишнім середовищем, зокрема фізичних, психологічних та середовищних чинників, з метою забезпечення здатності особи підтримувати максимально високий рівень здоров'я та благополуччя, а також максимально ефективно функціонувати в суспільстві.*

Реабілітаційна стратегія охорони здоров'я є окремою стратегією охорони здоров'я, головною метою якої є досягнення оптимального рівня функціонування особи у взаємодії з її навколишнім середовищем, соціальної інтеграції та незалежності, для чого використовуються інтегровані підходи до оптимізації участі, розбудови та зміцнення ресурсів особи, забезпечення сприятливості навколишнього середовища та залучення особи до взаємодії з її навколишнім середовищем.

До суб'єктів реабілітації належать суб'єкти, що здійснюють організацію реабілітації або сприяють їй, отримувачі та надавачі реабілітаційної допомоги.

*До надавачів реабілітаційної допомоги належать:*

- 1) фахівці з реабілітації;
- 2) реабілітаційні заклади, відділення, підрозділи, інші уповноважені суб'єкти господарювання;
- 3) мультидисциплінарні реабілітаційні команди;
- 4) медико-соціальні експертні комісії.

*Фахівці з реабілітації*

До фахівців з реабілітації належать:

- 1) лікарі фізичної та реабілітаційної медицини;
- 2) фізичні терапевти;
- 3) ерготерапевти;

- 4) терапевти мови і мовлення;
- 5) протезисти-ортезисти;
- 6) психологи, психотерапевти;
- 7) сестри медичні з реабілітації;
- 8) асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів.

Проводити реабілітацію фахівці з реабілітації можуть як у складі мультидисциплінарної реабілітаційної команди, так і надавати реабілітаційну допомогу самостійно відповідно до мети, зазначеної в індивідуальному реабілітаційному плані, у формах, не заборонених законодавством.

### **Мультидисциплінарна реабілітаційна команда**

Мультидисциплінарна реабілітаційна команда - це організаційно оформлена, функціонально виокремлена група фахівців з реабілітації, які об'єднані спільними метою та завданнями реабілітації та надають реабілітаційну допомогу високого та середнього обсягу в стаціонарних та амбулаторних закладах у гострому, післягострому та довготривалому реабілітаційних періодах.

До складу мультидисциплінарної команди повинні входити щонайменше чотири особи, а саме: лікар-психіатр (щонайменше одна особа на підрозділ), лікар-психолог або лікар-психотерапевт, або психолог (щонайменше три особи). Фахівці, що залучені до надання комплексної медико-психологічної допомоги, не можуть входити до складу більш як однієї мультидисциплінарної команди.

*Мультидисциплінарну реабілітаційну команду очолює лікар фізичної та реабілітаційної медицини, який відповідає за організацію роботи команди, виконання індивідуального реабілітаційного плану та інших завдань, покладених на команду.*

Професійний та кількісний склад команди залежить від особливостей обмеження повсякденного функціонування особи, яка потребує реабілітації, а також від специфіки реабілітаційного закладу, відділення, підрозділу.

До складу мультидисциплінарної реабілітаційної команди в реабілітаційних закладах, відділеннях, підрозділах, які надають реабілітаційну допомогу особам з обмеженнями повсякденного функціонування віком до 18 років та/або особі з психічними розладами, можуть входити лікарі-спеціалісти відповідного профілю, а також, у разі необхідності, інші фахівці, які відповідають кваліфікаційним вимогам, встановленим законодавством.

Формою роботи мультидисциплінарної реабілітаційної команди є збори, на яких за результатами реабілітаційного обстеження розробляється індивідуальний реабілітаційний план, розглядаються результати моніторингу та оцінки виконання плану і здійснюється його коригування.

Збори можуть проводитися як за особистої присутності членів команди, так і дистанційно з використанням інформаційних технологій, що забезпечують дотримання лікарської таємниці та інших вимог законодавства щодо захисту персональних даних.

### **Індивідуальний реабілітаційний план**

Індивідуальний реабілітаційний план розробляється та узгоджується мультидисциплінарною реабілітаційною командою після проведення реабілітаційного обстеження особи кожним членом мультидисциплінарної реабілітаційної команди та з урахуванням наявних порушень, обмежень повсякденного функціонування та потреб особи та затверджується на загальних зборах команди лікарем фізичної та реабілітаційної медицини.

*Індивідуальний реабілітаційний план складається з урахуванням результатів реабілітаційного обстеження, реабілітаційного періоду, визначення реабілітаційного прогнозу та місця (місць) проведення реабілітаційних заходів.*

*Індивідуальний реабілітаційний план має містити загальні мету та завдання реабілітації з визначенням орієнтовних термінів їх досягнення, визначення переліку необхідних реабілітаційних заходів, кількісних потреб у фахівцях з реабілітації, потреб у реабілітаційному та іншому обладнанні, можливих потреб у продовженні надання реабілітаційної допомоги в іншому реабілітаційному закладі, відділенні, підрозділі відповідно до рівня функціональних обмежень, можливостей, побажань, очікувань, прагнень особи, яка потребує реабілітації. Після затвердження індивідуального реабілітаційного плану кожен фахівець з реабілітації в рамках своїх професійних компетентностей за результатами реабілітаційного обстеження самостійно складає власну програму терапії, реалізує та оцінює її ефективність.*

Індивідуальний реабілітаційний план складається мультидисциплінарною реабілітаційною командою на підставі Державного типового плану реабілітації.

### **Реабілітаційні періоди**

*Гострий реабілітаційний період* - це період реабілітації, який починається з моменту виникнення та/або виявлення обмеження повсякденного функціонування внаслідок розвитку гострого стану здоров'я.

Протягом цього періоду особі надається медична допомога та починає надаватися реабілітаційна допомога.

*Післягострий реабілітаційний період* починається з моменту, коли відповідно до клінічного протоколу за медичними показаннями особа не потребує цілодобового догляду лікаря-спеціаліста або при первинному

діагностуванні стану здоров'я з хронічним перебігом після здійснення повного обсягу діагностичних заходів відповідно до клінічного протоколу та встановлення діагнозу захворювання (стану здоров'я), який є причиною або може призвести до обмеження повсякденного функціонування.

*Довготривалий реабілітаційний період* починається при виявленні обмеження повсякденного функціонування або стійкого обмеження життєдіяльності, або при хронічному перебігу хвороби, що прогресує та потребує реабілітації для досягнення та підтримки оптимального функціонування особи. Реабілітаційна допомога високого обсягу має надаватися періодично з метою підтримки оптимального функціонування особи.

### **Психологічна допомога в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди**

Основними завданнями надання психологічної допомоги в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди є:

1) діагностика психологічного стану особи, яка потребує реабілітації, та складення психологічної частини індивідуального реабілітаційного плану;

2) надання першої психологічної допомоги особі, яка потребує реабілітації, та членам її сім'ї;

3) допомога особі, яка потребує реабілітації, у визначенні та розумінні мети та завдань реабілітації;

4) підтримка та відновлення функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах;

5) психотерапія депресивних, тривожних, адаптаційних, гострих стресових та посттравматичних стресових розладів, які виникли внаслідок хвороби/травми, участі у бойових діях, надзвичайних ситуаціях, полону, перебування в місцях позбавлення волі тощо;

6) допомога особі, яка потребує реабілітації, у встановленні життєвих цілей та підтримки досягнутого прогресу реабілітації після закінчення реабілітаційного процесу;

7) психотерапія, психоедукація та підтримка особи, яка потребує реабілітації, та членів її сім'ї;

8) психотерапія членів сім'ї особи, яка потребує реабілітації, націлена на втому від співчуття та емоційне вигорання;

9) робота з іншими членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди щодо психологічної підтримки особи, яка потребує реабілітації, та членів її сім'ї.

До надання психологічної допомоги в роботі мультидисциплінарної реабілітаційної команди залучаються фахівці, які мають вищу освіту за спеціальностями "Психологія" та/або "Медична психологія", досвід практичної роботи в закладах охорони здоров'я та/або реабілітаційних закладах не менше одного року та відповідають іншим вимогам, встановленим законодавством.

У разі психотерапії депресивних, тривожних, адаптаційних, гострих стресових та посттравматичних стресових розладів, які виникли внаслідок

хвороби/травми, участі у бойових діях або надзвичайних ситуаціях, полону, перебування в місцях позбавлення волі, інших станів здоров'я, що можуть призвести до обмеження повсякденного функціонування, психолог повинен мати обов'язкову додаткову спеціалізацію (сертифікацію) за одним з методів психотерапії з доведеною ефективністю, що мають сильну доказову базу міжнародних досліджень та рекомендовані міжнародними протоколами.

## **1.2. Психореабілітація як вид психологічної допомоги**

Медична та психологічна реабілітація тісно пов'язані між собою, доповнюють одна другу і не повинні протиставлятися. При цьому слід розуміти, що медико-психологічна реабілітація не є доліковуванням. Її необхідно починати ще за наявності передпатологічних психічних змін, викликаних екстремальним психогенним впливом. Вона має проводитися починаючи з самих ранніх стадій формування психопатології, а особливо активно – на завершальних етапах лікування та після нього.

На донозологічному рівні, коли психічний розлад ще не сформувався, в основному застосовується психокорекція, а за наявності сформованого психічного захворювання – психотерапія.

*Психологічна реабілітація є одним із видів психологічної допомоги. А що стосується надання психологічної допомоги військовослужбовцям ветеранам/ветеранкам і членам їх сімей, то в Україні діє окремий нормативно-правовий акт, профільна Постанова Кабінету Міністрів України № 1338 від 29 листопада 2022 р. «Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб», до якої ми звернемося в наступному підрозділі.*

*Психологічна допомога - діяльність, що провадиться на трьох рівнях, спрямована на професійну допомогу особі, яка має ризик розвитку розладів психіки та поведінки, сприяння особі у психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмисленні її досвіду, розширенні самоусвідомлення та можливостей самореалізації, а також допомогу з метою розв'язання психологічних проблем, зумовлених складними життєвими обставинами, кризовим станом, надзвичайною ситуацією та/або катастрофою, воєнними діями.*

### **Метою надання психологічної допомоги є:**

- 1) збереження та відновлення психічного здоров'я, профілактика/запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів отримувачів послуг;
- 2) подолання складних життєвих обставин;

- 3) зниження частоти та тяжкості наслідків травматичних подій для психічного здоров'я особи;
- 4) запобігання інвалідності.

### **Види послуг психологічної допомоги:**

1) *групова робота* - проведення психологічних тренінгів, занять із психологічної просвіти та інформування, надання психологічної допомоги у групах підтримки із застосуванням стандартизованих процедур, спрямованих на саморозкриття учасників таких груп, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів розв'язання власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання та саморозвитку, опанування нових комунікативних і поведінкових стратегій;

2) *перша психологічна допомога* - сукупність заходів з психологічної підтримки та практичної допомоги особам відразу після настання травматичних подій з метою зменшення симптомів стресу, сприяння коротко- та довгостроковим стратегіям функціонування і подолання особами стресової ситуації;

3) *психологічна діагностика* - проведення оцінки актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей отримувача послуг, здійснення контролю за його психічним станом, визначення потреби та оптимальних методів психологічної допомоги;

4) *психологічна просвіта та інформування* (психоедукація) - проведення інформаційно-просвітницької роботи фахівцями з метою профілактики та запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів, формування загального розуміння про власне психічне здоров'я та навичок турботи про нього;

5) *психологічне консультування* - цілісне, свідоме та планомірне застосування науково-обґрунтованих методів психологічної допомоги особам, які перебувають у складних життєвих обставинах, пережили надзвичайні події, мають емоційні, поведінкові проблеми, що не відповідають діагностичним критеріям психічних розладів, а також можуть бути супутніми під час виникнення психічних розладів;

6) *психотерапія* - цілісне, свідоме та планомірне застосування науково-обґрунтованих методів психотерапії з метою профілактики та/або подолання психічних та поведінкових розладів, розв'язання особистісних та міжособистісних проблем, відновлення або компенсації психічних функцій та покращення якості життя отримувача послуг.

### **Послуги із психологічної допомоги можуть надаватися у такій формі:**

- індивідуальній - за відсутності сторонніх осіб;
- сімейній - разом із особами, що перебувають у родинних стосунках або проживають однією сім'єю;
- груповій - у групі з іншими отримувачами послуг у складі не більш як 10 осіб.

### **Принципи надання психологічної допомоги**



- 1) повага до прав людини, честі та гідності;
- 2) компетентність, наукова обґрунтованість застосування методів психологічної та психотерапевтичної допомоги;
- 3) добровільність, що передбачає неможливість надання послуг із психологічної допомоги без добровільної згоди отримувача послуг;
- 4) конфіденційність, що передбачає гарантування особистісної та соціальної безпеки отримувача послуг і збереження в таємниці всіх відомостей, отриманих під час надання психологічної допомоги.

### **Рівні надання психологічної допомоги**

Перший рівень психологічної допомоги, що включає соціально-психологічну підтримку та надання соціальних послуг, зокрема соціального супроводу, соціальної адаптації, консультування.

*Надання психологічної допомоги першого рівня* має на меті сприяння соціальній адаптації (реадаптації) отримувачів послуг, їх соціально-психологічну підтримку та надання соціальних послуг, зокрема соціального супроводу, консультування, та передбачає сприяння психічному здоров'ю та психосоціальному благополуччю, а також здійснення профілактичних заходів щодо груп, сімей та окремих осіб, які мають найвищий ризик потрапляння у складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та/або внутрішніх факторів.

Для надання психологічної допомоги першого рівня можуть залучатися особи, які не є фахівцями у сфері психічного здоров'я, але пройшли відповідну підготовку, зокрема члени громадських об'єднань ветеранів та осіб з інвалідністю, працівники закладів охорони здоров'я та закладів освіти, працівники органів військового обліку, зокрема центрів комплектування та соціальної підтримки, соціальних служб, інші громадські та благодійні організації відповідного напрямку діяльності, релігійні організації.

*Другий рівень психологічної допомоги* включає психологічну допомогу (психореабілітацію). На другому рівні психологічна допомога спрямована на розв'язання актуальних або специфічних психологічних проблем отримувача послуг, які виникли, зокрема, внаслідок психологічного травмування в екстремальних ситуаціях (участі у бойових діях, перебування у полоні, відбування покарання тощо), в надзвичайних ситуаціях (пожежі, руйнування будинків тощо), в кризових ситуаціях (розлучення, смерть близьких людей тощо).

*Робота з отримувачем послуг спрямована на відновлення відчуття безпеки, стабілізацію; побудову корисних стратегій подолання; опрацювання та осмислення психотравматичного досвіду; зменшення інтенсивності емоційного переживання; сприяння посткризовому зростанню.*

На другому рівні психологічної допомоги передбачено проведення профілактичних та лікувальних заходів для осіб і сімей, які мають психологічний стрес, а також осіб із підвищеним ризиком розвитку психічних розладів.

Психологічна допомога із застосування методів психологічного консультування проводиться для осіб, стан яких не відповідає діагностичним критеріям психічних та поведінкових розладів, але які мають підвищений ризик їх формування. У такому разі отримувачам послуг надаються індивідуальні та/або сімейні консультації. Зазначені консультації є завершеною формою роботи з отримувачем послуг.

### **Вимоги до фахівці, які надають психологічну допомогу другого рівня**

- 1) Вища освіта за спеціальністю «Психологія», «Медична психологія» або «Медицина» (спеціалізація за фахом «Медична психологія», «Психотерапія», «Психіатрія», «Психофізіологія»);
- 2) Досвід практичної роботи в закладах охорони здоров'я та/або реабілітаційних закладах не менше одного року та/або досвід практичної роботи за фахом не менше двох років;
- 3) Наявність атестації, відповідно до законодавства та/або сертифікатів про формальне чи неформальне професійне навчання протягом останніх двох років.

Суб'єктом надання послуг другого рівня є юридична особа незалежно від форми власності та організаційно-правової форми, фізична особа - підприємець, з якими перебувають у трудових відносинах фахівці, або фізична особа - підприємець, яка відповідає вимогам до фахівця.

Суб'єкт надання послуг повинен мати кабінет (кабінети) для надання індивідуальної/сімейної/групової психологічної допомоги або обладнане робоче місце у разі дистанційного надання послуг.

*Третій рівень психологічної допомоги* включає в себе комплексну медико-психологічну допомогу. Суб'єктами надання послуг третього рівня можуть бути юридичні особи незалежно від форми власності та організаційно-правової форми, фізичні особи - підприємці, які:

- 1) провадять діяльність на підставі ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;
- 2) мають структурний підрозділ (центр психологічної реабілітації та/або травматерапії, або відділення медико-психологічної реабілітації тощо), укомплектований працівниками, що виконують роботу на підставі трудового договору (контракту) або за цивільно-правовими договорами, який забезпечує проведення мультидисциплінарною командою стаціонарної та/або амбулаторної, та/або дистанційної психологічної допомоги;
- 3) мають щонайменше один кабінет для прийому отримувачів послуг членами мультидисциплінарної команди та обладнане робоче місце у разі дистанційного надання послуг.

Рівень, на якому отримувачу послуг повинні бути надані послуги із психологічної допомоги, визначається за результатами психологічної діагностики з урахуванням життєвих обставин отримувача послуг та стану його здоров'я, психічного стану.

*Психологічна діагностика обов'язково проводиться на початку та наприкінці надання психологічної допомоги, а також за потреби у процесі її надання відповідно до стану отримувача послуг. Психологічна діагностика проводиться із застосуванням психометричних методів, які є валідними.*

Психологічна просвіта, психологічна діагностика, групова робота, психологічне консультування здійснюються на всіх рівнях, змінюється лише їх наповнення, а психотерапія проводиться на другому і третьому рівні.

Психологічна допомога другого і третього рівня надається суб'єктами надання послуг та фахівцями із надання послуг, інформація про яких включена до Реєстру.

Реєстр створюється та функціонує у середовищі інформаційної системи «Програмна платформа для розгортання та супроводження державних електронних реєстрів». Об'єктами Реєстру є інформація про:

- фізичних осіб - підприємців, юридичних осіб та фізичних осіб - фахівців з надання послуг із психологічної допомоги;
- сертифікати, ліцензії, інші документи дозвільного характеру щодо впровадження діяльності з надання психологічної допомоги;
- матеріально-технічне забезпечення діяльності з провадження діяльності з надання психологічної допомоги.

Власником Реєстру та виключних майнових прав на його програмне забезпечення є держава в особі Мінветеранів. Держателем та адміністратором Реєстру є Мінветеранів.

*Психологічна реабілітація* – частина загального реабілітаційного комплексу (разом із медичною, професійною, соціальною), спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності, відновлення (корекцію) самооцінки й соціального статусу військовослужбовців, учасників бойових дій, із психічними розладами, бойовими травмами й каліцтвами.

*Під час проведення психологічної реабілітації враховується великий комплекс психологічних і біологічних факторів:*

- етіологія, патогенез та перебіг хвороби (розлади соціо-біопсихологічного гомеостазу особи внаслідок патологічного процесу з типовою

сукупністю специфічних синдромів, характерними змінами, які призводять до обмеження життєдіяльності індивідуума);

- взаємодія психічних і соматичних процесів під час виникнення й розвитку хвороби;
- вплив захворювання на психіку людини та формування в неї уявлення про свою хворобу й розвиток психовегетативних розладів;
- стан динаміки усвідомлення індивідуумом своєї хвороби та інвалідності;
- бажання до одужання або зменшення тяжкості інвалідності;
- формування адекватних особистих установок хворого, пов'язаних із його лікуванням та інвалідністю;
- застосування для реабілітації компенсаторних і захисних механізмів особистості;
- психологічна взаємодія лікувальних методів і заходів для максимального позитивного впливу на фізичний і психічний стан хворого;
- психологічні аспекти організації лікувального середовища;
- відносини хворого з родичами, персоналом лікарні, іншими хворими.

*Психічне здоров'я* - стан благополуччя, за якого кожна особа може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно та плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

### **1.3. Процес надання психологічної допомоги військовим і членам їх сімей в Україні: юридичні аспекти**

Процес надання психологічної допомоги військовим – ветеранам/ветеранкам та особам, що мають статус, прирівняний до ветеранського, а також членам їх сімей в Україні регламентований окремим нормативно-правовим актом Постановою Кабінету Міністрів України № 1337 від 29.11.2022 року, в яку було внесено зміни в грудні 2023 року.

Отримувачами послуг з психологічної допомоги, до яких відноситься і психореабілітація (другий рівень), є особи, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, члени сімей таких осіб (дружина (чоловік), малолітні, неповнолітні та повнолітні діти і батьки), постраждалі учасники Революції Гідності та члени сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, члени сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України (далі - отримувачі послуг).

На період воєнного стану та протягом трьох місяців після його припинення або скасування до отримувачів послуг належать також військовослужбовці

(резервісти, військовозобов'язані, добровольці Сил територіальної оборони Збройних Сил, Національної гвардії, інших утворених відповідно до законів України військових формувань, СБУ, розвідувальних органів, Держприкордонслужби, Держспецтрансслужби, військовослужбовці військових прокуратур, поліцейські, особи рядового та начальницького складу служби цивільного захисту, Державної кримінально-виконавчої служби, військовослужбовці Управління державної охорони, Держспецзв'язку, співробітники Служби судової охорони, які брали безпосередню участь у заходах, необхідних для забезпечення оборони України, захисту безпеки населення та інтересів держави у зв'язку з військовою агресією Російської Федерації проти України, та члени їх сімей (дружина (чоловік), малолітні, неповнолітні та повнолітні діти і батьки).

### **Отримувачі послуг мають право:**

- 1) відмовитися від певних або всіх видів послуг із психологічної допомоги із зазначенням причини такої відмови;
- 2) вибирати та змінювати суб'єкта надання послуг;
- 3) отримувати інформацію про послуги із психологічної допомоги, зокрема про результати психологічної діагностики, мету та зміст психологічної допомоги; отримати послуги із психологічної допомоги належної якості.

### **Механізм звернення отримувачів послуг за психологічною допомогою**

Для отримання психологічної допомоги першого рівня отримувач послуг може звернутися безпосередньо до суб'єкта надання послуг.

Для отримання психологічної допомоги другого рівня отримувач послуг може звернутися безпосередньо до суб'єкта надання послуг або за наявності технічної можливості звернутися до Мінветеранів із заявою в електронній формі через Єдиний державний реєстр ветеранів війни або Єдиний державний вебпортал електронних послуг чи його мобільний додаток (Дія).

Для отримання психологічної допомоги другого рівня отримувач послуг може звернутися безпосередньо до суб'єкта надання послуг або за наявності технічної можливості звернутися до Мінветеранів із заявою в електронній формі через Єдиний державний реєстр ветеранів війни або Єдиний державний вебпортал електронних послуг чи його мобільний додаток (Дія).

*Під час першого звернення до суб'єкта надання послуг (крім звернення за екстреною психологічною допомогою, психологічною допомогою першого рівня) отримувач послуг звертається з письмовою заявою, яка складається ним у довільній формі, або надає направлення та пред'являє оригінали таких документів:*

- 1) паспорта громадянина України/паспорта громадянина України для виїзду за кордон або е-паспорта/е-паспорта для виїзду за кордон;
- 2) реєстраційного номера облікової картки платника податків (для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовляються від прийняття

реєстраційного номера облікової картки платника податків, - паспорта громадянина України з відміткою відповідного контролюючого органу);

3) посвідчення учасника бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасника війни, постраждалого учасника Революції Гідності або посвідчення члена сім'ї загиблого, члена сім'ї загиблого Захисника чи Захисниці України (у разі наявності);

4) свідоцтва про народження учасника бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасника війни, постраждалого учасника Революції Гідності (у разі, коли отримувачем послуг є батько або мати);

5) свідоцтва про шлюб (у разі, коли отримувачем послуг є дружина (чоловік) учасника бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасника війни, постраждалого учасника Революції Гідності);

6) свідоцтва про народження дитини (у разі, коли отримувачем послуг є дитина учасника бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасника війни, постраждалого учасника Революції Гідності);

7) свідоцтва про смерть учасника бойових дій, особи з інвалідністю внаслідок війни, учасника війни, постраждалого учасника Революції Гідності (у разі, коли отримувачами послуг є члени сім'ї).

У разі наявності в отримувача послуг спеціальних потреб він направляється до суб'єкта надання послуг, що надає психологічну допомогу другого рівня, при цьому пріоритетним є вибір суб'єкта надання послуг, який спеціалізується на наданні послуг із психологічної допомоги отримувачам послуг із визначеною потребою.

### **Психологічні послуги, які надаються під час психореабілітації**

*Обсяг послуг із психологічної допомоги, який суб'єкт надання послуг зобов'язується надавати за договором із замовником послуг відповідно до індивідуальних потреб отримувача послуг, включає:*

1) проведення первинного психодіагностичного обстеження;

2) визначення психологічної проблеми або психічного розладу, рівня психосоціальної дезадаптації, можливості чи необхідності отримання послуг із психологічної допомоги амбулаторно та/або дистанційно;

3) формування із залученням отримувача послуг та/або його законного представника індивідуального плану надання психологічної допомоги (далі - індивідуальний план) з використанням специфічних для конкретних проблем/розладів міжнародних стандартизованих інструментів обстеження та оцінки (шкали/тести/опитувальники);

4) визначення прогнозу за результатами психодіагностичного обстеження для переведення отримувача послуг до суб'єкта надання послуг, який надає психологічну допомогу іншого рівня;

5) надання отримувачам послуг амбулаторно, зокрема шляхом організації виїзного обслуговування (за бажанням отримувача послуг) відповідно до складеного індивідуального плану та проведення поточного моніторингу стану отримувача послуг;

- 6) надання психологічної допомоги отримувачам послуг дистанційно (із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій);
- 7) проведення необхідних психодіагностичних тестів у динаміці;
- 8) застосування методів психологічного впливу та/або психотерапевтичних інтервенцій;
- 9) формування висновку - прогнозу психологічної допомоги, що містить інформацію про надані послуги із психологічної допомоги та подальші рекомендації.

Надання послуг із психологічної допомоги дистанційно здійснюється із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій синхронно з кількома сторонами, що спілкуються в режимі реального часу (інтерактивні відеоконференції, телефонний зв'язок). Надання послуг із застосуванням інформаційно-комунікаційних технологій може доповнювати послуги, що надаються очно, або використовуватися як самостійні послуги. Вибір форми надання послуг залежить від бажання та можливостей отримувача послуг, можливостей та рекомендацій суб'єкта надання послуг, сутності проблеми.

### **Організація надання психологічної допомоги третього рівня (комплексна медико-психологічна допомога)**

Психологічна допомога третього рівня надається стаціонарно/амбулаторно за бажанням отримувача послуг та/або дистанційно з дотриманням принципу розмежування контингенту:

*перша група* - особи, в яких є підвищений ризик розвитку психічних та поведінкових розладів, або особи, які перебувають у складних життєвих обставинах;

*друга група* - особи, в яких наявні розлади психіки і поведінки, які відповідають діагностичним критеріям МКХ-10, МКХ-11.

Комплексна медико-психологічна допомога інших осіб першої групи здійснюється амбулаторно або дистанційно.

### **Документальне оформлення надання психологічної допомоги**

Для фіксації результатів надання психологічної допомоги на другому і третьому рівні суб'єкт надання послуг веде таку документацію:

- 1) індивідуальний план;
- 2) картка психологічного супроводження отримувача послуг із психологічної допомоги (далі - картка психологічного супроводження);
- 3) акт наданих послуг із психологічної допомоги (далі - акт наданих послуг);
- 4) звіт про надані послуги із психологічної допомоги (далі - звіт про надані послуги).

## Індивідуальний план психореабілітації

*Індивідуальний план* складається за результатами психологічної діагностики у разі, коли отримувач послуг потребує психологічної допомоги, і визначає послуги із психологічної допомоги, які повинні бути надані отримувачу послуг, із зазначенням кількості годин, необхідних для надання кожної послуги. Суб'єкт надання послуг повинен ознайомити отримувача послуг з індивідуальним планом та роз'яснити його зміст.

*Індивідуальний план* складається відповідно до потреб отримувача послуг з урахуванням протоколів надання йому послуг із психологічної допомоги, в двох примірниках, один з яких залишається в отримувача послуг, а другий - долучається до картки психологічного супроводження.

*Картка психологічного супроводження* містить інформацію про результати психодіагностичних обстежень отримувача послуг та всі психологічні послуги, які йому надані.

У разі відмови отримувача послуг від певних або всіх видів послуг із психологічної допомоги суб'єкт надання послуг робить відповідні відмітки в індивідуальному плані та картці психологічного супроводження.

Після завершення періоду надання послуг із психологічної допомоги суб'єкт надання послуг складає висновок-прогноз психологічної допомоги, який є складовою частиною картки психологічного супроводження.

*Висновок-прогноз психологічної допомоги містить інформацію про:*

6. фактично надані психологічні послуги та здійснені заходи, що дає змогу проаналізувати психологічний стан отримувача послуг до і після їх надання;
7. необхідність або доцільність продовження строку надання послуг із психологічної допомоги отримувачу послуг із зазначенням видів таких послуг, яких отримувач послуг потребуватиме надалі;
8. направлення до лікаря або закладу охорони здоров'я;
9. відмову отримувача послуг від отримання послуг із психологічної допомоги;
10. направлення отримувача послуг до іншого суб'єкта надання послуг та підставу для такого направлення;
11. рекомендації щодо застосування в повсякденному житті навичок, отриманих у процесі психологічної допомоги.

*Картка психологічного супроводження отримувача послуг є документом, що містить конфіденційну інформацію. Суб'єкт надання послуг відповідає за збереження відомостей, зокрема персональних даних, що містяться у картці психологічного супроводження, та несе відповідальність за її незаконне поширення згідно із законом.*



## **Моніторинг стану надання послуг із психологічної допомоги та оцінка їх якості**

Моніторинг стану надання послуг із психологічної допомоги та оцінка якості надання послуг із психологічної допомоги проводяться Мінветеранів з метою:

- 1) визначення відповідності наданих послуг із психологічної допомоги цим Порядку та умовам та потребам отримувачів послуг;
- 2) забезпечення надання отримувачам послуг якісних послуг із психологічної допомоги;
- 3) підвищення ефективності роботи з організації та надання послуг із психологічної допомоги;
- 4) планування подальшої роботи з розвитку системи надання послуг із психологічної допомоги.

Інформація про надання послуг із психологічної допомоги складається із статистичних, адміністративних, оперативних даних про потреби отримувачів послуг, про діяльність суб'єктів надання послуг та їх кількість. Збір даних моніторингу проводиться щокварталу, оперативних даних - у разі потреби.

Оцінка суб'єктів надання послуг за результатами щоквартальних звітів проводиться Мінветеранів не рідше ніж один раз на рік із залученням (за згодою) провідних фахівців у сфері надання послуг із психологічної допомоги, представників органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, структурних підрозділів з питань ветеранської політики обласних, Київської міської, районних, районних у м. Києві держадміністрацій (військових адміністрацій) та громадських об'єднань.

Оцінка проводиться шляхом вжиття комплексу заходів, спрямованих на встановлення рівня відповідності надання послуг із психологічної допомоги цим Порядку та умовам.

### **Метою проведення оцінки є:**

- підвищення ефективності діяльності суб'єктів надання послуг;
- підвищення рівня професійної компетенції персоналу суб'єктів надання послуг;
- виявлення та обговорення проблем, що гальмують розвиток надання послуг із психологічної допомоги;
- виявлення та виправлення недоліків надання послуг із психологічної допомоги суб'єктом надання такої допомоги;
- підвищення якості надання послуг із психологічної допомоги.

Оцінка не проводиться у разі введення на території України або адміністративно-територіальної одиниці, де надавалися послуги із психологічної допомоги, надзвичайного або воєнного стану та протягом трьох місяців після його припинення чи скасування.

### **Методами оцінки є:**

- опитування/анкетування отримувачів послуг та/або їх законних представників;
- спостереження за процесом надання послуг із психологічної допомоги;
- проведення аналізу результатів психологічної діагностики після надання психологічної допомоги;
- проведення бесіди/співбесіди з персоналом суб'єкта надання послуг;
- вивчення документації суб'єкта надання послуг із психологічної допомоги, іншої документації, зокрема звернень отримувачів послуг.

Оцінка якості послуг із психологічної допомоги проводиться відповідно до порядку та критеріїв, затверджених Мінветеранів і здійснюється один раз на рік до 30 червня. За результатами оцінки Мінветеранів може прийняти рішення про виключення суб'єкта надання послуг із Реєстру.

### **Питання для самоконтролю:**

1. Розкажіть, що таке реабілітація взагалі, та яких видів вона буває?
2. Поясніть, що таке «стан здоров'я», та як на вашу думку пов'язані здоров'я фізичне та ментальне?
3. З яких елементів складається та як функціонує система реабілітації в Україні?
4. Опишіть, що таке мультидисциплінарна команда, для чого і як саме вона створюється, який її склад?
5. Розкажіть, що таке Індивідуальний план реабілітації та які існують реабілітаційні періоди?
6. Поясніть, що таке «психологічна допомога» та яких видів (рівнів) вона буває?
7. Які вам відомі види послуг з психологічної допомоги? Розкажіть про кожен з них.
8. Психореабілітація відноситься до якого рівня психологічної допомоги? Дайте визначення поняття «психореабілітація» та скажіть, чим на вашу думку курс психореабілітації військових, учасників/учасниць бойових дій, відрізняється від загального курсу психотерапії у приватного психотерапевта?
9. Які вимоги встановлені законодавством до фахівці, які надають психологічну допомогу другого рівня військовим і членам їх сімей?
10. Чим відрізняється три рівні психологічної допомоги? Розкажіть про кожен, наведіть приклади.
11. Розкажіть, хто саме може бути отримувачами послуг з психологічної допомоги, згідно положень Постанови КМУ 1338?
12. Назвіть, який обсяг послуг із психологічної допомоги можуть отримати військові і члени їх сімей?
13. Поясніть, яким є процес проведення моніторингу надання послуг із психологічної допомоги військовим і членам їм сімей, та оцінки їх якості?

### **Практичне завдання:**

1. Складіть таблицю «Види реабілітації в Україні та їх характеристика».
2. Підготуйте протокол консультації родича ветерана/ветеаранки, щодо можливостей звернення за допомогою другого рівня психологічної допомоги в дистанційній формі.

## Література

1. Борисова О.О. Психореабілітація учасників бойових дій в Україні: правові засади та практичні виміри. Науковий журнал «Габітус». Випуск 49. 2023. С.16-21. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.2>
2. Борисова О.О. Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 34 (73). № 3. 2023. С. 1-6. DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/01>
3. Борисова О.О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. «Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія» № 3 / 2023. С. 7-12. DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.1>
4. Борисова О.О. Методика ведення першої бесіди психолога з учасниками/учасницями бойових дій. Науковий журнал «Габітус». Випуск 55. 2023. С. 39-44. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.6>
5. Борисова О.О. Інтрузії у формі флешбеків як ядерний маркер посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2023. Випуск 18. С. 10–20. <https://doi.org/10.30970/PS.2023.18.2>
6. Борисова О.О. Психореабілітація учасників/учасниць бойових дій як психологічна допомога другого рівня в Україні. Наукові записки. Серія: Психологія. 2024. № 1. С. 9 – 17. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-1>
7. R. Pryzvanska, O. Borysova, G. Mozgova, A. Fedorenko. Clinical cases and recommendations for post-traumatic rehabilitation based on EI. Amazonia Investiga. Vol 13. No 74 (2024). Pages 227-238. <https://doi.org/10.34069/AI/2024.74.02.19>
8. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
9. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>
10. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб. Постанова Кабінету Міністрів України № 1338 від 29.11.2022.
11. Якимець В. М., Печиборщ В. П., Вороненко В. В., Якимець В. В., Печиборщ О. В., Никоненко А. В., Слабкий Г. О. Гарантована психологічна допомога та реабілітація військовослужбовців – складова національної безпеки.

Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2022. № 3 (93). С. 41-50.

12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

13. Бриндіков Ю.Л. Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб. Автореф. дисертації на здобуття наукового ступеня доктора педагогічних наук. Тернопіль 2019. 42 с.

14. Алещенко В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій: теоретико-методологічне обґрунтування моделі. Психологічний журнал. 2019. Вип. 3.

15. Гульбс О.А., Кобець О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. Психологічний журнал. Умань : ВПЦ «Візаві», 2021. Вип. 7. С. 100-106.

16. Матяш М. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах російсько-української війни: етнопсихологічний дискурс, національні перспективи громадського здоров'я.

17. Матейко Н. Зміст реабілітації в контексті допомоги учасникам АТО. Knowledge, Education, Law, Management. 2020. № 3(31). Vol 2. С. 90-94.

18. Коқун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282с.

19. Буковська О.О. Гірченко О.Л. Сучасні напрямки психологічної реабілітації кризових станів, викликаних екстремальними ситуаціями. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка. Екологічна психологія. 2018. Т. VII. Вип. 45. С. 19-27.

20. Лебедева С.Ю., Овсяннікова Я.О., Похілько Д.С. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів та фахівців ризиконебезпечних професій: світовий досвід. Габітус. 2023. Вип. 45. 139-145.

21. Коқун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282с.

22. Буковська О.О. Гірченко О.Л. Сучасні напрямки психологічної реабілітації кризових станів, викликаних екстремальними ситуаціями. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка. Екологічна психологія. 2018. Т. VII. Вип. 45. С. 19-27.

23. Крук І.М., Григус І.М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стерсовим розладом. Rehabilitation and Recreation. 2023. №.15. С.50-56.

## РОЗДІЛ 2. БОЙОВИЙ ДОСВІД УЧАСНИКІВ/УЧАСНИЦЬ БОЙОВИХ ДІЙ ТА ЙОГО СПЛИВ НА ПСИХО-ФІЗІОЛОГІЧНІ СТРУКТУРИ

### 2.1. Бойовий стрес та бойове виснаження

Військова психологія як самостійна галузь психології почала свій розвиток лише наприкінці 19 – початку 20 ст. Її особливість полягає в тому, що вона враховує у своєму розвитку конкретні особливості військової діяльності, якій притаманний екстремальний характер. Найбільш широко ця галузь розвинена в США, Великій Британії, Німеччині та Ізраїлі.

У більшості праць європейських психологів ключова роль, у психологічній підготовці солдата, належить саме емоційно-вольовим чинникам діяльності та поведінки людини. При цьому головними завданнями психологічної підготовки є: формування психологічної стійкості до впливу психотравмуючих чинників бойової обстановки; формування психологічної згуртованості бойових підрозділів; забезпечення необхідного психічного стану під час ведення бойових дій; зниження психогенних втрат та надання психологічної допомоги військовим, що отримали бойову психічну травму.

*Перебування в умовах бойових дій є передумовою виникнення постійного стресу. Стрес можна визначити як стан занепокоєння або психічного напруження, викликаний складною ситуацією.*

*Стрес* – це природна реакція людини, яка спонукає нас долати виклики та загрози. Кожен відчуває стрес певною мірою. Однак бойовий стрес має певні особливості адже викликаний діяльністю в умовах екстремальних умов.

Професійна діяльність військовослужбовців відрізняється від інших категорій праці постійною нервово-психічною й емоційною напругою, обумовленою як змістом, так і умовами роботи. Військові є представниками стресогенної професії.

Вперше слово «стрес» у значенні потрясіння було згадано англійським поетом Р. Маннінг ще у 1903 році. У XIV столітті терміном «стрес» позначали напади болю і горя, виснаження, знемоги, стомлення. У фізіологію та психологію вперше термін «стрес» увів У. Кеннон у 1932 році у своїх класичних роботах з універсальної реакції «боротися чи втікати» (англ. fight-or-flight response).

Загально визнаним є введення терміну «стрес» канадським фізіологом Г. Сельє, якого вважають родоначальником теорії стресів, хоча він почав його використовувати у 1946 році для пояснення загальної адаптаційної напруги. Він

розглядав стрес, як фізіологічну реакцію організму, яка виникає у результаті впливу фізичних, хімічних або органічних факторів; адаптивний синдром, який мобілізує всі сторони психіки людини, вигорання – це зрив адаптації.

За класичною теорією стресу Г. Сельє, стрес – це стан фізіологічної або психологічної напруги, зумовлений різноманітними чинниками (соматичними, розумовими, емоційними, зовнішніми або внутрішніми, частіше – їх сукупністю), які спрямовані на порушення функцій організму та яких організм намагається уникнути. Залежно від сили або дози та тривалості дії стресорних чинників стрес-реакція у своєму розвитку може проходити або три послідовні стадії – *тривоги, резистентності й виснаження*, коли загальний адаптаційний синдром набуває характеру руйнівного процесу (дистресу), або тільки дві перші (тривоги й резистентності), коли формується так званий еустрес (позитивний стрес), що, як твердив Г. Сельє, сприяє підтриманню та збереженню здоров'я.

Через 6 год після сильного стресорного впливу суми чинників виникає *перша стадія – стадія тривоги*, яка триває 48 год та опосередковується головним чином гіпоталамо-гіпофізарно-адренкортикальною системою (віссю). Для неї характерні зміни багатьох структур і функцій головного мозку, що супроводжується активацією гіпоталамічних пептидів і катехоламінергічної системи мозку, викидом адренкортикотропного гормону (АКТГ) гіпофізом. Із боку ендокринної системи спостерігаються викид адреналіну наднирковими залозами, підвищення секреції глюкокортикоїдних гормонів і пригнічення продукції мінералокортикоїдів. Глюкокортикоїди активують глюконеогенез, тобто переводять структурний резерв організму в енергетичний.

*Після стадії тривоги розпочинається стадія резистентності*, тобто стабільності. Відбувається певна нормалізація діяльності залоз внутрішньої секреції та тиміко-лімфатичної системи, а іноді навіть підвищення функціональної активності залоз, які були пригніченими на першій стадії стресу. Стадія резистентності характеризується збільшенням надниркових залоз, відновленням їхніх ліпідних гранул, вакуолізацією хромафінних клітин мозкового шару, тенденцією до гіперплазії щитоподібної залози, атрофією гонад. Підвищення стійкості до дії одного агента на стадії резистентності зумовлює захист щодо багатьох різних стресорів, тобто формується перехресна резистентність.

Дуже сильний або повторний подразник призводить до розвитку *третьої фази стресу – стадії виснаження*, що нагадує першу стадію тривоги, але відбувається, навпаки, пригнічення секреції глюкокортикоїдів. Саме фаза виснаження стрес-реакції часто лежить в основі багатьох патологічних процесів – так званий стрес хвороби. Описано стрес як тло розвитку злоякісних пухлин, багатьох кардіо-васкулярних хвороб, артеріальної гіпертензії зокрема, алкоголізму, ожиріння, депресії. Відомо, що різні люди та тварини в межах одного виду мають різну стійкість до стресових впливів, що визначається генетично зумовленими та набутими в процесі життя параметрами активності стрес-здійснювальних і стрес-лімітувальних систем.

*Теорія стресу Г. Сельє, як і кожна фундаментальна ідея, набула подальшого розвитку. Зокрема, вважається, що відповідь організму на суму чинників внутрішнього та зовнішнього середовищ не зводиться до єдиної реакції – стресу, а являє собою стадійний процес із формуванням низки загальних неспецифічних адаптаційних реакцій як складових частин загального адаптаційного синдрому: реакцій стресу, орієнтування, спокійної та підвищеної активації, переактивації, неповноцінної адаптації; всі адаптаційні реакції поділяються на сприятливі – еустрес (спокійна й підвищена активація) та несприятливі – дистрес (стрес, переактивація, неповноцінна адаптація), а реакція орієнтування має проміжне місце, оскільки може змінюватись як на еустрес, так і на дистрес. Частота та характер виниклих адаптаційних реакцій часто зумовлюють неспецифічні клінічні прояви, тривалість і характер перебігу хвороби, прогноз і хронізацію гострих патологічних процесів, а в підсумку ефективність їх лікування.*

*В основу кодексу поведінки досягнення щастя Г. Сельє поклав мету життя, котру він визначив як «самозбереження та реалізацію вроджених здібностей, об'єднуючи при цьому біологічні та соціальні критерії». Г. Сельє вважав, що мета життя має вимагати наполегливої праці (для самореалізації), забезпечувати накопичення результатів протягом життя (має бути віддаленою), приносити гордість за її досягнення чи втілення та задоволення процесом подолання перешкод, що сповільнюватиме процес старіння*

Тривале перебування в зоні бойових дій поступово виснажує нервову систему, призводить до органічних змін і, тим самим, підсилює тенденцію до затяжного перебігу і маніфестації стресових розладів.

Подолання індивідом психотравмального впливу стрес-факторів бойової обстановки залежить не тільки від успішності когнітивної переробки травматичного досвіду, але й від взаємодії комплексу чинників, а саме, характеру психотравмальних подій, індивідуальних характеристик людини, особливостей умов, до яких ветеран потрапляє після повернення з війни

### **Відмінності стресу в ситуації війни від стресу в мирний час:**

- 1) Обов'язково включає ураження базових потреб людини;
- 2) Часто поєднується з іншими дистресовими впливами (голод, холод, тривала депривація, вимушені переміщення, розлучення, втрата зв'язків із рідними);
- 3) Більш глобальний;
- 4) Колективний;
- 5) Значно частіше кардинально зміняє долі людей;
- 6) Має іншу траєкторію трансформації (наприклад, уникнення дистресового впливу війни породжує еміграцію й нові стреси з влаштування



життя в країнах з іншою культурою, законами, мовою, пропозиціями роботи й розумінням, що буде з дітьми);

7) Має характер як безпосереднього впливу, так і відтерміновані наслідки;

8) При дистресових проявах відтерміновані наслідки можуть бути більш катастрофічними для життя людини, чим близькі за часом переживання;

9) Більш провокативний до ступеня амортизаційних можливостей людини від біологічних (генетична схильність до психічних розладів після психотравми) до епігенетичних і соціальних можливостей (стиль виховання, вихована безпорадність, стоїцизм, психологічна гнучкість та інше);

10) Низько прогнозований щодо виходу через часту невідомість дії чинників дистресу («Коли закінчиться війна?»).

### **Чому стрес/дистресові переживання в умовах війни більш провокативні для здоров'я людини, ніж у мирний час?**

1) Неочікуваність і до цього часу психологічне відчуття «невіри», що це може бути (війна);

2) Відчуття обману та зради щодо багаторічно асоційованого з дружнім та родинно пов'язаним народом (росія), який багато років усвідомлювався як захисник і такий, що позбавив світ від нацизму в Другій світовій війні;

3) Величезні та різкі зміни життя одночасно в дуже великій кількості людей;

4) Втрати близьких і знайомих торкнулися кожного українця;

5) Грубо порушений розпорядок життя – від планів на день до планів на кілька років наперед;

6) Немає ніякого досвіду проживання в колективному стресі, надії, що тебе «підхоплять» та допоможуть, – ненадійні та примарні. Етап «думай сам, вирішуй сам, роби сам, і те, що ти зробиш, буде на твоїй совісті та твоїм життям»;

7) Втрата роботи та/або її кардинальна зміна (стрес перенавчання, моральний стрес, стрес низьких доходів);

8) Значний перерозподіл суттєво зменшених фінансів сім'ї;

9) Незрозуміло, як вирішувати проблеми навчання дітей;

10) Внутрішній конфлікт самооцінки, життєвих досягнень і того, чим зараз вимушено людина займається;

11) Проживання в пресингу інформації під загальною назвою «жах, страх, лють, ненависть, невідомість, жалість, фатальність, самозвинувачення»;

12) Постійне відчуття небезпеки для життя, яке ніяк не може завершитися;

13) Невизначеності щодо того, коли закінчиться війна та яким буде її перебіг, що може трапитись із близькими та рідними;

14) Велика кількість розірваних зв'язків у сім'ях;

15) Далекі переміщення в ситуацію невідомості й розгубленості, ситуація, коли один стрес змінюється на інший і катастрофічна тривога не зникає, а замінюється на параноюльну або депресивну й астенічну тривогу;

16) Постійні гойдалки між «страхом, тривогою» та на деякий час «заспокоєнням і душевним підйомом»;

17) Гротескні та жахливі сцени побаченого, прочитаного та почутого. Особливо – щодо вбитих і скалічених дітей і жінок;

18) Новий вид «входження» травми – наближення жахливої реальності з входом в індивідуальну свідомість детальними розповідями очевидців, записами перехоплених телефонних розмов, відеозаписами допитів та іншої реальності подій війни;

19) Паранояльні відчуття небезпеки в більш-менш безпечних місцях (для тих, хто вимушено переїхали на захід країни чи в Європу);

20) Поєднання психічних травм із впливом страждань, голоду, холоду, хвороб;

21) Масові (колективні) психотравми одночасно всього населення України (тортури, вбивства, насилля, гвалтування та наруга над людською сутністю в Бучі, Ірпіні, Гостомилі, Маріуполі...).

**Таблиця змін у психічних сферах особистості внаслідок впливу стресу**

Рівні стресу	Характеристика	Когнітивна сфера	Афективна сфера	Поведінкова сфера
Низький	Розкриття адаптаційних ресурсів і резервів	Адекватне оцінювання обстановки	Здатність управляти своїми емоціями	Стан «стартової готовності» і початок наполегливої служби
Середній	Витрати ресурсів і резервів	Напружена робота свідомості з ознаками втоми у вигляді проблем пам'яттю, швидкістю обробки інформації та ін.	Фіксуються окремі прояви неконтрольованих емоцій	Стабільність поведінки з ознаками легкої дратівливості, депресивності або агресивності)
Високий	Потребує зовнішньої допомоги у вигляді підтримки або у формі усунення стресора, який виснажує організм	Ознаки професійного вигорання (симптоми): Психофізичні: відчуття постійної втоми, часті безпричинні головні болі, повне або	Ознаки емоційного вигорання (симптоми): Фізичні: (фізична втома, виснаження, безсоння та ін. Емоційні: (брак емоцій, песимізм, байдужність та ін. Поведінкові:	Вектор змін поведінки від глибокої депресії і загальмованості до ауто і зовнішньої агресії на оточуючих

		<p>часткове безсоння та ін. Соціальнопсихологічні: байдужість, нудьга, пасивність і депресія, підвищена дратівливість, часті нервові «зриви» та ін. Поведінкові: відчуття, що служба стає все важчою, а виконувати її – все важче; невіра в покращення, байдужість до результатів та ін.</p>	<p>байдужність до харчування; нещасні випадки - падіння, травми, аварії тощо; виправдання вживання алкоголю, ліків та ін.</p> <p>Інтелектуальні: зниження інтересу до альтернативних підходів у вирішенні проблем, апатія, втрата інтересу до життя та ін. Соціальні: низька соціальна активність, зниження інтересу до дозвілля та ін.</p>	
--	--	--	---	--

### Військовий стрес

Військовий стрес має безліч різних конфігурацій: від стресового впливу новин про війну по телебаченню, або чуток, що з'являються поступово, до втрати близьких, руйнувань, вимушеного переселення, нестачі харчів, насилля та жорстокості, смерті та зруйнованих доль.

*Всі фактори військового стресу мають децю спільне та призводять до:*

- Великих, несподіваних і неминучих змін у житті;
- Втрат різних типів: втрати життя, безпеки, приналежності, соціального положення та статусу, продовольчої безпеки;
- Невизначеності щодо того, що відбувається, де взяти їжу, що може трапитись із близькими, чим можуть закінчитися бойові дії;
- Непередбачуваності щодо свого коротко- та довготривалого існування, щодо наступних подій, щодо правил, положень й очікуваної поведінки вороже налаштованих інших;
- Вплив жорстоких сцен смерті та руйнувань або через особистий досвід, або через засоби масової інформації. Вплив страждань, голоду, холоду.

### Бойові стресові реакції (БСР)

*Реакції бойового стресу* – фізичні, емоційні, когнітивні або поведінкові реакції, несприятливі наслідки або психологічні травми, що виникають у військовослужбовців, які піддаються впливу стресових або травматичних подій під час бойових дій або військових операцій.

Бойові стресові реакції виникають під час бою або підготовки до бою. Це жорстко запрограмовані реакції виживання, які охоплюють фізіологічні, поведінкові, емоційні, розумові та інші зміни в процесах організму. Ситуації, що загрожують життю, запускають вегетативну нервову систему, яка регулюється двома протилежними відділами – симпатичною нервовою системою, відповідальною за збудження, і парасимпатичною нервовою системою, відповідальною за заспокоєння. Результатом є безперервна низка автоматичних реакцій, які називають «захисним каскадом», що характеризується екстремальними (але відносно короткими) підйомами або спадами фізіологічних функцій, таких як концентрація уваги/збудження, поведінкові, емоційні, розумові, мовленнєві та сенсомоторні зміни. Вони є інтенсивними і спричиняють помірні та тяжкі порушення, але їхня тривалість становить лише кілька годин або, щонайбільше, кілька днів.

### **Бойові стресори, або стрес-фактори на війні:**

- тілесні ушкодження та поранення, що призвело (або призведе) до обмеження фізичних можливостей військовослужбовця;
- вбивство противника;
- свідчення загибелі людини;
- загибель/поранення військовослужбовця підрозділу.

*Інша класифікація стрес-факторів виглядає наступним чином:*

- 1) стресори бойової обстановки (отримання поранень та загроза життю), що діють на військовослужбовців, які беруть участь у виконанні бойових завдань на ворожій території;
- 2) небойові стресори бойової обстановки (смерть солдат ворога, страх перед застосуванням ракетних ударів або атак з використанням хімічної та біологічної зброї, очікування наземних бойових дій, важкі побутові умови);
- 3) стресори, пов'язані з відправкою у зону бойових дій (ізоляція від родини, близьких, друзів. Особливо це стосується військовослужбовців, які призвані із запасу).

*Стрес-фактори*, що спричиняють появу психологічних проблем у військовослужбовців, розділяють також на три групи:

- 1) бойові стресори (загроза життю, отримані поранення, свідоцтво смерті й поранення товаришів по службі; ракетні удари; обстріл артилерії та стрілецької зброї з боку ворога, і з боку своїх військ (помилково); участь у спеціальних операціях на території, окупованій противником; відповідальність за смерть ворожих солдатів тощо).

2) небойові стресори бойової зони (свідोцтво смерті ворожих солдатів;

страх перед застосуванням противником зброї масового ураження; очікування наземних бойових дій, які асоціюються зі смертю чи пораненнями; політика противника щодо військовополонених; загальні умови перебування в зоні бойових дій (соціальна ізоляція, одноманітність, погані кліматичні умови тощо).

3) стресори, пов'язані з відправкою до бойової зони (ізоляція від сім'ї, друзів, роботи).

**До групи неспецифічних бойових стресорів належать стресори, властиві як бойовій обстановці, так і іншим видам стресових ситуацій, а саме:**

- тривала напружена діяльність;
- підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя;
- тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб;
- рідкісні та несподівані зміни умов служби і життєдіяльності;
- підвищена відповідальність за свої дії;
- важкі екологічні умови життєдіяльності;
- відсутність теплих стосунків із близькими;
- неможливість змінити умови свого існування;
- потенційна можливість фізичних і моральних страждань заради досягнення цілей, незрозумілих для військовослужбовців;
- інтенсивні й тривалі міжособистісні конфлікти.

*При надмірній напруженості і тривалості стрес переростає в психологічну (психічну) травму, тобто вона є наслідком неспецифічної психічної реакції (надмірного стресу) на психотравмувальну ситуацію. Психічну травму розглядають як результат впливу психотравмувальних подразників, сила яких визначається значимістю патогенної інформації для індивіда. Виділяють гострі та хронічні психічні травми. Причому, «перші є результатом однократного, надзвичайно сильного впливу, другі – багаторазово діючих слабших впливів».*

Деякі з реакцій бойового стресу, які може відчувати військовослужбовець, включають: неспокій, паніку, дратівливість, лють, розгубленість, проблеми з пам'яттю, втому, безсоння, прискорене серцебиття, задишку і дисоціацію.

Ступінь їх вираженості може змінюватися залежно від низки оперативних умов, зокрема інтенсивності, тривалості, частоти бойових дій, морального духу командування та підрозділу.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, коли бойові дії є надзвичайно інтенсивними, до 80% медичних втрат мають саме психіатричний характер. Страх смерті, як і будь-якої неконтрольованої та непередбачуваної небезпеки можуть призвести до такого стану. Бойові стресові реакції є більш вірогідними, внаслідок дуже важких втрат, несподіваних нападів, впливу

невідомої зброї, повітряних або газових атак, безперервних обстрілів важкою артилерією, просування замінованою територією, недосипання, поганого харчування та гігієни, неякісної комунікації, ізоляції та відсутність довіри до керівництва.

Від якості психологічного стану військових залежить якість виконання бойового завдання, кількість втрат серед особового складу та його майбутня адаптація до цивільного життя.

### Моделі бойового стресу

Моделі	Зміст
1 модель	Бойовий стрес є хворобою, результатом загострення в бойовій обстановці наявного раніше прихованого інтрапсихічного конфлікту. Цій моделі відповідає термін «травматичний невроз»
2 модель («витривалості» або «стійкості»)	Кожна людина має межу міцності, яка в умовах бойової обстановки швидко знижується. В даному випадку важлива не стільки роль стану здоров'я людини, скільки обставини, що складаються таким чином, що поведінка військовослужбовця при травматичному неврозі стає звичайною нормою. Ця модель зосереджує увагу на терміні «бойове виснаження»
3 модель («мотиваційна»)	Бойовий стрес може бути результатом свідомої мотивації учасника бойових дій
4 модель (оточення або «військової індукції»)	Бойовий стрес є результатом комбінації зовнішніх чинників
5 модель («експериментального неврозу»)	Причиною бойового стресу є внутрішній конфлікт, що виникає у солдата в бойовій обстановці, і передбачає необхідність зробити вибір між бажанням вижити і прагненням виконати свій обов'язок
6 модель («засудження»)	Бойовий стрес викликаний боягузтвом і небажанням військовослужбовця виконувати свій патріотичний обов'язок. Цю концепцію Г. Кормос вважав ненауковою

### Опитувальник бойового стресу Блінова

Український науковець і дослідник О.А. Блінов розробив «Опитувальник бойового стресу Блінова (ОБСБ)», згідно якого оцінка бойового стресу (у балах) здійснюється за трьома рівнями, а саме:

1. Бойовий стрес низької інтенсивності. Вважається таким, коли отримуються результати від 1,0 до 2,66 бали (самий високий рівень адаптованості військовослужбовця до дії стрес-факторів).

2. Бойовий стрес середньої інтенсивності. Результат – від 2,66 до 3,91 бала (середній рівень адаптованості).

3. Бойовий стрес високої інтенсивності. Результат від 3,91 до 5,0 балів (самий низький рівень адаптованості до дії бойових стресорів).

В опитувальнику надані три основні стадії розвитку стресу для поглибленого ознайомлення з отриманими результатами. Також пропонується ознайомитися з таблицею змін у психічних сферах особистості (дивись Таблицю А), а також визначити особливості проявів стресових розладів за часовими характеристиками (дивись Таблицю Б).

**Перша стадія. Стрес низького рівня у військовослужбовців** (від 1,0 до 2,66 бала).

*Це аларм-стадія, або «мобілізація по пожежній тривозі», коли відбувається мобілізація адаптаційних ресурсів організму. На цій стадії людина знаходиться в стані напруженості і настороженості. Це, свого роду, підготовка до наступного етапу, тому іноді першу стадію називають «передстартовою готовністю».*

Триває від декількох годин до двох діб і включає дві фази:

1) фаза шоку – загальний розлад функцій організму внаслідок психічного потрясіння або фізичного пошкодження, у результаті бойової діяльності.

2) фаза «протишоку».

При достатній силі стресора фаза шоку закінчується загибеллю організму, протягом перших годин або днів. Якщо адаптаційні можливості організму здатні протистояти стресору, то настає фаза протишоку, де відбувається мобілізація захисних реакцій організму. Фізично і психологічно людина почувається добре, перебуває в піднесеному настрої.

*Жоден організм не може постійно перебувати в стані тривоги. Якщо стресогенний фактор дуже сильний або продовжує свою дію, настає наступна стадія.*

**Друга стадія. Стрес середнього рівня** (від 2,66 до 3,91 бала).

Вона співвідноситься зі стадією резистентності (опору). Складається зі збалансованого витрачання адаптаційних резервів, підтримується існування організму в умовах підвищених вимог до його адаптаційних можливостей. Тривалість періоду опору залежить від вродженого потенціалу швидкої адаптації до умов життєдіяльності, стресостійкості людини і від сили діючих стрес-факторів.

Відповідь організму залежить не тільки від дії подразника, в його якості може виступати будь-який предмет, явище або значима інформація, також грають важливу роль внутрішні і зовнішні умови життєдіяльності.

Людина розвиває оптимальну енергію, пристосовуючись до обставин, що змінюються. Почуває себе цілком стерпно, хоча вже без душевного підйому, характерного для першої фази. Людина ніби «впрацювалася» і готова до більш-менш тривалого зусилля з подолання труднощів. Однак іноді відчувається, що накопичилася втома. Якщо ж стресор продовжує діяти ще довше, настає третя стадія. Ця стадія призводить, або до стабілізації стану та одужання, або, якщо стресор продовжує діяти й надалі, змінюється останньою стадією – виснаження.

### **Третя стадія. Стрес високого рівня** (від 3,91 до 5,0 балів).

Співвідноситься зі стадією виснаження (утратою резистентності). На цій стадії енергія вичерпана, фізіологічний і психологічний захист виявляється зламаним. Існує невідповідність стресогенних впливів середовища і відповідей організму на його вимоги.

Людина не має більше можливості захищатися. На відміну від першої стадії, коли стресовий стан організму веде до розкриття адаптаційних резервів і ресурсів стан третьої стадії більше схожий на «заклик про допомогу», яка може прийти тільки ззовні – або у вигляді підтримки, або у вигляді усунення стресора, що виснажує організм. Якщо на першій та другій стадії діагностуються деякі ознаки ГСР і ПТСР, то на третій стадії вони об'єднуються вже в цілісний комплекс (синдром).

## **Інструкція опитувальника бойового стресу**

Будь ласка, ознайомтеся із запропонованими питаннями для відповідей. Виберіть такий варіант власної думки із запропонованої п'ятибальної шкали, що найбільш розкриває її зміст. В бланку відповідей в кожній колонці праворуч від порядкових номерів позначте вибрану вами цифру:

- 5 – абсолютно вірно;
- 4 – скоріше, вірно;
- 3 – частково вірно, частково невірно;
- 2 – скоріше, невірно;
- 1 – абсолютно невірно.

### **Текст опитувальника**

1. Моя діяльність проходила в умовах загрози для життя.
2. У мене немає традицій і ритуалів, яких я люблю дотримуватися.
3. Несподіваність сприяє виникненню непередбачуваної поведінки.
4. Моя діяльність в умовах дефіциту часу приводила інколи до негативних наслідків.
5. Я швидко реаую на різкі звуки, що нагадують травматичні події минулого.



6. Я рідко відчуваю турботу близьких людей.
7. Нестандартний перебіг подій задає багато клопоту.
8. Підвищення мною темпу дій сприяє швидкому розвитку втоми.
9. Я намагаюся уникати спогадів про травматичні події.
10. Для мене не важлива взаємна допомога та підтримка.
11. Я втрачаю самовладання коли бачу невідповідальність посадових осіб.
12. Надлишок інформації ускладнює процес адаптації.
13. Я відчуваю провину за деякі вчинки, що робив раніше.
14. Імпровізація не моя стихія.
15. Згадка про діяльність в екстремальних умовах викликає у мене негативні емоції.
16. Виконання декількох справ одночасно підвищує ризик помилок в управлінні.
17. Інколи я відчуваю відчуженість до людей.
18. Для мене не важлива точна оцінка ситуації.
19. Буває, що я втомлююсь від служби.
20. Я вважаю, що недостатній рівень злагодженості колективу приводить до зайвих проблем.
21. Достатньо невеличкої дрібниці, щоб я почав гніватися.
22. Я не використовую фізичні, дихальні та м'язові практики у боротьбі зі стресом.
23. Я маю проблеми зі сном.
24. Для мене немає різниці між фізичною активністю і періодами відпочинку.

Порядок визначення бальної оцінки інтегрального показника бойового стресу здійснюється наступним чином. Спочатку підраховується загальна кількість балів за всі нараховані бали питань опитувальника. Потім підраховується їх середнє арифметичне значення. Отриманий результат заноситься в бланк відповідей.

### Модель розвитку бойового стресу

Норма	Реакція	Травма	Хвороба
Оптимальн боездатність. Зростання адаптивності. Здоров'я	Легкі транзиторні порушення через вплив будь-яких стресорів. Низький ризик ускладнень	Персистуючі порушення, що виникають унаслідок загрози життю, моральної травми, перевтоми. Не проходять безслідно. Високий ризик ускладнень	Клінічно виражене психічне захворювання (ПТСР, депресія, фобії, залежності). Стан погіршується з плином часу. Відсутність спеціалізованої

			медичної допомоги призводить до інвалідизації
Фізично, розумово і духовно тренований та адаптований. Мотивований. спокійний і стабільний. Зосереджений на виконанні завдання. Здатний отримувати задоволення і відновлювати ресурси. Етична поведінк	Дратівливий, тривожний або пригнічений. Втрата мотивації і зосередженості на завданні. Порушення сну, м'язовий гіпертонус. Неможливість отримувати задоволення	Втрата самоконтролю, паніка, гнів або депресія. Почуття провини, сорому, звинувачення. Не відчуває себе нормальним (здоровим)	Втрата боєздатності

Некомпенсована відпочинком втома має властивість акумулюватися і досягати критичних рівнів. У дослідженнях німецького військового фахівця Е. Дінтера встановлено, що перебування особового складу в зіткненні з супротивником більше 30-40 діб непродуктивне. Це пов'язано з тим, що після досягнення вершини (апогею) морально-психологічних можливостей, що настає через 20-25 діб, у військовослужбовців відбувається швидке їхнє зниження, обумовлене виснаженням духовних і фізичних сил.

Порушення природних ритмів сну в нічний період, особливо з 2.00 до 6.00 години, коли сон найбільш глибокий (знижується температура тіла, сповільнюються обмінні процеси та ін.). Значно знижує здатність солдата думати і діяти. Згідно з дослідженнями, проведеними в США і Великобританії, відсутність сну протягом 48 годин і більше практично повністю деморалізує бойовий підрозділ, солдати якого починають страждати психічними відхиленнями, зокрема слуховими і зоровими галюцинаціями. При цьому страждають пам'ять і здатність до прийняття рішень, підвищується занепокоєння, порушуються біоритми організму

## 2.2. Бойова психічна травма (БПТ)

Під час бойової діяльності у військовослужбовців в результаті впливу факторів бойової обстановки можуть виникати порушення психіки, які призводять до часткової або повної втрати їх бойового потенціалу. Психічні травми продукуються бойовим (травматичним) стресом. Він є формою аварійного пристосування військовослужбовця до стрес-факторів бойової обстановки і має місце тоді, коли гіперстресор або симптоми деструктивного стресу накопичилися до критичного рівня і перевершили адаптивні можливості (рівень психічної стійкості) військовослужбовця. Вони викликають у індивіда чи групи інтенсивні почуття страху, жаху, безпорадності та безнадійності. Такі події корінним чином порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні.

*Бойова психічна травма (БПТ)* — психічна травма, викликана впливом факторів бойової обстановки. Призводить до розладів психіки різного ступеня тяжкості. Борець, який отримав БПТ, не здатний вести бойові дії.

*Бойова психічна травма* (англ. shellshock – снарядний шок) вперше була визнана як особливий феномен воєнного часу під час Першої світової війни у Канаді, США та більшості європейських країн. Зважаючи на те, що багато солдатів ставали паралізованими, глухими й німи без будь-яких вказівок на органічні ушкодження, деякі невропатологи та психіатри почали розглядати можливість того, що артилерійський вогонь сам по собі викликає невротичну хворобу. Термін shellshock був уведений в обіг британським психіатром Чарльзом Майерсом узимку 1915 року та з самого початку викликав суперечки. У 1917 році британське військово-медичне товариство (The Army Medical Society) навіть наклало заборону на його використання.

*БПТ можна розділити на дві групи. У першому випадку* прояви БПТ виникають у відносно короткій проміжок часу, практично в момент виникнення психотравмуючої ситуації. Військовослужбовець, який отримав БПТ, може впасти в повну загальмованість (ступор), слабо або зовсім не реагувати на навколишню обстановку або, навпаки, виявляти високу рухову активність (кидатися, кричати тощо). У важких випадках виникають порушення слуху, зору, мови, координації рухів.

*При цьому БПТ потрібно відрізняти від прояву розгубленості або боягузтва: ніякі заклики, умовляння, погрози, ляпаси не виводять людину із стану дезорієнтації і лише можуть погіршити наслідки БПТ.*

*До другої групи відносяться БПТ, що розвиваються відносно тривалий час під впливом мени виражених, але постійних факторів. У цьому випадку накопичення психічної напруги відбувається постійно та непомітно для*

військовослужбовця. Він може стати замкнутим, похмурим, грубо реагувати на звернення до себе з боку товаришів.

Командири підрозділів повинні вміти своєчасно виявляти військовослужбовців з ознаками розвитку психотравм, при яких вони повинні бути евакуйовані з поля бою. Критеріями при цьому є неможливість виконання бойових обов'язків, деморалізаційний вплив осіб з БПТ на особовий склад підрозділу, загроза з їхнього боку безпеці інших людей.

### **Ключові фактори, що сприяють виникненню бойової психічної травми:**

- 1) екстремальні умови та загроза для життя;
- 2) травматичні події та втрати;
- 3) тривала емоційна напруга;
- 4) невизначеність та непередбачуваність;
- 5) соціальна ізоляція;
- 6) несприятливі умови служби

*На формування бойової психічної травми (БПТ) впливає комплекс різноманітних факторів, які взаємодіють між собою. Ці фактори можуть включати фізіологічні, психологічні, соціальні, культурні та оточуюче середовище. Збірність цих елементів створює унікальний контекст, в якому формується БПТ для кожної особи. Основні чинники впливу: зовнішні фактори, емоційне навантаження, покинутість, безвихідь, відсутність віри в перемогу, ускладнення місії.*

В наукових джерелах описані різноманітні підходи до розуміння психічної травми. Слово «травматичний» (травмівний) вперше зустрічається у виданні Оксфордського словника 1656 року, де травма визначається як термін, «який можна віднести до ран та їх зцілення» (все що стосується фізичних ран або лікування ран).

Тільки в кінці XIX століття цей термін став використовуватися для позначення психологічного стресу і шкоди, що розвивається внаслідок насилля і втрат. У загальному розумінні **травма** визначається як раптовий потенційно смертельний досвід, який часто залишає тривалі тривожні спогади. Події, які можна розглядати як потенційно травмуючі інциденти, включають широкий спектр навмисних та ненавмисних насильницьких дій (актів насильства), таких як образа, фізичне або сексуальне насильство, аварії, природні та біотехнологічні катастрофи, викрадення та захоплення в заручники, смертельні захворювання, каліцтво, війни та терористичні напади, катування, позбавлення волі тощо.

Всі ці різноманітні події поєднуються під спільним знаменником «травма» або «психотравма», незважаючи на те, що кожне з них має власне значення та причинні атрибути страждань.

*Травматичні події відрізняються одна від одної за характером, частотою та тривалістю загрози, її особистою значимістю, яка може змінюватися з часом.*

Тим не менше, травма, травматичний стрес (traumatic stress), крім складних психологічних проявів на нейробіологічному рівні, є неспецифічною реакцією нашого організму на різні травматичні події.

Проте, *травма – це не просто подія в певному місці*. Це тристоронній процес, що проявляється у фізичних, психологічних та соціальних наслідках. Те, які будуть фізичні, психологічні та соціальні симптоми і захворювання залежить і від багатьох чинників, таких як вразливість, стійкість, які адаптивні і дезадаптивні реакції проявлялися в травматичних ситуаціях і які травматичні спогади залишилися.

*Травма також має вимір часу та соціального простору. І нарешті, травма має духовний вимір*. Страждання, які вона завдає, варіюються від фізичного до екзистенційного болю. А це може порушити уявлення про мораль, цінності, принципи, ідентичність, переконання, ідеали.

Початкове уявлення про психічну травму формувалися у рамках психодинамічної парадигми. В роботі З. Фрейда «По той бік задоволення» було запропоновано енергетичну концепцію травми. З.Фрейд писав, що «травматичний вплив на психіку може спричинити будь-яка подія, що викликає болісне почуття жаху, страху, сорому, втрати, душевний біль. Від чутливості потерпілого залежить ймовірність того, що ця подія набуває характеру травми».

Відкриття психоаналізу дають можливість поглянути на травматичні військові неврози з погляду їх каузальності, тобто виявити причинно-наслідкові зв'язки – «витіснення, що лежить в основі будь-якого неврозу». У 1941 році, в одному із перших систематизованих досліджень, А. Кардінер назвав це явище «хронічним воєнним неврозом».

*Ним вперше було дано комплексну характеристику симптоматики:*

- 1)збудливість і подразливість;
- 2) нестримний тип реагування на раптові подразники;
- 3)фіксація на обставинах травмуючої події;
- 4)уникнення реальності; 5)схильність до неконтрольованих агресивних реакцій.

Після війни у В'єтнамі на зміну концепції «воєнного неврозу» в сучасну психіатрію до 1980 року увійшло поняття «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР), яке було включено в DSM–III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – класифікаційний психіатричний

стандарт Американської психіатричної асоціації. У 1995 році ПТСР було введено в десяту редакцію Міжнародного класифікатора хвороб МКБ-10.

*Згідно даної класифікації ПТСР визнано найбільш поширеною і помітною формою пост бойової патології.* Когнітивні концепції психічної травми сягають теорії стресу Р.Лазаруса та роботам А.Бека. В залежності від оцінки стресової ситуації та вторинного оцінювання (оцінка індивідом власних ресурсів самоконтролю у цій ситуації) формується тип копінг-стратегії: проблемно-фокусований (дії, які спрямовані на подолання стресової ситуації) та емоційно-фокусований (дії, спрямовані на поліпшення емоційного стану).

Психічна травма в когнітивній психології розглядається як руйнування базових когнітивних схем або базових переконань. (Bartlett, 1932). Когнітивні схеми використовуються як пояснювальний конструкт, детермінуючий процес пізнання суб'єктом навколишнього середовища та образ власного Я в свідомості особистості.

М. Горовіц був першим, хто описав вплив травми на систему глибинних уявлень людини про своє Я, світ і майбутнє і показав, що процес лікування відбувається через зміну когнітивних структур. Проте найповніше вплив травми на систему переконань індивіда представлено у роботах Роні Янофф-Бульмана, які були створені на основі когнітивно-експерієнціальної теорії Епштейна. Згідно Янофф-Бульмана, структура базисних переконань включає імпліцитні переконання особистості про доброзичливість та справедливість навколишнього світу, про контрольованість (люди можуть контролювати те, що з ними відбувається), цінності та значимості власного Я.

Перелічені переконання виступають для людини певними орієнтирами, точками опори, роблячи світ зрозумілим. В бойовій обстановці всі перелічені цінності можуть бути відразу зруйновані.

Якщо військовослужбовець не отримує психологічної підтримки від оточуючих, то він залишається без опори і повністю втрачає здатність орієнтуватися у світі, обстановці, самому собі. І що найважливіше, чим більш «гуманістичними» для військовослужбовця здавалися його базові цінності, тим більш драматичнішим відбувається їх руйнування. Військовослужбовець відчуває себе безпорадним. Стан безпорадності може привести до так званої психічної поразки (mental defeat) – стан в якому військовослужбовець втрачає здатність підтримувати в собі віру в силу волі, відчуває себе «не живим», зламаним, для якого все одно живий він чи ні.

## **Психічна травма**

З психологічної точки зору психічна травма – це порушення цілісності функціонування психіки, спричинене такою ситуацією, яка суб'єктивно інтерпретується як непереборна та незвичайна внаслідок недостатності захисних механізмів; викликає в подальшому глибокі емоційні переживання.

Історія поняття травми впливає з ранніх праць З. Фрейда та дофрейдівських робіт Ж. М. Шарко та Ж. Брейєра. З. Фрейдом було створено першу психоаналітичну теорію травми, в якій це явище розглядалося як глибоко вкорінений у несвідомій сфері афект, що надає патогенний вплив на психіку людини та є підґрунтям невротичних розладів. Джерело травми він вбачав не в зовнішній події, а в самій психіці, у розщепленні Его, до якого приводить травматична тривога, заснована на несвідомих фантазіях.

*Поняття «травма» у повсякденному розумінні співвідноситься переважно з тілесними ушкодженнями, порушенням цілісності тіла.*

Травми бувають легкими, важкими та несумісними з життям, все залежить від сили впливу джерела травми та захисного бар'єра тіла. За законами гомеостазу все, що порушує рівновагу та цілісність організму, викликає реакцію, спрямовану на відновлення стабільного стану. При цьому всі чужорідні тіла відторгаються організмом, тобто витісняються. За аналогією з фізичною травмою та реакцією на неї організму функціонує й психічна травма.

*Психологічна травма, як правило, виникає через відсутність індивідуальних ресурсів, необхідних для подолання травмуючої події. З точки зору П. Левіна, руйнівна сила психічної травми залежить від індивідуальної значущості травмуючої події, ступеня її психологічної захищеності та здатності до саморегуляції.*

*Сама психічна травма дається суб'єкту травматичної події в таких переживаннях, як: почуття душевної тяжкості, гіркоти, болю, власної непотрібності, втрати, неповноцінності. Через ці переживання вона проявляються назовні. Переживання, в свою чергу, зберігаються в пам'яті та можуть використовуватися психікою як матеріал, коли осмислюється процес, в якому виробляються життєві цілі та плани, які, в свою чергу, обумовлюють поведінку індивіда.*

Американська психологічна асоціація (American Psychological Association, APA) дає таке визначення травми та визначає наступні її ознаки та симптоми.

*Травма* – це емоційна реакція на жахливу подію, таку як нещасний випадок, звалтування чи стихійне лихо. Відразу після події типові шок та заперечення. Більш довгострокові реакції включають непередбачувані емоції, спогади, натягнуті стосунки і навіть фізичні симптоми, такі як головний біль або нудота. Хоча ці почуття є нормальними, деяким людям важко жити далі.

Травма обумовлює такі зміни в організмі людини, як: зміни роботи кори головного мозку та мовних центрів, що, частково, пояснює проблеми з артикуляцією травматичних переживань, пам'ять починає працювати фрагментарно, що викликає втрату цілісності травматичного та загального досвіду, сама травматична подія зберігається в пам'яті разом з неадаптивними

когніціями та гострими переживаннями у вигляді картинок, відчуттів, почуттів, емоцій, травматичне переживання проявляється в м'язах.

Людям, які пережили стресову подію, може бути складно згодом повернутися до нормального стану душі. У деяких випадках у них розвивається психічний розлад, пов'язаний із переживанням. Це називається травматичним розладом, налічує 7 різних типів: посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), гострий стресовий розлад (ГСР), пасивна травма, реактивний розлад уподобання, розлад пригніченої соціальної активності, розлади адаптації, інші та не уточнені розлади, пов'язані з травмами та стресом.

*Пасивна травма* також відома як реакція на травму або як вторинний травматичний стресовий розлад. Це відбувається внаслідок безпосереднього контакту з травмою інших людей. Симптоми вторинного травматичного стресу включають: почуття безнадійності чи безпорадності, почуття, що ти ніколи не зможеш зробити достатньо, щоб допомогти, спостерігається надпильність, характерні почуття провини, страх, злість, негативізм /цинізм, хронічна втома.

Пасивна травма може статися з будь-ким, але зазвичай вона зачіпає фахівців, які працюють з жертвами травм, таких як консультанти, соціальні працівники, служби екстреного реагування, лікарі, медичні сестри та інші медичні працівники.

## **Види психотравм**

Залежно від сили впливу стресових моментів на людину, фахівці для зручності діагностики розділили психотравми на такі види:

1) *Шоківі травми*. Це несподівані емоційні потрясіння короткочасного характеру. Виявляються гострим тривожним станом, Perezбудженням, відчуттям повної безпорадності та прострації.

2) *Емоційні травми*. Це порушення душевної рівноваги у особистісній сфері. Смерть родича, розлучення з коханою людиною, пожежа чи потоп. Причини різні – наслідки самі. Пригнічення свідомості, постійне переживання душевного болю.

3) *Травми під час народження чи розвитку*. Вони гальмують природний розвиток організму.

Узагальнений аналіз різних класифікацій травм дозволяє виділити ще кілька груп, що мають різні підстави:

1) травми відповідно до типів невирішених емоційних конфліктів (екзистенційна, травма втрати, травма відносин, травма системних відносин);

2) за тимчасовим впливом на особистість: травма шоків, гостра, хронічна;

3) залежно від типу ситуації (у контексті виділення ситуацій повсякденності чи неповсякденності);



4) щодо суб'єктивного ставлення людини до ситуації: травма актуальна, можлива

### **Практичний досвід досліджень (Україна)**

Для визначення наявності бойової психічної травми та її похідних у військовослужбовців був проведений експеримент українськими авторами, з вересня по грудень 2023. В експерименті прийняло участь 52 особи, які перебувають на дійсній військовій службі на Донецькому напрямку (околиці Бахмуту). Досліджувані були розділені на 2 групи: група 1 – військовослужбовці, які перебувають на військовій службі до 2 років; група 2 – військовослужбовці, які перебувають на військовій службі більше 2 років. Таке формування груп дослідження пояснюється повномасштабним вторгненням росії на територію України. Ця подія спричинила значний стрес та травматичні наслідки для українських військових, що відбивали агресію. Середній вік групи 1 – 34,7 років; групи 2 – 28,3 роки.

#### *Методи дослідження:*

- Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів, пов'язаних із бойовими діями (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD for DSM-III);
- Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale - Revised, IES-R);
- Опитувальник бойового стресу Блінова О. (ОБСБ).

Ці методи дослідження були обрані з огляду на їхню визнаність у психологічній науці та їхню адаптованість до потреб конкретного дослідження. Вони є широко використовуваними і добре перевіреними інструментами для вимірювання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та впливу травматичних подій на психічний стан.

Для порівняння тесту Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів, пов'язаних із бойовими діями (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD for DSM-III) та Опитувальника бойового стресу Блінова О. (ОБСБ) була проведена кореляція Спірмена.

Середній рівень бойового стресу у групі 1 не корелює з психічними розладами прояву ПТСР. Це означає, що підвищення середнього рівня бойового стресу в групі 1 не призводить до систематичного зростання проявів психічних розладів або ПТСР. Варто розглядати можливі внутрішні та зовнішні фактори, які можуть впливати на цю взаємодію. Наприклад, індивідуальні рівні стресостійкості, підтримка від співробітників та засоби копінгу можуть визначати, як особа реагує на стресові ситуації.

За даними кореляційного зв'язку для групи 2 можна зазначити, що низький рівень бойового стресу не корелює з проявами психічних розладів, які викликані ПТСР. Це може вказувати на те, що психічні розлади в цій групі не є

безпосереднім наслідком бойового стресу, а також на ефективність стратегій адаптації та впорядкування зі стресом у цій групі. Зважаючи на результати аналізу кореляційного зв'язку між рівнем бойового стресу та проявами психічних розладів, пов'язаних з ПТСР, в обох групах, можна сформулювати наступні висновки:

На основі кореляційного аналізу виявлено, що середній рівень бойового стресу в групі 1 не корелює з проявами психічних розладів та симптомами ПТСР.

Це може свідчити про те, що психічні розлади в цій групі можуть бути визначені іншими факторами або стратегіями копіngu.

За результатами кореляційного аналізу виявлено, що низький рівень бойового стресу в групі 2 також не корелює з проявами психічних розладів та симптомами ПТСР. Це може вказувати на те, що, навіть при низькому рівні стресу, існують інші чинники, що впливають на психічний стан учасників.

Обидві групи не виявили статистично значущого кореляційного зв'язку між рівнем бойового стресу та психічними розладами, що може свідчити про комплексність та індивідуальний характер впливу стресорів на психічне здоров'я.

### **Методика терапії травми Пітера Левіна**

Пітер Левін розробив програму правильного опрацювання травми, основи якої він виклав у своїй книзі «Зцілення від травм». Підхід у Левіна цікавий: він працює з відчуттями тіла, і через них допомагає людині позбутися руйнівної енергії травми. Його програма складається з 8 основних етапів:

#### **ЕТАП 1: ПОВЕРНЕННЯ ПОЧУТТЯ БЕЗПЕКИ**

Якщо ви пережили подію, що травмує (зрада коханого, смерть близького, публічне приниження, розрив відносин і т. д.), то перше, з чого радить почати лікар, це з відновлення меж власного простору.

Травмуюча подія руйнує наш захист, ми перестаємо почуватися в безпеці, нас буквально розривають важкі емоції, ми відчуваємося незахищеними перед зовнішньою агресією. Левін пропонує спеціальні вправи, які допомагають знову відчути межі, всередині яких ми у безпеці – це межі нашого тіла.

Постукування по шкірі, контрастний душ допоможуть буквально «шкірою» відчути кордон, який відокремлює та захищає наш особистий простір від агресивного зовнішнього світу. Відчуйте, що ви «в будиночку», і ніхто і ніщо не може поринути у ваш простір, ви в абсолютній безпеці.

#### **ЕТАП 2: ЗНАЧЕННЯ «ГРУНТУ ПІД НОГАМИ»**

Будь-яка подія, що травмує, буквально вибиває ґрунт у нас з-під ніг. Нам здається, що все руйнується навколо нас, все нестабільно: ми ніби летимо на швидкості в безповітряному просторі, і нічого не можемо з цим вдіяти, ми не контролюємо події, які розвиваються без нашої волі. Левін рекомендує «заземлитися» - буквально стати голими ступнями на землю і просто відчути, що

ось він, - ґрунт, що ви стоїте дуже надійно. Немає безповітряного простору, ви стоїте на землі двома ногами, і світ не руйнується навколо вас, все стабільно.

Ви не падаєте, і не втрачаєте своєї рівноваги, ви на 100% контролюєте те, що відбувається, відчуйте це і дайте собі час, щоб це відчуття закріпилося.

### **ЕТАП 3: ВИЗНАЧЕННЯ ДЖЕРЕЛ «ПІДЖИВКИ» І ЛАТАНІЯ «ПРОЛОМУ»**

Це надзвичайно важливий етап. У нас у кожного є свої способи поповнення енергії – хтось спить чи перечитує улюблені книги, щоб відновитись, хтось готує та їсть улюблену їжу, хтось займається спортом, хтось слухає музику, хтось їде до мами, і так далі.

Левін радить спробувати визначити, що є таким джерелом для вас – згадайте, що допомогло вам подолати травмування в минулому?

Які заняття приносять вам почуття задоволення, заспокоюють? Поруч із якими людьми ви відчуваєтеся у безпеці, хто підживлює вас своєю енергією?

Левін радить заплющити очі та уявити можливі джерела енергії, а також спробувати побачити хто чи що, навпаки, вашу енергію забирають. Як проломи, через які витікає енергія можуть виступати, наприклад, батьки, які вимагають щоб ми відповідали їхнім вимогам, або хтось поряд з нами, хто висмоктує сили та час, нелюба робота, неприємна рутинна чи навіть певні місця, міста та країни.

Після того, як ви провели реєстр «джерел харчування» та визначили «проломи», важливо максимально убезпечити себе від того, що забирає сили, і наповнити життя заняттями та спілкуванням з тими людьми, які вас заряджають.

Коли ви відновлюєтеся після фізичної травми, ви дотримуєтеся певного режиму та уникаєте того, що може погіршити ваш стан – відновлення після психічної травми йде за таким же принципом. Ви зараз дуже вразливі, захистіть себе максимум від нових травм.

### **ЕТАП 4: ПОШУК БЛОКІВ І ВІДСТЕЖЕННЯ ЕФЕКТУ ТРАВМИ**

На цьому етапі психолог вчить стежити за відчуттями тіла, щоб зрозуміти, як саме травмуюче переживання проектується на фізичні відчуття.

Наприклад, коли дівчина переживає біль зради – де ця емоція проявляється фізично?

І як відчувається фізично?

Біль у сонячному сплетінні?

Холод у животі?

Комок у горлі?

Ці відчуття важливо відстежити і спробувати «помацати» - яка за розмірами ця грудка?

А за вагою?

З якого матеріалу він складається?

### **ЕТАП 5: АКТИВНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ВІДЧУЧЕННЯМИ**

Як тільки ви зможете відстежувати фізичні прояви своїх переживань, ефект події, що травмує, почне знижуватися, тому що ви знову відчуватимете контроль над тим, що відбувається.

Неможливо перестати відчувати образу чи страх, але можна спостерігати та контролювати фізичні відчуття, які викликають ці емоції.

На цьому етапі лікар радить дуже уважно спостерігати за собою та відчуттями тіла.

Заплющте очі і запитайте себе: що я відчуваю, коли згадують про подію?

Які відчуття в тілі відчуваю при думках про людину, з якою пов'язане травмування? Чи змінюються ці відчуття?

Можливо, камінь, який ви відчуваєте в районі сонячного сплетення, коли думаєте про зраду коханого, стає легшим і менш щільним?

Або навпаки?

Можливо ком у горлі, який ви відчуваєте, коли згадуєте про смерть близької людини, пішов, і натомість ви відчуваєте біль у грудях?

Спостерігайте та записуйте свої відчуття.

## **ЕТАП 6: «КОНТАКТ З ПЕРЕЖИВАННЯМ»**

Тяжкі травмуючі переживання часто мають властивість надавати довгий негативний вплив тому, що нам надто важко повертатися до них, щоб переробити їх у досвід і відпустити. Енергія, яка вивільнилася в момент травми (сором, страх, приниження — це все дуже сильні переживання, що вивільняють багато енергії) нікуди не йде, і якщо ми не випустимо її на волю, то вона так і залишається всередині бомбою сповільненої дії. «Контакт із переживанням» — це можливість розмінувати цю бомбу.

У своїй книзі психолог наводить кілька вправ, які допомагають «знешкодити» травму, всі вони побудовані на програванні різних сценаріїв моменту переживання, що травмує, і спостереження за собою.

Як одна з вправ Левін радить сісти в зручну позу, заплющити очі, повернутися в момент переживання, згадати свої відчуття (сором, страх, біль, жах і т. д.) і постаратися утримувати на цих відчуттях свою увагу якомога довше, тих пір, поки вони не почнуть видозмінюватися і їхня інтенсивність не почне знижуватися.

## **ЕТАП 7: ПОВЕРНЕННЯ ДО НОРМАЛЬНОГО ЖИТТЯ**

Коли ми перебуваємо у владі травми, ми настільки зайняті своїм болем та виживанням, що практично не реагуємо на зовнішні переживання. Ми не відчуваємо смаку їжі, не помічаємо хорошу погоду, всі наші відчуття притуплюються.

Після того, як ми випустили руйнівний ураган на волю, ми можемо нарешті відкрити очі і з подивом виявити той світ, який ми не помічали, поки лікувалися від травми.

Левін буквально радить відкрити очі та уважно вивчити предмети навколо себе: їх колір, особливості, призначення.

Що відбувається у світі?

Які фільми, книги та теми обговорюються?

Цікавість, яка прокидається на цьому етапі, допомагає остаточно позбутися наслідків травми – травма не може співіснувати з енергією пізнання, яка тягне нас уперед.

## **ЕТАП 8: ЗАКРІПЛЕННЯ РЕЗУЛЬТАТУ І РУХ ДАЛІ**

Коли тяжкість травмування перейде, ви відчуєте як до вас повертаються сили і бажання рухатися вперед. Дуже важливо залишатися на цій хвилі, не скочуючи назад, і іноді тут може знадобитися зовнішня допомога.

Левін наводить афірмацію, яку він радить повторювати всім своїм клієнтам, ця афірмація насправді — давня молитва північноамериканських індіанців: *«Я приношу подяку за допомогу, яка, я знаю, вже на шляху до мене»*.

Коли травмуюче переживання опрацьовується, і ми позбавляємося гніту руйнівних емоцій, нова енергія «наповнює наші вітрила». Ми щиро дякуємо долі за досвід, нехай і дуже важкий, і робимо крок у щасливе майбутнє.

### **2.3. ЛЧМТ («контузії») та їхні можливі наслідки впливу на вищі психічні функції людини**

Травматичні пошкодження черепа та головного мозку складають 30-40% усіх травм і займають перше місце за показниками летальності та інвалідизації серед осіб працездатного віку.

За статистичними даними ВООЗ, у європейському регіоні, щороку трапляється понад 80 млн нещасних випадків. Тяжкість травматизму в середньому становить майже 2200 травм на день, або 90 випадків на годину. На кожен випадок смерті від травм припадає приблизно 30 госпіталізацій та 300 звернень за одержанням амбула-торного лікування [6, 11]. Як відомо, у структурі всього травматизму ЧМТ займає до 40% і це перше місце серед причин довгострокової втрати працездатності та подальшої інвалідності, а серед причин смертності осіб працездатного віку, випереджає навіть серцево-судинні та онкологічні захворювання. Загальна смертність при ЧМТ сягає близько 4-5%, а при важкій ЧМТ сягає аж до 90%. В Україні потерпілих із гострою ЧМТ, як правило, доставляють у ЗОЗ, які не мають у штатному розкладі лікаря-нейрохірурга і відповідних інструментальних можливостей для уточнення характеру черепно-мозкового пошкодження.

*У патогенезі черепно-мозкової травми (ЧМТ) відіграють роль як первинні, так і вторинні механізми пошкодження головного мозку.*

*Первинне ураження є безпосереднім наслідком церебральної катастрофи. У момент травми нейрони, гліальні клітини, кровоносні судини зазнають впливу*

сил зсуву внаслідок обертального прискорення, стискання й розтягування, спричинених прискоренням і гальмуванням, а також контактом із кістковими виступами основи черепа. Залежно від агресивності пошкоджувального чинника з'являється той чи інший об'єм первинного ураження речовини головного мозку. До первинних травматичних пошкоджень головного мозку належать дифузне аксональне пошкодження, вогнища забою та розміщення головного мозку, внутрішньочерепні крововиливи, розрив стовбура мозку тощо.

Згодом виникає *вторинне пошкодження*, опосередковане такими патофізіологічними процесами, як оксидативний стрес, синдром системної запальної відповіді (systemic inflammatory response syndrome — SIRS), ней-розапалення, дисфункція гематоенцефалічного бар'єра (ГЕБ) й апоптоз. У результаті розвиваються внутрішньочерепна гіпертензія, гіпертермія, гіпоксія та ішемія головного мозку.

*На клітинному рівні ЧМТ відбувається ішемічний каскад реакцій: вивільнення нейромедіатора глутамату, який, у свою чергу, провокує ексайтотоксичність, мітохондріальна дисфункція, деполяризація мембран, що зумовлює порушення іонних градієнтів. Тривалі іонні порушення спричиняють цитотоксичний набряк головного мозку, що є первинним фактором підвищення внутрішньочерепного тиску.*

*ЧМТ – це механічне ураження черепа та внутрішніх структур головного мозку, судин, черепних нервів, мозкових оболонок. ЧМТ розподіляють на 3 типи: ізольовану, поєднану та комбіновану. В разі ізольованої травми відсутні будь-які позачерепні ураження, поєднана травма характеризується тим, що механічна енергія одночасно спричиняє позачерепні ушкодження. А під час комбінованої травми одночасно діють різноманітні види енергії, як-от механічна, термічна, променева чи хімічна.*

Важливе клінічне значення має класифікація, у якій виокремлюють закрити та відкрити ЧМТ. Закрита ЧМТ – це ушкодження головного мозку без або з ушкодженням шкірного покриву голови, але без ушкодження апоневрозу, з чи без переломів кісток черепа, однак за обов'язкової відсутності сполучення внутрішньочерепного простору із зовнішнім середовищем. Відкрита ЧМТ відрізняється тим, що це ушкодження апоневрозу чи наявність сполучення внутрішньочерепного простору із зовнішнім середовищем, але при цьому відкрита рана з ушкодженням твердої мозкової оболонки буде вважатися проникаючою.

Однією з відмінностей відкритої ЧМТ від закритої є те, що переломи кісток склепіння черепа супроводжуються ушкодженням прилеглих м'яких тканин, а перелом основи черепа доповнюється кровотечею або ліквореєю. Якщо тверда мозкова оболонка ціла, відкриту травму називають непроникаючою, а в разі порушення її цілісності – проникаючою.

## **Існують клінічні фактори, які визначають ступінь тяжкості ЧМТ:**

- тривалість втрати свідомості (коматозного стану);
- ступінь пригнічення свідомості на момент первинного огляду чи госпіталізації хворого;
- тривалість післятравматичної (антероградної) амнезії;
- вираженість вогнищевої неврологічної симптоматики, насамперед пов'язаної з ушкодженням дієнцефально-стовбурових структур;
- наявність субарахноїдального крововиливу;
- вираженість системних ускладнень.

*Окрім зазначених класифікацій, ЧМТ розподіляють на 3 періоди перебігу захворювання:*

- 1) гострий період (від 2 до 10 тиж), під час якого спостерігаються взаємодія травматичного субстрату, реакції ушкодження та реакції захисту;
- 2) проміжний період (від 2 до 6 міс), коли відбуваються розсмоктування та організація ушкоджень, а також подальше розгортання компенсаторно-приспосувальних процесів;
- 3) віддалений період, що проявляється завершенням або співіснуванням дегенеративно-деструктивних та регенеративно-репаративних процесів; при клінічному видужанні триває до 2 років, за прогредієнтного перебігу термін може бути необмеженим.

## **Основні принципи терапії ЧМТ**

*Ведення пацієнтів із ЧМТ передбачає наступний комплекс основних терапевтичних заходів:*

- 1) Підтримання середнього артеріального тиску (АТ): 100-110 мм рт. ст. (систоличний АТ – 140-160 мм рт. ст.).
- 2) Забезпечення адекватної оксигенації крові: парціальний тиск кисню  $P_{aO_2}$  – 150-200 мм рт. ст.
- 3) Нормотермія: 35 °С. Гіпертермія при ЧМТ є шкідливою, стосовно гіпотермії не існує єдиної думки, тому оптимальною є нормотермія.
- 4) Нормовентиляція: парціальний тиск вуглекислого газу  $P_{aCO_2}$  – 35-40 мм рт. ст. Існують дані, відповідно до яких гіпервентиляція сприяє зниженню внутрішньочерепного тиску, однак це може призводити до порушення перфузії головного мозку, що вкрай небезпечно при ЧМТ.
- 5) Профілактика венозного тромбоемболізму при ЧМТ має бути дещо відтермінована через ризик виникнення нових гематом або збільшення об'єму вже існуючих. Рішення про початок тромбопрофілактики приймає мультидисциплінарна команда. Зазвичай при ЧМТ профілактику тромбоемболізму починають на 1-шу – 3-тю добу, після отримання результатів комп'ютерної томографії (КТ). Натомість механічну профілактику (застосування переміжної пневматичної компресії) слід розпочинати одразу після госпіталізації та оперативного втручання.

б) Контроль внутрішньочерепного тиску (ВЧТ): 10-15 мм рт. ст. Якщо ВЧТ збільшується, корекція спочатку проводиться консервативно, а потім, за відсутності ефекту від медикаментозної терапії, – оперативно.

7) Керована аналгоседація (за необхідності). Такого знеболення дозволяють досягти препарати максимально короткої дії, такі як наркотичний анальгетик фентаніл.

### **Організація та надання медичної допомоги при ЧМТ на догоспітальному етапі**

1) Догоспітальний етап включає стабілізацію стану травмованого з черепно-мозковою травмою через надання екстреної медичної допомоги та термінового транспортування постраждалого із тяжкою ЧМТ до закладу охорони здоров'я.

2) Надання першої медичної або екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі здійснюється: бригадами екстреної (швидкої) медичної допомоги Центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, станцій екстреної (швидкої) медичної допомоги, лікарями відділень екстреної (невідкладної) медичної допомоги багатопрофільних лікарень, які входять у систему екстреної медичної допомоги.

3) Медична допомога на догоспітальному етапі має бути наданою пацієнтам із ЧМТ впродовж перших хвилин після травми.

4) Пацієнтам із ЧМТ необхідно забезпечити термінову госпіталізацію в центри (відділення), де можливе застосування додаткових методів діагностики, в т.ч. МРТ, КТ та проведення нейрохірургічного втручання за показами.

5) Діагностика черепно-мозкової травми на догоспітальному етапі передбачає проведення клінічного обстеження з метою визначення загально стану хворого, в т.ч. неврологічного статусу: рівня свідомості травмованого та наявності неврологічного дефіциту, наявності поєднаних травм.

6) Покази для екстреного огляду нейрохірурга: стан коми, перелом черепа, симптом Кушинга (збільшення артеріального тиску після травми), оторея або ринорея, ознаки перелому основи черепа.

7) Всі особи з черепно-мозковою травмою мають бути консультовані нейрохірургом/неврологом.

8) Госпіталізацію при СГМ й ЛЗГМ здійснюють для огляду нейрохірурга, проведення додаткових методів діагностики, в т.ч. МРТ або КТ за показами, призначення консервативного лікування та клінічного спостереження за перебігом травми.

9) При тяжкій та середній тяжкості ЧМТ необхідна екстрена госпіталізація травмованих в нейрохірургічне відділення багатопрофільної лікарні, за відсутності спеціалізованого відділення – в травматологічне, з подальшою консультацією нейрохірурга.

10) Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом ЧМТ у кожному ЗОЗ доцільно розробити та впровадити локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких визначений клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувальнодіагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, які надають екстрену,



первинну та вторинну медичну допомогу, визначається наказом територіального органу з питань охорони здоров'я.

11) ЛПМД має бути доведений до кожного, хто бере участь у наданні медичної допомоги пацієнтам з ЧМТ на догоспітальному етапі.

### **Симптоми лЧМТ**

**Фізичні:** головний біль, запаморочення, порушення рівноваги, нудота, втома, порушення сну, порушення зору/слуху/мовлення, шум у вухах, чутливість, судоми, оніміння, поколювання.

**Когнітивні:** проблеми з увагою, пам'яттю, швидкістю обробки інформації, ходом міркування, порушення ВПФ.

**Поведінкові/психологічні:** депресія, тривожність, збудженість, дратівливість, імпульсивність, агресія.

### **Види ЧМТ**

За рівнем тяжкості отриманої травми:

*Легка* – характеризується легким ударом і струсом головного мозку. Втрата свідомості 0-30 хв., зміна психічного стану – до 24 год., посттравматична амнезія – до 1 доби.

*Середня* – істотне, але не критичне пошкодження (забій) головного мозку. Втрата свідомості від 30 хв. до 24 год., зміна психічного стану – більше доби, посттравматична амнезія – від 1 до 7 днів.

*Важка* – супроводжується гострим здавленням та забоєм головного мозку. Втрата свідомості – від 24 год., зміна психостану – більше доби, амнезія – більше 7 днів.

### **Стандарти надання кваліфікованої медичної допомоги при бойових ураженнях головного мозку**

Струс головного мозку від дії мінно-вибухової хвилі має низку відмінностей від такого в результаті удару, спортивних травм або ДТП. Це окремий травматичний вплив на головний мозок, до якого додається ураження слухового та вестибулярного апаратів, що нечасто зустрічається в клініці захворювань мирного часу.

Біофізика вибухових травм обумовлює характерні структурні зміни головного мозку та відповідну клінічну картину. За певної низки факторів (неправильний підхід до лікування або його відсутність у гострому періоді, повторні епізоди дії вибухової хвилі, преморбідні особливості та соматичний стан потерпілого, травми в анамнезі) струс головного мозку може мати віддалені

наслідки. В разі встановленого факту мінно-вибухової травми та наявності первинної медичної документації наслідки травми кодуються за МКХ-10 шифром T90.5 (наслідки внутрішньочерепної травми голови) або F07.2 (посткомоційний синдром). Якщо первинна медична документація відсутня та неможливо однозначно підтвердити документально факт ЧМТ, симптомокомплекс можна кодувати за шифром G93.4 (енцефалопатія є неуточненою).

*Одна з найпоширеніших скарг, які мають тривалий період, – посттравматичний головний біль. Важливо брати до уваги травми шийного відділу та стан шийної мускулатури, що може потребувати додаткових видів лікування.*

Незважаючи на те що посттравматичний головний біль є окремою категорією головного болю, він часто має спільні риси з іншими типами головного болю, найчастіше – з головним болем напруги та мігренню. Для медикаментозного впливу на головний біль напруги застосовують нестероїдні протизапальні препарати, антидепресанти, протисудомні лікарські засоби.

Можна досягти полегшення, якщо медикаментозне лікування поєднується з нефармакологічними методами, як-от тренування з релаксацією, фізична терапія. Погано контрольований головний біль потребує додаткової терапії фізичних та психологічних факторів. Вплив на мігренозний головний біль складається із профілактичних і лікувальних підходів. Профілактична стратегія передбачає спостереження за факторами ризику та тригерами виникнення нападу, ведення щоденника головного болю. В медикаментозному лікуванні застосовують триптани, комбіновані лікарські засоби, протиблювальні препарати.

Для корекції запаморочення та порушення рівноваги фармакотерапію розглядають, коли симптоми суттєво обмежують функціональні можливості пацієнта. Необхідно провести аналіз препаратів, які вже приймає хворий, оскільки деякі з них можуть зумовити запаморочення. До рекомендацій також належить специфічна вестибулярна, зорова та пропріоцептивна фізична терапія. Тривалий курс фармакотерапії не є рекомендованим за відсутності ефекту.

*Наразі немає надійної доказової бази щодо використання будь-яких, у т. ч. фармакологічних, методів для корекції шуму у вухах. Можна застосовувати для покращення стану генератор білого шуму, а за неефективності та погіршення стану варто скерувати пацієнта до отоларинголога.*

Втома є третім найпоширенішим симптомом, який супроводжує хворих після легкої ЧМТ. Рекомендовано для оцінки стану пацієнта використовувати багатовимірну шкалу оцінки втоми (MAF), шкалу впливу (FIS) або інструмент втоми (FAI). Увагу слід зосередити на збалансованості активності та відпочинку, а для плану фізичних навантажень необхідно скерувати пацієнта до фізичного терапевта.

*Якщо в хворого наявні розлади сну, потрібно пам'ятати, що фармакологічне лікування має бути зваженим стосовно ризику та користі, токсичності й потенційного зловживання. Використовуються  $\alpha$ -блокатори, снодійні, антидепресанти, агоністи рецепторів мелатоніну. Немедикаментозне лікування передбачає когнітивно-поведінкову психотерапію, навчання та підтримування правил гігієни сну.*

До числа реабілітаційних заходів у проміжному та віддаленому періодах бойової ЧМТ належать: медикаментозна терапія (ноотропи, нейропротектори, дегідратуючі засоби, вазостабілізатори, нейрометаболічні стимулятори, седативні препарати тощо), фізична терапія, ерготерапія, кінезіотерапія, психотерапія, відновлення вищих коркових функцій (мовна терапія, когнітивні тренінги), озонотерапія, трудотерапія з елементами профорієнтації; а в ряді випадків у віддаленому періоді може бути показане нейрохірургічне втручання.

### **Діагностика ушкодження мозку**

Візуалізаційні методи обстеження при травмі черепа. КТ - це першочерговий візуалізаційний метод обстеження при черепно-мозковій травмі. Недоцільно проводити рентгенографію черепа.

*Показання до екстреної КТ черепа включають:*

- непритомний стан
- амнезія (втрата пам'яті)
- вогнищева неврологічна симптоматика
- підозрюється або підтверджений перелом кісток черепа
- високий ризик кровотечі (пацієнт на антикоагулянтах; пацієнт з гемофілією)
- судомний напад
- наявність шунта
- політравма
- переломи кісток обличчя (за виключенням пацієнтів з переломом лише кісток носа)
- тривалий або наростаючий головний біль
- тривала або наростаюча нудота.

КТ також призначається, коли важко оцінити симптоми у пацієнта з травмою голови, наприклад, із наркотичною легальними чи нелегальними наркотиками або алкогольною інтоксикацією, а також внаслідок психіатричних проблем. Під час виконання КТ голови потрібно виключити можливий перелом шийного відділу хребта. Якщо потрібно, проводиться КТ шийного відділу хребта.

## 2.4. Посткомоційний синдром

*Посткомоційний синдром* – це симптомокомплекс, що виникає через кілька тижнів або місяців після закритої черепно-мозкової травми; характеризується поєднанням подразливої слабкості, фізичного і психічного виснаження, головних болей, вегетативних розладів, запаморочень та ін.

*Пошкодження мозку вибуховою хвилею* – найпоширеніша проблема війн останнього століття. Недарма таке ураження метафорично назвали «автографом війни». Нині, за повномасштабної війни з російською федерацією, це явище набуває безпрецедентного характеру та не має повних аналогів серед інших війн. Масове застосування новітньої високоенергетичної зброї впливає на організм загалом і на центральну нервову систему зокрема. Багато військових і цивільних осіб зазнали дії вибухової хвилі на мозок. Тож ця проблема потребує додаткової уваги фахової спільноти і суспільства.

Грунтовні дослідження почалися здебільшого в США лише на початку 21 століття, коли Америка увійшла до епохи постійних війн. З 2003 року відомі американські університети, вчені й лікарі почали досліджувати складний механізм дії вибухової хвилі на мозок людини і фізику вибуху. До національних закладів цивільної медицини долучилися Міністерство у справах ветеранів США (VA), науково-дослідний центр травматичних уражень мозку і стресових розладів (TRACTS) Центру передового досвіду в галузі реабілітації травматичного ураження мозку ветеранів, а також Банк мозку (Brain Bank VA-BU-CLF). Його у 2008 році заснували Фондація вивчення струсу (Concussion Legacy Foundation (CLF)), Міністерство у справах ветеранів США і Бостонський університет. У 2010 році Пентагон відкрив окрему програму для роботи над цією темою, дослідження разом із іншими інституціями тривають досі.

*Термін «контузія» не є коректним з огляду на патомеханізм травми та її класифікацію. Найчастіше вибухова хвиля викликає струс головного мозку (лат. – commotio, англ. – concussion). Інша назва – легка черепно-мозкова травма (лЧМТ), англійською – mild Traumatic Brain Injury (mTBI). І значно рідше виникає забій головного мозку легкого ступеню, тобто контузія (лат. – contusio). Тож коректна міжнародна назва наслідків струсу від вибухової хвилі – посткомоційний синдром (англ. – postconcussion syndrome).*

*Вплив вибуху на мозок є своєрідним з погляду медицини й фізики. Струс головного мозку внаслідок мінно-вибухової хвилі відрізняється від удару, спортивних травм чи дорожньо-транспортної пригоди. До безпосередньої травми головного мозку додається ураження слухового і вестибулярного апаратів (акубаротравма).*

*Біофізика вибухових травм обумовлює характерні структурні зміни мозку й відповідну клінічну картину. Передусім відбувається гідродинамічний удар,*

коли сила вибухової хвилі передається на заповнені рідиною порожнини й оболонки мозку. Утворюються «лікворні хвилі» з різкими перепадами гідростатичного тиску.

Тиск нерівномірно розподіляється в різних структурах мозку, який переміщується в замкненій порожнині черепа. Це призводить до виникнення зон підвищеного або зниженого тиску (хвилі градієнту тиску). Коли ударна хвиля минає, тиск різко знижується та спричиняє кавітацію. Це коли утворюються, а потім ніби лускають газові мікрокульки. Також великий вплив мають значні стрибки тиску крові наверх від грудної порожнини. Додається зміщення і ротація (прокручування) півкуль мозку відносно його менш рухливих серединних структур. А також механізм «протиудару», що пошкоджує нейрони, нейроглію і судинні структури.

*Симптоми посткомоційного синдрому:* головний біль; запаморочення / хиткість; шум / дзвін у вухах; нудота; порушення зору; порушення мовлення; підвищена чутливість до гучних звуків/яскравого світла; ендокринні порушення; вегетативні порушення: нестійкість тиску, пульсу, потовиділення; імпульсивність / нестабільність емоцій; труднощі при розв'язанні проблемних ситуацій; ускладнення процесів мислення; втомлюваність; порушення сну; депресія; тривога; порушення пам'яті / уваги; дратівливість; часто залежність від психотропних речовин.

### **Причини виникнення посткомоційного синдрому**

Сила вибухової хвилі передається на заповнені рідиною порожнини та оболонки мозку, який переміщується у замкненій порожнині черепа, що призводить до виникнення зон підвищеного або зниженого тиску, утворюються, а потім наче «схлопуються» газові мікрокульки.

*Другий механізм* – зміщення і ротація (прокручування) півкуль мозку відносно його менш рухливих серединних структур, це призводить до розриву волокон мозкових клітин.

*Третій механізм* – феномен «протиудару», зміщення мозку фронтом ударної хвилі та різкий його удар об нерухливий внутрішній бік протилежної сторони черепа.

*У результаті відбуваються структурні зміни в мозку: травмуються та розриваються нервові волокна. При загибелі нейронів виділяються токсини, що є додатковим пошкоджувальним механізмом для решти нейронів. Травмуються дрібні судини, що, зокрема, спричиняє запальні процеси в оболонках мозку, виникає порушення нормальної циркуляції рідини навколо мозку, що є додатковим ускладненням перебігу хвороби.*

*F07.2 Посткомоційний синдром* – виникає слідом за травмою голови (зазвичай досить важкою, щоб привести до втрати свідомості) і включає ряд

різних симптомів, таких як головний біль, запаморочення (не має зазвичай рис справжнього вертиго), стомлюваність, дратівливість, труднощі в зосередженні і виконанні розумових завдань, порушення пам'яті, безсоння, знижена толерантність до стресу, емоційних навантажень або алкоголю. *Ці симптоми можуть супроводжуватися депресією або тривогою через втрату почуття власної гідності і боязні постійного ушкодження мозку.*

Такі почуття підсилюють основні симптоми, в результаті чого з'являється порочне коло. Деякі хворі страждають іпохондричністю, націлюються на пошук діагнозу і лікування і можуть прийняти на себе роль постійного хворого. Але скарги у цих хворих не обов'язково пов'язані з рентними мотивами. Етіологія цих симптомів не завжди ясна, і вважається, що як органічні, так і психологічні чинники можуть бути відповідальні за їх появу, тому нозологічний статус цього стану дещо невизначений. Однак немає сумніву в тому, що цей синдром часто зустрічається і доставляє занепокоєння хворим.

*Рекомендуються наступні критерії:*

А. виявляються загальні критерії F07;

Б. анамнестичні відомості про травму голови з втратою свідомості перед розвитком симптоматики в період до 4 тижнів (об'єктивні підтвердження ураження мозку з боку ЕЕГ, картування мозку і окулоністагмографії можуть бути відсутніми):

В. мінімум три ознаки з числа наступних: 1) скарги на неприємні відчуття і болі, такі як головний біль, запаморочення (зазвичай без характеристик істинного вертиго), загальне нездужання і підвищена стомлюваність або непереносимість шуму; 2) емоційні зміни, такі як дратівливість, емоційна лабільність (яка легко провокується і підсилюється емоційним збудженням або стресом), деяка ступінь депресії і (або) тривоги; 3) суб'єктивні скарги на труднощі зосередження уваги і при виконанні розумових навантажень, а також на порушення пам'яті (при відсутності чітких об'єктивних даних, наприклад, по психологічним тестам про виражені порушення) 4) безсоння; 5) зниження толерантності до алкоголю; 6) заклопотаність вище переліченими симптомами і страх хронічного ураження мозку до ступеня іпохондричних надцінних ідей і прийняття ролі хворого.

Ретельна оцінка за інструментальними даними (ЕЕГ, викликані потенціали з області мозкового стовбура, нейроінтроскопія, окулоністагмографія) може дати об'єктивні відомості в підтримку наявності симптомів, але часто ці дані негативні.

### **Домедична допомога при ЧМТ**

*Якщо постраждалий втратив свідомість* — необхідно забезпечити прохідність дихальних шляхів методом виведення нижньої щелепи. Але слід намагатися обмежити рухи в шийному відділі хребта. У людини також може бути блювання. Вкрай необхідно забезпечити вільне дихання, оскільки є ризик аспірації блювотними масами.

Спробувати очистити порожнину рота від сторонніх предметів, які могли потрапити туди під час вибуху й заважають прохідності дихальних шляхів. Звільнити груди і шию від одягу, якщо він стискає та заважає постраждалому вільно дихати. Якщо постраждалий не дихає, розпочати базові реанімаційні заходи до приїзду медиків: натискання на грудну клітку.

*Сам по собі струс мозку від вибухової хвилі не смертельний.* Зазвичай людина швидко відновлюється, звичайно, за умови, що суворо дотримується рекомендацій лікаря. Але за певної низки факторів (відсутність лікування або неправильне лікування в гострій період, повторні епізоди дії вибухової хвилі, особливості здоров'я та соматичний стан потерпілого, травми в минулому) струс головного мозку може мати віддалені наслідки, що виявляється у вигляді посткомоційного синдрому.

За його наявності людина може довгий час відчувати слабкість, головний біль, різкі перепади настрою. До цього додаються проблеми зі слухом, координацією, розлади пам'яті, зниження концентрації тощо. Лікується посткомоційний синдром під наглядом медиків.

## **Питання для самоконтролю**

1. Розкажіть, що ви знаєте про стрес, як реакцію організму на різноманітні впливи?
2. Назвіть відмінності стресу звичайного соціального життя і бойового стресу.
3. Які вам відомі стрес-фактори, що чинять вплив на фізичні та психічні системи людей, які воюють?
4. Розкажіть про різні моделі бойового стресу і як вони характеризуються.
5. Опитувальник бойового стресу Блінова – що це за тест і що саме він вимірює? Як його застосовувати?

6. Що ви знаєте про психічну травму взагалі? Які бувають види психотравм,
7. Поясніть, чим бойова психічна травма відрізняється від психотравм соціального життя?
8. Розкажіть про 8-ми крокову методичку зцілення травми, авторства Пітера Леві.
9. Що вам відомо про визначення і класифікації черепно-мозкових травм?
10. Чим відрізняється ЧМТ як наслідок мінно-вибухового впливу від стресу мозку, котрий особа може отримати в звичайному соціальному житті?
11. Які симптоми ЧМТ вам відомі?
12. Чому наслідки ЧМТ від мінно-вибухової травми можуть бути схожі на картину ПТСР?
13. Що таке посткомоційний синдром і за яких умов він виникає?

### **Практичне завдання:**

1. Проведіть опитування щодо ступеню бойового виснаження, керуючись алгоритмом бесіди з учасником/учасницею бойових дій. Також застосуйте Опитувальник бойового стресу Блінова. Проаналізуйте результати.
2. Складіть таблицю ознак та видів ЧМТ. Порівняйте наслідки ЧМТ, отриманої в соціальному житті, і під час участі в бойових діях.

### **Література**

1. Борисова О.О. Психореабілітація учасників бойових дій в Україні: правові засади та практичні виміри. Науковий журнал «Габітус». Випуск 49. 2023. С.16-21. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.2>
2. Борисова О.О. Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 34 (73). № 3. 2023. С. 1-6. DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/01>
3. Борисова О.О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. «Науковий вісник



- Ужгородського національного університету. Серія: Психологія» № 3 / 2023. С. 7-12. DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.1>
4. Борисова О.О. Методика ведення першої бесіди психолога з учасниками/учасницями бойових дій. Науковий журнал «Габітус». Випуск 55. 2023. С. 39-44. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.6>
  5. Борисова О.О. Інтрузії у формі флешбеків як ядерний маркер посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2023. Випуск 18. С. 10–20. <https://doi.org/10.30970/PS.2023.18.2>
  6. Борисова О.О. Психореабілітація учасників/учасниць бойових дій як психологічна допомога другого рівня в Україні. Наукові записки. Серія: Психологія. 2024. № 1. С. 9 – 17. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-1>
  7. R. Pryzvanska, O. Borysova, G. Mozgova, A. Fedorenko. Clinical cases and recommendations for post-traumatic rehabilitation based on EI. Amazonia Investiga. Vol 13. No 74 (2024). Pages 227-238. <https://doi.org/10.34069/AI/2024.74.02.19>
  8. Блінов О.А. Психологічний захист від бойового стресу в збройних силах провідних країн світу / О.А.Блінов // Про-блеми сучасної психології: Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / за наук. ред. С.Д. Максименка, Л.А. Онуфрієвої. Вип. 38. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2017. С. 38–52.
  9. Блінов О. А. Бойова психічна травма: монографія / О. А. Блінов. – К.: Талком, 2019. 700 с.
  10. Блінов О.А. Опитувальник бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ) / О.А. Блінов // Психологічний часопис: збірник наукових праць / за ред. С.Д. Максименка. № 5 (9). Вип. 9. Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України, 2017. С. 32-43.
  11. Борщевська М.І. Проблеми розуміння психологічної травми для досліджень судово-психологічної експертизи. URL : <https://expertize-journal.org.ua/psihologicheskaya-ekspertiza/6332-borshchevska-m-i-problemi-rozuminnya-psikhologichnoji-travmi-dlya-doslidzen-sudovo-psikhologichnoji-ekspertizi>
  12. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
  13. Візір В. А. Невідкладні стани, надання терапевтичної допомоги при загрожуючих станах на етапах медичної евакуації. Бойова психічна травма та її наслідки. Ураження отруйними речовинами у воєнний та мирний час : навчально-методичний посібник до практичних занять з внутрішньої медицини

- (військова терапія) для студентів 5 курсу медичних факультетів / В. А. Візір, С. Г. Шолох. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2020. 120 с.
14. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / О. Л. Туриніна. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
15. Шайхлісламов З. Р., Ковтун А. С. ПСИХОЛОГІЯ ДІЯЛЬНОСТІ В ОСОБЛИВИХ УМОВАХ Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія ПСИХОЛОГІЯ. Випуск 3. 2023. С. 142-145. DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.28>
16. Підбуцька Н., Антонова В, Психічні наслідки бойової травми учасників військових конфліктів. Теорія і практика управління соціальними системами / Психолого-педагогічні аспекти розвитку системи вищої освіти та її змісту. № 1. 2024. С.3-13. DOI: <https://doi.org/10.20998/2078-7782.2024.1.01>
17. Пітер А.Левін. Зцілення від травми. Видавництво Ростислава Бурлаки. 2022. 156 с.
18. Гульбс, О., Кобець, О. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. Психологічний журнал. № 7. 2021. С. 100–1006. <https://doi.org/10.31499/2617-2100.7.2021.237166>
19. Вінтоняк, В., Рибчук, О., & Недвига, О. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ АНАЛІЗ ФЕНОМЕНУ БОЙОВОЇ ПСИХІЧНОЇ ТРАВМИ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ. Вісник Національного університету оборони України, № 68(4). 2022. С. 29–36. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2022-68-4-29-36>
20. Прикладна психологія. Теоретичні проблеми : монографія / В.Г. Панок. Київ : Ніка-Центр, 2017. 188 с.
21. Черненко І. І. Стандарти надання кваліфікованої медичної допомоги при бойових ураженнях головного мозку. <https://health-ua.com/article/72589-standarti-nadannya-kvalfkovano-medichno-dopomogi-pri-bojovih-urazhennyah-go>
22. Черненко І. І. Особливості реабілітації хворих після бойової черепно-мозкової травми . Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2022. № 20. С. 19-24. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2022-20-03>
23. Черненко І. І., Фоменко Ю. Ю. Динаміка розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в учасників бойових дій після отриманої бойової черепно-мозкової травми. Психіатрія, неврологія та медична психологія. № 22. 2023. С. 54-63. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-22-07>
24. Настанова 00366. Черепно-мозкова травма. <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3243>
25. УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ ЕКСТРЕНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВА ТРАВМА

26. Сучасні методи лікування пацієнтів із черепно-мозковою травмою. Клінічний досвід лікарів України – застосування патогенетичної схеми Brainy <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-242575-suchasni-metodi-likuvannya-patsiyentiv-iz-cherepno-mozkovoju-travmoju-klinichnij-dosvid-likariv-ukrayini-zastosuvannya-patogenetichnoyi-shemi-brainy>
27. Рациборинська-Полякова Н. В., Семененко К. М., Беляєва Н. М., Яворовенко О. Б., Куриленко І. В. КЛІНІЧНІ КРИТЕРІЇ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ІНВАЛІДІВ-УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ. Методичні рекомендації. Вінниця. 2017. 36 с.
28. Олег Чабан: Психотравма та її наслідки в загальнотерапевтичній практиці – чому важливо її виявити та вчасно опрацювати? [https://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/01\\_TRANSKRYPT\\_Oleg\\_CHaban\\_Lektsiya\\_1\\_Travma.pdf](https://www.upma.online/wp-content/uploads/2023/08/01_TRANSKRYPT_Oleg_CHaban_Lektsiya_1_Travma.pdf)
29. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Х. : ФОП Бровін О.В., 2018. 488 с.
30. Теорія стресу та філософські погляди Ганса Сельє: значення для сучасної медицини <https://health-ua.com/article/71356-teorya-stresu-taflosofsk-poglyadigansasel-znachennya-dlya-suchasno-meditcin>

### **РОЗДІЛ 3. «ТРИАДА ВІЙНИ»: ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС (ГРС/ГСР), ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР ТА КПТСР), РОЗЛАДИ АДАПТАЦІЇ (РА)**

#### **3.1. ГРС: поняття, ознаки та прояви, лікування**

Внаслідок травматичних подій найчастіше у жертв та свідків може розвинутися гостра реакція на стрес та гострий стресовий розлад (ГРС), яка з часом може перетворитися на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). На щастя, у цілому психіка людини є досить дивовижним механізмом, який здатен

самозцілюватися. Саме тому ГРС та ПТСР розвиваються не у всіх. ГРС та ПТСР є єдиними психічними захворюваннями з досвідом травматичної події як частиною діагнозу.

*Гострий стресовий розлад було вперше описано у 1994 році, у 4-му виданні діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів (DSM-IV) як новий діагноз. На сьогодні гострий стресовий розлад належить до групи розладів, пов'язаних із психологічними травмами та стресорами.*

### **F43.0. Гостра реакція на стрес**

Тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших видимих психічних розладів у відповідь на винятковий фізичний і психічний стрес і зазвичай минає протягом кількох годин або днів. Індивідуальна вразливість і здатність до подолання стресу відіграють певну роль у виникненні та тяжкості гострої реакції на стрес.

Симптоми мають зазвичай змішану і мінливу картину і включають початковий стан «заціпеніння» з деяким звуженням поля свідомості і звуженням уваги, нездатністю усвідомлювати стимули і дезорієнтацією. Цей стан може супроводжуватися або подальшим відстороненням від навколишньої ситуації (аж до дисоціативного ступору - F44.2), або збудженням і надмірною активністю (реакція втечі або фуґа). Часто присутні вегетативні ознаки панічної тривоги (тахікардія, пітливість, почервоніння обличчя).

Симптоми зазвичай з'являються протягом декількох хвилин після впливу стресового стимулу або події і зникають протягом двох-трьох днів (часто протягом декількох годин). Може спостерігатися часткова або повна амнезія (F44.0) щодо цього епізоду. Якщо симптоми не зникають, слід розглянути можливість зміни діагнозу.

*Включено:*

- 1) Гостра кризова реакція
- 2) Гостра реакція на стрес
- 3) Бойова втома
- 4) Кризовий стан
- 5) Психічний шок

*Люди, які відчувають ГРС, мають високий ризик розвитку ПТСР, при чому більшість досліджень вказують, що принаймні половина осіб з ГРС згодом відповідають критеріям ПТСР. Проте, огляд показав, що більшість населення, в яких в підсумку розвинувся посттравматичний синдром, не повністю задовольняли раніше критерії для ГРС. Таким чином, діагноз ГРС певною мірою є предиктором розвитку ПТСР, але відсутність діагнозу ГРС не обов'язково повинно бути предиктором хорошого прогнозу.*

*Стресом може бути інтенсивне травматичне переживання, включаючи загрозу безпеці (напад, бійка, війна, стихійне лихо, пожежа), загроза безпеці близької людини або несподівана та різка зміна у соціальному становищі (втрата роботи чи житла). У розвитку гострого стресового розладу та його тяжкості відіграють важливу роль індивідуальна чутливість та адаптаційні можливості.*

*Гостра реакція/реакції на стрес – це транзиторний розлад, що розвивається у осіб, які не мають психічного захворювання, при дії інтенсивного фізичного або психоемоційного стресового фактора. Гостра реакція на стрес розвивається відразу після впливу інтенсивного стресора і минає протягом кількох годин чи днів.*

Стресові реакції, які тривають понад 4 тижні, можуть відповідати критеріям ПТСР. Важливо, що на відміну від DSM-IV, у DSM-V дисоціативні симптоми більше не є обов'язковою умовою для діагностики гострого стресового розладу.

Згідно з дослідженнями, що ґрунтуються на опитуваннях, 20–90% населення загалом піддається одній або декільком екстремальним стресовим подіям у своєму житті. Незважаючи на те що впливу піддається велика кількість людей, тільки у 1,3–11,2% пацієнтів з гострим стресовим розладом розвиваються довготривалі симптоматичні захворювання (наприклад ПТСР).

*Після потенційно травматичної події не рекомендується проводити рутинне психологічне опитування. Найкращий підхід до надання допомоги людям після потенційно травматичного досвіду - це надання інформації, емоційної підтримки та практичної допомоги, що узгоджується з комплексом втручань, які разом називаються «психологічною першою допомогою».*

### **Фактори ризику виникнення ГРС (ГСР)**

Виділяють такі фактори ризику розвитку гострого стресового розладу:

*Передтравматичні фактори:*

- низький рівень освіти;
- історія травмуючих подій;
- психічні розлади в анамнезі;
- органічні фактори (наприклад церебральне захворювання в анамнезі);
- розлад особистості;
- генетичні чинники.

*Фактори травми:*

- тяжкість травми;
- напад, у тому числі розбійний;
- звалтування;
- тілесне ушкодження.

*Посттравматичні фактори:*

- тахікардія;
- низький соціально-економічний статус;
- тяжкість фізичного болю;
- перебування у відділенні інтенсивної терапії;
- травма головного мозку;
- дисоціативні симптоми;
- непрацездатність;
- наступний/інший життєвий стрес.

*За оцінками експертів, близько 16% осіб, які пережили дорожньо-транспортні пригоди, відзначають гострий стресовий розлад. У дослідженнях показано, що у 14,9% матерів, які народили недоношених дітей, розвивається гострий стресовий розлад.*

### **Діагностика гострого стресового розладу**

Прояви гострого стресового розладу розвиваються в тісному зв'язку з нещодавною травмуючою подією і включають кілька груп симптомів. Вираженість їх залежить як від індивідуальних особливостей особистості, так і від виду та інтенсивності стресора, а також інших зовнішніх факторів. *Важливо, що, на відміну від гострої реакції на стрес, гострий стресовий розлад розвивається не менше ніж через 3 дні після травмуючої події.*

Навмисні акти фізичного насильства, такі як катування та побиття, а також тривалі та/або повторювані події, такі як сексуальне насильство в дитинстві та перебування в концентраційному таборі, з більшою ймовірністю, ніж природні події або нещасні випадки, можуть призвести до травматичної реакції.

Американська психіатрична асоціація у DSM-5 виділяє такі діагностичні критерії гострого стресового розладу: травмуюча подія в анамнезі у поєднанні з більш ніж 8 з наступних симптомів, згрупованих у 5 категорій:

*Симптоми проникнення:*

- 1) Тривожні спогади про подію, що травмує, повторюються. Діти можуть проводити ігри, що повторюються, за темами, що імітують основну подію;
- 2) Повторювані сни, пов'язані з подією, що травмує, це може виявлятися у вигляді нічних кошмарів;
- 3) Розігрування повторення травматичної події (тобто спогадів);

4) Інтенсивний чи тривалий психічний чи фізіологічний розлад у відповідь на події або теми, що нагадують пацієнту про фактичну подію, що травмує.

*Негативний настрій:*

1) нездатність бути щасливим, почуватися успішним чи відчувати любов.

*Дисоціативні симптоми:*

1) відчуття відстороненості від себе та емоцій;  
2) дисоціативна амнезія (не пов'язана з інтоксикацією або черепно-мозковою травмою).

*Симптоми уникнення:*

1) уникнення думок, спогадів і почуттів щодо травмуючої події;  
2) уникнення зовнішніх нагадувань про травмуючу подію (наприклад людей і місць).

*Симптоми збудження:*

1) порушення сну (наприклад труднощі із засинанням та підтримкою якісного сну);  
2) напади дратівливості та люті з мінімальною провокацією або без неї;  
3) підвищена та ненормальна пильність до навколишнього;  
4) відволікання (нездатність зосередити та утримувати увагу);  
5) надзвичайно сильна рефлексивна реакція на раптову подію у навколишньому середовищі.

*Тривалість симптомів повинна становити від 3 днів до 4 тижнів і викликати функціональні порушення, не пов'язані із вживанням психоактивних речовин або іншими захворюваннями (наприклад черепно-мозковою травмою), щоб було діагностовано гострий стресовий розлад.*

**Види ГРС**

Залежно від наявності та інтенсивності симптомів виділяють *легку, середню тяжкість та тяжку гостру реакцію на стрес*. Діагноз є клінічним і ґрунтується на анамнезі та фізичному огляді. Ретельне спостереження за поведінкою та уважне вислуховування розповіді пацієнта мають велику цінність для встановлення діагнозу гострого стресового розладу. Скарги пацієнта не завжди відображають його реальний стан. Багато пацієнтів не можуть повністю відобразити свої почуття та історію хвороби на початковому сеансі оцінки, і їм потрібні додаткові відвідування.

## Психотерапія при ГРС

Для лікування гострого стресового розладу рекомендують когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), орієнтовану на травму. КПТ сприяє зниженню ризику подальшого розвитку ПТСР.

Експозиційна терапія – це метод КПТ, який включає контрольований вплив на джерела травми пацієнта для зменшення вираженості спогадів про травму. Експозиційна терапія є стандартом лікування гострого стресового розладу та ПТСР. При експозиційній терапії може виникнути тимчасове збільшення вираженості симптомів.

Метод кризового втручання, що заохочує пацієнтів уникати неадаптивної копінг-поведінки (наприклад вживання алкоголю).

**ВАЖЛИВО:** не рекомендується ніяких травмофокусованих втручань впродовж перших 2 тижнів після травмивної події.

## Фармакотерапія при ГРС

Нині немає доказів високої якості щодо фармакотерапевтичного лікування гострого стресового розладу.

Застосовують селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС), наприклад флуоксетин, сертралін, пароксетин і пропранолол.

Антипсихотики 2-го покоління не є препаратами 1-ї лінії, але можуть застосовуватися у пацієнтів з обмеженою відповіддю на СІЗЗС та КПТ, особливо за наявності супутньої тривоги та депресії. Фармакотерапію слід починати з низьких доз та поступово підвищувати їх. За відсутності клінічної користі від препарату слід поступово відмовлятися. Побічні ефекти СІОЗС включають синдром подовженого інтервалу Q–T, гіпонатріємію, суїцидальні думки (особливо у дітей), судоми, підвищений ризик кровотеч, сексуальну дисфункцію, шлунково-кишкові симптоми (такі як нудота та блювання, діарея) та серотоніновий синдром.

## Ускладнення ГРС

- 1) *Розлади настрою* – депресивні розлади (з суїцидальними нахилами або без них), тривожний і панічний розлад;
- 2) *Розлади, пов'язані із вживанням психоактивних речовин;*
- 3) *Розлади, пов'язані із вживанням алкоголю та залежністю від заборонених наркотиків.*
- 4) *Спроба суїциду.*
- 5) *Закріплення унікаючої поведінки.* Так, уникнення багатьох умов, які нагадують пацієнту про травмуючу подію, може продовжувати зберігатися і після початкового інциденту.

Наприклад, пацієнт, який потрапив у автомобільну аварію, може уникати керування автомобілем. Пацієнт може втратити роботу через помірність у роботі або погану продуктивність праці. Фінансові труднощі, що виникають в результаті, в деяких випадках можуть призвести до бездомності. Соціальні



відносини можуть бути обмежені та призвести до розриву відносин зі значущими людьми, що ще більше ускладнить емоційне життя пацієнта.

*ГСР викликає клінічно значущий дистрес (хронічний стрес) або порушення в соціальних, професійних або інших важливих сферах функціонування. Через один місяць ГСР може прогресувати до посттравматичного стресового розладу. Однак, враховуючи, що це тимчасовий стан, ГСР може й зникнути протягом місяця і не призвести до ПТСР.*

ГСР та ПТСР є психічними розладами, що розвиваються у деяких осіб після травматичних подій, таких як природні та техногенні катастрофи, обстріли, бомбардування та інші загрози життю під час війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортні пригоди, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або іншої людини) або фізичної недоторканності та обумовили сильний страх, безпорадність або жах. Інші емоційні реакції пацієнтів включають провину, сором, гнів або емоційне оніміння.

*Основна відмінність між ГСР (308.3) і ПТСР (309.81) в DSM-V – це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події. ГСР діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць. ПТСР виникає після ГСР або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 місяців або зрідка – до декількох років.*

### **Класифікація гострих психологічних реакцій**

Існує класифікація гострих психологічних реакцій людини на стресогенні події - набуті розлади психіки, які виникають у людей за відсутності психічного захворювання у відповідь на винятково стресогенні події.

До них можна віднести:

1) *Психічний ступор* – це стан, що визначається різкою загальмованістю рухів аж до зупинки (відсутність рухів).

Люди, які зазнали травми, незважаючи на смертельну небезпеку, не рухаються з місця, не можуть зробити жодного руху, не спроможні вимовити ні слова (мутизм). Вони оглушені, дезорієнтовані, свідомість у них звужена, увага знижена; вони не здатні адекватно відреагувати на зовнішні подразники. Так званий параліч психіки обмежується сферою емоцій (емоційний параліч), який характеризується тим, що всі почуття на деякий момент ніби зникають, людина стає до всього байдужою й емоційно не реагує на те, що відбувається навколо. Одночасно виникають вегетативні розлади. Ступор триває недовго - хвилини, рідко години, і часто трансформується в інші типи психогенних реакцій - зазвичай депресивні, астеничні, фобічні. Проте процеси сприймання і мислення повністю зберігаються, і людина все бачить, чує і розуміє. Однак, попри смертельну небезпеку, що їй загрожує, спостерігає за всім, що відбувається, як

сторонній спостерігач. Згадки про те, що відбувалося, досить фрагментарні, оскільки свідомість людини звужується.

2) *Психомоторне збудження*. Полярно протилежне вищезазначеному стану ступора – стан «рухової бурі».

Цей стан характеризується раптовим, безглуздим і хаотичним руховим неспокоєм. Людина робить безліч зайвих, непотрібних рухів, без потреби розмахує руками, кричить, просить про допомогу, не помічаючи іноді при цьому реальних шляхів виходу із ситуації. Вона раптово біжить куди-небудь без будь-якої мети, іноді навіть у напрямку небезпеки. Такі люди не піддаються продуктивному контакту. Навпаки, часто подібні спроби ще більше ускладнюють стан потерпілих, посилюють тривогу, хвилювання, метушливість, викликаючи негативізм і агресивність. Стани збудження іноді різко припиняються, особливо при наданні медичної допомоги і переходять у депресію, ступорозні стани. Спогади про період збудження досить невиразні, що свідчить про звуження свідомості в період розладу.

3) *Психогенний транс*.

Це стан, якому властиве звуження свідомості, явища автоматизму в поведінці та мові, детерміновані певною установкою (яка схожа на нав'язливу думку). Тривалість посткатастрофічного психогенного трансу може бути різною. Після виходу із цього стану самі потерпілі часто не пам'ятають, де були і що робили, під час психогенного трансу.

4) *Реакції гострого лиха*. Виникають одразу після втрати, хоча можуть бути і відстрочені (відставлені реакції).

Вони проявляються психологічними і соматичними симптомами. Потерпілі скаржаться на втрату сили, відчуття виснаженості, нереальності (зміна свідомості), емоційну віддаленість від оточення, рідних. Відзначається почуття провини, ворожості до інших, дратівливість, злість, страх втрати здорового глузду, втрати сенсу та інтересу до життя. Виокремлюють п'ять основних ознак реакції гострого лиха: фізичне страждання, захопленість образом померлого, почуття провини, агресивні реакції, втрата моделей поведінки. Тривалість нормальної реакції на лихо залежить від здатності упокоритися з болем тяжкої втрати. Ця психологічно зрозуміла реакція гострого лиха може набувати патологічних форм: відстрочені реакції, коли відстрочення може тривати роки, і викривлена реакція лиха.

5) *Істеричні психози*.

Найчастіше проявляються у формі психогенних розладів свідомості, яка звужується під впливом інтенсивного афекту. Іноді виникають затьмарення свідомості із зануренням у фантастичні переживання. При цьому в поведінці хворих завжди відображається конкретна психотравмуюча ситуація, яка часто

супроводжується гучним демонстративним плачем, неадекватним сміхом чи реготом. Всі, хто пережили гострі стресові реакції, з великими труднощами пригадують події перших хвилин і годин, частіше відтворюють деякі уривки, епізоди із загальної картини, плутаються в хронологічній послідовності подій і переживань. Майже всі постраждали зазначають, що «нічого не відчують», що їх «нічого не турбує», дивуються, що «не втратили здорового глузду».

Окрім гострих психологічних реакцій, важливого значення має розвиток посттравматичних, постстресорних і посткризових психосоматичних реакцій, які фахівцями були виділені в окрему групу постстресових розладів. Водночас вони є наслідком перенесеного гострого стресового стану.

### **3.2. ПТСР: ознаки, прояви, протокол лікування**

Станом на кінець червня 2024 р. в Електронній системі охорони здоров'я зареєстровано 27 544 українці з діагнозом «Посттравматичний стресовий розлад». З них 8888 особам встановили цей діагноз у 2024 р.

Вперше психологічні зміни у людей, які пережили ту чи іншу екстремальну ситуацію, були описані Да Коста в 1871 р. у солдатів під час Громадянської війни в Америці і були названі «синдром солдатського серця». У 1941 р. А. Кардинер назвав це явище «хронічним військовим неврозом» і показав, що військовий невроз має як фізіологічну, так і психологічну природу. Він вперше дав комплексний опис симптоматики: збудливість і дратівливість; нестримний тип реагування на раптові подразники; фіксація на обставинах травматичної події; відхід від реальності; схильність до некерованих агресивних реакцій.

Також дослідження з даного питання були зроблені після війни у В'єтнамі. Далі виникли і були досліджені такі синдроми, як: синдром Афганської війни, синдром Іракської війни, синдром Перської затоки тощо. Серед симптомів синдромів війн практично всі дослідники відмічають посттравматичний стресовий розлад у сукупності з іншими їх проявами.

У 1980 році М. Горовиць запропонував виділити його в якості самостійного синдрому, назвавши «посттравматичним стресовим розладом». Надалі група авторів на чолі з М. Горовицем розробила діагностичні критерії ПТСР, які були прийняті спочатку для американських класифікацій психічних захворювань (DSM-III та DSM-III-R), а пізніше – для МКХ-10.

*За Г. Сельє, стресові обставини порушують гомеостаз – відносно динамічну сталість внутрішнього середовища та деяких фізіологічних функцій організму людини. Гомеостаз забезпечується складною системою координованих адаптаційних механізмів, спрямованих на усунення чи*

обмеження дії на організм зовнішніх та внутрішніх чинників. У гіпотетичній ситуації гомеостазу людина знаходиться в стані динамічної рівноваги.

*В період дії стресових факторів гомеостаз в тілі людини порушується, виникають відчуття тривоги або шоківий стан, реакції пошуку допомоги, завмирання, боротьби або втечі. Включаються механізми мобілізації захисних сил, нормальні психофізіологічні механізми відновлення гомеостазу – психогуморальна регуляція (виділяються певні гормони, змінюються режими дихання, серцебиття тощо). Якщо відновлення рівноваги не відбувається – настає фаза виснаження, суттєвого порушення психосоматичних та/або психічних процесів.*

*Стрес стає психотравмою, коли наслідком дії стресора стають порушення у психічній діяльності людини, співставні зі змінами у соматичних процесах внаслідок фізичного ураження. Тобто порушення у психічній сфері набувають системного характеру і проявляються серйозними патологічними змінами в афективній, когнітивній та поведінковій її складових, системі пам'яті, навчіння, емоційно-вольових процесах.*

Уніфікований клінічний протокол первинної, та спеціалізованої медичної допомоги Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 1265 від 19.07.2024, закріплює наступне. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого. ГСР (гостра стресова реакція) та ПТСР – розлади, які мають *наступні базові симптоми:*

- *повторне переживання – нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі, як пітливість, прискорене серцебиття та паніка, при нагадуванні про травмуючу подію;*

- *уникнення і емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; почуття відстороненості від інших;*

- *перезбудження – проблеми зі сном, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірна реакція страху.*

*Типовими ознаками ПТСР є епізоди повторного переживання травми у нав'язливих спогадах («флешбеки»), сновидіннях або кошмарах, що відбуваються на тлі стійкого відчуття «заціпеніння» та емоційного притуплення, відсторонення від інших людей, нереагування на оточення, ангедонія, уникнення діяльності та ситуацій, що нагадують про травму. Зазвичай спостерігається стан вегетативного збудження з підвищеною пильністю, посиленою реакцією на переляк і безсонням. Тривога і депресія зазвичай пов'язані з вищезазначеними симптомами і ознаками, а суїцидальні думки не є рідкістю. Початок настає*

одразу після травми з латентним періодом, який може тривати від кількох тижнів до кількох місяців. Перебіг може бути різним, але в більшості випадків можна очікувати одужання. У невеликій частині випадків стан може мати хронічний перебіг протягом багатьох років, з часом переходячи у стійку зміну особистості (F62.0).

*Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень. Посттравматичний стрес як психічний стан є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. За даними вітчизняних та зарубіжних науковців, на характер стресу впливають також особистісні чинники: 1) генетична схильність. Реакції людини на 30% визначаються генами, отриманими від батьків; 2) ранній дитячий досвід. Психотравмуючі переживання перших семи років життя дитини ускладнюють перебіг стресових реакцій у дорослому житті; 3) характер людини. Дратівливі, песимістичні люди більше піддаються стресу, а відкриті, доброзичливі люди, навпаки, є більш емоційно стійкими та стійкими до стресу. Наявність бойового досвіду та стресогенних ситуацій, пов'язаних з ним, не є основним фактором виникнення посттравматичного стресового розладу у комбатантів. Тобто ті комбатанти, які мали легкий та середній ступінь інтенсивності бойового досвіду, також проявляли деяку симптоматику ПТСР. І навпаки, ті, які мали високий ступінь інтенсивності бойового досвіду, не завжди мали прояви ПТСР.*

*Є дві ключові відмінності між ГРС, ПТСР: по-перше, на відміну від ПТСР, при ГРС особливий акцент ставиться на наявності симптомів дисоціації, а саме відчуття відстороненості та приголомшеності, деперсоналізації і дереалізації; по-друге, відмінність полягає у тривалості симптомів: ГРС діагностується у період від двох днів до одного місяця після впливу травматичної події, в той час, як ПТСР діагностується як мінімум через один місяць після травматичної події.*

Дослідження свідчать, що індивідуальна вразливість або стійкість – це ключові фактори в розвитку ПТСР. Цей розлад наразі розглядають як наслідок провокації зовнішніми стресовими чинниками уже існуючої схильності до травматизації. Вивчення близнюків виявило, що схильність до ПТСР на 40% зумовлена спадковістю. До розвитку ПТСР та запивання його алкоголем найбільш схильні люди з особливостями в утворенні та сприйнятті нейромедіаторів та деяких гормонів.

*Згідно з інформаційною моделлю ПТСР, стрес – це сукупність внутрішньої та зовнішньої інформації, основна частина якої не може бути узгоджена з когнітивними (інтелектуальними) схемами (уявленнями) суб'єкта. У зв'язку з цим відбувається інформаційне перевантаження. Необроблена інформація перекладається зі свідомості у несвідоме, але зберігається в активній формі. Підкоряючись універсальному принципу уникнення болю, людина прагне*

зберегти інформацію в несвідомій формі. Проте, відповідно до тенденції до завершення (ефект незавершеного образу), травматична інформація з часом стає свідомою як частина процесу інформаційної обробки.

*При завершенні інформаційної обробки досвід стає інтегрованим у структуру особистості, а травма більше «не зберігається у активному стані». Біологічний фактор, як і психологічний, включається у цю динаміку. Такий феномен реагування – це нормальна реакція на шоковую інформацію. Не є ненормальними гранично інтенсивні реакції, які вважаються неадаптивними та блокуючими опрацювання інформації.*

Під час ПТСР травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті та не відбувається її інтеграція в автобіографічну нарративну пам'ять. Це може бути спричинено як нейроендокринними реакціями у момент стресової події (зокрема, гіпотезується, що висока концентрація глюкокортикостероїдів може блокувати інтегративні процеси у гіпокампі – згідно з дослідженнями його об'єм у осіб з хронічним ПТСР є зменшеним), так і захисним «увімкненням» механізму дисоціації.

Сутність цього механізму полягає у «роз'єднанні» нейрональних мереж, що відповідають за різні складові свідомості людини: таким чином, та мережа нейронів, яка береже записані у формі імпліцитної пам'яті спогади про травматичну подію та відповідний, пов'язаний з цією подією емоційний стан, відмежовується з «поля свідомості». Метафорично це можна порівняти з утворенням певної ширми перегородки у свідомості, яка відгороджує «звичну зону» від травматичного минулого, від якого хочеться «втекти і сховатися, бо воно надто болоче». Утворення цього дисоціативного «бар'єра» у системі пам'яті, який часто надалі утримується активним уникненням травматичного матеріалу сподіваючись, що якщо «намагатися не згадувати, то подія забудеться сама собою», призводить до того, що процес інтеграції травматичної пам'яті блокується, відповідно з цього походять симптоми ПТСР.

При ПТСР гормонального збалансування не відбувається, активуючі гормони продовжують вироблятися, впливаючи на виникнення та підтримання таких симптомів, як збудливість, агресивність, тривожність тощо. Будь-які нагадування про травматичну подію викликають зростання збудження та знову повертають людину у ситуацію травми, провокуючи нав'язливі спогади і зростання тривоги. Переважна більшість дослідників і практиків сходяться на думці, що ядром розладу є збій в роботі такої вищої психічної функції як пам'ять, а ПТСР за своєю природою є розладом інтеграції травматичних спогадів у автобіографічну пам'ять.

У різноманітних галузях сучасної науки, серед яких – психологія, нейробіологія, медицина, нейропсихологія та інші, проводяться дослідження пам'яті як вищої психічної функції, яка відіграє провідну роль у процесах, пов'язаних з обробкою травматичного матеріалу людини та представлені

різноманітні теорії формування, протікання та лікування посттравматичного стресового розладу. Вивчаються механізми роботи різноманітних мозкових центрів та патернів функціонування всієї нервової системи. Так, наприклад, *існує кілька гіпотез та моделей роботи пам'яті*, роль якої, безумовно, «набагато більша і ширша, ніж проста фіксація фактів». Серед яких: гіпотеза подвійного кодування інформації (А.Пейвію), теорія структурної дисоціації особистості (Онно Ван дер Харт), окрім цього, психологія пам'яті є центральною областю уваги когнітивної терапії і варто згадати трьохкомпонентну блокову модель (Р.Аткінсон, Р.Шифрін). Особливості функціонування пам'яті під час травматичних подій та після них – ключовий момент для пошуку ефективних методик відновлення стабільного функціонування та зцілення негативних наслідків. Тому автори не даремно концентрують свою увагу навколо цих питань.

Також варто звернути увагу на дослідження, які здійснюються в галузях нейропсихології, нейробиології і вивчають особливості функціонування головного мозку та інших відділів нервової системи людини. Адже все людське «внутрішнє життя» відбувається завдяки роботі нервової системи, яка, в свою чергу, впливає на ендокринну, спонукаючи виділення різноманітних гормонів та нейромедіаторів, котрі, метафорично висловлюючись, є «нотами» що складаються в «мелодію» психоемоційного стану особистості.

*Аберації пам'яті* (лат. aberratio – відхилення) займають центральне місце в клінічній феноменології ПТСР. Однією з характерних ознак цього розладу є посилення мимовільних спогадів, включаючи нав'язливе повторне переживання травми в теперішньому часі, яке є сенсорно деталізованим і яскравим. Парадоксально, але в той же час пацієнти страждають від порушення здатності самовільно повертатися до травматичних і нетравматичних спогадів. Запам'ятовування травматичних спогадів характеризується як фрагментоване та дезорганізоване. Було встановлено, що ця неузгодженість пам'яті є ознакою для передбачення тяжкості розладу на пізніх стадіях.

Нейробиологічні моделі посттравматичного стресового розладу стверджують, що контекстуальна пам'ять щодо травматичних подій порушується через дисфункцію системи гіпокампу, тоді як пам'ять про сенсорні деталі посилюється через вплив мигдалини на сенсорну кору. Якщо дисфункція системи гіпокампу є основною ознакою посттравматичного стресового розладу, то залежні від гіпокампа когнітивні функції, що не зазнали травми, такі як просторова обробка та пам'ять, також повинні бути порушені у осіб із посттравматичним стресовим розладом.

Окрім гіпокампу, у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом іноді виявляють аномалії в інших лімбічних і паралімбічних нервових структурах, включаючи меншу мигдалину і меншу передню поясну кору, що може бути результатом травми. Ці структурні відмінності також пов'язані з патологічною функцією гіпокампу, мигдалини та лобових ділянок. Такі відкриття стали джерелом розробки нейробиологічних моделей, які наголошують

на центральній ролі декларативних порушень пам'яті як основи для розвитку та збереження ПТСР.

Цікавими та важливими вбачаються результати наступного дослідження, яке виявило чіткі відмінності між сприйняттям просто сумних і травматичних спогадів. В основі посттравматичного стресового розладу (ПТСР) – порушенні психічного стану, який може з'явитися після травматичної події, лежать спогади, які неможливо контролювати. Травматичні спогади обробляються мозком інакше, ніж просто сумні спогади, йдеться в статті групи дослідників Єльського університету та Медичної школи Ікана на горі Синай (США). Команда відстежувала активність мозку 28 людей з ПТСР, коли вони слухали аудіозаписи своїх спогадів. Спогади були трьох типів: травматичні, що викликають ПТСР, сумні, але нетравматичні, та нейтральні. Люди, які слухали сумні спогади, часто пов'язані зі смертю члена сім'ї, демонстрували стабільно високу активність гіпокампу – ділянки мозку, яка відіграє важливу роль у формуванні та запам'ятовуванні повсякденних спогадів, разом з їхніми емоційними аспектами. Але з травматичними спогадами – про сексуальне насильство, пожежу, стрілянину в школах і терористичні атаки – гіпокамп не був задіяний.

*Як виявили вчені, травматичні спогади задіюють іншу ділянку мозку – задню поясну кору, яка зазвичай відповідає за внутрішньо спрямоване мислення, наприклад, самоаналіз або мрії. Задню поясну кору називають не областю пам'яті, а областю, яка займається «обробкою внутрішнього досвіду». Чим важчими були симптоми ПТСР, тим більшу активність виявляла задня поясна кора.*

Вчені дійшли висновку, що у людей із ПТСР мозок обробляє травматичні події не як спогади, а як нинішні переживання. Ці дані свідчать про те, що повернення до спогадів є критично важливим елементом лікування – адже усвідомлення травматичної події як частини минулого, «перетворює» її на спогад, і прибирає із сучасності.

Посттравматичний стресовий розлад також характеризують як хронічне порушення психічного стану, що може розвинутися після травматичної події. Близько 8% чоловіків та 20% жінок, що пережили травматичні події, мають ПТСР. Якщо нічого не робити, це може закінчитися руйнацією стосунків, роботи, здоров'я чи навіть життя. ПТСР можна подолати чи навчитися ним керувати.

### **Як і в кого може розвинутися ПТСР**

ПТСР розвивається в людей, що пережили неординарну, загрозливу для життя чи гідності ситуацію:

- ветерани війни
- цивільні, що перебувають в зоні бойових дій
- жертви сексуального чи/та фізичного насильства



- полонені та жертви катування
- жертви торгівлі людьми, сексуального рабства
- жертви чи свідки постійного домашнього насильства
- жертви булінгу, в тому числі у школі
- діти, що зазнають фізичного та сексуального насильства
- свідки терактів
- люди, що перебували в зоні стихійного лиха
- жінки, що пережили травматичні пологи і зазнали жорстокого ставлення медичного персоналу.

*Дослідження свідчать, що індивідуальна вразливість або стійкість — це ключові фактори в розвитку ПТСР. Цей розлад наразі розглядають як наслідок провокації зовнішніми стресовими чинниками уже існуючої схильності до травматизації.*

Вивчення близнюків виявило, що схильність до ПТСР на 40% зумовлена спадковістю. До розвитку ПТСР та запивання його алкоголем найбільш схильні люди з особливостями в утворенні та сприйнятті нейромедіаторів та деяких гормонів.

### **Критерії віднесення пацієнта до групи ризику розвитку ПТСР наступні:**

- участь у травматичних подіях, таких як катастрофа, війна, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо-транспортна пригода, тортури тощо;
- члени сімей учасників екстремальних/травматичних подій.

### **Як проявляється ПТСР**

*Постійні думки про травматичну подію.* Вони виникають мимоволі, сняться, або вертаються як флешбеки (старий спогад, який знову яскраво повернувся), коли якійсь тригер нагадує про травму.

*Життя в повній бойовій готовності.* Така людина миттю займається, дратується, тривожиться і переймається думками про власну безпеку. Тривожність може проявлятися в порушення сну, уважності чи мати фізичне відображення: закрепи, нетравлення, гіпертонус м'язів чи тахікардія.

*Уникнення згадок про травму* – небажання говорити про подію чи бути поруч із людьми, що про неї нагадують. Емоційна порожнеча, відсторонення від близьких та втрата інтересу до колись улюблених речей. Останнє дуже нагадує ознаки депресивного розладу.

*Панічні атаки:* відчуття сильного страху, поверхневе дихання, запаморочення, нудота, прискорене серцебиття і біль за грудиною.

*Хронічний біль, головні болі, діарея, відчуття стиснення і печії за грудиною, судом, біль в попереку.*

*Недовіра: втрата довіри до людей і переконання, що світ небезпечний.*

*Негаразди в буденному житті: проблеми із роботою чи її пошуком, у школі чи стосунках.*

*Зловживання алкоголем, сигаретами та наркотиками.*

*Проблеми в стосунках, віддалення від партнера/партнерки.*

*Суїцидальні думки. Якщо такі думки виникають, скажіть близьким та зверніться за психологічною підтримкою.*

*Реакції при ПТСР – нормальні реакції людини на ненормальні події в її житті. Для людини неприродно постійно почуватися у небезпеці, бачити людські страждання, захищатися від ворога, втратити друзів.*

ПТСР (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенні подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

*ПТСР виникає після ГСР або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 місяців або зрідка – до декількох років. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяці. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом. ПТСР має хвилеподібний перебіг. У більшості випадків пацієнти одужують, але інколи хвороба триває протягом багатьох років після катастрофи і трансформується в хронічну зміну особистості (F62.0).*

Важливо враховувати, що за результатами двох великих епідеміологічних досліджень, проведених у США та Австралії, у 85-88% осіб чоловічої статі та у 78-80% жіночої статі з ПТСР були встановлені супутні психіатричні діагнози, що обґрунтовує обов'язкову участь лікаря-психіатра в уточненні діагнозу та визначенні тактики ведення пацієнтів з ПТСР. Важливе значення має інтегрована медична допомога з комплексною соціальною реабілітацією пацієнтів з ПТСР, із залученням членів сім'ї.

### **Розширена симптоматика ПТСР:**

1) *Повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття – травмуюча подія переживається знову і знову. Людина намагається забути про пережите, але спогади постійно виникають без будь-яких зовнішніх*

стимулів. Виникає відчуття реальності події. Вони можуть виникати наяву, відразу після пробудження зі сну, при інтоксикації (алкогольній, під дією ліків).

2) *Сновидіння про пережиту подію*, які повторюються та викликають тривогу – сні викликають глибокі переживання психотравмуючих подій з відчуттям їх реальності.

3) *Такі дії та відчуття, ніби психотравмуючі події відбуваються знову* – відчуття відновлення пережитого: ілюзії, галюцинації, дисоціативні епізоди. Можуть бути стани з розладами орієнтування, які тривають від декількох хвилин до декількох годин і навіть днів, людина наче знову стає учасником психотравмуючих подій.

4) *Значний психологічний дистрес* під впливом зовнішніх та внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмуючої події чи нагадують про неї. В деяких випадках можуть виникати стани психоемоційного напруження чи гострого стресу при зіткненні з чимось, що нагадує про травмуючу подію. Наприклад, реакція жертв нацистських концентраційних таборів на вид свастики, учасників бойових дій на відповідні передачі по телебаченню.

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

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

7) *Часткова чи повна амнезія важливих аспектів травми* – людина не може пригадати деяких епізодів того, що з нею відбувалося.

8) *Втрата інтересу до значущих раніше видів діяльності*, чи участі в них – людина стає байдужою до всього, чим раніше захоплювалася.

9) *Відчуття відгородженості від оточуючих* – виникає відчуття самотності навіть у колі родини, дітей, близьких і друзів.

10) *Звуження діапазону афективних реакцій* – знижений настрій, постійне незадоволення собою та оточуючими, роздратованість, апатія, втрата інтересу до оточуючої дійсності, зниження реагування на сенсорні подразники.

11) *Нездатність орієнтуватися на тривалу життєву перспективу* – формується коротка життєва перспектива, людина планує своє життя на короткий час, виникає відчуття «неперспективного майбутнього».

12) *Ускладнення при засинанні та розлади тривалості сну* – нічні кошмари, боязнь заснути, сновидіння які відображають психотравмуючу ситуацію, нервові виснаження, тривожність, нездатність розслабитися, відчуття фізичного та душевного болю.

13) *Роздратованість та спалахи гніву* – в учасників бойових дій виникають бурхливі реакції агресії при найменших неочікуваних подіях, які нагадують травматичні ситуації бойових дій (різкі звуки, крики, шум). Людина стає конфліктною, в суперечках застосовує насилля.

14) *Труднощі при концентрації уваги* – людина не може зосередитися на чомусь, що необхідно пригадати. В деяких випадках концентрація уваги може бути достатньою, але тільки то виникає стресовий фактор, як здатність зосереджуватися втрачається.

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

16) *Посилена реакція переляку* – незначний шум, стук призводить до того, що людина починає бігти, сильно кричати. Різні звуки, запахи чи ситуації можуть легко стимулювати у особи спогади про травмуючі події, відчуття безпомічності та незахищеності.

#### **Виокремлюють також чотири типи повторних відчуттів:**

- яскраві сни та нічні кошмари;
- яскраві сни, від яких людина прокидається з відчуттям реальності подій та дій, які можливо вона скоїла під впливом спогадів;
- усвідомлюваний флешбек – переживання, в яких яскраво представлені образи психотравмуючої події, супроводжуються візуальними, звуковими та нюховими складовими. При цьому може втрачатися контакт з реальністю;
- неусвідомлюваний флешбек – неочікуване, абстрактне переживання, яке супроводжується певними діями та образами.

#### **Клінічна картина зазвичай включає ще додаткові симптоми ПТСР:**

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

- 2) зловживання алкоголем чи наркотиками, особливо для зняття напруги та «гостроти» переживань;
- 3) антисоціальна поведінка чи протиправні дії;
- 4) депресія, суїцидальні думки та спроби самогубства;
- 5) високий рівень психічної нестійкості;
- 6) неспецифічні соматичні скарги (головний біль тощо). У осіб з ПТСР часто виявляються соматичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічного м'язового напруження, підвищеної втомлюваності, виразки шлунку, коліту, болю в області серця, респіраторних симптомів.

## Типи ПТСР

*Тривожний* – часті напади, які проявляються на тлі постійного перенапруження;

*Астенічний* – нервова система виснажена, втрачається інтерес до життя, пацієнт починає відчувати власну ущербність;

*Дисфоричний* – замкнутість, пацієнти намагаються уникати оточуючих, часто з'являється незрозуміла агресія;

*Соматоформний* – проявляється на тлі відстроченого ПТСР, супроводжується проблемами в роботі серцево-судинної, нервової систем, шлунково-кишкового тракту.

*З дисоціативними симптомами:* симптоми людини відповідають критеріям посттравматичного стресового розладу, і, крім того, у відповідь на стресовий фактор людина відчуває стійкі або рецидивуючі симптоми будь-якого з перерахованих нижче:

1. Деперсоналізація: Стійкий або повторюваний досвід відчуття відірваності від своїх психічних процесів або тіла, ніби ви є стороннім спостерігачем (наприклад, відчуття, що ви перебуваєте уві сні, відчуття нереальності себе або свого тіла, або повільного плину часу).

2. Дерезалізація: Стійке або повторюване відчуття нереальності оточення (наприклад, світ навколо людини сприймається як нереальний, схожий на сон, далекий або спотворений). *Примітка:* Для використання цього підтипу дисоціативні симптоми не повинні бути пов'язані з впливом речовини або медичним станом.

## Лікування ПТСР в Україні

Уніфікований клінічний протокол первинної, та спеціалізованої медичної допомоги «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» затверджений Наказом Міністерства охорони здоров'я України № 1265 від 19.07.2024 року, містить в собі інструкції щодо підтримки, супроводу та лікування ПТСР.

*Первинна профілактика та перша психологічна допомога.* Доведена ефективність та доцільність щодо застосування підходу «першої психологічної допомоги» під час катастрофи чи терористичних актів, військових дій.

### **Для цього варто:**

1) проводити професійно-психологічну підготовку, психологічну просвіту окремих категорій осіб, які за своєю професійною діяльністю можуть перебувати в екстремальних ситуаціях, за спеціально розробленими програмами у системі бойової та спеціальної, професійної, службової підготовки окремо по категоріям персоналу.

2) Проводити психоосвітню роботу щодо реагування психіки на важкі психотравмуючі події.

*Доведена ефективність та доцільність щодо застосування підходу «першої психологічної допомоги» під час катастрофи, терористичних актів, військових дій. Перша психологічна допомога, за своїм змістом є більше виявленням підтримки та турботи, здійснення предметного актуального інформування і не передбачає проведення професійних інтервенцій. Її зміст в тому, щоб людина відчула, що вона не сама в жахливих обставинах, що поруч є люди, які допоможуть їй, розділять з нею цей досвід, потурбуються про неї, вони знають що робити і підкажуть, адже після травми ми можемо почувати себе розгубленими і безсилими.*

У зоні катастроф, терористичних актів, бойових дій працівники сфери екстреної медичної допомоги та психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого реагування на надзвичайні ситуації надають першу психологічну допомогу пацієнтам, а саме:

1. Орієнтуються в ситуації.
2. Ініціюють контакт в ненав'язливий, співчутливий та підтримувальний спосіб.
3. Забезпечують безпеку та фізичний комфорт, емоційну стабілізацію пацієнтів.
4. Визначають нагальні потреби та проблеми пацієнтів.
5. Пропонують практичну допомогу пацієнтам з метою задоволення їх нагальних потреб, допомогу у встановленні зв'язку та отриманні соціальної підтримки.
6. Надають інформацію щодо стратегії подолання стресу.
7. З'єднують пацієнтів із суміжними службами.

### **Клінічна шкала ПТСР за DSM-V**

*Критерій А:* Експозиція до загрози життю, тяжкої травми або сексуального насилля в один (або більше) із перелічених способів:

- A1. Пряме переживання травматичної події (подій).
- A2. Свідок такої події (подій), що трапилась з іншими.

A3. Знання того, що травматична подія (події) трапились з близьким членом сім'ї або близьким другом. У випадку загрози життю члену сім'ї або другу подія (події) має бути жорстокою або випадковою.

A4. Переживання повторної або екстремальної експозиції до аверсивних (неприємних) деталей травматичної події (подій) (наприклад, перші із прибувших на місце аварії літака, які допомагали збирати людські рештки; або допит поліцейськими дитини про деталі насильства над нею). *Цей критерій не відноситься до експозиції через електронні медіа, телебачення, кіно або фотографії, хіба що ця експозиція є частиною роботи.*

*Критерій B:* Наявність одного (або більше) з наступних симптомів вторгнення, пов'язаних з травмуючою подією (подіями), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій):

B1. Періодичні, мимовільні та нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію (події). Примітка: У дітей старше 6 років, можуть спостерігатися повторювані ігри, в яких виражаються ті чи інші аспекти травматичної події (подій).

B2. Періодичні тривожні сни, в яких зміст та/або емоційне забарвлення сну пов'язані з подією (подіями). Примітка: У дітей можуть бути страшні сни без впізнаваного змісту.

B3. Дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), в яких людина відчуває або діє таким чином, ніби повторюється травматична подія (події). Примітка: У дітей реконструкція травматичної події може відбутися в грі.

B4. Інтенсивний або тривалий психологічний дистрес у відповідь на впливи внутрішніх або зовнішніх сигналів, що символізують або нагадують аспекти травматичної події (подій).

B5. Значні фізіологічні реакції у відповідь на внутрішні або зовнішні сигнали, що символізують або нагадують аспекти травматичної події (подій).

*Критерій C:* Стійкі уникнення стимулів, пов'язаних з травмою (травмами), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій), про що свідчать два (або більше) з наступних симптомів:

C1. Уникнення або спроби уникнути болісних спогадів, думок і почуттів з приводу або тісно пов'язаних з травмуючою подією (подіями).

C2. Уникнення або спроби уникнути зовнішні нагадування (людей, місць, бесід, заходів, об'єктів, ситуацій), які викликають тривожні спогади, думки, почуття або тісно пов'язані з травмуючою подією (подіями).

*Критерій D:* Негативні зміни в пізнавальних процесах і настрої, пов'язані з травмуючою подією (подіями), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій), про що свідчать два (або більше) з наступних симптомів:

D1. Нездатність згадати важливий аспект травматичної події (подій) (зазвичай через дисоціативну амнезію, не пов'язана з іншими факторами, такими як травми голови, вплив алкоголю або наркотиків).

D2. Стійкі та перебільшені негативні переконання або очікування щодо себе, інших чи світ взагалі (наприклад: «Я поганий», «Нікому не можна довіряти», «Світ небезпечний», «Моя нервова система повністю зруйнована»).

D3. Постійні, спотворені когніції про причини або наслідки травматичної події (подій), що змушують індивіда звинувачувати себе чи інших осіб.

D4. Стійкий негативний емоційний стан (страх, жах, гнів, провина або сором).

D5. Помітне зниження інтересу або участі в значимій активності.

D6. Почуття відірваності або відчуженості від інших.

D7. Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення або любовні почуття).

*Критерій E:* Зазначені зміни в збудженні та реактивності, пов'язані з травмуючою подією (подіями), які почалися або погіршилися після травматичної події (подій), про що свідчать два (або більше) з наступних симптомів:

E1. Дратівливість і спалахи гніву (з невеликою або без провокації), які зазвичай виражаються у вербальній або фізичній агресії по відношенню до людей або об'єктів.

E2. Відчайдушна або аутодеструктивна поведінка.

E3. Наднастороженість.

E4. Гіпертрофована реакція переляку.

E5. Проблеми з концентрацією

E6. Порушення сну (наприклад, труднощі засинання або сну чи неспокійний сон).

*Критерій F:* Тривалість порушення (критерії B, C, D та E) більше ніж 1 місяць.

### **Первинна діагностика ПТСР**

Рекомендовано проводити оцінку наявності ПТСР в осіб групи ризику. При обстеженні пацієнтів, які звертаються до лікаря з повторюваними неконкретними проблемами з фізичним здоров'ям, рекомендується проводити опитування щодо того, чи зазнала людина будь-яких травматичних подій нещодавно або в минулому, та описати приклади таких подій (була учасником або свідком катастрофи, військових подій, насилля тощо).

При проведенні клінічного огляду на амбулаторному прийомі звертати увагу на психологічний стан пацієнта, зокрема, у пацієнтів групи ризику розвитку ПТСР. У разі наявності окремих симптомів для верифікації ПТСР провести анкетне опитування з використанням стандартизованого опитувальника.



За останній місяць чи ви... (відповідь ТАК/НІ)

1. Мали кошмари про певну подію (події) або Ви думали про неї, коли не хотіли?
2. Намагалися з усіх сил не думати про подію(події) або уникали ситуацій, які нагадували Вам про цю подію(події)?
3. Були постійно настороженими, пильними чи легко лякалися?
4. Відчували заціпеніння або відстороненість від людей, діяльності чи оточення?
5. Відчували провину або не могли припинити звинувачувати себе чи інших у події (подіях) або будь-яких проблемах, які ця подія (події) могла спричинити?

Якщо респондент відповів «так» на будь-які три з п'яти запитань про те, як травматична подія (події) вплинула на нього за останній місяць) свідчать про ймовірний ПТСР, і людину слід додатково обстежити на наявність симптомів травми.

### **Опитувальник для скринінгу посттравматичного стресового розладу**

*1. Чи уникаєте Ви нагадувань про травматичну подію шляхом уникнення певних місць, людей або діяльності?*

так

ні

*2. Чи втратили Ви інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною?*

так

ні

*3. Чи стали Ви почувати себе більш далеким або ізольованим від інших людей?*

так

ні

*4. Чи втратили Ви здатність переживати почуття любові або прихильності до інших людей?*

так

ні

*5. Чи стали Ви думати, що немає ніякого сенсу будувати плани на майбутнє?*

так

ні

*6. Чи виникли у Вас проблеми із засинанням або сном?*

так

ні

*7. Чи стали Ви більш нервовим або дратівливим через звичайний шум чи рух?*

так

ні

4 і більше позитивних відповідей вказують на ймовірність ПТСР і потребують подальшої прицільної діагностики (проведення батареї тестів).

*При психогенно-невротичному генезі порушення сну виявляються в кошмарних сновидіннях військового характеру, часте прокидання вночі, а при органічному генезі – труднощами засипання, поверхневим сном.*

Далі треба проінформувати пацієнта про те, що виявлені у нього зміни можуть бути проявом реакції на стрес, що потребує спеціалізованої психотерапевтичної/психіатричної допомоги, а також про те, де саме така допомога може бути надана пацієнту.

Необхідно здійснювати виявлення пацієнтів, які потребують обов'язкової консультації лікаря психіатра/лікаря-психіатра дитячого, та направлення до відповідного закладу охорони здоров'я (далі – ЗОЗ). У випадку, якщо пацієнт становить небезпеку для себе або оточуючих – термінове направлення у ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.

### **Лікування ПТСР**

*Цілі лікування повинні бути визначені спільно з пацієнтом після первинної оцінки і ґрунтуватися на всебічній оцінці пацієнта та його особистих пріоритетів. Цілі лікування слід спільно переглядати і, за необхідності, змінювати через регулярні проміжки часу в процесі лікування. В ідеалі цілі повинні бути SMART: конкретними, вимірюваними, досяжними, релевантними і обмеженими в часі.*

Першою метою лікування, швидше за все, буде зменшення ПТСР і пов'язаних з ним симптомів. У дослідженнях, що базуються на доказах, як правило, використовуються показники вираженості симптомів ПТСР як первинний результат, і саме на досягнення цієї мети спрямовані втручання. Окрім основних симптомів ПТСР, ймовірними мішенями можуть бути коморбідні депресія і тривога, а також гнів і почуття провини. Всі вони мають вплив на лікування, причому деякі з них можуть негативно впливати на результати лікування симптомів ПТСР. Для деяких осіб, особливо тих, хто зазнав тривалого сексуального насильства в дитинстві або катувань, клінічні втручання часто повинні спочатку зосереджуватися на симптомах дисоціації, імпульсивності, емоційної лабільності (регуляції афекту), соматизації та міжособистісних труднощах.

Досягнення оптимального психосоціального функціонування є настільки ж важливим, якщо не більш важливим, ніж зменшення симптомів. Дійсно, для людей з хронічним ПТСР покращення психосоціального функціонування може бути першочерговою метою, а не лише зменшення симптомів ПТСР. З цією метою слід оцінити нагальні потреби в практичній і соціальній підтримці, а планування лікування з самого початку має бути зосереджено на благополуччі та психосоціальному відновленні. Психосоціальна підтримка та стабілізація

можуть покращити функціональні можливості та сприяти одужанню шляхом вирішення та мінімізації супутніх проблем, таких як бездомність, соціальна пасивність, ризикована поведінка та безробіття.

Доведено, що своєчасна адекватна медична допомога при ПТСР в більшості випадках дозволяє досягти значного терапевтичного ефекту, поліпшити якість життя, соціальні функції пацієнта, в т.ч., трудову діяльність, зменшити економічні витрати сім'ї та суспільства в цілому.

*Обов'язкові необхідні дії медичних представників:*

1. Провести консультування пацієнта із роз'ясненням у доступній формі особливостей розвитку, клінічних симптомів і лікування ПТСР.

2. Надати інформацію щодо потенційно несприятливого впливу алкоголю та інших психоактивних речовин на перебіг ПТСР.

3. Надати позитивну інформацію щодо перспектив відновлення здоров'я, необхідних термінів.

4. Надати інформацію про необхідність виконання лікарських рекомендацій.

5. Надати рекомендації щодо необхідності дотримання вимог здорового способу життя, проведення заходів психологічної та соціальної реабілітації.

6. Надати інформацію щодо можливостей отримання спеціалізованої медичної допомоги.

7. Запропонувати пацієнту використання психологічних технік управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо).

8. Надати рекомендації щодо немедикаментозного та медикаментозного лікування пацієнтам з ПТСР, які відчувають клінічно значущі симптоми: хронічний біль, безсоння, тривога.

9. Відповісти на запитання пацієнта.

10. Забезпечити моніторинг ефективності лікування, призначеного спеціалістом ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу.

11. Проводити моніторинг та лікування пацієнтів, які відмовились від консультації спеціаліста психіатричного профілю.

11. За можливості – залучати членів сім'ї пацієнта до обговорення та планування лікування.

12. З самого початку лікування необхідно зосередити увагу пацієнта на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Інформувати пацієнта про потенційні переваги психосоціальної реабілітації та давати практичні поради про те, як отримати доступ до відповідної інформації та послуг. Сприяти духовній та соціальній підтримці.

14. Ознайомити пацієнта з «Інформаційним листом «Посттравматичний стресовий розлад».

*Існують чисельні докази щодо ефективності травмофокусованої когнітивноповедінкової терапії (ТФ-КПТ) і десенсибілізації та переробки рухом очей (ДПРО) у пацієнтів з ПТСР.*

Треба запропонувати пацієнту та узгодити з ним інші спеціалізовані та високотехнологічні види психотерапії (терапія вирішення проблем, коротка КПТ). Рішення щодо місця проведення та спеціаліста, який буде проводити конкретний вид психотерапії, приймається разом із пацієнтом.

*Лікування ПТСР медикаментозними препаратами не повинно використовуватися в якості обов'язкового першочергового лікування для дорослих. У випадках, коли спостерігається значне порушення сну, як доповнення до немедикаментозних методів призначаються снодійні коротким курсом (до 10 днів). Перевагу мають небензодіазепінові препарати (золпідем, зопіклон тощо). У разі довготривалого розладу сну розглянути питання про призначення АД.*

Препарати з групи селективним інгібіторам зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) є препаратами першого ряду для лікування пацієнтів з ПТСР. Вибір АД має бути індивідуальним, базуватися на аналізі клінічного стану пацієнта: характер симптомів, побажання пацієнта і вартості препаратів. Препарати з найбільшою доказовою базою: пароксетин, сертралін.

Провести роз'яснення щодо відсутності звикання та виникнення залежності при лікуванні АД. Надати інформацію щодо відстроченого ефекту початку дії препарату, тривалості курсу лікування, дотримання режиму лікування, симптомів відміни. Надати інформацію щодо потенційної побічної дії препаратів. Пацієнтам з ознаками вираженої тривоги призначаються АД з групи СІЗЗС Довготривало.

### **Показання до призначення антидепресантів пацієнтам з ПТСР на первинній медичній допомозі**

Антидепресанти повинні розглядатися в якості лікування ПТСР у дорослих у випадках, коли:

- а) пацієнт не бажає брати участь у психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі;
- б) пацієнт недостатньо стабільний для того, щоб починати психотерапію та психокорекцію, сфокусовану на травмі (в результаті, наприклад, схильності до суїцидальної поведінки) або важкого тривалого побутового стресу (наприклад, побутове насильство);
- в) пацієнт не отримав достатньо хороших результатів від психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі;
- г) пацієнт відчуває велику кількість психологічних симптомів, які можуть значно посилитися протягом психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі.

Фармакотерапія ПТСР не повинна розглядатися як рутинна терапія першого ряду, замість психотерапії та психокорекції, сфокусованих на травмі. Медикаментозне лікування не повинно застосовуватися для лікування ГСР і

супутніх симптомів (наприклад, якщо симптоми зберігаються менше 4 тижнів) у дорослих, крім випадків, коли тяжкість розладу людини не може бути врегульована за допомогою тільки психотерапевтичних та психокорекційних методів, особливо при наявності надмірного збудження.

*Коли ПТСР триває більше кількох місяців, основні симптоми рідко існують ізольовано. Частіше вони існують разом з низкою супутніх ознак та інших коморбідних психічних розладів.*

## **Психотерапія та психокорекція ПТСР**

Підставою для початку лікування є порушення соціального функціонування, неефективність наданої первинної медичної допомоги, побажання пацієнта щодо лікування у ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу.

*Обов'язкові (протокол МОЗ від 2024 року) :*

1. Психосвіта як підґрунтя психотерапії/психокорекції;
2. ТФ-КПТ;
3. ДПРО (метод Френсіс Шапіро);
4. Когнітивно-процесуальна терапія;
5. Пролонгована експозиційна терапія

*Бажані:*

1. Наративно-експозиційна терапія (НЕТ) для дорослих – бажано проводити, коли травма пов'язана із геноцидом, громадянськими конфліктами, тортурами, політичним переслідуванням, переміщенням.
2. Терапія сконцентрована на теперішньому часі – бажано проводити з особами у разі неможливості проведення або неефективності ТФ-КПТ.
3. Тренінг щеплення від стресу – бажано проводити з особами у разі неможливості проведення або неефективності ТФ-КПТ.
4. Групова ТФ-КПТ (для дорослих) – бажано проводити з особами у разі неможливості проведення або неефективності ТФ-КПТ.
5. Рекомендувати фізичні вправи для покращення загального самопочуття.

ТФ-КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів з ГРС – 5-10 сеансів, для пацієнтів з ПТСР – 8-12 сеансів, в залежності від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути продовжена (сесійно по 10 сеансів, до 5 сесій, бажано в групових варіантах), якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості та, як наслідок, з

проблемами соціальної адаптації, в залежності від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді.

*Травмофокусовані втручання не повинні починатися раніше, ніж через два тижні після пережитої травми. Коли симптоми не піддаються травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі, інші методи психотерапії та психологічної корекції та фармакотерапію.*

Групова КПТ (травмофокусована або не травмофокусована), короткотривала та довготривала експозиційна психотерапія, арт-терапія, раціональна психотерапія можуть бути передбачені в якості додаткових, але не повинні розглядатися як альтернатива індивідуальній терапії.

У випадках, коли проблеми зі сном не можуть бути врегульовані за допомогою запевнення та надання першої психологічної допомоги, для дорослих може бути доцільним додаткове застосування фармакотерапії.

Існує доказова база доцільності призначення фармакотерапії ПТСР за показаннями. У випадках, коли дорослий пацієнт з ПТСР піддається фармакотерапії антидепресантами (АД), таке лікування необхідно продовжувати протягом, як мінімум, 6 місяців, з урахуванням терапевтичної відповіді.

### **Алгоритм дій медичних працівників на другому рівні медичної допомоги**

Основою є застосування принципів клініко-діагностичного інтерв'ю та клініко-біографічного анамнезу. Збір та оцінка даних (демографічні дані пацієнта та його родини, оцінка скарг на здоров'я) з урахуванням травматичного впливу та діагностичних критеріїв МКХ10 та DSM-V.

Збір анамнезу хвороби з оцінкою її динамічних особливостей, особливостей життя пацієнта, світогляду, формування його як особистості. Враховуються психотравматичні моменти життя пацієнта, особливості його розвитку у фізичному та психологічному плані, соматичні захворювання впродовж життя. Звертають увагу на шкідливі звички; фармакоанамнез (у т.ч. зловживання непсихотропними препаратами); наявність соціальної підтримки; психологічні та соціальні амортизаційні фактори.

Оцінка з позиції безпеки і небезпеки, в тому числі поточного ризику для себе або інших: суїцидальні думки (план), засоби (наприклад, зброя, надлишок ліків тощо), анамнез (наприклад, насильство або спроби самогубства), поведінки (наприклад, агресія, імпульсивність), поточні стресори життя, попереднє лікування психічних розладів та аддиктивної поведінки.

Здійснення диференційної діагностики (депресивні розлади, тривожні розлади, розлади адаптації, залежність від алкоголю та психоактивних речовин, хронічний біль, розлади особистості, затяжна реакція суму та інші). Визначення коморбідності (з депресіями, біполярними розладами, розладами особистості, аддиктивними порушеннями, генералізованими тривожними та панічними розладами, а також соціальними фобіями).

*Підставою для початку лікування є порушення соціального функціонування, неефективність наданої первинної медичної допомоги, побажання пацієнта щодо лікування у ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу.*

У випадках, коли симптоми не реагують адекватно на фармакотерапію, необхідно розглянути наступне: а) збільшити дозування в межах дозволеної норми; б) перейти на альтернативні АД; в) додати атипові антипсихотики (рисперидон, оланзапін, кветіапін) в якості додаткового препарату; г) тільки в комбінованій терапії (не в монотерапії) відповідно до цільових симптомів додати протисудомні (топірамат, вальпроєва кислота, ламотриджин, прегабалін, буспірон, тразодон), але не бензодіазепіни. д) розглянути потенціал для проведення психотерапії та психокорекції.

У разі позитивної відповіді на медикаментозне лікування, воно повинно тривати не менше 12 місяців.

*У разі виникнення ризику суїциду пацієнти повинні, як мінімум, раз на тиждень відвідувати лікаря. Якщо немає суттєвого ризику самогубства, спочатку рекомендується відвідувати лікаря раз на два тижні, а в разі виникнення позитивної динаміки через три місяці після початку лікування - рекомендується скоротити частоту відвідування.*

*Пацієнти з ПТСР з коморбідністю, низькою прихильністю до терапії, нестійкою трудовою та соціальною адаптацією, частими госпіталізаціями, які потребують застосування високотехнологічних медичних процедур високої складності, мають бути направлені у ЗОЗ, що надають третинну медичну допомогу.*

### **Перша психологічна допомога після екстремальних подій**

Перша психологічна допомога має на меті забезпечити безпеку пацієнта, встановити зв'язок із реабілітаційними ресурсами, послабити стресові реакції, допомогти пацієнту розвинути навички коротко- і довготривалого подолання стресу та зміцнити природну психологічну стійкість пацієнта.

У зоні катастроф і терористичних актів лікарі швидкої допомоги, працівники сфери психічного здоров'я, які першими прибувають на місце катастрофи, підготовлені військовослужбовці та працівники служб швидкого

реагування на надзвичайні ситуації повинні зорієнтуватися в ситуації та надати пацієнтам першу психологічну допомогу.

*Вона включає наступні етапи:*

*1. Встановлення контакту із пацієнтом у ненав'язливій і співчутливій манері. Для цього:*

- назвіть себе й опишіть свою роль;
- попросіть дозволу поговорити;
- поясніть цілі розмови;
- запитайте про нагальні потреби.

*2. Забезпечення безпеки й фізичного комфорту:*

- впевніться, що пацієнт перебуває у фізичній безпеці, допоможіть зробити оточення безпечнішим, розпитайте про потребу в медикаментах чи інших необхідних засобах (окуляри, милиці та інше);
- повідомте інформацію про ситуацію, пошуково-рятувальні роботи та/або служби;
- запропонуйте пацієнту забезпечити собі певний фізичний комфорт (щоб зменшити почуття безпорадності, бажано заохотити його подбати про такі чинники, як їжа, захист від вітру або освітлення);
- запропонуйте різні форми соціального комфорту та допоможіть зв'язатися з іншими пацієнтами;
- захистіть пацієнта від додаткових травм і потенційних нагадувань про них.

*3. Емоційна стабілізація пацієнтів:*

- поважайте бажання пацієнта побути на самоті, дайте йому кілька хвилин, не робіть активних спроб втрутитися, спокійно помовчіть і залишайтеся поряд;
- скажіть йому, що ви тут, поблизу, якщо будете потрібні, або повернетесь до нього за кілька хвилин;
- запропонуйте свою підтримку і допоможіть йому зосередити увагу на конкретних почуттях, думках і досяжних цілях;
- заручіться підтримкою родичів/друзів;
- відверто поговоріть про його нагальні проблеми або труднощі;
- надайте інформацію, яка допоможе йому зорієнтуватися в оточенні;
- попросіть вислухати вас, дивлячись вам в очі;
- поясніть, де він знаходиться;
- поговоріть про той аспект ситуації, який знаходиться під контролем, вселяє надію або має позитивний характер;
- запропонуйте робити повільні і глибокі вдихи та видихи;
- попросіть назвати п'ять нейтральних речей, що їх він може бачити, чути та відчувати.

*4. Збирання інформації – з'ясуйте нагальні потреби та проблеми пацієнтів, що потребують їх вирішення або негайного направлення до спеціалістів:*

- характер і тяжкість пережитого досвіду;



- загибель близької людини;
- тривоги щодо життєвих обставин і загроз після катастрофи;
- розлука з близькими або тривога про їхню безпеку;
- фізична хвороба, психіатричні розлади, потреба в медикаментозному лікуванні;
- втрати, зазнані в результаті катастрофи;
- потреби в додаткових допоміжних послугах.

5. *Практична допомога пацієнтам, щоб задовольнити їх нагальні потреби:*

- уточніть нагальні потреби;
- обговоріть план дій;
- посприйте пацієнтам дієво.

6. *Встановлення зв'язку із джерелами соціальної підтримки:*

- забезпечте зв'язок з основними особами, здатними надати підтримку (родичами тощо);
- рекомендуйте пацієнтам звертатися за підтримкою до тих, хто зараз є на місці;
- обговоріть способи пошуку та надання підтримки;
- підшукайте можливих помічників;
- поясніть пацієнту, як він може допомогти іншим.

7. *Надання інформації щодо стратегії подолання стресу:*

- розкажіть пацієнту про стресові реакції та їх подолання;
- побудуйте розмову навколо індивідуальних реакцій пацієнта;
- обговоріть можливі негативні та позитивні реакції;
- уникайте патологізації реакцій;
- обговоріть негативні та позитивні способи подолання стресових реакцій (зокрема – гніву, пригніченості, порушень сну).

8. *З'єднання пацієнтів із суміжними службами та з установами, які надавали їм послуги до катастрофи, або які необхідні в даний момент:*

- психіатрична допомога;
- медична допомога;
- духовна підтримка;
- дитячі соціальні служби, школи.

*Пацієнти з ПТСР та депресією, що супроводжується ризиком суїциду або загрозою насильства по відношенню до оточуючих, терміново направляються на госпіталізацію у ЗОЗ, що надає спеціалізовану медичну допомогу.*

Не рекомендується проводити психологічний дебрифінг на загальній основі, не рекомендується неселективно використовувати психологічний дебрифінг після виникнення потенційно травматичної події. Після потенційно

травматичної події рутинні психологічні консультації не рекомендується. Найкращим підходом до надання допомоги людям після отримання ними потенційно травматичного досвіду є практична та емоційна підтримка, заохочення використання адаптивних копінг-стратегій та соціальної підтримки.

### 3.3. Комплексний ПТСР в редакції МКХ 11

*1 січня 2022 року в світі почала діяти одинадцята редакція Міжнародної класифікації хвороб (МКХ), розроблена Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Це документ, який використовується як провідна статистична та класифікаційна основа в системі Охорони здоров'я. Періодично переглядається під керівництвом ВООЗ. МКХ є нормативним документом, що забезпечує єдність методичних підходів та міжнародну верифікацію матеріалів.*

*Розробка МКХ-11 тривала більше десяти років. У ній взяли участь понад 300 фахівців з 55 країн, які також розглянули 10 000 додаткових пропозицій від людей з усього світу. Класифікація була оновлена відповідно до досягнень в науці та медичній практиці. МКХ-11 була офіційно випущена 18 червня 2018 року та була представлена на 144-му засіданні Виконавчої ради у січні 2019 року і затверджена в рамках 72 сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (ВАОЗ) у травні 2019 року. Перехід на нову класифікацію рекомендований ВООЗ з 1 січня 2022 року, перехідний період продовжено до 2027 року.*

*Головною метою введення нової редакції МКХ було спростити її використання. Одинадцята редакція оновлена відповідно до досягнень в науці та медичній практиці. Також вона може бути легко розміщена в комп'ютерних програмах.*

*У МКХ 11 вперше з'являється таке поняття, як комплексний ПТСР (кПТСР). При кПТСР люди мають симптоми, що відповідають вимогам до ПТСР плюс додаткові елементи – такі як стійкі і поширені труднощі у регулюванні емоцій, негативні переконання щодо себе та міжособистісної діяльності.*

Оскільки кПТСР є відносно новим розладом, який формально не визнається, ми не знаємо точно, наскільки він є загальним. Якщо вивчати досвід інших країн, то, наприклад, простий ПТСР вражає 8% населення США, і дослідження свідчить про те, що 25% - 50% людей, які відповідають критеріям ПТСР, фактично мають кПТСР. *Комплексний посттравматичний стресовий розлад може бути діагностовано як у дорослих людей, так і у дітей та підлітків, якщо особи зазнали тривалі, повторювані або множинні форми травматичного і принизливого впливу, такі як насильство (фізичне, сексуальне, моральне) та/або тортури. Може бути схожим на дисоціативний підтип ПТСР з більш складними проявами симптомів і більшою втратою функціоналу.*

**До симптомів кПТСР окрім симптомів ПТСР ще додатково включають симптоми порушення самоорганізації (симптоми ПСО):**

- хворому важко контролювати свої емоції;
- відчуття неефективності, сорому, відчаю або безнадії, гострої провини;
- періоди втрати уваги і концентрації (дисоціації);
- фізичні симптоми, такі як головний біль, запаморочення, біль у грудях і біль у животі;
- відсторонення від друзів і сім'ї;
- саморуйнівна та імпульсивна поведінка;
- ворожість до оточуючих і самого себе;
- труднощі міжособистісних відносин;
- втрату попередніх переконань і припущень про безпеку та надійність інших людей;
- негативна «Я-концепція»;
- суїцидальні думки, дії

Включення (кПТСР) в 11-му перегляді Міжнародної класифікації захворювань відображає зростаючі докази того, що підгрупа осіб з ПТСР також страждає від порушень регуляції емоцій, міжособистісних навичок і самооцінки, які разом називаються «порушеннями в самоорганізації» (ПСО).

*кПТСР включає три кластери ознак ПТСР і три додаткові кластери, які відображають «порушення самоорганізації» (ПСО): проблеми в емоційній регуляції, Я-концепції, порушення у взаєминах. Критерії пропонується застосовувати як до дітей і підлітків, так і до дорослих.*

*Комплексний посттравматичний стресовий розлад – це розлад, який може розвинути після впливу події або серії подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру, найчастіше тривалих або повторюваних подій, від яких важко або неможливо втекти (наприклад, катування, рабство). кампанії геноциду, тривале домашнє насильство, неодноразове сексуальне або фізичне насильство в дитинстві). Виконано всі діагностичні вимоги щодо ПТСР.*

**Крім того, комплексний посттравматичний стресовий розлад характеризується:**

- 1) серйозними та стійкими проблемами в регуляції афекту;
- 2) наявністю переконань про себе як про принижених, переможених або нікчемних, що супроводжується почуттям сорому, провини або невдачі, пов'язаної з травматичною подією;
- 3) труднощами у підтримці стосунків і у відчутті близькості з іншими.

Ці симптоми спричиняють значне порушення особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної та інших важливих сфер функціонування.

*Тобто, до класичних ознак ПТСР додаються ще проблеми самосприйняття (стабільно низька самооцінка: людина не вважає себе достойною на щось хороше зараз і в майбутньому, вони вирішує, що втратила таке право після тих подій, які з нею відбулися; почуття сорому, провини) та розлад прив'язаності (уникнення близьких стосунків, чи абсолютне завершення старих; нестача довіри до людей взагалі, людина позбавляє себе права мати хороші стосунки та соціальні контакти, тому що вона скривджена, «брудна», «більше не людина»).*

## **Критерії діагностування кПТСР**

*Діагноз кПТСР за МКХ-11 складається з шести груп симптомів: три критерії ПТСР - повторне переживання травми, уникнення нагадувань про травму та підвищене відчуття загрози (гіперпильність, реакція переляку), а також три симптоми порушення самоорганізації (ПСО), які визначаються як емоційна дисрегуляція, міжособистісні труднощі та негативна Я-концепція.*

*Для постановки діагнозу кПТСР необхідна наявність усіх діагностичних критеріїв ПТСР (вплив принаймні однієї травматичної події та одного симптому з кожної з трьох категорій), а також принаймні одного симптому з кожного з трьох кластерів симптомів порушення самоорганізації. Крім того, функціональні порушення чітко визначені як обов'язкова вимога для розладу. Може бути поставлений лише один діагноз (ПТСР або кПТСР); якщо діагностичні критерії кПТСР виконуються, то діагноз ПТСР замінює діагноз кПТСР.*

*Вплив події чи серії подій надзвичайно загрозливого або жахливого характеру, найчастіше тривалих або повторюваних подій, від яких важко або неможливо втекти. Такі події включають, але не обмежуються ними, тортури, концентраційні табори, рабство, кампанії геноциду та інші форми організованого насильства, тривале домашнє насильство та неодноразове сексуальне або фізичне насильство в дитинстві. Після травматичної події розвиток усіх трьох основних елементів посттравматичного стресового розладу триває щонайменше кілька тижнів.*

*Повторне переживання травматичної події після травматичної події, коли подія (події) не просто запам'ятовується, але переживається як повторна подія тут і зараз. Зазвичай це відбувається у формі яскравих нав'язливих спогадів або образів; спогади, які можуть варіюватися від легких (існує тимчасове відчуття повторення події в теперішньому) до серйозних (існує повна втрата усвідомлення поточного оточення), або повторювані сни чи кошмари, які тематично пов'язані з травматичною подією.*

*Повторне переживання зазвичай супроводжується сильними або непереборними емоціями, такими як страх або жах, і сильними фізичними відчуттями. Повторне переживання в сьогоденні також може включати відчуття*

пригніченості або занурення в ті самі інтенсивні емоції, які були пережиті під час травматичної події, без помітного когнітивного аспекту, і може виникнути у відповідь на нагадування про подію. Обмірковування подій(-й) або роздумів про них і згадування почуттів, які ви відчували в той час, недостатні для задоволення потреби повторного переживання.

*Навмисне уникнення нагадувань, які можуть призвести до повторного переживання травматичної події.* Це може мати форму або активного внутрішнього уникнення думок і спогадів, пов'язаних із подіями, або зовнішнього уникнення людей, розмов, діяльності чи ситуацій, що нагадують подію (події). У крайніх випадках людина може змінити своє оточення (наприклад, переїхати або змінити роботу), щоб уникнути нагадувань.

*Серйозні та поширені проблеми в регуляції афекту.* Приклади включають підвищену емоційну реакцію на незначні стресори, спалахи насильства, безрозсудну або саморуйнівну поведінку, дисоціативні симптоми під час стресу та емоційне заціпеніння, зокрема нездатність відчувати задоволення чи позитивні емоції.

*Стійке переконання про себе як про приниженого, переможеного або нікчемного, що супроводжується глибоким і всепроникаючим почуттям сорому, провини або невдачі, пов'язаної зі стресором.* Наприклад, людина може відчувати провину за те, що не втекла від несприятливих обставин або піддалася їм, або не змогла запобігти стражданням інших.

*Постійні труднощі у підтримці стосунків і відчуття близькості з іншими.* Людина може постійно уникати стосунків і соціальної активності в цілому, висміювати або мало цікавитися ними. Крім того, іноді можуть виникати інтенсивні стосунки, але людині важко їх підтримувати.

*Порушення призводить до значного погіршення особистої, сімейної, соціальної, освітньої, професійної та інших важливих сфер функціонування.* Якщо функціонування підтримується, то лише завдяки значним додатковим зусиллям.

Новий діагноз кПТСР враховує давнє занепокоєння в цій галузі, що хронічні/рецидивуючі міжособистісні травми та зловживання мають ширший вплив на психічне здоров'я, що виходить за межі ПТСР, як він визначався раніше. Доведено, що діагноз кПТСР за МКХ-11 охоплює симптоматику осіб, які пережили більш складні міжособистісні травми, такі як жорстоке поводження з дітьми<sup>9</sup>. Як правило, жорстоке поводження з дітьми (насильство та інші негаразди в дитинстві) призводить до порушення процесів розвитку, пов'язаних з розвитком регуляції емоцій та пов'язаних з ними навичок ефективної міжособистісної поведінки. Вважається, що такі порушення формують нейророзвивальну основу для низки проблем психічного здоров'я. В ході сучасних досліджень виявлено, що несприятливий дитячий досвід впливає на нейробіологію, психічне та фізичне здоров'я протягом усього життя.

Оцінка кПТСР повинна включати оцінку діагностичних симптомів, супутніх біопсихосоціальних симптомів (включаючи вживання психоактивних речовин, самоушкодження, проблеми у стосунках, дисоціацію, почуття провини та сорому), сімейний та особистий анамнез, включаючи минулі та поточні життєві виклики та стреси (які часто зустрічаються при ПТСР), а також міжособистісні ресурси, сильні сторони та соціальну підтримку. Оскільки існує значний збіг симптомів між проявами ПТСР та іншими розладами, оцінка також повинна включати ретельну диференціальну діагностику.

### **Додаткові клінічні характеристики:**

Можуть спостерігатися суїцидальні думки та поведінка, зловживання психоактивними речовинами, симптоми депресії, психотичні симптоми та соматичні розлади.

Симптоми комплексного посттравматичного стресового розладу можуть виникати протягом усього життя, як правило, після контакту з хронічними, повторюваними травматичними подіями та/або віктимізаціі, які тривали протягом місяців або років.

*Симптоми комплексного посттравматичного стресового розладу, як правило, більш серйозні та стійкі порівняно з посттравматичним стресовим розладом.*

Повторні травми, особливо на ранніх стадіях розвитку, пов'язані з більшим ризиком розвитку комплексного посттравматичного стресового розладу, а не посттравматичного стресового розладу.

### **Межі з іншими розладами та станами (диференційна діагностика):**

Межа з розладом особистості. Розлад особистості — це повсюдне порушення в тому, як людина відчуває та думає про себе, інших і світ, що проявляється в дезадаптивних моделях пізнання, емоційних переживань, емоційного вираження та поведінки.

Дезадаптивні моделі є відносно негнучкими та пов'язані зі значними проблемами в психосоціальному функціонуванні, які особливо очевидні в міжособистісних стосунках і проявляються в ряді особистих і соціальних ситуацій (тобто не обмежуються конкретними стосунками чи ситуаціями), відносно стабільні протягом тривалого часу, і тривалої тривалості. Враховуючи це широке визначення та вимогу щодо постійних симптомів, пов'язаних із порушенням регуляції афекту, викривленим уявленням про себе та труднощами у підтримці стосунків у комплексному посттравматичному стресовому розладі, багато осіб із комплексним посттравматичним стресовим розладом також можуть відповідати діагностичним вимогам до Розладу особистості.

### **Принципи лікування кПТСР**

Принципи надання первинної медичної допомоги та загальної психіатричної допомоги повинні ґрунтуватися на травмоорієнтованій допомозі. Допомога з урахуванням травми - це не лікування, а підхід до надання послуг, який враховує потреби людей, які постраждали від травми. Широко визнана концепція травмоорієнтованої допомоги надана Хоппером, Бассуком та Оліветом (2010).

«Травмоорієнтована допомога» - це система, що базується на сильних сторонах, яка ґрунтується на розумінні та реагуванні на вплив травми, яка підкреслює фізичну, психологічну та емоційну безпеку як для надавачів послуг, так і для постраждалих, і яка створює можливості для постраждалих відновити почуття контролю та розширення можливостей.

*Оскільки кПТСР складається з більшої кількості та різноманітності типів симптомів порівняно з ПТСР, його лікування може включати більшу різноманітність терапевтичних втручань та/або бути більш тривалим.*

### **На рівні установи наступні практики відповідають травмоорієнтованій допомозі:**

#### *1. Поінформованість про травму*

Забезпечити навчання та контроль, щоб персонал розумів вплив травми та розпізнавав симптоми і поведінку, що її супроводжують.

Проводите рутинний скринінг на наявність травм в анамнезі.

Активно підтримувати самодопомогу та життєстійкість персони.

#### *2. Можливості для відновлення контролю*

Важливість вибору для підвищення ефективності та особистого контролю

Забезпечення передбачуваного середовища

#### *3. Підхід на основі сильних сторін*

Підтримувати розвиток навичок для підтримки психосоціальної стабільності та одужання.

На рівні окремого фахівця, який надає допомогу, слід керуватися наступними принципами:

- сприяти безпеці
- сприяти надії/вірі та одужанню
- сприяння спокою
- підтримувати зв'язок
- сприяти підвищенню самоєфективності

- зосередження на сильних сторонах та ресурсах
- зосередження на власній турботі про себе

#### Психологічне лікування

Нещодавній мета-аналіз, який ретроспективно оцінив 51 дослідження лікування виявив позитивний вплив стандартних травмофокусованих методів лікування, таких як КПТ, експозиційна терапія та EMDR, на зменшення симптомів кПТСР у пацієнтів. Цей огляд також показав, що КПТ і експозиційна терапія зменшують характерні симптоми ПТСР, включаючи негативну Я-концепцію і порушення взаємовідносин, хоча доказів, які б дозволили зробити висновки щодо їхнього впливу на порушення регуляції емоцій, було недостатньо.

Існує припущення, що сучасні методи лікування ПТСР, орієнтовані на травму, навряд чи будуть оптимальними для пацієнтів з кПТСР, особливо з огляду на те, що симптоми дисоціації можуть порушити взаємодію. Було розроблено кілька адаптацій або альтернатив традиційним методам лікування ПТСР. Наприклад, описується послідовний підхід для покращення результатів лікування кПТСР у дорослих. Поетапне втручання (STAIR; Тренінг навичок афективної та міжособистісної регуляції) спочатку спрямоване на симптоми ГСР і пов'язані з ними проблеми повсякденного функціонування (наприклад, створення відчуття безпеки, емоційної регуляції та соціальних навичок), а обробка пам'яті про травму вводиться пізніше.

Наразі чітко не встановлено, чи необхідна початкова стабілізаційна фаза, і існує думка, що вона може призвести до некорисних затримок у використанні більш травмофокусованих втручань, від яких люди можуть отримати користь. Деякі автори стверджують, що докази наразі не підтримують проведення стабілізаційної фази перед наданням травмофокусованого лікування кПТСР. Однак, інші фахівці вважають, що дані вказують на те, що відмова від лікування та загострення симптомів зменшуються, коли лікування супроводжується тренуванням навичок, що передують обробці травматичної пам'яті. Тобто, симптоми ГСР заважають залученню до лікування, і їх потрібно вирішувати до того, як почати лікувати основні симптоми ПТСР. Зрештою, це емпіричне питання, яке потребує подальших клінічних досліджень.

### **3.4. Розлади адаптації: поняття, види, алгоритми допомоги**

*Поняття «адаптації» бере свій початок із біології для позначення пристосування будови і функцій організмів до умов існування або звикання до них. Термін «адаптація» походить від пізньолатинського слова «adaptatio» – пристосування і означає соціальний вид взаємодії особистості соціальним*



середовищем, в ході якого узгоджуються вимоги й очікування його учасників. Адаптація включає фізіологічний, біологічний, психологічний і власне соціальний рівні.

*Найважливіший компонент адаптації – узгодження самооцінок і домагань суб'єкта з його можливостями і з реальністю соціального середовища, що включає також тенденції розвитку середовища і суб'єкта.*

*Психологічна адаптація визначається активністю особистості й виступає як єдність акомодатії (засвоєння правил середовища, «уподібнення» йому) й асиміляції («уподібнення» собі, перетворення середовища). Середовище впливає на особистість або на групу, які вибірково сприймають і переробляють ці впливи відповідно до своєї внутрішньої природи, а особистість або група активно впливають на середовище.*

Звідси – адаптивна й одночасно така, що адаптує, активність особистості або групи. Такий механізм адаптації, складаючись у процесі соціалізації особистості, став основою її поведінки і діяльності.

На власне соціальному рівні адаптація насамперед визначається діяльністю, активною, природою соціальних суб'єктів. З боку соціального середовища адаптація визначається цілями діяльності, соціальними нормами – способами їх досягнення і санкціями за відхилення від цих норм.

Можливості для адаптації в конкретному середовищі, з одного боку, визначаються, а з іншого – визначають рівень психічного здоров'я. Очевидно, що здатність до адаптації й особливості психічного здоров'я взаємопов'язані. ВООЗ визначає психічне здоров'я як «...стан добробуту, в якому людина здатна реалізувати свій потенціал, долати щоденні стреси, ефективно й плідно працювати та робити внесок у життя своєї спільноти».

### **Діагностичні критерії визначення розладів адаптації**

- 1) Емоційні або поведінкові симптоми розвиваються впродовж одного місяця (МКХ-10) від появи стрес-фактора.
- 2) Симптоми або поведінкові характеристики є клінічно значущими. Стрес-фактор викликає більше страждань, ніж очіувалося, або значно погіршує соціальне та професійне функціонування пацієнта.
- 3) Розлад не відповідає критеріям іншого психологічного розладу, який може стосуватися життєвої ситуації пацієнта, а також погіршення попереднього захворювання.
- 4) Симптоми – це не горе, викликане втратою.
- 5) Коли стрес-фактор перестає впливати на пацієнта, симптоми усуваються впродовж 6 місяців.

## Діагнози засновані на основному симптомі

*Реактивна (психогенна) депресія.* Основними симптомами є пригнічений стан, плач і безнадійність.

*Реактивна тривога.* Основними симптомами є нервозність, занепокоєння і напруга.

*Реактивні поведінкові розлади.* Основними проявами є поведінка, яка порушує права інших людей і порушує центральні соціальні норми та правила, пов'язані з віком (наприклад, вандалізм, небезпечне водіння, бійки).

*Реактивні емоційні і поведінкові розлади.* Основними проявами є як емоційні симптоми, так і ті, що пов'язані з розладом поведінки.

## Рівні психологічного здоров'я

Психічний добробут (зелена зона)	Помірний стрес (жовта зона)	Вразливість та сильний стрес (помаранчева зона)	Погіршення добробуту (червона зона)
Нормальні зміни настрою	Знервованість, дратівливість, сум	Тривога, гнів, постійний сум, безнадія	Надмірна тривога, лють, депресивний настрій
Нормальний паттерн сну	Складнощі зі сном	Порушений сон, сон без відпочинку	Неможливість заснути або спати
Добре фізичне самопочуття, енергійність; працьовитість	Втома, зниження енергії; головний біль, м'язове напруження; Прокрастинація	Велика втома, болі; зниження якості роботи	Виснаження, фізична хвороба; неможливість виконувати роботу
Соціальна активність	Зниження Соціальної активності	Соціальне уникання, відмова від контактів	Ізоляція, уникання соціальних подій

**Адаптація як здатність творчо пристосовуватися до середовища відповідає рівню психічного добробуту (зелена зона). Це:**

1) стан, коли людина як особистість пристосовується до існування в суспільстві відповідно до вимог цього суспільства й у відповідності з власними потребами, мотивами й інтересами;

2) модифікація відповідно до різноманітних або мінливих обставин позначає поведінку, що дає змогу людині ефективно пристосовуватися до навколишнього середовища та оптимально функціонувати в різних сферах, таких як боротьба зі щоденними стресорами;

3) пристосування до вимог, обмежень та звичаїв суспільства; здатність жити та гармонійно працювати з іншими, брати участь у задоволенні соціальних взаємодій та стосунків (там же);

4) пристосування до вимог, обмежень та моралі суспільства, де всі живуть у злагоді;

5) здатність індивіда чи групи опрацювати нову або модифіковану інформацію та відповідну психологічну, фізіологічну або поведінкову реакцію, що дає змогу ефективно функціонувати або досягти цілей в умовах, що постійно змінюються.

### **Порушення адаптації (помірний стрес, жовта зона)**

1. Якщо говорити про адаптацію як процес пристосування організму до мінливих умов зовнішнього чи внутрішнього середовища, то тут неминучі ситуативні порушення адаптації (порушення гомеостазу) – стан невідповідності між потребами організму і зовнішніми умовами його функціонування, що спричиняє порушення фізіологічного функціонування, зміни форм поведінки. Безумовно у цьому випадку людина буде відчувати стрес. Якщо такі зміни охоплюють одну сферу і ведуть до розвитку індивіда, то, на нашу думку йдеться про порушення в процесі адаптації, на межі між помірним стресом (жовта зона) і психічним здоров'ям (зелена зона). Коли людина переходить від помірного стану до спокою і навпаки.

2. Якщо ж такі порушення тривають довго, захоплюють більшість й адаптуватися не вдається, то йдеться про тривалі помірні порушення адаптації (maladjustment) – як нижчу за оптимальну здатність справлятися з біологічними, економічними, емоційними, інтелектуальними завданнями чи соціальним функціонуванням у певному середовищі, культурі чи сукупності обставин. У цьому випадку порушення ще не досягають рівня розладу адаптації, але вже погіршується ефективність стосунків, зменшується здатність долати труднощі й протидіяти стресам, успішно функціонувати в різних сферах, а також індивід переживає емоційні порушення мінорного характеру.

3. Порушення адаптації можуть характеризуватися девіантною поведінкою, коли пристосування до сформованих соціальних умов відбувається із порушенням прийнятих у суспільстві цінностей і норм поведінки, без врахування потреб іншої людини.

*Розлади адаптації* - це реактивні і, як правило, короткотривалі стани, пов'язані з життєвими ситуаціями. Вони проявляються як тривожність, депресія або поведінкові симптоми і з'являються після значних змін у житті або досвіду психологічного напруження.

*Діагноз розладу адаптації ставлять шляхом виключення інших розладів. Наявність стресу автоматично не означає, що у пацієнта є розлад адаптації. Стрес-фактори можуть також викликати низку інших психологічних розладів, зокрема, станів депресії.*

Хоча розлади адаптації в основному є легкими і швидкоплинними, їх не слід недооцінювати. Розлад адаптації може перерости в більш важкий розлад, і особливо у молодих він може асоціюватися з саморуйнівною поведінкою.

*Розлади адаптації (вразливість та сильний стрес, помаранчева зона) характеризуються станом суб'єктивного дистресу й емоційних порушень, що веде до дезорганізації функціональних систем організму, зазвичай, перешкоджає соціальному функціонуванню і продуктивності. Такі розлади виникають у період адаптації до значної зміни в житті або внаслідок стресових життєвих подій чи ситуацій (зокрема в екстремальних, надзвичайних ситуаціях, у випадку наявності або можливості серйозної фізичної хвороби) для пристосування до яких в людини не вистачає ні зовнішніх, ні внутрішніх ресурсів (сформованих навичок, готових механізмів подолання (копінгстратегій), стресостійкості, резильєнтності тощо).*

*Розлади адаптації можуть бути непатологічними, але такими, що супроводжуються станом сильного стресу (помаранчева зона), та розлади адаптації (за МКХ-10), що ведуть до суттєвого погіршення добробуту (червона зона).*

#### *Непатологічні розлади адаптації:*

- 1) стан, коли біологічні, психологічні, поведінкові та/або захисні механізми шкодять виживанню та розмноженню виду ;
- 2) стан, за якого біологічні риси або моделі поведінки є шкідливими, контрпродуктивними або якимось інакше заважають оптимальному функціонуванню в різних сферах, наприклад, успішна взаємодія з навколишнім середовищем та ефективне вирішення проблем та стресів щоденного життя;
- 3) стан, коли біологічні, психологічні, поведінкові та / або захисні механізми шкодять виживанню та розмноженню виду;
- 4) поведінка, що призводить до стресу.

*Непатологічні розлади адаптації часто проявляються як початкові етапи синдрому вигорання, коли окрім психологічного дискомфорту періодично з'являються порушення сну, емоційна лабільність, астеничні прояви, тривога, погіршення пам'яті й уваги, вегетативні дисфункції. Зазвичай на цьому етапі соціальне функціонування і продуктивність суттєво не порушені і люди не звертаються за медичною і психологічною допомогою.*

**Розлади адаптації (за МКХ-10) діагностуються, якщо стан відповідає таким критеріям:**

А. Спостерігався ідентифікований психосоціальний стрес, що не досягав надзвичайного або катастрофічного розмаху, після перенесення якого хворобливі симптоми з'явилися протягом місяця.

Б. Окремі симптоми цих розладів (за винятком маячних і галюцинаторних), відповідають критеріям афективних (F30-F39), невротичних, стресових і соматоформних (F40-F48) розладів і порушень поведінки та емоцій дитячого та підліткового віку (F90-F98). Симптоми можуть варіювати за структурою і питомою вагою.

*Розлади адаптації, залежно від домінуючих у клінічній картині проявів, диференціюються в такий спосіб:*

F43.20 Короткочасна депресивна реакція – транзиторний стан легкої депресії, що триває не більше місяця.

F43.21 Пролонгована депресивна реакція – легкий депресивний стан як реакція на затяжну стресову ситуацію, що триває не більше двох років

F42.22 Змішана тривожна і депресивна реакція – спостерігається як тривожна, так і депресивна симптоматика, які за інтенсивністю не перевищують змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) або інші змішані тривожні розлади (F41.3).

F43.23 З переважанням порушення інших емоцій – симптоматика має різноманітну структуру афекту, спостерігаються тривога, депресія, занепокоєння, напруження і гнів. Симптоми тривоги і депресії можуть відповідати критеріям змішаного тривожного і депресивного розладу (F41.2) або інших змішаних тривожних розладів (F41.3), але їхня виразність недостатня для діагностики більш специфічних тривожних або депресивних розладів. Ця категорія повинна використовуватися і для реакцій дитячого віку, де додатково присутні такі ознаки регресивного поведінки, як енурез або смоктання пальця.

F43.24 З переважанням порушення поведінки – розлад торкається переважно соціального поведінки, наприклад, агресивні або дисоціальні його форми в структурі реакції горя у підлітковому віці.

F43.25 Змішаний розлад емоцій і поведінки – визначальними є як емоційні прояви, так і порушення соціального поведінки.

F43.28 Інші специфічні переважачі симптоми. В. Симптоми не перевищують за тривалістю 6 місяців з моменту припинення дії стресу або його наслідків, за винятком затяжних депресивних реакцій (F43.21)

**Лікування**

Лікування розладів адаптації здійснюється за принципами кризової психотерапії. Пацієнту потрібно, щоб його чули і розуміли. Особа, яка надає допомогу, повинна прийняти психологічне нездужання, пов'язане з життєвою ситуацією пацієнта, і в той же час спокійно допомогти пацієнтові побачити, що ситуація може бути подолана або що її можна полегшити. Як правило, один або два візити полегшують стан, і пацієнт починає бачити, як він/вона може функціонувати в цій новій життєвій ситуації. Потреба у лікарняному коливається від декількох днів до декількох тижнів.

*Роль фармакотерапії є вторинною.*

Особи, які страждають від зловживання психоактивними речовинами та розладами особистості, часто мають психосоціальну напругу, пов'язану з їхньою власною поведінкою, що може погіршити стан їх психічного здоров'я. Розлад адаптації, пов'язаний зі стресовими факторами, може бути використаний, як паралельний діагноз.

### **Питання для самоконтролю:**

1. Розкажіть, що таке гостра стресова реакція на важкий стрес і якими симптомами вона проявляється?
2. Назвіть алгоритми допомоги, медичної та психологічної, при ГСР. Чи можуть симптоми ГСР пройти само по собі, без лікування в закладах охорони здоров'я?
3. Яка існує класифікація гострих психологічних реакцій людини на стресогенні події?
4. Поясніть, що таке ПТСР та розкажіть історію становлення цього діагнозу, від часів першої світової війни до сьогодення.

5. Опишіть картину розширеної симптоматики ПТСР.
6. Які типи ПТСР вам відомі? Розкажіть про кожен, наведіть приклади проявів.
7. Розкажіть про протокол лікування ПТСР в Україні, допомога першої та другої лінії.
8. Назвіть психотерапевтичні методи, рекомендовані до застосування при ПТСР, розкажіть про кожен з них.
9. Назвіть алгоритми першої психологічної допомоги після екстремальних подій.
10. Чим відрізняється комплексний ПТСР від простого ПТСР? Опишіть картину кПТСР.
11. Що таке МКХ? Розкажіть про особливості цього документу.
12. Розкажіть про критерії діагностування кПТСР.
13. Поясніть, що таке адаптація і дезадаптація?
14. Розкажіть про розлади адаптації, як вони проявляються, яких видів бувають.
15. Які методи та алгоритми допомоги, при помірних порушеннях адаптації та при розладах?

**Практичне завдання:**

1. Складіть і занотуйте порівняльну таблицю симптомів ПТСР і кПТСР.
2. Складіть план реабілітації для отримувачки послуг (жінка, 25 років, незаміжня, живе сама, не працює), яка демонструє картину ГСР, після участі в нещодавніх екстремальних подіях (приліт рашистської ракети в багатоповерхівку).

## Література

1. Борисова О.О. Психореабілітація учасників бойових дій в Україні: правові засади та практичні виміри. Науковий журнал «Габітус». Випуск 49. 2023. С.16-21. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.2>
2. Борисова О.О. Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 34 (73). № 3. 2023. С. 1-6. DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/01>
3. Борисова О.О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. «Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія» № 3 / 2023. С. 7-12. DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.1>
4. Борисова О.О. Методика ведення першої бесіди психолога з учасниками/учасницями бойових дій. Науковий журнал «Габітус». Випуск 55. 2023. С. 39-44. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.6>
5. Борисова О.О. Інтрузії у формі флешбеків як ядерний маркер посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2023. Випуск 18. С. 10–20. <https://doi.org/10.30970/PS.2023.18.2>
6. Борисова О.О. Психореабілітація учасників/учасниць бойових дій як психологічна допомога другого рівня в Україні. Наукові записки. Серія: Психологія. 2024. № 1. С. 9 – 17. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-1>
7. R. Pryzvanska, O. Borysova, G. Mozgova, A. Fedorenko. Clinical cases and recommendations for post-traumatic rehabilitation based on EI. Amazonia Investiga. Vol 13. No 74 (2024). Pages 227-238. <https://doi.org/10.34069/AI/2024.74.02.19>
8. Наказ МОЗ України № 1265 від 19.07.2024. Уніфікований клінічний протокол первинної, та спеціалізованої медичної допомоги Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації URL: [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/1265\\_19072024\\_ykpm\\_d\\_ptsr\\_dod.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/1265_19072024_ykpm_d_ptsr_dod.pdf)
9. Чабан О. С., Безшейко В. Г. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції. Український вісник психоневрології. 2017. Том 25, випуск 2 (91). С. 80-84.
10. Кожина Г.М., Зеленська К.О., Друзь О.В., Черненко І.А. Сучасна модель формування постстресових розладів у учасників бойових дій. Медицина сьогодні і завтра. 2020. № 1 (86). С.39-45. <https://doi.org/10.35339/msz.2020.86.01.05>



11. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців – учасників бойових дій. URL: <https://narkosumy.lic.org.ua/statti/posttravmatychnyj-stresovuj-rozlad-u-vijskovosluzhbovtsiv-uchasnykiv-bojovyh-dij/> (дата звернення 16.12.2023).
12. Лашин О.І. Особливості формування ПТСР в умовах сучасних воєнних конфліктів та організації заходів їх профілактики та лікування. Військова медицина України. 2019. № 4. Том 19. С 94-106. DOI: 10.32751/2663-0761-2019-04-14
13. Наугольник Л.Б. Психологія стресу: підручник. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
14. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.] ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с. С. 20-21.
15. Синишина В.М. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників Антитерористичної операції. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки. Випуск 4. 2021. С. 162-170. DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-21>
16. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. URL: <https://moz.gov.ua/article/health/scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad>
17. Туриніна О.Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП «Вид. дім «Персонал», 2017. 160 с.
18. Горбунова В. В. Сприяння соціального оточення відновленню та зростанню особистості при посттравматичних станах та розладах. Наука і освіта. 2016. №5. 40-45. DOI: <https://doi.org/10.24195/2414-4665-2016-5-5>
19. Романчук О. І. Психотравма та спричинені нею розлади: наслідки й сучасні підходи до терапії. Нейронews. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2012/1%2836%29/article-586/psihotravma-ta-sprichineni-neyu-rozladi-proyavi-naslidki-y-suchasni-pidhodi-do-terapiyi#gsc.tab=0> (дата звернення 15.12.2023).
20. Кривда Н. Ю. Колективна пам'ять як чинник формування групової ідентичності. Соціальна філософія та філософія права. 2019. № 41. С.60-76. URL: <https://doi.org/10.33989/2075-1443.2019.41.172940>
21. Лагутіна С, Суббота С. Особливості функціонування пам'яті під час травматичних подій. Психосоматична медицина та загальна практика. 24, Січень 2020. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/249> DOI: 10.26766/PMGP.V5I1.249

22. Князев В. Просторові уявлення та ПТСР. Українська асоціація нейропсихології. 2022. URL: <https://uanp.org.ua/prostorovi-uyavlennya-ta-ptsr/>
23. Бура І. Мозок людини обробляє травматичні спогади як теперішні переживання – дослідження. Українська правда. 2023. URL: <https://life.pravda.com.ua/society/2023/12/3/258071/>
24. Платинюк О.Б. Діагностика, корекція та профілактика неспсихотичних психічних розладів в учасників бойових дій, які одержали поранення : дис. ... доктора філософії за спец. 222. Харків, 2021. 158 с.
25. Макаренко О. М., Федосеева І. В. Гострі психологічні реакції людини на стресогенні події. Наукові записки. Том 47. 2005. Педагогічні, психологічні науки та соціальна робота. С. 45-48.
26. Пророк Н.В., Царенко Л.Г., Бойко С.Т. Адаптація, дезадаптація, розлади адаптації: питання термінології. Міжнародний науковий журнал «Грааль науки». № 9 (жовтень, 2021). С. 373-381.
27. ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС. ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД. ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ. КЛІНІЧНА НАСТАНОВА, ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗАХ. URL : [https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn\\_2024\\_ptsr.pdf](https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2024/07/kn_2024_ptsr.pdf)

**Додаток 1 до Розділу 3**  
**ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ**  
**«ГОСТРА РЕАКЦІЯ НА СТРЕС ТА ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ**  
**СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД»**

Додаток 2  
до Уніфікованого клінічного  
протоколу медичної допомоги  
«Гостра реакція на стрес.  
Посттравматичний стресовий розлад.  
Порушення адаптації»

Статистичні дані свідчать, що 50-65% людей впродовж життя зазнають впливу як мінімум однієї травматичної події, а багато зазнають впливу двох і більше подій, таких як значна катастрофа, війни, сексуальне або фізичне насилля, дорожньо транспортна пригода, тортури тощо, які пов'язані з загрозою для власного життя (або життя іншої людини) і обумовили сильний страх, безпорадність або жах.

Психологічні реакції на стресогенну подію виникають у всіх людей, але можуть відрізнятися за силою вираженості і наслідкам для загального стану. В медичній практиці виділяють гостру реакцію на стрес (ГРС) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Основна відмінність між ГРС і ПТСР – це час, що минув з моменту травматичної події. ГРС діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць.

Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяці. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців та більше після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом.

За даними літератури, частота розвитку ПТСР становить 10-15% серед осіб, які зазнали впливу травматичних подій. Діти, підлітки, люди похилого віку більш вразливі до появи психопатологічних реакцій на стрес. У жінок частота ПТСР в середньому в 2 рази вища, ніж у чоловіків.

Важливо враховувати, що клінічні прояви ПТСР вкрай різноманітні і з часом можуть змінюватися. Перебіг ПТСР хвилеподібний.

*Характерним є:*

- *повторне переживання* – нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмарні сновидіння; інтенсивні психологічні страждання або такі реакції організму, як пітливість, прискорене серцебиття й паніка при зіткненні із нагадуванням про травмуючу подію;

- *уникнення й емоційне заціпеніння* – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; втрата інтересу до діяльності, яка у минулому приносила радість, відсторонення або відчуження від інших, обмеження емоційної реакції (наприклад: нездатність відчувати радість або щастя);

- *перезбудження* – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість.

Може виникати невмотивована агресія, спрямована на випадкових людей, а часто на рідних і близьких. Незрозуміле почуття провини (не виконав місію; не врятував; мав би зараз бути там), почуття недовіри та зради, а також «несправедливості долі»; відчуття відсутності майбутнього тощо. Іноді людина не помічає своїх змін, проте це помічають інші. Оточуючі можуть сприймати людину з ПТСР як таку, яку «підмінили».

Часто люди, в яких є ПТСР, побоюються говорити про свої проблеми – бояться стигматизації по причині звернення за психіатричною допомогою, відчувають сором, намагаються подолати прояви розладу самостійно. Нажаль, часто це відбувається за допомогою алкогольних напоїв та наркотичних препаратів, що ще більше посилює прогресування ПТСР.

*Необхідно знати, що ПТСР – це медична проблема, що охоплює людину в цілому – фізично, психічно, емоційно та духовно.* Якщо Ви або Ваші близькі зазнали впливу психотравмуючої події та відчуваєте описані вище прояви, дуже важливо вчасно звернутись по допомогу до лікаря. Говорити про свою проблему – значить зробити перший крок на шляху до одужання. Вчасно призначене лікування, яке включає психологічну допомогу і, у разі необхідності, призначення медикаментозних препаратів зменшить страждання і покращить самопочуття, створить умови для повернення доповноцінного життя. Лікування можливе на всіх етапах, але ефективність його більша, якщо призначити його відразу після появи перших симптомів.

Для одужання важливе значення має розуміння того, що процес лікування потребує певного часу і зусиль як від особи з ПТСР, так і від його оточення. Підтримка з боку близьких дуже важлива. Важливе значення має особиста участь пацієнта з ПТСР та членів сім'ї в плануванні лікування – активне обговорення лікувальних втручань та усвідомлене прийняття рішень. Індивідуально підібране лікування прискорює одужання.

Важливо враховувати досвід інших країн щодо ефективності використання психологічного лікування ПТСР, зокрема, проведення травмофокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії. Розмови про травму – це шлях до одужання. Кількість сеансів визначається лікарем індивідуально. Важливо не уникати цього виду лікування.

Медикаментозна терапія також призначається індивідуально, у разі потреби. Особливої уваги потребує лікування супутньої депресії. Лікування депресії, що виникла вперше, може призначити дільничний терапевт або сімейний лікар. Використовують переважно антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Ці препарати, здебільшого, добре переносяться, не викликають залежності та звикання.

Потрібно знати, що терапевтичний ефект від препаратів цієї групи настає поступово, переважно, проходить 2-3 тижні до виникнення позитивних змін, тому дуже важливо дотримуватись рекомендацій лікаря щодо режиму прийому препарату, його дози та тривалості курсу лікування і не відмінити препарати самостійно.

Медикаментозного лікування потребують розлади сну і кошмарні сновидіння. Проте призначення має зробити лікар. Не можна приймати препарати за порадою знайомих і родичів, оскільки це може призвести до залежності від них і погіршити перебіг ПТСР.

З самого початку лікування необхідно зосередити увагу на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Наявність симптомів ПТСР не повинна бути перешкодою для професійної та соціальної активності. Досвід військових психологів свідчить, що ПТСР рідко розвивається у людей, які досить швидко включилися в життя соціуму (робота, сім'я, друзі, хобі тощо).

Важливо не уникати участі в програмах психологічної, соціальної та фізичної реабілітації, музикотерапії тощо (при їх наявності). Корисним є опанування психологічними техніками управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо), навчитись відволікатись на позитивні спогади.

Позитивний вплив музики на психологічний стан людини відомий давно і широко використовується в медицині. Щоденне прослуховування класичної, народної музики – тієї, яка викликає позитивні емоції – теж шлях до одужання. Хороший ефект мають медитаційні техніки у поєднанні з музикою.

Важливо дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю.

### *Поради, які можуть допомогти вийти зі стану стресу*

1. Антистресове дихання. Повільно виконуйте глибокий вдих через ніс; на висоті вдиху на мить затримайте дихання, після чого зробіть видих як можна повільніше. Це заспокійливе дихання. Воно полягає у відносному вкороченні вдиху, подовженні видиху і паузи після нього. Постарайтеся уявити собі, що з кожним глибоким вдихом і тривалим видихом Ви частково позбавляєтеся від стресового напруження.

2. Хвилинна релаксація. Розслабте куточки рота, зволожите губи.

Розслабте плечі.

3. Випийте води невеликими ковтками.

4. Якщо є можливість, вийдіть з приміщення, пройдіться, ритмічно дихайте й обов'язково подовжуйте видих: два кроки - вдих, три кроки - видих, пауза.

5. Увімкніть заспокійливу музику, ту, яку Ви любите, якщо є можливість.

6. Поговоріть на яку-небудь абстрактну тему з будь-якою людиною, яка знаходиться поруч. Якщо ж поруч нікого немає, зателефонуйте друзям чи рідним. Це відволікаюча дія, яка здійснюється "тут і зараз" і покликана витіснити з вашої свідомості внутрішній діалог, наповнений стресом.

6. Важливо враховувати, що співпраця з лікарем та активна участь у лікуванні значно підвищує вірогідність одужання.

**Посттравматичний стресовий розлад можна вилікувати!**

### **Додаток 2 до Розділу 3**

#### **ФОРМАЛІЗОВАНЕ ПСИХОДІАГНОСТИЧНЕ ІНТЕРВ'Ю З КОМБАТАНТАМИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЙМОВІРНОСТІ ПТСР**

1. Скільки часу ви перебували в районі бойових дій?

а) до 3місяців;

б) до пів року;

в) більше ніж пів року.

2. Чи є у вас нагороди за участь у бойових діях?

а) так;

б) ні.

3. Як ви ставитеся до свого бойового досвіду? Чи був він для вас корисний і необхідний?

а) ставлення позитивне (цінує свій бойовий досвід, пишається ним, розуміє його важливість тощо);

б) ставлення байдуже («що є цей досвід, що його немає – однаково»);

в) ставлення негативне;

г) уникання відповіді як і уникання всього, що пов'язане з бойовим досвідом.

4. Як ставляться до вашого бойового досвіду люди, що оточують вас?

а) з повагою (позитивно);

б) байдуже;

в) негативно.

5. Яку оцінку вашого бойового досвіду ви найчастіше чуєте?

а) позитивну;

б) байдужу;

в) негативну.

6. Чи готове суспільство по-справжньому зрозуміти й оцінити людей, які повернулися з війни?

а) готове (чи близьке до цього);

б) важко оцінити;

в) не готове.

Якщо не готове, то які, на ваш погляд, причини цього?

7. Чи є у вас поранення, контузії?

а) немає;

б) є.

(Це запитання може бути зайвим, якщо чітко видно ознаки інвалідності ветерана).

8. Чи доводилося вам втрачати на війні близьких товаришів чи добре знайомих вам людей?

а) не доводилося;

б) доводилося.

9. Чи доводилося вам відчувати справжній страх за своє життя? Чи можете ви докладніше розповісти, з якими подіями чи обставинами це було пов'язано?

Якщо ветеран докладно описує якийсь епізод (подію), необхідно спробувати оцінити силу й інтенсивність впливу на цю людину в тій ситуації можливих психогенних чинників, які описано раніше, їхню кількість у загальній картині психологічної травматизації і міру впливу на цю людину. Особливу увагу треба звернути на невербальні реакції (тремтіння рук, губ, сльози, зміна кольору шкіри обличчя тощо).

10. Яке найсильніше враження ви винесли з війни?

Змістовна частина відповіді на це запитання дає змогу оцінити, наскільки конкретна людина має конструктивний потенціал до розв'язання проблем. Тобто, важливо визначити, наскільки ці враження здатні генерувати у ветерана песимізм і спричинити стан депресії (чи навпаки).

11. Чи часто ви у своїх спогадах звертаєтеся саме до цих вражень чи згадуєте щось інше? Чи можете розповісти, що саме?

12. Чи, на вашу думку, після участі в бойових діях ви змінилися?

Які ці зміни?

13. З якими труднощами ви зіткнулися після повернення з району бойових дій? Чи було це повернення безболісним чи виникли проблеми? Якщо «так», то які саме?

Зверніть увагу на зміст проблем, які були чи є тепер, і які можуть свідчити про ті чи ті конкретні симптоми ПТСР.

14. Які, на ваш погляд, причини виникнення цих проблем?

Можлива рефлексія (усвідомлення) певних психологічних проблем.

15. Які проблеми ви маєте тепер?

16. Чи є у вас можливість спілкуватися зі своїми бойовими побратимами чи просто з тими людьми, які, як і ви, брали участь у бойових діях цієї війни чи іншого воєнного конфлікту?

а) є можливість спілкуватися з бойовими побратимами і ви це робите;

б) є можливість спілкуватися з людьми, які пройшли війну;

в) можливості такого спілкування немає;

г) свідоме чи несвідоме уникнення такого спілкування, навіть за наявності потенційної можливості.

17. Чи хотіли б ви мати можливість спілкуватися з людьми, яким довелося пережити на війні те саме, що й вам?



На завершальному етапі інтерв'ю необхідно вибудувати й узгодити зі співрозмовником перспективу подальшої роботи, зокрема, участь у групі підтримки і взаємодопомоги.

## ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Результати інтерв'ю за умови відповідного опрацювання й інтерпретації дають змогу оцінити ступінь виявлення в людини тих чи тих посттравматичних стресових явищ.

Підраховуються бали з питань 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 16:

- а) – 0 балів;
- б) – 1 бал;
- в) – 2 бали;
- г) – 3 бали.

Після підрахунку балів залежно від отриманої суми можна приблизно оцінити ступінь вираження посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Тобто що більша сума балів, то більше виражена негативна тенденція щодо ПТСР.

Одержані значення можна диференціювати за такими категоріями:

- 14–17 балів – висока ймовірність ПТСР;
- 10–16 балів – значна ймовірність ПТСР;
- 8–9 балів – незначна ймовірність вираження ПТСР;
- 4–7 балів – незначна ймовірність ПТСР.

## Додаток 3 до Розділу 3

### Стратегії психологічної роботи з травмами війни різних авторів

I. Міссмалъ (засновниця IPSOgGmbHInternational Psychosocial Organisation, 2008 р.), ділячись досвідом психотерапевтичної допомоги мешканцям Афганістану (які живуть тривалий час в умовах війни), *виокремлює такі спільні характеристики усіх постраждалих під час бойових дій:*

- відсутність почуттів (нічого не відчують);
- не пам'ятають навіть найменшого позитивного епізоду зі свого життя;
- страх за своє життя; відчуття безпомічності;
- думки про те, що життя закінчилось;
- скарги на втому, виснаження.

Вона рекомендує індивідуальну психотерапію для роботи з ПТСР. Найбільш дієвим методом називає розповідь історії свого життя (минуле, яким було життя до травми, що відбулось під час травми, що хвилює тепер).

*Мета психотерапії при ПТСР, за І. Міссмаль, – допомогти зрозуміти, що треба самому зробити для того, щоб змінити ситуацію в якийсь небезпечний момент.*

### **Завдання психологічної допомоги:**

- 1) знайти ресурси людини;
- 2) допомогти їй усвідомити сенс життя;
- 3) допомогти людині взяти ситуацію у свої руки.

*Для цього І. Міссмаль рекомендує:*

- дати доступ до почуттів,
- спонукати людину до пошуку рішень, виходу із ситуації (дати можливість клієнту відчувати, що він може щось робити, змінювати, – це зніме відчуття безсилля),
- якщо клієнт побачить, що психологуважко говорити про травму, він може взагалі закритись,
- не можна змушувати говорити про травму (доречними будуть такі фрази: «Я думаю, – те, що ви пережили, – це жахливо», «Я думаю, що я достатньо сильна, щоб вислухати те, що ви мені розкажете», «Якщо ви вважаєте, що ще рано про це говорити, ми можемо повернутись до цього пізніше»).

І. Міссмаль зазначає, що існують такі типи переживання людьми травм:

- а) негативні симптоми щезають через невеликий проміжок часу;
- б) наявний цілий комплекс симптомів, які зберігаються тривалий час (тоді говорять про те, що людина травматизована).

*Характерними ознаками травматизованих людей є:*

- спогади про травмуючу подію, ситуацію, що виникають несподівано, тягнуть за собою усі почуття, що виникали на той момент, відчуття безпомічності. При цьому людина не розрізняє «тоді» і «зараз», це так звані «флеш-беки». Людині не вдається контролювати їх появу, це викликає почуття постійного неспокою, збудження;
- виставляння меж: заперечують свої почуття, уникають людей, соціально ізолюються, ні з ким про травму не говорять.

### **5 кроків у стратегії психотерапевтичної допомоги, за Н. Пезешкіаном**

1. *Спостереження / дистанціювання:* допомога у баченні всієї картини конфлікту (а не лише його частини), і разом з тим її сенсу, змісту (т. б. бачення проблеми на відстані).

2. *Інвентаризація*: розставлення терапевтичних акцентів, з'ясування механізмів реакції на конфлікти.

3. *Ситуативне підбадьорення*: розвиток здатності виділяти малоконфліктні складові і позитивні аспекти симптоматики.

4. *Вербалізація*: розвиток здатності цілеспрямовано звертатись до не пережитих до кінця подій та конфліктів.

5. *Розширення системи цілей*: розвиток здатності вкладати енергію не лише у проблеми, але і в інші життєві сфери.

### **У психотерапії учасників бойових дій з ПТСР етапи та зміст роботи можуть бути такими**

1. *Спостереження / дистанціювання* (мета – з'ясувати основні симптоми, актуалізувати спогади про минуле з тим, щоб надалі створити цілісну картину життя клієнта, знайти внутрішні ресурсні частини особистості клієнта, вселити надію на видужання та реабілітацію).

*Встановлення контакту з клієнтом.*

- Розкажіть про себе (хто ви, звідки, чим займались раніше, чи є у вас рідні, близькі люди).

- Що з вами трапилось, що ви потрапили у госпіталь? Як ви себе почуваете зараз? Скільки часу ви вже тут?

- Що ви думаєте, відчуваєте, перебуваючи тут? Що вас турбує?

- Хто і що сьогодні допомагає вам триматись, боротись зі своєю недугою?

- Що ви знаєте про життя людей, які мають такі ж травми, як у вас, такий самий діагноз?

Важливо навести пацієнту приклади відновлення людей після схожого досвіду, схожих поранень, приклади адаптованого у соціумі життя людей-інвалідів і т.д.

2. *Інвентаризація* (мета – з'ясувати психосоціальну ситуацію клієнта, сприяти формуванню цілісної картини його життя в його свідомості, виділити ті позитивні аспекти, яких він набув/пізнав/відкрив для себе, перебуваючи у зоні бойових дій).

- Як вплинуло ваше перебування у зоні бойових дій на ваше загальне благополуччя? ... на професійну діяльність? ... на вашу сім'ю, інші міжособистісні стосунки? ... ваші плани на майбутнє?

- Яка ваша життєва філософія? У що ви вірите?

3. *Ситуативне підбадьорення* (мета – сприяти формуванню цілісної картини життя клієнта у його свідомості, знаходженню сенсу пережитого досвіду).

- Як вам вдавалось долати труднощі, які взагалі вам траплялись на вашому життєвому шляху?

- Що вам допомагало там, у зоні АТО?

- Як вам вдалось вижити?

4. *Вербалізація* (мета – пропрацювати травмуючий досвід, зняти відчуття безнадії та безсилля, сприяти усвідомленню клієнтом того, що він може впливати на своє життя).

- Як ви потрапили у зону бойових дій?

- Що відбувалось там?

- Якою була ваша роль?

- Які ситуації були для вас найскладнішими?

- Як часто ці ситуації пригадуються вам? Що ви при цьому відчуваєте, переживаєте, думаєте?

- Що б ви порадили тим молодим хлопцям, котрі повернулись із зони бойових дій з важкими психологічними травмами і вважають, що життя для них уже закінчилось. Що можна зробити у їх ситуації, щоб жити далі?

- Що вам потрібно для того, щоб полегшити ваш стан (фізичний, психологічний)? Що можна для цього зробити? Що залежить суто від вас? Хто і яку допомогу може вам надати?

*Доцільно проводити інтервенції по роботі з основними симптомами: зі страхом, сновидіннями, навчати технікам прогресивної м'язевої релаксації.*

5. *Розширення системи цілей* (мета – сприяти формуванню цілісної картини життя через проектування власного майбутнього та включення до цієї картини травмуючого досвіду).

- Про що ви мріяли раніше?

- У чому ви бачите сенс свого життя?

Яким чином, отримавши такий важкий досвід у зоні бойових дій, ви можете реалізовувати своє призначення у світі? Яку мудрість із свого досвіду ви можете винести для подальшого свого життя?

- Чим ви могли б надалі займатись?

- Які ваші знання, вміння, навички, якості характеру, здібності можуть вам допомогти у цьому?

- На чію допомогу ви можете розраховувати?

- Чи знаєте ви де можна знайти підтримку різного виду у випадку необхідності?

- Що будете надалі розцінювати як свої досягнення, успіхи?

Кожен з описаних етапів – окрема зустріч з клієнтом, в залежності від індивідуальних особливостей клієнтів четвертому етапу може бути відведено дві і більше зустрічей. Такі етапи і зміст роботи можуть застосовуватись як в індивідуальній, так і груповій психотерапії ПТСР.

### **Додаток 4 до Розділу 3**

#### **ПЕРЕЛІК**

#### **методів психотерапії з доведеною ефективністю**

**ЗАТВЕРДЖЕНО**  
Наказ Міністерства  
охорони здоров'я України  
13 грудня 2023 року № 2118

<b>Назва методу</b>	<b>Застосування</b>
<b>1</b>	<b>2</b>

<p><b>Арт-терапія (у тому числі музична терапія та інші методики, базовані на арт-терапії)</b></p>	<p>(F32) Депресивний епізод; (F34.1) Дистимія; (F41) Інші тривожні розлади; (F60-F69) Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади; (F84.0) Дитячий аутизм; (F43) Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.</p>
<p><b>Гештальт терапія</b></p>	<p>(F32) Депресивний епізод; (F34.1) Дистимія; (F41) Інші тривожні розлади; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.</p>
<p><b>Десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR)</b></p>	<p>(F43) Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації; (F40) Фобійні тривожні розлади; (F41) Інші тривожні розлади; (F32) Депресивний епізод; (F33) Рекурентні депресивні розлади; (F44) Дисоціативні [конверсійні] розлади; (F42) Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР); (F45.1) Соматичні симптоматичні розлади. Розлад соматичних симптомів:</p>
<p><b>Діалектично-поведінкова терапія</b></p>	<p>(F40) Фобійні тривожні розлади; (F41) Інші тривожні розлади; (F42) Обсесивно-компульсивний розлад; (F32) Депресивний епізод; (F34.1) Дистимія; (F44) Дисоціативні [конверсійні] розлади; (F60.3) Емоційно нестабільні розлади особистості; (F91) Розлади поведінки; (F92) Змішані розлади поведінки та емоцій; (F93) Розлади емоцій, початок яких специфічний для дитячого віку; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.</p>
<p><b>Емоційно фокусована терапія</b></p>	<p>(F32) Депресивний епізод; (F43.1) Посттравматичний стресовий розлад; (F41) Інші тривожні розлади; (F50) Розлади, пов'язані із споживанням їжі; (F60.6) Тривожні розлади особистості (F54); сексуальні дисфункції, не обумовлені органічним порушеннями або хворобами (F32.0) Легкий[en] депресивний епізод (F32.1) Помірний депресивний епізод; Складні</p>

	життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Інтерперсональна терапія (ІРТ) (у тому числі й інтервенції та методики базовані на ІРТ)</b>	(F32) Депресивний епізод; (F33) Рекурентні депресивні розлади; (F34.1) Дистимія; F90-F98 Розлади поведінки та емоцій, які починаються здебільшого в дитячому та підлітковому віці; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Клієнт-центрована терапія / особистісно-центрована терапія</b>	(F32) Депресивний епізод (F41) Інші тривожні розлади (F60-F69) Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади (F45) Соматоформні розлади; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Когнітивно-поведінкова терапія (у тому числі, травмо-фокусована КПТ, нарративно-експозиційна терапія, когнітивно-процесуальна терапія, когнітивна терапія, пролонгована експозиція та інші інтервенції та методики базовані на КПТ)</b>	Психічні та поведінкові розлади: (F07) Розлади особистості та поведінки внаслідок хвороби, ушкодження та дисфункції головного мозку; (F07.2) Постконтузійний [посттравматичний] синдром; (F10-F19) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; (F20-F29) Шизофренія, шизотипові стани та маячні розлади; (F30-F39) Розлади настрою [афективні розлади]; (F40-F48) Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади; (F50-F59) Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами; (F60-F69) Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади; (F90-F98) Розлади поведінки та емоцій, які починаються здебільшого в дитячому та підлітковому віці; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Логотерапія та екзистенційний аналіз екзистенційна терапія</b>	(F10 - F19) Психічні та поведінкові розлади: Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; (F20-F29) Шизофренія, шизотипові стани та маячні розлади; (F30-F39) Розлади настрою (афективні розлади); (F32) Депресивний епізод; (F33) Рекурентний

	депресивний розлад; (F34.0) Циклотимія; (F34.1) Дистимія; (F40-F49) Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади; (F50-F59) Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами; (F50) Розлади прийому їжі; (F60-F69) Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Майндфулнес-базований підхід (у тому числі зниження стресу на основі майндфулнес (MBSR) та майндфулнес-базована когнітивна терапія (МВСТ)</b>	(F32) Депресивний епізод; (F34.1) Дистимія; (F41) Інші тривожні розлади; (F43) Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації; (F45.4) Стійкі соматоформні больові розлади; (F44) Дисоціативні розлади; (F51.0) Інсомнія неорганічного генезу; (F60.3) Емоційно нестабільні розлади особистості; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Мотиваційна терапія (у тому числі, мотиваційне інтерв'ю, мотиваційне консультування та методи, базовані на мотиваційному інтерв'ю)</b>	(F10-F19) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; (F32) Депресивний епізод; (F34.1) Дистимія; (F41) Інші тривожні розлади; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Наративна терапія</b>	Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Нейро-лінгвістична психотерапія (у тому числі Еріксонівська гіпнотерапія та інші методи базовані на навіюванні та гіпнозі)</b>	(F34.1) Дистимія; (F41) Інші тривожні розлади; (F45) Соматоформні розлади; (F52) Сексуальні розлади, не обумовлені органічними порушеннями або хворобами; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Позитивна психотерапія (ППТ за Пезешкіаном)</b>	(F10-F19) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; (F30-F39) Розлади настрою [афективні розлади]; (F40-F48)



	Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади; (F50-F59) Поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними розладами та фізичними факторами; (F60-F69) Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Протокол реконсолідації травматичної пам'яті</b>	(F43) Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації, (F07.2) Постконтузійний [посттравматичний] синдром;
<b>Психодинамічний підхід (психоаналітична терапія, у тому числі трансфер-фокусована психотерапія)</b>	(F10-F19) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; (F32) Депресивний епізод; (F41) Інші тривожні розлади (окрім F41.1); (F44) Дисоціативні [конверсійні] розлади; (F45) Соматоформні розлади; (F48) Інші невротичні розлади; (F50) Розлади, пов'язані із споживанням їжі; (F52) Сексуальні розлади, не обумовлені органічними порушеннями або хворобами; (F60-F69) Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади; F90-F98 Розлади поведінки та емоцій, які починаються здебільшого в дитячому та підлітковому віці; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Психодраматична терапія</b>	(F32) Депресивний епізод; (F41) Інші тривожні розлади; (F43) Реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації; (F50) Розлади, пов'язані із споживанням їжі; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Символдрама / Кататимно-імагінативна психотерапія</b>	Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Системна сімейна психотерапія</b>	(F10-F19) Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; (F32) Депресивний епізод; (F34.1) Дистимія; (F41) Інші тривожні розлади; Складні життєві обставини

	(СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Схема терапія</b>	(F32) Депресивний епізод; (F33) Рекурентні депресивні розлади; (F50) Розлади, пов'язані із споживанням їжі; (F60-F69) Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади; (F41) Інші тривожні розлади; (F42) Обсесивно-компульсивний розлад; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Танце-рухова терапія</b>	(F00) Деменція при хворобі Альцгеймера; (F01) Васкулярна [судинна] деменція; (F02) Деменція при інших хворобах, класифікованих в інших рубриках; (F03) Неуточнена деменція; (F32) Депресивний епізод; (F34.1) Дистимія; (F41) Інші тривожні розлади; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Терапія базована на менталізації</b>	(F60-F69) Розлади зрілої особистості та поведінкові розлади
<b>Терапія прийняття та зобов'язання (АСТ) (у тому числі й інтервенції та методики базовані на АСТ)</b>	Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.
<b>Транзакційний аналіз</b>	(F10-F19) Розлади психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; (F41.2) Змішаний тривожно-депресивний розлад; Складні життєві обставини (СЖО); Інші проблеми психічного здоров'я, які не відповідають критеріям психічних та поведінкових розладів.

## **РОЗДІЛ 4. МОДЕЛІ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ВЕТЕРАНІВ ТА ВЕТЕРАНОК В СВІТІ ТА В УКРАЇНІ**

### **4.1. Іноземний досвід організації психореабілітації ветеранів/ветеранок**

Після повномасштабного підступного вторгнення військ російської федерації на територію України, в перші ж дні десятки тисяч чоловіків і жінок вступили до лав армії і взяли зброю в руки, готуючись дати відсіч і вступити в бої з загарбниками.

Цей подвиг українців та українок зупинив агресорів і зруйнував плани швидкого і безболісного захоплення нашої країни. Після року бойових дій

кількість осіб, які прийняли і продовжують приймати участь в захисті Батьківщини, становить біля мільйона осіб.

Участь у бойових діях завжди має свою «ціну»: у світі, за статистикою, в перші дні проведення бойових дій, бойову психічну та психотравму отримують 60–65 % військовослужбовців. Зміна психічного і психологічного стану військовослужбовців після участі в бойових діях може статись через бойовий стрес, бойову втому та в разі розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), як наслідок отримання бойових психотравм.

Досвід, який отримали та отримують Захисника і Захисниці України – є жахливим, з точки зору руйнування всіх соціальних та більшості моральних кордонів і зустрічі з трагічним інформаційним матеріалом вражень на полі бою. Але, в той же час, цей досвід є і унікальним для кожного учасника та учасниці бойових дій, потребує осмислення та екологічного опрацювання, зцілення внутрішніх травм та «вбудовування» цього масиву вражень, як елементу, в цілісну систему людської пам'яті. Щоб через певний час людина ідентифікувала цю сукупність подій (участь в бойових діях) частиною власного життєвого досвіду, продовжуючи жити далі з фокусом уваги на своєму сьогодні, а не була «захоплена» враженнями та травмами, які принесла з війни з собою, в мирне цивільне життя, в свою родину, в своє соціальне коло.

Для того, щоби розробити оптимальні та ефективні програми психореабілітації для учасників/учасниць бойових дій, варто дослідити досвід надання психологічної допомоги цій категорії отримувачів послуг в інших країнах.

### **Наукові підходи до реабілітації військовослужбовців**

Підходи	Іх зміст
Акмеологічний	Реабілітація пов'язана з необхідністю адаптації військовослужбовців до нового соціального середовища
Військово-психологічний	Орієнтований на відновлення психічного здоров'я людини післядіяльності в екстремальних умовах
Загально-психологічний	Розглядає реабілітацію як відновлення психічної рівноваги і комплексу психічних реакцій, адекватних вимогам навколишнього середовища
Медичний	Спрямований на відновлення соматичного здоров'я і працездатності людини

Компенсаційний	Передбачає надання допомоги військовослужбовцям у виділенні компенсацій, надання різного роду пільг
Комплексний	Передбачає перетворення військовослужбовців на суб'єкт соціальної реабілітації, який приймає участь у власній ресоціалізації
Мульти-дисциплінарний	Дає змогу цілісно вирішувати комплекс медичних, соціальних, психологічних, педагогічних, юридичних проблем військовослужбовців; ґрунтується на командній співпраці соціальних працівників, медиків, психологів, волонтерів
Системний	Система медичної реабілітації військовослужбовців є емпірична, штучна (створена людиною), відкрита, постійна, динамічна соціальна система; є підсистемою системи медичної допомоги
Соціально-психологічний	Представляє реабілітацію як відновлення системи взаємин військовослужбовця, який проходить реабілітацію, і соціального середовища

### Досвід Сполучених Штатів Америки

В американській армії під час другої світової війни госпіталі для видужуючих входили до складу лікувальних установ армії. Так, у відділеннях для одужуючих поранені та хворі проходили комплексну терапію у поєднанні з фізичним тренуванням. Причому «усі поранені й хворі перебували на казарменому положенні».

Цікавий досвід надання реабілітаційної допомоги військовослужбовцям з проявами БСР і бойового стомлення (БС) (combat (battle) fatigue), яка передбачає поетапну систему.

*Перший етап* передбачає надання допомоги на місці, враховуючи принципи негайності і наближеності.

Додатково перший ешелон може включати підтримку та реабілітацію потерпілих, які звернулися по команді. Якщо заходи на першому етапі виявилися недостатніми, постраждалого відправляють через сортувальний пункт на другий етап, представлений Центром управління бойовим стресом (Battle stress management center), в якому працює спеціально підготовлений персонал психіатричного профілю. Зазвичай він розташований на деякій відстані від лінії фронту (приблизно в 2–4-х милях), в безпечній зоні. На цьому етапі в результаті скринінгового обстеження відбираються військові з ознаками БС і БСР.

Прикладом організації роботи такого лікувального закладу може бути 528 Центр бойового стресу (Combat Stress Center) армії США, організований на час ведення бойових дій у Перській затоці. У ньому протягом 6 місяців працював персонал у складі 38 чоловік, які оглянули і надали допомогу 514 пацієнтам. Всього у війні в Перській затоці брало участь приблизно 650000 солдатів і офіцерів США. На випадок загострення конфлікту і різкого збільшення потоку постраждалих передбачена система посилення персоналу Центрів кадрами досвідчених психіатрів з тилкових районів. Наприклад, невідкладна психіатрична допомога була потрібна персоналу 71 Рятувальної ескадрильї ВПС США, в якій в результаті вибуху бомби в Саудівській Аравії в 1995 році 5 осіб загинуло, 19 були поранені. Протягом найближчих 2 днів після вибуху приблизно 100 чоловік персоналу психіатричної клініки авіабази ВПС Patrick, Флорида, були терміново перекинуті в Саудівську Аравію і надавали допомогу 100 постраждалим авіабази. Під час проведення бойової операції основний потік потерпілих припадає на перший місяць роботи.

У даний час в армії США активно діють 160 тисяч психологів та реабілітологів, розподілених по військовим підрозділам аж до самих передових позицій. Кожен з них має під своєю опікою від 12 до 16 осіб, причому не тільки солдат, а й обслуговуючий персонал. Психологи і реабілітологи орієнтовані, насамперед, на надання консультативної та первинної навчально-психологічної допомоги. У США розроблені різні рекомендації військовому командуванню щодо адаптації та реабілітації військовослужбовців на різних етапах. Виведені війська потребують соціальної та психологічної підтримки, а військовослужбовцям, які повертаються додому, слід організувати теплий прийом, суть якого базується на таких трьох складових, як ентузіазм, прощення, турбота.

Попередня оцінка і самооцінка психологічного стану солдата, офіцера і первинна допомога (порадою, бесідою, консультацією психолога, капелана – військового священика, командира) повинна проводитися відразу після бою на «післябойових оглядах». В ідеалі такий огляд допомагає військовослужбовцю розібратися в своїх настроях та переживаннях, зібратися з думками, проаналізувати події, які відбулися у ході бою і після нього. Якщо цього не зробити, і не спостерігати за військовослужбовцями, то у них почнуться психічні зрушення, зміниться особистість. У США всі ті, хто пройшли В'єтнамську війну, знаходяться на обліку в 150–170 спеціалізованих клініках.

## Досвід Хорватії

Країна пройшла Війну за незалежність у 1991-1995 роках, у якій взяло участь майже все доросле чоловіче населення, була оборонною війною за незалежність і цілісність хорватської держави проти агресії об'єднаних великосербських сил — сербських екстремістів у Хорватії, союзної Югославської Народної Армії та Сербії і Чорногорії.

Тому Хорватія має значний досвід реінтеграції військових до мирного життя, підтримки їхніх родин, а також роботи із постраждалим цивільним населенням.

Майже з початку бойових дій хорвати почали складати Реєстр хорватських оборонців, до якого вносили загиблих, полонених, пропалих безвісти. Вже після завершення бойових дій згаданий Реєстр став наріжним каменем реалізації політики Республіки Хорватія у сфері турботи про учасників війни.

Відповідно до записів Реєстру хорватських ветеранів, у війні брали участь 506 133 хорватські ветерани, включаючи бойові та небойові сектори. Ветерани становлять близько 10% від загальної кількості населення Республіки Хорватія. Станом на 2020-й рік на обліку перебувало 426 956 ветеранів війни, що у чотиримільйонній країні складає значний відсоток. Організації та об'єднання ветеранів мають важливий вплив на суспільні та політичні рішення країни.

Міністерство ветеранів Хорватії створювало ветеранські центри – установи, які надають комплексну послугу догляду захисникам та постраждалим внаслідок війни. Такі резиденційно-реабілітаційні центри, у яких постійно або тимчасово розміщені ветерани, включали також консультації, семінари, курси для професійної діяльності, психосоціальну підтримку, фізичну реабілітацію, освітню та трудову терапію, фізичну підготовку, спорт, відпочинок.

Ветеранською політикою в Хорватії опікується Міністерство у справах ветеранів Хорватії. В його складі існують центри психосоціальної підтримки та регіональні управління Міністерства. Власне, ці складові структури надають допомогу з питань реабілітації.

Хорватські ветерани, члени їхніх родин, які потребують консультації, професійної, юридичної та психосоціальної допомоги та підтримки, можуть звернутися до регіонального управління Міністерства чи центру психосоціальної підтримки у своєму окрузі. Ці установи або надають допомогу безпосередньо (у деяких центрах працюють лікарі, психіатри або інші експерти в галузі соціальних і гуманітарних наук), або шляхом залучення зовнішніх експертів (психологів, юристів і соціальних працівників).

*Ветерани й ветеранки в Хорватії мають право на:*

1) *Охорону здоров'я поза стандартом обов'язкового медичного страхування.* Тобто отримання додаткових послуг за умови, що хвороба, поранення чи травма є прямим наслідком участі у Війні за незалежність Хорватії.

2) *Медичну реабілітацію*

Ветеран/ветеранка має право на щорічну медичну реабілітацію, а ветеран/ветеранка з інвалідністю – на медичну реабілітацію двічі на рік. Щоб скористатися своїм правом, ветеран/ветеранка у встановленому порядку звертається із заявою до міністерства. Рішення про право на госпітальну медичну реабілітацію приймає міністр у справах ветеранів Хорватії на підставі висновку міністерського Комітету з затвердження права на госпітальну медичну реабілітацію та фізіотерапію. Реабілітація здійснюється в закладах охорони здоров'я Республіки Хорватія, з якими Міністерство хорватських ветеранів уклало Угоду про надання послуг госпітальної медичної реабілітації ветеранам та ветеранам з інвалідністю. Кожна загальна, регіональна чи клінічна лікарня в Республіці Хорватія призначає координатора для ветеранів.

3) *Ортопедичні та інші медичні засоби.*

Для придбання ортопедичних та інших медичних засобів, на заяву ветерана, подану до міністерства, погоджується співфінансування в межах суми, передбаченої Хорватським інститутом медичного страхування на зазначену медичну допомогу.

4) *Звільнення від участі у витратах на медичне обслуговування за обов'язковим страхуванням.*

Ветерани звільнені від участі у витратах на медичне обслуговування за обов'язковим страхуванням, Хорватський інститут медичного страхування видає їм спеціальну картку медичного страхування з позначкою «НВ».

5) *Лікування за кордоном*

При направленні ветерана/ветеранки на лікування за кордон, право на відшкодування частини витрат належить особі, яка супроводжує хорватського ветерана під час лікування за кордоном. Витрати, які покриваються, включають не лише транспортні витрати чи витрати на проживання, але й компенсацію за витрачену опалачувану відпустку на роботі.

6) *Лікування у барокамері*

Цим правом можуть скористатися ветерани з інвалідністю. Рішення про право на лікування в барокамері приймає міністр на підставі висновку Комітету з питань лікування ветеранів.

7) *Безкоштовні повні медичні огляди*

Хорватські ветерани мають право на безкоштовний профілактичний повний медичний огляд за умови, що вони брали участь у бойових діях при захисті суверенітету Республіки Хорватія більше 100 днів і перебувають у складній соціально-економічній ситуації та стані здоров'я. Обстеження включають лабораторні дослідження (аналіз крові та сечі); ЕКГ; рентген грудної



клітки; огляд лікаря-терапевта; УЗД черевної порожнини; УЗД передміхурової залози для чоловіків та гінекологічне обстеження жінок.

8) *Право на компенсацію різниці в ціні лікування та лікарських засобів із додаткового переліку лікарських засобів.* Рішення про реалізацію права приймає міністр. Право реалізовується за умови, що ветеран/ветеранка не має додаткового медичного страхування.

9) *Психологічну допомогу.*

Хорватські ветерани, які страждають на ПТСР та інші психічні розлади, можуть звернутися за допомогою до регіональних центрів психологічної травми та Національного центру психологічної травми.

### **Досвід Ізраїлю**

Ізраїль, як країна, що знаходиться у постійному стані конфлікту та воєнних дій, має широкий спектр програм та послуг, спрямованих на підтримку та реабілітацію своїх ветеранів. Визначено, що ізраїльська система складається з п'яти великих підрозділів: підрозділу діагностики, профілізації та профорієнтації; служби психологічної підтримки військовослужбовців; підрозділу з реабілітації та роботи з демобілізованими; служби підтримки цивільного населення за кризових ситуацій; служби роботи із сім'ями постраждалих.

Ізраїльські фахівці-психологи, психотерапевти, реабілітологи розробили ефективні методики, спрямовані на покращення як фізичного, так і психологічного стану ветеранів, допомогу у подоланні посттравматичного стресового розладу та інших психологічних проблем, що виникають після переживання бойового стресу.

Вивчення досвіду Ізраїлю щодо цього питання може допомогти Україні у розробці і вдосконаленні своєї системи надання допомоги військовослужбовцям, ветеранам та їх родинам.

### **Методологія «VISED»**

Ізраїль має багаторічний досвід у вирішенні цієї проблеми. Саме в цій країні чи не найкраща в світі організація психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам, і членам їхніх родин. Ще під час війни з Ліваном у 1982 році військові психологи застосовували певні принципи надання допомоги постраждалим (VISED). Для цього були створені так звані підрозділи відновлення боєздатності (Combat Fitness Retraining Unit), до складу яких входили психіатри, соціальні працівники, клінічні психологи, інструктори зі спорту та бойової підготовки. Важливою умовою було те, що лікарі і психологи, які надавали допомогу, мали бойовий досвід, що давало змогу встановити більш довірливі стосунки у процесі проведення терапії.

*Методологія «VISED» включала наступні принципи:*

*Валідація (Validation).* Цей принцип передбачає визнання та прийняття емоцій і досвіду постраждалих. Психолог створює безпечне середовище, де постраждалі можуть відкрито висловлювати свої почуття та переживання.

*Інформування (Information).* Цей принцип включає надання постраждалим чіткої та об'єктивної інформації про те, що сталося, причини подій та наслідки. Це допомагає розуміти контекст події та зменшує почуття невизначеності.

*Підтримка (Support)* – передбачає надання емоційної та практичної підтримки постраждалим. Психолог створює сприятливу атмосферу, де постраждалі можуть відчувати повне прийняття, отримувати допомогу та спілкуватися з іншими, які пережили подібні досвіди.

*Експресія (Expression).* Цей принцип сприяє вираженню емоцій та переживань. Постраждалі можуть вільно висловлювати свої почуття, які можуть включати страх, гнів, сум, горювання та інші. Психолог стимулює цю експресію, допомагає постраждалим знайти адекватні шляхи вираження свої емоції.

*Розробка (Development).* Цей принцип спрямований на саморозвиток постраждалих та допомогу їм знайти нові ресурси і стратегії для подолання травматичного досвіду. Психолог сприяє їхньому відновленню, забезпечує підтримку в розвитку нових навичок та ресурсів.

Порівняння підрозділів, в яких дотримувалися таких принципів (VISED), показало, що близько 60% військових змогли повернутися до виконання професійних обов'язків, на противагу 22% там, де цих принципів не дотримувалися. Крім того, частка розвитку ПТСР у військослужбовців, які переживали бойовий стрес, виявилася нижче на 30% (Hall D., 1996).

Сьогодні в Ізраїлі налічується понад 2500 фахових військових психологів. Але під час активізації військових дій на службу призиваються ще й резервісти. Тоді відповідність фахових спеціалістів із психологічного забезпечення стає приблизно такою: один фахівець на 70-90 військовослужбовців. Цікавим фактом є те, що військових психологів в Ізраїлі визначають як «офіцерів зі здоров'я душі», що значно знижує можливість спекуляції щодо психічної повноцінності військовослужбовців.

Ізраїльські військові психологи займаються і посткризовим тестуванням, яке проходять всі учасники бойових дій, і діагностикою бойової психічної травми та ПТСР. Підрозділ психологічної підтримки військовослужбовців займається поточною психологічною допомогою, яка спрямована і на розвиток стресостійкості особового складу, на формування його психологічної готовності до виконання службових і бойових завдань, і на надання психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їхніх сімей, що зазнали впливу екстремальних чинників службової діяльності.

На особливу увагу заслуговує ізраїльська реабілітаційна програма військовослужбовців після демобілізації, спрямована на те, щоб жоден борець не залишився наодинці навіть із незначною проблемою. Ця програма передбачає підготовку близьких і рідних демобілізованого до його повернення додому.

Діяльність підрозділу з реабілітації та роботи з демобілізованими спрямована на розроблення реабілітаційних програм, створення та/або підтримку спеціальних центрів анонімної допомоги, супровід військовослужбовців з інвалідністю, супровід бійців із бойовою психічною травмою, надання соціальної допомоги.

*Психореабілітація* – це процес, спрямований на відновлення психологічного благополуччя та підвищення якості життя осіб, які постраждали від воєнних травм або стресових ситуацій. Вона проводиться в декілька етапів:

1. Психореабілітаційний процес починається з оцінки психологічного стану та потреб особистості. Здійснюється діагностика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) або інших психологічних проблем, що виникли внаслідок воєнних дій.

2. На основі отриманих даних та потреб клієнта складається індивідуальний план його психореабілітації. При цьому враховуються особисті цілі, потреби та можливості кожної людини.

3. Психотерапевтична підтримка є одним із ключових елементів реабілітації. Це може бути індивідуальна, групова або сімейна терапія, спрямована на розуміння та перетворення негативних думок, емоцій та поведінки, пов'язаних з травматичними досвідами.

4. Основна мета психореабілітації полягає в тому, щоб допомогти особистості набути навичок та стратегій для кращого управління стресом і викликами, що виникають у повсякденному житті. Це потребує розвитку стресостійкості та може включати аутогенне тренування, релаксацію, дихальні вправи, навчання навичкам саморегуляції тощо.

5. Важливою складовою психореабілітації є створення сприятливого соціального середовища та підтримки соціальної реінтеграції ветеранів. Вона включає допомогу у працевлаштуванні, навчанні або розвитку професійних навичок.

6. Післяопікування (післядогляд) та довготривала підтримка є також досить важливим аспектом надання психологічної допомоги ветеранам та їх родинам. Психореабілітація – це тривалий процес, і після завершення основних етапів важливо забезпечити довготривалу підтримку. Це може включати регулярні консультації, групи взаємопідтримки, програми самопомоги та доступ до ресурсів у разі потреби. Післяопікування відіграє важливу роль у забезпеченні тривалої та стійкої підтримки ветеранів, допомагаючи їм зберегти

досягнуті позитивні зрушення та ефективно впоратися зі стресом чи випробуваннями, з якими вони можуть зіткнутися у подальшому житті.

## 5.2. Моделі психореабілітаційного процесу вітчизняних авторів

Згідно норм діючого законодавства України, психологічна реабілітація (допомога) є складовою частиною медичної реабілітації. Як відзначається в українській фаховій літературі: «Медична та психологічна реабілітація тісно пов'язані між собою, доповнюють одна другу і не повинні протиставлятися.

При цьому слід розуміти, що медико-психологічна реабілітація не є доліковуванням. Її необхідно починати ще за наявності передпатологічних психічних змін, викликаних екстремальним психогенним впливом. Вона має проводитися починаючи з самих ранніх стадій формування психопатології, а особливо активно – на завершальних етапах лікування та після нього.

*На донозологічному рівні, коли психічний розлад ще не сформувався, в основному застосовується психокорекція, а за наявності сформованого психічного захворювання – психотерапія.*

*Психологічна реабілітація – частина загального реабілітаційного комплексу (разом із медичною, професійною, соціальною), спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності, відновлення (корекцію) самооцінки й соціального статусу військовослужбовців, учасників бойових дій, із психічними розладами, бойовими травмами й каліцтвами».*

О.О. Буковська та О.Л. Гірченко у своїй статті, присвяченій аналізу напрямків психологічної реабілітації кризових станів, викликаних екстремальними ситуаціями, зазначають, що *процес реабілітації починається з оцінки та лікування хвороби, травми або патологічного стану*. Окрім цього повинна відбуватися оцінка будь-якого дефіциту, що залишається після лікування та його впливу на соціальні, психічні та професійні навички людини.

Лікування стану в гострому періоді орієнтовано на травму або захворювання, що може призвести до інвалідності. Реабілітація же, навпаки, орієнтується на ті навички, які є збереженими, і на ті, які можуть бути сформовані на основі резервних можливостей людини.

*Основне завдання психологічної реабілітації особистості у кризових життєвих обставинах – це прийняття травмуючої події у власний досвід,*

*побудова життєвої перспективи, залучення людини до рішення повсякденних викликів життя та активної життєвої позиції.* Позиція реабілітанта/ки повинна еволюціонувати від установки «скажи, що мені робити» (в екстремальній ситуації або зразу після неї) і «допоможи мені» (осмислюючи наслідки екстремальної ситуації) до «я впораюсь, будь поруч зі мною». Найвища мета психологічної реабілітації – навчити людину самореабілітації, коли вона в будь-якій життєвій ситуації зможе допомогти і собі і іншим.

У вітчизняній літературі наголошується, що під час проведення психологічної реабілітації в складі медико-соціального реабілітаційного процесу, варто враховувати великий комплекс психологічних і біологічних факторів:

- 1) етіологія, патогенез та перебіг хвороби (розлади соціо-біопсихологічного гомеостазу особи внаслідок патологічного процесу з типовою сукупністю специфічних синдромів, характерними змінами, які призводять до обмеження життєдіяльності індивідуума);
- 2) взаємодія психічних і соматичних процесів під час виникнення й розвитку хвороби;
- 3) вплив захворювання на психіку людини та формування в неї уявлення про свою хворобу й розвиток психовегетативних розладів;
- 4) стан динаміки усвідомлення індивідуумом своєї хвороби та інвалідності;
- 5) бажання до одужання або зменшення тяжкості інвалідності;
- 6) формування адекватних особистих установок хворого, пов'язаних із його лікуванням та інвалідністю;
- 7) застосування для реабілітації компенсаторних і захисних механізмів особистості;
- 8) психологічна взаємодія лікувальних методів і заходів для максимального позитивного впливу на фізичний і психічний стан хворого;
- 9) психологічні аспекти організації лікувального середовища;
- 10) відносини хворого з родичами, персоналом лікарні, іншими хворими.

### **Етапи визначення реабілітаційної програми можуть бути наступні**

1. Проведення реабілітаційно-експертної діагностики. Обстеження хворого чи інваліда та встановлення його реабілітаційного діагнозу на основі якого будується наступна реабілітаційна програма.

2. Визначення реабілітаційного прогнозу.

3. Визначення заходів, технічних засобів реабілітації та послуг, які допоможуть пацієнту відновити порушені або компенсувати втрачені здатності.

*Модель психологічної реабілітації військовослужбовців описана в дисертаційному дослідженні О.А. Блінова. У програму реабілітації автором пропонується включити такі етапи:*

1. Підготовчий – проходить за можливості до того як людина потрапить в зону бойових дій; передбачає проходження тренінгів на підвищення стресостійкості та здобуття навичок подолання реакцій на стресові ситуації.

2. Стабілізаційний – надається у гострий період та ґрунтується на стабілізації психічного стану з використанням психологічних технік та кризової інтервенції у подальшому. Триває до 72 год.

3. Діагностично-лікувальний (тривалість – до 21 доби) – передбачає медичну реабілітацію, діагностику, психологічний супровід та підтримку.

4. Реабілітаційний (тривалість – до 28 діб) – включає психологічний блок (психокорекція) і за необхідності продовження медичної реабілітації та індивідуального консультування, групову роботу, заходи з адаптації та ресоціалізації.

5. Підконтрольний (тривалість етапу – від 3 міс до 1 року) – віднесення до групи ризику та перебування під контролем фахівців за місцем проходження служби.

Якщо конкретизувати цілі психологічної реабілітації учасників/учасниць бойових дій російсько-української війни, то їх можна класифікувати на загальні та індивідуальні. Це: нормалізація психологічного стану; відновлення психічних функцій, які постраждали в результаті війни; примирення із власним «Я-образом», якщо йдеться про важку фізичну травму, наприклад, втрату кінцівки, зору; налагодження взаємозв'язку з оточенням; пошук нових цінностей та сенсів у житті; самоідентифікація – пошук відповідей на запитання «Хто Я?»; формування внутрішнього світу з урахуванням отриманого досвіду на війні; супровід у посттравматичному зростанні.

В. О. Лесков у своєму дисертаційному дослідженні окреслює основними завданнями психологічної реабілітації учасників військових конфліктів: визначення ступеня та характеру розладів психіки, індивідуально-особистісних особливостей поведінки військовослужбовців; оцінка інтелектуальних, перцептивних, емоційних, вольових можливостей військовослужбовців, рівня їх працездатності; визначення необхідних заходів індивідуальної та групової психологічної реабілітації військовослужбовців; зниження психічної напруженості до рівня, що відповідає оптимальній працездатності, усунення негативних психічних виявів за допомогою комплексного використання психологічних, психотерапевтичних, медичних та фізіологічних методів; проведення професійно-психологічної реабілітації, а при втраті професійної придатності – професійної переорієнтації; формування установки на продовження активної службової діяльності; діагностика психічних станів, аналіз динаміки їх змін; оцінка ефективності психологічної реабілітації військовослужбовців.

## **Ще одна вітчизняна Модель психологічної реабілітації виділяє чотири основних етапи: діагностичний; психотерапевтичний; реадаптаційний і етап супроводу**

*Змістом діагностичного етапу* є вивчення характеру наявних у військовослужбовців психологічних проблем, ступеня впливу цих проблем на їх психічне здоров'я і життєдіяльність, і, виходячи з цього, визначення способів психологічного впливу, необхідних для психологічної допомоги конкретному військовослужбовцю, який проходить реабілітацію.

*Здійснення психотерапевтичного етапу* включає цілеспрямоване використання конкретних форм і методів впливу на психіку реабілітованих військовослужбовців.

Рееадаптаційний етап передбачає психологічну підготовку військовослужбовців, які проходять реабілітацію, до майбутньої військової діяльності і міжособистісної взаємодії з оточуючими людьми. При цьому рееадаптаційний етап здійснюється переважно при проведенні специфічної реабілітації.

*Етап супроводу* включає спостереження за військовослужбовцями, їх консультивання, і, в разі потреби, надання їм додаткової психологічної допомоги в процесі наступної після курсу психореабілітації життєдіяльності.

На нашу думку, найбільш вдалим видається та модель психореабілітації військовослужбовців, яка оформлена сучасною нормативно-правовою базою, а саме: три рівні психологічної допомоги. Кризова допомога – тобто допомога на місці події, або в перші години/дні, після зустрічі з психотравматичною подією – є першою психологічною допомогою, але не є психореабілітацією.

Про психореабілітацію можна вести мову тоді, коли людина не знаходиться в колі стресових обставин, у випадку військовослужбовців – коли вони покидають зону бойових дій і потрапляють в обстановку більшої безпеки. Для відновлення порушених психічних функцій потрібні спеціально створені умови і розроблений план лікування тіла і душі.

Психореабілітація має свою структуру та складається з різноманітних блоків психопослуг, кожен з яких наповнено спеціальними техніками і методиками, які застосовуються у виді інтервенцій низької і високої інтенсивності.

Ми пропонуємо метафорично представляти процес психореабілітації у вигляді потягу, кожен вагон якого представляє собою структурну одиницю (блок заходів), яка, в той же час може бути представлена комплексом тестів/інструментів/методік/технік, об'єднаних певною ціллю.

Ми пропонуємо розглянути процес відновлення психічного здоров'я Захисників і Захисниць України, скориставшись метафорою «Потяг

психореабілітації», яку можна вважати однією із моделей психореабілітації, візуально представленою нижче.



Наприклад, блок «психодіагностика», представлений у вигляді першого вагона «Потягу реабілітації» передбачає проведення діагностувальних досліджень, із застосуванням формалізованих та малоформалізованих методик, опитувальників, тестів, проєктивних технік, психофізіологічних методик, включати в себе патопсихологічну діагностику, нейродіагностику тощо.

В межах психоедукації має відбутись психологічне інформування (бажано із застосуванням спеціально розроблених інформаційних моделей) за темами, актуальними для отримувачів послуг – учасників і учасниць бойових дій, наприклад це теми: стресу (еустресу, дистресу, бойового стресу), адаптаційних можливостей людського організму та його відновлювального потенціалу самоцілення, емоційної грамотності; навчання навичкам розпізнавання своїх почуттів і тілесних реакцій, стрес-менеджменту, технікам самопомоги та саморегуляції психо-емоційного стану. Приклади психоедукаційних моделей інформування учасників бойових дій про посттравматичний стресовий розлад будуть представлені в окремому розділі.

Блок «ресурсування» наповнюється різноманітними техніками, які дозволяють людині усвідомити наявність своїх ресурсів, посилити зв'язок з ними. Тут можуть використовуватись когнітивні інструменти (складання таблиць, схем, переліків, їх аналіз і синтез), метафоричні та образні («місце, де мені добре» або «безпечне місце»), з використанням метафорично-асоційованих колод карт, арт-терапії, контакт з тваринами, соматичні вправи та техніки, інші.

Кількість вагончиків в наведеній схемі не є остаточною і при складанні індивідуального плану психореабілітації їхня кількість та назви можуть змінюватись. Наприклад, може додатись блок «робота з почуттям провини», або «робота із втратою». Але, на нашу думку, перші три блоки є обов'язковими для психореабілітаційного процесу і слугують підготовчим етапом, який сприяє стабілізації психологічного стану, що дає можливість підійти до роботи безпосередньо з травмами. Загальновідомо, що інтервенції, фокусовані на травматичному досвіді, можуть викликати тимчасове погіршення загального



стану, адже неможливо виключити дистресові епізоди, тому певний резерв стійкості, в тому числі створений попередньою психоедукаційною роботою та ресурсуванням персони, є необхідним.

Також варто звернути увагу на особливість українського досвіду, яка полягає в тому, що війна триває вже давно і триватиме далі, тому потрібні різні моделі психологічної реабілітації, адаптовані під обставини, в яких знаходяться люди. А саме: короткострокове перебування поза зоною бойових дій з гарантованим поверненням до виконання бойових завдань.

Психореабілітаційні алгоритми, у вигляді структурованих блоків різних психопослуг, що містять певні переліки методик/технік/тестів/психоінформативних блоків тощо, можуть бути підготовлені і мати певні особливості для тих Захисників і Захисниць, які:

- 1) знаходяться на лікуванні через отримання поранення,
- 2) отримали відпустку на 10-30 діб,
- 3) виведені поза штат,
- 4) демобілізовані через стан здоров'я,
- 5) списані з лав ЗСУ через інвалідність близького родича.

### **Показання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців (за О. Кокуном)**

1. Зниження адаптаційних можливостей, тривожні, песимістичні, депресивні або інші негативні результати, що виявляються під час проведення психологічного обстеження з використанням тестів.

2. Збільшення астеничних симптомів – відчуття утомленості, швидка стомлюваність, зниження когнітивних функцій і (або) пам'яті, неуважність, фізична і психічна загальмованість, непродуктивна діяльність.

3. Прогресуюча інтравертація (замкнутість, бажання усамітнитись, обмеження кола спілкування з близькими товаришами, родичами), зниження інтересу до раніше значимих прив'язаностей, захоплень.

4. Невмотивована і невласлива для військовослужбовця підвищена соціальна або інша активність (екстравертація) в період виконання завдань або після прибуття з району виконання завдань за призначенням у поєднанні з нестійким настроєм.

5. Суб'єктивна оцінка самим військовослужбовцем погіршення самопочуття із вказівкою на зміну працездатності, тривогу, відчуття внутрішньої напруги, які з'явилися в період або безпосередньо після прибуття з району виконання завдань, при цьому зберігається позитивна установка на продовження служби в підрозділі після періоду відпочинку.

6. Ознаки підвищення рівня психологічної дезадаптації, які виявляються в зниженні якості і об'єму виконуваних військовослужбовцем завдань, у тому числі повсякденних обов'язків, при помітному бажанні військовослужбовця виконати доручене.

**Показаннями до психологічної реабілітації є поєднання двох або більше негативних ознак:**

1. Перенесені безпосередньо у момент загрози короточасні гострі реакції на ситуацію у вигляді загальмованості («ступору») або збудження («паніки») незалежно від наслідків виходу із вказаних станів.

2. Тривалі стани емоційної напруги – тривоги, занепокоєння, повторні переживання психотравмувальних подій і фіксація на них, у тому числі відображена в снах, у розмовах з товаришами по службі і родичами або виявлена в ході медичного обстеження; порушення сну, що позначаються на самопочутті, працездатності і вимагають незначного медикаментозного корегування.

3. Підвищення дратівливості, невмотивованої агресивності, конфліктності, помірна зміна характерологічних особливостей і особистісних установок, що призводить до тимчасового порушення соціальної і службової адаптації, при яких зберігаються критичне ставлення і можливість контролювати свою поведінку з боку самого військовослужбовця.

4. Вегетативні прояви, що з'являються після незначної психоемоційної напруги у вигляді: порушень серцевого ритму, коливань артеріального тиску, відчуття ознобу або жару, нападів запаморочення або головнихболів, відчуття нудоти, браку повітря, непритомних станів, неприємних відчуттів в різних частинах тіла або в області внутрішніх органів з відчуттям занепокоєння за власне здоров'я (іпохондрична фіксація) без об'єктивних даних за органічну патологію.

5. Зниження маси тіла на 15 % і більше від контрольних показників зважування перед убуванням у відрядження.

6. Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, не пов'язані з режимом і якістю травлення, які зберігаються (більше трьох діб), а також після виключення соматичної та інфекційної патології.

7. Болі після фізичних навантажень в кінцівках і хребті, мігруючі болі і (або) м'язові спазми в окремих групах м'язів, що зберігаються протягом довгого часу (більше трьох діб) за відсутності об'єктивних даних за патологію.

8. Больові синдроми після перенесених раніше травм, поранень або захворювань, що не викликають стійкого порушення функції і без ознак розвитку органічних змін в місцях пошкоджень або органах.

9. Стани після впливу несприятливих чинників зовнішнього середовища в період виконання службово-бойових завдань (теплові удари, переохолодження і озноблення, умови високогір'я, тривале перебування у вимушеному положенні тощо).

### **Етапність психореабілітації ветеранів/ветеранок**

Досвід психологічної реабілітації ветеранів війни з ПТСР дозволив визначити послідовність реалізації психореабілітаційних заходів. Логічність такого підходу полягає в тому, щоб на першому етапі підготувати ветеранів війни, та осіб з інвалідністю до активної психотерапевтичної співпраці шляхом зняття неактуальної напруги, агресії, недовіри, вивчення їхній психологічних особливостей та специфіки психологічних проблем.

*На першому етапі* здійснюється навчання осіб з інвалідністю за допомогою методів психічної саморегуляції, проводяться психофізичні тренування зі зняття м'язового напруження, неактуальної психічної напруги. Особливе значення має трудотерапія, яка застосовується з моменту іммобілізації пошкоджених кінцівок, розширюючи і ускладнюючи її надалі, надаючи трудовим процесам професійної спрямованості.

*На другому етапі* здійснюється вирішення психологічних проблем воїнів, які отримують реабілітаційні послуги.

*Третій етап* спрямований на особистісне зростання, розвиток комунікативної компетентності та активності, формування зацікавленості у соціальних контактах.

Комплексний підхід до соціально-психологічної реабілітації постраждалих розглядається як нерозривна єдність трьох основних напрямів: психофізіологічного, психокорекційного і соціально-психологічного.

Цікавим та корисним для ознайомлення вважаємо досвід апробації розробленої програми медико-психологічної реабілітації військовослужбовців, демобілізованих на базі Центру медико-психологічної реабілітації ДУ «Інститут медицини праці НАМН України».

Зокрема, з'ясовано, що термін перебування військовослужбовців у Центрі становить 24 доби.

*Принципами програми реабілітації Л. Литвиненко визначила такі:*

- принцип максимального синергічного співробітництва: лікар–пацієнт–психотерапевт (а в разі необхідності – члени сім'ї);
- принцип багаторівневого характеру саногенних заходів;
- принцип послідовності й етапності проведення заходів;
- принцип оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, медикаментозних і немедикаментозних заходів; принцип

погляду на особистість військовослужбовця як партнера в ході лікувального процесу.

Надаючи медико-психологічну допомогу військовослужбовцям та демобілізованим, які перебували на реабілітації, психологи ставили перед собою дві принципові задачі: зменшення проявів емоційної напруги, яка характерна для бійців на початку програми; мобілізація внутрішніх і зовнішніх ресурсів особистості, що уможливорює осмислення того, що відбулося, усвідомлення того, що загроза втрати, смерті позаду; відновлення психоемоційного балансу; підготовка до психосоціальної адаптації.

В цілому програма медико-психологічної реабілітації була розрахована на три етапи: *початковий, психологічний (основний) та заключний*. Зокрема, початковий (тривалість 2–3 доби) – етап налагодження терапевтичного контакту, метою якого було створення безпечного простору для адаптації, стабілізації й відновлення нормального функціонування. У поліклініці Центру військовослужбовців реєстрували і проводили первинний лікарський огляд. Лікарі проводили структуроване діагностичне інтерв'ю (збирали анамнез, звертаючи особливу увагу на соматичні скарги). У стаціонарі за кожним пацієнтом закріплювався лікар, який визначав індивідуальну лікувально-реабілітаційну програму на основі мультидисциплінарного обговорення, відстежував динаміку стану пацієнта, вів історію хвороби.

*Психологічний етап, основний (триває 20–22 доби)* – на цьому етапі цілеспрямовано використовували конкретні підходи, розроблені для роботи з травмою, а саме проводили психоедукацію, мета якої декатастрофізація – нормалізація, пояснення симптомів ПТСР (нормальна реакція на ненормальну подію). Велике значення надавалося формуванню у пацієнта системи уявлень, розумінню основних наслідків і психопатологічних реакцій, викликаних психічною травмою; навчанню й оволодінню методами самостійної роботи з симптомами; стабілізації симптомів; навчанню комбатантів базовим технікам самопомоги під час інтрузивних спогадів, тривоги; набуттю певних навичок та навчанню технік самоуправління і саморегуляції. *Заключний етап (2–3 доби)* – інтеграція досвіду, медико-психологічний супровід, підготовка до психосоціальної адаптації. На цьому етапі проводили завершальну індивідуальну сесію, а також завершення всіх інших лікувальних заходів.

### **Унікальність українського досвіду учасників/учасниць бойових дій**

При розробці реабілітаційної програми відновлення психічного здоров'я учасника/учасниці бойових дій, має враховуватись особливість обставин кожної людини. Унікальність саме українського досвіду полягає/відображається/фіксується в наступних фактах і факторах:

- бойові дії відбуваються на батьківщині бійців;
- бойові дії тривають круглий рік, як в літню спеку, так і в люті морози;

- бійцям невідомі терміни і строки, впродовж яких вони будуть воювати (відсутній механізм демобілізації під час дії воєнного стану, списання з лав ЗСУ можливе тільки в разі серйозного ушкодження здоров'я, наслідком якого, скоріше за все, стане інвалідність);

- відсутні взагалі, або доволі рідким явищем є ротації (на відміну від стандартизованих ротацій в арміях НАТО);

- чисельні черепно-мозкові травми, спричинені дією вибухової хвилі («контузії»), які присутні в різноманітних кількостях (від 1-2 до 7-8, зі слів солдатів) в анамнезі 99% бійців таких підрозділів, як: піхота, розвідка, десантно-штурмові, аеророзвідка, артилерія, танкісти; а також серед особового складу підрозділів, що забезпечують логістику (підвоз палива, озброєння і т.д.);

- ворог – найближчий сусід, з яким був культуральний та історичний зв'язок на різних рівнях і в різних контекстах;

- в умовах активної інформаційно-психологічної операції (ІПСО), яку проводить окупант;

- у військових можуть бути родичі, які мешкають на території країни-агресора;

- у військових можуть бути родичі, які знаходяться в окупації;

- безпрецедента кількість використання артилерії, при чому можливості противника в рази більші, наявність «снарядного голоду»;

- використання бойових дронів і дронів-камікадзе, що зробило небезпеківі ризики не просто високими, а абсолютними;

- трапляються випадки, коли українські військові стають свідками зради місцевого населення (громадян України, які шпигують на користь ворога, спроби отруєння їжею) і підрозділи несуть втрати через це;

- в умовах масивних наступів ворога, який використовує чисельні людські ресурси, атакуючи піхотою, українські військові (наприклад – стрільці, кулеметники, гранатометники) отримують досвід масових ліквідацій окупантів, рахунок може йти на сотні осіб. В одній із статей нами було розглянуто цей аспект і запропоновано термін «травма відняття життя», наразі в роботі з ветеранами і ветеранками, під час консультування, відбулась певна лінгвістична зміна, ми говоримо «травма припинення життя»;

- російська сторона не дотримується норм міжнародних договорів і конвенцій щодо поводження з військовополоненими, задокументовано велику

кількість фактів катувань та каліцтв українських військових під час полону, які лишаються безкарними;

- до бойових психотравм додаються «травми несправедливості» – чимала кількість ситуацій, травмуючого особистість змісту, який наживається в межах військової служби (наприклад таке явище, як виведення поза штат, яке існує в українській армії; неповажне ставлення командування; загублені рапорти про лікування; несвоєчасні виплати; проблеми з документами та інш.), так і під час проходження лікування після поранення в закладах охорони здоров'я, під час проходження ВЛК (військово-лікувальної комісії), під час спілкування з цивільним населенням тощо;

- в державі погано функціонують соціально-побутові сервіси для ветеранів, при наявності нормативної бази і прописаних можливостей – їх майже неможливо реалізувати на практиці, теоретично вони є, але гарантії їх реалізації відсутні.

*Все це – специфіка українського досвіду, а точніше – його проблематика, яка потребує врахування спеціалістами, котрі контактують з цією групою отримувачів допомоги другого рівня. Приймаючи на психологічну реабілітацію людину після досвіду участі в бойових діях, вітчизняні психологи мають бути обізнані щодо всіх вищенаведених особливостей, усвідомлювати індекс травмованості особи і розуміти ступінь перевантаження фізичних і психічних механізмів, який довгий час витримували учасники/учасниці бойових дій. Головна задача – враховуючи певний тип психічного реагування особи на пережитий досвід і всі інші важливі фактори, скласти екологічний, дієвий, комплексний індивідуальний план психореабілітації, який допоможе людині відновитись, зцілити внутрішні рани, опрацювати та осмислити отриманий досвід, адаптуватись до тих умов, в яких особа буде знаходитись надалі, здійснити посттравматичне зростання, щоб мати хорошу якість внутрішнього і зовнішнього життя.*

### **Питання для самоконтролю:**

1. Розкажіть своїми словами, як ви розумієте поняття «психореабілітація ветеранів/ветеранок», після участі в бойових діях.
2. Назвіть, які наукові підходи до відновлення психічного здоров'я військових вам відомі?
3. Як ви оцінюєте систему надання психологічних послуг військовослужбовцям в США? Розкажіть про неї.
4. Що вам відомо про війну в Хорватії (1991-1995 років)? Розкажіть про систему реабілітації ветеранів та ветеранок в Хорватії.
5. Проаналізуйте досвід відновлення психічного здоров'я Захисників і Захисниць, який застосовується в Ізраїлі.
6. В чому, на вашу думку, виявляється унікальність бойового досвіду учасників російсько-української війни? Поясніть, чим саме досвід українських ветеранів і ветеранок відрізняється від досвіду всіх інших країн.
7. Якими можуть бути основні задачі психореабілітації людей, після їх участі в екстремальних та кризових подіях чи обставинах?

8. Переліchte показання для звернення за психологічної допомогою, які людина, або її родичі, може помітити в своєму стані та поведінці.

9. Які етапи можна виділити в психореабілітаційному процесі ветеранів і ветеранок, за українськими алгоритмами побудови цього процесу?

10. Розкажіть, як ви зрозуміли модель психореабілітації, представлений метафорою «Потяг психореабілітації»?

### **Практичне завдання:**

Складіть поетапний план психореабілітації для учасника бойових дій М.О., який звернувся за психологічною допомогою за власним бажанням, зі скаргами на:

- Високий рівень тривоги (якого не було раніше)
- Поганий сон
- Постійний головний біль
- Почуття провини
- Підвищений рівень імпульсивності і конфліктності
- Погіршення стосунків з дружиною

Підготуйте перелік запитань для цього Захисника, які вам треба буде задати на другій зустрічі, для того, щоб якісно та екологічно зібрати анамнез. Складіть свій конспект (чернетку) інтерв'ю. Поясніть свою стратегію складання переліку питань.

### **Література**

1. Борисова О.О. Психореабілітація учасників бойових дій в Україні: правові засади та практичні виміри. Науковий журнал «Габітус». Випуск 49. 2023. С.16-21. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.2>

2. Борисова О.О. Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 34 (73). № 3. 2023. С. 1-6. DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/01>

3. Борисова О.О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. «Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія» № 3 / 2023. С. 7-12. DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.1>

4. Борисова О.О. Методика ведення першої бесіди психолога з учасниками/учасницями бойових дій. Науковий журнал «Габітус». Випуск 55. 2023. С. 39-44. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.6>

5. Борисова О.О. Інтрузії у формі флешбеків як ядерний маркер посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2023. Випуск 18. С. 10–20. <https://doi.org/10.30970/PS.2023.18.2>

6. Борисова О.О. Психореабілітація учасників/учасниць бойових дій як психологічна допомога другого рівня в Україні. Наукові записки. Серія: Психологія. 2024. № 1. С. 9 – 17. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-1>

7. R. Pryzvanska, O. Borysova, G. Mozgova, A. Fedorenko. Clinical cases and recommendations for post-traumatic rehabilitation based on EI. Amazonia Investiga. Vol 13. No 74 (2024). Pages 227-238. <https://doi.org/10.34069/AI/2024.74.02.19>

8. Лебедева С.Ю., Овсяннікова Я.О., Похілько Д.С. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів та фахівців ризиконебезпечних професій: світовий досвід. Габітус. 2023. Вип. 45. 139-145.

9. Гульбс О.А., Кобець О.В. Соціально-психологічна реабілітація учасників бойових дій. Психологічний журнал. 2021. №7. С.100-106.

10. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Загальна редакція: Н.Пророк. Том 1. Київ, 2018. 208 с.

11. Гридковець Л. М. Навчально-методичний комплекс з дисципліни «Реабілітаційна психологія». Київ: КІБіТ, 2012. 80 с.

12. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення 21.02.2024).

13. Бриндіков Ю.Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. Педагогічні науки: зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVII (77). Том 2. С.149-153.

14. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні. Закон України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення 21.02.2024).

15. Матейко Н. Зміст реабілітації в контексті допомоги учасникам АТО. Knowledge, Education, Law, Management. 2020. № 3(31). Vol 2. С. 90-94.

16. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282с.

17. Буковська О.О. Гірченко О.Л. Сучасні напрямки психологічної реабілітації кризових станів, викликаних екстремальними ситуаціями. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С.Костюка. Екологічна психологія. 2018. Т. VII. Вип. 45. С. 19-27.

18. Аршава І.Ф. Черненко М. І., Корнієнко В.В. Посібник до вивчення курсу «Медико-соціальна і психологічна реабілітація хворих та інвалідів». Д.: РВВ ДНУ, 2008. 24 с.

19. Вдовіченко О.В., Соколова І.М., Педченко О.В., Степанова С.С., Фролова О.В. Психологічна реабілітація і супровід ветеранів війни: досвід Ізраїлю. ZESZYTY NAUKOWE WYŻSZEJ SZKOŁY TECHNICZNEJ W KATOWICACH. 2023, nr 16. P.107-118. DOI: 10.54264/0066

20. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.



21. Мозговий В. І. РОБОТА ПСИХОЛОГА ІЗ СІМ'ЯМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЩО ВИКОНУЮТЬ ЗАВДАННЯ ЗА ПРИЗНАЧЕННЯМ. Теорія і практика сучасної психології. 2019 р., № 5, Т. 2. С. 198-203.

22. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. – К.: НДЦ ГП ЗСУ України, 2016. 147 с.

23. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія / Ю. Л. Бриндіков. Хмельницький, 2018. 388 с.

24. Литвиненко Л. І. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців та демобілізованих / Л. І. Литвиненко // Актуальні проблеми психології. Консультативна психологія і психотерапія: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / За ред. Максименка С. Д. Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. – К.: Логос, 2015. Вип. 11. С. 34–51.

25. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

## **РОЗДІЛ 5. ПРОЦЕС ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ ЗА ІНДИВІДУАЛЬНИМ ПЛАНОМ ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ**

### **5.1. Початок реабілітаційного процесу: аналіз потреб та збір анамнезу**

Комплексний підхід до відновлення здоров'я учасників бойових дій полягає в комплексному підході, який передбачає аналіз потреб людини, застосування кейс-менеджменту при супроводі і допомозі, з метою побудувати якісний та ефективний маршрут, скласти «дорожню карту» і визначити перелік сервісів, до яких треба звернутись.

Говорячи про психологічну реабілітацію, варто враховувати, що на психоемоційний стан людини впливає багато чинників, в тому числі і соціально-побутові фактори. Складно стабілізувати настрій людини, якій нема де жити, або не вистачає грошей на задоволення елементарних потреб. Агресія буде природньою реакцією, у випадках невизначеності статусу військовослужбовця, під час проходження ВЛК, або у випадку виведення людини поза штат. Адже тоді держава більше не буде фінансувати лікування та реабілітації.

Реабілітація учасників бойових дій з ПТСР, РА принципово має носити комплексний підхід і включати багато компонентів взаємодії персони з різноманітними державними і суспільними сервісами. Людина не матиме достеменно позитивного результату від медичної і психологічної реабілітації, якщо фон її життя буде наповнений невирішеними проблемами, на кшталт: немає житла, людина виведена поза штат і не має ясності щодо подальшого свого майбутнього, не виплачена заробітна плата за півроку (або не нараховувалась бойова зарплата, поки людина лікувалась), не надано статусу учасника бойових дій і т.д. Холістичний підхід до реабілітації учасників бойових дій, в значенні – цілісний, комплексний, взаємоохоплюючий, взаємодіючий, передбачає підготовку і застосування вельми широкого комплексу послуг для ветеранів – від соціальних до освітніх. Серед яких послуги медичного лікування і психореабілітації є центральні, але – не єдині.

Для оптимальних результатів має бути побудована ціла мережа, пов'язаних між собою установ/організацій, які надають послуги ветеранам. Серед яких особо виділяються наступні: медичні, психологічні, соціальні. Тому вбачається логічним на початку реабілітаційного процесу провести аналіз потреб і ресурсів отримувача/ки послуг, застосувавши алгоритми, викладені в Методичних рекомендаціях щодо надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членами сімей таких осіб, постраждалим учасникам Революції Гідності та членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни і членам сімей загиблих (померлих) Захисників і Захисниць України, затверджених Наказом Міністерством у справах ветеранів № 340 від 21.12.2023 р.

### Оцінка потреб та ресурсів клієнта (отримувача послуг)

Потреби	Безпечний	Задовільний	Вразливий	Кризовий
Отримання медичної допомоги	Пройшов повне медичне обстеження. Необхідним лікуванням та медикаментам	Отримав медичні консультації, немає можливості пройти терапевт. курс лікування	Мав тільки одну невідкладну консультацію	Не отримав медичної допомоги/обстеження після звільнення зі служби

	и забезпечений			
<b>Отримання психологічної допомоги</b>	Має можливість отримати психологічну допомогу в разі потреби	Отримує постійну психологічну допомогу, знаходиться в терапевтичному контакті	Мав одну психологічну консультацію/ негативний досвід спілкування з психологом	Не отримував психологічні послуги
<b>Забезпечення базових потреб (їжа, одяг)</b>	Задовольняє базові потреби без сторонньої допомоги	Задовольняє базові потреби зі сторонньою допомогою	Частково задовольняє базові потреби/ потребує допомоги	Не має можливості задовільнити базові потреби
<b>Житло</b>	Має власне житло, задовільні умови	Має можливість задовільняти безпечне житло / задовільні умови	Не має постійного місця проживання (Проживає у хостелі, в небезпечних умовах)	Без певного місця проживання
<b>Близькі стосунки (родина, друзі)</b>	Має підтримку в родині, теплі стосунки з друзями	Задовільна підтримка родини, друзів	Відсутність стабільної підтримки	Відсутність підтримки / родина потребує підтримки клієнта
<b>Соціальна активність</b>	Регулярно задіяний/а в діяльності значимої спільноти	Час від часу включається в роботу значимої спільноти, спілкується з побратимами	Соціальні контакти підтримує за необхідністю	Соціальні контакти не підтримує, комунікує в разі гострої необхідності
<b>Дохід</b>	Дохід, що перевищує потреби	Стабільний дохід, задовольняє базові потреби	Не регулярні та не стабільні джерела доходу	Джерела доходу відсутні
<b>Юридичні потреби</b>	Необхідні юридичні питання вирішені	Працює з юристом/ адвокатом, документи на стадії підготовки	Мав юридичні консультації, але справа не в процесі/ Не задоволений якістю послуг	Має невирішені правові питання, проблеми із законом

<b>Безпека (історія суїцидальних нахилів)</b>	Немає історії суїцидальної поведінки	Має історію суїцидальної поведінки, але наразі суїцидальних думок на має	Присутні пасивні суїцидальні нахили	Клієнт має план нашкодити собі та/або іншим
<b>Емоційний стан</b>	Переважає позитивний фон настрою	Настрій переважно стабільний	Переважно поганий настрій, сум, печаль	Затяжна депресія

**Таблиця для опитування отримувача/ки послуг  
(заповнюється під час опитування людини)**

<b>Потреби</b>	<b>Безпечний</b>	<b>Задовільний</b>	<b>Вразливий</b>	<b>Критичний</b>
Отримання медичної допомоги	1	2	3	4
Отримання психологічної допомоги	1	2	3	4
Забезпечення базових потреб (їжа, одяг)	1	2	3	4
Житло	1	2	3	4
Близькі стосунки (родина, друзі)	1	2	3	4
Соціальна активність	1	2	3	4
Дохід	1	2	3	4
Юридичні потреби	1	2	3	4
Безпека (історія суїцидальних нахилів)	1	2	3	4
Емоційний стан	1	2	3	4

**Методика проведення першої бесіди/інтерв'ю/сесії психолога з ветераном/ветеранкою**

В якому місті і в якому форматі може відбуватись робота психолога з військовим? Звичайно, важливо враховувати обставини, за яких психолог і отримувач послуг зустрічаються вперше. Це може бути звернення самого отримувача послуг за психологічною допомогою за власним бажанням, чи за рекомендацією побратима; або до психолога учасника/учасниці бойових дій спрямував лікар; або людина проходить комплексну реабілітацію, до складу якої входить і психологічна реабілітація в закладі охорони здоров'я (санаторій, реабілітаційний центр тощо).

Перша бесіда з військовослужбовцем має надати інформацію про загальний психо-емоційний стан особи, висвітлити важливі факти життя і служби, сприяти встановленню контакту отримувача психологічних послуг і психолога. Після першої бесіди психолог повинен мати можливість планувати, до лікарів і фахівців якої спеціалізації варто спрямувати людину додатково (невролог, психоневролог, психіатр, ендокринолог, нейропсихолог, логопед тощо), які діагностичні методики і батареї тестів застосувати під час наступної зустрічі, виявити найбільш ресурсні і найбільш «складні» теми для отримувача послуг.

Місцем зустрічі може бути як спеціально облаштований кабінет, так і палата в лікарні, лавка в парку чи столик в кав'ярні. Також можливо, що перша бесіда буде проходити дистанційно чи в телефонному режимі. Психологу треба враховувати наявний час, обставини, в яких перебуває особа та його статус, фізичний та емоційний стан співрозмовника/співрозмовниці та будувати спілкування так, щоб воно не було виснажливим для отримувача/отримувачки послуг.

Також треба говорити максимально простою і доступною мовою, щоб у людини не склалось враження, що вона недостатньо розумна, адже не зрозуміла професійної термінології або не змогла відповісти на більшість питань фахівця.

Методика першої бесіди психолога і військовослужбовця має певну структуру, дотримання якої є бажаним, оскільки бесіда має певні задачі і цілі. Ми вбачаємо їх у наступному: встановити контакт (рапорт) та зібрати певну інформацію про отримувача/отримувачку послуг, яка дозволить вже після першої зустрічі дати первинну оцінку психоемоційному та фізичному стану людини, а також почати формувати індивідуальний план психореабілітації.

*Запропонована структура першої бесіди складається з чотирьох блоків, кожен з яких містить певну кількість тематичних питань. Перший блок – «Привітання і знайомство», другий блок питань присвячено особистій історії учасника/учасниці бойових дій, третій блок питань стосується безпосередньо його/її військової історії та досвіду, четвертий – питання психологічного змісту. Розглянемо ці блоки докладніше.*

*Перший блок «Привітання і знайомство». З практичного досвіду було зроблено висновок, що під час зустрічі з військовими, особливо з тими, хто*

знаходиться на лікуванні в медичних закладах, треба з обережністю використовувати словосполучення «Добрий день/вечір/ранок», тому що нічного «доброго» людина може не бачити в цей час, а погане самопочуття та гострий або хронічний біль саме в цей момент може приносити страждання. Також не всім подобається, якщо з ними цивільні особи вітаються: «Бажаю здоров'я!» чи «Слава Україні!». Наша рекомендація – під час першої зустрічі казати «Вітаю» або «Мої вітання».

Після привітання психолог представляється, називаючи своє ім'я і питає, як звертатись до співрозмовника. Третім кроком, на нашу думку, має бути подяка за службу і за захист Батьківщини, а також цивільного населення. Адже, наша робота у тилу можлива тільки завдяки сміливості і силі духу Захисників і Захисниць України.

З моменту знайомства і надалі психолог бере на себе ініціативу пояснити формат і структуру спілкування, вказавши приблизний час, який може тривати зустріч. Варто звернути увагу, що бесіда має тривати стільки часу, скільки отримувач послуг зможе приймати в ній участь без докладання зусиль. Психологу треба бути уважним до фізичного стану людини, скорочуючи протокол на свій розсуд, у разі потреби.

*Вбачається важливим повідомити отримувачу послуг про його право сказати «Стоп», або «Не хочу про це говорити» і не відповідати на питання, яке йому не сподобається. Це право може бути застосовано до будь якого питання чи контексту розмови і в будь який момент.*

### Перший блок «Привітання і знайомство»

№	Питання або репліка психолога	Примітка
1	Вітаю Вас! Я – ..., психолог/психологиня. Як Вас звати?/Як до Вас можна звертатись?	
2	Дякую Вам за службу! Дякую, що нас захищаєте!	Моральний обов'язок всіх громадян України – дякувати людям, які встали на захист Батьківщини і населення.
3	Дозвольте, я візьму ініціативу нашої бесіди на себе і спочатку поясню, як ми можемо побудувати наше спілкування. Якщо не заперечуєте, я буду задавати вам питання, щоб ми могли скласти загальну	Важливо повідомити, скільки часу може тривати ця бесіда і що все може бути скориговано для

	картину щодо того, як ви себе почуваєте і які факти мають місце бути зараз. Це допоможе нам краще зрозуміти ваш стан і, можливо, скласти план реабілітації/подальших консультацій. Питання, які я буду задавати, стосуються вашого бойового досвіду, але ми також торкнемось вашого довоєнного життя, якщо ви не проти.	зручності отримувача послуг.
4	Під час нашого спілкування існує правило «СТОП». Це означає, що ви маєте право відмовитись відповідати на будь-яке питання і не пояснювати чому. В такому разі ми просто підемо далі за протоколом і це не буде проблемою.	Психолог розуміє, що відмова отримувача послуг відповідати на певне питання, може свідчити про наявність в останнього напруження в цій темі.
5	Піклування про зручність: Чи зручно вам в цьому приміщенні? Чи хочете води? Відкрити/закрити вікно?	Важливо забезпечити максимальний комфорт для отримувача послуг, надавши при цьому йому владу обирати обставини, або, щонайменше, продемонструвати, що в нього є вибір.

### Другий блок питань «Особиста історія» учасника/учасниці бойових

№	Питання або репліка психолога	Примітка
1	Звідки Ви родом?	Де народились та вирости.
2	Де жили/навчались/працювали?	Мається на увазі географія переміщень людини.
3	Чим займались до повномасштабного вторгнення 2022 року?	Де і ким працювала людина.

4	Розкажіть кілька слів про свою батьківську родину (родина, в якій ви народились). Чи є у вас власна родина (дружина/чоловік, діти)?	Родина може бути ресурсом, а може і навпаки, бути джерелом напруги. Добре це виявити з самого початку.
5	Як справи у членів родини (здоров'я, зайнятість)?	
6	Ваші близькі зараз знаходяться у безпеці?	Вони в Україні, за кордоном, чи на окупованій території?
7	Які у вас зараз стосунки? Чи є від рідних підтримка? Як проходить спілкування?	
8	Хто ще входить у ваше постійне коло спілкування, окрім родичів? Як часто ви спілкуєтесь? Чи є складнощі у спілкуванні чи взаємодії? Якщо так – то чому, на вашу думку?	Друзі, побратими, волонтери.

### Третій блок питань – «Військова історія»

Найважливіший блок, для аналізу психо-емоційного стану отримувача послуг та його бойового досвіду. Має значення кількість часу перебування людини в зоні бойових дій, адже існує прямий зв'язок: чим довше – тим більше бойового стресу, втоми та травмивного матеріалу. Також психологу важливо знати, в яких військах і на якій посаді перебував отримувач послуг: чи був в прямому контакті з ворогом, ходив на штурми/зачистки, потрапляв в засідки та оточення, чи був в полоні та інше.

№	Питання або репліка психолога	Примітка
1	Скажіть, будь ласка, коли і як розпочалась ваша служба?	Доброволець, професійний військовий, мобілізований, контрактник
2	Чи мали ви досвід участі в бойових діях до повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 року?	Можливо, перед психологом учасник АТО, а цей одразу дає багато інформації.
3	В яких військах служите/служили? Який рід військ?	Сухопутні/повітряні/морські або інші сили, підрозділ та його фах.



4	А на якій посаді?	Солдат/матрос/кулеметник/мінометник, сержант та ін.
5	Скільки часу провели в зоні бойових дій, виконуючи бойові розпорядження?	Мається на увазі безпосереднє знаходження на нулі і здійснення бойових виходів/виконання бойових розпоряджень.
6	Чи мали ви поранення? Якщо так – які саме?	Кількість госпіталізацій, якість наданих медичних послуг.
7	Чи мали ви контузії? Скільки? Чи проводилось лікування?	Правильна назва – акубаротравма, але слово «контузія» більш зрозуміло для більшості отримувачів послуг.
8	Де і як проходили лікування після поранень?	Лікування здійснювалось на місці, чи було направлення в інші медичні заклади?
9	Де і як проходили реабілітацію?	Після основного лікування чи скеровували в реабілітаційні центри/санаторії?
10	Чи маєте досвід спілкування та роботи з психологами?	Окрім тестування, чи був досвід здійснення психокорекційної роботи, психологічних консультацій, психотерапії.
11	Чи проходили курс психологічної реабілітації? Якщо так – коли, де і як довго тривала робота а також які ваші враження від неї?	
12	Під час виконання бойових розпоряджень у вас був досвід штурмів, потрапляння в оточення, зачисток, потрапляння в засідку?	Досвід перелічених події має надвисокий потенціал травмівного впливу.
13	Як ви оцінюєте свої відносини з командиром вашого підрозділу?	Відносини з командиром – важливий і впливовий аспект військового життя.
14	Чи були у вас відпустки? Як часто?	
15	Чи потрапляли в полон? Якщо так – як довго перебували у полоні?	Робота з людьми, які пережили полон і тортури потребує додаткової підготовки психолога.
16	Чи маєте загиблих побратимів?	Травма втрати побратима – найбільш розповсюджена.

17	Чи маєте ви побратимів, які зараз в статусі зниклих безвісті або в полоні?	Відповіді на останні два запитання дадуть інформацію про наявність, або відсутність додаткових стресових факторів в бойовій історії отримувача послуг.
----	--	--

#### Четвертий блок питань – «Питання психологічного змісту»

Пропонується перелік питань в скороченому варіанті, адже під час бесіди психолог мав можливість спостерігати за динамікою розмови, виділити ресурсні і проблемні «зони» у житті та історії співрозмовника. Приймаючи до уваги фізіологічний стан отримувача послуг, його тілесні, вербальні, мімічні реакції і факти, які були повідомлені під час перших трьох блоків питання, психолог має достатньо матеріалу для первісних висновків і складання приблизного плану психореабілітації для військовослужбовця. Потребують уточнення буквально кілька моментів.

№	Питання або репліка психолога	Примітка
1	Скажіть, будь ласка, як ви спите зараз і впродовж останнього місяця? Скільки годин триває ваш сон? Чи відчуваєте ви себе відпочившим, коли просинаєтесь зранку?	У разі наявності порушень сну – консультація лікаря є обов'язковою.
2	Яким є ваш настрій останнім часом?	Важливо почути, як отримувач послуг сам оцінює стан. Часто відповідь може бути одним словом «Поганий» або «Не дуже». Варто задати додаткові питання, щоб визначити емоції та почуття, які присутні (журба, сум, злість, розчарування, провина та ін.).
3	Чи не помічаєте ви, що стали більш дратівливим?	Важливо знати, як сам отримувач послуг оцінює свій стан, чи демонструє критичність до власних проявів.
4	Чи не помічали ви, що стали більш вразливим? Наприклад, можете заплакати, хоча раніше вам це не було властиве?	Усвідомлення змін в своєму настрої і поведінці – важливий факт.

5	Чи бувають у вас флешбеки? Спалахові спогади, які немов захоплюють свідомість і вертають вас в травмівну подію, яка була в минулому?	В цьому місці варто уточнити, чи знає отримувач послуг, що таке флешбеки, чи інтуїтивно розуміє це поняття. Провести психоедукацію.
---	--	---

Якщо людина дала позитивну відповідь на запитання про флешбеки і заявляє це однією із скарг, можна приділити цій темі більше уваги, під час наступних сесій. Для цього ми розробили окремий перелік питань про флешбеки, застосування якого дозволить зрозуміти «архітектуру» цього явища і обрати найкращу стратегію роботи з травматичним матеріалом.

Робота зі спогадами є актуальною та правильною, але з врахуванням певних важливих моментів. Не рекомендується починати працювати з травматичним досвідом раніше, ніж отримувач психологічних послуг (учасник бойових дій) опиниться в безпечних і комфортних умовах, за яких відбудеться стабілізація його психо-емоційного стану, що дуже важливо – налагодиться сон та буде застосовано різноманітні техніки і методики ресурсування, які дозволять особі відчути себе краще, підвищать впевненість у собі та своїх силах.

Це необхідні попередні кроки, які мають передувати роботі з травматичними спогадами, і дають підстави вважати, що людина матиме ресурси витримувати можливий тимчасовий дистрес, появу якого неможливо виключити повністю, під час фокусування уваги та роботі з травматичним матеріалом минулого.

Згідно сучасних досліджень – саме пригадування події, зустріч з нею в уяві, формування наративу і осмислення самого «тіла» травматичного досвіду, сприяє його нейрональній переробці. Болісні історії мають бути розказані, почуті, засвідчені. Вони зцілюються у полі свідомого, спокійного прийняття, відвертого співчуття і віри в людину, яка пройшла пекло, але не зламалась.

Що стосується протокольних рекомендації психологічної допомоги при постстресовому розладі, то в якості немедикаментозного лікування рекомендовано застосовувати травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію (ТФ-КПТ) і десенсибілізацію та переробку рухом очей (ДПРО). ТФ-КПТ проводиться індивідуально, для пацієнтів з ГРС – 5-10 сеансів, для пацієнтів з ПТСР – 8-12 сеансів, в залежності від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Кількість сеансів може бути продовжена (сесійно до 10 сеансів, до 5 сесій, бажано в групових варіантах), якщо є ознаки формування хронічного ПТСР зі специфічними змінами особистості та, як наслідок, з проблемами соціальної адаптації, в залежності від часу початку психотерапії та терапевтичної відповіді. Травмофокусовані втручання не повинні починатися раніше, ніж через два тижні після пережитої травми. Коли симптоми не піддаються

травмофокусованим втручанням, необхідно розглянути можливість обґрунтованого застосування втручань, що не сфокусовані на травмі, інші методи психотерапії та психологічної корекції і фармакотерапію.

Травмофокусовані втручання передбачають роботу зі спогадами, які проявляються у вигляді флешбеків. В ході практичної роботи з учасниками бойових дій було виявлено, що аналітичне осмислення та уважне дослідження самого процесу виникнення і протікання флешбеку, його «фізіологічної карти», стає корисним та носить підготовчий характер для більш спокійного, послідовного опрацювання травматичного матеріалу. Нижче буде наведено блок питань про флешбеки, або нав'язливі захоплюючі спогади, які вторгаються в свідомість людини, підіймаючись з безсвідомого шару психіки і порушують, на якийсь час, роботу багатьох фізичних систем, роблячи минуле – сучасним.

### Блок питань про флешбеки

№	Питання психолога	Примітка/уточнення/пояснення
1	Як часто стаються напади спогадів, які повністю захоплюють вашу увагу і свідомість?	Кілька разів кожного дня? Або кілька разів на тиждень? Раз на місяць? Ще рідше?
2	Чи є тригер (зовнішній, або внутрішній фактор, причина), що викликає активацію болісного спогаду?	Зовнішнім тригером може бути все, що завгодно: сходи чи двері певної форми, колір одягу, картина на стіні, звук, мелодія, запах і т.д. Внутрішнім тригером може бути думка, відчуття тіла, емоція тощо.
3	Як довго триває флешбек?	Скільки часу триває період захоплення свідомості спогадом? Кілька секунд, чи кілька десятків секунд? Кілька хвилин? Кілька десятків хвилин?
4	Що саме відбувається з вами та вашим тілом під час флешбеку?	Спогад повністю захоплює свідомість і людина втрачає функціонал у цей період? Може «застигти» у просторі, зупинитись, завмерти прямо в середині процесу, який виконувала (йшла по вулиці, керувала авто, спілкувалась), або продовжує виконувати дії, але внутрішньо переживає травматичну подію як частину сучасності.

5	Під час флешбеку ви усвідомлюєте (можливо не одразу, а через деякий час), що це частина вашого минулого, не перероблений пам'яттю спогад, який тимчасово вторгається в свідомість? Чи переживаєте ситуацію як таку, що знову відбувається з вами тут і тепер?	Цим питанням ми прояснюємо ступень захоплення свідомості. Якщо людина зберігає керованість своїм тілом і усвідомлює хоча б загальний контур того, що відбувається – інтрузія частково контролюється.
6	Під час флешбеку ви немов знову опиняєтесь на місці події? Чи бачите цю ситуацію зі сторони, або на екрані?	Асоціація чи дисоціація має місце.
7	Умовно кажучи, в нас є 4 ноти, з яких може складатись «мелодія флешбеку» – думка, емоція, фізичне відчуття, образ. Давайте проаналізуємо, які саме ноти звучать гучніше у вашому флешбеку? Який з цих чотирьох елементів представлено найяскравіше? Чи кілька з них? Або всі вони яскраві?	Цим питанням ми можемо прояснити, який канал є ведучим і врахувати це, під час вибору – мішеней, працюючи зі спогадом методом EMDR, наприклад.
8	Як саме флешбек припиняється/завершується?	Вас хтось або щось відволікає? Треба, щоб вас торкнулась інша людина, звернулась до вас? Чи флешбек «відступає» самостійно? Можливо, вам вдається самому/самій заспокоїти себе? Опишіть, як саме це відбувається.
9	Як ви себе відчуваєте фізично і психологічно після завершення флешбеку?	Чи спостерігається зміна тиску, ритму серцебиття, чи болить потім голова, хочеться їсти чи спати? На скільки зберігається функціонал людини і чи може вона виконувати дії соціальної активності?
10	Що ви думаєте про таку ситуацію і свій стан? Чи хочете ви щось з цим зробити? Чи вірите, що можна звільнитись від флешбеків? Чи хотіли б цього?	Є факт наявності флешбеків і є те, що людина думає про це. Такі питання дозволяють разототожнити людину і її стан, наводять на думку, що з флешбеками можна щось зробити.
11	Яким було би ваше життя, якби флешбеки зникли зовсім? Що б	Моделювання майбутнього

	ви тоді робили? Як би відреагували на цю новину ваші близькі люди?	
--	--	--

Значна кількість науковців та лікарів погоджуються з тим, що процес успішного подолання нав'язливих переживань травми, проходить *ряд послідовних стадій, таких, як:*

1. Стабілізація, яка складається з двох аспектів: інформування та ідентифікації пережитих почуттів через вербалізацію соматичних стану.
2. Розрив умовно-рефлекторних зв'язків між травмуючими спогадами та виникаючими реакціями.
3. Переробка травматичного досвіду – створення послідовних схем травматичного досвіду.
4. Відновлення існуючих надійних соціальних зв'язків та поліпшення навичок міжособистісного спілкування та взаємодії.
5. Накопичення емоційних переживань, що дозволяють отримати відновлювальний ефект.

### **Індивідуальний план психореабілітації**

*Індивідуальний план психореабілітації складаєть психологом разом з отримувачем\кою послуг з психологічної допомоги, або її/його законним представником і має враховувати запит людини, або перелік скарг, які особа заявляє як обов'язковими для вирішення, результати психологічної діагностики, можливе залучення лікарів різних профілів, перелік послуг, які будуть надані.*

*При складанні плану психолог має спиратись на ПЕРЕЛІК послуг із психологічної допомоги для осіб, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членів сімей таких осіб, постраждалих учасників Революції Гідності, членів сімей загиблих (померлих) ветеранів війни, членів сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України, які має право надавати суб'єкт надання послуг, їх зміст та обсяг, умови і порядок отримання. Представлені в Додаток 2 в редакції Постанови КМ № 1270 від 04.12.2023.*

<b>Порядковий номер</b>	<b>Назва послуги</b>	<b>Короткий зміст та обсяг послуги</b>	<b>Умови і порядок отримання послуги</b>
1	<b>перша психологічна допомога</b>	Здійснення заходів з психологічної підтримки та практичної	Особисте звернення отримувача/отримувачки послуг, або законного представника; направлення лікаря

		допомоги особам відразу після настання травматичних подій з метою зменшення симптомів стресу	
2	<b>психологічна діагностика</b>	проведення оцінки актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей отримувача послуг, здійснення контролю за його психічним станом, визначення потреби та оптимальних методів психологічної допомоги	Особисте звернення отримувача/отримувачки послуг, або законного представника; направлення лікаря
3	<b>психологічна просвіта та інформування (психоедукація)</b>	проведення інформаційно-просвітницької роботи з метою профілактики та запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів	Особисте звернення отримувача/отримувачки послуг, або законного представника; направлення лікаря
4	<b>психологічне консультування</b>	цілісне, свідоме та планомірне застосування науково-обґрунтованих методів психологічної допомоги особам, які перебувають у	Особисте звернення отримувача/отримувачки послуг, або законного представника; направлення лікаря

		складних життєвих обставинах, пережили надзвичайні події, мають емоційні, поведінкові проблеми, що не відповідають діагностичним критеріям психічних розладів, а також можуть бути супутніми під час виникнення психічних розладів	
5	<b>психотерапія</b>	ілісне, свідоме та планомірне застосування науково-обґрунтованих методів психотерапії з метою профілактики та/або подолання психічних та поведінкових розладів	Особисте звернення отримувача/отримувачки послуг, або законного представника; направлення лікаря
6	<b>групова робота</b>	проведення психологічних тренінгів	Особисте звернення отримувачів/отримувачок послуг, або законних представників

## 5.2. Психоедукація та психоедукаційні моделі

Кожному Захиснику чи Захисниці для відновлення та зцілення ран, завданих війною, буде потрібно різна кількість часу, різні підходи, різні методологічні інтервенції. Адже об'єм травматичного матеріалу та його вплив на людську психіку буде відрізнятись, в залежності від того, скільки часу людина



провела в зоні бойових дій, які саме бойові завдання та розпорядження виконувала, який її характер та світогляд, життєвий досвід тощо.

Проте, існують два види психологічних послуг, які, згідно діючому законодавству, гарантовано має отримати кожен ветеран, який проходить психологічну реабілітацію, це психологічна діагностика та психоедукація. Чи буде відбуватись подальша психокорекційна робота та психотерапія, залежатиме від обставин, бажання та можливостей самого отримувача послуг. Але, здійснення психодіагностики та проведення психоедукації – необхідний та обов'язковий мінімум послуг, який має отримати кожен учасник бойових дій.

*Психоедукація (психологічне інформування, психологічна просвіта), оформлена в чіткі, цікаві та структуровані моделі, є універсальним і дієвим інструментом, який виконує одразу багато функцій: сприяє здобуттю ясності щодо процесів, які відбуваються з людиною та її психікою, наслідком чого стає зниження рівня тривоги; підвищує рівень обізнаності клієнта, що посилює його почуття впевненості у собі; в певній мірі може сприяти стабілізації психоемоційного стану. Адже страх невизначеності та нерозуміння причини свого стану, його суті та перспектив майбутнього, «лікується» підвищенням компетентності.*

*Поінформованість – заспокоює, тому що нерозуміння та розгубленість змінюється розумінням і дає можливість планувати подальші дії та кроки, які слугуватимуть зціленню, адаптації, покращенню самопочуття та стабілізації психоемоційного стану. Саме тому психоедукацію включено в перелік послуг, які складають зміст психологічної допомоги для ветеранів, закріплений Постановою Кабінету Міністрів України №1338 від 29.11.2022 року.*

*Психоедукація (від англ. psychoeducation – «психологічна просвіта», «освіта», «виховання») – необхідний етап у консультуванні/психотерапії, що дає людині знання про шляхи подолання наслідків травматичної події. Завдання консультанта/терапевта в цьому процесі – не просто дати знання: розповісти людині про те, що з нею відбувається, або про її проблему (розлад, хворобу, кризу), а й навчити, яким чином поводитись з отриманою інформацією. Тобто не лише повідомити інформацію, а й задіяти процеси, які сприятимуть розвитку адаптивної поведінки (розв'язанню проблеми).*

Спочатку психоедукація була розроблена в 1950-х роках у США для підтримки хворих на шизофренію та їхніх рідних. Саме в той час учені спостерігали сприятливий вплив нейролептиків на пацієнтів із шизофренічними розладами. Однак часто хворі були не готові регулярно вживати препарати, які призначали лікарі, через недостатнє усвідомлення хвороби, а також недостатнє пояснення необхідності медикаментозного лікування. *Фактично дослідження засвідчили, що значна частина пацієнтів елементарно не знала свого діагнозу або не розуміла його повною мірою.*

Тому в 70–80-х роках минулого століття в Америці вперше започаткували цілеспрямовану психоосвіту для хворих на шизофренію та їхніх родин, яка пояснювала симптоматику, побічні дії препаратів, можливі варіанти лікування, прогнози тощо. Психоедукативні сеанси не можуть замінити психотерапію чи медикаментозне лікування. Однак позитивно впливають на готовність пацієнтів до співпраці і допомагають родичам впоратися із ситуацією психологічно та посилити їхню терапевтичну роль.

Колектив авторів методичного посібника «Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних сил України» говорять про психоедукацію як про один із заходів первинної психопрофілактики. Вони відзначають, що необхідно проводити психоосвітню роботу щодо реагування психіки на важкі психотравмуючі події. Особливу увагу треба присвячувати темам тривоги, страху, паніки, воєнним стресовим чинникам та можливості їх запобігання, поведінці командира, чинникам психічної бойової готовності, різним формам поведінки на полі бою, небезпеці від психологічно-пропагандистських дій ворога, зокрема, чуток.

Також важливою частиною психоедукації є навчання прийомам емоційного і психологічного розвантаження, саморегуляції і самокорекції (самоконтроль, фізичні вправи, дихальні практики та аутогенне тренування, вправи прогресивної м'язової релаксації, техніки креативної візуалізації, різноманітні медитативні техніки). Проведення психоосвітньої роботи щодо реагування психіки на важкі психотравмуючі події. Навчання військовослужбовців розпізнанню психічних розладів; навчання прийомам; психологічне інформування особового складу про можливі психологічні наслідки бойової діяльності та шляхи їх подолання.

*Психоедукація – це пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості.*

Застосування психоедукації дає гарні результати і під час лікування соматичних хвороб, про що все частіше зустрічається інформація в медичній літературі. Мета психоедукації для пацієнта – краще зрозуміти і навчитися справлятися з хворобою, а також сприяти виявленню та залученню сильних особистісних властивостей пацієнта, його ресурсів і навичок подолання кризових станів для уникнення рецидиву і покращення здоров'я і благополуччя на довгостроковій основі, оскільки з кращим знанням пацієнта про свою хворобу, він краще може жити з цим станом.

Одна із сформованих в умовах бойових дій навичок ветеранів/-нок – це тайм-менеджмент та самоконтроль. Проте при поверненні додому та низьких адаптивних навичках може відбутися погіршення когнітивних функцій. Саме тоді у нагоді стануть техніки, де узгоджуються часові рамки виконання окремих завдань або чіткий регламент/розподіл обов'язків. В окремих випадках ветерани/

нки можуть мати нав'язливі прояви контролю за дисциплінарністю у відношенні до себе та до інших, виробленні під час проходження військової служби. Психологи та соціальні працівники повинні допомогти отримувачам послуг усвідомити безпеку середовища, в якому вони перебувають та відсутність загроз.

### **Основні елементи психоедукації:**

- передача інформації (симптоматика порушення, причини, прогноз, лікування і побічні дії ліків);
- емоційна розрядка близьких пацієнта (розуміння ними сприяння курації одужанню, обмін досвідом з іншими особами, дотичними до життя та лікування пацієнтів, соціальні контакти тощо);
- пояснення доцільності дотримання регулярного і повного медикаментозного та психотерапевтичного лікування, оскільки кожна співпраця та комплаєнс сприяють покращенню психічного та соматичного здоров'я і підтримують пацієнта;
- допомога у виробленні навичок самодопомоги (наприклад, навчання, як оперативно виявляти ознаки маніфестування хвороби чи кризових ситуацій у пацієнта, і які кроки слід зробити, щоб сам пацієнт чи його близькі були у змозі надати першу допомогу: медичну, психологічну, соціальну).

*Психоедукація або психологічна просвіта, як ресурс, працює за принципом «знання – сила» і передбачає спочатку отримання корисних теоретичних знань різної спрямованості – інформацію, а потому – підтвердження, ілюстрування їх у форматі візуального образу*

Залучення психоедукації до арсеналу сучасних впливів на процес курації пацієнта вимагає від лікаря і психолога вміння вибудовувати свої стосунки з пацієнтами і їхніми родичами, здатності впливати на них, уміння у кожному конкретному випадку застосовувати до пацієнтів та їхніх родичів найбільш ефективний спосіб виховного впливу.

Особливо важливими є дані, які свідчать про те, що ефективність застосування комбінованої терапії (специфічне лікування соматичної хвороби, антидепресанти та психотерапія з застосуванням елементів психоедукації) не лише значно підвищили ефективність лікування як соматичних, так і психічних розладів, а й виявили стійке протягом 6–12 місяців покращення самопочуття і відсутність рецидивів, що, безумовно, вказує на доцільність її подальшого застосування.

### **Психоедукаційні моделі**

Ми дійшли висновку, що здійснювати інформування краще по певному алгоритму, створивши цілісний і лаконічний інформаційний блок (психоедукаційну модель), що буде подаватись простою мовою та супроводжуватись конкретними прикладами і метафорою.

*Психоедукаційна модель* – це структурований короткий блок інформації про окреме явище психічного життя людини (або психо-фізіологічний процес, або іншого змісту), який містить в собі пояснення щодо того, як саме функціонує та чи інша система, роз'яснює зв'язок причин і наслідків та містить просту інструкцію, як вплинути на цей процес, щоб відновити (або покращити) психологічний (психоемоційний, психофізичний) стан людини. В ідеалі психоедукаційна модель має супроводжуватись метафоричним малюнком, або схемою.

*Психоедукаційна модель* – це свого роду скрипт (script), що в перекладі з англійської мови означає «сценарій». В програмуванні це невелика програма, яка послідовно виконує список однотипних завдань.

*Структура психоедукаційної моделі складається з наступних складових:*

1. Теоретична інформація, підібрана таким чином, щоб найбільш чітко і зрозуміло описувати окреме явище людської психіки (наприклад, що таке психотравма і як вона створюється, який вплив має на людину та її якість життя, яким чином можна працювати з травматичним матеріалом, що таке посттравматичний стресовий розлад, що таке флешбек і т.д.).

2. Конкретні приклади, якими супроводжується теоретична інформація, на яких демонструється взаємозв'язок подій зовнішнього життя і реакцій людської психіки на них.

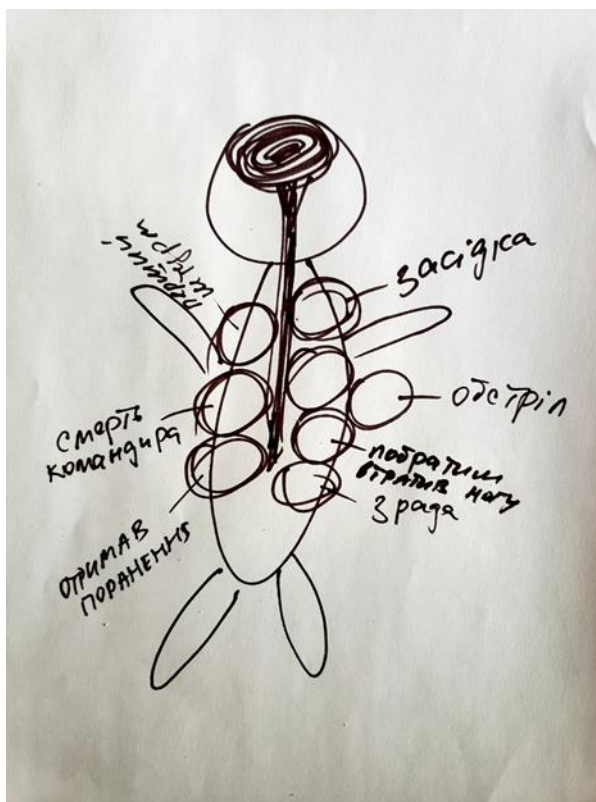
3. Супровід викладання інформації метафорою, яку можна зобразити на малюнку, або схемі. Сприймання інформації через зорові центри є найбільш ефективним для більшості людей. Загально відомо, що 90% інформації про навколишній світ людина отримує через зір, 8% доводиться на органи слуху. Тому доповнення матеріалу, що подається в усній формі, візуальним, однозначно покращує його сприйняття і гарантує більш глибоке розуміння інформації.

### **Основними функціями психоедукаційної моделі є:**

- 1) формування в отримувача психологічних послуг чіткого розуміння природи окремого симптому/синдрому/розладу/стану, який має актуальність;
- 2) розуміння причин і наслідків тих порушень, які мають місце бути на психологічному/поведінковому/біологічному рівні;
- 3) наявність можливості прогнозування подальших тенденцій та динамік;
- 4) наявність можливості планування індивідуального покрокового плану лікування/психокорекції/психореабілітації тощо.

### **Психоедукаційна модель «Чоловічок з камінням»**

Наприклад, психоедукаційна модель, яка використовується в процесі роботи з ветеранами/ми та учасниками бойових дій, під час інформування про ПТСР, процес його утворення та схеми лікування, пояснює отримувачам послуг загальні принципи роботи нервової та ендокринної систем людини. Ця модель склалась на практичному досвіді, а метафоричний малюнок одразу отримав назву «Чоловічок з камінням» або «Людинка з камінням», через те, що простота його зображення нагадує дитячий малюнок. Приклад малюнка наведено нижче.



*Інформаційний текстовий блок психоедукаційної моделі «Чоловічок з камінням» складається з наступного тексту.*

«Щоб краще пояснити вам, що саме собою представляє посттравматичний стресовий розлад, я зараз на простій схемі продемонструю, як працюють наші внутрішні системи організму. Все внутрішнє життя людини формується та відбувається завдяки нашій нервовій системі. Вона складається з центральної нервової системи і ви точно знаєте її найважливіші структури: це головний мозок та спинний мозок; а також периферійна нервова система – нервові сплетіння, які пронизують все наше тіло. Завдяки нервовій системі ми все відчуваємо. Існує ще одна важлива біологічна система нашого організму, яка підпорядковується нервовій – це ендокринна, вона керує гормонами. Саме завдяки гормонам ми відчуваємо емоції, можна сказати, що наші емоції створюються в тілі гормонами, коли ми реагуємо на події зовнішнього світу. Якщо ці події приємні для нас і

безпечні – наша ендокринна система виділяє, наприклад, гормон окситоцин, або серотонін, і тоді наші відчуття в тілі приємні, ми радіємо. Але, якщо події нашого життя погані чи небезпечні – виділяються гормони адреналін та кортизол. Ці гормони викликають напруження м'язів, вони переводять весь організм на інший режим роботи – «бути готовим битися, або втекти», тому що тіло знає – є ризик загинути. Тоді посилюється серцебиття, підвищується тиск, ми відчуваємо напруження м'язів.

В звичайному житті як тільки небезпека минає – тіло починає розслаблятися. Але, приймаючи до уваги ваш досвід і те, що ви довго знаходились в умовах великого стресу: постійно перебуваючи під обстрілами; приймаючи участь в боях, атаках, зачистках і штурмах; стаючи свідками загибелі побратимів, та інших подій війни, ваші нервова та ендокринні системи звикли працювати на «високих оборотах», а гормонів виділялось так багато, що тіло не встигало їх розчиняти та переробляти.

Метафорично висловлюючись, цей адреналіновий досвід обернувся на каміння, яке створилось під час кожної вражаючої та/або небезпечної для вас події. Ваше тіло ще ніколи не стикалось з таким великим стресом, ще ніколи раніше ендокринна система не продукувала таку велику кількість гормонів адреналін та кортизол. Тому автоматично і самотужки внутрішні психічні системи не можуть їх переробити, знявши напругу. Це каміння немов застрягло в тілі і заважає тепер, блокуючи нормальну роботу нервової системи. Воно обтяжує ваш внутрішній простір і блокує багато життєвої енергії, яка мала б працювати на відновлення та зцілення. Але, ми знаємо, що з цим робити і можемо поступово прибрати це каміння, працюючи повільно та покроково з тим досвідом, який ви отримали під час участі в бойових діях, з тими слідами, які лишилися в тілі вашої психіки. Це полегшить ваш внутрішній стан і вивільнить чимало життєвої енергії, яка надалі буде працювати вам на користь, сприяючи гармонізації та балансуванню внутрішнього стану».

Варто зазначити, що ця модель є добре зрозумілою отримувачам послуг, особливо в супроводі малюнку. Під час роботи з цим психоедукаційним блоком можна використовувати додаткові прийоми, наприклад – малювати Чоловічка простим олівцем і після заповнення тіла «каміннями важкого досвіду», переходячи до інформації про перспективи сумісної роботи психолога і отримувача послуг, стерти камінці гумкою, очищуючи тіло чоловічка. Ця позитивна візуальна зміна (було/стало) може стати елементом натхнення та додатковим, най і маленьким, стимулом продовжити (або розпочати) психореабілітаційний процес.

**Психоедукаційна модель «Архів пам'яті»  
для інформування отримувачів/ок послуг про причини виникнення  
інтрузій у формі флешбеків**

*Флешбеки* – це спогади, котрі здійснюють фактичне вторгнення в свідомість людини, захоплюючи її увагу, створюючи «перенесення» з сучасності

в екстремальні (найчастіше – загрозливі) події, учасником/учасницею або свідком яких людина була в минулому.

*Чисельні сучасні дослідження підтверджують версію, що головна «поломка» у випадку наявності флешбеків, відбувається в механізмах такої психічної функції, як пам'ять. Пам'ять відображає досвід людини шляхом запам'ятовування, зберігання та наступного відтворення інформації. Феномен пам'яті належить до найбільш складних як у сенсі теоретичного вивчення його сутності, так і щодо екстраполяції розгляду функціонування пам'яті у контексті розв'язання практичних задач, пов'язаних з реальними умовами діяльності людини. З одного боку, вона виступає засобом збереження й актуалізації індивідуального досвіду людини, а з другого – пам'ять є засобом передачі та засвоєння суспільного досвіду, а розуміння будови і функціонування пам'яті з позицій системного підходу дає можливість розглядати її у цілому як багатофункціональну систему із складною архітектонікою операційних та регуляторних механізмів.*

*Пам'ять є необхідною умовою психічного розвитку людини, адже нові утворення ґрунтуються на основі зафіксованих здобутків. Завдяки пам'яті відбувається становлення особистісної ідентичності, усвідомлюється її єдність і цілісність, а людина набуває потрібних для діяльності знань, умінь та навичок.*

Ще у давньогрецькій міфології виявляється визнання важливої ролі пам'яті у розвитку культури людства. Особливо шанована греками була богиня пам'яті Мнемозина, яка була матір'ю дев'яти муз – покровительок науки, поезії і мистецтва. На ім'я цієї богині пам'ять в психології часто називають мнемічною діяльністю.

Складну структуру пам'яті в психології прийнято поділяти на чотири основні мнемічні процеси: *запам'ятовування; збереження; відтворення; забування*. Наявність або відсутність усвідомлення, здатності дати собі звіт про роботу власної пам'яті в такому її аспекті, як відтворення, служить підставою для виділення експліцитної й імпліцитної пам'яті

*Психоедукаційна модель* – це структурований короткий блок інформації про окреме явище психічного життя людини (або психофізіологічний процес, або іншого змісту), який містить в собі пояснення щодо того, як саме функціонує та чи інша психічна система, роз'яснює зв'язок причин і наслідків та містить просту інструкцію, як вплинути на цей процес, щоб відновити (або покращити) психологічний (психоемоційний, психофізичний) стан людини. В ідеалі психоедукаційна модель має супроводжуватись метафоричним малюнком, або схемою.

Враховуючи вище наведену інформацію, вбачається актуальним запропонувати текст та візуальне супроводження психоедукаційної моделі «Архів пам'яті», яку буде викладено у формі прямої мови, адресованої отримувачу/отримувачці психологічних послуг.

«Щоб запропонувати пояснення механіки внутрішнього психологічного процесу і дати відповіді на питання: «Що таке флешбеки і чому вони виникають?», нам треба спочатку звернути увагу на таку психічну функцію, як пам'ять. Саме пам'ять забезпечує цілісність картину світу, яку має кожна психічно здорова людина, а також цілісність самої особистості, завдяки запам'ятовуванню її історії життя.

Пам'ять фіксує весь наш досвід, за допомогою спеціальних механізмів - запам'ятовування, зберігання та наступного відтворення інформації. Ці механізми певним чином впорядковані біологією організму, тобто – вони, зазвичай, відбуваються за конкретними алгоритмами. І ми можемо говорити, що існує окрема система сприйняття, обробки та зберігання інформації в середині нашої пам'яті, яка зазвичай функціонує добре, дозволяючи нам викликати спогади тоді, коли цього бажаємо.

Ми можемо метафорично уявити, що існує «Архів пам'яті», таке собі сховище, в якому зберігаються спогади з усього нашого життя. І в цьому архіві є різні розділи: в одному зберігається інформація з далеких від сьогодення часів – спогади дитинства, юності. Ми називаємо це довготривалою пам'яттю. В іншому розділі будуть спогади про події, які відбулись нещодавно, або навіть сьогодні. Це – короткочасна пам'ять.

Класифікація цих розділів у сховищі також відбувається за іншими критеріями, наприклад – чи усвідомлені наші спогади, які стали частиною автобіографічної пам'яті, чи ні. В розділі «Автобіографічних спогадів» зберігаються цілісні спогади, свого роду – історії якоїсь події, або окремого дня. Ці історії є нам доступними для пригадування від початку і до кінця, ми можемо пригадати ланцюжок подій, немов «прокрутити кадри на фотоплівці», а під час контакту з цією інформацією, наш емоційний фон не буде змінюватись екстремально сильно. Так чітко в пам'яті записуються спогади подій, які не були для нас травматичними і під час обробки на метафоричній «станції сортування спогадів» система розпізнала їх як цілісні, спрямувавши на зберігання в сховище «Автобіографічні спогади».

Якщо ми були учасниками або свідками стресових, небезпечних обставин, знаходились в екстремальних умовах, де була пряма загроза життю, тоді наше тіло реагувало на небезпеку високими показниками гормонів стресу, які створювали сильний емоційний відгук на подію. Ці процеси можуть впливати на якість запам'ятовування – система збереження інформації в такому разі не завжди спрацьовує добре.

Спогад не буде цілісним, а найбільш емоційно «гарячий» епізод може немов відколотись і лишитись окремо, тоді цей інформаційний матеріал не зможе пройти внутрішню обробку, вбудовуючись в історію того дня, коли сталася подія. Він немов розіб'ється на шматки, або уламки, в яких закарбуються емоції, що залишаються «гарячими», як в момент реальної небезпеки. Такі

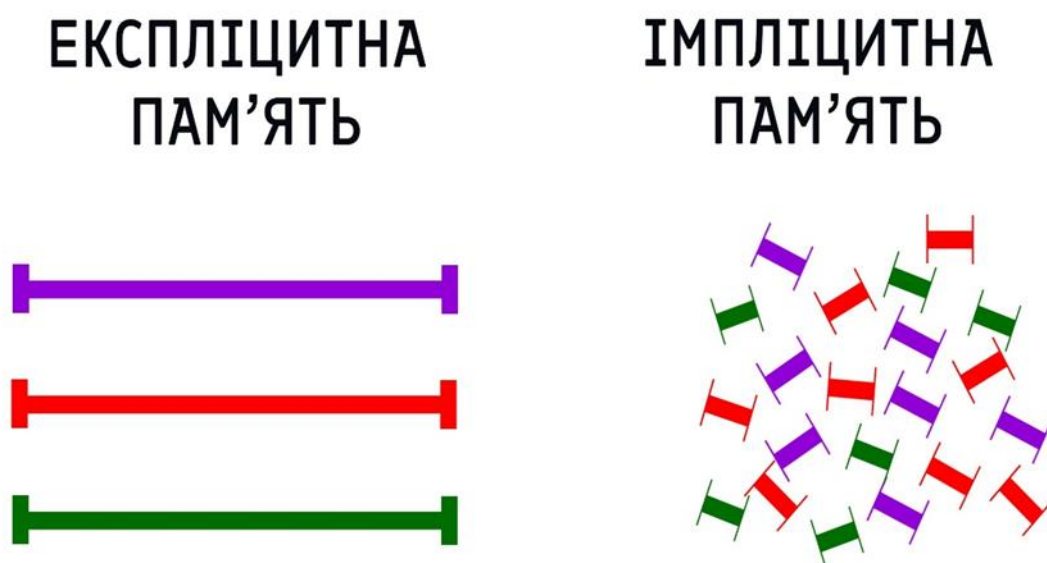


спогади не потрапляють в «Архів пам'яті», а можуть лишитись, або навіть «застрягнути», умовно кажучи, на «станції сортування спогадів». Ось ці уламки спогадів і стають флешбеками – це епізоди стресових або небезпечних подій, які психіка не змогла переробити як цілісний спогад і перевести в Архів, зробивши частиною біографії життя.

Але, ми можемо допомогти нашій пам'яті відновити цілісність такого спогаду, здійснивши певну когнітивну (мисленево-образну) роботу. Приділяючи увагу тій історії, епізоди (уламки) якої створюють флешбек, з часом вдасться «зібрати уламки» в єдину цілісну послідовність – пригадати і розказати, або записати всю історію і знизити високий емоційний заряд, який зберігався в окремих точках. Тоді цей ансамбль подій стане частиною життєвої історії і перейде в розділ автобіографічної пам'яті. Флешбек, або захоплюючий свідомість спогад, який є епізодом (уламком) екстремальної історії з минулого, більше не турбуватиме вас».

Використовуючи візуальну схему психолог може пояснити, що тільки цілісні спогади можуть бути поміченими в «Архів пам'яті» і для цього треба зібрати розрізнені частини спогаду (епізоди), відтворивши цілісність історії, в яку відбувається флешбек. Під час роботи в цьому контексті можуть бути використані техніки травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії.

**Рис.1. Візуалізація: ліворуч – цілісний спогад, праворуч – спогад, розбитий на уламки.**



В якості прикладу може бути наведений матеріал реального кейсу. Отримувач послуг скаржився на флешбек, який здійснював активне вторгнення в свідомість, викликаючи завмирання та активацію регресії в епізод травмивної події – евакуація пораненого бійця, який в результаті поранення втратив обидві ноги. В момент регресії перед очима була картина того моменту, обличчя пораненого бійця і сказана ним фраза: «Мені холодно!». Отримувач послуг допоміг перенести пораненого побратима в машину евакуації і мав сісти за кермо, але обставини склались таким чином, що за кермо сіла інша людина. На жаль, поранений побратим помер в дорозі. Отримувач послуг весь час задавався питанням: «Можливо, як би за кермом був я, то встиг би його довести?». Під час роботи з історією того дня, отримувач послуг пригадав, де раніше чув цю фразу і зрозумів, чому вона йому запам'яталась. Також пригадав багато подробиць тих подій, які раніше були поза фокусом уваги. Зібрані факти допомогли створити цілісну картину подій і когнітивно опрацювати всі контексти. Після завершення роботи, в процесі якої застосовувались техніки травмафокусованої когнітивно-поведінкової терапії та десенсибілізації і переробки травматичних спогадів за допомогою руху очей (ДПРО), метод Френсіс Шапіро, інтрузивне вторгнення з цим епізодом більше не турбувало.

### **Психоедукаційна модель «Діамант Самоцінності»**

Ця психоедукаційна модель народилась в процесі роботи з людьми, які пережили полон і тортури, а також з членами їх родин, як метафоричне пояснення впливу болісного і руйнівного досвіду, який отримують люди, проходячи російський полон.

Становлення особистості включає в себе становлення відносно стійкого образу «Я», тобто цілісного уявлення про самого себе. Образ «Я» – складне психологічне явище, що не є простим усвідомленням своїх якостей чи сукупності самооцінок, не просто відображенням певних об'єктивних даних і незалежних від міри свого усвідомлення якостей, а соціальною установкою, ставленням особистості до самої себе, що складається з таких компонентів: - пізнавальний – пізнання себе, уявлення про свої якості і риси; - емоційний – оцінка якостей і формування самоповаги; - поведінковий – практичне ставлення до себе на основі попередніх двох Компонентів. «Я-концепція» відображає прояв самосвідомості, динамічну систему уявлень дорослої людини про себе. Вона формується під впливом досвіду кожного індивіда. Ця система становить основу вищої саморегуляції людини, на базі якої вона будує свої стосунки з оточуючим її світом. Самосвідомість у психологічній літературі розглядається як складне родове утворення в структурі психіки особистості, а образ «Я» – як видове. Образ «Я» – продукт самосвідомості, тобто вияву усвідомлення і оцінки індивідом себе як суб'єкта практичної та теоретичної діяльності, ідеалів, переконань, що мотивують його активність.

Самоцінність – це набір базових переконань людини про себе, як про таку істоту, що достойна поваги і має право на гідне ставлення до себе. Має право на багато речей, вільна в своїх виборах і через них – має владу над своїм життям, спроможна впливати, обираючи, а також – має людську гідність.

Почуття внутрішньої гідності формується в процесі контакту з іншими людьми. Спочатку – з найближчими родичі, батьки, опікуни, інші члени родини, які мають ставитись турботливо і з повагою до дитини, її потреб та інтересів, не лишаючи дитину в постійних дефіцитах, почуття голоду, фізичного або тактильного, не створюючи загрозливих умов її безпеці, дозволяючи сформуватись правильним і здоровим кордонам особистості. Ставлення інших людей до дитини формують її внутрішній образ самої себе, як «можна» і як «треба» з нею поводитись. В перші роки життя найближче коло формує свого роду «стандарт цінності цієї людини», якого відношення вона достойна, як можна і як не можна з нею поводитись. Якщо людина від народження не знає гідного ставлення і поважного відношення до себе, як персони, її самоцінність може не сформуватись, тому що досвід буде навчати через факти поганого ставлення, приниження, насильства – «зі мною так можна» будуть фіксувати всі внутрішні системи, не маючи альтернативної картини ставлення.

Гідність формується завдяки існуванню в суспільстві гарантованої сукупності прав людини і захист громадян від аморального та насильницького ставлення, порушення кордонів і меж, які передбачені законодавством як природні права людини, тобто такі, які вона має від народження, по факту свого життя. Людська спільнота пройшла чималий шлях культуральної та ціннісної еволюції, маркером якої є виникнення і розвиток такого феномену, як право, взагалі, та концепції прав людини.

Право представляє собою сукупність певних правил поведінки, які встановлюються в суспільстві для врегулювання всього спектру відносин, які існують в суспільстві (економічні, господарські, трудові, медичні, в сфері освіти, в сфері податків і фінансів, науки і техніки та інш.).

Права людини – це не просто юридичні норми, а складна, багатогранна концепція, що протягом історії набувала різних вимірів. Її трактування еволюціонувало від релігійно-етичних та філософських ідей до сучасного політико-правового дискурсу. Шлях до утвердження прав і свобод людини був тернистим. Людство крок за кроком обмежувало всевладдя держави, розширюючи коло осіб, яким гарантується рівноправність. Цей процес супроводжувався запеклою боротьбою за нові й нові ступені свободи, яка нерідко ставала каталізатором масштабних суспільно-політичних змін

Ми можемо пояснити наслідки тривалого позбавлення людей будь-яких прав та приниження їхньої гідності, через образ великого діаманту, який уособлює собою самоцінність особистості і є психологічною базою, фундаментом персони. Самоцінність – це набір базових переконань людини про себе, як про таку істоту, що достойна поваги і має право на гідне ставлення до себе. Має право на багато речей, вільна в своїх виборах і через них – має владу над своїм життям, спроможна впливати.

Самоцінність визначатиме вибори, які людина буде робити в житті; характеристики партнерів, які особа обиратиме собі для ділових відносин і приватних стосунків. Вона впливатиме на рівень доходів і рано чи пізно вплине також на стан фізичного здоров'я: маючи низьку, порушену, або знищену самоцінність, людина стане толерантною до деструктивної та/або саморуйнівної поведінки, яка знаходитиме свій прояв, наприклад, в різноманітних залежностях та не доброзичливих стосунках.

Якщо людина від народження не знає гідного ставлення і поважного відношення до себе, як персони, її самоцінність може не сформуватись, тому що досвід буде навчати через факти – «зі мною можна вчиняти так погано», «мене ніколи не враховують», «про мене не треба дбати», «я не заслуговую на щось хороше» будуть фіксувати всі внутрішні системи, не маючи альтернативної картини ставлення.

Вертаючись до метафори «Діамант Самоцінності» ми пропонуємо уявити собі діамант, кожна грань якого – це переконання/уявлення людини про себе. І вони всі підтверджують цінність персони, у власних очах. Людина «знає», що вона: хороша, красива, добра, достойна всього найкращого, її кохають, її поважають, слухають і підтримують, про неї дбають. Що вона – красива жінка, або – сильний чоловік. Поважний та авторитетний спеціаліст, визнаний фахівець в своїй сфері. Що вона – доброзичлива, але вміє дбати про свої кордони, не дасть себе ображати, а якщо так станеться – буде себе захищати.

Кожна грань Діаманту – важлива нота в мелодії нашої ідентичності. Людина – це багато чого, в тому числі те, що вона про себе думає, що про себе знає і як до себе ставиться. Самоцінність визначає якість життя людини, і внутрішнього і зовнішнього, тому дуже важливо, щоб цей діамант витримував впливи обставин життя, які зустрічають персону з досвідом зневаги та поганого ставлення до себе, з боку інших людей.



Такий досвід може, метафорично висловлюючись, забруднити Діамант, притушити його сяйво. Коли людина зіштовхується з систематичним позбавленням прав, приниженням гідності, коли їй завдають фізичних ушкоджень, не маючи жодного впливу на таку ситуацію, будучи не в змозі захистити собі, тому що взагалі нема влади над власним життям – вона стає жертвою та потерпілим/ою цих обставин і людей. Важко цінувати себе, коли тебе не цінують інші. Більше того – цілеспрямовано завдають шкоди. Виявляється – так можна зробити...

В найгіршому випадку Діамант Самоцінності може не витримати жорстокого впливу і, в якийсь момент, розколотись. Втрата цілісності цієї психічної структури, на нашу думку, відповідає характеристикам і картині комплексного посттравматичного стресового розладу (кПТСР). Людина внутрішньо «розколюється» і перестає вважати себе рівною іншим, втрачає віру в свою гідність, ставиться до себе як до «брудної», «не достойної», «взагалі більше не людина, після того, що зі мною зробили», «я не маю право на гідне життя», «я не маю права бути», «не маю право на стосунки», «не маю права на щастя».

Це наслідки порушення глибинної, базової ідентичності, на рівні «Я – Є. Я Є Я. Я Є ТАКИМ/ОЮ ЯК Я Є. І ЦЕ – ОК». Таке порушення буде потребувати

довготривалої роботи з покрокового відновлення цілісності і ця робота не буде простою.

Проте, «складно» – не означає «неможливо»! Люди раняться, інколи навіть «ломаються» в деструктивних обставинах і контактах з іншими людьми (жорстокими, садистичними, психічно хворими). Але для зцілення і відновлення потрібні також люди – уважні, турботливі, добрі, терплячі, дбаючи, поважаючи. Люди руйнують... І люди відновлюють. Зцілення ран від контактів з «поганими», можливо лише в контакті з «хорошими».

В процесі психореабілітації осіб, Діамант Самоцінності яких постраждав, ми будемо використовувати певні стратегії, алгоритми, інструменти, які спрямуємо на зцілення кожної з граней діаманту. А у випадку розколу цього ядра – на його нарощування наново.

### 5.3. Ресурсування в процесі психореабілітації

Робота з ресурсами людини – найважливіша частина психореабілітаційного процесу. Саме наявність ресурсів (зовнішніх і внутрішніх, соціальних і моральних, матеріальних і ментальних) забезпечує стійкість людини до важких обставин і подій життя. Чим більше ресурсів має людина – тим швидше відбуватиметься процес її стабілізації, відновлення, зцілення.

Одна із задач психолога в психореабілітаційному процесі – допомогти людині переключити увагу з проблеми на рішення. Зняти фіксації на негативному матеріалі, які породжують такі деструктивні явища, як: повторювальні нав'язливі думки; звуження когнітивних та аналітично-критичних алгоритмів мислення («тунельне бачення проблеми»); формування сценаріїв катастроф в найближчому майбутньому («катастрофізація майбутнього»); висока тривожність; порушення внутрішнього «Я-образу» і зміна думки про себе з «Я – хороша/сильна людина» в бік мислення «Я – невдаха/слабка/нікчема» та ін.

*Щоб зняти ареол розгубленості і вийти з позиції Жертви, людина має пригадати ким вона є, ким і якою була до важких подій, які перевантажили і виявились більшими за можливості її «вікна толерантності».*

Важливим у контексті роботи з ветеранами/ветеранками на першій лінії є пошук ключових елементів у їхній системі цінностей, які стануть короткими життєзмістами на цьому відрізку життя та мобілізуватимуть їхній ресурс у випадку відчаю (повернення до літніх батьків, завершення навчання, одруження,

реалізація своєї мрії чи цілі). Також можна звертатися до релігії як до умовного зовнішнього ресурсу та джерела надії на оптимістичні прогнози розвитку подій.

Важливо не допустити зменшення важливості всього життєвого досвіду людини, на фоні травми, навіть якщо травма велика (Т). Хоча такі тенденції мають місце – уражена частина психіки немов прагне знецінити все попереднє, захопивши всю владу собі і програмуючи свідомість мислити певним чином. Це можна метафорично представити, як умовний «фільтр травми», який ставиться у внутрішньому просторі людини, котра постраждала, і надалі її очі будуть дивитись на світ через цей фільтр травми. Мислення, емоційні схеми, тілесні відчуття також зазнають вплив цього травматичного фільтру.

Чим менше ресурсів у людини, які будуть підтримувати її стійкість і підпитувати «здорову/неушкоджену» частину психіки, або в принципі забезпечать її існування (цієї частини) – тим більш глибоким і руйнівним буде вплив болісного, травматичного матеріалу на всі системи.

Цілеспрямована робота, яка матиме своєю метою посилити контакт людини зі своїми ресурсами, або відшукати їх/пригадати/створити, дозволить активувати внутрішні потенціали вітальної енергії. Це як чудотворні ліки, які допомагають загоїться ранам і відновити цілісність. Часто психологу треба проявити не аби який креатив, щоб провести роботу по активізації ресурсів, тому що чимало людей з доволі складним життєвим шляхом, на якому хорошого було справді набагато менше, ніж поганого і складного. Проте, психолог може скористатись напрацюваннями з різних психологічних модальностей, які представляють свої техніки та методики роботи з ресурсами.

### **Модель «BASIC Ph» для роботи з ресурсами**

В 90-х рр. 20ст. під час роботи з людьми, які живуть в ситуації постійної загрози для життя, М. Лахад та його колеги встановили, що у 20% досліджуваних проявляється ПТСР, інші ж 80 % якимсь чином долають травму, зберігаючи при цьому своє здоров'я. Провівши аналіз провідних психологічних теорій «зустрічі людини зі світом», а також здійснивши власний багаторічний емпіричний аналіз, зберігаючи фокус дослідження на цих здорових способах подолання людиною кризових ситуацій, М. Лахад запропонував власну багатовимірну модель «зустрічі зі світом» – модель подолання стресу та пошуку внутрішньої стабільності для людини.

*Модель «BASIC Ph»* – це деякий «міст над прірвою», що допомагає людині «вирости» з кризової ситуації, «з'єднати» її внутрішнє «Я» та зовнішній «Світ». Було виявлено, що в кожного є своє власне унікальне поєднання ресурсів подолання. Ідея моделі полягає в тому, що в людини існує свій потенціал, досвід у подоланні стресової події в шести модальностях:

1. В – Belief & values – *віра, переконання, цінності, філософія життя.*

2. A – Affect – *вираження емоцій та почуттів.*

3. S – Socialization – *соціальні зв'язки, соціальна підтримка, соціальна приналежність, спілкування.*

4. I – Imagination – *уява, мрії, спогади, творчість.*

5. C – Cognition, thought – *розум, пізнання, когнітивні стратегії.*

6. Ph – Physical – *фізична активність, тілесні ресурси.*

*Belief & values (Віра)* – цей спосіб подолання кризи базується на вмінні вірити: це може бути віра в Бога, в людей чи в самого себе. Існування в нашому житті сенсовної наповненості, системи життєвих цінностей, місії, віри є джерелом, з якого людина може почерпнути сили у складних ситуаціях.

*Affect (Емоції)* – цей спосіб подолання стресу вимагає від нас, перш за все, навчитися розуміти власні почуття, називати їх своїми власними іменами. Після цього з'являється можливість висловити розпізнані почуття найбільш прийнятними для кожної людини способами: словесно – в особистій розмові, письмово – в листі, без слів – в танці, малюнку, музиці чи драмі. Йдеться про пряме чи опосередковане вираження почуттів: наприклад, записувати в щоденник свої почуття, висловлювати їх у будь-який арт-спосіб (малюнок, спів, інструментальна музика) тощо.

*Socialization (Соціальні зв'язки)* – даному способу стресодолавання притаманне прагнення до спілкування, звернення за підтримкою до сім'ї, близьких людей чи до кваліфікованих спеціалістів. Крім цього, ми можемо самі допомагати іншим потребуючим людям, занурюватися в суспільну роботу тощо. Суть способу полягає у соціальній включеності, можливості бути серед людей, бути чимось корисною, почувати себе частиною системи, організації тощо.

*Imagination (Уява)* – цей спосіб подолання стресу апелює до наших творчих здібностей, креативної сторони нашої особистості. Завдяки уяві ми можемо мріяти, розвивати інтуїцію та пластичність, шукати і знаходити рішення у світі гри та фантазії, уявляти собі змінене майбутнє та минуле, навіть спогади про щасливі моменти здатні зменшити інтенсивність переживань у складних ситуаціях «тут і тепер». Сюди також відноситься почуття гумору, імпровізація, мистецтво та різного роду ремесла.

*Cognition (Розум, пізнання)* – спосіб подолання кризи через звернення до наших ментальних здібностей, до нашого вміння логічно та критично мислити, оцінювати ситуацію, пізнавати та осягати нові ідеї, планувати, навчатися, збирати достовірну інформацію, аналізувати проблеми та вирішувати їх. Сюди ж належить пріоритетність, альтернатива, делегування та саморефлексія (розмова з самим собою).



*Physical (Фізична активність)* – спосіб стресодолаання, що передбачає звернення до фізичної активності нашого тіла. Цей спосіб пов'язаний із такими можливостями нашого фізичного тіла, як здатність відчувати себе завдяки слуху, зору, нюху, дотику, смаку, відчуттю тепла та холоду, болі та задоволення, орієнтації на місцевості, внутрішньої напруги чи розслаблення. Він також включає в себе різного роду фізичні навантаження (зарядка чи виконання фізкультурних комплексів, ходьба, прогулянка на природі, походи в гори тощо) та тілесні практики (релаксаційні техніки, дихальні вправи тощо).

Психолог може використовувати цю модель, запропонувавши отримувачу/ці послуг оцінити, на скільки він має контакти з ресурсами, переліченими вище. Якщо якийсь кластер ресурсів на разі не використовується – можна проаналізувати, з якої причини і розробити стратегії доступу до них.

*Високий індекс ресурсованості особи буде в тому випадку, якщо людина здатна і має можливість бути в контакті з найширшим колом людей, активностей, зайнятостей, творчими реалізаціями, які є для неї джерелом позитиву, користі, підтримки та розвитку.*

Для розвитку каналів, що менш виражені у людини в її індивідуальному стилі стресодолаання, можуть допомогти наступні запитання та відповіді на них.

### **Belief & values. Ресурсний блок «Віра»**

У що та у кого Ви вірите?

Які у Вашому житті є традиції, які Ви любите та/чи яких притримуєтесь?

До якої групи чи спільноти Ви б хотіли бути приналежним (професійна спільнота, група за інтересами тощо)?

Які їх цінності Вам близькі?

Що Ви цінуєте у партнерах, з якими у Вас є спільна справа, робота, хобі, інтереси тощо?

Що, на Вашу думку, цінують у Вас Ваші партнери?

Які сенси наповнюють Ваше життя?

### **Affect. Ресурсний блок «Емоції»**

Які емоції Ви переживаєте в певний момент, чи можете їх назвати?

Чи вмієте Ви розпізнавати емоції інших людей?

Чи чините Ви вплив на себе та оточуючих Вас людей, з урахуванням їх/своїх емоційних реакцій?

Чи ділитися Ви своїми переживаннями з тими, хто поруч?

Чи дозволяєте Ви проявляти Ваші емоції? З ким у стосунку Ви дозволяєте їх проявляти?

### **Socialization. Ресурсний блок «Соціальні зв'язки»**

Що для Вас означає допомога і підтримка?  
Чи просите Ви про допомогу, коли її потребуєте?  
Чи надаєте Ви допомогу тим, хто її потребує?  
Як Ви вважаєте наскільки важливо ділити обов'язки в сім'ї?  
Чи домовляєтеся Ви про розподіл обов'язків?  
Чи подобається Вам спілкуватися з іншими?  
Які це люди і чим вони Вам подобаються?  
Що Ви отримуєте у цьому спілкуванні?

### **Imagination. Ресурсний блок «Уява»**

Вам подобається створювати щось нове?  
У якій сфері життя Ви можете назвати себе новатором?  
Яка сфера для створення нового найбільш для Вас цікава?  
Чи виділяєте Ви час у своєму житті на спілкування з мистецтвом, на продукування чогось нового?  
Чи дозволяєте Ви собі мріяти?  
Чи уявляєте собі Ваші мрії та бажання?  
Як Ви розвиваєте свою уяву?

### **Cognition and thought. Ресурсний блок «Розум і пізнання»**

Вам важливо точно оцінити ситуацію, зібрати всю інформацію?  
Що для Вас «вся» інформація?  
Які ризики Ви закладаєте у планування, коли зібрана інформація не є вичерпною?  
Як Ви перевіряєте достовірність отриманої інформації?  
Чи аналізуєте Ви складні ситуації Вашого життя?  
Чи Ваш досвід допомагає Вам «не ставати на ті ж граблі»?  
Чи відслідковуєте Ви прогрес у вирішенні складних життєвих ситуацій з плином часу (з віком)?  
Як часто у своєму житті Ви тренуєте себе, самодисциплінуєте?  
Що є свідченням у Вашому житті дисципліни?

### **Physical. Ресурсний блок «Фізична активність»**

Як Ви турбуєтеся про себе?  
Чи повноцінно Ви спите?  
Чи можете Ви захопитися роботою, не дивлячись на фізичний дискомфорт (холод, голод, сирість тощо)? Чи уважні Ви до себе і можете розрізнити фізичний дискомфорт від емоційного невдоволення?  
Як Ви чергуєте свою активність та періоди відпочинку?  
Які види відпочинку Вам більше подобаються? Чи плануєте Ви відпочинок у Вашому щоденному житті? Чи виконуєте Ви ці пункти плану?  
Які види фізичних навантажень є у Вашому житті?

Чи уважні Ви у своєму харчуванні до свого організму? Чи зберігаєте баланс між корисним і тим, що приносить задоволення, у Вашому харчуванні?

Чи користуєтесь Ви техніками релаксації? Які з них практикуєте?

### **Техніка-вправа метафоричного уявлення «Східний Базар»**

*Мета вправи:*

- досягнути внутрішнього фізичного та психологічного заспокоєння;
- поглибити навички роботи в уяві шляхом фокусування уваги на образах, які будуть формуватись під час уявної мандрівки на східний базар,;
- розвинути компетентність самоспостереження за зміною свого психо-емоційного стану під час перебування в різних уявних умовах (внутрішній спостерігач);
- посилити навички відчуття свого тіла, звертаючи увагу на фізіологічні відчуття-реакції тіла на образи та змісти, які будуть змінюватись під час здійснення вправи.

*Опис техніки.*

Отримувачу/ці психопослуг пропонується відвідати в уяві два місця, після чого – знову повернутись увагою в те місце, де він фактично знаходиться, під час сесії з психологом.

Перше місце – це торговельна площа великого східного базару, в момент його найбільшої активності. Людині пропонується уявити себе посеред активного шумного натовпу, коли навколо відбувається одночасно чимала кількість різних процесів: укладаються угоди (вигідні і не дуже), розриваються угоди, різні люди навколо проживають різні емоційні стани, відбувається чимала кількість подій навколо, які створюють впливи на різні персони і наш клієнт в цей момент є і свідком і можливим потенційним учасником цього різноманіття життя. Клієнт може обирати лише спостерігати за всім, що відбувається навколо; а може обрати активно включатись в різні процеси, ставати учасником якихось подій, взаємодіяти з іншими людьми. І кожен з варіантів матиме свої наслідки.

Друге місце – це велика простора тераса двоповерхового будинку, який знаходиться трохи осторонь базару. Знаходячись на терасі людина все ще може чути звуки, які доносяться з торговельної площі, можливо – відчувати запахи, які приносить вітер, але – не бачити своїми очима, що саме відбувається на площі та не може бути учасником великої множини подій, які потенційно розгортаються на торговельній площі. А життя на базарі продовжиться, не залежно від присутності або відсутності конкретної людини. І всі процеси будуть відбуватись за своїми власними циклами та ритмам, в присутності свідків, або без них.

### *Інструкція перед початком.*

Психолог інформує людину про мету вправу і просить слідкувати за своїм емоційним станом, фіксувати відчуття в тілі, під час роботи з різними образами, звертати увагу на думки, які виникають. Оскільки вправа триває не довго, до 10 хвилин, психолог просить по можливості запам'ятати всі свої стани і розповісти їх одразу після завершення роботи.

Перед початком людині пропонується зайняти зручне для себе положення, бажано – сидячи. Мати опору для спини, стопи ніг поставити на підлогу, відчувши заземлення. Вдихи і видихи робити усвідомлено, вдихати і видихати із задоволенням, з видихом відпускаючи з тіла напругу, тривогу, думки і розслабляючись.

### *Супровід.*

А зараз, ви можете уявити себе на великій торговельній площі східного базару, коли торговий день на піку своєї активності. І ви бачите і чуєте, як навколо вас вірує життя та відбувається велика кількість різних процесів.

Ви бачите, як поруч з вами два торговця радіють, тому що уклали вигідну для обох угоду. А прямо поруч з ними дві інші людини посварились і от от почнеться бійка. Ви встигли помітити як злодій вкрав гаманець у жінки та збирається тікати в провулок. У вас є одна-дві секунди, щоб вирішити – включитись в цю ситуацію, заявивши себе як свідка, чи промовчати і зробити вигляд, що ви нічого не бачили. І від вашого рішення може вплинути на долю іншої людини. Ви чуєте звуки, відчуваєте дотик одягу до шкіри, розрізняєте різні запахи. Можете купувати товари чи просто гуляти, взаємодіяти з іншими людьми, або уникати спілкування. Ваше спостереження за різноманітними процесами може переходити в активні дії впливу на ці процеси, а може залишатись на рівні їх мовчазного засвідчення.

І через хвилину ми залишимо цю площу і перейдемо в інше місце. Ви можете ще раз оглянути цю територію, і через кілька вдихів і видихів я запрошуюю вас переміститись на велику простору терасу двоповерхового будинку, який знаходиться на деякій відстані від базару.

На цій терасі комфортно і прохолодно, тут є зручні меблі, на яких можна сидіти чи лежати. Коли ви знаходитесь тут – площу бачити не можна, але, сюди долітають звуки базару і деякі запахи. Ви можете все ще добре пам'ятати образ торговельної площі, на якій були нещодавно, але більше вас там нема. В цей час життя на площі не зупиняється, там відбувається торгівля і тепер вже інші люди беруть участь в різних процесах. Ви наразі не спостерігаєте за ними, але вони відбуваються і у відсутність вашого свідчення. Можна пригадувати їх, можна уявляти, але реальність продовжить своє існування такою, якою її роблять різноманітні впливи багатьох фактів, обставин, учасників подій, в тому місці, де вони зустрічаються. І ви можете трохи відпочити на цій терасі, де не має стільки

інформації для ваших органів чуття, як на площі, де більш спокійно і можна подумати про щось своє. Або – не думати не про що.

І через хвилину ми залишимо і цю терасу, тому що прийшов час вертатись до свого звичайного місця знаходження, з якого ми починали нашу уявну подорож. Ви можете ще раз оглянути терасу, ще раз зробити вільний глибокий вдих і спокійний приємний видих, залишаючи її і вертаючись подумки в місце свого фактичного знаходження. Для того, щоб зробити це краще – зверніть уваги на свої стопи, як вони стоять на підлозі. Відчуйте опору за своєю спиною. Зробіть глибокий вдих і відчуйте запахи, які зараз навколо вас, у вашій кімнаті, чи кабінеті.

Після завершення практики відбувається обговорення того досвіду, який отримав отримувач/ка послуг, які емоції, думки, фізичні відчуття спостерігала людина, як вона їх інтерпретує, які ідеї могли б народитись з аналізу цих явищ?

#### **5.4. Робота з сенсами**

##### *НАВІТЬ ПІД ЧАС НАЙЖАХЛИВІШИХ СТРАЖДАНЬ ЖИТТЯ МАЄ СЕНС*

*В. Франкл*

Професор, доктор медицини та філософії Віктор Еміль Франкл (1905-1997) працював професором психіатрії та неврології у Віденському університеті та викладав у різних університетах США (Сан-Дієго, Гарвард, Стенфорд, Даллас та Піттсбург). Активна лекційна діяльність охопила його усі п'ять континентів. Загалом йому було надано 29 почесних докторських ступенів з усього світу.

Віктор Франкл з юності цікавився психотерапією, він листувався із Фройдом, але навчатися пішов у школу Альфреда Адлера, де опанував індивідуальну психологію. Психоаналіз та індивідуальна психологія підштовхнули Франкла до того, щоб окреслити свій власний погляд на природу і сутність людини – так у 1920 роках виникла логотерапія та екзистенційний аналіз як її антропологічне підґрунтя. Франкл не заперечував викладені Фройдом та Адлером теорії, але з часом дійшов висновку про їх недостатність. До біологічного і психологічного вимірів він додав духовний. І стояв на тому, що допомогти пацієнту (чи клієнту) у його стражданні можна, враховуючи усі три виміри, сприймаючи людину як цілісну істоту.

Франкл розвинув свою логотерапію та екзистенційний аналіз у 1930-х роках. Час, який він провів у чотирьох концтаборах під час Другої світової війни, був першим випробуванням його вчення. У найекстремальніших умовах він піддав випробуванню своє переконання в безумовній значущості життя та

незнищеній гідності людини, і знайшов це підтвердження в співв'язнях, охоронцях і, насамперед, у собі самому. Про це він яскраво засвідчив у своїй книзі «Сказати життю «так», яка була опублікована невдовзі після закінчення війни.

Концепція логотерапії та екзистенційного аналізу Франкла базується на критичному аналізі теорії Зигмунда Фрейда та індивідуальної психології Альфреда Адлера. Франкл побачив, що поза увагою залишається духовний вимір людини в цих підходах, тому він вважав їх «редукціоністськими»: обмеженими рівнем психофізичного.

Логотерапія – це форма психотерапії, розроблена австрійським психіатром Віктором Франклом у 1938 році. Термін «логотерапія» походить від грецького слова логос, що означає сенс.

Логотерапія досліджує фізичні, психологічні та духовні (ноологічні) аспекти людської природи. Науковці часто вважають її гуманістично-екзистенційальною школою, яка при цьому чудово працює в доповненні з іншими терапіями. Психотерапевту (логотерапевту) ніщо не заважає використовувати логотерапію, як філософію, призму, через яку він дивиться на світ, а когнітивно-поведінкову терапію, як метод терапії.

На відміну від «прагнення до задоволення» Фройда та «прагнення до влади» Адлера, логотерапія базується на ідеї, що нами рухає «прагнення до сенсу» або бажання знайти мету і сенс у житті. *Згідно з логотерапією, сенс можна знайти за будь-яких обставин, навіть у стражданні та смерті.*

### **Основні положення логотерапії**

*Людське життя має сенс.*

*Люди прагнуть пережити власне відчуття сенсу життя.*

*Люди мають потенціал переживати сенс за будь-яких обставин.*

Для В. Франкла «існування» - це специфічний спосіб життя людей, а саме їхня здатність приймати позицію щодо доленосних фізичних, психічних, соціальних, економічних і культурних умов свого життя.

«Аналіз існування» означає ведення до усвідомлення поточних умов існування та підтримку зусиль для творчого впливу на них у свободі та особистій відповідальності. Для Франкла діє наступне: людина не прив'язана до свого фактичного буття, а створена для можливого буття іншим. «Існування» не є статичним фактом, а динамічним процесом у постійному розвитку.

*В основі підходу до особистості В. Франкл визначив три основні поняття:*

- 1) «свобода волі»,
- 2) «воля до сенсу»
- 3) «сенс життя».

За В. Франклом, питання про сенс життя є природним для сучасної нормальної людини. І саме те, що людина не прагне до його набуття, не бачить

шляхів, до цього провідних, виступає основною причиною психологічних труднощів і негативних переживань типу відчуття безглуздості, нікчемності життя.

Головною перешкодою виявляється концентрація людини на самому собі, невміння вийти за межі себе, до іншої людини або до сенсу. Сенс, за В. Франклом, існує об'єктивно в кожному моменті життя, в тому числі і в самому трагічному. Психолог не може дати людині цей сенс, у кожного він свій. Але психолог в силах допомогти клієнту його усвідомити. Як правило, втрата сенсу життя відбувається при сильних психотравмуючих подіях: загибелі близьких людей, участі у військових діях, тощо. Отже, **завданням логотерапії** виступає допомога людині в здобутті сенсу життя.

Логотерапія стала поєднанням філософського і психотерапевтичного поглядів на людину та її унікальне буття — екзистенцію (поняття ввів філософ Сьорен К'єркегор). Із появою екзистенційного підходу в психології та психотерапії з темою духовного страждання і сенсу життя стало можливо працювати в особистій психотерапії, а не лише теоретизувати, розглядаючи її суто з філософських чи релігійних позицій.

Франкл був переконаний, що воля до сенсу є природним прагненням людини, яке не суперечить ані волі до задоволення (Фройд), ані волі до влади (Адлер), а доповнює загальну картину, привносячи унікальний і незамінний елемент. Волю до смислу Франкл називав «найціннішим активом» і вважав, що саме духовний вимір (без релігійного підтексту) робить нас людьми.

### **Людина з точки зору логотерапії**

Антропологічна модель Віктора Франкла має три виміри – біологічний, психологічний і духовний. Франкл своїми теоретичними викладами, психотерапевтичною практикою і власним життям зробив зримим те, що:

- людина не визначається і не керується лише тілесними й психологічними потребами,
- вектор, спрямований у духовне (корисна духовна напруга — «ноодинаміка», як він її назвав), здатен піднести людину над, здавалося б, непереборними даностями життя.

Визначальним також є те, що духовна частина людського єства, на думку Франкла, є завжди здоровою. Завжди бачити здорову частину – бо вона точно є – позиція логотерапевта. Бачити безумовну гідність людини, людину в її потенційності, не лише якою вона є, а також якою вона може бути.

### **Екзистенція**

*Екзистенція* означає те, що можна просто назвати «цілісне життя» (Альфред Ленгле).

*Віктор Франкл вказує на три характеристики екзистенції людини:*

- духовність
- свобода
- відповідальність

При цьому і відповідальність, і свобода є виразниками духовної сфери людського життя. Віктор Франкл вважав, що відповідальність часто може викликати страх, а від свободи людина, як правило, тікає (згадаймо також Еріха Фромма і його працю «Втеча від свободи»).

Але закликав пам'ятати про те, що людина здатна виробляти власне ставлення до всього та ухвалювати рішення, робити свій автентичний вибір. І що в цьому вона принципово вільна, попри «закинутість у життя», із його фактами, викликами та обмеженнями.

*Щоб людина могла повернутися обличчям до життя, логотерапія пропонує здійснити крутий поворот «екзистенційний поворот». Суть його в тому, щоб з того, хто запитує у життя, хто вимагає щось від життя, стати тим, хто сам знаходиться під питанням, тим, кому ставить питання життя. І людина має вчитися чути ці питання і відповідати на них. У цьому суть відповідальності.*

Віктор Франкл вважав, що голосом яким саме життя промовляє до людини, є голос сумління. Діалог є фундаментальною характеристикою екзистенції: людина тільки тоді здійснює свою екзистенцію, коли перебуває у діалогічних стосунках (а значить і в обміні) — зі світом, з іншими, з собою.

## **Цінності**

*Цінності є тим, на основі чого ми робимо вибір і діємо.* Вони нас зачіпають і мобілізують, безпосередньо стосуючись нашого внутрішнього і зовнішнього життя. Цінності відкривають перед нами шлях, рухаючись яким можна знайти сенс.

*Франкл виділяв три категорії цінностей:*

- цінності творчості — втілюємо у своїх творчих (в широкому сенсі цього слова) діях, зокрема в роботі;
- цінності переживання — проживаємо їх на рівні почуттів, коли сприймаємо світ: мистецтво, природу, інших людей (любов, благоговіння, захват тощо);
- цінності ставлення — доступні нам навіть тоді коли немає можливості (через хворобу, наприклад) пережити перші дві категорії, вони полягають у свободі виробити своє власне ставлення, зайняти позицію щодо того, що є зараз: до обставин і обмежень, до викликів і випробувань.



При цьому Франкл застерігає: варто пильнувати і не плутати засоби втілення цінностей і самі цінності. Окрім того, для частини клієнтів логотерапевтів стає відкриттям, що не кожна мета має сенс. Тобто що сенс не гарантований за наявності цілі. Це фруструє. Але й відкриває один із аспектів, чому трапляється так, що при всій своїй активності деякі люди переживають порожнечу, розгубленість, вигорання, відчай, безсилля.

### **То в чому сенс життя?**

Переживання дезорієнтації і втрати сенсу Франкл вважав новим типом неврозу він назвав його «ноогенний невроз». Цей стан є наслідком екзистенційного вакууму, в основі якого лежать нудьга, відчуття порожнечі, апатія.

Однак ні задоволення, ні щастя не можуть бути метою чи сенсом життя. І це може лякати, бо часто в психотерапію чи психологічне консультування люди приходять, щоб знайти відповідь на питання «як стати щасливим?», або «як досягти щастя?».

Проте радість, щастя приходять самі по собі тоді, коли людина робить щось, що має для неї сенс. Втілюючи свої цінності, людина дає унікальні відповіді на питання, які ставить їй її власне життя. Вона не лише знаходить чи віднаходить сенс, але й, що є наступним важливим завданням, втілює його: залучає власну волю й відповідно діє.

Відчуття сповнення, повноти і глибини власної реалізації, передбачає також усвідомлення того, що кожне Я є незамінним і неповторним на своєму місці, у своїх обставинах, бо кожне життя є суб'єктивним. Внутрішня спроможність сказати життю «так» у будь-якій його точці, навіть найскладнішій, є запорукою діалогу і плідної співпраці з ним. Завдяки цій принциповій згоді людина перестає бути жертвою і стає агентом власної долі, зберігає можливість залишатися активною (зовнішньо і/або внутрішньо).

### **У чому сенс смерті?**

У контексті пошуку сенсу життя неможливо уникнути теми смерті. Смерть є фактом, який людина начебто усвідомлює, однак щодо себе самої, якщо й усвідомлює, то значно меншою мірою.

Обмеженість часу людського існування робить смерть частиною питання про сенс життя, невід'ємною частиною. *Усвідомлення власної смертності змушує людину приймати рішення.* Життя є незворотним, прожити його наново, змінити минуле неможливо, це спонукає індивіда шукати та знаходити найкращі і найповніші способи власного вікування. Смерть і відчуття часу протидіють байдужості, закликають людину до життя, запалюють її прагненням розкрити свій потенціал в обмеженому часовому відрізку, довжина якого, до того ж, абсолютно невідома.

## **З якими запитами працює логотерапія?**

«Втрата сенсу», «втрата смислу» / «навіщо жити» — ці формулювання можуть фігурувати у запитах отримувачів послуг. Також люди приносять наступні вирази (цей перелік, звісно, не є вичерпним):

«відчуття пустоти» / «внутрішня порожнеча»  
«втрата орієнтирів»  
«немає мотивації щось робити»  
«куди рухатись далі»  
«втрата сенсу бути активним/ою»  
«втрата віри у майбутнє»  
«абсолютне розчарування життям»  
«страждання від несправедливості»  
«відсутність бажання жити»

### **Принципи логотерапії:**

*1. Проблема пошуку мети та сенсу життя – це не психічна патологія, а духовне зростання та розвиток людини.*

Логотерапевт у першу чергу повинен пояснити пацієнтові, що проблема пошуку мети та сенсу життя – це не психічна патологія, як вважав З. Фрейд, а духовне зростання та розвиток людини, зміцнення її соціальної зрілості. З. Фрейд вважав, що люди вдаються до пошуку мети та сенсу життя внаслідок того, що не можуть реалізувати своє Ід. Так, Фрейд писав: «Коли хтось запитує про сенс чи цінність життя – він хворий» [с. 163-164]. Можна запропонувати з цього приводу ще промовистішу цитату З. Фрейда: «Коли людина ставить питання про сенс і цінність життя, вона нездорова, оскільки ні того, ні іншого об'єктивно не існує; ручатися можна лише за те, що людина має запас незадоволеного лібідо».

В. Франкл обґрунтував протилежний факт, що коли людина не здатна відповісти на духовні питання, не здатна реалізувати свою духовну сутність – вона починає жити нижчими біологічними потребами (алкоголізм, зловживання їжею, наркоманія, сексуальні збочення), намагаючись заглушити духовні запити. Так, В. Франкл пише, що «у тих випадках, коли воля до сенсу фрустрована, воля до задоволення виявляється не тільки її похідною, але також і її заміною».

*2. Цінності творчості, цінності переживання та цінності відношення.*

Логотерапія не може дати готовий сенс життя, проте вона дає три основні шляхи, завдяки яким людина може усвідомити свій унікальний сенс життя. Людина знаходить сенс життя у творчості – «*цінності творчості*». Він займається творчою діяльністю, в рамках якої створює продукти творчості, віддає їх і себе світові, тим самим відчуваючи свою єдність зі світом та знаходячи

у цьому сенс. Творчість дозволяє реалізувати природну потребу людини у відчутті того, що ти комусь потрібний і тобі хтось потрібний.

*Другий шлях – «Цінності переживання».* Той випадок, коли людина поглинена процесом сприйняття світу і бере від нього цінності як любові, музики, природи, мистецтва. Людина бере від світу ці цінності, переживає всю їхню повноту, глибину і в цих прекрасних переживаннях знаходить сенс. Іншими словами, людина знаходить сенс життя в тому, що насолоджується красою та гармонією світу.

*Третій шлях – «Цінності відносини».* Це той випадок, коли людина потрапляє в критичну, важку життєву ситуацію, яку вона не в силах змінити, але в той же час, вона має завжди вільний зайняти осмислену позицію по відношенню до своєї важкої життєвої ситуації – прийняти її і знайти сенс стражданню чи усвідомити цінності, заради яких варто страждати. Тобто людина завжди вільна зайняти таке ставлення до страждань, щоб наповнити їх змістом чи знайти цінності, заради яких варто страждати. **В. Франкл тонко підкреслив, що страждання «може мати сенс, якщо «воно змінює на краще тебе самого».**

Цінностями, заради яких люди знаходять сили переносити страждання, можуть бути: інша людина, майбутня книга (творчість), Бог, духовні якості – честь. Знаходячи сенс стражданню, людина автоматично наповнює своє життя змістом. Людина, реалізуючи цінності відносини, реалізує найлюдяніше – силу волі, витримку, силу духу, терпіння, стійкість характеру. Адже це воістину людські якості. *Дані шляхи, завдяки яким людина може знайти сенс свого життя, В. Франкл назвав тріадою цінностей.*

### *3. Самодистанціювання та самотрансценденція.*

Людська сутність характеризується здатністю до самодистанціювання та самотрансценденції (В. Франкл). Самодистанціювання – це здатність людини «піднятися над» психологічною проблемою, тим самим зменшивши або усунувши зовсім її негативний вплив. Це можливо завдяки прийняттю психологічної проблеми та почуттю гумору. Самотрансценденція – це здатність людини виходити за межі деструктивних установок (аттitudів) до нових конструктивних установок, цінностей та смислів; це здатність людини виходити за межі власного «Я» і бути спрямованим на щось чи на когось: значущу мету, цікаву справу, кохану людину чи Бога.

## **Питання для самоконтролю**

1. Розкажіть, з чого, на вашу думку, має починатись психореабілітаційний процес учасників/учасниць бойових дій?
2. Що вам відомо про аудит потреб і ресурсів отримувача психологічних послуг? Навіщо його здійснювати?
3. Які цілі першої зустрічі психолога з учасником/учасницею бойових дій в межах психореабілітаційного процесу?
4. Опишіть структуру інтерв'ю ветерана/ветеранки, які блоки питань там мають бути обов'язково, на вашу думку і чому?
5. Поясніть своїми словами таке явище як інтрузії у формі флешбеків. Чи можна вважати флешбеками спогади, які виникають у людини, під часу просмотра фільму про війну?

6. Якщо отримувач/ка послуг повідомляє про наявність флешбеків, яку інформацію може уточнити психолог в контексті цієї скарги?
7. Назвіть перелік психологічних послуг, які можуть бути надані особі під час психореабілітації, згідно індивідуального плану.
8. Розкажіть, що таке психоедукація, яких видів і форм вона буває? В чому цінність цього інструменту в процесі психореабілітації учасників/учасниць бойових дій?
9. Що таке психоедукаційні моделі і чим вони зручні для застосування?
10. Поясніть сенс та задачі психоедукаційної моделі «Чоловічок з камінням».
11. Розкажіть про психоедукаційну модель «Архів пам'яті», наведіть приклад.
12. Які ідеї закладено в психоедукаційну модель «Діамант Самоцінності»?
13. Розкажіть про роботу з ресурсами по моделі «BASIC Ph»
14. Поясніть, чим логотерапія відрізняється від психотерапевтичних методів Фрейда та Адлера?
15. Розкажіть про Віктора Франкла, його життєвий і професійний шлях.

### Практичне завдання

1. Складіть власну психоедукаційну модель на тему: бойовий стрес, або бойове виснаження. Також можна обрати свій власний варіант теми, яка дотична до ветеранів і ветеранок, або членів їх родин.
2. Проаналізуйте свої власні ресурси, складіть таблицю «Моя власна абетка ресурсів».

### Література:

1. Борисова О.О. Психореабілітація учасників бойових дій в Україні: правові засади та практичні виміри. Науковий журнал «Габітус». Випуск 49. 2023. С.16-21. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.2>

2. Борисова О.О. Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія. Том 34 (73). № 3. 2023. С. 1-6. DOI <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/01>
3. Борисова О.О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. «Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія» № 3 / 2023. С. 7-12. DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.1>
4. Борисова О.О. Методика ведення першої бесіди психолога з учасниками/учасницями бойових дій. Науковий журнал «Габітус». Випуск 55. 2023. С. 39-44. DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.6>
5. Борисова О.О. Інтрузії у формі флешбеків як ядерний маркер посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. 2023. Випуск 18. С. 10–20. <https://doi.org/10.30970/PS.2023.18.2>
6. Борисова О.О. Психореабілітація учасників/учасниць бойових дій як психологічна допомога другого рівня в Україні. Наукові записки. Серія: Психологія. 2024. № 1. С. 9 – 17. DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-1>
7. R. Pryzvanska, O. Borysova, G. Mozgova, A. Fedorenko. Clinical cases and recommendations for post-traumatic rehabilitation based on EI. Amazonia Investiga. Vol 13. No 74 (2024). Pages 227-238. <https://doi.org/10.34069/AI/2024.74.02.19>
8. Христюк О. Техніки відновлення на етапі психологічної реабілітації учасників бойових дій. Збірник наукових праць Національної академії державної прикордонної служби України. Серія: психологічні науки. 2019. № 3 (14). С. 317-329.
9. Мосієнко О. Психоедукація – первинний засіб в роботі з воїнами АТО. Режим доступу: <http://iqholding.com.ua/articles/psikhoeducatsiya-pervinnii-zasib-vroboti-z-voynami-ato>
10. Череповська Н., Дідик Н. Медіапсихологічні ресурси подолання травми війни : практичний посібник / уклад. Н. Череповська ; Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2020. 210 с. С.89-90.
11. Як проводиться психоедукація з новоприбулими «холодноярцями». Режим доступу: <https://armyinform.com.ua/2023/11/08/yak-provodytsya-psyhoeducacziya-z-povorubulymy-holodnoyarczyamy/> (дата звернення 01.05.2024).
12. Ніколаєнко С.О. Особливості психологічної допомоги учасникам військових дій при посттравматичному стресовому розладі. Світогляд Філософія-Релігія. 2014. № 7. С. 51- 61.
13. Коқун О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2021.

14. Jean-Yves Bégin, Catherine Arseneault, Jonathan Bluteau, Jocelyne Pronovost, Ph.D. Psychoeducation in Quebec: A Psychoeducational Intervention Method. *Journal of Theories and Research in Education* 7. № 1 (2012). P. 1-22.
15. Гуменюк Г. (2019). Аналіз властивостей пам'яті та їх специфіки: системний підхід. Збірник наукових праць КАПН України імені Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г.С.Костюка НАПН України. 2011. Випуск 14. С. 176-185. *Collection of Research Papers "Problems of Modern Psychology"*, (14). <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2011-14.%p>
16. Електронний ресурс : URL <https://moyaosvita.com.ua/psihologija/pamyat-i-uyavlennya-osnovni-mnemichni-procesi/> (дата звернення 01.05.2024).
17. Кузнецов М.А., Заїка Є.В., Ходикіна Ю.Ю. Психологія моторної пам'яті: прикладні аспекти. Монографія. Харків: Діса Плюс, 2019. 446 с.
18. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. НЕЙРОNEWS. 2012. [https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk\\_PTSD.pdf](https://i-cbt.org.ua/wp-content/uploads/2017/11/Romanchuk_PTSD.pdf)
19. Старков Д.Ю., Ярій В.В., Олішевський О.В. Організація стаціонарної медико-психологічної реабілітації розладів, пов'язаних з психічною травмою та стресом: науково-методичний посібник. Київ: ФОРМ Ямчинський О.В., 2023. 136 с.
20. Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу: практичний посібник / Я. М. Омельченко, З.Г. Кісарчук, Т.С. Гурлева, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. Я.М. Омельченко. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 256 с.
21. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. К.: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
22. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с. 23.
23. Семидочна О. Що таке логотерапія. <https://psychology.space/psypedia-post/logoterapiya/>
24. Хмельова Н. Як Логотерапія допомагає під час війни. <https://alea.in.ua/iak-lohoterapiia-dopomahaie-pid-chas-vijny/>
25. Котигорошко В. Логотерапія Віктора Франкла: Теорія Сенсу Життя від В'язня Концтаборів. <https://www.gasformind.com/logoterapiya-viktora-frankla/>

**Розділ 6. ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ТА  
ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЯ ЧЛЕНІВ СІМЕЙ УЧАСНИКІВ  
БОЙОВИХ ДІЙ**

**6.1. Робота з членами родин тих, хто воює**



Новим для українського суспільства стало питання як допомагати членам сімей учасників бойових дій після початку повномасштабного вторгнення, надавати психосоціальну підтримку та супровід.

Дружини бійців переживають загрозу життю, тривогу за чоловіка, який перебуває на фронті, зустрічатися з рядом нових для себе питань та викликів, такими як: тимчасове переселення, терміновий пошук роботи, погіршення функціонування когнітивних процесів, емоційною нестабільністю, порушенням звичного розпорядку дня і життя, фізичні навантаження через зміну побутового функціоналу, розширення сфери відповідальності та ін.

*Психосоціальна підтримка* – це дії, які спрямовані на побудову стійкості окремо взятих індивідів, сімей, спільнот і громад з метою зміцнення їх ресурсу і потенціалу до відновлення та адаптації. Вона дає людям можливість відновитись після наслідків кризових подій, сприяє відновленню соціальної згуртованості та допомагає справитись із такими подіями в майбутньому. Вона включає два аспекти – *психологічну і соціальну допомогу, які мають свої особливості.*

**Психологічна допомога** спрямована на підтримку, зняття психоемоційного напруження, відновлення психічного стану, покращення якості життя і соціальної адаптації окремої людини або групи. Її надає кваліфікований спеціаліст: психолог, психотерапевт, психіатр.

Складається з комплексу діагностичних, корекційних і психологічних заходів. *Проводиться у вигляді:* психоедукації; психологічного консультування; психологічного тренінгу; психологічної корекції; психотерапії; психологічної діагностики; психологічної реабілітації.

Може бути короткостроковою (1-2 консультації, зустрічі) або довгостроковою (в залежності від виду психотерапії); індивідуальною, сімейною, груповою (з людьми зі схожими труднощами).

**Соціальна допомога** включає взаємовідносини, сімейні зв'язки і зв'язки всередині спільноти (друзі та колеги, члени громади) та усвідомлення того, що людина є частиною спільноти людей, які люблять, цінують і піклуються про неї.

*Соціальна підтримка має наступні складові:*

- емоційна підтримка, яку можна отримати від близької людини, друга, члена родини, колеги. Вона базується на довірі, прийнятті і турботі;

- інструментальна підтримка – це фінансова допомога і надання соціальних послуг. Наприклад, послуги із денного або тимчасового догляду за дітьми; соціальні виплати; послуги, які надають територіальні центри самотнім людям літнього віку: купівля продуктів, медикаментів, допомога з оплатою комунальних платежів, прибирання та приготування їжі тощо;

- інформаційна підтримка – доступна та зрозуміла інформація про психічне здоров'я: де шукати допомогу, які існують послуги, де вони надаються, якими можуть бути наслідки й альтернативи лікування;

- групова підтримка або підтримка громади, яку можуть надавати різноманітні групи взаємодопомоги: для ветеранів, переміщених осіб, тих, хто постраждав від домашнього насильства тощо. Вона також включає підтримку і прийняття людини у громаді: робоче місце, можливість самореалізації, залучення до різноманітних заходів тощо;

- релігійна підтримка у громадах, де релігія має важливе значення.

*Головна мета* – допомогти людині покращити знання про свої права і прийняти інформоване рішення про лікування. Її можуть надавати різні особи та організації, але перевагу мають фахівці із психічного здоров'я. Наприклад, фахівці із соціальної роботи, психологи, лікарі-психіатри, медичні працівники, вчителі. Психосоціальної підтримки особливо потребують діти і особи, які не здатні самотійно впоратися з травмівною подією та її наслідками.

**Наказом МОЗ № 2118 від 13.12.2023 року затверджено  
Перелік психосоціальних послуг з надання психосоціальної допомоги.  
До цих послуг МОЗ відносить види діяльності, які здійснюються  
медичними фахівцями лікар-психолог, лікар-психотерапевт, клінічний  
психолог (психолог), психотерапевт, в закладах охорони здоров'я:**

1. Індивідуальне та групове психологічне консультування, у тому числі кризове психологічне консультування, а також консультування з використанням елементів самопомоги «рівний-рівному», групова психологічна робота з особами.

2. Діагностика психологічного стану особи із застосуванням валідних методів психологічної допомоги.

3. Надання першої психологічної допомоги особі та членам її сім'ї, включаючи невідкладну психологічну допомогу.

4. Психологічні втручання низької інтенсивності.

5. Підтримка та відновлення функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах.

6. Психотерапія депресивних, тривожних, адаптаційних, гострих стресових та посттравматичних стресових розладів, які виникли внаслідок хвороби/травми, участі у бойових діях, надзвичайних ситуаціях, полону, перебування в місцях позбавлення волі.

7. Допомога особі у встановленні життєвих цілей та підтримки досягнутого прогресу реабілітації після закінчення реабілітаційного процесу.

8. Психотерапія психічних та поведінкових розладів та станів, які виникли внаслідок хвороби/травми, участі у бойових діях, надзвичайних ситуацій, полону, відбування покарання.

9. Психоедукація та підтримка особи та членів її сім'ї.

10. Психологічне консультування та психотерапія членів сім'ї особи, націлена на втому від співчуття та емоційне вигорання (сімейна терапія), а також

на запобігання та полегшення фізичних, психологічних, духовних страждань особи під час надання паліативної допомоги.

11. Допомога особами, які доглядають за пацієнтами, що потребують паліативної допомоги.

12. Робота з членами мультидисциплінарної реабілітаційної команди щодо психологічної підтримки особи та членів її сім'ї.

13. Робота з медичними працівниками закладів охорони здоров'я під час надання паліативної допомоги пацієнтам щодо психологічної підтримки особи, яка потребує паліативної допомоги, членів її сім'ї та осіб, що здійснюють догляд за нею.

14. Надання консультативної допомоги, спрямованої на усунення або зменшення звичок і поведінки, що становлять ризик для психічного здоров'я особи (вживання алкоголю, інших психоактивних речовин тощо), а також формування навичок здорового способу життя.

15. Взаємодія з надавачами первинної та спеціалізованої медичної допомоги з метою своєчасного діагностування та забезпечення лікування психічних хвороб та підтримання стійкого стану ремісії.

16. Здійснення спостереження за особою з метою підтримки нормального функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сферах та підвищення її залученості до суспільного життя.

17. Направлення пацієнтів відповідно до медичних показань для надання їм медичної та реабілітаційної допомоги.

18. Призначення лікарських засобів та медичних виробів, засобів медичної реабілітації з оформленням відповідних документів згідно з вимогами законодавства.

19. Ведення первинної облікової документації, оформлення довідок, листків непрацездатності та направлень а інших медичних документів.

20. Сприяння особі у психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмисленні її досвіду, розширенні самоусвідомлення та можливостей самореалізації.

Особливості впливу сім'ї на психоемоційний стан військовослужбовця під час несення служби та після завершення службово-бойового завдання, досліджується як вітчизняними так і іноземними фахівцями. Вітчизняні дослідження із соціально-психологічного забезпечення функціонування військових підрозділів показують, що для хорошого морально-психологічного стану комбатантів, як на стадії виконання бойового завдання так і після його завершення, одним із головних ресурсів і стабілізаційним фактором виступають близькі стосунки з найближчим оточенням, а саме з членами родин.

*Спектр проблем сімей військовослужбовців широкий. У родинах можуть виникати як соціальні та психологічні труднощі, так і побутові та економічні.*

*Вбачається актуальним пошук відповідей на наступні питання:*

1. З якими проблемами зіштовхується сім'я (дружина та діти) перед відправленням військовослужбовця в зону бойових дій і як їх можна вирішити?
2. З якими проблемами в сім'ї зіштовхується військовослужбовець перед його відправленням в зону бойових дій і як їх можна вирішити?
3. Що хвилює дружину під час перебування чоловіка в зоні бойових дій і як їй можна допомогти?
4. Що хвилює чоловіка стосовно родини під час несення служби в зоні бойових дій і як йому можна допомогти?
5. Які проблеми відчуває дружина у подружньому житті після повернення чоловіка із зони АТО і як їй можна допомогти?
6. Які проблеми відчуває чоловік після повернення з зони АТО до дому і як йому можна допомогти?

### *Супровід під час початку служби*

Протягом перших кількох днів вся увага військовослужбовця максимально спрямована на прийняття службових обов'язків від колег, які їдуть на ротацию. Паралельно, саме в ці перші 7–10 днів, родина переживає адаптацію та найбільший стрес за відсутності військово службовця вдома. І в цей момент може спостерігатися напруження в комунікації між подружжям через взаємні невинуваті очікування в емоційній підтримці один одного.

Як чоловіки, так і жінки, зазначають, що в сім'ях, де ще до відрядження спостерігалися напружені стосунки, виникають: недовіра, страх зради, алкоголізація чоловіка, що виливаються в конфлікти у спілкуванні по телефону.

За нормальних стосунків до відрядження у військовослужбовців актуалізуються, зазвичай, хвилювання за здоров'я рідних, поведінку дітей у школі та матеріальне забезпечення родини. Про всі ці моменти подружжя спілкується по телефону, і, залежно від обставин, у чоловіка або виникає хвилювання, або він залишається спокійним, оскільки вдома все добре. Було помічено, що під час відправлення у відрядження, страх зради присутній лише у молодих військовослужбовців, які нещодавно одружилися.

У дружин додається страх за життя чоловіка, постійний стрес, втому у зв'язку з підвищеною відповідальністю за сімейні побутові питання, що виливається в соматичні захворювання та бажання, щоб в подальшому чоловік взагалі залишив службу.

### **Стрес – менеджмент**

*Стрес-менеджмент (управління стресом)* – це інструмент ефективної дії, спрямованої на послаблення стресової реакції, метою якого є досягнення особою рівноваги, замість подальшої невротизації і входження в різноманітні деструктивні стани (панічні атаки, нав'язливі сценарії катастрофізації, депресивні і тривожні розлади, психосоматичні захворювання та ін.).

Основна концепція, на яку спираються сучасні рекомендації по управлінню стресом і його зняттю, полягає в тому, що низка подій, що призводять до патологічних змін в організмі, має бути зруйнована. Так, англійським вченим Коксом була запропонована модель так званого *транзакційного аналізу*, згідно якої певна дія на організм може перервати розвиток патологічного процесу. Цього можна досягти декількома способами.

Передусім, можна змінити елементи, які вносять вклад в пізнавальну оцінку людиною вимог середовища і власних можливостей впоратися з цими вимогами. *Це досягається шляхом перебудови довкілля, шляхом зміни рівня інтелектуального розвитку людини, його поведінкового і соціального реагування і, нарешті, шляхом дії на різні пізнавальні процеси людини.*

## **Інструменти стрес-менеджменту**

### *1. Зміна матеріального середовища.*

Вимоги, що формуються в структурі матеріального середовища, можуть проявлятися в екстремальних умовах дії шумом, температурою, вологістю і освітленням. Кожен з цих стресових подразників може бути усунений за допомогою програми заходів по зміні умов матеріального середовища відповідно до необхідності понизити або підвищити рівень сильнодіючого стресора.

Ідентифікація цих сильнодіючих подразників на перший погляд, здається, відносно простий, а рекомендації для поліпшення положення - нескладними і ясними. Проте реальне введення необхідних змін може бути далеко не таким легким по ряду економічних і інших міркувань, а також із-за деяких практичних труднощів. Так, якщо не представляється можливим змінити структуру матеріального середовища людини, то в якості можливої альтернативи можна рекомендувати застосування окремих засобів індивідуального захисту. Головна проблема при цьому полягає в труднощі переконати людей користуватися цими засобами в тих випадках, коли це необхідно.

### *2. Зміна соціального середовища.*

Передумови до стресу можуть виникнути в результаті соціальної дії, а в цьому випадку можна запропонувати психосоціальне перетворення, тобто реорганізацію і перебудову людських взаємин. Прикладом спроби зміни соціального середовища є проведення лікування психічно хворих людей усередині сім'ї, а не ізольовано. При цьому вважають, що проблеми кожного окремого члена сім'ї тісно пов'язані з проблемами інших її членів.

Стресогенні умови можуть бути також наслідком вимог і обмежень, що накладаються на характер поведінки людини його роботою і домашніми умовами. Якщо труднощі, пов'язані з виконанням певної роботи, не модифікувати у міру старіння виконуючого її працівника, то йому стає все складніше з нею впоратися, у зв'язку з чим дія стресу на нього посилиться. З цією ситуацією можна впоратися двома шляхами: по-перше, можна понизити

навантаження (вимоги, що пред'являються роботою) старіючого працівника і, по-друге, він може періодично підвищувати свою кваліфікацію. Навчання є одним з можливих рішень проблем, пов'язаних із старінням, прийомом ліків і хворобами.

### *3. Зміна сприйняття.*

Оскільки виникнення стресу пов'язане з тим, що людина усвідомлює наявність дисбалансу між вимогами, що пред'являються до нього, і його здатністю виконати ці вимоги, та зміна механізму його сприйняття є надзвичайно потужним засобом для управління стресом. Можна змінити сприйняття людиною кожного з цих аспектів пізнавальної оцінки - вимоги, що пред'являється, здатності його виконати і важливості впоратися з ним.

Зміна значущості (важливості) для людини факту подолання є одним з підходів до управління стресом. Часто буває важко (іноді і неможливо) змінити те, що має важливе значення для подолання на рівні людської особистості, не завдаючи при цьому збитку її соціальній групі.

### *4. Зміна поведінкової реакції на стрес.*

Вона відрізняється від зміни спроб людини впоратися з джерелом цього стресу. При інтенсивній або тривалій дії стресу поведінка людини, як правило, стає дезорганізованим. «Міркування» зазвичай переходять з логічної основи на емоційну, що, мабуть, відбиває загальне повернення до більше «ранніх» форм поведінки. Ці зміни роблять вплив не лише на ті аспекти поведінки, яка є прямими спробами людини впоратися з джерелом стресу, але має і загальніший вплив.

Наприклад, погіршення умов життя або зниження її успішності може привести до ще більшого посилювання дії стресу. Таким чином, може катастрофічно швидко утворитися порочний круг.

Виникнення порочного круга можна попередити або розірвати його, якщо він вже утворився, двома способами: шляхом поліпшення здатності людини справлятися з джерелом стресу або шляхом підтримки інших аспектів поведінки людини, не допускаючи їх погіршення.

Цього, у свою чергу, можна досягти різними способами, найбільш ефективним з яких буде пред'явлення людиною спеціальних зразків поведінки, заснованих на логічному доказі. Хоча такий механічний і автоматизований спосіб поведінки не може бути таким привабливим, як гнучкіший і стимулюючий спосіб життя, проте він буде, без сумніву, ефективнішим для підтримки людини в період дії стресу.

Чим більше механічними і автоматизованими є загальні форми поведінки людини, тим менш усвідомленим має бути їх контроль. В результаті чоловік у більшому об'ємі може здійснювати пізнавальну діяльність, спрямовану на рішення проблем, з якими він стикається.

Для багатьох людей розмірених (автоматизований) спосіб життя може служити природною захисною відповіддю на тривалу дію стресу. Можливо, що автоматизми, якщо вони досить механічні і повторюються, можуть дійсно знижувати чутливість пізнавальної оцінки людини, що дозволяє їй надавати менше значення вимогам, що пред'являються ззовні, і природним емоційним переживанням.

#### 5. *Зміна фізіологічної реакції.*

За допомогою зміни фізіологічної реакції організму на стрес можна досягти двох цілей. По-перше, можна посилити поведінкову здатність організму до подолання стресу, особливо коли вона вимагає великої фізичної напруги. По-друге, можна попередити розвиток патологічного стану, пов'язаного з перенапруженням. Фізіологічна реакція на стрес готує і полегшує активну поведінкову реакцію його подолання, але багатократне повторення фізіологічної реакції призводить до підвищення міри зношування і руйнування організму.

Таким чином, підвищення поведінкової ефективності подолання стресу в результаті посилення фізіологічних реакцій може ще більше посилити зношування і руйнування організму, тоді як послаблення цих процесів може понизити поведінкову ефективність.

Найбільш успішною комбінацією лікувальної дії при цьому може бути зростання фізіологічної реакції на стрес в тих ситуаціях, коли потрібно активне поведінкове подолання стресу, і її послаблення тоді, коли доречні більше пасивні форми подолання стресу.

Реакцію на стрес, що виникає при змаганні, слід посилювати, якщо вона має місце, наприклад, при активному спортивному змаганні, але її необхідно знизити, якщо цим змаганням є, наприклад, письмовий іспит.

### **Відновлення емоційної рівноваги**

Способи виходу із стресу. Оптимальний спосіб позбавлення від тривалого стресу - повністю вирішити конфлікт, усунути розбіжності, помиритися. Якщо зробити це неможливо, слід логічно переоцінити значущість конфлікту, наприклад пошукати виправдання для свого кривдника. Можна виділити різні способи зниження значущості конфлікту.

Перший з них можна охарактеризувати словом «зате». Суть його – зуміти отримати користь, щось позитивне навіть з невдачі.

Другий прийом заспокоєння - довести собі, що «могло бути і гірше». Порівняння власних знегод з чужим ще більшим горем («а іншому набагато гірше») дозволяє стійко і спокійно відреагувати на невдачу.

Цікавий спосіб заспокоєння за типом «зелений виноград»: подібно до лисиці з байки сказати собі, що «те, до чого тільки що безуспішно прагнув, не так вже добре, як здавалося, і тому цього мені не потрібно».

Один з кращих способів заспокоєння - це спілкування з близькою людиною, коли можна, по-перше, як то кажуть, "вилити душу", тобто розрядити вогнище збудження; подруге, перемкнутися на цікаву тему; по-третє, спільно відшукати шлях до благополучного вирішення конфлікту або хоч би до зниження його значущості.

Коли людина виговориться, його збудження знижується і з'являється можливість роз'яснити йому що-небудь, заспокоїти, направити його. Потреба розрядити емоційну напруженість в русі іноді проявляється в тому, що людина кидається по кімнаті, рве щось.

Для того, щоб швидше нормалізувати свій стан після неприємностей, корисно дати собі посилене фізичне навантаження.

*Важливий спосіб зняття психічної напруги - це активізація почуття гумору. Суть почуття гумору не в тому, щоб бачити і відчувати комічне там, де воно є, а в тому, щоб сприймати як комічне те, що претендує бути серйозним, тобто зуміти віднести до чогось хвилює як до малозначного і негідного серйозної уваги, зуміти посміхнутися або розсміятися у важкій ситуації. Сміх призводить до падіння тривожності; коли людина відсміялася, то його м'язи менш напружені (релаксація) і серцебиття нормалізоване.*

Характер проявів стресу у людини залежить від його індивідуальності. Найбільш поширеним є спосіб, розроблений в 1932 р. німецьким психологом І. Шульцем і названий «аутогенним тренуванням».

Нині з'явилося багато її модифікацій. Разом з аутогенним тренуванням відома і інша система саморегуляції - «прогресивна релаксація» (м'язове розслаблення). При розробці цього способу Э. Джекобсон виходив з того факту, що при багатьох емоціях спостерігається напруга скелетних м'язів.

Людина навчається в певній послідовності вибірково знімати нервово-м'язову напругу у будь-якому конкретному м'язі. У зв'язку з тим, що людина не може одночасно випробовувати тривогу і стан розслаблення, прогресивна релаксація робить гальмівний вплив на стресову реакцію.

Основна дія системи нервово-м'язової релаксації ґрунтується на тому, що людина навчається розрізняти напругу і розслаблення. Психологічною основою цього методу є безпристрасна концентрація уваги на образах і відчуттях, пов'язаних з розслабленням скелетних м'язів.

Спосіб саморегуляції «зміна спрямованості свідомості»



*Варіанти цього способу різноманітні:*

1) відключення (відвернення) полягає в умінні думати про що завгодно, окрім емоційних обставин. Відключення вимагає вольових зусиль, за допомогою яких індивід повинен спробувати зосередити увагу на представленні сторонніх об'єктів і ситуацій;

2) перемикання пов'язане із спрямованістю свідомості на яку-небудь цікаву справу або на ділову сторону майбутньої діяльності. Перемикання уваги з тяжких роздумів на ділову сторону навіть майбутньої діяльності, осмислення труднощів через їх аналіз, уточнення інструкцій і завдань, уявне повторення майбутніх дій, зосередження уваги на технічних деталях завдання, тактичних прийомах, а не на значущості результату дає кращий ефект, чим відключення від майбутньої діяльності;

3) зниження значущості майбутньої діяльності або отриманого результату здійснюється шляхом надання події меншої цінності або взагалі переоцінки значущості ситуації за типом «не дуже-то і хотілося», головне в житті не це, не варто відноситися до того, що сталося як до катастрофи. Цей спосіб являється, по суті, одним з варіантів використання контрфактичного мислення (контрфактів).

У когнітивній психології розроблена концепція функціональної ролі контрфактичного мислення. Контрфактами називаються уявлення про альтернативний в реальності результат події. Це рішення в умовному способі за типом «якби, те».

### **Соціально-психологічні технології зняття стресової напруги**

*До соціально-психологічних технологій зняття емоційної напруги можна віднести:*

- 1) отримання додаткової інформації, що знімає невизначеність ситуації;
- 2) розробка запасної стратегії досягнення мети на випадок невдачі;
- 3) відкладання на якийсь час досягнення мети у разі усвідомлення неможливості зробити це при готівкових знаннях, засобах і тому подібне;
- 4) фізична розрядка (як говорив І.П. Павлов, треба «пристрасть вгнати в м'язи»), оскільки при сильному емоційному переживанні організм дасть мобілізаційну реакцію для інтенсивної м'язової роботи, треба йому дати цю роботу;
- 5) слухання музики;
- 6) написання листа, запис в щоденнику з викладом ситуації і причини, що викликала емоційну напругу.

Рекомендується записувати в порядку убування значущості усі негативні наслідки події.

Нездатність особи впоратися із стресом виникає в результаті відсутності специфічних умінь - релаксації, когнітивних самонавіювань, а також досвіду зіткнення із стресовими діями. Щоби виправити це, рекомендується застосовувати наступні прийоми:

1. *Тренування альтернативних описів стресових ситуацій.* Проводиться вона в стані релаксації, випробовуваному пропонується вголос при закритих очах детально описати стресову ситуацію.

2. Підготовка клієнтом сумісно з психологом альтернативного рішення проблем.

3. Вибіркова проба переживань, здійснювана випробовуванним.

4. Обговорення досягнутих результатів і письмова фіксація їх в щоденнику.

5. Заучування вголос альтернативного діалогу, запропонованого психологом.

6. Застосування методики «Стоп». Її суть полягає в тому, що у разі посилення тривоги голосно вимовляти «Стоп».

Після цього випробовуваний відтворює картину, що викликає у нього позитивні емоції. Досліджуваний сам навчається субвокальному вимовленню слова «Стоп».

*Навчання співволодінню із стресовими і конфліктними ситуаціями* відбувається через визначення проблеми, постановку цілей і завдань дослідження, збір даних, їх інтерпретацію, вибір гіпотетичних можливостей вирішення проблеми, експеримент, аналіз результатів, перегляд або заміну гіпотези.

*Необхідно час від часу давати вихід власному роздратуванню.* Існує декілька методів, за допомогою яких можна справитися з власними негативними переживаннями. Ці методи засновані на використанні своєї уяви для роботи з емоціями напруги.

### **Стратегії психологічної підтримки і супроводу родичей військових**

1. *Бути поруч*
2. *Бути присутнім і доступним для людини*
3. *Витримувати контекст, який транслює людина, її історію*
4. *Контейнерувати всі почуття*

5. *Давати Надію/Віру/Ідеї, які надихають і посилюють*
6. *Виводити на ресурси, не лишати людину в полі горя чи відчаю*
7. *Навчати методам саморегуляції свого стану*
8. *Проводити психоедукацію*

Під час роботи з ресурсами можна застосовувати та рекомендувати всі ефективні та екологічні техніки, методики, інструменти, які добре себе зарекомендували на практиці. А саме:

- Всі види АРТ-терапії (малювання, ліпка, вишивання, мандали, біль яка терапія творчістю)
- Казко-терапія
- Сторінг-терапія
- МАК
- Сумісний досуг з іншими жінками (жіночі кола та ін.)
- Плейбек театр
- Культурний розвиток (вистави, кіно, концерти, виступи)
- Навчання та освіта

*Все це має сприяти певним цілям, а саме:*

- досягнути внутрішнього фізичного та психологічного заспокоєння;
- поглибити навички роботи в уяві шляхом фокусування уваги на образах, які будуть формуватись під час уявної мандрівки на східний базар,;
- розвинути компетентність самоспостереження за зміною свого психо-емоційного стану під час перебування в різних уявних умовах (внутрішній спостерігач);
- посилити навички відчуття свого тіла, звертаючи увагу на фізіологічні відчуття-реакції тіла на образи та змісти, які будуть змінюватись під час здійснення вправи.

Вітчизняні автори Столярік О., та Семигіна Т. пропонують розглядати процес повернення і адаптації ветеранів/ветеранок до дому, як такий, що має певні стадії.

#### *Етап повернення ветерана/ветеранки з війни до дому*

Ветерани/-нки схильні до соціального уникнення, дистанціювання і відчуження від інших. Власне, йдеться про певну сегрегацію, зумовлену тим, що життєво значущий період було проведено у особливому екосоціальному середовищі, якому притаманні специфічні правила поведінки, умови життя, атрибутика та цінності. Це може сформувати перестороги, мовляв, життєву ситуацію може зрозуміти лише їм подібний.

Таким чином формується «ветеранська» ідентичність, що особливо яскраво простежується у відношенні до співслужбовців, яких називають «побратими», «посестри», встановлення специфічних правил у взаємодії із цивільними, контролю за власною поведінкою. Подружні партнери/партнерки можуть відчувати ревності. Робота з тими, хто повертається із зони бойових дій, а також членами їхніх сімей, повинна орієнтуватися на відновлення спогадів про приємні моменти минулого, розвиток навичок взаємопідтримки, співпереживання, кооперації зусиль. Доцільно працювати над розвитком та побудовою формальних та неформальних мереж навколо ветеранської сім'ї, а також надавати структуровану та стратегічну терапію самим членам сім'ї, щоб повернути організаційну структуру сім'ї у звичний партнерам формат.

Обмін ролями, який відбувся під час перебування військовослужбовця в зоні бойових дій, наділив партнера, що залишився вдома, автономією та важелями контролю над усім, що відбувається із сім'єю. Партнери/-рки, що залишилися вдома, можуть стати надмірно самостійними у прийнятті та ухваленні рішень, які стосуються сім'ї. Така поведінка може пригнічувати ветерана/-нку, які повернулися з фронту, вони можуть відчувати себе непотрібними або такими, думка яких тепер не враховується. У пригоді стануть техніки, за яких подружжя делегуватиме свої повноваження членам розширеної родини, а партнери зможуть побути удвох.

#### *Етап обміркування нових життєвих сенсів*

Після повернення додому учасники/-ниці бойових дій можуть бажати зміни свого попереднього життя, бути невдоволеними своєю професією, родом занять, прагнути займатися корисними для суспільства справами, змінити коло спілкування. Нерідко при поверненні у звичне середовищі людині бракує гострих відчуттів, і вона стає роздратованою, схильною до насилля та надмірного вживання алкоголю.

На цьому етапі ветерани можуть глибоко розмірковувати над сенсом життя чи значенням пережитого травматичного досвіду, відбуваються перестановки у системі цінностей, змінюються життєві пріоритети. Саме цей етап є ключовим у підході, орієнтованим на сильні сторони.

Роль соціальних працівників може полягати в тому, щоби спільними зусиллями спланувати соціальну підтримку позитивної «Я-концепції» ветерана/-нки, визначити нові життєві сенси і досяжні життєві цілі, допомагати у пошуку ресурсів для реалізації цих цілей. Доцільно використовувати наснажувальні техніки, що дозволяють сформувати мотивацію, підвищать активність та підсилять ветеранські ініціативи.

Класичні техніки підходу, орієнтованого на сильні сторони, - вправа «Колесо життєвого балансу», карти досягнення цілей, що дають змогу відстежувати конкретні кроки із реалізації поставлених цілей, робота з консультантом і партнером/-кою, робота над копінг-стратегіями виходу з

конфліктів, участь у ветеранських групах взаємопідтримки дадуть змогу віднайти новий сенс у житті і особистісні ресурси. Психосоціальні інтервенції мають бути виразно структуровані і передбачати комбінації з індивідуального кейсменеджменту (коучингу) та групової роботи наснажувально-тренінгового типу.

Цей етап має тривати орієнтовно 3-4 місяці. Адже формування нових навичок і досягнення цілей не може бути одномоментним, однак, і не повинно бути надто тривалим, інакше це формує залежність клієнтів соціальної роботи від зовнішньої допомоги.

За даними закордонних досліджень, використання втручань на основі сильних сторін у роботі з екс-комбатантами сприяло більшому усвідомленню клієнтами своїх сильних сторін, слугувало засобом примирення з минулим, відновлення зв'язку зі своїм автентичним «Я». Психосоціальна підтримка на основі сильних сторін також сприяла тому, що ветерани/-нки навчилися повідомляти потенційним роботодавцям про свої військові переваги та досвід.

#### *Етап унормування життєвої ситуації*

Використання підходів, орієнтованих на сильні сторони, передбачає, що людина та її родина зрештою проходять адаптивну соціалізацію до нових життєвих умов з урахуванням набутого травматичного досвіду. Під час такої адаптації може відбутися кардинальна зміна професії, місця проживання, кола спілкування. Але зрештою мирне життя ветеран/-нки унормовується і стає рутинним.

Якщо психосоціальна реабілітація не буде успішною, то можливе продовження деструктивної, а інколи й само руйнівної поведінки. Соціальні працівники на цьому етапі можуть здійснювати пост інтервенційний супровід (періодичні зустрічі та консультації за потребою).

Соціальні працівники, які використовують підхід, орієнтований на сильні сторони, у роботі з ветеранами/-нками та їхні сім'ями повинні зважати на ризики та труднощі, які можуть виникати під час втручання.

Загроза зневіри чи розчарування ветерана/-нки у власній спроможності. Особи, які повернулися з війни з тілесними травмами, погіршеним здоров'ям, з результатом поразки на полі бою, можуть демонструвати зневіру у власних силах та мати низьку самооцінку. Соціальні працівники, які працюють у межах підходу, орієнтованого на сильні сторони, мають розуміти причини такої поведінки та не нав'язувати надмірно оптимістичні прогнози щодо подальшого розвитку життєвої ситуації.

*Слід дотримуватися розумного балансу щодо оцінки потреб та реальних можливостей клієнтів. Для усвідомлення змін, що відбулися, потрібен час та соціальна підтримка.*

Травма чи захворювання може розцінюватися як перешкода до досягнення цілі, а учасник/-ниця бойових дій може підлягати стигмі. Готовність до змін може бути низькою або й відсутньою, оскільки, в умовах бойових дій, прагнення стабільності і рутинності є нормальною ознакою поведінки.

Натомість окремі клієнти з числа ветеранів/-нок можуть демонструвати високі адаптивні показники, сформовані внаслідок довготривалого перебування в стресових обставинах та кризових ситуаціях, приймати швидкі рішення, виконувати окремі дії на автоматизмі, що слід розцінювати як їхню сильну сторону.

Члени сім'ї можуть значно допомогти демобілізованому військовослужбовцю, головне, щоб боєць розумів, що члени родини готові вислухати його або зрозуміють, якщо він не захоче чи не зможе говорити. Необхідно надати військовослужбовцю певний простір та не допитуватися в нього про події, які відбувалися у зоні проведення антитерористичної операції. Військовослужбовець повинен відчувати підтримку членів родини, а не тиск, оскільки їх підтримка є дуже важливою для нього.

Інколи демобілізовані військовослужбовці, які не можуть адаптуватися до мирного життя, виявляють бажання повернутися в зону бойових дій, що призводить до непорозумінь у родині («Тобі сім'я не потрібна», «Ти тікаєш від відповідальності»). На нашу думку, це говорить про те, що у військовослужбовця є незавершена справа. Такі воїни готові були боротись до перемоги, а перемоги не досягли. І цей факт їх бентежить.

*Можна порадити членам родини з метою зниження ймовірності негативних проявів поведінки демобілізованого військовослужбовця:*

- надавати військовослужбовцю можливість проводити якусь частину вільного часу віч-на-віч із кожним членом родини або близьким другом;
- підтримувати його у стосунках з іншими, але в той же час також надавати йому якийсь час провести наодинці з самим собою;
- надавати можливість проводити певний час з бойовими друзями та товаришами;
- проводити спільний час з військовослужбовцем при різноманітних обставинах (прогулянки, відвідування театрів, тощо);
- висловлювати впевненість у возз'єднанні родини та вирішенні будь-яких проблем;
- розподіляти домашні обов'язки та обговорювати ймовірні нові зобов'язання;
- поважати думки та дії кожного, при потребі йти на компроміси.

*Члени родини, до якої повернувся демобілізований учасник бойових дій не повинні допускати:*

- тиску на бійця, щоб він у свою чергу розповів про свій бойовий досвід, адже він може бути не готовий розповідати про події, які трапилися з ним на території проведення АТО (в момент розповіді військовослужбовця про відповідні події – не зупиняйте його);
- оцінки діям демобілізованого військовослужбовця;
- вказівок, що «треба» робити військовослужбовцю;
- використання установлених виразів або кліше («Війна – це пекло», «Якщо ти вже повернувся, можеш залишити все у минулому» тощо), краще висловлювати бійцю свою турботу та переживання за нього.

## **6.2. Робота з членами родин тих, хто в полоні**

За 2023 рік відбулося 12 офіційних процедур обміну полоненими між Україною та РФ, в рамках яких було звільнено з полону 892 людини, переважна більшість з яких військовополонені. Звільнення цивільних осіб відбувається незадовільно через відсутність відповідних міжнародних конвенцій та алгоритму звільнення. За даними Координаційного штабу з питань поводження з військовополоненими, понад 8 тисяч українців, цивільних та військових, досі перебувають у російському полоні. Міністерство внутрішніх справ має дані про 26 тисяч зниклих безвісти. Частина зниклих безвісти осіб можуть також перебувати в полоні чи незаконно затримані (цивільні особи).

Страх військових щодо потрапляння у полон є великим, а його підґрунтя створюється історіями та свідченнями звільнених осіб про жорстокість та тортури, які вони понесли у полоні. Цей страх посилюється розумінням, що протягом історії війн полонені зазвичай вважались тягарем для військового підрозділу адже потребували їх охорони та утримання, що в свою чергу значно знижувало мобільність підрозділу. Частіше ставалося так, що їх вбивали або відпускали скаліченими, нездатними до боротьби, перетвореними на тягар для власного суспільства та своєрідним застереженням для інших.

Так, протягом Другої світової війни 11% полонених американців та британців не пережили полону (найбільша їх частина в японському полоні), 60% радянських полонених не повернулися з німецьких таборів, а 45% німецьких військових не вижили в радянському полоні.

Слід враховувати, що для самого військовослужбовця в стигмі «військовополонений» імпліцитно міститься вказівка про його неповноцінність та навіть його провину за потрапляння до полону. Вважається, що і

стигматизація, і героїзація полону та полонених однаковою мірою є проявами упередженості суспільства.

*Переважає більшість звільнених осіб, не вважають себе героями, бо знають, що в кожного з них були обставини, над якими вони й досі задумуються – правильно чи неправильно вони вчинили.*

У всіх людей, які пройшли полон, є одна особливість, яка об'єднує їх усіх: це те, що вони – експерти з виживання. Вони вижили в надскладних умовах та отримали такий досвід, якого не мають інші. Полон для особистості – це важка психологічна і моральна криза. Для військовослужбовця в умовах полону особливо загострюється конфлікт між почуттям обов'язку, з одного боку, та прагненням врятувати власне життя, з іншого. Протягом перебування в полоні особистість проходить випробування власних психічних та фізичних сил. Полон відбирає у людини волю і робить її об'єктом знищення, адже світ полону зневажає цінність людського життя та її гідності.

*Людей, які пройшли російський полон і повернулись на територію України, етично називати «люди, звільнені з полону», а не «колишні полонені» чи просто «полонені».*

Метою захоплення в полон зазвичай є: припинення спротиву, необхідність отримання інформації, залякування супротивника, демонстрація сили і майстерності, обмін на своїх, не бажання вбивати, отримання викупу. Більшість військовополонених після потрапляння в полон опиняється в концентраційних таборах, або таборах для полонених. Останнім часом полонені військовослужбовці можуть зосереджуватись в неофіційних місцях утримання.

Дослідження поведінки військовополонених дають змогу виокремити особливі психічні реакції, які умовно поділяються на три фази:

- 1) шок потрапляння в полон,
- 2) зміни характеру від тривалого перебуванні в полоні
- 3) звільнення з полону.

В свою чергу, перебування в полоні поділяється також на три складові: **вігальна реакція, адаптація, апатія.**

Перебування в полоні вносить у внутрішній світ людини душевне сум'яття, адже полон відбирає у людини волю та робить її об'єктом знищення. Там панує зневага до цінності життя та людської гідності. Полон примушує переглянути власні життєві цінності, а деякі з них навіть піддати сумніву.

Моральні норми поведінки тут більше не діють. В численних свідченнях бранці зазначають, що туга за домом та родиною, а також відсутність можливості сповістити рідних щодо власної долі створює велику душевну напругу. Така напруга в поєднанні з аномальними умовами життя полоненого вносить психологічні дисторсії у сприйняття навколишнього середовища та власного



внутрішнього світу. Чимало в'язнів свідчать про особливості у сприйнятті плину часу, що проявляється у його викривленні. Вони розповідають, що день для них триває нескінченно довго, проте тиждень пролітає наче мить.

Величезним психічним тягарем для полоненого, на відміну від в'язнів тюрем, є відсутність достовірної інформації щодо дати звільнення та повернення додому. Невизначеність власної долі, а також щоденне приниження та знущання генералізує пригнічений морально-психологічний стан полонених.

Страждання цілком охоплюють душу такої людини і її свідомість, адже для людини на рівні усвідомлення найскладніше прийняти та звикнути до невизначеності життя, яка викликає в неї тривогу. Разом з тим невизначеність є джерелом розвитку особистості та різних відкриттів. Так, за свідченням В. Франкла та В. Глуховського зацікавленість в'язнів релігією, якщо воно в них виникало, було найбільш щирим. Глибина і сила релігійної віри часто дивувала і зворушувала новоприбулих. Вони були вражені силою духовного потягу в'язнів, які повертаючись після виснажливої роботи проводили імпровізовані молитви або служби в куточку барака чи камери.

Данні спостереження засвідчили, що внутрішній світ в'язнів, які звикли до багатого інтелектуального життя, не страждає так сильно. Ці люди спроможні рятуватися від навколишнього жахіття в багатому внутрішньому світі та власній духовній свободі. Активізація внутрішнього життя допомагає в'язню знайти схованку від порожнечі, спустошення і духовної бідності його теперішнього існування, в ізоляції від світу і нормального життя, дозволяє подумки утекти в минуле або майбутнє. Тверді переконання, оптимізм, віра та пошук сенсу життя допомагають витримати полон. У в'язнів, які не можуть зберегти внутрішню свободу, самоповагу та відчуття індивідуальності відбувається процес деперсоналізації особистості.

Протягом дослідження військового полону як явища, на теренах сучасної України, може спостерігатися зміна у ставленні до власних полонених з боку офіційної державної влади. Історично це відбувалось наступним чином. Байдуже ставлення до власних полонених за часів Північної війни 1700-1721 рр. змінюється на більш гуманне відношення протягом Першої світової війни. Разом з тим під час Другої світової війни ставлення до власних полонених набувало репресивного характеру, що виражалось в ототожненні їх зі зрадниками, та проведення каральних заходів щодо членів їх сімей, такою була позиція комуністичного керівництва тих часів.

Слід врахувати великий вплив громадської думки на переживання військовослужбовця, що опинився в полоні. Значною психологічною підтримкою є усвідомлення, що Батьківщина цінує та поважає його особистий внесок в боротьбу та дбає про забезпечення його родини.

Військовослужбовець має пам'ятати, що його звільнення може не відбутися одразу, але воно відбудеться обов'язково. Повернути людей з полону

– надважливе завдання держави! Але не менш важливо вже на Батьківщині не покинути їх на одинці з наслідками полону й допомогти повернутися до повноцінного життя.

### **Алгоритм дій родичів, в разі потрапляння члена родини в російський полон**

*Крок 1.* Переконайтеся, що дійсно людина потрапила до полону. Адже бувають випадки, коли шахраї телефонують в повідомляють, що людину забрали росіяни і вимагають переслати кошти за те, щоб людину відпустили.

*Крок 2.* Якщо впевнені, що людина в полоні країни-агресора, треба зібрати якомога більше інформації про людину, яка потрапила в полон, а також обставини, за яких це сталося. Це можуть бути контакти з родичами, друзями, знайомими, які знають про вказану подію або ж ви випадково побачили сюжет по телебаченню тощо. Обов'язково зберігайте усі дані, занотуйте, копіюйте, робіть скріншоти тощо, щоб нічого потім не забути, адже кожна деталь має значення.

*Крок 3.* Звертайтеся до органів державної влади. Усі мають розуміти, що Україна докладає максимум зусиль, щоб визволити кожного українця з полону росіян. Є відповідні напрацьовані механізми. Але ми маємо справу з державою терористом, яка не дотримується жодних законів та відверто нехтує нормами міжнародного права.

*Захоплення людини в полон є злочином. Тому повідомляти про те, що людина полоні, треба до державних органів:*

- 1) до Національної поліції України (а саме, до територіальних органів за місцем вашого перебування. Також можна зателефонувати на цілодобову гарячу лінію +380 89 420 18 67;
- 2) до СБУ. Телефонуйте на цілодобову гарячу лінію Об'єднаного центру з пошуку та звільнення полонених +380 67 650 83 32; +380 98 087 36 01;
- 3) до Національного інформаційного бюро. Цілодобова гаряча лінія в межах України 1648; +380 44 287 81 65 (з-за кордону);

Якщо вам потрібна правова допомога, то слід звернутися до системи безоплатної правової допомоги. Телефонуйте до контакт центру системи БПД за телефоном: 0 800 213 103 (дзвінки зі стаціонарних та мобільних телефонів безкоштовні). Номер для дзвінків з-за кордону +38 (044) 363 10 41 (вартість дзвінка за тарифами вашого оператора зв'язку). Вас проконсультують з питань прав та пільг членів сімей військовополонених, нададуть вичерпну консультацію з інших юридичних питань, які вас цікавлять, допоможуть скласти звернення до держустанов, правоохоронних органів тощо.

Списки полонених офіційно не публікуються і не розповсюджуються з міркувань безпеки, а заклики допомогти знайти чи визволити людину з полону у соцмережах можуть привернути увагу злочинців, які скориставшись бідною

родини і спробують нажитися (почнуть телефонувати і вимагати гроші за інформацію, наприклад).

Провідною фаховою організацією в Україні в темі роботи з людьми, що пережили полон і тортури та членами їх сімей є громадська організація «Блакитний Птах», фахівці якої розробили певні алгоритми та інструкції, з якими корисно ознайомитись психологам, які хочуть опанувати ці напрямки роботи.

### **Причини, по яким рідні полонених можуть потребувати психологічної підтримки:**

*Допомогти пережити період життя, який має значний вплив на психоемоційний стан людини та може тривати роками.* Деякі фахівці називають психологічними тортурями стан, в якому перебувають рідні полонених чи незаконно затриманих цивільних осіб. Психологічно, очікування і пошуки неймовірно виснажливі, забирають багато внутрішнього ресурсу людини. Переживання щодо поводження з близькими в полоні, невизначеність з можливістю та термінами звільнення, мають значний психотравмуючий фактор. Кожен обмін полонених це надія. Та стрес, якщо близької людини не виявилось в списках звільнених з полону. Рідні зниклих безвісти осіб переживають невизначену втрату. Це особливий тип втрати, який викликає особливий вид горя, якому немає кінця.

*Протидія маніпуляціям психологічного впливу щодо рідних полонених.* Не рідко рідні полонених чи незаконно затриманих осіб отримують дзвінки з території РФ чи тимчасово окупованої території України, в яких їх намагаються переконати, що їх близьких не хоче повертати Україна. Інколи публікують списки полонених, яких, нібито, Україна відмовляється забирати з полону. Такі дії мають на меті викликати в суспільстві незадоволення владою України через людей, що перебувають у вразливому стані та використовувати це незадоволення у власних цілях. Протидією такому психологічному впливу має бути психологічна підтримка рідних полонених.

*Допомога у подоланні наслідків перебування у полоні.* Досвід полону та тортур впливає на психологічний стан особистості. В людини втрачається відчуття базової довіри до світу, довіри іншим людям, порушується віра в себе та втрачаються навички контролю свого життя. Досвід полону впливає не лише на постраждалого, але й на його родину та найближче оточення. Довготривала ізоляція призводить до розриву взаємозв'язків з сім'єю, зміну соціальних ролей та може виникнути дезадаптація в суспільстві. Для подолання наслідків полону та тортур можуть знадобитися роки та багато підтримки. Чи не найбільшу роль тут відіграє родина звільненого з полону. Тому важливо, щоб члени родини були самі у ресурсному стані та знали, як вони можуть допомогти своїм близьким. Поради досвідченого фахівця стануть у нагоді. Це можна забезпечити як за допомогою індивідуальної психологічної допомоги, так і групової. Процес реабілітації пришвидшується, якщо постраждала особа відчуває підтримку родини, а родина знає як правильно цю підтримку надати.

## **Алгоритм соціально-психологічної допомоги родичам жертв полону та тортур від ГО «Блакитний птах»**

У більшості випадків, що стосуються полону, соціально-психологічна допомога починається з моменту незаконного викрадення людини. Робота ділиться на такі етапи:

### *1 Етап. Психологічна підтримка родичів викраденої людини*

На цьому етапі відбувається стабілізація психоемоційного стану близьких полоненого; інформування про їхні права та можливості; надається допомога у подачі заяв. Далі протягом усього часу, коли людина утримується в полоні, родичам регулярно надається:

- *психологічна підтримка*. Важливо, щоб люди не залишалися наодинці зі своїм горем. Психологічна підтримка допомагає їм змагатися зі станом відчаю, не відчувати себе покинутими, не опускаючи руки і продовжувати боротися за звільнення близької людини;
- *допомога з медикаментами для передачі людині, що перебуває в полоні*;
- *матеріальна підтримка сім'ї, якщо викрадений був годувальником*;
- *допомога з виїздом на безпечну територію України, якщо близьким загрожує небезпека*;
- *юридична допомога з питань, що стосуються подачі заяв, отримання виплат, відновлення документів*;
- *нова інформація про полонених, якщо така є; про заходи, що проводяться для їхнього звільнення; про соціальні послуги та можливості для членів сім'ї людини, що знаходиться в полоні.*

### *2 Етап. Перша допомога відразу після виходу з полону*

1. Необхідно переконатися, що в сім'ї того, хто пережив полон, задоволені базові потреби. Перша з яких – це потреба в безпеці. Тому насамперед допомагають виїхати всій родині на безпечну територію. У межах надання соціальної допомоги необхідно переконатися, що у членів сім'ї буде задоволена потреба в житлі та їжі, а також у речах першої необхідності.

2. Якщо необхідно і за запитом пропонується медичне обстеження і лікування. Більшість людей у полоні піддавалися тортурам. За два роки роботи фахівці «Блакитного птаха» склали приблизну карту тортур. Так у різних збройних угрупованнях у різних точках дислокації часто є певний стандартний набір тортур. Отримані дані вкрай важливі для розуміння, які проблеми зі здоров'ям можуть бути у людини після звільнення, оскільки багато людей після виходу з полону певний час на тлі гормональних змін можуть не помічати фізичних наслідків тортур. Тому, розуміючи де і ким була затримана людина,

соціальний працівник може сам запропонувати найбільш актуальне на цей момент медичне обстеження.

3. На етапі надання психологічної допомоги відбувається встановлення довірчих терапевтичних взаємин як основа подальшої психологічної допомоги.

4. Збір травмаспецифічного анамнезу – відразу після виходу з полону людина хоче поділитися своїм досвідом, але боїться, що її не сприймуть. Робота з терапевтом допомагає структурувати пережите у безпечній обстановці і є основою для подальшої роботи.

5. Психоедукація постраждалого та членів його сім'ї (інформування про механізми впливу травмивних подій на людину). Інформація про особливості реакції психіки на травмивні події посилює готовність прийняти допомогу фахівця. Розуміння природи змін у психіці допомагає людині сприйняти власні реакції та особливості сприйняття, що істотно знижує рівень тривоги і сприяє стабілізації психоемоційного стану. Проведення психоедукації для членів родини допомагає їм зрозуміти, як можна в ситуації, що склалася, допомагати і підтримувати одне одного.

6. Робота в межах кризової інтервенції. Відразу після виходу з полону людина стикається з безліччю викликів – минуле життя з його цінностями та ресурсами виявляється недоступним. Завдання терапевта на цьому етапі допомогти впоратися з поточними кризовими ситуаціями, не торкаючись питань, пов'язаних із пережитою травмою до того часу, поки потерпілий не накопичить внутрішніх ресурсів достатньо для роботи з травмивним досвідом;

7. Відновлення документів, якщо вони були втрачені під час полону; подання заяв у державні правоохоронні органи та допомога у поданні заяв у міжнародні суди.

*3 етап. Соціально-психологічна підтримка людей, що пережили полон і членів їхніх сімей. Психотерапевтична робота з жертвами тортур та система реадaptaційних заходів*

1. Моніторинг адаптаційних можливостей сім'ї, оцінювання, наскільки успішно людина, що пережила полон, змогла адаптуватися й соціалізуватися. На цьому етапі соціальний працівник насамперед має інформувати постраждалих про можливості соціалізації. Фахівці ГО «Блакитний птах» включаються в процес надання допомоги, коли потерпілий дійсно не може самостійно адаптуватися в соціумі.

2. Допомога в отриманні медичної допомоги на цьому етапі надається тільки у випадку крайньої необхідності: якщо людина, що пережила полон, потребує дорогого обстеження або невідкладної медичної допомоги, але все ще не в змозі самостійно забезпечити собі необхідне лікування.

3. Правова допомога на цьому етапі частіше всього полягає в консультуванні стосовно соціальних виплат.

4. Проведення психологічних та психотерапевтичних консультацій. Індивідуальна психотерапевтична робота з людиною, пережила полон і з членами її родини проводиться, якщо вони того хочуть. Крім індивідуальної психотерапевтичної роботи регулярно проводяться групові заходи спрямовані на поліпшення навичок соціалізації і реадаптації: в літній час ГО «Блакитний птах» проводить ресурсно-релаксаційні заходи для людей, що пережили полон, і членів їхніх сімей, організовує роботу літніх оздоровчих таборів для дітей потерпілих і членів сімей зниклих без вісти; проводяться щомісячні арт-терапевтичні групові заняття.

Тривалість роботи з постраждалими та членами його родини може бути різною. В практиці фахівців ГО «Блакитний птах» вона варіюється від місяця до двох років (все ще не закінчена на сьогоднішній день).

Крім роботи з конкретними випадками фахівці ГО «Блакитний птах» створили інструкції і статті на теми:

- що робити після того, як ви вийшли з полону;
- що робити, якщо ваш близький був викрадений;
- необхідність ДНК-експертизи та можливість її проведення;
- інформація про військові злочини і злочини проти людяності (для тих, хто пережив полон);
- як визнати людину зниклою безвісти чи оголосити загиблою;
- пам'ятка «Принципи комунікації з людьми, які переживають кризу втрати». (Ознайомитися з інструкціями та статтями можна на сайті <http://hostage.org.ua> у розділі «Інструкції».)

### **6.3. Робота з членами родин тих, хто знаходиться в статусі зниклих без вісти**

Станом на кінець травня 2023 року, за словами уповноваженого Верховної ради з прав людини Дмитра Лубінця, було відомо про приблизно 24 тисячі громадян України, які зникли безвісти під час збройної агресії РФ, більшість – військові. Тисячі українських родин живуть між відчаєм та надією, шукаючи своїх рідних воїнів.

У випадку смерті є офіційне підтвердження втрати, а ритуали трауру надають можливість попрощатися. Втім, у випадку невизначеної втрати постійна невпевненість заважає зрозуміти та знайти сенс. «Психологічний капкан» в який потрапляють родичі зниклих без вісти, полягає в тому, що людина, рідня якої

пропала переживає почуття невизначеної втрати, стресу, депресії та цей процес свідомо чи несвідомо продовжується до тієї пори, поки не буде отримано достовірну інформацію, яка внесе ясність.

### **Хто такі «особи, зниклі безвісти»**

*Зниклими безвісти у збройному конфлікті* вважаються всі ті особи, чие місце перебування не відомо їхнім родичам, а також ті особи, щодо яких є достовірні відомості, що вони зникли безвісти в результаті збройного конфлікту, ситуації насильства в країні або внутрішніх заворушень. Це питання є актуальним у багатьох контекстах.

Зниклі під час бойових дій — це комбатанти, які не повернулися додому після військової операції і чия доля залишається невідомою. Вони могли загинути або бути затриманими.

### **Права осіб, зниклих безвісти**

- 1) Право на визнання їхнього особливого правового статусу.
- 2) Право на те, щоб їх розшукували і за потреби ексгумували: необхідне розслідування повинно бути проведено органами державної влади.
- 3) Право не бути оголошеним померлим без достатніх на те доказів; право на визнання компетентними адміністративними органами особою, зниклою безвісти або відсутньою.
- 4) Право на отримання своїх прав і правового статусу після повернення.
- 5) Право та інтереси осіб, зниклих безвісти, повинні бути захищені за будь-яких обставин, доки не буде з'ясована їхня доля або доки не буде визнаний факт смерті. Для цього необхідне визнання особливого правового статусу осіб, зниклих безвісти.
- 6) Першочерговим правом осіб, зниклих безвісти, є право на розшук і повернення. Відповідно до права на життя і безпеку, особа, яка зникла безвісти, має право на проведення ретельного розслідування обставин її зникнення, доки не з'явиться можливість зробити задовільні висновки про її долю.
- 7) Доти, доки доля людини не буде з'ясована, необхідне визнання за нею правового статусу «відсутньої», у зв'язку з чим компетентний адміністративний орган влади повинен видати довідку про відсутність, в якій би підтверджувалося, що доля людини невідома, і яка давала б можливість захищати права такої людини. Визнаючи особливий правовий статус особи, зниклої безвісти, національне законодавство задовольняє вимогу захисту її юридичних прав, визнає невизначеність становища її близьких і ті труднощі, з якими їм доводиться стикатися. Таке визнання забезпечує правові рамки і необхідні засоби для вирішення питань, що повсякденно виникають перед родичами.

*Людину не можна визнати померлою без пред'явлення достатніх доказів, які б підтверджували факт смерті. Тому бажано вжити тимчасових*

*заходів на той період, коли особа відсутня, перед тим як буде видано свідоцтво про смерть. Тривалість періоду, протягом якого особа вважається відсутньою, повинна бути достатньою для проведення необхідного розслідування обставин її зникнення і подальшої долі. У разі, якщо виявляється, що людина жива, довідка про відсутність анулюється і правовий статус і права такої особи повністю відновлюються.*

Становище родича особи, зниклої безвісти, неможливо порівняти ні з якою іншою життєвою ситуацією. Родичі таких осіб живуть в стані болісної невизначеності: за відсутності дій життєво важливі питання, що стосуються долі близької людини і їхнього власного становища в суспільстві, ще довго залишаються без відповіді.

### **Хто може здійснювати супровід родичів осіб, зниклих безвісти**

- 1) Люди, які самі перебувають у схожій ситуації або мають досвід, аналогічний досвіду тих, кому вони покликані допомогти (наприклад, члени асоціації сімей, чий родичі зникли безвісти).
- 2) Національні товариства Червоного Хреста і Червоного Півмісяця.
- 3) Місцеві співробітники і (або) делегати МКЧХ.
- 4) Різні представники місцевої громади, наприклад, релігійні діячі, соціальні працівники та співробітники системи охорони здоров'я, НУО та різні асоціації (наприклад, такі, що займаються проблемами молоді і жінок або захистом прав людини), державні служби.
- 5) Фахівці, які прагнуть адаптувати спеціалізовані послуги до потреб родичів осіб, зниклих безвісти – психологи, соціальні працівники, волонтери.

### **Супровід передбачає:**

- 1) підтримуючі бесіди з родичами зниклих безвісти;
- 2) надання родичам інформації;
- 3) допомогу в розшуку зниклої безвісти людини;
- 4) допомогу родичам у вирішенні юридичних та адміністративних питань;
- 5) організацію груп підтримки для сприяння обміну досвідом і взаємодопомоги між сім'ями зниклих безвісти;
- 6) допомогу родичам в емоційному відновленні і поверненні їх до активного громадського життя;
- 7) сприяння спілкуванню всередині сім'ї;
- 8) мобілізацію спільноти та її ключових представників (здійснення посередництва між сім'єю і різними службами);
- 9) підвищення поінформованості громадськості та сприяння суспільному визнанню того, що проблема зникнення людей існує;



10) надання рекомендацій щодо звернень до відповідних служб і (або) на консультацію до фахівця.

### **Як близькі родичі сприймають зникнення**

Завдання сім'ї – знайти пояснення зникненню близької людини. Саме члени сім'ї виявляють відсутність родича, і саме їм доводиться розбиратися з наслідками зникнення. Одна з основних проблем, з якою стикаються родичі зниклої безвісти людини, це визнання того факту, що цієї людини з ними більше немає і що вона зовсім несподівано зникла.

Першою природною реакцією стає думка, що її десь переховують, а в ситуації збройного конфлікту або політичного насильства – що вона утримується під вартою. Іншими словами, що *вона ще жива*.

Більшість сімей починають розшукувати свого родича, як тільки він був затриманий або як тільки вони дізнаються, що він зник. Потім триває період активних пошуків, в ході якого відбуваються зустрічі з представниками офіційної і неофіційної влади, відвідування місць утримання під вартою, поля бою, лікарень, а також деяких організацій. Розшук може також складатися з пошуку серед тіл загиблих, розкриття могил, пошуку можливих свідків або осіб, відповідальних за затримання особи, зниклої безвісти, або командира військового підрозділу, в якому служив зниклий безвісти родич. Також сім'ї звертаються до людей, які можуть стати посередниками або надати їм допомогу в отриманні інформації.

Для близьких особи, зниклої безвісти, травмуючою виявляється вся ситуація зникнення в цілому. Відсутність інформації про зниклого безвісти родича може занурити його близьких у стан **травмуючої невизначеності**, яка здатна серйозно порушити плин їхнього життя

*Хоча прагнення отримати інформацію – абсолютно нормальна реакція*, особливо в перші роки після зникнення людини, воно є також і серйозним, безперервним джерелом стресу. Тривалість та інтенсивність пошуків можуть призвести до фізичного і психічного виснаження (деякі сім'ї продовжують активні пошуки своїх зниклих безвісти родичів і через 25 років після їх зникнення).

Дізнатися, що близька людина втрачена назавжди – ось що лякає родичів, і їм постійно доводиться відганяти від себе думку про її смерть. Іноді такий страх змушує їх протистояти власному песимізму, і вони відмовляються визнати очевидне й уникають тих людей, які потенційно можуть підтвердити їхні найгірші побоювання.

Відсутність інформації про долю зниклої безвісти близької людини й, що ще гірше, усвідомлення того, що з нею могло статися будь-що, постійно тривожать сім'ю. Кожне нагадування про зниклого безвісти родича, яким би незначним воно не було (його одяг, друзі, місця, де він бував, значущі дати, тощо), викликає новий напад тривоги і робить відсутність близької людини невід'ємною рисою повсякденного життя сім'ї.

*Коливання між надією і відчаєм.* Невизначеність щодо долі зниклої безвісти близької людини може на довгі роки тримати життя сім'ї між надією і відчаєм або, як хтось сказав, «між небом і землею». Деякі сім'ї справляються з ситуацією, віддаючи перевагу надії, а не відчаю, чіпляючись за найбільш позитивний сценарій (вважають, що їхній зниклий безвісти родич все ще живий). У ряді випадків вони навіть ведуть себе так, ніби в їхньому житті нічого не сталося. Матері, що продовжували готувати улюблені страви зниклим безвісти синові чи дочці або не вимикали лампи на той випадок, якщо вони раптом повернуться додому, є в різних країнах. Таким чином родичі продовжують вважати своїх близьких живими і зберігати їхню присутність у сім'ї.

*Спроба зберегти надію* – цілком зрозуміла реакція. Цю ситуацію не слід плутати з відмовою вірити в смерть близької людини, коли немає конкретних доказів її смерті і коли сім'я продовжує активні пошуки зниклого безвісти родича. Відмова вірити стає проблемою, коли, незважаючи на достатні підстави вважати, що зниклої безвісти людини вже немає серед живих, родичі все ще відмовляються навіть думати про це.

*Ціна надії.* Надія коштує дорого. Збереження надії передбачає суттєві матеріальні та енергетичні витрати (відвідування ворожок, продовження пошуків, тощо). Надія може знерухомити людей, консервуючи їх у певному душевному стані, позбавляти можливості жити соціально та емоційно активним життям. Подібне відбувається в тих випадках, коли люди ніяк не хочуть змиритися з відсутністю близької людини і щодня гостро відчувають її втрату.

*Стан тривожності, що виникає у зв'язку із загальною ситуацією, робить людей нетерпимими і дратівливими.* У повсякденному житті їм стає все важче справлятися з самими звичайними проблемами. Такий практично неконтрольований стан нервозності може стати причиною напружених стосунків у сім'ї або з іншими людьми. Дехто намагається впоратися з ситуацією, що склалася, емоційно відсторонюючись від оточуючих людей або обмежуючи своє спілкування з ними.

### **Почуття провини у родичів і близьких**

*Відчуття власної провини* у трагедії з близькою їм людиною може ще більше посилювати горе родичів. Часто почуття провини пов'язане й з іншими емоціями: самозвинуваченням, а часом навіть із гнівом, спрямованим на особу, що зникла безвісти, і на всіх тих, хто винен у її зникненні. Залежно від інтенсивності і тривалості таких емоцій вони можуть значно посилювати психологічні страждання близьких.

*Родичі часто звинувачують себе з багатьох причин*, наприклад, тому що не змогли запобігти зникненню близької людини, не зуміли її захистити, дозволили забрати від себе і не зуміли її знайти. Якщо людина зникла безвісти під час бойових дій, почуття провини може переважати у родичів чоловічої статі: у них виникає відчуття, що вони дозволили брату чи синові піти на війну замість них, що вони цінують власне життя і сімейну честь вище, ніж близьку їм людину.

*Почуття провини, викликане страхом зрадити зниклу людину. Якщо родичі не проводять пошуки зниклого безвісти або якщо такі пошуки закінчуються безрезультатно, багато сімей можуть вважати, що, по суті справи, вони його покинули. Таке занепокоєння може бути ускладнене почуттям провини за те, що вони не зробили всього, що в їхніх силах, або не зробили тих чи інших конкретних кроків.*

*У тих випадках, коли сім'ї, всупереч своїй переконаності, змушені визнати, що зниклої безвісти людини вже немає серед живих, їм починає здаватися, що вони покинули або зрадили її. Деякі люди навіть зізнаються, що у них таке відчуття, ніби вони самі вбили свого родича..*

Почуття провини, викликане бажанням вести нормальний спосіб життяТі сім'ї, в яких тривога з приводу страждань, які відчуває близька людина, затьмарює всі інші почуття, можуть зазнавати труднощів із поверненням до нормального способу життя.

«Як я можу думати про себе, їсти досхочу і жити в теплі, якщо мій син мерзне і голодує», - каже мати сина, який зник безвісти.

Таке відчуття провини може підігріватися відсутністю соціальних норм, які б підказували сім'ям, як діяти в подібній ситуації, і спонукали б вести звичний спосіб життя. Зазвичай після втрати близької людини життя повертається до свого звичайного стану через певний період часу, проте в разі зникнення родича немає таких тимчасових меж, після яких його близькі можуть повернутися до своїх звичайних життєвих обов'язків.

Сім'я може сама продукувати подібні емоції, особливо в тих випадках, коли один з її членів намагається вийти з кола сімейного горя. Почуття провини, викликане бажанням позбутися невизначеності.

*Сім'я може відчувати провину за те, що прагне покласти край своєму горю. Тягар невизначеності настільки важкий, що люди починають усвідомлювати: будь-яка визначеність краще, ніж їхній теперішній стан, навіть якщо це означає, що вони дізнаються про свою безповоротну втрату. Після цього вони відчувають провину за те, що поставили свої інтереси на перше місце, а також за те, що нещастя обрушилося на сім'ю.*

### **Емоційна та соціальна ізоляція родини зниклого безвісти від інших**

Емоційний вплив зникнення родича може призвести до розриву відносин між його близькими й іншими людьми з їхнього соціального оточення. Членам сім'ї такої людини може виявитися важко ділитися своїм горем з найближчими сусідами, оскільки:

- вони не бажають нав'язувати іншим людям нескінченні розповіді про одне й те саме і (або) посилювати власні страждання подібними розмовами;
- їм може здаватися, що їхні власні страждання настільки незвичайні, навіть унікальні, що ніхто не зможе їх зрозуміти;

- вони можуть з небажанням залучати інших людей до своїх переживань, оскільки і самі не знають відповідей на свої питання. «Що я скажу про чоловіка, якщо мене хтось запитає про нього, коли я і сама нічого не знаю?»»
- у деяких культурах висловлення емоцій і сильних почуттів вважається слабкістю, особливо якщо це роблять чоловіки;
- деякі люди замикаються в собі, боячись не стримати емоцій або відчуючи, що навіть розмови про те, чого вони бояться найбільше у світі, будуть сприяти негативному розвитку подій.

### **Психологічні та психосоціальні наслідки зникнення людини**

*На рівні спільноти/На рівні суспільства в цілому:*

- стигматизація;
- ізоляція;
- уникнення спілкування/замикання в собі;
- невизначеність статусу;
- відсутність ритуалів поховання.

*На рівні сім'ї:*

- розбіжності в думках з приводу долі, яка спіткала безвісти зниклого родича;
- труднощі спілкування з іншими членами сім'ї/емоційна ізоляція;
- труднощі, пов'язані зі зміною ролей в сім'ї;
- прогалина в сімейній історії;
- протидія забуванню.

*На індивідуальному рівні:*

- болісна невизначеність;
- коливання між надією і відчаєм;
- почуття провини, самозвинувачення і гнів;
- втрата інтересу до інших сфер життя як у соціальному, так і в емоційному плані

### **Невизначена втрата**

*Це втрата, яка не може бути чітко визначена або укладена в рамки традиційно розуміння втрат.* Це поняття охоплює безліч аспектів: втрата житла, безпечного місця роботи, але найважче дається людині факт безвісти зниклих родичів, тому що у цьому стані вона відчуває постійні коливання між страхом, що це дійсно втрата, що близька людина не повернеться, і паралельно поверненням до надії, що людина жива, оскільки така втрата не завершена. На жаль, це може тривати роками, тому людині досить важко вийти з такого кризового стану, тому що факту підтвердження загибелі немає, завжди є місце для надії.

*Втрати є невіддільною частиною людського життя, ми можемо втратити різні речі: роботу, житло, стосунки, дорогі речі. Усі ці втрати супроводжуються*

емоційним болем та тужливістю. Разом з тим, коли втрата пов'язана з невизначеністю, емоційний біль стає ще більш інтенсивним, і він має глибший вплив на психічний стан людини.

*Невизначена втрата* – це особливий тип втрати, який викликає унікальний вид горя, якому не має кінця, і причиною цього є саме невизначеність обставин. Залишається надія, що людина жива, але одночасно виникають низка відчуттів, які неможливо виразити через цю ситуацію.

Це унікальний тип втрати, який викликає унікальний вид горя, якому немає кінця, і причиною є не слабкість людини, а двозначність ситуації.

Численними науковими дослідженнями доведено, що *основне завдання психолога полягає тому, щоб допомогти клієнту, так би мовити «зробити роботу горя»*, а не зменшити чи притупити гостроту душевних переживань.

Процес скорботи, горювання не хвороблива чи неадекватна реакція, від якої треба вберегти людину, натомість з гуманістичних позицій він прийнятний і необхідний.

Натепер ситуація у галузі терапії горя є доволі кризовою: з одного боку спростовується традиційне фрейдівське уявлення про горе як процес декатексису емоційної енергії, а з іншого – популярні моделі скорботи як серії емоційних етапів адаптації до втрати вже не вважаються такими усталеними.

За таких умов актуалізується конструктивістський підхід щодо даної концептуальної кризи, зокрема скорбота, горювання розглядаються як процес реконструкції смислового світу, зруйнованого або зміненого внаслідок втрати.

## **ЩО ДОПОМОЖЕ РОДИЧАМ ЖИТИ З ВІДЧУТТЯМ ВТРАТИ, В ЯКІЙ ВОНИ НЕ ВПЕВНЕНІ**

### *Як знайти сенс?*

За допомогою культурних переконань (доля/рок).

За допомогою духовного прийняття природи та циклу життя.

За допомогою релігійної духовності.

За допомогою усвідомлення і (або) змін сприйняття.

### *Що може допомогти?*

Визначення проблеми.

Усвідомлення.

Упорядкування емоцій.

Обмін думками, поглядами з іншими людьми щодо сприйняття проблеми.

Релігія і духовність.

Ритуальні дії.

Сприйняття страждань як неминучість.

*Як впоратися з ситуацією?*

Визнати, що неоднозначні почуття, емоції і сприйняття існують.

Визнати, що неоднозначність почуттів, що виникає в результаті втрати, в якій не можна бути впевненим, нормальне явище і що цими почуттями можна керувати.

Навчитись володіти емоціями та почуттями, адаптуючись до ситуацій неоднозначного сприйняття.

*Як собі допомогти?*

Усвідомити, що почуття провини й інші негативні емоції – це нормальні явища.

Відновити власну здатність діяти.

Розповісти іншим людям про свої неоднозначні почуття.

Знайти позитивні сторони конфлікту і прийняти їх.

Виробити в собі здатність переносити напруженість.

Відновити відчуття, що контролюєш ситуацію, і відродити почуття самоповаги.

Створити (відновити) емоційні і суспільні зв'язки з іншими людьми.

Розповіді (слухати і говорити).

Розмови з іншими людьми (друзями, окремими особами, оточуючими), під час яких згадуються історії про зниклих безвісти родичів, сприяють:

- процесу осмислення того, що сталося;
- створенню рівноваги між думками, що суперечать одна одній;
- зціленню.

**Питання для самоконтролю**

1. Розкажіть, як ви розумієте комплекс дій і послуг, які входять в поняття «психологічна допомога» та «психологічний супровіж»
2. Які особливості має психологічна робота з членами родин тих, хто воює?
3. Поясніть, що таке стрес-менеджмент і в чому його треба застосовувати членам родин військових?
4. Які інструменти стрес-менеджменту вам відомі?
5. Назвіть відомі вам техніки емоційного самовідновлення. Поясніть, як саме вони впливають на організм людини і в чому їхня користь.
6. Розкажіть, з яких стадій може складатись процес адаптації ветерана/ветеранки, після повернення з фронту до дому? Та які поради може дати психолог його/її близьким і родичам?
7. Поясніть, і чому особливість роботи психолога з членами родин тих, хто знаходиться в полоні?
8. Опишіть психологічні процеси, які можуть відбуватись під час того, як людина знаходиться в полоні.
9. Наведіть алгоритм соціально-психологічної допомоги родичам жертв полону та тортур від ГО «Блакитний птах». Можливо, ви би щось ще додали до переліку?
10. Розкажіть про роботу психолога з членами родин тих, хто знаходиться в статусі зниклих без вісті.
11. Поясніть, що таке «невизначена втрата» і чим вона відрізняється від втрати в загальному розумінні?
12. Які фази горювання вам відомі?

### **Практичне завдання**

1. Складіть маршрут дій для родини, яка зустрілась з фактом полону свого родича (куди звертатись і навіщо).
2. Складіть план психологічного супроводу родини, яка зустрілась з фактом зникнення без вісті свого родича.

### **Література**

Столярик, О., Семигіна, Т. Повернутися з війни: психосоціальна підтримка ветеранів/-нок та членів їхніх сімей. *Social Work and Education*, Vol. 10, No. 1. 2023. pp. 63-77. DOI: 10.25128/2520-6230.23.1.6

Бриндіков, Ю. Л. (2018). Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб (Doctoral dissertation, Тернопільський національний педагогічний університет імені Володимира Гнатюка).

Кокур О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.

Як допомогти особистості в період переходу від війни до миру: соціальнопсихологічний супровід : практичний посібник / за наук. ред. Т. М. Титаренко, М. С. Дворник / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2022. 154 с.

Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.

Застосування психотерапевтичних технологій у наданні допомоги постраждалим з проявами посттравматичного стресового розладу: практичний посібник / Я. М. Омельченко, З.Г. Кісарчук, Т.С. Гурлева, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. Я.М. Омельченко. Київ : Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2023. 256 с.

Апальков В. В. ПСИХОЛОГІЯ ПОВЕДІНКИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ В УМОВАХ ПОЛОНУ. Вісник Національного університету оборони України. 2020. № 2 (55). С. 14-22. DOI: 10.33099/2617-6858 – 20 – 55 – 2 – 14-22

Матеріали з сайту ГО «БЛАКИТНИЙ ПТАХ» <http://hostage.org.ua/>

Терапія горя (R. A. Neimeyer, 2015, переклад та адаптація В. Зливков, С. Лукомська, обкладинка Анастасія Гридасова). Київ. 2021. 259 с.

СУПРОВІД РОДИЧІВ ОСІБ, ЗНИКЛИХ БЕЗВІСТИ. ПРАКТИЧНИЙ ПОСІБНИК. [https://blogs.icrc.org/ua/wp-content/uploads/sites/98/2020/03/Acc-families\\_UKR\\_LR.pdf](https://blogs.icrc.org/ua/wp-content/uploads/sites/98/2020/03/Acc-families_UKR_LR.pdf)



1. Розкажіть, що таке реабілітація взагалі, та яких видів вона буває?
2. Поясніть, що таке «стан здоров'я», та як на вашу думку пов'язані здоров'я фізичне та ментальне?
3. З яких елементів складається та як функціонує система реабілітації в Україні?
4. Опишіть, що таке мультидисциплінарна команда, для чого і як саме вона створюється, який її склад?
5. Розкажіть, що таке Індивідуальний план реабілітації та які існують реабілітаційні періоди?
6. Поясніть, що таке «психологічна допомога» та яких видів (рівнів) вона буває?
7. Які вам відомі види послуг з психологічної допомоги? Розкажіть про кожен з них.
8. Психореабілітація відноситься до якого рівня психологічної допомоги? Дайте визначення поняття «психореабілітація» та скажіть, чим на вашу думку курс психореабілітації військових, учасників/учасниць бойових дій, відрізняється від загального курсу психотерапії у приватного психотерапевта?
9. Які вимоги встановлені законодавством до фахівці, які надають психологічну допомогу другого рівня військовим і членам їх сімей?
10. Чим відрізняється три рівні психологічної допомоги? Розкажіть про кожен, наведіть приклади.
11. Розкажіть, хто саме може бути отримувачами послуг з психологічної допомоги, згідно положень Постанови КМУ 1338?
12. Назвіть, який обсяг послуг із психологічної допомоги можуть отримати військові і члени їх сімей?
13. Поясніть, яким є процес проведення моніторингу надання послуг із психологічної допомоги військовим і членам їм сімей, та оцінки їх якості?
14. Розкажіть, що ви знаєте про стрес, як реакцію організму на різноманітні впливи?
15. Назвіть відмінності стресу звичайного соціального життя і бойового стресу.
16. Які вам відомі стрес-фактори, що чинять вплив на фізичні та психічні системи людей, які воюють?
17. Розкажіть про різні моделі бойового стресу і як вони характеризуються.
18. Опитувальник бойового стресу Блінова – що це за тест і що саме він вимірює? Як його застосовувати?
19. Що ви знаєте про психічну травму взагалі? Які бувають види психотравм,

20. Поясніть, чим бойова психічна травма відрізняється від психотравм соціального життя?
21. Розкажіть про 8-ми крокову методику зцілення травми, авторства Пітера Леві.
22. Що вам відомо про визначення і класифікації черепно-мозкових травм?
23. Чим відрізняється ЧМТ як наслідок мінно-вибухового впливу від струсу мозку, котрий особа може отримати в звичайному соціальному житті?
24. Які симптоми ЧМТ вам відомі?
25. Чому наслідки ЧМТ від мінно-вибухової травми можуть бути схожі на картину ПТСР?
26. Що таке посткомоційний синдром і за яких умов він виникає?
27. Розкажіть своїми словами, як ви розумієте поняття «психореабілітація ветеранів/ветеранок», після участі в бойових діях.
28. Назвіть, які наукові підходи до відновлення психічного здоров'я військових вам відомі?
29. Як ви оцінюєте систему надання психологічних послуг військовослужбовцям в США? Розкажіть про неї.
30. Що вам відомо про війну в Хорватії (1991-1995 років)? Розкажіть про систему реабілітації ветеранів та ветеранок в Хорватії.
31. Проаналізуйте досвід відновлення психічного здоров'я Захисників і Захисниць, який застосовується в Ізраїлі.
32. В чому, на вашу думку, виявляється унікальність бойового досвіду учасників російсько-української війни? Поясніть, чим саме досвід українських ветеранів і ветеранок відрізняється від досвіду всіх інших країн.
33. Якими можуть бути основні задачі психореабілітації людей, після їх участі в екстремальних та кризових подіях чи обставинах?
34. Перелічте показання для звернення за психологічної допомогою, які людина, або її родичі, може помітити в своєму стані та поведінці.
35. Які етапи можна виділити в психореабілітаційному процесі ветеранів і ветеранок, за українськими алгоритмами побудови цього процесу?
36. Розкажіть, як ви зрозуміли модель психореабілітації, представлений метафорою «Потяг психореабілітації»?
37. Розкажіть, з чого, на вашу думку, має починатись психореабілітаційний процес учасників/учасниць бойових дій?
38. Що вам відомо про аудит потреб і ресурсів отримувача психологічних послуг? Навіщо його здійснювати?

39. Які цілі першої зустрічі психолога з учасником/учасницею бойових дій в межах психореабілітаційного процесу?
40. Опишіть структуру інтерв'ю ветерана/ветеранки, які блоки питань там мають бути обов'язково, на вашу думку і чому?
41. Поясніть своїми словами таке явище як інтрузії у формі флешбеків. Чи можна вважати флешбеками спогади, які виникають у людини, під часу просмотра фільму про війну?
42. Якщо отримувач/ка послуг повідомляє про наявність флешбеків, яку інформацію може уточнити психолог в контексті цієї скарги?
43. Назвіть перелік психологічних послуг, які можуть бути надані особі під час психореабілітації, згідно індивідуального плану.
44. Розкажіть, що таке психоедукація, яких видів і форм вона буває? В чому цінність цього інструменту в процесі психореабілітації учасників/учасниць бойових дій?
45. Що таке психоедукаційні моделі і чим вони зручні для застосування?
46. Поясніть сенс та задачі психоедукаційної моделі «Чоловічок з камінням».
47. Розкажіть про психоедукаційну модель «Архів пам'яті», наведіть приклад.
48. Які ідеї закладено в психоедукаційну модель «Діамант Самоцінності»?
49. Розкажіть про роботу з ресурсами по моделі «BASIC Ph»
50. Поясніть, чим логотерапія відрізняється від психотерапевтичних методів Фрейда та Адлера?
51. Розкажіть про Віктора Франкла, його життєвий і професійний шлях.
52. Розкажіть, як ви розумієте комплекс дій і послуг, які входять в поняття «психологічна допомога» та «психологічний супровіж»
53. Які особливості має психологічна робота з членами родин тих, хто воює?
54. Поясніть, що таке стрес-менеджмент і в чому його треба застосовувати членам родин військових?
55. Які інструменти стрес-менеджменту вам відомі?
56. Назвіть відомі вам техніки емоційного самовідновлення. Поясніть, як саме вони впливають на організм людини і в чому їхня користь.
57. Розкажіть, з яких стадій може складатись процес адаптації ветерана/ветеранки, після повернення з фронту до дому? Та які поради може дати психолог його/її близьким і родичам?
58. Поясніть, і чому особливість роботи психолога з членами родин тих, хто знаходиться в полоні?
59. Опишіть психологічні процеси, які можуть відбуватись під час того, як людина знаходиться в полоні.

60. Наведіть алгоритм соціально-психологічної допомоги родичам жертв полону та тортур від ГО «Блакитний птах». Можливо, ви би щось ще додали до переліку?
61. Розкажіть про роботу психолога з членами родин тих, хто знаходиться в статусі зниклих без вісті.
62. Поясніть, що таке «невизначена втрата» і чим вона відрізняється від втрати в загальному розумінні?
63. Які фази горювання вам відомі?

## **ТРЕНУВАЛЬНЕ ТЕСТОВЕ ЗАВДАННЯ**

**до заліку з навчальної дисципліни**

**«Психореабілітація військових, учасників бойових дій і членів їх сімей»**

**1. Реабілітація взагалі, як комплекс заходів, застосовується до осіб, які:**

- А) змінили місце проживання
- Б) захворіли на ВІЧ у віці до 30 років
- В) мають в своєму анамнезі досвід фізичного насильства
- Г) мають обмеження повсякденного функціонування

**2. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» визначає кілька різновидів реабілітації. Оберіть з переліку той, якого немає в тексті закону:**

- А) професійна реабілітації
- Б) інноваційна реабілітація
- В) трудова реабілітація
- Г) соціальна реабілітація

**3. До складу Мультидисциплінарної реабілітаційної команди обов'язково має входити лікар якої спеціалізації?**

- А) лікар-терапевт
- Б) лікар-хірург
- В) лікар-психіатр
- Г) лікар-психоневролог

**4. В Україні психореабілітація, як вид психологічної допомоги, відноситься до психодопомоги якого рівня?**

- А) психодопомоги першого рівня
- Б) психодопомоги другого рівня
- В) психодопомоги третього рівня
- Г) не відноситься ні до якого, це окремий вид послуг

**5. Хто може бути отримувачем послуг з психологічної допомоги другого рівня (психореабілітації) в Україні?**

- А) родичі ветеранів війни: дружина (чоловік), малолітні, неповнолітні та повнолітні діти і батьки
- Б) родичі ветеранів війни, перелічені в пункті А, а також їхні брати і сестри
- В) родичі ветеранів війни: батьки і дружина (чоловік), партнерка (партнер)
- Г) родичі ветеранів війни: дружина (чоловік), повнолітні діти і батьки

**6. Коли і як складається Індивідуальний план психореабілітації отримувача/ки послуг**

- А) після першої сесії, психологом самостійно
- Б) після другої сесії, мультидисциплінарною командою
- В) після здійснення психодіагностики, психологом, сумісно з отримувачем/кою послуг
- Г) після п'яти сесій і консультації психіатра

**7. Як співвідноситься стрес звичайного соціального життя і бойовий стрес?**

- А) Бойовий стрес набагато важчий, його аналогів немає в звичайному соціальному житті
- Б) Бойовий стрес можна порівнювати зі стресовим навантаженням співробітників окремих професій мирного часу
- В) Бойовий стрес не відрізняється від стресу звичайного соціального життя
- Г) Бойовий стрес швидко минає, коли людина повертається до звичайного соціального життя

**8. Чи можна виміряти рівень бойового стресу тестовими методиками?**

- А) Ні, бойовий тест не піддається вимірюванню
- Б) Так, можна застосувати методику «термометр»
- В) Ні, бойовий стрес вимірюється тільки разом з ПТСР
- Г) Так, для цього застосовується опитувальник бойового стресу

**9. Черепно-мозкові травми (ЧМТ) класифікуються наступним чином:**

- А) Легка, середня, важка
- Б) Легка, середня, важка, змішана
- В) Легка, тривала, ричедивуюча

Г) Першого, другого, третього ступеня

**10. Що таке «Посткомоційний синдром»?**

А) Посткомоційний синдром – це стан гострої стресової реакції організму на вплив важкого стресу

Б) Посткомоційний синдром – це симптомокомплекс, що виникає через кілька тижнів або місяців після закритої черепно-мозкової травми

В) Посткомоційний синдром – це захворювання опорно-рухового апарату

Г) Посткомоційний синдром – це реакція організму на тривалий вплив бойового виснаження

**11. Гострий стресовий розлад (ГСР) належить до групи розладів, пов'язаних із:**

А) психологічними травмами та стресорами

Б) інфекційними захворюваннями ЦНС

В) генетичними особливостями людей

Г) участю в бойових діях

**12. ГСР діагностується лікарями в який саме період, після травматичної події?**

А) через кілька годин після травматичної події

Б) одразу після травматичної події

В) на третій день після травматичної події

Г) через тиждень після травматичної події

**13. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може бути діагностований в який термін після травматичної події?**

А) одразу після травматичної події

Б) через тиждень після травматичної події

В) одразу після епізоду посттравматичної дисоціації, який продемонструє людина

Г) не раніше, ніж через 4 тижні після травматичної події

**14. Згідно протоколу МОЗ, який вид допомоги є допомогою першої лінії при ПТСР?**

- А) психотерапія
- Б) медикаментозне лікування
- В) фізіотерапія
- Г) курортно-санаторне лікування

**15. Оберіть варіант, в якому максимально повно і правильно описано коло діагностичних критеріїв ПТСР:**

- А) наявність травматичної події в анамнезі, уникнення, інтрузії, нав'язливі думки, соціальна ізоляція
- Б) депресивна картина, афективні прояви, коливання настрою, девіантна поведінка, порушення сну
- В) наявність травматичної події в анамнезі, уникнення, інтрузії, емоційне збудження
- Г) наявність травматичної події в анамнезі, плаксивість, висока дратівливість, пригнічений стан, погана картинка майбутнього.

**16. Оберіть пункт, в якому вказано повний перелік задач психологічної реабілітації особи, після кризових та екстремальних обставин життя:**

- А) прийняття травмуючої події у власний досвід, побудова життєвої перспективи, залучення людини до рішення повсякденних викликів життя та активної життєвої позиції
- Б) відновлення фізичного здоров'я, вихід на роботу, досягнення в професійній сфері, наявність хоббі
- В) виведення людини з ролі «Жертви», налагодження якості сну, відсутність тремору і головного болю, зайняття спортом
- Г) активізація людини в соціальному житті, хороший психологічний настрій, відсутність зловживань алкоголем та наркотичними речовинами, ремісія депресії

**17. Що таке «розлади адаптації» (РА)?**

- А) хвороби, які має лікуватись в стаціонарі центрів психічного здоров'я
- Б) реактивні і, як правило, короткотривалі стани, пов'язані із значними змінами в житті
- В) серія випадків девіантної поведінки особи, якщо особа в той момент знаходилась під впливом психоактивуючої речовини



Г) поведінкові порушення, які людині властиві з дитинства

**18. На чому базується концепція логотерапії та екзистенційного аналізу Віктора Франкла?**

А) на Біхевіористичній теорії (теорія вищої нервової діяльності І.Павлова)

Б) на ідеях, взятих з робіт К. Хорні

В) на критичному аналізі теорії З. Фрейда та індивідуальної психології А. Адлера

Г) на архетипічній моделі К.Юнга

**19. Який етап є обов'язковим в процесі прозодження курсу психореабілітації ветераном/ветеранкою?**

А) етап збору анамнезу і діагностування

Б) етап роботи з сімейною історією отримувача/отримувачки послуг

В) етап опанування нових соціальних навичок і покращення комунікаційних здібностей

Г) етап роботи з сенсами, які змінились, після участі в бойових діях

**20. скільки тематичних блоків включає в себе Модель «BASIC Ph» для роботи з ресурсами?**

А) 10 тематичних блоків

Б) 8 тематичних блоків

В) 6 тематичних блоків

Г) 4 тематичні блоки

**21. Що включає в себе «Тріада цінностей» В.Франкла?**

А) матеріальні цінності, здоров'я, соціальний успіх і визнання

Б) цінності інтелекту, цінності характеру, цінності поведінки

В) цінності творчості, цінності переживань, цінності відносин

Г) цінності віри, надії і любові

**22. Як етично називати людей, які пройшли полон і після нього повернулись в Україну?**

А) Колишні полонені

- Б) Колишні заручники
- В) Люди, звільнені з полону
- Г) Комбатанти

**23. В який орган державної влади треба звернутись обов'язково з заявою, якщо людина зникла без вісті?**

- А. В Міністерство оборони України
- Б. В центральну прокуратуру України
- В. В Службу безпеки України
- Г. В національну поліцію України

**24. Що таке стрес-менеджмент?**

- А) послуга, яку надають спеціалізовані центри реабілітації та приватні клініки
- Б) інструмент керування власною напругою, за умови опанування людиною певних знань і навичок
- В) новий мобільний додаток, розроблений вітчизняними авторами і наразі рекомендований МОЗ України
- Г) назва книжки, популярність якої фіксувалась в США на тлі Другої світової війни

**25. Досвід яких країн враховується вітчизняними науковцями і практиками, при розробці психореабілітаційних моделей ветеранів/ветеранок в Україні?**

- А) Боснії і Герцеговини, ЮАР, Бельгія
- Б) США, Болівія, Франція
- В) США, Ізраїль, Хорватія
- Г) Німеччина, Ізраїль, Словенія

**Правильні відповіді**

1. Г
2. Б
3. В
4. Б
5. А
6. В
7. А
8. Г
9. А
- 10.Б
- 11.А
- 12.В
- 13.Г
- 14.А
- 15.В
- 16.А
- 17.Б
- 18.В
- 19.А
- 20.В
- 21.В
- 22.В
- 23.Г
- 24.Б
- 25.В