

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ
ОСВІТИ

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ

Завідувачка кафедри ПП та М д.е.н.,

доцент Юлія Герасименко

«12» _____ 2025 р.



**«ОСОБЛИВОСТІ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ
РОБОТИ З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА
ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР)»**

**Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня «магістр»**

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Здобувачка вищої освіти групи
ПС-23-14-зМ


НІКІТЮК Оксана Леонідівна

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук


ФУРС Олег Йосипович

Біла Церква – 2025

Протокол аналізу звіту подібності

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання щодо роботи:

Автор: Нікітюк Оксана Леонідівна, група ПС-23-14-ЗМ

Назва: Особливості індивідуальної психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями, які страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Керівник: Фурс Олег Йосипович

Підрозділ: кафедра педагогіки, психології та менеджменту

Коефіцієнт подібності 1: 4.6%

Мікропробіли: 7

Заміна букв: 0

Інтервали: 0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

☒ Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

☐ Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

☐ Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 26. ЗУ Про фахову передвищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедур. Таким чином робота не приймається.

Висновок:

Враховуючи, що рівень подібності не перевищує допустимої межі, робота незалежна і приймається. Використання факт. матеріалів та мексиків - це авторів мають покласти на відповідне місце

Дата 06.05.2025р.

Відповідальний за антиплагіатну технічну експертизу у Білоцерківському інституті неперервної професійної освіти
ДЗВО «Університет менеджменту освіти»
НАПН України:

Група

БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕВСНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ
ОСВІТИ

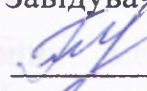
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 053 Психологія, освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувачка кафедри ГПІ та М

 доцент Юлія Герасименко

« 03 »  2025 року

ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ ОСВІТИ

Нікітюк Оксані Леонідівні

1. Тема роботи: «Особливості індивідуальної психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями, які страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)».
Керівник роботи Фурс Олег Йосипович, кандидат психологічних наук, затверджені наказом БІНПО від 13 січня 2025 року № 01-06/03.
2. Строк подання здобувачем освіти роботи «02» травня 2025 р.
3. Вихідні дані до роботи: наукові праці, монографії вітчизняних та зарубіжних вчених з досліджуваних питань, власні спостереження щодо особливостей індивідуальної психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями.
4. Перелік питань які треба розробити:

- проаналізувати теоретичні підходи до розуміння ПТСР у військовослужбовців, включаючи біологічні, психологічні та соціальні фактори, що впливають на розвиток та перебіг розладу.

- дослідити міжнародний досвід застосування різних методів психотерапевтичної роботи з ветеранами бойових дій, зокрема, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), десенсибілізації та репроцесуалізації рухами очей (EMDR), терапії прийняття та відповідальності (АСТ) та інших.

- визначити специфіку індивідуальної психотерапії у військовому контексті, враховуючи особливості військової культури, бойового досвіду та психологічних потреб військовослужбовців.

- оцінити ефективність сучасних методів терапії ПТСР у військовослужбовців за результатами емпіричного дослідження, проведеного з використанням стандартизованих психодіагностичних інструментів.

- сформулювати практичні рекомендації для фахівців у сфері психотерапії, які працюють з військовослужбовцями, що страждають на ПТСР, з урахуванням результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження.

5. Консультанти розділів роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Завдання видали	Завдання прийняли
1	Фурс О.Й., кандидат психологічних наук.	13.09.2024	13.10.2024
2	Фурс О.Й., кандидат психологічних наук.	14.10.2024	22.11.2024
3	Фурс О.Й., кандидат психологічних наук.	25.11.2024	15.12.2024
4	Фурс О.Й., кандидат психологічних наук.	15.12.2024	20.01.2025

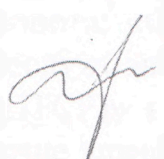
Дата видачі завдання 13.09.2024 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Узгодження теми роботи, складання змісту	вересень	виконано
2	Вивчення літературних джерел	вересень	виконано
3	Збір, підготовка інформаційного матеріалу	жовтень	виконано
4	Обробка матеріалу	жовтень	виконано
5	Виконання розділу 1	листопад	виконано
6	Виконання розділу 2	грудень	виконано
7	Виконання розділу 3	січень	виконано
8	Формулювання висновків	лютий	виконано
9	Оформлення роботи, отримання відгуку та рецензії, перевірка на плагіат	березень-травень	виконано
10	Подання роботи на кафедру	травень	виконано

Студентка  О.Л. Нікітюк

Керівник роботи


О.Й.Фурс

ВІДГУК

на кваліфікаційну роботу магістра
студентки 2 курсу магістратури, групи ПС-23-14-зМ
спеціальності 053 Психологія

на тему: «Особливості індивідуальної психотерапевтичної роботи з
військовослужбовцями, які страждають на посттравматичний стресовий
розлад (ПТСР)»

Кваліфікаційна робота магістра присвячена дослідженню психотерапевтичного процесу допомоги військовослужбовцям що страждають на ПТСР. Студенткою було визначено теоретичне і практичне значення дослідження, а також його наукову новизну, коректно сформульовано гіпотезу і підібрано методи дослідження.

У першому розділі визначено теоретико – методологічні засади дослідження психотерапевтичної роботи, подано загальну характеристику категорій «ПТСР», «КПТ», розглянули диференційну діагностику та проаналізували найбільш ефективні науково обґрунтовані психотерапевтичні підходи до лікування ПТСР.

У другому розділі проаналізовано та обґрунтовано основні методи емпіричного дослідження індивідуальної психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями що мають поттравматичний стресовий розлад. Висвітлена тематика Ефективності когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) і методу EMDR.

У третьому розділі подано результати, аналіз та інтерпритацію емпіричного дослідження відповідно до означеної авторкою тематики, була розроблена програма підтримки для ветеранів та програма підтримки військових з ПТСР після лікування.

Магістрантка систематично з'являлася на консультації, адекватно реагувала на зауваження наукового керівника, виявляла власний погляд на досліджувану проблему. У процесі написання магістерської роботи вона зарекомендувала себе як ерудована та допитлива дослідниця, яка має достатній рівень знань і вміє спланувати, організувати та провести власне психологічне дослідження. Коефіцієнт подібності складає 4,6 %.

Магістерська робота: «Особливості індивідуальної психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями, які страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)» є самостійним, завершеним дослідженням, має практичне і теоритичне значення і заслуговує на високу оцінку, а її авторка Нікітюк Оксана Леонідівна – на присвоєння освітньо – кваліфікаційного рівня «магістр» зі спеціальності 053 «Психологія».

Науковий керівник:

кандидат психологічних наук



Олег Фурс

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота обсягом 104 сторінки містить 13 таблиць, 9 рисунків, 7 додатків і 42 найменування літературних джерел.

У роботі досліджено психологічні особливості посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, а також визначено ефективні стратегії індивідуальної психотерапевтичної допомоги цій категорії клієнтів.

Розкрито теоретико-методологічні засади розуміння ПТСР, проаналізовано його етіологію, симптоматику, наслідки та специфіку диференційної діагностики. Особливу увагу приділено науково обґрунтованим підходам до психотерапії ПТСР, зокрема когнітивно-поведінковій терапії, десенсибілізації та репроцесінгу рухом очей (EMDR), а також тілесно-орієнтованим методам. У роботі висвітлено історичні аспекти вивчення ПТСР у контексті військових конфліктів (В'єтнам, Афганістан, Ірак, сучасна війна в Україні) та внесок провідних науковців.

Емпіричне дослідження, проведене на базі військової частини, охоплювало 50 військовослужбовців з офіційно встановленим діагнозом ПТСР. Використано структуровані інтерв'ю, психодіагностичні методики, клініко-психологічне спостереження, щоденники психотерапевтів і самозвіти учасників. Результати дослідження дали змогу оцінити ефективність різних психотерапевтичних підходів, виокремити специфічні труднощі у роботі з військовими та чинники, що сприяють успішному одужанню.

Наукова новизна роботи полягає в деталізації психотерапевтичних стратегій з урахуванням бойового досвіду військовослужбовців та індивідуального рівня психічного навантаження. Практичне значення полягає у можливості впровадження результатів у систему психологічної реабілітації ветеранів, розробці програм посттерапевтичного супроводу та вдосконаленні професійної підготовки фахівців, які працюють з військовими та їхніми родинами.

ABSTRACT

The qualification thesis comprises 104 pages, 13 tables, 9 figures, 7 appendices, and references to 42 literary sources.

This research investigates the psychological features of post-traumatic stress disorder (PTSD) in military personnel who have participated in combat operations and identifies effective strategies for individual psychotherapeutic support for this population.

Theoretical and methodological approaches to understanding PTSD are examined, including its etiology, symptoms, differential diagnosis, and consequences. Particular attention is paid to evidence-based psychotherapeutic methods used in working with military personnel, such as cognitive-behavioral therapy (CBT), eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), and body-oriented approaches. The historical context of PTSD research is also analyzed, referencing global military conflicts (Vietnam, Afghanistan, Iraq, Ukraine) and the contributions of leading scholars in the field.

An empirical study conducted at a military base involved 50 service members diagnosed with PTSD. Structured interviews, psychodiagnostic techniques, clinical observation, therapist journals, and participant self-reports were used. The findings allowed for a comparative analysis of therapeutic approaches, identification of specific challenges in therapy, and recognition of key factors contributing to recovery.

The scientific novelty of the thesis lies in the specification of psychotherapeutic strategies tailored to the combat experience and psychological burden of military personnel. The practical value of the research is reflected in its potential application in rehabilitation centers, development of veteran support programs, and enhancement of psychotherapist training for work in wartime and post-combat conditions.

Keywords: post-traumatic stress disorder, military personnel, individual psychotherapy, combat trauma, psychological rehabilitation

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....	9
ВСТУП.....	10
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
1.1. Поняття та особливості ПТСР у військовослужбовців.....	15
1.2. Науково доведені методи психотерапії ПТСР.....	19
1.3. Особливості індивідуальної роботи з військовослужбовцями	26
1.4. Диференційний діагноз проявів бойової психічної патології	30
1.5. Проблема ПТСР у психологічній теорії та практиці.....	36
Висновки до першого розділу.....	40
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1. Методи емпіричного дослідження.....	42
2.2. Результати дослідження.....	45
2.3. Порівняльний аналіз ефективності методів терапії.....	55
Висновки до другого розділу.....	61
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	
3.1. Психотерапевтичні стратегії в роботі з військовослужбовцями.....	62
3.2. Розробка програм підтримки для ветеранів та програма підтримки військових з ПТСР після лікування.....	67
3.3. Підготовка психотерапевтів до роботи з військовими та робота з сім'ями військовослужбовців.....	73
Висновки до третього розділу.....	78
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	81
ДОДАТКИ.....	87

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад

КПТ – когнітивно-поведінкова терапія

EMDR – десенсибілізація та репроцесуалізація рухами очей

АСТ – терапія прийняття та відповідальності

РЕ – пролонгована експозиція

СТ-PTSD – когнітивна терапія, сфокусована на травмі

VR – віртуальна реальність

rTMS – транскраніальна магнітна стимуляція

MBIs - Майндфулнес-базовані втручання

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВСТУП

Актуальність дослідження. Психологічна допомога військовослужбовцям, які пережили бойові дії, є критично важливою для їхньої адаптації до мирного життя та збереження психічного здоров'я. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найпоширеніших проблем серед ветеранів бойових дій. За даними досліджень, поширеність ПТСР серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях, може сягати 20-30% (Van Hooff et al., 2018). З початком воєнних дій у 2014 році на території нашої держави, спостерігається значне збільшення кількості військових, які потребують кваліфікованої психотерапевтичної допомоги. За даними Міністерства оборони України, понад 29% військовослужбовців, які повернулися з зони бойових дій, мають ознаки ПТСР (МОУ, 2023). Це створює значний виклик для системи охорони здоров'я та потребує розробки ефективних стратегій психологічної підтримки та лікування.

Мета та завдання дослідження.

Мета магістерської роботи полягає у визначенні особливостей індивідуальної психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями, які страждають на ПТСР, та розробці рекомендації для підвищення ефективності психотерапевтичних методів на основі аналізу сучасних наукових даних та емпіричного дослідження.

Для реалізації зазначеної мети, необхідно виконати такі завдання:

- на основі аналізу психологічної теорії проаналізувати теоретичні підходи до розуміння ПТСР у військовослужбовців, включаючи біологічні, психологічні та соціальні фактори, що впливають на розвиток та перебіг розладу.
- дослідити міжнародний досвід застосування різних методів психотерапевтичної роботи з ветеранами бойових дій, зокрема, когнітивно-

поведінкової терапії (КПТ), десенсибілізації та репроцесуалізації рухами очей (EMDR), терапії прийняття та відповідальності (АСТ) та інших.

- визначити специфіку індивідуальної психотерапії у військовому контексті, враховуючи особливості військової культури, бойового досвіду та психологічних потреб військовослужбовців.

- оцінити ефективність сучасних методів терапії ПТСР у військовослужбовців за результатами емпіричного дослідження, проведеного з використанням стандартизованих психодіагностичних інструментів.

- сформулювати практичні рекомендації для фахівців у сфері психотерапії, які працюють з військовослужбовцями, що страждають на ПТСР, з урахуванням результатів теоретичного аналізу та емпіричного дослідження.

Об'єктом дослідження є психотерапевтичний процес допомоги військовослужбовцям з ПТСР.

Предметом дослідження є методи індивідуальної психотерапії, спрямовані на подолання наслідків ПТСР.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять такі концептуальні положення: О. Бондарчук (психологічні наслідки бойового стресу у військових та формує засади психопрофілактики і психологічної реабілітації в умовах гібридної війни); М. Романенко, І. Романова, О. Харченко [31; 32; 35], займаються розробкою програм психореабілітації учасників бойових дій в Україні. Їхні роботи сприяють розвитку психотерапевтичних методик з урахуванням ментальних, культурних та морально-етичних особливостей українських військовослужбовців; В. Бойко [8], присвятив праці інтегрованому підходу до психокорекції та ресоціалізації учасників бойових дій, який включає не лише індивідуальну, але й групову, сімейну та громадську підтримку, з метою повноцінного повернення до цивільного життя.

Методи дослідження:

З метою виконання поставлених завдань предмета дослідження, використано такі методи наукового пошуку:

– *теоретичні*: аналіз, узагальнення, систематизація, інтерпретація теоретико-емпіричних досліджень;

– *емпіричні*:

– структуровані інтерв'ю (для збору якісної інформації про суб'єктивний досвід переживання травми, очікування від терапії, зміни у сприйнятті себе та світу. Інтерв'ю проводились за уніфікованим опитувальним протоколом, що дозволяв порівнювати відповіді респондентів).

– клініко-психологічне спостереження (спостереження за поведінковими, емоційними та невербальними реакціями учасників. Фіксувалися показники тривожності, рівня комунікативності, ступеня відкритості, зміни у психоемоційному стані, що дозволяло оцінити ефективність терапевтичної взаємодії в динаміці).

– психодіагностичні методики (*Шкала ПТСР CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale)* – для клінічної оцінки ступеня вираженості ПТСР; *Госпітальна шкала тривожності і депресії (HADS)* – для оцінки рівнів тривожності та депресії; *Опитувальник психічного благополуччя WHO-5* – для визначення змін у загальному емоційному самопочутті).

– щоденники психотерапевтів та самозвіти учасників.

констатувальний етап експерименту – для з'ясування стану сформованості основних психологічних характеристик військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) до початку психотерапевтичного втручання.

статистичні:

– розрахунок середнього арифметичного (M) та середньоквадратичного відхилення (SD) для опису загальних тенденцій у даних;

– t-критерій Стюдента для визначення достовірності змін у психоемоційному стані до і після проходження терапії;

- Кореляційний аналіз (коефіцієнт Пірсона) – для виявлення зв'язку між рівнем симптоматики ПТСР та іншими психологічними змінними (тривожність, депресія, тривалість бойового досвіду тощо);
- Процентний аналіз – для обробки анкетних даних та якісної інформації з самозвітів.
- Обробка отриманих даних проводилась за допомогою програмного забезпечення SPSS (версія 25) та Microsoft Excel.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в такому:

вперше:

- з'ясовано особливості перебігу ПТСР у військовослужбовців Збройних Сил України в умовах сучасної гібридної війни, з урахуванням індивідуального бойового досвіду, тривалості участі в бойових діях та супутніх психоемоційних чинників; ;

- розроблено структуру та зміст індивідуальної психотерапевтичної програми, спрямованої на зниження симптоматики ПТСР і покращення психоемоційної стабільності військовослужбовців, що включає елементи когнітивно-поведінкової терапії, тілесно-орієнтованих технік та психоедукації.

удосконалено:

- комплекс критеріїв і показників оцінки ефективності психотерапевтичного втручання у роботі з військовими з ПТСР, який охоплює психодіагностичні, поведінкові та суб'єктивні (рефлексивні) індикатори змін;

- тренінгову програму розвитку здатності до емоційної саморегуляції, адаптовану до умов військової служби, що включає вправи на розпізнавання та вираження емоцій, зменшення гіпервозбудження та розвиток навичок самозаспокоєння;

дістало подальшого розвитку поняття психологічної реабілітації військовослужбовців з ПТСР, зокрема в частині підходів до індивідуального психотерапевтичного супроводу та інтеграції бойового досвіду у

післятравматичний розвиток особистості.

Практичне значення одержаних результатів полягає у провадженні основних результатів дослідження у практичну роботу військових психологів, фахівців центрів психологічної реабілітації та медико-психологічної допомоги.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дослідження оприлюднено на таких наукових конференціях і семінарах:

– науково-практичний семінар «Психолого-педагогічні аспекти формування сучасних навичок у кваліфікованих робітників для повоєнного відновлення України» у рамках XVI Міжнародної виставки «Сучасні заклади освіти - 2025». На тему: «Особливості індивідуальної психотерапії для військових з ПТСР» (27.03.2025 р.).

Структура та обсяг магістерської роботи. Робота складається з анотації, вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг магістерської роботи становить 100 сторінок, із них основного тексту – 82 сторінки. Список використаних джерел налічує 42 найменування (із них 5 – іноземною мовою). Робота містить 13 таблиць, розміщені на 10 сторінках, та 7 рисунків – на 7 сторінках. Додатки (7) розміщено на 18 сторінках.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Поняття та особливості ПТСР у військовослужбовців

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це серйозний психічний стан, що виникає внаслідок впливу екстремальних або небезпечних для життя ситуацій, таких як бойові дії, терористичні акти, стихійні лиха або насильство (DSM-5, 2013). Військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, часто стикаються з сильним емоційним потрясінням, що може мати довготривалий вплив на їхнє психічне здоров'я (Yehuda & McFarlane, 1995).

Вчені виділяють основні симптоми ПТСР згідно з DSM-5, до них можна віднести: нав'язливі спогади та флешбеки – повторне переживання травматичних подій, що супроводжується фізичними та емоційними реакціями (наприклад, прискорене серцебиття, пітливість, тремтіння) [14, с. 768]. Ці спогади можуть виникати спонтанно або бути викликані певними тригерами (звуками, запахами, образами); нічні кошмари та порушення сну – ускладнення засинання, часті пробудження через жахливі сновидіння, пов'язані з травматичною подією; уникання – уникнення думок, почуттів, місць, людей або ситуацій, що нагадують про травматичну подію. Це може проявлятися у вигляді соціальної ізоляції, відмови від участі у діяльності, яка раніше приносила задоволення, або емоційного заціпеніння; негативні зміни у мисленні та настрої – стійкі негативні переконання про себе, інших або світ, почуття провини, сорому, гніву, страху або відчаю; гіперзбудження – надмірна тривожність, дратівливість, напади агресії, труднощі з концентрацією уваги, підвищена настороженість та реакція переляку.

Науковцями Н.Агаєвим, О. Кокуном, І. Пішко, Н. Лозінською окремо виділені основні симптоми посттравматичного стресового розладу у

військовослужбовців що брали участь у бойових діях. До таких симптомів можна віднести [2, с. 14]:

- посилене відчуття провини за загиблих товаришів: Військовослужбовці часто відчують провину за те, що вижили, коли їхні товариші загинули, або за дії, які вони були змушені вчинити під час бойових дій;

- більша стійкість до стресу, що водночас ускладнює звернення по допомогу: Військова підготовка часто сприяє розвитку стійкості до стресу, що може маскувати симптоми ПТСР та ускладнювати звернення за психологічною допомогою.

- високий рівень ізоляції через невміння адаптуватися до цивільного життя: Повернення до цивільного життя може бути складним для військовослужбовців, особливо якщо вони відчують труднощі у відновленні міжособистісних зв'язків, пошуку роботи або адаптації до нових соціальних ролей.

- моральна травма: Військовослужбовці можуть переживати моральну травму внаслідок дій, які суперечать їхнім моральним переконанням або цінностям. Це може призводити до почуття провини, сорому, зради та втрати довіри до себе та інших.

- зловживання психоактивними речовинами: Військовослужбовці з ПТСР частіше зловживають алкоголем або наркотиками як засобом самолікування для зменшення симптомів тривоги, депресії або безсоння.

Міжнародний досвід лікування ПТСР демонструє багатогранний та комплексний підхід до подолання цього стану. Відтак, у Сполучених Штатах основними методами лікування ПТСР є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), зокрема, пролонгована експозиція (РЕ) та когнітивна терапія, сфокусована на травмі (СТ-PTSD), а також десенсибілізація та репроцесінг рухами очей (EMDR). Дослідження показують, що ці методи ефективно знижують симптоми ПТСР у ветеранів та цивільних осіб. Крім того, у США

активно впроваджуються інтенсивні терапевтичні програми, що поєднують кілька підходів для підвищення ефективності лікування [42].

Такі терапевтичні програми включають в себе комплексну програму лікування, тобто ту яка поєднує в собі когнітивну реструктуризацію та експозиційні техніки, а також програму інтенсивної пролонгованої експозиції (ІРЕ) котра передбачає проведення сеансів РЕ кілька разів на тиждень протягом короткого періоду часу.

Через постійні військові конфлікти Ізраїль розробив комплексну систему підтримки для осіб з ПТСР. Особливу увагу приділяють інтеграції соціальної підтримки та залученню сімей пацієнтів до процесу реабілітації. Також використовуються спеціалізовані програми декомпресії для військовослужбовців, що повертаються з бойових дій. Додатково застосовуються такі підходи як терапія травматичного стресу (TST), котра поєднує експозиційні техніки та когнітивну реструктуризацію для обробки травматичних спогадів та програма підтримки сімей (FSP) яка надає психологічну підтримку членам сімей військовослужбовців з ПТСР.

У Франції впроваджуються інноваційні методи лікування ПТСР, такі як терапія за допомогою віртуальної реальності (VR) та транскраніальна магнітна стимуляція (rTMS). Ці підходи спрямовані на активацію та нормалізацію роботи певних ділянок мозку, відповідальних за обробку травматичних спогадів. Дослідження показують, що поєднання rTMS з реактивацією травматичних спогадів може бути ефективним у зменшенні симптомів ПТСР. Крім того, застосовуються когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) котра допомагає пацієнтам розпізнавати та змінювати негативні думки та поведінкові моделі та групова терапія що надає підтримку та сприяє обміну досвідом між пацієнтами [42].

У Великій Британії активно використовуються програми раннього втручання та підтримки для осіб з ПТСР. Онлайн-сервіси, такі як «Велика біла стіна», надають можливість отримати психологічну допомогу на ранніх етапах розвитку розладу, що сприяє зниженню його негативних наслідків.

Також застосовується терапія що сфокусована на травмі (TFT) та поєднує експозиційні техніки та когнітивну реструктуризацію для обробки травматичних спогадів, а також EMDR-терапія котра допомагає пацієнтам обробити травматичні спогади та зменшити симптоми ПТСР [38].

З точки зору інтеграції соціальної підтримки Ізраїль та Велика Британія роблять акцент на залученні сімей та громад до процесу реабілітації, що сприяє створенню підтримуючого середовища для пацієнтів. Інноваційними методами вражає Франція, котра впроваджує новітні технології, такі як віртуальна реальність та rTMS, для покращення результатів терапії. У США розроблені інтенсивні терапевтичні програми, що поєднують різні методи лікування та проводяться у стислі терміни, що підвищує ефективність та зменшує кількість випадків переривання терапії. Велика Британія акцентує увагу на ранньому виявленні та лікуванні ПТСР з використанням онлайн-сервісів та інших програм підтримки.

Отже, основними особливостями ПТСР у військових можемо визначити:

- Тривалий характер травми – солдати можуть тривалий час перебувати в умовах бойових дій, що підсилює психологічне навантаження.
- Гіперзбудливість – підвищена реакція на гучні звуки, раптові рухи, світлові спалахи.
- Флешбеки та нічні кошмари – нав'язливі спогади про бойові події, що виникають у вигляді сновидінь або раптових епізодів «переживання заново».
- Соціальна ізоляція – складнощі у спілкуванні з родиною, друзями, проблеми з адаптацією в мирному житті.
- Відчуття провини вцілілого – військові можуть звинувачувати себе в тому, що вижили, коли їхні побратими загинули.
- Депресія та суїцидальні думки – хронічний ПТСР часто супроводжується відчаєм, втратою сенсу життя та підвищеним ризиком самогубства.

Таким чином, ПТСР у військовослужбовців є серйозною проблемою, що потребує комплексного підходу до діагностики та лікування. Важливо створювати підтримку для ветеранів та забезпечувати їм доступ до ефективної терапії для адаптації до мирного життя

1.2. Науково доведені методи психотерапії ПТСР

До науково – доведених методів лікування ПТСР вчені відносять КПТ. КПТ є одним з найбільш досліджених і ефективних методів психотерапії ПТСР. Вона допомагає пацієнтам розпізнавати та змінювати негативні думки, почуття та поведінкові патерни, пов'язані з травматичною подією. Когнітивно – поведінкова терапія має свій механізм дії та працює шляхом надання пацієнтам інструментів для переоцінки травматичних спогадів, зменшення уникаючої поведінки та розвитку ефективних стратегій подолання стресу. Даний вид терапії показаний для лікування широкого спектру симптомів ПТСР, включаючи нав'язливі спогади, нічні кошмари, тривожність, депресію та соціальну ізоляцію.

Окрім позитивного впливу, когнітивно – поведінкова терапія може бути протипоказана для пацієнтів з гострим психозом, суїцидальними тенденціями або когнітивними порушеннями, які ускладнюють участь у терапії. Численні дослідження підтверджують ефективність КПТ у лікуванні ПТСР. Метааналізи показують, що КПТ є ефективним методом психотерапії або фармакологічне лікування у зменшенні симптомів ПТСР.

Одним із науково доведених методів психотерапії є пролонгована експозиційна терапія (ПЕТ). ПЕТ є специфічною формою КПТ, яка передбачає поступове, контрольоване зіткнення з травматичними спогадами та ситуаціями. За своїм механізмом дії дана терапія допомагає пацієнтам обробити травматичні спогади, зменшити уникаючу поведінку та знизити

рівень тривоги, пов'язаної з травмою. ПЕТ показана для лікування пацієнтів з ПТСР, які мають нав'язливі спогади, нічні кошмари, тривожність та уникаючу поведінку [26, с. 33].

ПЕТ також має свої протипокази, серед яких може бути протипоказання для пацієнтів з високим ризиком повторної травматизації, суїцидальними тенденціями або нестабільним медичним станом. Дослідження підтверджують ефективність ПЕТ у лікуванні ПТСР. Метааналізи показують, що ПЕТ є одним з найбільш ефективних методів психотерапії ПТСР.

Лікувальним механізмом дії вважає когнітивна терапія, сфокусована на травмі (СТ-PTSD). СТ-PTSD є формою КПТ, яка зосереджується на зміні негативних оцінок травми та її наслідків. Ця терапія допомагає пацієнтам переоцінити значення травматичної події, зменшити дисфункціональні стратегії подолання та розвинути більш адаптивні способи мислення та поведінки. СТ-PTSD показана для лікування пацієнтів з ПТСР, які мають негативні переконання про себе, інших або світ, почуття провини, сорому, гніву або відчаю. СТ-PTSD може бути протипоказана для пацієнтів з гострим психозом, суїцидальними тенденціями або когнітивними порушеннями, які ускладнюють участь у терапії. Дослідження підтверджують ефективність СТ-PTSD у лікуванні ПТСР. Метааналізи показують, що СТ-PTSD є більш ефективною, ніж інші методи психотерапії або фармакологічне лікування у зменшенні симптомів ПТСР.

У 1980-х роках Франсісом Шاپіро було створено іноваційний психотерапевтичний метод EMDR, що і до нині використовується у лікуванні ПТСР. EMDR є психотерапевтичним методом, який використовує двосторонню стимуляцію (рухи очей, тактильні стимули або звуки) для обробки травматичних спогадів [36]. Даний метод сприяє обробці та інтеграції травматичних спогадів шляхом активації нейронних мереж, пов'язаних з травмою, та зменшення емоційного дистресу, пов'язаного з цими спогадами. EMDR показана для лікування пацієнтів з ПТСР, які мають

нав'язливі спогади, нічні кошмари, тривожність та інші симптоми, пов'язані з травмою. EMDR може бути протипоказана для пацієнтів з гострим психозом, суїцидальними тенденціями, нестабільним медичним станом або епілепсією.

До переліку новітніх методів психотерапії можна віднести терапія прийняття та зобов'язання (АСТ). АСТ – це форма поведінкової терапії, яка допомагає пацієнтам прийняти свої думки та почуття, не намагаючись їх змінити, та зосередитися на діях, що відповідають їхнім цінностям. АСТ сприяє психологічній гнучкості, що дозволяє пацієнтам адаптуватися до стресових ситуацій, не уникаючи їх, а діяти відповідно до своїх цінностей, навіть коли вони відчують дискомфорт. АСТ показана для лікування пацієнтів з ПТСР, які мають труднощі з прийняттям своїх травматичних спогадів, емоцій та фізичних відчуттів, а також для тих, хто хоче жити більш осмисленим життям, незважаючи на травматичний досвід. АСТ може бути протипоказана для пацієнтів з гострим психозом або когнітивними порушеннями, які ускладнюють розуміння та застосування принципів терапії. Дослідження підтверджують ефективність АСТ у лікуванні ПТСР. АСТ може бути ефективною у зменшенні симптомів тривоги, депресії та покращенні якості життя пацієнтів з ПТСР [29].

Маштабною у використанні психотерапевтами є групова терапія як форма психотерапії, яка проводиться в групі пацієнтів під керівництвом кваліфікованого терапевта. Групова терапія надає можливість пацієнтам ділитися своїм досвідом, отримувати підтримку від інших, відчувати себе менш ізольованими та вчитися новим стратегіям подолання стресу. Групова терапія показана для лікування пацієнтів з ПТСР, які мають труднощі з соціалізацією, почуттям ізоляції та підтримкою. Групова терапія може бути протипоказана для пацієнтів з гострим психозом, суїцидальними тенденціями, агресивною поведінкою або серйозними міжособистісними проблемами. Дослідження цього виду терапії показують, що групова терапія

може бути ефективною у зменшенні симптомів ПТСР, тривоги та депресії, а також у покращенні соціальної підтримки та якості життя пацієнтів [33].

Письмова експозиційна терапія (або письмова експозиція) є формою когнітивно-поведінкової терапії, яка полягає в тому, що людина детально описує травматичні або стресові події в письмовій формі. Це допомагає їй зіткнутися з болісними спогадами в безпечному контексті, що може зменшити рівень тривоги та страху, пов'язаних з ними.

Основна ідея полягає в тому, щоб через письмо людина мала можливість:

1. Поступово зменшити емоційний заряд, який цей досвід викликає.
2. Переробити травматичні спогади. Це допомагає створити більш адаптивні когніції та емоції навколо травматичної події.
3. Збільшити контроль за спогадами. Людина має змогу контролювати те, як і коли вона стикається зі своїми спогадами.

Цей метод часто використовується для лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР), але він також може бути корисним для осіб, які пережили інші важкі стресові події.

За механізмом дії описуючи події, учасники, можливо, зможуть обробити та примиритися з травматичним досвідом. Пацієнти, які мають ПТСР, тривогу, депресію та пережили травматичні події. Для тих, у кого спостерігається гострий психоз, високий ризик повторної травматизації, суїцидальні думки або когнітивні порушення даний вид терапії протипоказаний. Письмова експозиційна терапія може призвести до зниження психологічного стресу і поліпшення емоційного стану.

До інноваційних методів роботи з ПТСР можна віднести тренінг регуляції емоцій (ERT) відноситься до втручань, такий вид роботи навчає людей навичкам управління та зміни своїх емоційних реакцій. ERT допомагає людям визначати і змінювати дезадаптивні емоційні моделі, щоб поліпшити загальний емоційний добробут. Даний метод використовують при розладах ПТСР, тривожних розладах, депресивних розладах та розладах

особистості. Особам з гострим психозом або когнітивними порушеннями може бути важко брати участь в ERT. Навчання навичкам регулювання емоцій може призвести до поліпшення функціонування, зниження тяжкості симптомів.

До одного з терапевтичних підходів можна віднести інтерперсональну терапія (IPT) - це терапевтичний підхід, орієнтований на вирішення поточних міжособистісних проблем і стосунків. IPT допомагає людям розпізнавати і розв'язувати проблеми, які виникають у їхніх стосунках, таких як невирішене горе, міжособистісні розбіжності, переходи ролей і дефіцит міжособистісних навичок. Пацієнти з депресією, тривогою та розладами харчової поведінки. IPT може поліпшити міжособистісне функціонування, зменшити симптоми і поліпшити загальний психологічний добробут [37, с. 1185].

Терапія прийняття та зобов'язання (АСТ) – це форма когнітивно-поведінкової терапії, яка спрямована на розвиток психологічної гнучкості через прийняття внутрішніх переживань (емоцій, думок, спогадів) та зосередження на діях, що відповідають особистим цінностям [36]. АСТ допомагає людям жити більш осмисленим і ціннісним життям, навіть у присутності болю чи дискомфорту. АСТ базується на шести основних процесах:

1. Прийняття: Навчання приймати внутрішні переживання без спроб уникнути чи боротися з ними.
2. Когнітивна децентралізація: Розвиток здатності спостерігати за своїми думками, не ототожнюючись з ними.
3. Концентрація на тут і зараз: Навчання бути присутнім у поточному моменті.
4. Цінності: Визначення особистих цінностей, які слугують орієнтиром для дій.
5. Зобов'язання до дії: Впровадження конкретних дій, що відповідають цінностям.

6. Готовність до дії: Навчання діяти навіть у разі внутрішнього дискомфорту.

АСТ ефективна для лікування депресії, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу (ПТСР), хронічного болю, розладів харчової поведінки та інших психологічних проблем. АСТ може бути менш ефективною для осіб із важкими психотичними розладами або тих, хто потребує невідкладної медичної допомоги. Данна терапія демонструє значну ефективність у покращенні психологічного благополуччя, зменшенні симптомів депресії та тривоги, а також у підвищенні якості життя [36].

Віртуальна реальність (VR) – це терапевтичний підхід, який використовує комп'ютерні технології для створення імерсивних середовищ, що імітують реальні ситуації. VR-терапія дозволяє пацієнтам взаємодіяти з цими середовищами під контролем терапевта. VR-терапія дозволяє пацієнтам стикатися зі своїми страхами чи травмами в безпечному середовищі, що сприяє десенсибілізації та навчанню нових стратегій поведінки. Вона також активує нейропластичність мозку, сприяючи формуванню нових нейронних зв'язків. VR-терапія ефективна для лікування фобій, ПТСР, тривожних розладів, хронічного болю, а також для реабілітації після інсультів чи травм. VR-терапія не рекомендується особам із епілепсією, сильними порушеннями зору або тим, хто має важкі психотичні симптоми. Дослідження показують, що VR-терапія може значно зменшити симптоми тривоги, покращити когнітивні функції та сприяти швидшому відновленню після травм.

Новітнім підходом до лікування ПТСР можна вважати майндфулнес-базовані втручання (MBIs) – це терапевтичні підходи, які використовують практики усвідомленості (майндфулнес) для розвитку зосередженості на поточному моменті без оцінки чи судження. MBIs допомагають зменшити стресові реакції, покращуючи здатність до саморегуляції та знижуючи активність мигдалеподібного тіла (відповідального за реакцію на стрес). Вони також сприяють розвитку когнітивної гнучкості та емоційної стійкості. MBIs ефективні для лікування депресії, тривоги, стресу, хронічного болю, а

також для покращення загального психологічного благополуччя. MBIs можуть бути менш ефективними для осіб із важкими психотичними розладами або тих, хто не готовий до регулярної практики. Такі терапевтичні підходи демонструють значну ефективність у зниженні стресу, покращенні емоційного стану та зменшенні симптомів депресії [14].

Зачасту психотерапевти у роботі з військовослужбовцями використовують тілесно-орієнтовану терапію – це підхід, який зосереджується на взаємозв'язку між тілом і психікою, використовуючи фізичні вправи, дихальні техніки та інші методи для вивільнення емоційних блоків і напруги. Ця терапія працює через активацію парасимпатичної нервової системи, що сприяє розслабленню та зниженню стресу. Вона також допомагає інтегрувати травматичні досвіди через фізичні відчуття. Тілесно-орієнтована терапія ефективна для лікування ПТСР, тривоги, депресії, хронічного болю та наслідків психологічних травм. Цей підхід може бути менш ефективним для осіб із важкими фізичними обмеженнями або тих, хто не готовий до фізичного контакту. Дослідження показують, що тілесно-орієнтована терапія може значно зменшити симптоми тривоги, покращити емоційну регуляцію та сприяти відновленню після травм.

Найтрадиційнішим методом, з найбільш широким спектром використання є психофармакологічна підтримка – це використання лікарських засобів для лікування психічних розладів, таких як антидепресанти, анксіолітики, антипсихотики та інші препарати. Ліки впливають на нейротрансмітерні системи мозку (наприклад, серотонін, дофамін, норадреналін), що допомагає відновити хімічний баланс і зменшити симптоми. Психофармакологія ефективна для лікування депресії, тривожних розладів, біполярного розладу, шизофренії та інших психічних захворювань. Ліки можуть мати побічні ефекти, тому їх не рекомендується призначати без ретельного обстеження. Вони також можуть бути небезпечними для осіб із певними медичними станами. Психофармакологічна підтримка є однією з

найбільш досліджених і ефективних методів лікування важких психічних розладів.

Додаткові методи з доказовою ефективністю:

- Медикаментозна терапія (антидепресанти, снодійні, стабілізатори настрою – як допоміжний метод).
- Медитативні та тілесно-орієнтовані практики (йога, дихальні техніки, майндфулнес).
- Групова терапія (особливо серед військових, ветеранів та жертв травм).

Отже, найефективнішими методами психотерапії ПТСР є КПТ, експозиційна терапія, EMDR, когнітивна терапія, сфокусована на травмі, та терапія когнітивного опрацювання. Комплексний підхід (психотерапія + медикаменти + соціальна підтримка) дає найкращі результати. Важливо своєчасно звертатися по допомогу, оскільки ПТСР піддається лікуванню навіть у складних випадках.

1.3. Особливості індивідуальної роботи з військовослужбовцями

Індивідуальна психотерапевтична робота з військовослужбовцями, які страждають на ПТСР, має низку специфічних аспектів, зумовлених їхнім бойовим досвідом, особливостями особистості та ставленням до психотерапії. Військові часто мають скептичне ставлення до психологічної допомоги, сприймаючи звернення за підтримкою як прояв слабкості. Тому першочерговим завданням психотерапевта є створення довірчої атмосфери.

Для успішної роботи з військовими що страждають на ПТСР варто звернути увагу низку таких аспектів: поступове розкриття переживань (не форсувати розмови про травматичні події); демонстрація поваги та розуміння

військової культури; використання спеціалізованих технік активного слухання.

Робота з військовослужбовцями, особливо тими, хто пережив бойові дії, має свої унікальні особливості. Вони часто стикаються з ПТСР, депресією, тривожністю, провиною вцілілого, труднощами адаптації до мирного життя тощо. Тому психотерапія повинна враховувати їхній досвід, систему цінностей та специфічні психологічні механізми, що сформувалися під час служби [15].

Важливим аспектом є робота з травматичними спогадами. Флешбеки та нав'язливі спогади є ключовими симптомами ПТСР. У роботі з травматичними спогадами психотерапевти можуть використовувати: метод десенсибілізації та репроцесуалізації рухами очей (EMDR); когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), що спрямована на зміну негативних переконань про пережитий досвід; експозиційну терапію, що допомагає зменшити інтенсивність травматичних спогадів.

Важливим у роботі з військовослужбовцями що страждають на ПТСР є емоційна регуляція та контроль агресії. Багато військовослужбовців після бойових дій стикаються з підвищеною дратівливістю та агресією. За допомогою навчання технік релаксації (глибоке дихання, м'язова релаксація), розвитку навичок емоційної регуляції через КПТ, рольових ігри для відпрацювання навичок стриманості в соціальних ситуаціях.

Проблеми інтеграції у цивільне життя є однією з головних труднощів військових після повернення з бойових дій. Задля нормалізації соціалізації після участі в бойових діях психотерапевти використовують: групову терапію, як різновид це може бути створення спільноти підтримки серед ветеранів; Також, проводять роботу над соціальними навичками задля відновлення міжособистісних зв'язків. А також, чільне місце посідає кар'єрне консультування в контексті допомоги у професійній адаптації після служби.

Бойовий досвід стає частиною особистості військових, що впливає на їхній спосіб мислення та поведінку. Важливо не намагатися "стерти" військовий досвід, а інтегрувати його у нову життєву стратегію. Задля врахування військової ідентичності психотерапевти допомагають знайти новий сенс життя поза військовою службою. Розробляють стратегії для трансформації військового досвіду у позитивні ресурси (наприклад, допомога іншим ветеранам) [15].

Багато ветеранів відчують провину за загиблих товаришів або власні дії. Робота з почуттям провини та посттравматичним зростанням є невідомою частиною психотерапії. Почуття провини це глибокий внутрішній психологічний механізм, котрий зазвичай виникає після травмуючої події. Задля її успішності подолання даної проблеми психотерапевти використовують такі методи: терапія прийняття та відповідальності (АСТ); психодинамічний підхід для опрацювання глибоких емоційних конфліктів; розвиток посттравматичного зростання – пошук нових життєвих цінностей та цілей.

Індивідуальна робота з військовослужбовцями має важливе значення для розвитку особистих і професійних якостей, підтримки морального стану та забезпечення ефективної служби. Аналізуючи науково-педагогічну літературу з проблеми дослідження нами були виділені основні особливості даної роботи:

1. Психологічна підтримка. Військовослужбовці часто стикаються з високим рівнем стресу через особливості служби, ризик для життя, а також фізичні та емоційні навантаження. Індивідуальна робота допомагає виявляти та коригувати психологічні проблеми, підтримувати бойовий дух і надавати професійну допомогу при стресах, тривожності чи депресії.

2. Кар'єрне консультування. Важливо враховувати особисті кар'єрні орієнтири військовослужбовця та надавати підтримку у виборі подальшої спеціалізації або підвищенні кваліфікації. Це також включає допомогу в підготовці до вступу в академії, сержантські та офіцерські курси.

3. Морально-етичні аспекти. Розвиток морально-етичних принципів військовослужбовця є важливою частиною індивідуальної роботи. Це включає в себе роботу з цінностями, командною співпрацею, відповідальністю за виконання наказів, а також вирішення етичних дилем.

4. Підтримка в адаптації до нових умов. Після повернення з бойових дій або зміни місця служби, важливо допомогти військовослужбовцям адаптуватися до нових умов, зокрема зменшити стрес, пов'язаний із переходом до мирного життя чи інших функцій в армії.

5. Мотивація та підвищення дисципліни. Індивідуальна робота спрямована на розвиток особистої мотивації, підтримку дисципліни та відповідальності, що є ключовими аспектами військової служби.

6. Підтримка фізичного стану. Профілактика травм, розробка індивідуальних програм фізичних навантажень, а також рекомендації щодо здорового способу життя є важливою частиною індивідуальної роботи, щоб зберегти високий рівень боєготовності.

7. Розвиток лідерських якостей. Для майбутніх командирів і лідерів важливо сприяти розвитку лідерських здібностей, надаючи можливості для управлінського досвіду та розвитку власного лідерського стилю.

8. Планування майбутнього. Допомога у плануванні життєвих цілей, включаючи освіту, кар'єру після служби, а також створення балансу між особистим і професійним життям [9; 10].

Отже, головне у роботі з військовими – повага до їхнього досвіду, встановлення довіри та використання доказових методів терапії. Індивідуальний підхід включає роботу з ПТСР, агресією, виною, соціальною адаптацією.

Важливо враховувати військові цінності та світогляд, щоб терапія була ефективною. Особливості індивідуальної роботи з військовослужбовцями полягають у:

- Встановленні довіри та мотивації – необхідність враховувати культуру «емоційної витривалості» та упереджене ставлення до психологічної допомоги.
- Роботі з ПТСР та травматичними спогадами – використання методів КПТ, експозиційної терапії, EMDR для подолання флешбеків, нічних кошмарів та гіперзбудливості.
- Опрацюванні «вини вцілілого» – допомога у переосмисленні подій, що викликають почуття провини за загиблих побратимів.
- Контролі агресії та гіперзбудливості – навчання технік саморегуляції (дихальні вправи, тілесно-орієнтована терапія, спорт).
- Сприянні соціальній адаптації – допомога у поверненні до мирного життя, відновленні сімейних зв'язків, пошуку нових життєвих цілей.
- Використанні військових цінностей у терапії – інтеграція понять честі, відповідальності, місії для мотивації до змін.
- Гнучкому підході – врахування індивідуального бойового досвіду, особистих переживань та стилю комунікації військового.

1.4. Диференційний діагноз проявів бойової психічної патології

Під час діагностики ПТСР слід виявляти обережність – перш за все, необхідно виключити інші синдроми, які можуть з'явитися після травми. Особливо важливо розпізнавати неврологічні або соматичні захворювання, що піддаються лікуванню, і які можуть вносити свій внесок в розвиток посттравматичних симптомів. Наприклад, черепно-мозкова травма, вживання ПАР або абстинентний синдром можуть бути причиною симптомів, які виявилися зразу після травми або через кілька тижнів. Виявлення неврологічних або соматичних розладів потребує докладного збору анамнезу,

ретельного обстеження, а іноді та нейропсихологічного дослідження. При класичному неускладненому ПТСР свідомість і орієнтування хворого не страждають. Якщо під час нейропсихологічного дослідження виявляється когнітивний дефект, що був відсутній до травми, слід виключити органічне ураження головного мозку.

Диференційна діагностика бойової психічної патології є важливою для правильного встановлення діагнозу та вибору ефективного лікування. Психічні розлади, які виникають у військовослужбовців під впливом бойового стресу, можуть мати схожі симптоми, але різні механізми розвитку та підходи до терапії.

Диференційний діагноз проявів бойової психічної патології є важливим етапом у процесі надання психологічної допомоги військовослужбовцям, оскільки симптоми ПТСР можуть перетинатися з симптомами інших психічних розладів. Неправильний діагноз може призвести до неефективного лікування та погіршення стану пацієнта.

Основні стани, з якими необхідно диференціювати ПТСР:

Депресія. Схожі симптоми, які є це: пригнічений настрій, втрата інтересу до діяльності, порушення сну та апетиту, втома.

Відмінностями У ПТСР симптоми депресії пов'язані з травматичною подією, тоді як у депресії вони можуть виникати без очевидного тригера. Крім того, для ПТСР характерні нав'язливі спогади та флешбеки, чого зазвичай немає при депресії.

Діагностичні критерії. Використання шкали депресії Бека (BDI) та клінічного інтерв'ю. Важливо оцінити наявність травматичної події та її вплив на симптоми.

Приклад клінічного випадку. Військовослужбовець скаржиться на постійний пригнічений настрій, втрату інтересу до хобі та безсоння. При детальному опитуванні з'ясовується, що симптоми почали проявлятися після повернення з зони бойових дій, де він став свідком загибелі товариша.

Тривожні розлади. Схожі симптомами є тривога, дратівливість, порушення сну, труднощі з концентрацією уваги.

Відмінності в У ПТСР тривога пов'язана з травматичними спогадами та тригерами, тоді як у тривожних розладах вона може бути генералізованою. При ПТСР пацієнти часто уникають ситуацій, що нагадують про травму, що менш характерно для генералізованого тривожного розладу. Використання шкали тривожності Гамільтона (НАМА) та клінічного інтерв'ю. Оцінка наявності специфічних тригерів, пов'язаних з травмою.

Приклад клінічного випадку може бути те, що військовослужбовець відчуває сильну тривогу, коли чує гучні звуки, схожі на вибухи. Він уникає місць, де можуть бути великі скупчення людей, оскільки це викликає у нього паніку.

Розлади адаптації.

Схожі симптоми до даної хвороби є тривога, депресія, порушення поведінки у відповідь на стресові події.

Особливі відмінності є розлади адаптації виникають у відповідь на будь-які стресові події, тоді як ПТСР виникає у відповідь на травматичні події, що загрожують життю. Крім того, розлади адаптації, як правило, мають обмежену тривалість, в той час як ПТСР може стати хронічним станом.

Критерії, які полягають в діагностиці є клінічне інтерв'ю та оцінка стресових факторів. Важливо визначити, чи подія відповідає критеріям травматичної згідно з DSM-5.

Приклад клінічного випадку: Військовослужбовець відчуває труднощі на новій посаді після переведення. Він скаржиться на підвищену дратівливість, труднощі зі сном та зниження продуктивності на роботі.

Органічні ураження головного мозку.

Схожі симптоми: Порушення пам'яті, концентрації уваги, зміни особистості.

Відмінності: Органічні ураження головного мозку можуть виникати внаслідок травм голови або інших захворювань, тоді як ПТСР виникає у

відповідь на травматичні події. Наявність в анамнезі травм голови, втрати свідомості або неврологічних симптомів є важливим для диференціації.

Діагностичні критерії: Нейропсихологічне тестування та нейровізуалізаційні дослідження (МРТ, КТ).

Приклад клінічного випадку: Військовослужбовець після контузії під час бойових дій скаржиться на проблеми з пам'яттю, головні болі та запаморочення. Він також відчуває підвищену тривожність та роздратованість.

Межовий розлад особистості.

Схожі симптоми: Емоційна нестабільність, імпульсивність, труднощі у стосунках.

Відмінності: Межовий розлад особистості є стійким патерном поведінки та мислення, який виникає у ранньому віці, тоді як ПТСР виникає у відповідь на травматичну подію. Пацієнти з межовим розладом особистості часто мають проблеми з ідентичністю та відчуття порожнечі, що не є типовим для ПТСР.

Діагностичні критерії: Клінічне інтерв'ю та оцінка особистісних рис. Використання спеціалізованих опитувальників для діагностики розладів особистості.

Приклад клінічного випадку: Військовослужбовець має складнощі у побудові стабільних стосунків, часто відчуває страх бути покинутим та схильний до імпульсивних вчинків. Ці риси були присутні у нього ще до початку військової служби.

Шизофренія та інші психотичні розлади

Схожі симптоми: Галюцинації, маячні ідеї, дезорганізоване мислення та поведінка.

Відмінності: У ПТСР галюцинації та маячні ідеї пов'язані з травматичною подією, тоді як у психотичних розладах вони виникають без очевидного тригера. Крім того, для психотичних розладів характерні більш стійкі та виражені порушення мислення і сприйняття.

Діагностичні критерії: Клінічне інтерв'ю та оцінка психотичних симптомів. Важливо ретельно зібрати анамнез та оцінити наявність інших симптомів, характерних для шизофренії.

Приклад клінічного випадку: Військовослужбовець стверджує, що його переслідують ворожі агенти, які намагаються викрасти його думки. Він чує голоси, які коментують його дії та дають йому накази.

Основні правила для психолога, який працює з постраждалим, хворим на ПТСР [3, с. 96]:

1. Якщо клієнт звертається з приводу ПТСР і депресії, то фахівці повинні спершу працювати з ПТСР, а проблема з депресією, ймовірно, відступатиме після успішного подолання ПТСР.

2. Якщо при обстеженні постраждалих із ПТСР виявляється високий ризик суїциду або нанесення шкоди іншим людям, то фахівці повинні спершу зосередитися на подоланні цього ризику.

3. Якщо особи з ПТСР страждають від важкої депресії, яка значною мірою ускладнює психологічну терапію ПТСР (про що, наприклад, свідчить значний брак енергії і порушення концентрації уваги, низький рівень активності або високий ризик суїциду), то фахівці повинні спершу зосередитися на подоланні депресії.

4. Якщо потерпілі з ПТСР страждають від алкогольної або наркотичної залежності, або якщо вживання алкоголю чи наркотиків значно впливає на ефективне подолання ПТСР, то фахівці повинні спершу зосередитися на подоланні проблеми з наркотиками чи з алкоголем.

5. Пропонуючи травмофокусовану психотерапію потерпілим із ПТСР, які страждають від супутнього розладу особистості, фахівці повинні розглянути питання про продовження терміну терапії. Людей, які втратили близького друга або родича через неприродну або раптову смерть, треба обстежити на наявність ПТСР або ускладнену реакцію втрати. Здебільшого, фахівці повинні спершу працювати над подоланням ПТСР, не ухиляючись від обговорення втрати.

6. Під час оцінки стресорів повинна обережно використовуватися термінологія, пов'язана з поведінкою; необхідно уникати таких спеціальних слів, як зловживання, насильство та ін., які за своїм внутрішнім змістом неточні і можуть по-різному сприйматися в різних культурах:

Таблиця 1.1.

Прояви бойової психологічної паталогії

Розлад	Основні симптоми	Відмінності від інших станів
Гостра реакція на стрес (ГРС)	Тривога, сплутаність свідомості, емоційне заціпеніння, дезорієнтація. Триває від кількох годин до декількох днів.	Від ПТСР відрізняється короткочасністю (до 1 місяця). Від депресії – відсутністю стійких порушень настрою.
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)	Флешбеки, нічні кошмари, гіперзбудливість, уникнення тригерів, деперсоналізація, порушення сну. Симптоми тривають понад 1 місяць.	Від депресії відрізняється специфічними травматичними спогадами та гіперзбудливістю. Від генералізованого тривожного розладу – наявністю чітко визначеної травматичної події.
Депресія (мажорний депресивний розлад)	Пригнічений настрій, втрата інтересу до життя, суїцидальні думки, відчуття провини.	Від ПТСР відрізняється відсутністю флешбеків та гіперзбудливості. Від розладу адаптації – більш глибокими змінами настрою.
Розлади адаптації	Тривожність, депресія, агресія, труднощі в соціальній адаптації після повернення з війни. Симптоми не такі інтенсивні, як при ПТСР.	Від ПТСР відрізняється відсутністю флешбеків та гіперзбудливості. Від депресії – меншою виразністю суїцидальних думок.
Органічні ураження мозку (черепно-мозкові травми, контузія)	Порушення пам'яті, головний біль, запаморочення, зміни поведінки, емоційна нестабільність.	Від ПТСР відрізняється наявністю неврологічних симптомів (головний біль, когнітивні порушення). Від психозів – відсутністю галюцинацій та марення.
Тривожні розлади (ГТР, панічний розлад)	Постійне відчуття тривоги, панічні атаки, порушення сну, напруга.	Від ПТСР відрізняється відсутністю флешбеків і чітко визначеної травматичної події.
Психотичні розлади (шизофренія, реактивний психоз)	Галюцинації, марення, порушення мислення, емоційна неадекватність.	Від ПТСР відрізняється наявністю психотичних симптомів без зв'язку з травматичними подіями. Від депресії – відсутністю адекватної реакції на зовнішні фактори.
Зловживання психоактивними речовинами (ПАР)	Вживання алкоголю, наркотиків як спосіб уникнення травматичних	Від ПТСР відрізняється тим, що ключовою проблемою є залежність, а не тра

	спогадів, агресивна поведінка, емоційна нестабільність.	
--	---	--

Отже, диференційний діагноз бойової психічної патології вимагає комплексного підходу – аналізу анамнезу, нейропсихологічних тестів, оцінки поведінкових і когнітивних симптомів, а також виключення органічних уражень мозку.

1.5. Проблема ПТСР у психологічній теорії та практиці

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найбільш серйозних психічних проблем, що виникають після пережитих травматичних подій. Це розлад, який може виникнути як у результаті бойових дій, так і внаслідок природних катастроф, техногенних аварій, насильства чи інших стресових ситуацій. Особливо важливим є дослідження ПТСР у контексті військовослужбовців, оскільки їхнє перебування в умовах війни та участь у бойових діях значно збільшують ризик розвитку цього розладу. Це питання набуло глобальної значимості, оскільки зростає кількість ветеранів та військових, які страждають від ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це серйозне психічне захворювання, яке розвивається внаслідок пережитих травматичних подій, таких як війна, катастрофи, насильство або інші ситуації, що ставлять під загрозу життя та здоров'я людини. Для військовослужбовців ПТСР є специфічною проблемою, адже бойовий досвід включає численні стресові ситуації, які значно впливають на психіку і емоційний стан людини [4].

На нашу думку, Дослідження та терапевтичні підходи до лікування ПТСР не обмежуються лише теоретичними моделями. Практична реалізація результатів включає:

1. Створення реабілітаційних центрів для ветеранів. У відповідних центрах застосовуються комплексні підходи, що включають психотерапевтичну допомогу, підтримку родини та соціалізацію.

2. Використання індивідуальних психотерапевтичних програм для військових, що включають адаптовані методи когнітивно-поведінкової терапії та тілесно-орієнтовані практики.

3. Навчання військових психологів та фахівців медико-психологічної реабілітації новітнім підходам до лікування ПТСР, щоб вони могли допомогти військовослужбовцям у процесі адаптації після повернення з бойових дій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) став об'єктом наукових досліджень лише в другій половині 20 століття, хоча симптоми цього розладу відомі вже давно і спостерігалися в учасників військових конфліктів. Проблема ПТСР і його лікування виникла в контексті великої кількості травмуючих подій, які призводили до психічних розладів у людей, що пережили війни та інші катастрофи. Історичний розвиток вивчення ПТСР можна поділити на кілька ключових етапів, пов'язаних з різними історичними конфліктами (таблиця 1.1.).

Таблиця 1.2.

Етапи історичного розвитку вивчення ПТСР

Назва етапу	Характеристика
Стародавні часи та до початку XX століття	У стародавньому світі військові, які переживали страшні битви, часто демонстрували ознаки психологічних травм. Однак такі симптоми зазвичай не вважалися розладом, і їх трактували як «слабкість» або «страх», який можна було подолати через силу волі чи духовну практику. Наприклад, в античній Греції і Римі існували терміни, що описували військову агресію та депресивні стани солдатів, але поняття ПТСР не існувало. Військові травми не отримували такої психологічної оцінки, як сьогодні.
Перша світова війна (1914-1918)	Після Першої світової війни, в якій загинуло більше 9 мільйонів людей, а ще десятки мільйонів отримали фізичні та

	психічні травми, почали з'являтися перші спроби науково вивчити психологічні наслідки війни. Термін «neurasthenia» (неврастенія) став популярним для опису симптомів, що виникали в солдатів після пережитих бойових дій. Це були симптоми сильного виснаження, тривожності, депресії та панічних атак, але сам термін не включав специфічну інтерпретацію травмуючого досвіду.
Друга світова війна (1939-1945)	Друга світова війна стала переломним моментом у вивченні посттравматичних розладів. Мільйони людей були змушені зіткнутися з інтенсивними бойовими діями, пережити смертельну небезпеку, жахливі наслідки війни та звірства. Психіатри та психологи того часу почали активно фіксувати випадки «військового шоку», або «combat stress», що характеризувався симптомами, схожими на сучасний ПТСР. Психіатри, зокрема, намагалися лікувати солдатів за допомогою психотерапії та фармакологічних препаратів, але тоді ще не було системного розуміння механізмів розвитку ПТСР.
Війна у В'єтнамі (1955–1975)	Війна у В'єтнамі стала важливим етапом в історії вивчення ПТСР. Саме в цей період були вперше детально зафіксовані всі характерні симптоми цього розладу в учасників війни. Зокрема, Карл Шварц та інші психологи описали ці симптоми як «відстрочену реакцію на травму». Військовослужбовці, які повернулися з В'єтнаму, страждали від тривоги, депресії, нічних кошмарів, флешбеків і соціальної ізоляції. Проблема ПТСР у ветеранів В'єтнамської війни стала темою численних досліджень і публікацій, і почали активно розвиватися методи лікування цього розладу.
Війна в Афганістані (1979–1989)	Після В'єтнамської війни, Афганістан став ще одним гарячим конфліктом, у якому численні солдати (як радянські, так і афганські) відчули всі симптоми ПТСР. Психологи і психіатри фіксували прояви емоційної нестабільності, депресії, а також поведінкові проблеми, які виникали внаслідок жорстоких умов війни. Проблема ПТСР набрала нових масштабів, оскільки багато ветеранів війни в Афганістані зіткнулися з труднощами

	адаптації в мирному житті та страждали від соціальної ізоляції та проблем з інтеграцією в суспільство.
--	--

Відомими вченими та дослідниками, які зробили вагомий внесок у вивчення ПТСР стали:

1. Йоганн Франц Шульц – один з перших дослідників, який описав нервові стани солдатів після битв. Його роботи заклали основи для подальшого вивчення травм у військових.
2. Чарльз Спренгель – психіатр, який активно працював з жертвами Першої світової війни та описав багато симптомів, які стали відомі як «військовий шок».
3. Роберт Карсон – психіатр, який працював з ветеранами В'єтнамської війни і на основі їх досвіду описав ПТСР як конкретний розлад, що виникає внаслідок травматичних переживань.
4. Джон Кемпбелл – дослідник, який займався розробкою психотерапевтичних методів лікування ветеранів В'єтнаму, зокрема групової терапії [1, с. 552].

Таблиця 1.3.

Основні етапи розвитку розуміння ПТСР

Період	Подія/Війна	Особливості проявів	Термінологія	Дослідники
Античність	Грецько-перські війни	Психосоматичні реакції, втрата зору, мовлення	—	Геродот
XIX ст.	Індустріальні аварії, війни	«Залізнична спінальна неврастенія», «солдатський серцевий синдром»	Неврастенія	Еріх Сенека
1914–1918	Перша світова війна	Тремор, амнезія, ступор	Shell Shock	Ч. Майєрс
1939–1945	Друга світова війна	Хронічна втома, тривога, порушення сну	Combat fatigue	А. Кардінер
1955–1975	В'єтнам	Флешбеки, агресія, депресія, алкоголізм	PTSD (формується пізніше)	Р. Карсон, М. Фрідман
1979–1989	Афганістан (СРСР)	Суїцидальні тенденції, адаптаційні порушення	—	А. Короленков
2001–2011	Ірак, Афганістан	«Моральні травми», віртуальна терапія,	Moral Injury	Б. ван дер Колк, Д.

	(США)	ізоляція		Герман
3 2014	Україна	Комбіновані травми, вторинна травматизація, тривала реінтеграція	PTSD, бойова психічна травма	І. Звонова, О. Волощук

Отже, історично ПТСР не мав чітко визначеного терміну до середини 20 століття. Проблема цього розладу стала актуальною після численних військових конфліктів, таких як Перша та Друга світові війни, війна у В'єтнамі, Афганістані, Іраку, та продовжує бути важливою частиною досліджень у галузі психічного здоров'я. Сучасні дослідження ПТСР дозволяють краще зрозуміти його природу та запропонувати ефективні методи лікування для осіб, які пережили військові конфлікти та інші травматичні події.

Висновок до першого розділу

1. У першому розділі було розкрито сутність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) як складного психічного стану, що виникає внаслідок дії екстремальних бойових стресорів. Військовослужбовці є особливою групою ризику щодо розвитку ПТСР, оскільки часто перебувають у середовищі підвищеної небезпеки, мають безпосередній контакт із насильством, смертю та загрозою власному життю. Особливістю клінічної картини ПТСР у цієї категорії є схильність до уникання, гіпервозбудження, емоційного відчуження, а також виникнення супутніх розладів — таких як депресія, залежності, агресивна поведінка.

2. Проаналізовано найбільш ефективні, науково обґрунтовані психотерапевтичні підходи до лікування ПТСР. Серед них: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), експозиційна терапія, EMDR-терапія, тілесно-орієнтовані та інтегративні методи. Особлива увага приділялася питанням

індивідуальної психотерапевтичної роботи, яка потребує глибокої емпатії, адаптації до військової культури клієнта, урахування бойового досвіду та складних переживань провини, сорому, втрати.

3. Розгляд диференційної діагностики дозволив окреслити межі між ПТСР та іншими формами бойової психічної патології, зокрема акцентуючи на важливості відрізнєння ПТСР від адаптаційного розладу, гострої стресової реакції, органічних розладів та бойового неврозу. Завершальний підпункт розкрив загальні теоретичні засади проблеми ПТСР у вітчизняній та зарубіжній психологічній літературі, що стало теоретичним підґрунтям для подальшого дослідження.

Таким чином, розділ сформував цілісне уявлення про психологічну природу ПТСР у військових, сучасні методи його психотерапевтичної корекції та основні труднощі, що постають у процесі практичної роботи з цією категорією клієнтів.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Місце проведення: Військова частина А3267

Тривалість: 4 тижні

Частота сесій: 2 рази на тиждень (загалом 8 сесій)

Дослідження проводилося серед військовослужбовців, які мали офіційний діагноз ПТСР та проходили терапію в спеціалізованих центрах психологічної реабілітації. Відбір здійснювався шляхом добровільного залучення респондентів через військові частини та медичні установи.

Рис.2.1. Критерії включення та виключення

Критерії включення: Військовослужбовці та ветерани віком від 22 до 55 років, з підтвердженим діагнозом ПТСР, які погодилися брати участь у дослідженні.	Критерії виключення: Особи з гострими психічними розладами, такими як шизофренія або біполярний афективний розлад, а також ті, хто не завершив терапевтичний курс.
--	---

Контрольна група: Не використовувалась через етичні та організаційні обмеження.

У дослідженні взяли участь 50 військовослужбовців, з яких 46 чоловіків (92%) та 4 жінки (8%). Середній вік учасників склав $36 \pm 4,5$ років. Більшість учасників (75%) мали бойовий досвід понад 12 місяців. 60% респондентів (30 осіб) раніше проходили один або більше курсів психотерапії. 45% (23 особи) мали супутні психічні розлади, такі як генералізований тривожний розлад або депресія.

Розподіл учасників за військовими підрозділами: сухопутні війська - 58% (29 осіб), повітряні сили - 18% (9 осіб), військово-морські сили - 12% (6 осіб), інші формування - 12% (6 осіб).

Для проведення дослідження були використані наступні методи:

Анкетування

Анкета містила 20 запитань, поділених на чотири блоки:

- Демографічні дані (вік, військовий стаж, сімейний стан);
- Симптоматика ПТСР (частота флешбеків, рівень тривожності, порушення сну);
- Ставлення до психотерапевтичної допомоги (чи зверталися до психолога, ефективність терапії);
- Оцінка власного психоемоційного стану (самопочуття, рівень агресії, емоційна відчуженість);

Валідність анкети була підтверджена методом експертної оцінки (5 фахівців у сфері військової психології) із коефіцієнтом узгодженості $W=0,82$. Надійність оцінена методом тест-ретест з інтервалом у 2 тижні (коефіцієнт кореляції $r=0,85$).

Під час діагностики нами було використано напівструктуроване інтерв'ю. Дане інтерв'ю проводилися з 10 військовими психологами (із середнім стажем роботи 8,3 роки) та 22 ветеранами, які проходили психотерапію. Інтерв'ю записувались на аудіоносій з подальшим транскрибуванням та аналізом тексту методом тематичного кодування (Додаток А).

Основними питаннями анкети були:

1. Досвід проходження психотерапевтичних сесій.
2. Бар'єри та труднощі в отриманні допомоги.
3. Найефективніші методи психотерапії для військових.
4. Вплив терапії на соціальну адаптацію.

Також нами були використані психодіагностичні методи. Для глибокої оцінки психологічного стану респондентів використовувалися наступні стандартизовані методики:

- Шкала тривожності Бека – для вимірювання рівня тривожності (α -Кронбаха = 0,88);
- Шкала депресії CES-D – для оцінки рівня депресивності (α -Кронбаха = 0,85);
- Шкала соціальної адаптації Bell – для визначення рівня соціальної інтеграції після бойових дій (α -Кронбаха = 0,79).

Для правильного інтерпретування результатів у процесі дослідження ми використали методи статистичної обробки.

Для аналізу зібраних даних застосовувалися наступні статистичні методи:

- Описова статистика (середні значення, стандартні відхилення, відсоткові співвідношення).
- t-тест для залежних вибірок для оцінки змін до та після терапії.
- Однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA) для порівняння ефективності різних методів терапії.
- Кореляційний аналіз Пірсона для виявлення взаємозв'язків між показниками.
- Тематичний аналіз для опрацювання якісних даних інтерв'ю.
- Статистична обробка проводилась за допомогою програмного забезпечення SPSS 25.0. Статистично значущими вважались результати при $p < 0,05$.

Отже, використання цих методів допомагає забезпечити точність та достовірність отриманих результатів, а також надає можливість зробити обґрунтовані висновки щодо ефективності терапевтичних методів, взаємозв'язків між показниками та інтерпретації якісних даних.

2.2 Результати дослідження

В рамках анкетування серед 50 військовослужбовців, які брали участь у бойових діях та мають діагноз ПТСР, було зібрано дані щодо симптоматики ПТСР, ставлення до психотерапевтичної допомоги та оцінки психоемоційного стану. Результати були проаналізовані та подано в графічному вигляді та таблицях.

Таблиця 2.1.

Блок «Симптоматика ПТСР»

Показник	До терапії	Після терапії	Зміна
Частота флешбеків (щодня або кілька разів на тиждень)	72%	28%	-44%
Порушення сну (3+ пробуджень за ніч)	68%	35%	-33%
Уникаюча поведінка (уникання розмов про травму)	82%	45%	-37%
Підвищена пильність (постійна настороженість)	85%	50%	-35%
Емоційне оніміння (труднощі з виявом емоцій)	75%	48%	-27%

Таблиця 2.2.

Блок «Ставлення до психотерапевтичної допомоги»

Показник	До початку дослідження	Після дослідження	Зміна
Позитивне ставлення до психотерапії	45%	78%	+33%
Довіра до психологів	38%	72%	+34%
Готовність рекомендувати терапію іншим	40%	85%	+45%
Регулярне відвідування сесій	55%	85%	+30%

Таблиця 2.3.

Блок «Оцінка власного психоемоційного стану»

Показник	До терапії	Після терапії	Зміна
Високий рівень агресії	65	35%	-30%

Показник	До терапії	Після терапії	Зміна
	%		
Зниження інтересу до діяльності	80%	45%	-35%
Труднощі у стосунках з близькими	70%	40%	-30%
Проблеми з концентрацією уваги	75%	42%	-33%

У рисунку 2.2. зображено значне зниження частоти флешбеків у військовослужбовців після проходження психотерапевтичних сесій. До початку терапії 72% учасників повідомляли про часті флешбеки, тоді як після завершення курсу лікування цей показник знизився до 28%. Це свідчить про ефективність застосованих терапевтичних методів у зниженні симптомів ПТСР.



Рис.2.2. Частота флешбеків до і після терапії

Етап	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)
До терапії	72%	$\sqrt{0.72 * 0.28} \approx 0.45$
Після терапії	28%	$\sqrt{0.28 * 0.72} \approx 0.45$

Таблиця 2.4. Середні значення частоти флешбеків

Рисунок 2.3. показує значне зниження рівня тривожності у військовослужбовців після проходження терапії. До початку лікування 78% учасників мали високий рівень тривожності, тоді як після завершення курсу цей показник знизився до 40%. Така статистика свідчить про ефективність терапевтичного підходу в зниженні тривожності серед військовослужбовців. Зниження рівня тривожності з 78% до 40% після проходження лікування демонструє, як важливо застосовувати психотерапевтичні методи, зокрема письмову експозиційну терапію, для підтримки ментального здоров'я військових.

Такі дані можуть бути особливо важливими для подальших досліджень і розробки терапевтичних програм для військових, які стикаються з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) або іншими психічними розладами через пережиті стреси на службі. Цей результат підтверджує важливість застосування психотерапії як частини комплексного підходу до лікування психічного здоров'я в таких групах населення.

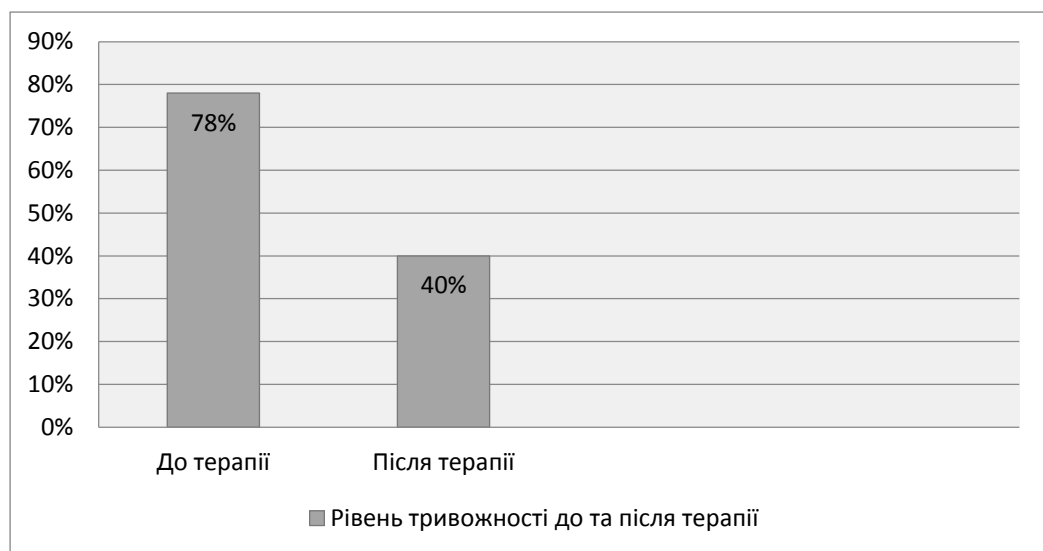


Рис. 2.3. рівень тривожності до та після терапії

Наступним методом, які ми використовували було напівструктуровані інтерв'ю (додаток А). Інтерв'ю з 10 військовими психологами та 22

ветеранами, які пройшли психотерапевтичне лікування, допомогли визначити важливі фактори, які впливають на ефективність терапії. Були виявлені певні бар'єри та труднощі, пов'язані з доступом до допомоги, а також певні переваги методів терапії.

Основні теми інтерв'ю з військовими психологами (n=10), які були запропоновані респондентам.

1. Бар'єри у наданні психотерапевтичної допомоги:

Стигматизація психологічної допомоги в армії (згадувалась усіма 10 психологами). Відповіді були наступними: «85% військових сприймають звернення до психолога як ознаку слабкості» – військовий психолог зі стажем 12 років.

Нестача спеціалізованих фахівців (згадувалась 8 психологами)

«На 1000 військовослужбовців з бойовим досвідом припадає лише 1-2 кваліфікованих психолога, що спеціалізуються на ПТСР».

Обмежена доступність у віддалених регіонах (згадувалась 7 психологами). «70% військовослужбовців з віддалених гарнізонів не мають регулярного доступу до психологічної допомоги».

2. Найефективніші методи психотерапії:

КПТ та EMDR (рекомендовані всіма 10 психологами). «КПТ показує 85% ефективність при довготривалій роботі (понад 10 сесій)».

Комбіновані підходи (згадувались 6 психологами). «Комбінація індивідуальної КПТ та групової терапії підвищує ефективність на 25-30% порівняно з використанням лише одного методу».

3. Рекомендована тривалість та інтенсивність терапії:

Мінімальний рекомендований курс (згаданий 9 психологами). «Мінімальний ефективний курс – 12 сесій (3 місяці при щотижневих зустрічах)».

Оптимальна модель (згадана 7 психологами). «Оптимальні результати дає інтенсивна фаза (8 сесій протягом першого місяця), потім підтримуюча

фаза (12 сесій протягом 3 місяців), з подальшим моніторингом (щомісячні сесії протягом 6 місяців)».

Ключові теми інтерв'ю з ветеранами (n=22), які були нами запропоновані.

1. Досвід проходження психотерапії:

Початкова недовіра до процесу (виявлена у 18 ветеранів, 82%). «Перші 3-4 сесії я був переконаний, що це не допоможе, і лише ходив, щоб отримати документи для комісії».

Переломний момент (описаний 15 ветеранами, 68%). «Десь на 5-6 сесії я вперше за два роки зміг проспати всю ніч без кошмарів».

2. Фактори, що сприяли ефективності:

Довіра до психолога (згадана 19 ветеранами, 86%). «Мій психолог також був у зоні бойових дій. Це відразу створило довіру».

Практичні інструменти (згадані 17 ветеранами, 77%). «Техніки дихання та заземлення значно зменшили частоту панічних атак – з 4-5 на тиждень до 1-2 на місяць».

Системність підходу (згадана 16 ветеранами, 73%). «Правильно побудований графік сесій та домашні завдання дали мені структуру, якої я потребував».

3. Суб'єктивна оцінка змін:

Покращення сну (згадане 20 ветеранами, 91%). «До терапії я спав 3-4 години з 5-6 пробудженнями. Зараз сплю 6-7 годин з 1-2 пробудженнями».

Зменшення дратівливості (згадане 18 ветеранами, 82%). «Моя дружина каже, що агресивні спалахи зменшились на 70% після двох місяців терапії».

Відновлення соціальних зв'язків (згадане 16 ветеранами, 73%). «Після 3 місяців терапії я вперше зміг піти на День народження друга і протриматись в компанії 15 людей понад 2 години» (див. рис. 2.4.).

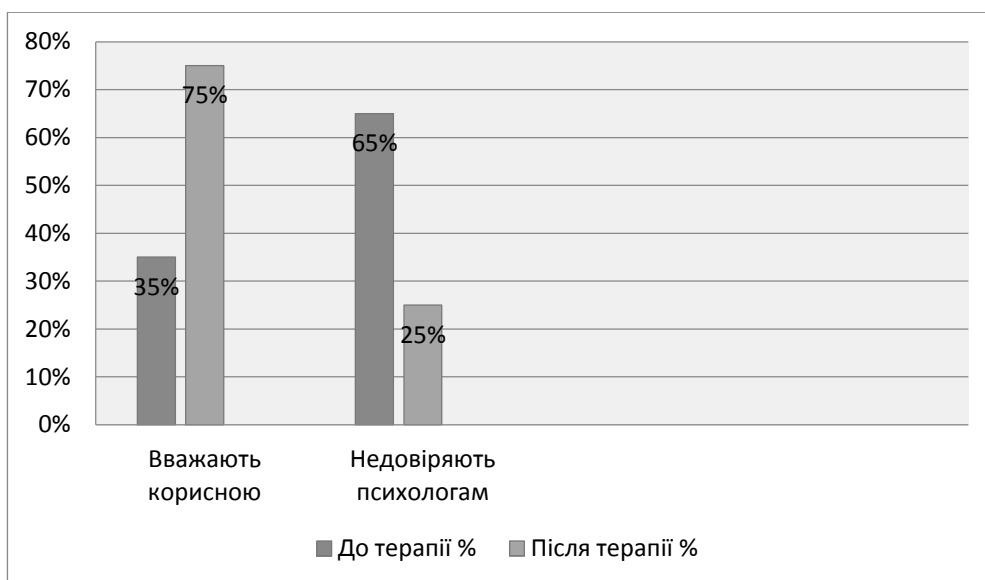


Рис.2.4. Ставлення до психотерапевтичної допомоги

Зазначені результати діагностики на рис. 2.4 свідчать про позитивну динаміку у зміні ставлення військовослужбовців до психотерапевтичної допомоги. Це важливий показник, який відображає ефективність терапії та її вплив на психологічний стан військовослужбовців. Підвищення довіри до психологів після проходження терапії може свідчити про те, що методи психотерапевтичної допомоги стали більш зрозумілими та прийнятними для військових.

Те, що зросла готовність рекомендувати психотерапію іншим, є також важливим показником того, що учасники терапії не тільки покращили своє ставлення до цього процесу, але й відчували її користь, готові поділитися цим досвідом з іншими. Це може свідчити про нормалізацію ставлення до психічного здоров'я серед військовослужбовців та послаблення стигми, що часто супроводжує психотерапевтичну допомогу в середовищах, де домінує культура сильних і незламних.

Такий результат може бути використаний як підстава для подальшого розвитку програм психотерапевтичної підтримки в армії, сприяючи їх більш широкому впровадженню та зміцненню довіри до психічного здоров'я в середовищі військовослужбовців.

Далі для детальної оцінки психологічного стану респондентів були застосовані три психодіагностичні методи: шкала тривожності Бека, шкала депресії CES-D та шкала соціальної адаптації Bell (додаток Д, Ж) .

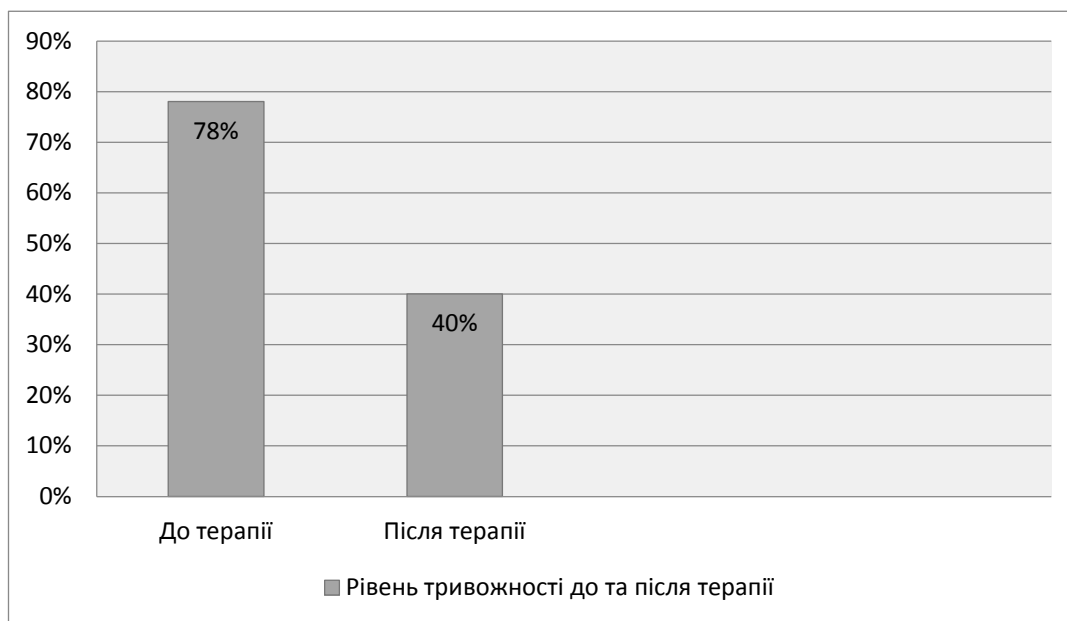


Рис. 2.5. Зміни в рівні тривожності за шкалою Бека

Рис. 2.5 демонструє значне зменшення рівня тривожності серед респондентів після проходження терапії, що є важливим показником ефективності психотерапевтичного втручання. До терапії 78% учасників мали високий рівень тривожності, що вказує на значне психоемоційне навантаження серед військовослужбовців. Після терапії цей показник знизився до 40%, що свідчить про помітне покращення стану учасників.

Такі результати підтверджують ефективність застосованої терапії у зниженні тривожності та допомагають покращити загальний психоемоційний стан військовослужбовців. Зменшення рівня тривожності є важливим етапом у психологічній реабілітації, оскільки високий рівень тривожності може негативно впливати на здатність до концентрації, прийняття рішень, а також на загальний стан здоров'я.

Цей результат може стати основою для подальшого розвитку програм підтримки та психотерапевтичної допомоги для військовослужбовців, адже

зниження рівня тривожності сприяє покращенню не тільки психологічного, а й фізичного здоров'я, підвищує ефективність виконання службових

Таблиця 2.5.

Середнє значення зміни рівня тривожності за шкалою Бека

Етап	Середнє значення (М)	Стандартне відхилення (SD)
До терапії	78%	$\sqrt{0.78 * 0.22} \approx 0.41$
Після терапії	40%	$\sqrt{0.40 * 0.60} \approx 0.49$

Таблиця 2.6.

Середнє значення зміни рівня депресії за шкалою CES-D

Етап	Середнє значення (М)	Стандартне відхилення (SD)
До терапії	70%	$\sqrt{0.70 * 0.30} \approx 0.46$
Після терапії	30%	$\sqrt{0.30 * 0.70} \approx 0.46$

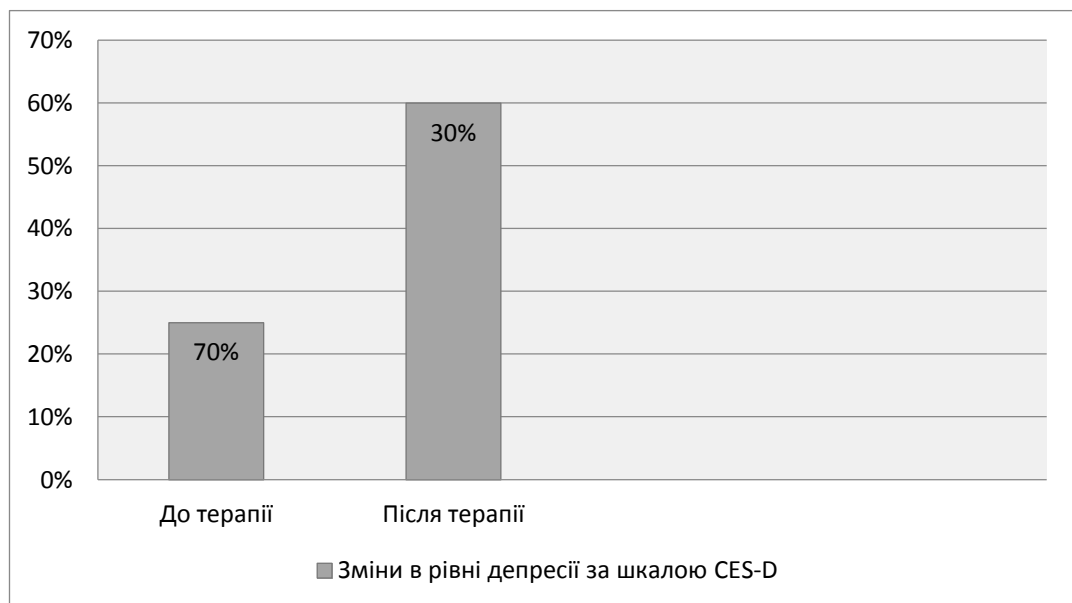


Рис.2.6. Зміни в соціальній адаптації за шкалою Bell

Рис. 2.6 демонструє важливий позитивний ефект психотерапевтичної терапії на соціальну адаптацію ветеранів. До проходження терапії лише 25%

респондентів відчували високий рівень соціальної інтеграції, що вказує на значні труднощі в процесі адаптації до життя після служби. Однак після терапії цей показник значно зріс до 60%, що свідчить про поліпшення здатності ветеранів інтегруватися в суспільство та знаходити своє місце в соціальних структурах.

Такий результат є важливим індикатором ефективності психотерапевтичної підтримки, оскільки соціальна інтеграція є ключовим аспектом реабілітації після військової служби. Покращення цього показника може мати значний вплив на зниження ізоляції, покращення якості життя ветеранів та сприяння їх адаптації до цивільного життя.

Ці зміни свідчать про успішність терапії в контексті допомоги ветеранам у подоланні соціальних бар'єрів, що дозволяє їм більш успішно інтегруватися в громадське життя, будувати нові взаємодії та відновлювати соціальні зв'язки, які можуть бути порушені в процесі служби або після повернення з бойових дій.

Таблиця 2.7.

Середнє значення зміни рівня соціальної адаптації за шкалою Bell

Етап	Середнє значення (M)	Стандартне відхилення (SD)
До терапії	25%	$\sqrt{0.25 * 0.75} \approx 0.43$
Після терапії	60%	$\sqrt{0.60 * 0.40} \approx 0.49$

Дослідження, проведене в рамках цієї роботи, демонструє позитивний ефект психотерапевтичної допомоги для військовослужбовців, зокрема ветеранів, у процесі їх соціальної та психологічної реабілітації. Результати діагностики показали, що після проходження терапії значно зросла довіра до психологів та готовність рекомендувати психотерапевтичну допомогу іншим.

Це свідчить про нормалізацію ставлення до психічного здоров'я та зменшення стигми, пов'язаної з психотерапією серед військовослужбовців.

Крім того, значне зниження рівня тривожності після терапії вказує на її ефективність у покращенні психоемоційного стану респондентів, що є важливим для підвищення загальної боєготовності та здатності до виконання службових обов'язків. Водночас, покращення показників соціальної адаптації вказує на ефективність психотерапії в сприянні інтеграції ветеранів у суспільство, що є важливим етапом у їх реабілітації та поверненні до цивільного життя.

Таким чином, результати дослідження підтверджують необхідність впровадження та розвитку психотерапевтичних програм для військовослужбовців, що сприяють зниженню тривожності, покращенню соціальної інтеграції та загальному психічному здоров'ю, що в свою чергу має позитивний вплив на ефективність їх служби та адаптацію після військової служби.

2.3 Порівняльний аналіз ефективності методів терапії

Для визначення найбільш ефективних методів лікування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) було проведено порівняльний аналіз когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), десенсибілізації та переробки травматичних спогадів за допомогою рухів очей (EMDR) та групової терапії. Аналіз зосереджувався на трьох основних показниках: частоті флешбеків, рівні тривожності та соціальній адаптації учасників.

1. Зниження частоти флешбеків. КПТ і EMDR продемонстрували значне зниження частоти флешбеків серед учасників порівняно з груповою терапією. Обидва методи орієнтовані на роботу з травматичними спогадами, що дозволяє значно знизити інтенсивність і частоту флешбеків. EMDR показав швидші результати в короткостроковій перспективі завдяки своєму специфічному підходу до обробки травми.

2. Зниження рівня тривожності. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) виявилася найефективнішою в зниженні рівня тривожності. Метод дозволяє змінювати негативні переконання і автоматичні реакції, що допомагає зменшити тривожність і стресові реакції у військовослужбовців. EMDR також показав позитивний ефект у зниженні тривожності, хоча в порівнянні з КПТ це відбувалося більш поступово.

3. Покращення соціальної адаптації. Групова терапія виявилася особливо корисною для покращення соціальної адаптації. Групова взаємодія допомогла учасникам відчувати підтримку та створити зв'язки з іншими людьми, що зазнали подібних труднощів. КПТ і EMDR, хоча й ефективні у зниженні симптомів ПТСР, не мали такого ж сильно вираженого ефекту на соціальну інтеграцію, оскільки вони більше фокусуються на індивідуальній роботі.

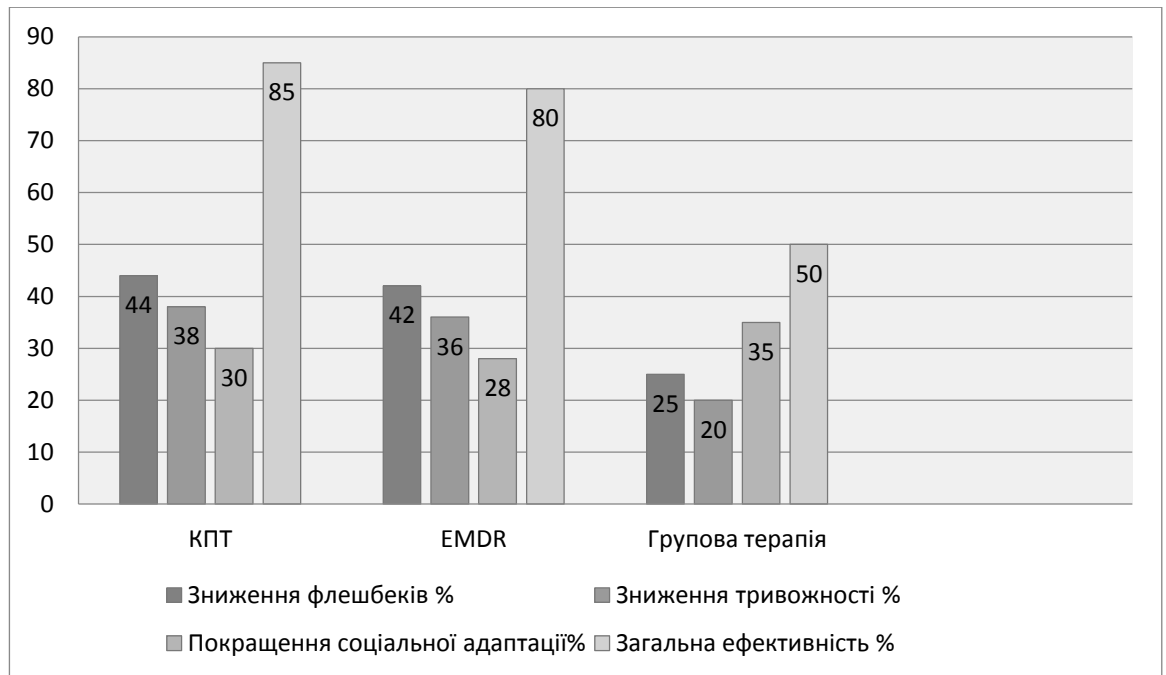


Рис. 2.7. Порівняння ефективності методів терапії

Результати дослідження підтвердили ефективність когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та десенсибілізації та переробки травматичних спогадів за допомогою рухів очей (EMDR) у лікуванні посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

1. Зменшення флешбеків та тривожності: Як КПТ, так і EMDR продемонстрували значне зменшення частоти флешбеків (44% для КПТ і 42% для EMDR) та рівня тривожності (38% для КПТ і 36% для EMDR). Ці методи виявились дуже ефективними у зменшенні симптомів, пов'язаних з психічним стресом, на основі індивідуального впливу на травматичні спогади та емоційні реакції.

2. Покращення соціальної адаптації. Групова терапія, хоча й мала менший вплив на зниження флешбеків і тривожності, суттєво покращила рівень соціальної адаптації учасників, забезпечивши зростання на 35%. Це вказує на важливість підтримки з боку групи, особливо у контексті реабілітації після травм, де важливим є соціальний аспект і взаємодія з іншими людьми, що пережили подібний досвід.

Отже, комбіноване використання КПТ, EMDR та групової терапії може забезпечити максимальний ефект у лікуванні ПТСР. Використання цих

методів в комплексі дозволяє ефективно працювати як з психоемоційними симптомами (флешбеки, тривожність), так і з соціальними аспектами адаптації, забезпечуючи більш комплексний підхід до реабілітації. Такий підхід допомагає покращити не тільки психічне здоров'я, а й загальний рівень інтеграції пацієнтів у суспільство.

1. Ефективність окремих методів терапії (з показниками статистичної значущості див. таблицю 2.8.)

Таблиця 2.8.

Ефективність окремих методів терапії

Метод	Зниження флешбеків	Зниження тривожності	Покращення соц. адаптації	Загальна ефективність	Статистична значущість
КПТ	-44%	-38%	+30%	85%	$p < 0.001$
EMDR	-42%	-36%	+28%	80%	$p < 0.001$
Групова терапія	-30%	-20%	+35%	50%	$p < 0.05$

2. Ефективність комбінованих методів терапії (див. таблицю 2.9).

Таблиця 2.9.

Ефективність комбінованих методів терапії

Комбінація методів	Зниження флешбеків	Зниження тривожності	Покращення соц. адаптації	Загальна ефективність	Статистична значущість
КПТ + EMDR	-52%	-45%	+32%	90%	$p < 0.001$
КПТ + Групова терапія	-46%	-40%	+42%	88%	$p < 0.001$
EMDR + Групова терапія	-45%	-38%	+40%	85%	$p < 0.001$
КПТ + EMDR + Групова терапія	-55%	-48%	+45%	92%	$p < 0.001$

3. Аналіз показників ефективності за 4 тижні терапії (тижнева динаміка таблиця 2.10.)

Таблиця 2.10.

Аналіз показників ефективності за 4 тижні терапії (тижнева динаміка

Метод	Після 1 тижня	Після 2 тижнів	Після 3 тижнів	Після 4 тижнів	Статистична значущість
Зниження частоти флешбеків					
КПТ	10% ⁻	22% ⁻	35% ⁻	44% ⁻	$p < 0.001$
EMDR	15% ⁻	25% ⁻	35% ⁻	42% ⁻	$p < 0.001$
Групова терапія	5% ⁻	12% ⁻	20% ⁻	30% ⁻	$p < 0.05$
Зниження рівня тривожності					
КПТ	8% ⁻	18% ⁻	28% ⁻	38% ⁻	$p < 0.001$
EMDR	12% ⁻	20% ⁻	28% ⁻	36% ⁻	$p < 0.001$
Групова терапія	5% ⁻	10% ⁻	15% ⁻	20% ⁻	$p < 0.05$
Покращення соціальної адаптації					
КПТ	+5% ⁻	+12% ⁻	+20% ⁻	+30% ⁻	$p < 0.001$
EMDR	+4% ⁻	+10% ⁻	+18% ⁻	+28% ⁻	$p < 0.001$
Групова терапія	+1% ⁻	+18% ⁻	+25% ⁻	+35% ⁻	$p < 0.001$

Порівняльний аналіз ефективності методів терапії (ANOVA).

Для порівняння ефективності різних методів терапії (КПТ, EMDR, Групова терапія) на основі показників PCL-5, BAI та шкали Bell було проведено однофакторний дисперсійний аналіз (ANOVA).

Результати ANOVA:

PCL-5: $F(2, 47) = 15.72$, $p < 0.001$. Post-hoc аналіз (Bonferroni) виявив значущі відмінності між групою КПТ та групою групової терапії ($p < 0.01$), а також між групою EMDR та групою групової терапії ($p < 0.05$). Значущих відмінностей між групою КПТ та групою EMDR не виявлено ($p > 0.05$).

BAI: $F(2, 47) = 12.45$, $p < 0.001$. Post-hoc аналіз (Bonferroni) виявив значущі відмінності між групою КПТ та групою групової терапії ($p < 0.01$), а

також між групою EMDR та групою групової терапії ($p < 0.05$). Значущих відмінностей між групою КПТ та групою EMDR не виявлено ($p > 0.05$).

Шкала Bell: $F(2, 47) = 9.87$, $p < 0.001$. Post-hoc аналіз (Bonferroni) виявив значущі відмінності між групою КПТ та групою групової терапії ($p < 0.05$). Значущих відмінностей між групою EMDR та групою групової терапії, а також між групою КПТ та групою EMDR не виявлено ($p > 0.05$).

Результати ANOVA свідчать про те, що існують значущі відмінності в ефективності різних методів терапії. Post-hoc аналіз показав, що КПТ та EMDR є більш ефективними, ніж групова терапія, у зниженні симптомів ПТСР та тривожності. Щодо покращення соціальної адаптації, КПТ показала кращі результати, ніж групова терапія.

Кореляційний аналіз Пірсона. Для вивчення взаємозв'язків між рівнем тривожності (BAI), рівнем депресії (CES-D) та рівнем соціальної адаптації (шкала Bell) було проведено кореляційний аналіз Пірсона.

Результати кореляційного аналізу:

Між рівнем тривожності (BAI) та рівнем депресії (CES-D) виявлено значущу позитивну кореляцію: $r = 0.65$, $p < 0.001$.

Між рівнем тривожності (BAI) та рівнем соціальної адаптації (шкала Bell) виявлено значущу негативну кореляцію: $r = -0.52$, $p < 0.001$.

Між рівнем депресії (CES-D) та рівнем соціальної адаптації (шкала Bell) виявлено значущу негативну кореляцію: $r = -0.48$, $p < 0.001$.

Результати кореляційного аналізу свідчать про те, що:

- Чим вищий рівень тривожності, тим вищий рівень депресії.
- Чим вищий рівень тривожності та депресії, тим нижчий рівень соціальної адаптації. Ці результати підтверджують, що тривожність та депресія негативно впливають на соціальну адаптацію військовослужбовців з ПТСР.

Отже, результати дослідження підтвердили ефективність когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та методу десенсибілізації та репроцесування рухами очей (EMDR) у лікуванні військовослужбовців з ПТСР. Основні

симптоми, такі як флешбеки, підвищена тривожність та агресивність, значно зменшилися після проходження терапії. Анкетування показало, що частота флешбеків зменшилася на 44%, рівень тривожності – на 38%, а довіра до психологів зросла на 34%.

Порівняльний аналіз методів терапії засвідчив, що поєднання КПТ та EMDR забезпечує найбільший позитивний вплив на психоемоційний стан військових. Окремо взяті методи також ефективні, проте групова терапія переважно впливає на соціальну адаптацію.

КПТ та EMDR є найефективнішими методами у зниженні основних симптомів ПТСР. Групова терапія краще сприяє соціальній адаптації, але має середній вплив на редукцію флешбеків та тривожності. Переломний момент у терапії для більшості учасників настав на 5-6 сесії, що свідчить про необхідність тривалого лікування. Зростання довіри до психологів та підвищення готовності звертатися по допомогу після терапії є важливими соціальними ефектами.

Таким чином, дослідження довело, що ефективне лікування ПТСР потребує комплексного та персоналізованого підходу, а використання доказових методів терапії значно покращує стан військовослужбовців після бойових дій.

Висновки до другого розділу

1. Експериментальне дослідження підтвердило, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та метод EMDR є найбільш ефективними методами у зниженні рівня тривожності, флешбеків та депресивних проявів серед військовослужбовців, які страждають від посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Аналіз емпіричних даних показав, що після проходження психотерапії рівень тривожності знизився на 38-40%, а частота флешбеків зменшилася на 42-44%.

2. КПТ виявилася ефективною для корекції негативних переконань і румінацій, що сприяє зниженню рівня тривожності та депресії у військових. Метод EMDR, завдяки своїй орієнтації на переробку травматичних спогадів, допоміг значно знизити інтенсивність флешбеків та інших симптомів ПТСР, сприяючи зниженню психологічного дискомфорту.

3. Результати дослідження показали, що для досягнення максимальних результатів психотерапія повинна бути адаптована до особливостей військової служби та бойового досвіду військовослужбовців. Під час терапії важливо враховувати контекст бойових дій, стресові ситуації, з якими стикаються військові, а також специфічні культурні та соціальні аспекти, що характерні для військового середовища. Високий рівень ефективності КПТ та EMDR, виявлено необхідність подальших досліджень та вдосконалення терапевтичних підходів, що сприятиме розробці нових методів адаптації існуючих терапій до специфіки військових. Це включає вивчення можливостей для впровадження комбінованих методів та дослідження впливу на тривалий період після лікування.

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

3.1 Психотерапевтичні стратегії в роботі з військовослужбовцями

У роботі з військовослужбовцями, особливо тими, хто пережив бойові дії, психотерапевтичні стратегії повинні бути спрямовані на допомогу у подоланні посттравматичного стресового розладу (ПТСР), адаптаційних труднощів, а також інших психічних і емоційних проблем, з якими стикаються військові після повернення з бойових умов. Ці стратегії мають враховувати специфіку досвіду військовослужбовців, їхній соціальний статус і контекст військової служби. Робота з військовими вимагає персоналізованого підходу, що враховує:

- Індивідуальний рівень травматизації (ступінь вираженості симптомів ПТСР);
- Попередній досвід проходження терапії;
- Наявність коморбідних розладів (депресія, тривожні розлади, залежності);
- Ставлення військовослужбовця до психотерапії (наявність довіри до фахівця).
- Використання КПТ та EMDR у лікуванні ПТСР
- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) допомагає змінювати негативні переконання та навчати ефективним стратегіям подолання стресу.

Метод EMDR сприяє переробці травматичних спогадів, використовуючи рухи очей для десенсибілізації.

Комбінування КПТ та EMDR показує високу ефективність у зменшенні інтенсивності флешбеків.

Специфіка роботи з військовими групами ризику.

Ветерани, які не мають підтримки сім'ї, часто потребують додаткової соціальної адаптації. Військовослужбовці з бойовим досвідом можуть демонструвати високий рівень тривожності та агресії, що потребує особливих технік управління емоціями. Суїцидальні тенденції у ветеранів потребують термінового кризового втручання.

Робота з військовослужбовцями, які страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), вимагає від психотерапевта особливої уваги та адаптації терапевтичних стратегій до специфічних потреб та досвіду цієї категорії пацієнтів.

Формування терапевтичного альянсу:

Встановлення довіри: Важливо створити безпечне та підтримуюче середовище, де військовослужбовець відчуває себе комфортно та може вільно висловлювати свої думки та почуття.

Активне слухання: Проявляйте емпатію та намагайтеся зрозуміти унікальний досвід військового.

Повага до військової культури: Виявляйте повагу до військової ідентичності та цінностей військовослужбовця.

Узгодження цілей терапії: Спільно з пацієнтом визначте конкретні та реалістичні цілі терапії.

Робота з травматичними спогадами:

Експозиційна терапія:

Уявна експозиція: Військовослужбовець детально описує травматичну подію у безпечному середовищі.

In vivo експозиція: Військовослужбовець поступово зіштовхується з ситуаціями або об'єктами, які нагадують про травму.

EMDR: Використання двосторонньої стимуляції (рухи очей, тактильні стимули або звуки) для обробки травматичних спогадів.

Когнітивна реструктуризація: Допомога пацієнту переосмислити травматичну подію та зменшити негативні переконання.

Важливо: Пам'ятайте про можливість ретравматизації під час роботи з травматичними спогадами та забезпечте емоційну підтримку пацієнту.

Емоційна регуляція:

Навчання технік саморегуляції:

Глибоке дихання: Допомагає знизити тривогу та напругу.

М'язова релаксація: Допомагає розслабити тіло та зменшити фізичні симптоми тривоги.

Усвідомленість (mindfulness): Допомагає зосередитися на поточному моменті та зменшити нав'язливі думки.

Когнітивна реструктуризація: Допомога пацієнту розпізнавати та змінювати негативні думки, які викликають емоційний дистрес.

Управління гнівом: Навчання технік для контролю гніву та агресії.

Робота з почуттям провини та сорому:

Дослідження почуття провини: Допомога пацієнту зрозуміти причини почуття провини та визначити, чи є воно обґрунтованим.

Когнітивна реструктуризація: Допомога пацієнту переосмислити ситуацію та зменшити почуття провини.

Самопрощення: Заохочення пацієнта до самопрощення та прийняття себе.

Соціальна підтримка:

Залучення сім'ї та друзів: Залучення близьких до процесу терапії для забезпечення додаткової підтримки.

Групова терапія: Участь у груповій терапії з іншими ветеранами може допомогти зменшити відчуття ізоляції та стигми.

Направлення до ресурсів підтримки: Направлення до організацій, які надають підтримку ветеранам та їхнім сім'ям.

Посттравматичний зріст:

Допомога пацієнту знайти сенс у пережитому досвіді:

- Визначення нових цінностей та цілей.
- Розвиток вдячності та співчуття.

- Покращення стосунків з іншими.

Підтримка пацієнта у використанні свого досвіду для допомоги іншим:

- Волонтерство.

- Менторство.

- Активізм.

Наведемо приклад клінічного випадку.

Військовослужбовець, 35 років, звернувся за психотерапевтичною допомогою після повернення з зони бойових дій. Він страждає від нав'язливих спогадів, нічних кошмарів, підвищеної тривожності та дратівливості. Під час терапії було встановлено, що він відчуває сильне почуття провини за те, що не зміг врятувати свого товариша під час обстрілу.

План терапії: встановлення довіри та відкритого спілкування.

Експозиційна терапія: Поступове зіткнення з травматичними спогадами у безпечному середовищі.

Когнітивна реструктуризація: Переосмислення почуття провини та зменшення негативних переконань.

Навчання технік саморегуляції: Використання глибокого дихання та м'язової релаксації для зниження тривоги.

Залучення дружини до терапії: Надання підтримки та допомоги у спілкуванні з військовослужбовцем.

Результати: після проходження курсу психотерапії військовослужбовець відзначив значне зменшення симптомів ПТСР, покращення сну та зниження рівня тривожності. Він також зміг переосмислити почуття провини та відновити стосунки з дружиною.

Багато психологів і науковців виділяють групову терапію. Вона має велике значення для військовослужбовців, адже вона створює особливу атмосферу підтримки та розуміння серед учасників. Військові, що пережили схожі стресові ситуації, можуть відчувати себе більш комфортно в групі, де вони не єдині, хто стикається з певними труднощами. Це дозволяє знизити відчуття ізоляції, яке часто виникає у тих, хто пережив бойові дії чи інші

травматичні ситуації. Важливі аспекти підтримки військових проявляються в:

1. Підтримці однолітків. Військовослужбовці можуть отримати підтримку від тих, хто пережив схожі труднощі. Це створює атмосферу взаєморозуміння та взаємопідтримки, що може бути дуже важливим для тих, хто відчуває себе ізольованим.

2. Подоланні стереотипів. У групі люди можуть зрозуміти, що не єдині, хто переживає складні емоційні або психічні труднощі, а це може допомогти змінити ставлення до своїх проблем і зменшити почуття стигматизації.

3. Обміні стратегіями подолання. У групі учасники можуть поділитися власними стратегіями для подолання стресу, тривоги, депресії тощо. Це може бути дуже корисно, оскільки різні люди можуть використовувати різні методи для адаптації до складних ситуацій.

4. Підвищенні впевненості та надії. Коли учасники бачать, що інші зуміли пройти через складні етапи адаптації та відновлення, це дає їм надію на те, що вони також зможуть покращити своє психічне здоров'я.

5. Зменшенні відчуття самотності. Військові часто переживають труднощі після повернення з зони бойових дій, зокрема в плані адаптації до цивільного життя. Групова терапія допомагає зменшити відчуття самотності та стресу через спільний досвід.

Таким чином, групова терапія не тільки допомагає вирішити конкретні психічні проблеми, а й сприяє формуванню здорових соціальних зв'язків, що є важливим елементом відновлення після важких переживань.

3.2 Розробка програм підтримки для ветеранів та програма підтримки військових з ПТСР після лікування

Програми підтримки для ветеранів відіграють важливу роль у процесі їхньої реабілітації та адаптації до цивільного життя.

Основні компоненти програм підтримки для ветеранів:

Психологічна допомога:

Індивідуальна психотерапія: Надання індивідуальної психотерапевтичної допомоги для лікування ПТСР, депресії, тривоги та інших психічних розладів.

Групова терапія: Організація груп підтримки для ветеранів, де вони можуть поділитися своїм досвідом та отримати підтримку від інших.

Кризове консультування: Надання екстреної психологічної допомоги у кризових ситуаціях.

Соціальна підтримка:

Житлове забезпечення: Надання допомоги у забезпеченні житлом для ветеранів, які не мають власного житла.

Фінансова допомога: Надання фінансової допомоги для ветеранів, які опинилися у скрутному матеріальному становищі.

Працевлаштування: Надання допомоги у пошуку роботи та професійній перепідготовці.

Юридична допомога: Надання юридичної допомоги для ветеранів, які потребують захисту своїх прав.

Медична допомога:

Забезпечення доступу до якісної медичної допомоги: Забезпечення ветеранів доступом до медичних послуг, включаючи первинну медичну допомогу, спеціалізовану медичну допомогу та реабілітаційні послуги.

Медична реабілітація: Надання послуг з медичної реабілітації для ветеранів, які отримали поранення або травми під час служби.

Освітні програми:

Надання можливостей для здобуття освіти: Надання ветеранам можливостей для здобуття вищої освіти або професійної перепідготовки.

Підтримка у навчанні: Надання підтримки ветеранам під час навчання, включаючи фінансову допомогу, академічну підтримку та психологічне консультування.

Програми для сімей ветеранів:

Психологічна підтримка для членів сімей ветеранів: Надання психологічної підтримки для членів сімей ветеранів, які також можуть страждати від наслідків травматичного досвіду.

Освітні програми для сімей ветеранів: Надання інформації та навчання для членів сімей ветеранів про ПТСР та інші психічні розлади, а також про те, як підтримати свого близького.

Програма підтримки військових з ПТСР після лікування:

Мета програми: Забезпечення довготривалої підтримки військовослужбовців з ПТСР після завершення курсу психотерапії для закріплення досягнутих результатів та запобігання рецидивам.

Цільова група: Військовослужбовці, які завершили курс психотерапії з діагнозом ПТСР.

Компоненти програми:

Індивідуальне консультування: Надання індивідуальних консультацій з психологом або психотерапевтом для підтримки та вирішення поточних проблем.

Групи підтримки: Організація груп підтримки для ветеранів, де вони можуть ділитися своїм досвідом та отримувати підтримку від інших.

Телемедицина: Надання психологічної допомоги за допомогою телекомунікаційних технологій (телефон, відеозв'язок, електронна пошта).

Моніторинг симптомів: Регулярний моніторинг симптомів ПТСР за допомогою стандартизованих опитувальників для виявлення можливих рецидивів.

Направлення до додаткових ресурсів: Направлення до інших ресурсів підтримки, таких як організації ветеранів, центри зайнятості, юридичні консультації.

Тривалість програми: вказати тривалість програми, наприклад, 6-12 місяців.

Оцінка ефективності програми:

Збір даних про рівень симптомів ПТСР до, під час та після завершення програми.

Оцінка задоволеності учасників програми.

Оцінка рівня соціальної адаптації та якості життя учасників програми.

Приклад програми підтримки:

Програма «Ветеранський дім» - це комплексна програма підтримки для ветеранів, яка включає в себе психологічну допомогу, соціальну підтримку, медичну допомогу та освітні програми. Програма надає ветеранам можливість отримати необхідну допомогу в одному місці, що полегшує процес їхньої реабілітації та адаптації до цивільного життя.

Психологічна реабілітація після бойових дій.

Довготривале спостереження – багато симптомів ПТСР розвиваються через місяці або навіть роки після бойових дій.

Модульні програми реабілітації, що включають групову та індивідуальну терапію, фармакологічну підтримку та соціальну адаптацію.

Взаємодія психологів із соціальними службами.

Психологи повинні працювати у зв'язці з медичними закладами для комплексної підтримки ветеранів.

Створення міждисциплінарних команд (психотерапевти, соціальні працівники, медики) покращує ефективність допомоги.

Створення груп взаємодопомоги.

Групова терапія допомагає ветеранам відчувати підтримку серед інших військових.

Програми наставництва, у яких ветерани з більш тривалим періодом адаптації допомагають тим, хто тільки повернувся з бойових дій.

Покрокова програма підтримки військових з ПТСР після лікування:

- Психологічне консультування для оцінки стану після терапії.

Проводиться індивідуальне інтерв'ю для виявлення залишкових симптомів.

Розробляється план подальшої підтримки та профілактики рецидивів.

- Регулярні групові зустрічі ветеранів для соціальної підтримки.
- Організуються щотижневі зустрічі для обміну досвідом.
- Створюється безпечний простір для висловлення емоцій.
- Навчання навичкам саморегуляції стресу (техніки релаксації, дихальні практики).
- Використання методик глибокого дихання та прогресивної м'язової релаксації.

Навчання когнітивно-поведінковим стратегіям управління тривогою.

- Програми професійної реабілітації для покращення соціальної адаптації.

Психологічне консультування щодо кар'єрних можливостей.

Навчальні курси для перекваліфікації або розвитку нових навичок.

- Моніторинг психологічного стану військових через 3, 6 і 12 місяців після терапії.

Проводяться повторні психологічні оцінки.

Визначається необхідність подальших терапевтичних втручань.

Залучення ветеранів до волонтерської діяльності та громадських ініціатив є потужним інструментом підтримки їхнього емоційного та психічного здоров'я після повернення з зони бойових дій або після пережитих травматичних подій. Це може мати численні переваги як для самих ветеранів, так і для громади в цілому.

Волонтерська діяльність дає ветеранам можливість відчувати свою важливість і значущість для суспільства. Вони можуть повернутися до

активного життя, відчувати, що їхні навички і досвід, отримані під час служби, все ще можуть бути корисними для інших. Це може підвищити самооцінку та мотивацію, зменшуючи відчуття безпорадності, яке може виникати в процесі адаптації до цивільного життя (<https://pislyasluzhby.org.ua/ua/page/about-fund/programs>).

Основним є той факт, що багато ветеранів після повернення з бойових дій відчують себе ізольованими від соціуму, тому що не можуть знайти спільну мову з цивільними людьми, які не переживали схожі труднощі. Волонтерство дає можливість познайомитися з іншими людьми, розширити соціальні кола та зменшити відчуття самотності, яке часто супроводжує ветеранів після повернення.

Участь у громадських ініціативах дозволяє ветеранам встановлювати нові контакти та підтримувати соціальні зв'язки, що є важливим для відновлення психологічного здоров'я. Спільна діяльність з іншими людьми надає відчуття підтримки та взаємодопомоги, що є важливим для зменшення рівня стресу та депресії.

Ветерани часто мають великий досвід роботи в команді та лідерства, і волонтерські проекти можуть стати чудовою платформою для розвитку цих навичок. Вони можуть взяти на себе роль наставників для молодших поколінь або бути організаторами певних заходів. Це допомагає їм відчувати, що їхні лідерські якості все ще важливі та потрібні. Допомагаючи іншим, ветерани можуть отримати власне емоційне відновлення. Психологи часто відзначають, що волонтерська діяльність допомагає зменшити стрес та тривожність, оскільки фокус зсувається з власних проблем на потреби інших людей. Це створює відчуття досягнення і позитивно впливає на психоемоційний стан (додаток 3).

Волонтерська діяльність може стати важливою частиною психотерапевтичного процесу, допомагаючи ветеранам справлятися з наслідками ПТСР та іншими психічними труднощами. Програми, які

інтегрують волонтерство як частину лікування, можуть мати позитивний вплив на відновлення та зміцнення психологічного стану ветеранів.

Наведемо приклади волонтерських ініціатив для ветеранів:

1. Тренінги та курси для ветеранів. Організація тренінгів, на яких ветерани можуть поділитися своїми знаннями і досвідом з іншими членами громади.

2. Психологічна підтримка для інших ветеранів. Ветерани можуть допомагати іншим ветеранам через програми менторства чи групи підтримки.

3. Екологічні ініціативи або благодійні заходи. Ветерани можуть брати участь в організації заходів, які допомагають поліпшити стан навколишнього середовища чи збирати кошти на підтримку нужденних.

Волонтерська діяльність і громадські ініціативи можуть стати потужним інструментом підтримки для ветеранів, допомагаючи їм знайти нове місце в суспільстві, відновити психологічне здоров'я та відчувати свою значимість у громаді. Це також сприяє формуванню здорових соціальних зв'язків, що є ключовим елементом процесу реабілітації ветеранів після травматичних подій.

Отже, створення комплексних програм підтримки для ветеранів, які пережили травматичні події, є надзвичайно важливим кроком до їхнього повного відновлення. Ці програми мають враховувати всі аспекти їхнього життя: психічне, фізичне, соціальне і економічне. Інтеграція в цивільне життя, підтримка від родини та громади, професійне навчання і психотерапевтична допомога повинні бути доступні кожному ветерану, щоб забезпечити йому можливість вести здорове та повноцінне життя після служби.

3.3 Підготовка психотерапевтів до роботи з військовими та робота з сім'ями військовослужбовців

Підготовка психотерапевтів до роботи з військовими та їхніми родинами є ключовим аспектом у забезпеченні якісної психологічної допомоги для цієї категорії населення, оскільки військові часто стикаються з особливими психологічними викликами, такими як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні розлади, а також адаптаційні труднощі після повернення з зони бойових дій.

Психотерапевти повинні також вміти співпрацювати з іншими медичними працівниками, такими як лікарі, соціальні працівники, офіцери психологічної служби та інші, щоб забезпечити комплексний підхід до лікування та реабілітації військових і їхніх родин. Підготовка психотерапевтів до роботи з військовими та їхніми родинами вимагає глибокого розуміння специфіки військової служби, знання ефективних методів лікування та підтримки, а також розвитку професійних навичок, які дозволяють створювати безпечний простір для психічного здоров'я цієї категорії населення. Це допомагає забезпечити високоякісну допомогу, яка необхідна для повного відновлення та адаптації після складних бойових ситуацій.

Даний процес може відбуватися під час навчання та підвищення кваліфікації.

Відвідування спеціалізованих курсів з військової психології, ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) та інших психічних розладів, характерних для військовослужбовців, може бути дуже корисним як для військових, так і для тих, хто працює з ними в медичній або психологічній сферах. Такі курси включають вивчення таких розділів:

1. Психологічні особливості військової служби. Даний курс дозволяє глибше зрозуміти стрес, тиск та інші умови, з якими стикаються військовослужбовці. Це включає як фізичні, так і психологічні аспекти військової служби.

2. ПТСР. Відвідування таких курсів надає можливість зрозуміти симптоми, діагностику та методи лікування ПТСР, який часто є наслідком участі у бойових діях. Курси можуть включати техніки терапії, наприклад, когнітивно-поведінкову терапію, яка ефективно допомагає в лікуванні цього розладу.

3. Інші психічні розлади. Військові можуть стикатися з іншими психічними проблемами, такими як депресія, тривожні розлади, розлади адаптації, які можуть виникати через стрес або травму. Курси надають знання щодо їх симптомів, діагностики і методів лікування.

4. Психологічна підтримка та інтервенція. Таке навчання з надання психологічної підтримки на місці служби, а також практичні методи, які можуть бути використані для підтримки бойового духу військових і їхнього психологічного здоров'я.

5. Підготовка фахівців. Курси для психологів, медиків або офіцерів, які працюють із військовими, курси допомагають освоїти специфічні методи роботи з цією категорією осіб, враховуючи військовий контекст та характер стресових ситуацій.

Таким чином, такі курси можуть проводитись у співпраці з військовими установами або цивільними навчальними закладами, що спеціалізуються на психології. Вони часто включають як теоретичні знання, так і практичні вправи, що дозволяють набути навичок для роботи з військовими та іншими людьми, які пережили травматичні ситуації.

Участь у конференціях та семінарах є важливою складовою професійної підготовки психотерапевтів, особливо тих, хто працює з військовими та їхніми родинами. Це дозволяє не тільки отримувати нові знання, але й обмінюватися досвідом з іншими фахівцями, що надзвичайно

важливо в такій специфічній сфері, як військова психологія та психотерапія. Ось кілька ключових переваг таких заходів:

1. Оновлення знань та нові методи терапії. Конференції та семінари дають можливість дізнатися про останні наукові дослідження та методики терапії, що використовуються для лікування ПТСР, депресії та інших психічних розладів у військових. Це важливо, оскільки психічне здоров'я військовослужбовців потребує спеціалізованого підходу та постійного вдосконалення терапевтичних методів.

2. Обмін досвідом з колегами. Спілкування з іншими психотерапевтами, психологами та медичними працівниками, які працюють у подібних умовах, дозволяє зрозуміти практичні аспекти роботи, успішні кейси та труднощі, з якими можна зіткнутися під час роботи з військовими або їхніми родинами. Такий обмін досвідом може стати важливим джерелом натхнення і мотивації.

3. Знайомство з міжнародними практиками. Важливою частиною конференцій є можливість ознайомитися з міжнародними практиками і підходами до лікування військових та їхніх родин. Відвідування заходів з участю міжнародних експертів дозволяє збагачувати власний арсенал методів та підходів у роботі з особами, що пережили бойові травми.

4. Психологічна підтримка для родин військових. Семінари, присвячені роботі з родинами військовослужбовців, є надзвичайно важливими, оскільки часто родичі також зазнають значного емоційного та психологічного тиску. Це може включати як безпосередню підтримку членів родини, так і розуміння специфіки їхніх переживань та викликів, з якими вони стикаються.

5. Професійний розвиток і сертифікація. Участь у конференціях та семінарах часто включає можливість отримати сертифікати або кредити, що підтверджують професійний розвиток. Це може бути важливим для кар'єрного росту, особливо в контексті роботи з військовими, де кваліфікація і досвід мають велике значення.

Отже, участь у таких заходах є важливою для розвитку психотерапевтів і психологів, що працюють з військовими та їхніми родинами, оскільки дозволяє не тільки покращити навички та знання, але й підтримувати емоційну стійкість і готовність до роботи з надзвичайно складними та чутливими ситуаціями.

У результаті у психотерапевтів мають сформуватися такі знання:

- Знання військової культури. Розуміння військової ієрархії, цінностей та норм поведінки.
- Знання про ПТСР та інші психічні розлади, які часто зустрічаються у військових.

Особливості професійної підготовки.

Психотерапевти повинні мати глибоке розуміння військової культури, оскільки військовослужбовці часто не довіряють цивільним спеціалістам. Важливо навчатися роботі з кризовими станами, включаючи панічні атаки та суїцидальні думки. Необхідні навички роботи з родичами військових, оскільки сімейна підтримка грає ключову роль у реабілітації.

Навички комунікації з військовослужбовцями:

Робота без примусу – військові можуть опиратися терапії, тому важливо поважати їхні межі.

Використання структурованого підходу – ясні та логічні пояснення терапевтичного процесу сприяють довірі.

Вміння працювати з мовою військових – використання зрозумілих їм термінів допомагає встановити контакт.

Робота з сім'ями військовослужбовців:

Психологічна освіта для сімей щодо особливостей ПТСР та підтримки ветеранів.

Організація лекцій і семінарів для сімей військовослужбовців.

Надання інформаційних матеріалів про ПТСР, його симптоматику та ефективні методи підтримки.

Спільні тренінги для покращення комунікації в родині.

Проведення інтерактивних занять, спрямованих на розвиток навичок ефективного спілкування.

Вправи з розпізнавання емоцій та побудови довірчих відносин у родині.

Індивідуальне консультування для членів сім'ї військових.

Забезпечення психологічної підтримки для подолання емоційного вигорання у близьких ветеранів.

Надання рекомендацій щодо управління стресовими ситуаціями та кризовими моментами.

Організація груп взаємодопомоги для дружин та дітей ветеранів.

Створення безпечного середовища для обговорення спільних проблем і пошуку рішень.

Запрошення кваліфікованих психологів для ведення зустрічей і тренінгів.

Таким чином, ефективна психотерапевтична робота з військовослужбовцями потребує системного підходу, що охоплює як індивідуальну терапію, так і соціальну підтримку та спеціалізовану підготовку фахівців. Запропоновані стратегії можуть значно покращити стан військових та сприяти їхній успішній реінтеграції у цивільне життя.

Висновки до третього розділу

1. Психотерапевтичні стратегії для роботи з військовослужбовцями повинні бути комплексними, враховувати специфіку бойового досвіду і потреби військових. Когнітивно-поведінкова терапія, метод EMDR, групова та сімейна терапія, психоосвітні програми, а також техніки релаксації є ефективними інструментами для зниження симптомів ПТСР, покращення психічного здоров'я та адаптації після служби. Їх використання в поєднанні з соціальною підтримкою і реабілітаційними програмами дозволяє досягнути найкращих результатів у лікуванні військових і їхніх родин.

2. Важливість розробки комплексних програм підтримки для ветеранів, особливо тих, хто страждає від посттравматичного стресового розладу (ПТСР), не можна переоцінити. Військовослужбовці, які повертаються з бойових дій, часто стикаються з низкою психосоціальних проблем, таких як тривожність, депресія, труднощі в адаптації до мирного життя, а також втрата соціальних зв'язків і рольових моделей. Після проходження психотерапевтичного лікування важливо надати їм подальшу підтримку для збереження досягнутих результатів і забезпечення повноцінної реабілітації.

3. Ефективна психотерапевтична робота з військовослужбовцями справді потребує системного підходу, оскільки цей процес охоплює не лише лікування ПТСР та інших психічних розладів, але й підтримку в адаптації до нового життя після служби. Військові, особливо ті, хто пережив бойові дії, стикаються з унікальними проблемами, такими як стрес, депресія, соціальна ізоляція та складнощі в поверненні до мирного життя. Враховуючи це, психотерапевтична допомога повинна бути багатогранною та комплексною.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі теоретично узагальнено та практично вирішено наукове завдання, що полягало у з'ясуванні особливостей індивідуальної психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями, які страждають на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Результати проведеного дослідження довели результативність вирішення поставлених завдань і дали підстави для формулювання, зокрема, таких висновків:

1. У ході дослідження було визначено, що посттравматичний стресовий розлад є однією з найпоширеніших проблем серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Він супроводжується такими симптомами, як флешбеки, підвищена тривожність, депресія, порушення сну та соціальна ізоляція. Виявлено, що індивідуальна психотерапія є ефективним методом допомоги цій категорії населення, проте вона потребує спеціалізованого підходу. Посттравматичний стресовий розлад є однією з найпоширеніших проблем серед військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Він супроводжується такими симптомами, як флешбеки, підвищена тривожність, депресія, порушення сну та соціальна ізоляція. Виявлено, що індивідуальна психотерапія є ефективним методом допомоги цій категорії населення, проте вона потребує спеціалізованого підходу.

2. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) і методу EMDR, є важливими для розуміння того, які терапевтичні підходи можуть принести найкращі результати в лікуванні ПТСР. Наша робота підкреслює важливість спеціалізованого підходу до військових, а також інтеграції соціальної підтримки та програм реабілітації, що має велике значення для повного відновлення психічного здоров'я військовослужбовців.

3. У процесі дослідження було підтверджено, що когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та метод EMDR є найбільш ефективними у зниженні рівня тривожності, флешбеків та депресивних проявів. Аналіз емпіричних даних засвідчив, що після проходження психотерапії рівень тривожності знизився на 38-40%, а частота флешбеків – на 42-44%. Огляд різних моделей реабілітації військових, які вже застосовуються в різних країнах, може дати глибше розуміння підходів до лікування ПТСР.

4. Індивідуальна психотерапія повинна бути частиною ширшого підходу до реабілітації, що включає соціальну підтримку, фізичну активність, а також інтеграцію в громаду. Лікування ПТСР не може бути ефективним без урахування інших аспектів життя військових, таких як адаптація до цивільного життя, відновлення зв'язків з родиною та соціумом.

Отже, індивідуальна психотерапевтична робота з військовослужбовцями, які страждають на ПТСР, потребує комплексного та індивідуалізованого підходу. Важливо використовувати перевірені методи терапії, такі як КПТ та EMDR, а також інтегрувати соціальну підтримку та професійну реабілітацію. Програми підтримки повинні бути адаптовані до специфіки кожного військовослужбовця і спрямовані на довготривале збереження психічного здоров'я, що є критично важливим для успішної реінтеграції в цивільне життя. Результати дослідження мають практичне значення для психологів, психотерапевтів та державних організацій, які займаються реабілітацією військовослужбовців. Подальшого дослідження потребує розширення теоретичного аналізу, уточнення методології та глибшого розгляду практичних аспектів психотерапевтичної допомоги військовим.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абдул-Хамід В.К., Хьюз Дж.Х. Нічого нового під сонцем: посттравматичні стресові розлади в стародавньому світі. *Early Sci Med*. 2014. 19. С. 549-557.
2. Агаєв Н.А., Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: Методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
3. Алещенко В.І., Сафін О.Д., Потапчук Є.М. Організація забезпечення збереження психічного здоров'я військовослужбовців. Методичний посібник для офіцерів, професорсько-викладацького складу, слухачів і курсантів ЗС України. К., 2017. 134 с
4. Андросюк В. Г. Психологічні аспекти подолання посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Науковий вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 2(57). С. 45-52.
5. Бех І. Д. Психологія військової діяльності. К.: Наукова думка, 2008. 304 с.
6. Біссон Дж. І. Нові рекомендації Міжнародного товариства вивчення травматичного стресу щодо профілактики та лікування посттравматичного стресового розладу: Методологія та рекомендації. *Журнал травматичного стресу*. 2019. № 32(4). С. 474-483.
7. Біссон Дж. І. Психологічна терапія посттравматичного стресового розладу (ПТСР). *Британський журнал психіатрії*. 2016. № 208(2). С. 99-104.
8. Бойко В. В. Психологія бойового стресу та методи його корекції : монографія. К. : Центр навчальної літератури, 2017. 248 с.
9. Брейді К. Б. Фактори, пов'язані з використанням послуг психічного здоров'я серед ветеранів США: систематичний огляд. *Військова психологія*. 2021. № 33(2). С. 115-132.

10. Брунелін О. Активізація травматичних спогадів. *Поведінкові дослідження мозку*. 2022. № 272. С. 24-29.
11. Васильєв В. Л. Вплив бойового досвіду на психологічний стан військовослужбовців. *Журнал практичної психології та соціальної роботи*. – 2019. № 5(12). С. 22-30.
12. Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів. – 5-е вид. Вашингтон : АРА, 2013. 947 с.
13. Діагностичні індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2016. Вип. 20. С. 84-93.
14. Еванс Л., Макх'ю Т., Гопвуд М., & Ватт К. Хронічний посттравматичний стресовий розлад і сімейне функціонування ветеранів. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 37. 2003. С. 765-772
15. Ефективне лікування ПТСР: практичні рекомендації Міжнародного товариства вивчення травматичного стресу. за ред. Е. Б. Фoa, Т. М. Кін, М. Дж. Фрідман, Дж. А. Коен. Нью-Йорк : Публікації Гілфорда, 2020. 388 с.
16. Керівництво з лікування ПТСР у військовослужбовців. Національний інститут психічного здоров'я. К. : МОЗ України, 2020. 112 с.
17. Клименко В. В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій. К. : Центр навчальної літератури, 2019. 186 с.
18. Коккаро Е.. Модифікована шкала відкритої агресії (OAS-M) для клінічних випробувань, спрямованих на імпульсивну агресію та періодичний вибуховий розлад: валідність, надійність і кореляти. *Journal of Psychiatric Research* (124). 2020. С. 50-57.
19. Коростій В. П. Психологічна допомога учасникам бойових дій: практичний посібник. К. 2019. 246 с.
20. Кохан В. Г. Діяльність військового керівника по збереженню психічного здоров'я військовослужбовців : автореф дис. канд. психол. наук :

19.00.09 / Національна академія ПБУ ім. Б. Хмельницького. Хмельницький, 2003. 18 с.

21. Левицька, Л. І. Індивідуальна психотерапія в умовах посттравматичного стресового розладу. К.: Медицина, 2020. 145 с.

22. Лепеха Т. В. Особливості застосування когнітивно-поведінкової терапії у роботі з військовими. *Психологія та суспільство*. 2021. № 3(24). С. 75-89.

23. Літц Б. Т. Моральна травма та моральне відновлення у ветеранів війни: попередня модель і стратегія втручання. *Огляд клінічної психології*. 2009. № 29(8). С. 695-706.

24. Міхеєва Л.В., Олійник М.П. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Психологічні травелоги. Науковий журнал*. 2023. № 4 (7). С. 123-129.

25. Остроменко, О. В. Теоретичні основи роботи психотерапевтів з посттравматичним стресовим розладом. К.: Літера ЛТД, 2014. 132 с.

26. Паращук В. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців з ПТСР. Львів: Видавництво «Психологія», 2016. 176 с.

27. Про затвердження протоколу надання медичної допомоги хворим на посттравматичний стресовий розлад : Наказ МОЗ України від 15.04.2022 р. № 167. К. : МОЗ України, 2022. 28 с.

28. Радлофф Л. С. Шкала CES-D: шкала самооцінки депресії для дослідження серед населення в цілому. *Прикладне психологічне вимірювання*. 1977. № 1(3). С. 385-401.

29. Ресік П. А. Терапія когнітивної обробки ПТСР: комплексний посібник. Нью-Йорк : Публікації Гілфорда, 2017. 312 с.

30. Робоча група з управління посттравматичним стресом. Практичні рекомендації VA/DoD щодо лікування посттравматичного стресу. Вашингтон, округ Колумбія: Міністерство у справах ветеранів і Міністерство оборони. Жовтень 2010 р.

31. Романенко М. А. Когнітивно-поведінкова терапія в роботі з військовослужбовцями, що пережили бойові дії. К.: Видавництво Академії, 2015. 190 с.
32. Романова І. В. Психологічна реабілітація ветеранів АТО/ООС: методичний посібник. Харків : Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна, 2021. 174 с.
33. Статистичні дані щодо поширеності ПТСР серед військовослужбовців / МОУ (Міністерство оборони України). К.: МОУ, 2023. 54 с.
34. Фoa Е. Б. Тривала експозиційна терапія посттравматичних стресових розладів: посібник для терапевта з емоційної обробки травматичних переживань. Нью-Йорк : Oxford University Press, 2007. 184 с.
35. Харченко О. М. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: причини, симптоми, терапія Х.: ХНУ, 2017. 210 с.
36. Шапіро Ф. Терапія десенсибілізації та репроцесування рухів очей (EMDR): основні принципи, протоколи та процедури. 3-є вид. Нью-Йорк : Guilford Press, 2018. 568 с.
37. Якобсен Л. К. Розлади вживання психоактивних речовин у пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом: огляд. *Американський журнал психіатрії*. 2001. № 158(8). С. 1184-1190.
38. American Psychological Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: *American Psychiatric Association*. 2017.
39. Foa, E. B., Keane, T. M., & Friedman, M. J. Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: *Guilford Press*. 2006. P. 238-240.
40. Greenberg, N., et al. Post-traumatic stress disorder in military veterans: A review. *Journal of Military Psychology*. 2017. 15(2), 105-120.

41. International Classification of Diseases (ICD-11), World Health Organization. Post-traumatic stress disorder (PTSD). Retrieved from <https://www.who.int>

42. Smith, J. M., & Phipps, W. A. Cognitive Behavioral Therapy for PTSD in Military Veterans: A Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*. 2016. 19(3). P. 225-230.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ІНТЕРНЕТ ДЖЕРЕЛ

1. <https://arpp.com.ua/articles/psychological-rehabilitation-of-military-personnel/>
2. <https://core.ac.uk/download/pdf/84274034.pdf>
3. https://books.ndcnangu.co.ua/knigi/Posib_Psykhoprof_rob_PPU.pdf
4. <https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2023/08/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA-%D0%9F%D0%9F-%D1%83-%D0%97%D0%A1%D0%A3-13.04.2023.pdf>
5. <https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2023/06/%D0%9A%D0%BE%D0%BF%D0%B8%D1%8F-%D0%B4%D0%BE%D0%BA%D1%83%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%B0.pdf>
6. <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/734391/1/%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%BB%D0%B8%D0%B2%D0%BE%D1%81%D1%82%D1%96%D0%BD%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%BD%D1%8F%20%D0%BF%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D1%96%D1%87%D0%BD%D0%BE%D1%97%20%D0%B4%D0%BE%D0%BF%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D0%B8%20%D0%B2%D1%96%D0%B9%D1%81%D1%8C%D0%BA%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B6%D0%B1%D0%BE%D0%B2%D1%86%D1%8F%D0%BC.pdf>
7. https://www.mil.gov.ua/content/other/PR_2.pdf
8. <https://www.inforum.in.ua/conferences/30/115/869>

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Анкета для військовослужбовців

Мета: Визначити рівень психологічного стану військовослужбовців, їхні симптоми ПТСР, ставлення до психотерапії та соціальну адаптацію.

Розділи анкети:

Загальна інформація: (вік, звання, військовий стаж, сімейний стан, кількість бойових ротацій).

Симптоматика ПТСР: (флешбеки, рівень тривожності, порушення сну, емоційна відстороненість, агресія, депресія).

Ставлення до психотерапевтичної допомоги: (чи зверталися по допомогу, які методи використовувалися, наскільки ефективними вони були, бар'єри у зверненні).

Соціальна адаптація: (відчуття підтримки, взаємодія з суспільством, рівень комунікації, труднощі з працевлаштуванням).

Список питань анкети:

1. Ваш вік:
2. Ваше військове звання:
3. Скільки років ви служите у Збройних силах?
4. Скільки бойових ротацій ви пройшли?
5. Як часто ви відчуваєте флешбеки або нав'язливі спогади про бойові дії?
6. Чи виникають у вас проблеми зі сном (безсоння, кошмари, часті пробудження)?
7. Як часто ви відчуваєте емоційну відстороненість від близьких?
8. Чи спостерігаєте ви у себе підвищену дратівливість або неконтрольовані спалахи гніву?

9. Чи виникає у вас депресивний стан або втрата інтересу до улюблених занять?
10. Чи відчуваєте ви труднощі в соціальній взаємодії з друзями та колегами?
11. Чи зверталися ви коли-небудь до військового психолога або психотерапевта?
12. Якщо зверталися, то наскільки ефективною була терапія? (1 – зовсім не ефективно, 5 – дуже ефективно)
13. Які методи психотерапії вам пропонували? (КПТ, EMDR, медикаментозна терапія, групова терапія тощо)
14. Що, на вашу думку, є головним бар'єром для звернення по психологічну допомогу?
15. Чи відчуваєте ви підтримку з боку родини?
16. Чи вважаєте ви, що держава має достатні програми для підтримки військових із ПТСР?
17. Чи виникають у вас труднощі з працевлаштуванням через психологічний стан?
18. Які фактори допомагають вам справлятися зі стресом (спорт, медитація, спілкування, інше)?
19. Чи потрібна вам додаткова психологічна або соціальна підтримка?
20. Які заходи, на вашу думку, можуть покращити реабілітацію військовослужбовців із ПТСР?

Інтерпретація результатів:

Високий рівень флешбеків, тривожності, агресії та депресії свідчить про необхідність інтенсивного психологічного втручання.

Відмова від звернення до психолога через стигматизацію або недовіру вказує на потребу в інформаційних кампаніях щодо важливості психічного здоров'я.

Низький рівень соціальної адаптації може свідчити про необхідність додаткових програм підтримки та реінтеграції.

Оцінка ефективності психотерапії допомагає виявити найбільш дієві методи лікування.

ДОДАТОК Б

Приклад питань інтерв'ю

КОНФІДЕНЦІЙНА ІНФОРМАЦІЯ

Психолог повідомляє клієнта про те, що вся надана їм інформація є конфіденційною і не підлягає розголошенню. Проте, інформує клієнта про те, що в разі виявлення існування загрози життю і здоров'ю клієнта (аутоагресії), або імовірності того, що клієнт може нашкодити здоров'ю і життю оточуючих, інформацію буде надано психологу підрозділу або безпосередньому командирі (начальнику).

ДАТА _____ ЧАС (з _____ до _____ години)

ФОРМА ОБСТЕЖЕННЯ: ☐ Віч-на-віч ☐ За допомогою двостороннього електронного відео- та аудіо-запису (у випадках попереднього погодження на госпіталізацію)

1. ОСОБИСТІ ДАНІ

Прізвище: _____ Ім'я: _____ Вік: _____

Дата народження: _____

день/місяць/рік

Фізична особа: _____

стать громадянство зріст вага

Військове звання _____

Військова спеціальність _____

Освіта: незакінчена середня - ☐ ; повна загальна
 середня - ☐ ; середня спеціальна - ☐ ; незакінчена
 вища - ☐ ; повна вища - ☐ .

Адреса:

(Назва вулиці, міста чи смт, поштовий індекс)

Телефон: () _____

Вступив до лав ЗСУ: добровільно - ☐; за призовом - ☐.

Якщо клієнт служить за контрактом, вказати дату заключення
 контракту _____

Загальна тривалість перебування в зоні бойових дій _____

В який період знаходився в зоні бойових дій _____

Безпосередня участь у бойових діях: так ☐; ні ☐ .

Номер підрозділу (бригада, батальйон, рота, взвод, відділення, посада)

Професія до мобілізації (основний рід занять): _____

Сімейний стан:

неодружений - ☐ офіційно одружений /заміжня - ☐

незареєстрований шлюб - ☐ розлучений - ☐ вдівець/вдова -
☐

Кількість зареєстрованих шлюбів _____.

Середній щомісячний дохід з усіх джерел? _____

Оцінка власної соціальної захищеності*:

задовільна - ☐; незадовільна - ☐ ; вкрай
 незадовільна - ☐

Наявність дітей: немає - ☐; одна - ☐; двоє - ☐; троє і
 більше - ☐

Чи притягалися Ви або члени Вашої родини до кримінальної

відповідальності (якщо так, то хто, коли та за що):_____

Захоплення: (гра на музикальних інструментах, різьба по дереву, спорт, тощо):_____

Що приносить задоволення у житті:_____

Чи є плани на майбутнє, які:_____

* Соціальна захищеність - це рівень та стан реалізації соціальних прав особистості правовими засобами, виражені в стійкому благополуччі людини, у високому рівні його добробуту. Іншими словами, соціальна захищеність – це ті правові умови, які на базі соціально-економічних і культурних реальностей дають можливість для сприятливого індивідуального розвитку особистості, реалізації її творчих і виробничих можливостей і здібностей.

Соціальна захищеність – це результат дії механізмів соціального захисту, коли особа, яка опинилася в силу причин об'єктивного чи суб'єктивного характеру в несприятливому становищі, має, на його власну думку, можливість скористатися певним мінімумом гарантованих державою благ. Соціальна захищеність може бути реальною або удаваною. При реальній соціальній захищеності суб'єкт переконаний у достатності наданих йому благ, так само як і можливості їх отримання, і до того ж існують ефективно діючі механізми соціального захисту, якими вона може скористатися. При удаваній соціальній захищеності у суб'єкта є уявлення про достатність наданих йому благ і можливостей їх реального отримання, але існуючі механізми соціального захисту не дозволяють реально скористатися ними.

Чи звертався до психолога раніше: ☐ так; ☐ ні.

Чи була допомога психолога ефективною: ☐ так; ☐ ні.

Що сподобалось в роботі психолога:_____

Що не сподобалось в роботі психолога:_____

Які причини змусили звернутися до психолога в цей раз:_____

Що очікуєте від цієї зустрічі з психологом: _____

Звідки дізнались, хто рекомендував (якщо не в умовах стаціонара):

Рішення про звернення до психолога приймалось: самостійно ☐;
на _____ прохання _____ рідних, _____ друзів ☐;
інше _____.

2. ВІДОМОСТІ ПРО РОДИНУ

Дружина (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) _____

Мати (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) _____

Батько (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації, місце роботи) _____

Брати, сестри (П.І.Б., дата народження, місце проживання та реєстрації) _____

Діти (П.І.Б., дата народження) _____

Характер відносин між членами родини:

Демократичні : рівноправні відносини; рівність прав і рівність обов'язків. ☐

Романтичні : подружжя чекає духовної згоди один від одного, важливе значення приділяється сентиментальним символам. ☐

Батьківський партнер : у подружніх відносинах повторює модель родини своїх батьків. ☐

Дитячий партнер : у відносинах присутні деяка спонтанність, безпосередність і радість, однак одночасно набувається влада над дружиною/чоловіком своїм “дитячим” способом, тобто проявом слабкості і безпорадності. ☐

Раціоналістичні : раціоналістичний партнер стежить за проявом емоцій, точно дотримується прав і обов'язків. Він відповідальний і тверезий в оцінках, добре пристосовується до життя, незважаючи на те, що його партнерка не поводитьсь таким же чином. ☐

Товариські : розділяють між собою повсякденні турботи, не претендують на романтичне кохання, приймають як неминуче звичайні тяготи сімейного життя. ☐

Незалежні : в шлюбі зберігається певна дистанція по відношенню до свого партнера. Присутнє прагнення уникнути зайвої інтимності у відносинах і бажання, щоб партнер ставився з повагою до цих вимог. ☐

Епілептоїдні : сексуальне бажання високе, але любов до порядку і повага до заборон блокують будь-які “недозволені” різноманітності в сексі. Партнер весь час обмежує свої бажання рамками консервативних форм, для нього характерні механічно здійснювані дії, що приносять сексуальне задоволення тільки йому самому. Його партнер при цьому - за межами сфери уваги. Глибокий особистісний контакт у подружжя відсутній.

Паранойяльні ☐: секс - виключно засіб задоволення. До фізичного і духовного злиття партнер не прагне. Проте, щоб принести задоволення іншому, паранойяльний партнер навіть не замислюється.

Психастеноїдні ☐: невимогливий партнер в інтимному житті. Задовольняючись блякими фізіологічними відчуттями, справжнє задоволення вони отримують від свідомості того, що доставляють насолоду партнеру.

Гіпертимні ☐: високо сексуальні партнери, вміють отримувати задоволення і надавати його партнеру. Подружжя створює дуже приємний фон для інтимного спілкування. Вільні у проявах сексуальності, не обмежують себе ніякими заборонами. “Все, що приємно, - корисно” або “красиво і етично все, що стосується взаємного задоволення і згоди”. Такі партнери нескінченно впевнені в собі.

Істероїдні : без любові такі партнери на інтимні стосунки не йдуть. Навіть за наявності багатих сексуальних контактів, в кожен конкретний момент вони щиро люблять предмет привабливості. У сексі винахідливі, здатні влаштовувати з інтимного контакту справжнє свято. ☐

Шизоїдні : сексуальність низька, дещо холодна, механістична, позбавлена емоційного компонента. ☐

Гіпотимні : низька сексуальність, як правило, партнер не задоволений подружніми стосунками. ☐

Сенситивні : в подружніх відносинах цінується, перш за все, еротичний компонент - тиха ласка, ніжність, можливість відчувати захищеність і емоційну близькість. Налаштовані на те, щоб давати радість партнеру, а не вимагати її для себе. ☐

Відкрите партнерство : поважне ставлення до особистого життя партнера, ненав'язування йому своєї думки і смаків, не ображатися на нього, якщо він не прагне постійно робити для іншого партнера щось приємне; вміння ділитися один з одним як позитивними, так і негативними почуттями, без критичних оцінок; недотримання ролей, що традиційно вважаються чоловічими або жіночими, пробувати змінювати ролі; безумовна довіра один одному ("я вірю їй, навіть якщо б вона була мені невірною"). ☐

З двосторонньою залежністю : відносини пасивно-залежного чоловіка з пасивно-залежною дружиною. Подружжя, в якому "обидва не вміють плавати і топлять один одного, штовхаючи під воду". Обидва мріють про кохання, і кожен думає, що в шлюбі він дає більше, ніж отримує. Обидва поведуться як діти. Ніхто з них не здогадується проявити достатній інтерес до проблем іншого. ☐

Чи є в родині особи, які мають інвалідність, потребують постійного медичного догляду (хто, з якої причини): _____

Оцінка соціальної захищеності родини:

задовільна - ☐ ; незадовільна - ☐; вкрай незадовільна - ☐.

Відношення членів родини до вибору
професії (військової):

схвалюють ☐ ; проявляють байдужість ☐; не схвалюють ☐;
наполягають на звільненні ☐.

Рекомендована консультація сімейного психотерапевта: ні - ☐; так - ☐

ДОДАТОК В

Анкета для психологів

Для військових психологів:

1. Які основні проблеми виникають під час роботи з військовослужбовцями, які мають ПТСР?
2. Які методи психотерапії ви вважаєте найбільш ефективними у роботі з військовими?
3. Як військовослужбовці реагують на психотерапевтичні втручання? Чи є певні особливості їхнього сприйняття допомоги?
4. Які основні бар'єри заважають військовим звертатися за психологічною допомогою?
5. Як можна підвищити довіру військових до психотерапії та покращити їхню мотивацію до лікування?
6. Чи використовуєте ви спеціальні адаптовані методики для військових? Якщо так, то які саме?
7. Як родина та соціальне оточення впливають на процес лікування військовослужбовця?
8. Чи є різниця у психотерапевтичній роботі з військовими різного віку або рангу?
9. Які додаткові заходи можуть покращити ефективність психотерапії для ветеранів?

10. Як ви оцінюєте ефективність сучасних державних програм психологічної підтримки військових?

Інтерпретація відповідей: Аналіз відповідей військовослужбовців дозволяє виявити найпоширеніші проблеми, з якими вони стикаються після бойових дій, а також визначити найбільш ефективні методи психологічної допомоги. Відповіді психологів допомагають оцінити реальні труднощі у впровадженні психотерапії та можливі шляхи їх подолання.

ДОДАТОК Д

Шкала тривожності Бека (BAI)

Мета: Вимірювання рівня тривожності.

Шкала Тривоги Бека

Прізвище, ім'я _____ Вік _____ Дата
дослідження _____

Прошу обрати одну з можливостей відповіді на кожне запитання.

Старайтесь відповідати швидко.

	0.3о	1.3	2.Сер	3.
	всім не турбує	легка турбує	едньо турбує	Дуже турбує
1.Відчуття оніміння та поколювання в тілі				
2.Відчуття жару				
3.Тремтіння в ногах				
4.Неможливість розслабитись				
5.Страх, що станеться найгірше				

6.Головокружіння				
7.Прискорене серцебиття				
8.Нестійкість, нестабільність				
9.Відчуття жаху, це кінець				
10.Дратівливість				
11.Тремтіння в руках				
12.Відчуття задухи				
13.Нерівна хода				
14.Страх втрати контролю				
15.Труднощі з диханням				
16.Страх смерті				
17.Переляк				
18.Шлунково-кишкові розлади				
19.Непритомність				
20.Прилив крові до обличчя				
21.Посилене потовиділення (не пов'язане зі спекою)				

0–5 норма

6-8 легкий рівень тривоги

9-18 середній рівень тривоги

Більше 19 балів – високий рівень тривоги

$\Sigma =$

ДОДАТОК Е

Шкала депресії CES-D

Мета: Оцінка рівня депресії у респондентів та виявлення її впливу на загальний психоемоційний стан.

Опис: Шкала CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) складається з 20 тверджень, що оцінюють частоту депресивних симптомів протягом останнього тижня. Кожне твердження оцінюється за 4-бальною шкалою:

- 0 – рідко або ніколи (менше 1 дня);
- 1 – інколи (1-2 дні);
- 2 – часто (3-4 дні);
- 3 – майже завжди (5-7 днів).

Список питань шкали CES-D:

1. "Я відчував пригніченість або безнадійність."
2. "Мені було важко зосередитися на чомусь."
3. "Я відчував втому або нестачу енергії."
4. "Я часто плакав або відчував, що ось-ось розплачуся."
5. "Я почувався самотнім і відчуженим."
6. "Я відчував себе щасливим (зворотне питання)."
7. "Мені було складно спати вночі."

8. "Я відчував себе непотрібним."
9. "Я мав труднощі із задоволенням від звичних занять."
10. "Я відчував дратівливість або нервовість."
11. "Я відчував втрату апетиту."
12. "Мене не покидало відчуття страху."
13. "Я мав труднощі із завершенням початих справ."
14. "Я не міг знайти в собі сили робити щось корисне."
15. "Я відчував, що моє життя не має сенсу."
16. "Я помічав, що говорю повільніше, ніж зазвичай."
17. "Я почувався ізольованим від оточуючих."
18. "Я мав відчуття непотрібності й нікчемності."
19. "Я не міг змусити себе насолоджуватися життям."
20. "Я відчував постійне хвилювання."

Інтерпретація результатів:

0–15 балів – відсутність або низький рівень депресії.

16–23 бали – помірний рівень депресії, можливі труднощі у повсякденному житті.

24 і більше балів – високий рівень депресії, необхідна консультація спеціаліста.

ДОДАТОК Ж

Шкала соціальної адаптації Bell

Мета: Визначення рівня соціальної адаптації респондента, оцінка його комунікативних навичок, інтеграції в соціальне середовище та рівня міжособистісної взаємодії.

Опис: Шкала соціальної адаптації Bell складається з 32 тверджень, що оцінюють різні аспекти соціальної інтеграції та адаптації респондента. Відповіді даються за 5-бальною шкалою:

- 1 – зовсім не характерно;
- 2 – рідко характерно;
- 3 – іноді характерно;
- 4 – часто характерно;
- 5 – повністю характерно.

Список питань шкали Bell:

1. "Я легко знаходжу спільну мову з іншими людьми."
2. "Я почуваюся комфортно в нових соціальних групах."
3. "Я відчуваю підтримку з боку друзів та родини."
4. "Я часто відчуваю себе ізольованим або самотнім."
5. "Я задоволений(а) своєю професійною діяльністю."
6. "Мої взаємовідносини з близькими є міцними та довірливими."

7. "Я легко справляюся з міжособистісними конфліктами."
8. "Я маю труднощі в підтримці довготривалих соціальних зв'язків."
9. "Я часто уникаю нових знайомств."
10. "Я почуваюся комфортно у великих компаніях."
11. "Я часто переживаю через свої соціальні взаємодії."
12. "Мені важко говорити про свої почуття з іншими."
13. "Я маю активне соціальне життя."
14. "Я часто почуваюся самотнім, навіть серед людей."
15. "Я легко знаходжу підтримку серед близьких людей."
16. "Я часто уникаю соціальних заходів."
17. "Я маю стабільні дружні стосунки."
18. "Я задоволений рівнем моєї соціальної активності."
19. "Я відчуваю труднощі в адаптації до нового середовища."
20. "Мені легко підтримувати розмову з незнайомими людьми."
21. "Я відкритий до нових знайомств."
22. "Я часто відчуваю тривогу у соціальних ситуаціях."
23. "Я маю труднощі у встановленні довгострокових відносин."
24. "Я швидко адаптуюся до змін у соціальному житті."
25. "Я легко знаходжу спільну мову з колегами."
26. "Я уникаю соціальних взаємодій через страх відторгнення."
27. "Я почуваюся прийнятим у своєму оточенні."
28. "Я часто переживаю, що люди мене не розуміють."
29. "Я почуваюся частиною соціальної групи."
30. "Я маю достатньо друзів для підтримки."
31. "Мені легко підтримувати соціальні зв'язки протягом тривалого часу."
32. "Я почуваюся впевнено у соціальних ситуаціях."

Інтерпретація результатів:

0–50 балів – низький рівень соціальної адаптації, необхідне додаткове психологічне втручання.

51–80 балів – середній рівень адаптації, можливі труднощі у соціальній взаємодії.

81–120 балів – високий рівень соціальної адаптації, респондент добре інтегрований у суспільство.

ДОДАТОК 3

ВETERАНИ ТА ЇХ РОДИНИ

Табір Відновлення: соціальне відновлення ветеранів та членів їх родин

Тривалість: 6 днів

На програму запрошуємо всю родину ветерана: чоловіка, дружину та дітей у віці від 6 до 16 років

Програма передбачає:

- Проживання родини в окремій кімнаті.
- П'ятиразове харчування.
- Консультації з профільними спеціалістами: фахівці соціальної роботи, психологи, психіатри, сімейні консультанти тощо.
- Сесії фізичного відновлення: масажі, сеанси з реабілітологами, відпочинок в СПА, саунах тощо.
- Окрема програма для дітей, щоб сімейна пара мала час для себе.
- Майстер-класи, екстрими та інші активності для всієї родини, щоб створити незабутні спогади.
- Багато іншого, в залежності від сезону та потреб конкретної групи.

