

Уманський державний педагогічний університет  
імені Павла Тичини  
Факультет соціальної та психологічної освіти  
Кафедра психології

**ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**  
освітній ступінь магістр

на тему: **СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ**  
**ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ**

Виконала: студентка 2 курсу, 264 групи  
спеціальності 053 Психологія  
Освітня програма Психологія  
**Шевніна Ольга Сергіївна**  
Керівник:  
доктор психологічних наук, професор  
Кобець О. В.  
Рецензент:  
доктор психологічних наук,  
професор Сафін О. Д.

Умань–2023

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП.....</b>	<b>3</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ.....</b>	<b>7</b>
1.1. Дослідження суті та змісту поняття соціально-психологічної реабілітації особистості в роботах сучасних науковців.....	7
1.2. Місце соціально-психологічної реабілітації в державній системі медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій та специфіка її проведення.....	17
1.3. Роль та функціонал психолога у проведенні соціально-психологічної реабілітації військовослужбовця в умовах війни.....	21
<b>РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЯК МЕХАНІЗМУ ВІДНОВЛЕННЯ БОЄЗДАТНОСТІ КОМБАТАНТА В УМОВАХ ВІЙНИ.....</b>	<b>42</b>
2.1. Організація та методи дослідження психологічного стану військовослужбовців у рамках планування групової соціально-психологічної реабілітації.....	42
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження.....	44
2.3. Рекомендації стосовно організації та проведення соціально-психологічної реабілітації комбатантів в умовах війни.....	50
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>62</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....</b>	<b>66</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>74</b>

## ВСТУП

Повномасштабна російсько-українська війна триває вже майже два роки. Попри кількісну перевагу ворога та порушення ним усіх можливих правил війни, українські комбатанти мужньо тримають оборону та ведуть контрнаступальні дії. Оскільки загальна чисельність української армії поки що не дозволяє проводити повноцінну ротацію наших захисників, щоб залишатися боєздатними вони потребують психологічної підтримки та хоча б скороченої соціально-психологічної реабілітації протягом тимчасового відведення окремих підрозділів із зон бойових дій. Для своєчасного й компетентного надання такої допомоги військовослужбовцям ЗСУ сьогодні не вистачає достатньо кваліфікованих та вмотивованих психологів. Групи контролю бойового стресу та відповідні фахівці благодійних фондів та громадських організацій скрізь не встигають, а штатні військові психологи звикли працювати більше з діагностикою. У зв'язку з цим існує значна потреба підготовки й залучення цивільних практичних психологів до організації соціально-психологічного відновлення українських комбатантів. Для цього цивільним практичним психологам потрібно хоча б мати уявлення, що являє собою соціально-психологічна реабілітація особистості в умовах війни, та які виклики стоятимуть перед ними, в разі обрання цього шляху громадянської та професійної самореалізації.

Психологічна наука намагається займатися просвітництвом та зацікавленням цивільних представників цієї професії. Науковці доступно тлумачать ключові поняття соціально-психологічної реабілітації, пропонуючи технології підтримки та посилення життєстійкості особистості (Т. Титаренко, Т. Ларіна, І. Ушакова), досліджують принципи й завдання реабілітації, оцінюючи її виклики й ризики (В. Лесков, О. Блінов), популяризують військову психологію (С. Хоружий, О. Кокун, Н. Агаєв) тощо. І все це для того, щоб

Україна мала міцний психологічний тил та могла розраховувати на подальшу витривалість та боєдатність військовослужбовців наших збройних сил.

Відповідно, кожен практичний психолог, який щиро бажає Україні перемоги над підступним та безжальним агресором, має покращувати свої знання з військової психології загалом та соціально-психологічної реабілітації зокрема. А отже тему нашого наукового дослідження **«Соціально-психологічна реабілітація особистості в умовах війни»** ми вважаємо гостро актуальною та своєчасною.

**Об’єкт дослідження** – особистість в умовах війни.

**Предмет дослідження** – соціально-психологічна реабілітація особистості комбатанта.

**Мета дослідження:** теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити сутність соціально-психологічної реабілітації, її специфіку, завдання, принципи та основні складові.

Орієнтуючись на поставлену мету дослідження, ми визначили наступні його завдання:

1. Здійснити теоретичний аналіз дослідження проблеми забезпечення якісної соціально-психологічної реабілітації особистості в умовах війни.
2. Визначити ключові складові та структурні вимоги до відповідної реабілітації особистості.
3. Експериментально дослідити особливості застосування окремих методик психологічної допомоги комбатантам.
4. Розробити рекомендації з надання належної психологічної допомоги та проведення соціально-психологічної реабілітації для комбатантів ЗСУ.

Для досягнення зазначеної мети ми використали такі теоретичні та емпіричні **методи дослідження:** аналіз, узагальнення й систематизацію теоретико-методологічних матеріалів з теми; психодіагностичні методики: диференціальна діагностика депресивних станів В. Жмурова, Міссісіпська

шкала для оцінки посттравматичних реакцій, шкала оцінки впливу травматичної події на комбатанта, опитувальник рівня агресивності А. Басса-А. Даркі.

**Експериментальна база дослідження.** Дослідницько-експериментальна робота виконувалася на Запоріжжі. Основну вибірку склали 40 військовослужбовців.

**Теоретичне значення роботи** полягає у ознайомленні практичних психологів зі специфікою роботи з комбатантами у прифронтових місцях дислокації та формування у них бажання й готовності долучитися до такої необхідної допомоги нашим захисникам.

**Практичне значення роботи** полягає у тому, що зібрані й перевірені досвідом рекомендації з проведення соціально-психологічної реабілітації комбатантів можуть застосовуватися практичними психологами в подальшому, коли вони готуватимуться до поповнення рядів спеціалістів з морально-психологічного забезпечення військовослужбовців ЗСУ.

**Апробація результатів дослідження.** Матеріали й результати дослідження висвітлювалися на III Міжнародній науково-практичній конференції «Modern research in science and education» (США, Чикаго, 2023); III Міжнародній науково-практичній конференції «Current challenges of science and education» (Німеччина, Берлін, 2023).

**Публікації.** Результати дослідження висвітлені у 2 наукових публікаціях: Соціально-психологічна реабілітація особистості комбатанта в умовах війни: зміст та специфіка проведення в збірнику праць «Modern research in science and education» (2023); Роль та завдання практичного психолога у проведенні соціально-психологічної реабілітації військовослужбовця під час війни в збірнику праць «Current challenges of science and education» (2023).

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаної літератури і додатків. Загальний обсяг представлений на 96 сторінках, основний зміст включає 65 сторінок. Робота

містить таблиці та додатки. Список використаної літератури складає 65 джерел українських та зарубіжних авторів.

# **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ОРГАНІЗАЦІЇ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В УМОВАХ ВІЙНИ**

## **1.1. Дослідження суті та змісту поняття соціально-психологічної реабілітації особистості в роботах сучасних науковців**

Враховуючи те, що соціально-психологічна реабілітація входить до наукових інтересів досить невеликого кола дослідників і її визначення та опис у їхніх працях багато в чому перегукуються та повторюються, щоб краще усвідомити суть та зміст даного терміна, ми вирішили спершу скласти власний понятійний ланцюжок, починаючи від загального терміна «реабілітація».

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає реабілітацію, як сукупність заходів, покликаних забезпечити особам із порушеними функціями в результаті хвороб, травм і вроджених дефектів пристосування до нових умов життя у суспільстві, в якому вони живуть. Українське законодавство головною виділяє реабілітацію у сфері охорони здоров'я, допускаючи при цьому «інші види реабілітації, визначені законодавством» [29].

За визначенням В. Абрамова та О. Смирнової, реабілітація умовно поділяється на три взаємопов'язані види: медичну (включає фізичну і психологічну), соціальну (побутову) та професійну (виробничу) [58].

Вид реабілітації обирається залежно від поточного стану здоров'я та характеру деструктивних подій, із якими зіткнулася особа. А одночасне проведення різних видів реабілітації вважається комплексною реабілітацією, вимогою до якої є взаємоузгодження завдань обраних видів [29].

Враховуючи тему нашої наукової роботи, найбільш актуальним буде визначення здоров'я з соціальної точки зору авторства І. Мисули, а саме: здоров'я – це фізична, соціальна, психологічна, духовна гармонія людини, її спроможність підтримувати дружні, спокійні стосунки з іншими людьми, з

природою, з самою собою [16]. Примітно, що за згадані види гармонії відповідає переважно психологічне здоров'я, яке забезпечує психологічне благополуччя особистості, її самореалізацію в ключових сферах життєдіяльності.

Що стосується психологічного благополуччя, на думку дослідника К. Риффа, воно не полягає виключно у гедоністичних задоволеннях та сатисфакціях, оскільки його запорукою є розвиток та самореалізація особистості. Останні, навіть у разі появи небезпечних викликів, забезпечуються високим рівнем цілепокладання, особистісного зростання, підтриманням якісних соціальних зв'язків та власною автономністю [65].

Проектуючи наведені факти на визначення соціально-психологічної реабілітації, маємо підставу розглядати її як комплексну, в якій поєднуються, відповідно, соціальна та психологічна реабілітації (за умови взаємоузгодження їхніх завдань та цілей).

О. Чуйко зауважує, що під соціальною реабілітацією зазвичай розуміють комплекс заходів, спрямованих на відновлення порушених або втрачених індивідом суспільних зв'язків і відносин внаслідок порушення здоров'я зі стійким розладом функцій організму (інвалідністю), зміною соціального статусу (люди похилого віку, біженці й вимушені переселенці, безробітні), девіантною поведінкою особистості (неповнолітні, алко- і наркозалежні, особи, які вийшли з місць тимчасового обмеження свободи) тощо [34].

Твердженням Л. Царенко можна доповнити, що метою соціальної реабілітації є забезпечення соціалізації особистості й відновлення її до колишнього рівня, причому мова йде про відновлення не тільки здоров'я, але й соціального статусу особистості, правового становища, морально-психологічної рівноваги, упевненості в собі. При цьому науковиця акцентує, що цей процес має бути націлений на відновлення не тільки здатності людини до життєдіяльності в соціальному середовищі, але й самого соціального



середовища, умов життєдіяльності, порушених або обмежених якимись причинами [61].

Зібравши вичерпні визначення реабілітації в загальному значенні та соціальної реабілітації зокрема, ми потребували академічного визначення ще двох ключових понять: психологічної реабілітації та власне особистості.

Психологічною реабілітацією колектив авторів навчального посібника «Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи» називає систему заходів, спрямованих на відновлення або корекцію психологічних функцій, якостей, станів, властивостей постраждалих від травмивних подій, які переживають гострі чи хронічні постстресові та супутні розлади, а також створення сприятливих умов для розвитку та реалізації особистісних потреб [61].

А в контексті питання допомоги особам, що постраждали від війни, психологічна реабілітація визначається, як частина загального реабілітаційного комплексу (разом із медичною, професійною, соціальною), спрямована на відновлення втрачених (порушених) психічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності, відновлення (корекцію) самооцінки й соціального статусу військовослужбовців, учасників бойових дій, із психічними розладами, бойовими травмами й каліцтвами [7].

Що стосується поняття особистості, на думку науковиці О. Столяренко, воно належить до найбільш суперечливих і складних для визначення у сучасній психології. Виявляється, єдиного, загальноприйнятого визначення особистості немає до сьогодні. Найбільш точним та універсальним для сучасних науковців, що розробляють цю тематику, можна вважати наступне: особистість – це людина в системі таких психологічних характеристик, які соціально обумовлені, виявляються у суспільних відносинах, є стійкими і визначають моральні вчинки людини [37].

Відповідно до підходу Л. Осадько, особистість доцільно розглядати і як потенційне психічне утворення, що є сумарним проявом процесу поводження людини зі своїм комунікативним досвідом. Науковиця зазначає, що основна форма інкорпорації цього досвіду – це ставлення людини до дійсності. Особистість тут виступає певним посередником комунікації між людиною і світом, визначаючи ті смисли, якими наділяє людина будь-який предмет, явище чи подію в теперішньому, минулому чи майбутньому [19].

Н. Таліб у своїх наукових дослідженнях переконує, що життя людини визначається кумулятивним ефектом низки значних потрясінь, подій, які неможливо спрогнозувати [40, с. 599]. Це підштовхує до висновку, що сучасна особистість, дійсно, виживає та розвивається від одної кризової ситуації до іншої, однаково завдячуючи як своїй здатності продумувати й планувати оптимальні дії наперед, так і приймати несподівані рішення з долею виправданого ризику.

В даному контексті військові психологи розглядають особистість, як ту сторону індивідуальної людської психології, яка відрізняється стійкістю, обумовлює духовну своєрідність даної людини й визначає якість, особливості її діяльності, спілкування і життя в цілому. Тобто, йдеться про конкретну людину, представника певного суспільства, класу, колективу, носія їх цінностей і традицій, норм поведінки, яка усвідомлює своє ставлення до оточуючого середовища, займається визначеною суспільно значущою діяльністю (в даному контексті – захищає Україну від російських загарбників) й володіє індивідуально-психологічними особливостями [18, с. 35].

Отже, ми чітко визначили, що являє собою реабілітація особистості, які існують її види, що включають у себе окремо соціальна та психологічна реабілітація, чим є їх функціональне поєднання й за якої умови воно можливе. Таким чином, склавши попередній ланцюжок ключових понять, близьких до теми дослідження, ми сформуvalи відповідні фонові знання й теоретично

підготувалися до розгляду конкретних визначень безпосередньо соціально-психологічної реабілітації.

Науковиця І. Ушакова визначає соціально-психологічну реабілітацію, як комплекс заходів, спрямований на відновлення людини в правах, в соціальному статусі, здоров'ї і дієздатності. Дослідниця уточнює, що цей процес націлений на відновлення не тільки здатності людини до життєдіяльності в соціальному середовищі, а й самого соціального середовища, умов життєдіяльності, порушених або обмежених з яких-небудь причин. Особливо суттєво, що за мету такої реабілітації має ставитися забезпечення соціалізації особистості і відновлення її до колишнього рівня, причому мова йде про відновлення не тільки здоров'я, а й соціального статусу особистості, правового положення, морально-психологічної рівноваги, впевненості в собі [56].

Інша науковиця, Т. Ларіна, розглядає соціально-психологічну реабілітацію особистості, як покроковий процес, спрямований на послаблення негативних наслідків травматичних подій або потрапляння в ситуації підвищеного ризику. До провідних засобів зміцнення психологічного здоров'я людини, що переживає наслідки травматичних подій, дослідниця відносить відновлення ресурсів життєздатності та актуалізацію реабілітаційного потенціалу особистості [12].

Т. Ларіна зазначає, що соціально-психологічна реабілітація особистості, яка переживає наслідки травматичних подій або потрапила в ситуацію підвищеного ризику, буде більш дієвою і короткотривалою за умови актуалізації її реабілітаційного потенціалу. Серед першочергових кроків на шляху актуалізації реабілітаційного потенціалу особистості – відновлення ресурсів життєздатності. При цьому саму життєздатність вона трактує, як реабілітаційний ресурс психологічного здоров'я та благополуччя людини, що дає їй змогу протистояти руйнівним наслідкам травматизації, утримувати необхідну мотивацію до самоцілення та самовідновлення [52].

У своїх працях Т. Ларіна робить акцент на тому, що посиленню особистісної життєздатності може сприяти реконструкція базових реабілітаційних ресурсів, серед яких ті внутрішні ресурси людини, які дають їй змогу приймати позитивні рішення в будь-яких, навіть дуже складних, життєвих ситуаціях (адекватний рівень довіри до оточуючих, здатність до конструктивної комунікації з ними, усвідомлення цінності власного здоров'я й турбота про нього, спроможність раціонально оцінювати ризик, навички здорового копіngu та здатність до самостійної психологічної стабілізації й самовідновлення тощо).

Заслуженим флагманом у сучасних дослідженнях соціально-психологічної реабілітації особистості є відповідний науковий доробок Т. Титаренко [42–55]. За основоположним визначенням дослідниці, соціально-психологічна реабілітація є не пасивною реадaptaцією (поверненням людини до колишнього життя, що передувало травматизації), а активізацією здатності життєтворення (перепроєктування власного життя та реалізації цих оновлених проєктів у сімейній, особистій, професійній та інших сферах). Т. Титаренко пояснює своє твердження тим, що творче ставлення особистості до власного життя передбачає відновлення бажання самотрансформацій, готовності до несподіванок, до змін ціннісних орієнтацій, характеру діяльності, поля спілкування, форм самореалізації.

Специфіка соціально-психологічної реабілітації, на думку дослідниці, полягає у розробці і використанні відновлювальних заходів, які діятимуть у чотирьох напрямках: персонально-інструментально-просторово-часовому. Де персональний вектор має спрямовуватися на відновлення частково втраченої цілісності особистості, її збалансованості, самоврегульованості; інструментальний – на відновлення зниженої самоєфективності особистості, її здатності до самореалізації у ключових сферах, просторовий – на підвищення комунікативної компетентності особистості, налагодження стосунків,

подолання почуття відчуження від оточення, конструктивне розв'язання конфліктів; часовий – на ціннісно-смыслову сферу особистості, переоцінку цінностей, активізацію пошуку нових життєвих орієнтирів, нових сенсів [52].

Фундаментальною є й розробка теорії соціально-психологічних технологій реабілітації особистості авторства Т. Титаренко. Нижче оглядово передаємо основні її моменти.

Соціально-психологічними технологіями реабілітації особистості, на думку дослідниці, виступають спрямовані на відповідні мішені комплексні впливи, що забезпечують збереження і відновлення особистісної цілісності, збалансованості, здатності до саморегуляції, самоефективності, комунікативної компетентності, активізації сенсотворення. Ці технології включають сукупність інтервенцій, що використовуються для підтримання й відновлення здатності особистості до життєтворення й розгортаються у 4-векторній персонально-інструментально-просторово-часовій площині [52].

Процес соціально-психологічного відновлення особистості традиційно складається з трьох етапів: підготовчого, базисного й підтримувального. На підготовчому етапі, за рекомендаціями Т. Титаренко, будуть корисними: технологія посилення мотивації щодо самозмін, технологія конструювання ефективних мотиваторів та технологія активізації сліпих зон уваги. Під час базисного етапу є сенс використовувати: технологію проектування майбутнього за допомогою життєвих виборів, технологію апробацій оновлених проєктів шляхом постановки життєвих завдань та технологію реалізації поставлених завдань через усе більш успішну практику.

На підтримувальному етапі (який водночас може виступати і як профілактичний) Т. Титаренко радить використовувати: технологію переінтерпретації та інтеграції травматичних спогадів в загальний досвід особистості, технологію вироблення нового ставлення до травми як до ресурсу

та технологію опосередкованого впливу на особистість через організацію більш екологічного середовища життєдіяльності.

За умови осмисленого та гнучкого застосування, соціально-психологічні технології реабілітації особистості можуть бути взяті за основу складення індивідуальних ефективних програм відновлення людини після травматичної події. А теоретична база, яку ми зібрали вище, слугуватиме понятійним орієнтиром та пам'яткою про ключові аспекти з метою реалізації яких, власне, і має здійснюватися відповідна реабілітація.

Соціально-психологічна реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги. Основними принципами соціально-психологічної реабілітації є такі:

- 1) принцип максимальної наближеності реабілітаційних заходів до запитів і потреб кожного учасника реабілітаційного процесу;
- 2) принцип невідкладності, що полягає у наданні психологічної допомоги відразу після виявлення психічних розладів;
- 3) принцип єдності психосоціальних і психофізіологічних методів впливу (єдність реабілітації та лікування);
- 4) принцип послідовності та ієрархічності реабілітаційних заходів;
- 5) принцип різнобічності (різноплановості) зусиль;
- 6) принцип партнерства, співпраці. Реабілітаційний вплив повинен бути таким, щоб залучити військовослужбовців, які отримали психічну травму, до процесу відновлення. У такому разі важливо враховувати індивідуальні особливості військовослужбовців;
- 7) відповідність реабілітаційних заходів адаптаційним можливостям особистості військовослужбовців;
- 8) участь у реабілітаційному впливі командирів, медичних працівників, психологів, офіцерів органів виховної роботи, товаришів по службі [4].

Варто визнати, що соціально-психологічна реабілітація як важливий складник діяльності забезпечує підтримку необхідного стану боєздатності військовослужбовців, сприяє попередженню інвалідності, дозволяє відновлювати психічну рівновагу людей, створює умови для адаптації військовослужбовців, які отримали психічні травми.

Реабілітація військовослужбовців – це система медичних, психологічних і професійних заходів, спрямованих на попередження розвитку патологічних процесів, які призводять до втрати працездатності, а також ефективно і раннє повернення військовослужбовців до професійної діяльності. Виділяють медичну, психологічну, професійну та екстрену реабілітацію військовослужбовців.

Медична реабілітація військовослужбовців – це система медичних заходів, спрямованих на попередження зниження і втрати працездатності, швидше відновлення порушених функцій, профілактику ускладнень і рецидивів захворювань військовослужбовців та раннє повернення їх до професійної діяльності.

Психологічна реабілітація військовослужбовців – це заходи щодо своєчасної профілактики і лікування психічних порушень, щодо формування у військовослужбовців свідомої і активної участі в реабілітаційному процесі.

Професійна реабілітація військовослужбовців – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення професійних навичок або перенавчання військовослужбовців, вирішення питань їх працевлаштування.

Екстрена реабілітація військовослужбовців – це комплекс заходів щодо своєчасного попередження і швидкого відновлення порушених психосоматичних функцій, спрямованих на підтримку працездатності, відповідної надійності діяльності військовослужбовців і профілактику у них різних захворювань [5, с. 151–152].

Військовополонені становлять особливу категорію, адже вони часто зазнають не лише катувань під час допитів, але й жорстокого поводження з мотивів помсти [6].

Діагностичними критеріями дезадаптації особистості є такі: ворожість або недовіра до світу, соціальна відстороненість, відчуття спустошення й безнадії, хронічне відчуття хвилювання, постійної загрози, існування на межі, відчуження [8].

Згідно з теорією Г. Сельє стрес (англ. stress – напруга, тиск, навантаження) є неспецифічною відповіддю організму на будь-яку пред'явлену йому вимогу, що може мати характер синтоксичний (примирення) або кататоксичний (боротьба). Перша реакція на стресову ситуацію – здивування або тривога (мобілізація сил організму), наступна фаза – опір або адаптація до стресу, третя – виснаження, витрачання запасів енергії, що призводить до втоми. Реакція на стрес може бути біологічною та психічною [9].

Девіантна поведінка військовослужбовців часто проявляється як в насильстві щодо інших, так і в аутоагресії, що може характеризуватися ризикованими діями, суїцидальними спробами тощо.

Ефективність психологічної реабілітації особового складу військової частини, підрозділу (окремого військовослужбовця) визначається шляхом оцінки здатності виконувати службові обов'язки. Щодо особового складу військової частини, підрозділу (окремого військовослужбовця) вживають таких заходів: – визначають оцінку стану психофізіологічної спроможності й готовності виконувати службові обов'язки; – надають рекомендації щодо підтримання стану психофізіологічної спроможності й готовності виконувати службові обов'язки на досягнутому рівні; – визначають програму заходів (надають рекомендації) щодо запобігання можливому розвитку психічних розладів. Під час оцінки ефективності психологічної реабілітації



військовослужбовців враховуються їх вік, психологічні особливості особистості, соціальне оточення, мотивація та активність.

## **1.2. Місце соціально-психологічної реабілітації в державній системі медико-психологічної реабілітації комбатантів, її завдання, принципи та критерії оцінки ефективності**

Плануючи дану наукову роботу, ми першочергово прагнули дослідити тонкощі соціально-психологічної реабілітації особистості саме учасника бойових дій. Адже ненормований графік роботи комбатантів, психологічна напруга через перебування в небезпеці, поранення та втрати побратимів, розлука з сім'єю й інші особисті драми – все це призводить до значного психологічного виснаження й негативно впливає як на професійну ефективність комбатанта, так і на його ставлення до соціуму. А отже, все більше військових потребують і потребуватимуть якісної соціально-психологічної реабілітації.

Фахівці Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України наполягають на дотриманні послідовності й поетапності чинної системи медико-психологічної реабілітації, складовою якої і має бути соціально-психологічна реабілітація. Відповідно до їхніх рекомендацій, основними етапами організації системи реабілітаційних заходів є:

I-й етап: первинна психопрофілактика, що здійснюється перед убуванням військовослужбовців у район ведення бойових дій для виконання завдань за призначенням (превентивна реабілітація).

II-й етап: заходи медико-психологічної реабілітації здійснюються під час виконання військовослужбовцями завдань в районі ведення бойових дій.

III-й етап: заходи медико-психологічної реабілітації здійснюються після виведення військовослужбовців з району бойових дій для їх відпочинку,

доукомплектування особовим складом, відновлення бойової готовності (боездатності).

IV-й етап: медико-психологічна реабілітація проводиться в лікувально-профілактичних закладах МО України, МОЗ України, які здійснюють первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу.

V-й етап: медико-психологічна реабілітація проводиться у відділенні медико-психологічної реабілітації медичних центрів МО України та госпіталю ветеранів війни [7, с. 17].

Тобто, соціально-психологічна реабілітація отримує можливості (час і сприятливі умови) для реалізації лише починаючи з III-го етапу медико-психологічної реабілітації та проводиться після повернення військовослужбовців з району виконання завдань за призначенням під час відновлення боездатності військових підрозділів.

За визначенням В. Лєскова, соціально-психологічна реабілітація особистості учасника бойових дій є системою психологічних, педагогічних і соціальних заходів, спрямованою на відновлення, корекцію або компенсацію порушених психічних функцій та станів, особистісного і соціального статусу військовослужбовців, які отримали психічну травму [13, с. 7].

До основних завдань соціально-психологічної реабілітації науковець відносить:

- визначення ступеня та характеру розладів психіки, індивідуально-особистісних особливостей поведінки військовослужбовців;
- оцінку інтелектуальних, перцептивних, емоційних, вольових можливостей військовослужбовців, рівня їхньої працездатності;
- визначення оптимальних заходів індивідуальної та групової психологічної реабілітації комбатантів;
- зниження психічної напруженості до рівня, що відповідає оптимальній працездатності, усунення негативних психічних виявів за допомогою

комплексного використання психологічних, психотерапевтичних, медичних та фізіологічних методів;

- проведення професійно-психологічної реабілітації, а при втраті професійної придатності, відповідно, професійної переорієнтації;
- діагностику психічних станів, аналіз динаміки їхніх змін;
- оцінку ефективності психологічної реабілітації комбатантів.

Крім того, опираючись на результати власного дослідження, В. Лєсков називає обставини, за яких особливо доречно проводити соціально-психологічну реабілітацію учасників бойових дій: профілактика психогенних захворювань і інших психічних розладів, які були отримані комбатантами під час виконання бойових задач та соціально-психологічна реабілітація й підготовка травмованих військових до поточних умов цивільного життя.

Краще осягнути суть соціально-психологічної реабілітації комбатантів допомагає аналіз іще одного важливого поняття – «соціально-психологічна реадаптація». Сучасна наукова думка трактує його, як організований процес поступового психологічного повернення учасників бойових дій з війни та плавного нетравматичного «вбудовування» їх у систему соціальних зв'язків і відносин мирного часу або цивільного життя (якщо війна ще триває). Зокрема науковець В. Стасюк, акцентує на тому, що реадаптація покликана полегшити процес адаптації військовослужбовців, які були учасниками військових конфліктів, позбавляючи їх психологічного потенціалу, створеного для бойової обстановки та розвиваючи потенціал, що дає змогу ефективно жити в мирних умовах [31, с. 6].

Основними принципами ефективної соціально-психологічної реабілітації є:

1. Максимальне наближення реабілітаційних заходів до запитів і потреб кожного учасника реабілітаційного процесу індивідуально.

2. Невідкладність у наданні спеціалізованої допомоги одразу після виявлення психічних розладів.

3. Поєднання психосоціальних і психофізіологічних методів впливу (реабілітація+лікування).

4. Послідовність та коректна ієрархічність відновлювальних заходів.

5. Різноманітність реабілітаційних зусиль.

6. Мультидисциплінарна співпраця відповідальних за реабілітацію фахівців між собою та з реабілітантом в рамках спільної мети, пов'язаної з відновленням його здоров'я та комфортної взаємодії з соціумом.

7. Відповідність реабілітаційних заходів адаптаційним можливостям особистості реабілітанта, врахування поточного стану його психічного ресурсу.

8. Сприяння реабілітаційному процесу особистості з боку командирів, побратимів, заступників із морально-психологічного забезпечення.

9. Систематичний компетентний контроль і своєчасна корекція індивідуальної реабілітаційної програми комбатанта [31, с. 171].

З метою конкретизації очікуваного результату запланованої реабілітації військовослужбовця, В. Лесков пропонує наступні критерії оцінки рівня поточної реабілітованості:

- інформаційно-пізнавальний (має відображати рівень засвоєння комбатантом психологічних знань, необхідних для вдалої реабілітації, розуміння сенсу та взаємозв'язку реабілітаційних заходів; здатність самостійно оцінювати хід та успішність власної реабілітації);

- мотиваційно-ціннісний (має показувати життєві орієнтації та цінності учасників бойових дій, їх свідоме сприйняття та вмотивованість до реабілітації);

- операційно-дійовий (має відображати дієспроможність реабілітанта у суспільній діяльності, здатність до адекватної оцінки цивільної ситуації та прийняття необхідних рішень щодо своїх дій).

На основі зазначених критеріїв і показників учений пропонує визначати три рівні (стани) реабілітованості військовослужбовців: адаптованість, часткова адаптованість та дезадаптація. Де під адаптованістю розуміється стан, за якого рівень активності організму та кожної його ланки є оптимальним, точно відповідає вимогам діяльності та суб'єктивно оцінюється як стан психічного комфорту. При цьому організм зберігає здатність до розвитку особистості та її соціального забезпечення через підвищення самостійності, відповідальності та адекватного сприйняття дійсності. Під частковою адаптованістю мається на увазі стан, за якого організм під впливом стресорів забезпечує лише часткову діяльність та функціонує в режимі надмірного напруження. Під дезадаптацією має розпізнаватися стан, коли особистість неспроможна самостійно існувати в соціумі й перебуває в процесі деградації [13].

### **1.3. Роль та функціонал психолога у проведенні соціально-психологічної реабілітації військовослужбовця в умовах війни**

Як уже було з'ясовано нами в попередньому підрозділі, соціально-психологічна реабілітація проводиться тільки після виведення військовослужбовців із зони бойових дій. Будучи по суті процесом відновлення психологічних, фізичних та соціальних ресурсів особистості з урахуванням негативного впливу стресових факторів на військовослужбовців в умовах ведення бойових дій, вона має носити інтегративний характер, включати комплекс заходів (психотерапевтичні, психодіагностичні, психокорекційні, профілактичні й профорієнтаційні) використовувати в ході них як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної роботи (консультування, групову корекцію, аутотренінг, саморегуляцію тощо) [28, с. 139].

В першу чергу психологічним відновленням особового складу у пунктах постійної дислокації займаються психологи МОУ та інших взаємодіючих

структур за планами відновлення боєздатності військових частин. Тобто заходи медико-психологічної реабілітації проводять переважно офіцери-психологи, психологи, медичні працівники, військові психологи зі складу позаштатних груп психологічного забезпечення. Але у разі потреби та відповідної можливості до цієї діяльності можуть залучатися представники громадських та волонтерських психологічних організацій та представники духовенства [7]. Як, власне, і відбувається вже другий рік в ході повномасштабної російсько-української війни.

На етапі відновлення комбатантів згаданими спеціалістами (зокрема у складі мультидисциплінарних команд) проводяться наступні заходи медико-психологічної реабілітації:

1. Медичний огляд та, якщо наявні відповідні показання, складання списку військовослужбовців для надання поглибленої медичної, психологічної чи наркологічної, допомоги; розмежування військовослужбовців, які постраждали, за непсихотичним чи психотичним реєстрами порушення.

2. Психодіагностика поточних психофізіологічних станів комбатантів задля виокремлення тих із них, хто потребує психологічної і/чи психіатричної допомоги (шляхом виявлення гострих реакцій на стрес, посттравматичних стресових розладів, ознак емоційного вигорання, психічної дезадаптації тощо); оцінювання дійсних адаптаційних резервів для визначення подальшої придатності таких осіб до виконання поставлених задач.

3. Надання першої психологічної допомоги комбатантам, які її потребують за власним усвідомленням чи відповідно до діагностованого поточного стану.

4. Проведення відповідних заходів для виявлених осіб: психокорекційних (якщо відсутній психічний розлад) – штатними спеціалістами із залученням позаштатних груп; психотерапевтичних (якщо вже наявний психічний розлад) – позаштатними спеціалізованими групами.

5. Заходи на профілактику психологічної деформації особистості комбатантів.

6. Оцінка рівня боєготовності військових підрозділів.

7. Аналіз наслідків впливу бойових стресових чинників на морально-психологічний стан військових колективів, з метою подальшого прогнозування можливості розвитку віддалених проявів впливу бойового стресу.

8. Надання керівництву військових частин узагальнюючих рекомендацій щодо подальшого раціонального використання сил особового складу під час виконання бойових завдань, враховуючи поточні психофізіологічні стани комбатантів.

9. Індивідуальне консультування військових: кризове короткострокове консультування (доречно при таких кризових станах, як суїцидальна поведінка, ворожість, агресія, тривожність і т. п.).

10. Психологічна допомога при таких кризових станах, як сором, почуття провини, переживання втрати, страх смерті, депресія тощо.

11. Сприяння психосоціальній стабілізації, кращому розумінню себе та побратимів.

12. Сприяння оптимізації психоемоційного стану, відновлення психологічного балансу.

13. Дистанційне кризове консультування (телефоном), в окремих випадках – за місцем проживання (при кризових станах, які можуть загрожувати життю, таких як суїцидальна поведінка, ворожість до оточення, переживаннях, пов'язаних із повідомленням про виявлені проблеми зі здоров'ям, особистою втратою тощо).

14. Забезпечення емоційного та психологічного розвантаження: навчання прийомам емоційного і психологічного розслаблення, самопомоги й самокорекції (здоровий самоконтроль, дихальні практики, фізичні вправи, аутогенне тренування і т.п.).

15. Неформальна мотивація до позитивного мислення, бесіди, спрямовані на поліпшення відносин і взаємодії із соціальним середовищем.

16. Навчання продуктивному спілкуванню (без конфронтації та агресії), формування відповідальності за власну поведінку.

17. Допомога комбатантам в отриманні нових поведінкових навичок, стилів міжособистісних та колективних взаємин.

18. Адаптування військовослужбовців до нової реальності шляхом активізації сильних сторін особистості, самореалізації у службі чи творчості, розширення кругозору та світогляду, подолання екзистенціальних проблем.

19. Допомога в зміцненні чи відновленні родинних, дружніх та службових контактів.

20. Відновлення соціальних зв'язків, статусу особистості й соціальної ролі в ключових сферах життєдіяльності, втрачених в результаті складних життєвих обставин.

21. Професійна поміч в аналізі проблем сімейної взаємодії, виявлення конфліктогенних зон, пошук альтернативних шляхів виходу з ситуації та прийняття оптимальних рішень.

22. Психологічна корекція сімейної ситуації, розробка заходів підтримки сім'ї в різних сферах її життєдіяльності.

23. Оцінювання ефективності проведених заходів психологічної реабілітації.

24. Направлення комбатантів на реабілітацію до лікувальних закладів, виходячи з наявності у них відповідних проявів [7, с. 19–22].

Кожен психолог, залучений до соціально-психологічної реабілітації, повинен добре розуміти специфіку запитів цієї цільової аудиторії, зокрема і запитів на психологічну допомогу після травмуючої події, отриманої комбатантом в умовах війни. Військовослужбовцям під час проведення бойових дій можуть бути характерні наступні змінені психічні стани: бойова стресова



реакція (початковий прояв дезадаптаційних розладів), бойова втома та ПТСР, а також реактивні стани як найважчі форми бойової психіатричної патології. Основною реакцією військовослужбовця на бойові події є бойовий стрес, відмінною особливістю якого є наявність стрес-факторів бойової обстановки [1, с. 9].

Науковець О. Блінов у праці «Вплив бойового стресу на особистість військовослужбовця» визначає бойовий стрес, як багаторівневий адаптаційний процес в умовах бойової обстановки або сукупність психічних станів, пережитих воїнами у процесі адаптації до умов бойової обстановки, які є несприятливими для їхньої життєдіяльності та загрозовими для їхнього здоров'я і життя.

Абсолютно всі учасники бойових дій так чи інакше перебувають під впливом бойового стресу. Серед ключових стрес-факторів цього впливу науковці називають його силу, інтенсивність та тривалість. Суттєво, що деформація особистості військового починається за умов надмірного впливу на нього зазначених стрес-факторів та їх суб'єктивного сприйняття й оцінювання, адже ступінь травматизації психіки комбатанта в екстремальних умовах діяльності, стиль його поведінки і різновид психологічного типу залежить насамперед від індивідуальних характеристик його нервової системи (особливо в аспектах сили і слабкості).

О. Блінов розділяє психологічні типи військовослужбовців, котрі зазнали деформації особистості, на три групи:

1. «задумливі» – комбатанти, що характеризуються ригідною формою поведінки, пригальмованістю мислення й реакцій на зовнішні подразники, сприйманням близько до серця всіх обставин, що відбуваються на фронті під час їхньої діяльності;

2. «досвідчені» – військові з урівноваженою психікою, позитивно налаштовані на виконання бойових завдань, котрі проявляють ініціативу й відповідальність у а також психологічну стійкість до стрес-факторів війни;

3. «реактивні» – військовослужбовці, які відрізняються дуже швидкою реакцією на зовнішні подразники, проявами істеричних реакцій, надто швидкими змінами настрою й палітри емоцій, агресивною поведінкою та конфліктністю відносно побратимів (характерно, що комбатанти цієї групи здебільшого розпочинають робити доручену справу механічно, і тільки потім задумуються про те, як її взагалі виконати вірно) [2, с. 161–162].

Психолог, котрий планує працювати з учасниками бойових дій, повинен знати, що бойовий стрес може мати наступні наслідки: тривогу, страх, бойовий шок, перевтому, бойове стомлення, бойове перевантаження, депресію, бойові стресові розлади, які знижують бойову активність комбатанта й можуть призвести до психогенних захворювань.

Тож первинною метою психологічної допомоги при травматичних стресах є звільнення комбатанта від нав'язливих спогадів про минуле й від інтерпретації наступних емоційних переживань, як нагадувань про травму, а також сприяння в тому, щоб він міг поступово й відповідально включатися в сьогодення. Для цього психолог має допомогти клієнту повернути контроль над своїми емоційними реакціями та знайти належне місце відповідним травматичним подіям в загальній часовій перспективі свого життя й особистої історії. Визначальним моментом психотерапії клієнта з травматичним досвідом є гармонійна інтеграція того далекого, неприйнятного, жахливого і незбагненого, що з ним трапилося, в його уявлення про себе [60].

С. Хоружий називає чотири стратегії психотерапії, що дозволяють досягти цієї мети:

1. підтримка адаптивних навичок Я (створення позитивного ставлення до психологічної допомоги);

2. формування позитивного ставлення до симптомів (навчити клієнта сприймати свої розлади, як нормальні для тих ситуацій, які він пережив, запобігши цим самим його подальшій травматизації через існування цих розладів);

3. зниження уникання, оскільки прагнення клієнта уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому належним чином переробити її досвід;

4. зміна атрибуції сенсу (зміна змісту, який клієнт надає перенесеній психічній травмі і створення у нього відчуття контролю над травмою).

Психологові необхідно організовувати терапію, орієнтуючись на три ключові завдання в роботі з комбатантами, які пережили значний бойовий стрес: зниження тривоги, відновлення почуття особистісної цілісності, відновлення відчуття контролю над подіями.

При цьому не можна забувати, що терапевтичні відносини з клієнтами, які страждають від травматичного стресу є надзвичайно складними, тому що міжособистісні компоненти травматичного досвіду (їдеться про недовіру, зраду, залежність, любов, ненависть тощо) – можуть проявлятися при встановленні терапевтичних взаємин між психологом та клієнтом.

Досвідчені фахівці, що працюють у цьому напрямку попереджають: робота з травмами може породжувати інтенсивні емоційні реакції не лише у клієнта, а й у психотерапевта, отже, виставляє високі вимоги до його професіоналізму.

Також варто враховувати, що переважна більшість військових, які воюють на першій лінії, отримують контузії різного ступеня важкості, а кожен другий здобуває ще й бойову психічну травму. Це – наступне важливе поняття, яке має вивчити потенційний військовий психолог.

Під бойовою психічною травмою мається на увазі деформація психологічних механізмів саморегуляції особистості та прорив бойовим стрес-

фактором її психологічного захисту, в результаті чого відбувається перевищення адаптивних можливостей (рівнів психічної стійкості) комбатанта, зміна його цінностей та поведінки. За даними психологічних досліджень, 80% комбатантів, які перенесли психотравму, функціонують нормально, а у 20% через певний час можуть виникати ті чи інші проблеми в афективній, психосоціальной, професійній та психосоматичній сферах (в одній або декількох одночасно) [60].

Під короткочасним чи затяжним впливом психотравмуючих факторів бойової обстановки психіка людини піддається значному перевантаженню, що може призвести до розладів різного ступеня складності. При цьому науковець О. Блінов зазначає, що це нормальна реакція здорового організму людини на ненормальні обставини зовнішнього середовища.

Адже, як стверджує психолог Стівен Джозеф, негативні наслідки травми призводять до зниження працездатності людини та завдають шкоди психологічному здоров'ю особистості. Життя травмованої людини ускладнюють невизначеність, розгубленість, втрата емоційної рівноваги, страх майбутнього. Всі ці нестерпні фактори часто призводять до пагубних наслідків психотравматизації і дезадаптації. Сучасні ж дослідження наслідків переживання травматичних подій переконують у тому, що особистість має достатньо ресурсів для успішного подолання труднощів та відновлення власного психологічного здоров'я [64].

Працюючи з комбатантами, які отримали травму на війні, психолог має враховувати, що за час війни і у військових, і у членів їхніх сімей формується, так звана, «травматична особистість», якій притаманні свої особливості. Під травматичною особистістю розуміється порівняно стійкий набір характерних психологічних рис, які сформувалися під впливом бойової травми, а саме:

1. Романтизм (у негативному сенсі) – коли людина думає, що знає в чому полягає «щастя людства», і заради цього готова пожертвувати всіма, хто це щастя уявляє інакше.

2. Перевага колективних цінностей над індивідуальними – коли для військовослужбовця життя групи, до якої він належить, стає важливішим за життя окремої людини (зокрема і своє власне).

3. Потреба і бажання саморуйнування – формується разом з попередніми рисами у вигляді комплексу з наскрізним мотивом «принести себе в жертву заради колективних інтересів – найвище щастя».

4. Ілюзія справедливості світобудови й неодмінної перемоги добра над злом – риса, що допомагає людині позиціонувати себе в групі як справедливу, чесну та принципову, щоправда заради підтвердження цієї позиції такі люди здатні пожертвувати як своїм, так і чужим життям.

5. Ілюзія простоти світобудови – для травмованих комбатантів після війни суспільство розділяється на дві частини: «наші» – люди, котрі мають бойовий досвід, і «не наші» – люди, котрі його не мають [8].

Тобто, повертаючись до мирного життя, комбатант ще тривалий час продовжує залишатися адаптованим до бойової дійсності, підсвідомо зберігає ту функціональну систему психічних реакцій, яка була сформована під впливом стресових чинників на фронті. Однак даний комплекс надбаних адаптивних реакцій за межами зони бойових дій стає дезадаптивним. Повернення особистості, що відвикла і вже не підготовлена до умов цивільного життя, із закріпленими у психіці наслідками війни, може призвести до повторної психотравматизації зі зниженням життєвого тону, порушенням сну, перепадами настрою, докорами сумління, загостреним почуттям провини тощо. Психічна травма від несприйняття комбатантом умов цивільного суспільства може виявитися ще сильнішою, ніж бойова психічна травма та спричинити

немотивовану агресію до близьких, включаючи сварки й домашнє насильство [26].

Важливо зазначити, що у дружин комбатантів (які не мають бойового досвіду) також формуються специфічні особистісні риси, а саме:

1. Прагнення відновлення звичного сімейного укладу, що проявляється в потребі контролювати життєву ситуацію своєї сім'ї, забезпечити їй атмосферу спокою та передбачуваності.

2. Прагнення отримати визнання власних зусиль спрямованих на турботу про інших членів сім'ї – проявляється в очікуванні проявленої вдячності за роботу по дому, приготування їжі, допомогу дітям із навчанням тощо.

3. Визнання героїзму жінки в подоланні пережитих труднощів воєнного часу – всі небезпеки та ризики, які випали на долю сім'ї і які змогла перебороти жінка за час війни прирівнюються до бойових умов, у яких перебував в той час її чоловік, тому жінкою очікується, що повага та співчуття до воєнного досвіду партнера в такій парі мають бути взаємними.

4. Усвідомлене чи неусвідомлене очікування збереження своєї головної ролі в сім'ї – відповідальність за долю сім'ї в період відсутності чоловіка та вимушена самостійність у вирішенні проблем під час війни формують новий стиль поведінки дружини, до якого вона звикає і так, чи інакше, намагається зберегти навіть із поверненням чоловіка.

Тому психолог, який допомагає комбатантові в соціально-психологічній реабілітації, має готувати його до того, що повернення додому після війни не буде «раєм» чи «тихою гаванню», воно також потребуватиме від нього роботи над стосунками, побудови нової системи сімейної взаємодії. Адже в сім'ї зустрінуться дві вимушено змінені особистості, багато в чому незнайомі одне одному, і на відновлення сімейного щастя знадобиться час та щирі зусилля обох сторін. А нереалістичні очікування комбатанта від дружини й від себе можуть

стати причиною серйозного погіршення сімейних стосунків і навіть зруйнувати сім'ю.

Тобто без вчасної компетентної допомоги людина навіть військової (як вважається у професійних колах комбатантів, «максимально стресостійкої й витривалої») професії не завжди здатна усвідомити власні реабілітаційні ресурси, побачити шляхи виходу з кризового стану. Відповідно, військовослужбовці в стані гострої реакції на бойовий стрес, з розладами адаптації, депресивних реакцій, з розладами емоцій і порушень поведінки, ознаками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) тощо потребують психологічної допомоги і за необхідності – подальшої соціально-психологічної реабілітації.

Саме тому робота психолога в умовах війни передбачає: кризове консультування, проведення групових бесід, спрямованих на реагування, опрацювання психотравмівного досвіду бойових дій, психоосвіту – роз'яснення щодо можливих проявів стресу, виснаження та психотравматизації, навчання методів першої психологічної допомоги, самовідновлення, саморегуляції, підвищення психологічної обізнаності командного складу, організацію культурних заходів. За запитом командування проводиться психодіагностика, виявлення військовослужбовців із ознаками психічних розладів (ПТСР, клінічна депресія тощо), складаються висновки й розробляються рекомендації стосовно подальших реабілітаційних заходів [25, с. 69–70].

Основними передумовами успішної роботи з клієнтами, що отримали воєнні психологічні травми, є:

- спроможність та готовність клієнта розповісти про травму, що прямо пропорційна спроможності й готовності психолога емпатично сприймати цю розповідь;

- будь-яка ознака відсторонення чи знецінення сприймається клієнтом, як нездатність психолога надати йому необхідну допомогу й може призвести до припинення боротьби клієнта за своє психологічне відновлення;

- емпатичний психолог ненав'язливо заохочує комбатанта розповідати про жахливі події, які він пережив, не показуючи при цьому власної шокової реакції;

- психолог делікатно применшує значення тем, які спонтанно виникли в ході розмови, й не переводить спілкування на «нейтральні теми», які безпосередньо не пов'язані з травматичним досвідом;

- учасники бойових дій не зможуть довіритися психологу доки не переконаються, що він спроможний вислухати жахаючі подробиці з їхнього військового досвіду.

Ефективна робота психолога з комбатантом, як правило, має включати наступні стадії:

1. Створення безпечної атмосфери, формування довірливих терапевтичних відносин (рапорту).

2. Поступове пропрацювання спогадів та переживань.

3. Включення клієнта в повсякденне життя, превентивне пом'якшення його реадaptaції.

Найпоширенішими терапевтичними помилками вважаються уникання чи ігнорування травматичного матеріалу та несвоєчасне, поспішне опрацювання травматичного досвіду, поки ще не створена достатня атмосфера безпеки і не вибудовані довірливі терапевтичні відносини [60].

Участь у повномасштабній війні мобілізованих українських військовослужбовців та добровольців, які раніше жили звичайним цивільним життям та в переважній більшості навіть не проходили строкової служби, і які морально не завжди готові до реалій бойових дій, часто стає причиною посттравматичних стресових розладів. Звісно, ПТСР у тій чи іншій мірі може



загрожувати і кадровим офіцерам (залежно від особистих якостей, поточного психологічного стану та інтенсивності травмуючої події), проте їхня професійна підготовка та попередній досвід участі в бойових діях помітно знижує цю статистику та певною мірою зберігає більшість із них у стані боєздатності.

Але, оскільки військові всіх категорій – це, насамперед, живі люди, то всім їм так чи інакше притаманні фактори, що можуть спричинити виникнення ПТСР, а саме: страх смерті, поранення чи полону; сильні негативні враження від сцен поранення чи загибелі побратимів; почуття провини за загибель чи серйозне поранення побратимів; біль від отриманого поранення; страх власної фізичної непридатності внаслідок поранення, шок від усвідомлення раптового каліцтва та переживання стосовно свого подальшого життя тощо.

Зазначені фактори поступово наростають та посилюються фізичною та психологічною перевтомою від ненормованого робочого графіку та тугою за сім'єю близькими. У рамках посттравматичної патології сучасні науковці здебільшого виділяють три основні групи симптомів, ознак ПТСР [33, с. 13]:

1. надлишкове збудження (вегетативна лабільність, збої режиму сну, тривожність, нав'язливі спогади, фобічне уникання ситуацій, що асоціюються з травматичною подією);
2. часті прояви депресивного настрою (притупленість почуттів, стан безвиході, відчай);
3. ознаки істеричного реагування (тимчасова сліпота, глухота, нервові тремтіння тощо).

Фахівці виділяють також характерні для ПТСР стани: «солдатське серце» (симптоми: біль за грудиною, серцебиття, уривчасте дихання, підвищена пітливість), синдром того, хто вижив (хронічне відчуття провини за те, що залишився живим, флешбек-синдром (спогади про нестерпні події, що вриваються у свідомість), симптоми «комбатантної» психопатії (прояви: агресивність та імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, зловживання

алкоголем і наркотичними речовинами), синдром прогресуючої астенії (проявляється, як правило, після повернення до нормального життя у вигляді пришвидшеного старіння, втрати ваги, психічної млявості та прагнення тиші та спокою). Примітно, що згадані стани характеризуються певною динамікою розвитку, так посттравматичні прояви з віком можуть тільки посилюватися та ставати ще більш вираженими. А взагалі вважається, що наслідки впливу стресорів на комбатантів залежать від їхньої тривалості, інтенсивності й багатьох психологічних чинників: індивідуально-типологічних, психічних та адекватністю механізмів психологічного захисту й адаптації).

Робота психолога з комбатантом, постраждалим від травматичного стресу, має ряд особливостей (незалежно від обраного методу):

1. Високий рівень переривання терапії (до 50% випадків клієнтів не повертаються вже після двох-трьох сесій через сумнів стосовно ефективності запропонованої психологічної допомоги).

2. Труднощі щодо прийняття своєї потреби у психологічній чи психотерапевтичній допомозі, спроби самостійно впоратися з пережитим, викинути його з голови.

3. Посттравматичні симптоми в період надання психотерапевтичної допомоги (страшні сни, загострення фобій), які комбатант сприймає не як складові картини хвороби, придатної до лікування, а як доказ, що терапія йому не допомагає.

4. Звернення до психолога виключно через необхідність підтвердження власного права на отримання юридичної чи/й фінансової компенсації, без справжньої готовності пропрацювати свій посттравматичний розлад.

Проте на рівні державного регулювання існують також існують як показання, так і протипоказання до проходження комбатантом психологічної реабілітації. Показаннями фахівці Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України на чолі з О. Кокуном рекомендують вважати

поєднання психологічної ознаки, передбаченої підпунктом 1.1 наступного переліку та однієї чи кількох психологічних ознак, представлених підпунктами 1.2-1.6 цього ж переліку:

1.1. Спад адаптаційних можливостей, тривожні, песимістичні, депресивні чи інші негативні результати, які виявляються під час проведення психологічного обстеження за допомогою тестів.

1.2. Зростання астенічних симптомів – відчуття втоми, швидка стомлюваність, зменшення когнітивних функцій та (чи) пам'яті, неуважність, фізична і психічна загальмованість, непродуктивна праця.

1.3. Прогресуюча інтравертація відстороненість, мовчазність, спад цікавості до раніше значущих прив'язаностей, занять.

1.4. Не зумовлена ситуацією й не характерна для військовослужбовця підвищена соціальна або інша незвична активність при виконанні завдань чи після повернення на місце дислокації та мінливість у настрої.

1.5. Суб'єктивне оцінювання комбатантом погіршення власного самопочуття із посиленням на зміну працездатності, тривогу, відчуття внутрішньої напруги, що почали проявлятися під час або безпосередньо після повернення з району виконання завдань (при цьому зберігається готовність продовжувати службу в підрозділі після відпочинку).

1.6. Симптоми зростання рівня психологічної дезадаптації, що проявляються як зниження якості й об'єму виконуваних військовослужбовцем завдань, зокрема буденних обов'язків, за помітного бажання військовослужбовця виконати доручене завдання.

Якщо у військовослужбовця спостерігаються показання 1.1-1.6 пунктів, його психосоціальна реабілітація має продовжуватися менше 14 діб.

Практичний психолог, який оцінюватиме комбатанта на предмет показань до проведення реабілітації може керуватися й наступним переліком критеріїв, запропонованим тими ж дослідниками. Йдеться про поєднання наступних двох

чи більше негативних ознак, що вважатиметься приводом надати комбатанту можливості для проходження психологічної реабілітації:

2.1. Пережиті безпосередньо у момент загрози короткотривалі гострі реакції на ситуацію у вигляді загальмованості чи паніки, незалежно від наслідків виходу зі згаданих станів.

2.2. Довготривале емоційне напруження, що відчувалося, як тривога, занепокоєння, повторні переживання психотравмуючих подій та зацикленість на них у снах, у спілкуванні з побратимами, родиною чи виявлена під час медичної діагностики; проблеми зі сном, що позначаються на самопочутті, працездатності і потребують певного корегування медикаментами.

2.3. Зростання дратівливості, часті прояви агресії, конфліктності, поступова зміна особистісних установок і характерологічних особливостей, в наслідок чого відбувається тимчасове порушення соціальної та службової адаптації, але за яких зберігаються критичне ставлення й можливість контролювати свою поведінку комбатантом.

2.4. Вегетативні симптоми, що стають помітними після незначної психоемоційної напруги, як порушення серцевого ритму, коливання артеріального тиску, відчуття ознобу чи жару, напади запаморочення чи головний біль, нудота, брак повітря, непритомних станів, неприємних відчуттів у різних частинах тіла чи в зоні внутрішніх органів зі значним занепокоєнням власним здоров'ям (за умови відсутності раніше підтвердженої органічної патології).

2.5. Втрата маси тіла більше, ніж на 15 % порівняно з контрольними показниками зважування перед убуванням на виконання завдань.

2.6. Розлади функціонування шлунково-кишкового тракту, незалежно від режиму та якості травлення, тривалістю понад три доби, а також після виключення соматичної та інфекційної патології.

2.7. Болі в кінцівках і хребті після фізичних навантажень, мігруючі болі та (чи) спазми в окремих групах м'язів, які тривають більше трьох діб за умови відсутності відповідної патології.

2.8. Болі після давніх травм, поранень чи хвороб, які не викликають стійкого порушення функцій та не мають ознак розвитку органічних змін у зонах пошкодження чи органах.

2.9. Самопочуття після впливу несприятливих чинників зовнішнього середовища під час виконання бойових завдань, а саме: теплові удари, переохолодження й озноб, клімат високогір'я, довге перебування в одному положенні тощо.

За умови виявлення таких показників, термін медико-психологічної реабілітації в санаторіях має тривати від 14 до 21 календарного дня (уточнюється висновком ГВЛК) [7, с. 33].

Опираючись на результати обстеження кожного бійця, практичний психолог має надавати командиру відповідні рекомендації стосовно організації оптимального режиму праці й відпочинку, носіння та зберігання табельної зброї, форм індивідуально-психологічної роботи. Якщо у військовослужбовця виявлено гостру чи хронічну соматичну патологію, він має направлятися на лікування в спеціалізованих установах МОУ.

Плануючи реабілітаційні заходи для комбатантів, відповідальний член психологічної служби має використовувати диференційований підхід, з урахуванням потреби кожного конкретного бійця в медико-психологічній, психіатричній та соціальній реабілітації. У згаданому плануванні слід враховувати, що реабілітаційні заходи найкраще починати через 7–10 днів після повернення з району бойових дій під час короткострокової оздоровчої відпустки.

Також відповідальний за організацію психосоціальної реабілітації спеціаліст має пам'ятати, що бійці з ПТСР, у яких спостерігаються ознаки

суїцидальної поведінки чи прояви агресії відносно оточуючих, мають терміново направлятися в спеціалізований стаціонар [7, с. 35].

В даному контексті важливо враховувати і протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців, надані фахівцями Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України.

Оскільки психологічна реабілітація складається з багатьох методів, у випадках конкретних бійців може йтися як про протипоказання стосовно звернення до психолога взагалі, так і про протипоказання стосовно певних методів реабілітації.

Отже, психолог не має працювати з військовослужбовцями, у яких виявлено:

1. Розлади психіки і поведінки психотичного рівня.
2. Гострі психічні стани, які потребують компетенції психіатра.
3. Важкі психічні захворювання.
4. Гострі соматичні захворювання та їх загострення, що вимагають профільного лікування.
5. Післяінфарктні й післяінсультні стани.

Зазначені протипоказання носять наполегливо-рекомендаційний характер, але у випадку, якщо комбатанту необхідно поспілкуватися саме з психологом, останній має бути попереджений про вищезазначені стани бійця. Це дозволить психологу заздалегідь підготувати оптимальні методи й техніки терапії для роботи з цим клієнтом.

6. Стани алкогольного, наркотичного сп'яніння й інші стани зміненої свідомості, при яких клієнт непридатний до психотерапії.

7. Відсутність у бійця бажання працювати над своїм психологічним станом, або звернення суто заради цікавості.

Що стосується протипоказань до всіх методів і технік психотерапії при плануванні психологічної реабілітації комбатанта, такими слід вважати:

1. Несприйняття конкретним клієнтом певного виду психотерапії.
2. Відсутність мотивації клієнта у терапевтичному процесі.
3. Висока вірогідність розвитку судомного синдрому.
4. Наявність у бійця декомпенсованих соматичних захворювань [7, с. 35].

До всього викладеного вище залишається ще додати, що з-поміж психологічних механізмів, які забезпечують безперебійність та продуктивність діяльності військовослужбовців в умовах війни провідна роль належить механізмам компенсації психічних функцій, самооцінці та самоконтролю. Зважаючи на це, можна зробити висновок, що соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців належить до найбільш важливих та актуальних задач оборонної системи держави, а також є значним професійним викликом для практичних психологів, яким не байдужа її доля.

Психологічна допомога військовослужбовцям повинна включати кілька напрямів:

- діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації у військовослужбовця (психоемоційного стану у цивільному житті, використовуваних стратегій адаптації, поведінки) на підставі результатів психодіагностики індивідуальних особливостей військовослужбовця;

- психологічне консультування (індивідуальне й сімейне). В індивідуальних бесідах необхідно дати військовослужбовцям можливість висловити усе наболіле, виявляючи зацікавленість у їхній розповіді. Потужним засобом психологічної реабілітації є щирий вияв розуміння й терпіння до проблем осіб, що пережили психотравматичні військові умови. Відсутність такого розуміння й терпіння з боку близьких призводить іноді до трагічних наслідків;

- психокорекційна робота полягає у виправленні (коригуванні) тих особливостей психічного розвитку, які не відповідають оптимальній моделі (нормі). Кваліфікована психотерапевтична допомога потрібна тим

військовослужбовцям, в яких відзначаються різко виражені й запущені порушення адаптації (депресія, алкоголізм, девіантна поведінка тощо);

- навчання навичкам саморегуляції (прийомам зняття напруженості за допомогою релаксації, аутотренінгу, дихальних технік, методу біосугестивної терапії (розроблений А. Стражний) тощо);

- соціально-психологічні тренінги з метою підвищення адаптивності військовослужбовця і його особистісного розвитку;

- допомога в професійному самовизначенні, профорієнтація в цілях перенавчання і подальшого працевлаштування.

Отже, системний і комплексний підхід має бути пріоритетним у вирішенні питання соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців. На базі існуючих центрів реабілітації необхідно правильно визначити цілі й завдання, які, в подальшому будуть впливати не тільки на зміст, а й на ефективність процесу реабілітації, реадаптації та інтеграції учасників бойових дій у соціум.

Відносно новим методом у роботі з військовослужбовцями є психологічний дебрифінг, який проводиться з метою зменшення у них негативних психологічних наслідків після пережитого стресу і попередження розвитку синдрому посттравматичних стресових розладів. До основних завдань дебрифінгу можна віднести: урегулювання вражень, почуттів, реакцій; зменшення індивідуальної і групової напруги; зменшення відчуття унікальності та патологічності власних реакцій; мобілізація внутрішніх і зовнішніх групових ресурсів, посилення групової підтримки, солідарності, розуміння; підготовка до переживання тих симптомів чи реакцій, які можуть виникнути; інформування учасників про те, де вони в подальшому можуть отримати допомогу [33]. Дебрифінг являє собою психолого-педагогічний метод групової дискусії під керівництвом підготовленого фахівця.

Ми погоджуємося з думкою В. О. Лєскова, що свідченням успішного кінцевого результату соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців



із районів військових конфліктів мають бути: задоволеність вирішенням матеріальних і життєвих проблем; відчуття «свободи від війни», психологічна стабільність особистості, сімейне благополуччя, відсутність суїцидів, невживання наркотиків та алкоголю; успішна професійна реалізація [12].

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЯК МЕХАНІЗМУ ВІДНОВЛЕННЯ БОЄЗДАТНОСТІ КОМБАТАНТА В УМОВАХ ВІЙНИ**

### **2.1. Організація та методи дослідження психологічного стану військовослужбовців у рамках планування групової соціально-психологічної реабілітації**

Дослідницько-експериментальна робота виконувалася на Запоріжжі. Основну вибірку склали 40 військовослужбовців.

Оскільки в зазначених реальних умовах війни індивідуальну (вузькоспеціалізовану) соціально-психологічну реабілітацію проводити неможливо (зокрема через обмежений час на відновлення загальної боєздатності та брак достатньої кількості психотерапевтів і психіатрів на місцях короткострокового відведення), оптимальним варіантом є групова універсальна соціально-психологічна реабілітація, яку може проводити один або декілька спеціально підготованих практичних психологів.

Відповідно, бійці, які мають значні ознаки депресії, ПТСР, тривожних, психотичних та інших розладів мають бути оперативно виявлені та рекомендовані відповідальним фахівцем до проходження військово-лікарської комісії й подальшого надання спеціалізованої психотерапевтичної й медикаментозної допомоги.

З метою дослідження психологічного стану військовослужбовців та виявлення серед них непридатних для загальної соціально-психологічної реабілітації ми застосовували наступні методики:

- Диференціальну діагностику депресивних станів В. Жмурова, що допомогла встановити рівень депресивного стану у комбатантів на момент дослідження. Дана методика ґрунтується на дослідженні проявів депресії у

пацієнтів, тому вона дозволила нам виділити специфічні ознаки депресивних станів, виключивши інші можливі причини відповідного самопочуття комбатанта (фізичні хвороби, розлади психіки, соціальні труднощі) (Додаток А).

- Міссісіпську шкалу для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант авторства Т. Кеапе та колег, 1987 рік, на основі ММРІ) – клінічну тестову методику для діагностики ПТСР у військовослужбовців, що виконували завдання в зоні бойових дій. Дана шкала дала нам змогу за сумою отриманих балів розділити досліджуваних на тих, котрі мають ПТСР і тих, котрі його не мають (Додаток Б).

- Шкалу оцінки впливу травматичної події на комбатанта, за допомогою якої ми виявили у досліджуваних характерні симптоми ПТСР, оцінили актуальний ступінь їх вираженості, а також визначили емоційно-особистісні особливості (вторгнення, уникання, збудливість), розвинуті внаслідок суб'єктивного сприйняття військовослужбовцями конкретної травматичної події (Додаток В).

- Опитувальник рівня агресивності А. Басса-А. Даркі, який дозволив нам виявити у досліджуваних комбатантів такі форми агресивності і ворожих реакцій як: роздратування, негативізм, підозрілість, непряма агресія, фізична агресія, вербальна агресія, образа, почуття провини (Додаток Г).

Одразу уточнимо, що в даній методиці агресивність розглядається, як психологічна властивість особистості військовослужбовця, що характеризується наявністю деструктивних тенденцій, зокрема у сфері суб'єктно-об'єктних відносин. Під ворожістю мається на увазі специфічна реакція психіки комбатанта, яка посилює негативні почуття й оцінку людей та подій.

Вважаємо незайвим повідомити, що перед тим, як приступати до виконання завдань цього розділу, ми перевірили власну компетентність та готовність до них за допомогою опитувальника самооцінки умінь та навичок,

необхідних для практичної роботи з клієнтами в процесі індивідуального і групового консультування, рекомендованого С. Хоружим та колегами (Додаток Г). Таким чином ми критично оцінили власний рівень розвитку ключових умінь та навичок, необхідних для організації якісної соціально-психологічної реабілітації комбатантів, і визначились, якими з них ми задоволені, а над яким ще працюватимемо для покращення свого професіоналізму в даній сфері діяльності практичного психолога [60, с. 36]. З самою методикою та нашими особистими результатами можна ознайомитися в відповідному додатку.

## 2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження психологічного стану військовослужбовців у рамках підготовки до групової соціально-психологічної реабілітації, ми почали з перевірки бійців даного взводу на наявність ознак депресії та встановлення рівня її важкості. З цією метою ми використали Диференціальну діагностику депресивних станів В. Жмурова. Результати цієї діагностики ми подаємо нижче (див. табл. 2.1).

Таблиця 2.1

### Ознаки депресії та встановлення рівня її важкості

Рівні депресії	Відсутня або незначна	Мінімальна	Легка	Помірна	Виражена	Глибока
N=40	3	7	11	8	8	3
%	7,5	17,5	27,5	20	20	7,5

Проаналізувавши результати застосованої методики, ми з'ясували, що *незначний* рівень депресії мають 7,5% комбатантів даного взводу. Через ненормований робочий день та стресовість діяльності вони стали менш життєрадісними, схильними до швидшої втомлюваності, періодичних хвиль

песимізму та демотивації. Але загалом ці бійці майже не нарікають на свій психологічний стан і для себе пояснюють цей показник, як накопичену втому від бойових дій та тугу за рідними.

*Мінімальний* рівень депресії було діагностовано у 17,5% військовослужбовців цієї групи. На відміну від володарів незначного рівня депресії, у цих комбатантів частіше виникають тужливі думки, від чого дещо погіршується особиста продуктивність, можливі збої сну та раптові перепади апетиту. Спілкуючись із рідними, вони інтенсивніше відчують несправедливість від вимушеної розлуки, а перспектива перемоги здається їм далекою і ще не визначеною.

Найбільше комбатантів даної вибірки мають *легкий* рівень депресії – 27,5%. Таких людей помітно менше радують звичайні улюблені дрібнички – раніше улюблені цукерки, термобілизна гарного бренду, повсякденні новини з дому від дружин чи/та дітей. Вони не завжди можуть дати собі щиру відповідь стосовно свого бажання/небажання продовжувати службу, оскільки через втому та матеріальні складнощі контрнаступу інколи не впевнені, чи взагалі здатні вплинути на хід подій цієї війни, чи від їхнього вкладу в цю боротьбу насправді щось залежить (в той час, як роки минають порізно з сім'єю).

20% досліджуваних мають *помірну* депресію: стабільний знижений настрій, дещо гірший апетит, більшу схильність до роздратованості, песимістичних висновків та «чорного» гумору. Але при цьому їхня продуктивність не набагато нижча за попередні рівні, оскільки вони періодично відчують щось на зразок спортивної озлобленості, що виливається в ситуативне натхнення мститися загарбникам у бою. Щоправда психологічне й фізичне відновлення таких бійців потребує більше часу й значна частина з них постійно відчують фонову втому та ослабленість організму.

*Виражену* депресію було виявлено у такої ж кількості досліджуваних – 20%. Вони частіше від усіх попередніх відчують відсутність сенсу життя,

швидше втомлюються, більше нарікають на безрезультатність боротьби, непрофесійність влади, керівництва, зрадливість народної підтримки та вдячності. Вони дуже вразливі до невдалих жартів, схильні довго тримати образу, мінімально піклуються про своє здоров'я. У таких бійців дуже чутливий та слабкий сон, що виливається в постійне недосипання, проблеми з концентрацією уваги, низька або «ривкова» продуктивність праці, підвищена дратівливість та безрадісний, песимістичний погляд на військову рутину.

7,5% досліджуваних комбатантів мають глибоку депресію. Серед них особливо поширені розлади харчової поведінки, слабкість, розгубленість, проблеми зі сном та панічні атаки. Такі військовослужбовці, як правило, соромляться свого справжнього стану психіки, порівнюючи себе з більш бадьорими побратимами, тому вони доводять свій стан до максимально непродуктивного та в основному відбувають на відновлення за наполегливою рекомендацією командира. Комбатанти з глибокою депресією потребують належної медикаментозної підтримки, втручання психотерапевта й виконання його рекомендацій, обов'язкової відправки на соціально-психологічну реабілітацію рішенням ВЛК. Якщо вчасно не вжити необхідних заходів, ця категорія військовослужбовців найбільш схильна до суїцидальної поведінки чи/та нараження на ситуативну смертельну небезпеку себе та побратимів.

Наявність посттравматичного розладу у бійців вибірки ми перевірили за Міссісіпською шкалою для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант). Результати даного емпіричного дослідження розміщуємо нижче (див. табл. 2.2).

## Оцінка посттравматичних реакцій у військовослужбовців

Рівні психологічної адаптації	Добре адаптовані	Психічні розлади	ПТСР
К-ть балів за шкалою	76 ± 18	86 ± 26	130 ± 18
N=40	22	2	16
%	55	5	40

Як видно з таблиці, ПТСР було виявлено у 40% досліджуваних. Такі результати не здивували нас, оскільки цілком уникнути психотравм під час бойових дій комбатантам насправді неможливо. Менше з тим, за допомогою своєчасних реабілітаційних заходів та надання якісної спеціалізованої допомоги відсоток потенційних психологічних «втрат» у даному взводі можна значно знизити. Тому 16 бійців з ПТСР ми одразу рекомендували для проходження ВЛК.

Досліджуваний взвод бійців нещодавно (близько двох місяців тому, від моменту нашої зустрічі) пережив трагічний епізод: внаслідок артилерійського обстрілу позицій загинуло 2 їхніх побратими і 5 отримали поранення різного ступеня важкості. Дану подію ми розглядали як травматичну в бойовому досвіді досліджуваних комбатантів і для визначення рівня завданої нею психологічної шкоди використали Шкалу оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R), спрямовану на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

Результати цього дослідження подаємо нижче (див. табл. 2.3).

## Оцінка впливу травматичної події

Домінантна схильність до первинних симптомів ПТСР	Субшкала «вторгнення»	Субшкала «уникнення»	Субшкала «збудливість»
К-ть балів за шкалою (в загальному підрахунку)	960	1120	880
N=40, середній бал за шкалою	24	28	22
%	33	38	29

Отже, найбільш проявленою для досліджуваних комбатантів виявилася субшкала «уникнення» – 38% від загальної суми набраних усіма досліджуваними балів. Вона трактується психологами, як стійке прагнення комбатанта уникати всього, що може хоча б віддалено нагадувати про травму.

Тобто досліджувані комбатанти зазначеною мірою схильні до:

- уникання будь-яких думок чи обставин, що збурюють згадки про травму;
- неспроможності відтворити в пам'яті ключові елементи травмивної ситуації;
- помітної втрати звичних інтересів і хобі;
- відчуженості, відстороненості від оточуючих із формуванням певного віддалення від реального світу;
- значного зниження позитивних емоцій;
- сумнівів стосовно майбутнього.

Наступною за рівнем інтенсивності у досліджуваній групі виявилася субшкала «вторгнення». Ключове поняття розглядається тут як постійне



повернення людини до переживань, пов'язаних з травмуючою подією. Тобто досліджувані комбатанти зазначеною мірою схильні до:

- нав'язливих, повторюваних неприємних емоційних переживань, спогадів про пережитий інцидент;
- повторюваних снів і нічних кошмарів (флешбеків), пов'язаних із травмівною подією;
- різких спалахів негативних емоцій, спровокованих певними подіями, які можуть асоціюватися з обставинами «події».

І останньою за рівнем ураження в даному дослідженні визначено Субшкалу «збудливість». Йдеться про ознаки підвищеної збудливості, яка не була характерна жодному з досліджуваних комбатантів до травми, а саме:

- складнощі з засинанням та сном;
- підвищена дратівливість чи спалахи гніву;
- складнощі з концентрацією уваги;
- надмірна пильність та різкі реакції на спонтанні подразники;
- поява сомато-вегетативних розладів у ситуаціях, які хоч віддалено нагадують психотравмівну.

Отримані показники ми прокоментували командирю довіреного взводу, надавши відповідні рекомендації, за якими проявами досліджуваних військовослужбовців варто прослідкувати в найближчі місяці та як діяти в разі затримки й посилення проявів кожної зі шкал.

Оскільки однією з основних характеристик порушення нормального стану психіки комбатанта в умовах війни є надмірна агресивність, ми дослідили її рівень у бійців зазначеного взводу за допомогою Опитувальника рівня агресивності А. Басса-А. Даркі. Так нам вдалося виявити поширеність серед досліджуваних військовослужбовців наступних форм агресивності й ворожих реакцій: фізичної агресії, непрямой агресії, роздратування, негативізму, образи, підозрливості, вербальної агресії, почуття провини тощо.

Результати цього дослідження розміщуємо нижче (див. табл. 2.4).

Таблиця 2.4

### Рівень агресивності у військовослужбовців

	Фізична агресія	Непряма агресія	Роздратування	Негативізм	Образа	Підозрілість	Вербальна агресія	Почуття провини
N=40, середній бал за шкалою	10	9	10	7	8	9	11	7
%	14	13	14	9,8	11,3	12,6	15,5	9,8

Ворожість = Образа + Підозрілість; отже, в середньому *загальна ворожість* = 8+9=17

Агресивність = Фізична агресія + Непряма агресія + Вербальна агресія; отже, в середньому *загальна агресивність* = 10+9+11=30

Звісно, в умовах ведення бою такі категорії як ворожість і агресивність (за умови їх контрольованості) для досліджуваних комбатантів є потужними інструментами забезпечення ефективності контрнаступу. Але в стані сильної втоми й загальної виснаженості організму вони можуть становити загрозу як для самого військовослужбовця, так і для його побратимів. Звідси випливає необхідність свідомого самоконтролю над згаданими емоціями й володіння техніками самозаспокоєння та переключення уваги. Зокрема і про них піде мова в завершальному підрозділі нашої наукової роботи, присвяченому організації групової соціально-психологічної реабілітації комбатантів.

### 2.3. Рекомендації стосовно організації та проведення соціально-психологічної реабілітації комбатантів в умовах війни

Працюючи практичним психологом на виїздах у місця розташування комбатантів та розвиваючи емпіричним шляхом свій рівень компетентності в

цій галузі, ми сформуваємо власне професійне бачення соціально-психологічної реабілітації військовослужбовця ЗСУ.

Як уже зазначалося в попередньому розділі нашої наукової роботи, програму реабілітації оптимально здійснювати після виведення військовослужбовців на ротацію. Але сучасні реалії війни вносять свої корективи у цю важливу та відповідальну справу – через складнощі ведення контрнаступу та відсутність достатньої для заміни кількості досвідчених професійних комбатантів більшість бригад ЗСУ поки що на ротацію не виводяться. Тому всі підтримуючі та реабілітаційні заходи фахівці психологічних служб здійснюють або на виїздах до місць тимчасового розташування військовослужбовців неподалік від лінії фронту, або в період нетривалого відведення окремих батальйонів для відновлення боєздатності.

Найперше відповідальний психолог проводить первинну діагностику комбатантів і визначає, які наслідки стресу від травматичних подій має кожен військовослужбовець та якої допомоги потребує (психологічної, психотерапевтичної, психіатричної тощо) й чи достатньо йому буде нетривалої групової соціально-психологічної реабілітації на тимчасовому місці відновлення боєздатності. Про деякі основні методики, які доречно використовувати для такого дослідження, ми детально розповіли в попередньому підрозділі.

В разі виявлення гострих симптомів ПТСР, психічних розладів унаслідок бойових психічних травм чи ознак вираженої та глибокої депресії, військовослужбовці особового складу мають скеровуватися командиром спершу на ВЛК, а звідти до пунктів психологічної допомоги й комплексної реабілітації загальновійськової частини. Кожному практичному психологу, який працює з військовими, не завадить мати загальне уявлення про те, що включає в себе вузькоспеціалізована соціально-психологічна реабілітація. Тому нижче ми зібрали деякі загальні рекомендації стосовно її проведення.

Для реабілітації комбатантів, що мають симптоми ПТСР (залежно від рівня складності) доцільно використовувати різні методи й техніки психодинамічної, поведінкової, когнітивної, гіпно-сугестивної терапії, гештальттерапії, нейролінгвістичного програмування, терапії мистецтвом і творчим самовираженням, логотерапії, трансактного аналізу, психодрами тощо.

Головне, щоб ці методи були спрямовані на:

1. Переосмислення й усвідомлення подій, які зумовили нинішній психічний стан комбатанта.
2. Пропрацювання переживань, пов'язаних зі спогадами про травмуючі події бойового досвіду.
3. Вибачення себе за нинішній психологічний стан та прийняття того, що відбулося, як пережитої частини особистого життєвого досвіду.
4. Активацію поведінки, відповідної до умов подолання деструктивних негативних наслідків бойового стресу й реадаптації до змінених внутрішніх і зовнішніх умов життєдіяльності [6, с. 46–47].

Основні рекомендації, які варто виконувати комбатантам для ефективного відновлення при ПТСР:

1. Регулярно і активно брати участь у індивідуальних заняттях із психотерапевтом чи зустрічах групи підтримки.
2. Під наглядом фахівця опановувати методи керування власним психологічним напруженням, такими, як релаксація, самогіпноз, аутогенне тренування тощо.
3. Дотримуватися інформаційної гігієни (менше споживати новини, що містять інформацію про втрати й трагедії українців), свідомо відмовитися від перегляду фільмів та програм, що можуть містити травмуючу інформацію, припинити слухати агресивну чи депресивну музику, яка додатково збуджує і без того вразливу нервову систему.

4. Навчитися налагоджувати свій сон та сприяти повноцінному відпочинку у доступних умовах.

5. Харчуватися збалансовано, щоб організм отримував достатню кількість потрібних мікроелементів, вітамінів і клітковини.

6. Регулярно виконувати посильні фізичні вправи.

7. Постаратися зменшити вживання нікотину й будь-яких інших шкідливих речовин, замінювати їх безпечними смаколикami та тонізуючими чаями.

8. Ділитися своїми думками й переживаннями з побратимами, не соромитися свого поточного психологічного стану, відновлювати здатність сприймати жарти (якщо вона була втрачена).

9. Свідомо і старанно працювати в терапії, виконуючи рекомендації психолога та хвалити себе за найменші успіхи.

10. Не квапити свій процес психологічного відновлення, не гнатися за неодмінним швидким посттравматичним зростанням особистості, відповідально приймати виписані препарати.

Також комбатантові не завадить разом із терапевтом розробити письмовий план реагування, на випадок якщо симптоми ПТСР через деякий час знову проявляться. Особливу увагу необхідно приділити детальному опису симптоматики, щоб військовослужбовець навіть у режимі сильної заклопотаності на службі міг ідентифікувати їх у себе та вчасно зателефонувати/зустрітися з терапевтом для отримання подальших рекомендацій та/чи медикаментів для покращення стану.

Важливо, щоб фахівець також допоміг комбатантові поставити собі якусь привабливу далекоглядну особисту мету, наприклад, досягнення бажаної спортивної форми, вивчення основ ІТ, покращення свого рівня володіння державною/іноземною мовою, підготовка до цивільної «професії мрії». Військовослужбовець має «побачити» свої бажання після перемоги й повірити в

можливість реалізації кращої версії себе настільки, щоб визнати свої сьогоденні труднощі тимчасовими та можливими для поступового подолання.

Необхідно зазначити, що процес поступового психологічного відновлення та позбавлення комбатанта від наслідків «синдрому бойових дій» значною мірою залежить від його благополуччя в наступних сферах життя: гідний та стабільний рівень доходів, наявність власного житла чи фінансова спроможність його орендувати, гармонія та взаємопідтримка у сім'ї, доступність якісного медичного обслуговування та рекреаційних закладів для ветеранів та чинних військовослужбовців.

Що стосується комбатантів, які не мають симптомів ПТСР (або мають слабо виражені), вони також можуть потребувати психологічної допомоги та реабілітації. Оптимальним варіантом тут є групова соціально-психологічна реабілітація. Перш ніж її проводити, необхідно дати військовослужбовцям хоча б день або кілька на те, щоб нормально виспатися, налагодити режим харчування і водний баланс, спокійно поспілкуватися з рідними й «побалувати» себе улюбленими й нині доступними формами організації дозвілля (читанням книги, переглядом розважального шоу, грою на гітарі тощо). В деяких випадках такого «перезавантаження» може бути й достатньо для нормалізації психологічного стану й відновлення боєздатності військовослужбовців.

Крім того, психолог може ненав'язливо запропонувати комбатантам способи самопомоги в позбавленні від напруги й психологічній детоксикації після пережитих стресів:

1. Для того, щоб у більш безпечних умовах очистити організм від хімічних наслідків пережитого стресу (залишків адреналіну, норадреналіну та кортизону) бажано влаштувати собі водні процедури в душі чи бані, або ж збільшити вживання води протягом дня й додати інтенсивних фізичних вправ. Це дозволить зняти з тіла надлишкову напругу й очистити його через інтенсивне змивання чи «промивання» організму чистою водою. Таким чином

тіло відчуває контроль над фізичним самопочуттям, даючи зрозуміти мозку, що і психологічне самопочуття може бути не менш вдало регульованим.

2. Приводити до ладу емоції найкраще за допомогою дихальних практик, адже дихання є не тільки найважливішою функцією життєдіяльності організму, але й ефективним способом впливу на тонус м'язів і емоційні центри мозку.

Авторський колектив Психологічних кризових служб м. Миколаєва і м. Херсона у прикладній тематичній пам'ятці, виданій за підтримки Херсонського відділення української спілки психотерапевтів і Херсонської обласної благодійної організації «Золоте серце» пропонують наступні вправи з символічними назвами «Вимикач», «Квадратне дихання», «Абазур», «Лимон» та «Морозиво». Нижче коротко опишемо кожен з них [11].

Техніка «Вимикач» сприяє відключенню від негативу й припиненню зацікнення комбатанта на травматичному досвіді. Полягає в наступному: коли важко позбутися думок, які викликають тривогу і страх, уявіть що цей потік нав'язливих думок є великим вимикачем. Потягніться до нього та вимкніть. Легке клацання – і все, тиша. Ви вимкнули цю думку. Ви змогли це зробити й зможете знову, якщо вона колись повториться й спричинятиме дискомфорт.

Техніка «Квадратне дихання або Дихання по квадрату». В положенні сидячи або стоячи, потрібно скинути напругу з м'язів та зосередити свою увагу на диханні. На рахунок 1-2-3-4 (із внутрішнім проговорюванням цифр) зробіть повільний вдих через ніс, при цьому грудна клітка має залишатися нерухомою, живіт має випинатися вперед, адже його м'язи розслабляються. На наступні рахунки 1-2-3-4 затримайте дихання і плавно видихніть на рахунки 1-2-3-4-5-6, свідомо супроводжуючи видих підтягуванням м'язів живота до хребта. Перед наступним вдихом знову зробіть паузу на 2-4 рахунки (на скільки вам комфортніше), можна уявляти, що зовсім близько до вашого носа знаходиться пир'їнка, яка при цьому не повинна колихнутися. Зазвичай 5-10 хвилин такого

дихання нормалізують тиск і серцебиття, дозволяють заспокоїтися й відновити психологічну рівновагу.

Техніка позбавлення від негативу: вдихаючи, усвідомлено «вбирайте» весь страх, що вас охопив чи оточує, та видихайте його аж до відчуття порожнечі у грудях, уявляючи, як звільняєтеся від позиції наляканого й набуваєте позиції сміливця. Можна уявляти, що ви видихаєте слабкість, страх, паніку, які мають вигляд темних плям, клубів диму, а вдихаєте – світлий потік, що символізує силу й успішність. Ця вправа з суттєвим медитативним спрямуванням поступово допомагає відновити внутрішню гармонію, повертає відчуття цілісності, що витісняє страх та інший психологічний дискомфорт.

Комбатант має запам'ятати, що повільне і глибоке дихання знижає збудливість нервових центрів і сприяє м'язовому розслабленню, а часте дихання – навпаки, спричиняє високий рівень активності організму. Вдих активує психічний тонус, а видих його знижує. Подібне регулювання ритму дихання, тривалості вдиху і видиху, людина здатна самотійно покращити роботу більшості функцій організму, зокрема і психічних.

Ті ж розробники пропонують іще одну корисну експрес-вправу для швидкого зняття стресу – «Абажур». Сядьте зручно, розслабтесь і заплющте очі. Далі пропонується уявити, як у вас всередині, на рівні грудей, горить яскрава лампа, накрита абажуром. Коли світло падає вниз, ви відчуваєте тепло, спокій і комфорт... Але коли ви починаєте нервувати, абажур відкриває лампу вгору і світло різко сліпить вам очі, викликаючи дискомфорт і роздратування. В ваших силах виправити цю ситуацію: спробуйте силою своєї уваги плавно опустити абажур вниз у нормальне положення. При цьому «спостерігайте», як світло стає м'яким, нерізким, повертаючи вам відчуття затишку і комфорту.

Вправа «Лимон» на зняття надлишкової фізичної та психологічної напруги при стресі: уявіть, що ви тримаєте в руці лимон. Тепер почніть стискати його в кулак настільки сильно, щоб з нього почав витікати сік. Тепер



стисніть іще більше, щоб він розчавився як під пресом, ще трохи і ще... А тепер різко «викиньте» лимон і відчуйте, як розслабляється ваша рука, як вам стає легше, спокійніше, приємніше. Вправу слід повторювати на обидві руки по 3 рази.

Вправа на розслаблення всіх м'язів «Морозиво». Станьте рівно або ляжте на спину, заплющте очі, підніміть руки над головою чи простягніть перед собою (як вам зручніше). Уявіть, що ви – морозиво (ескімо, пломбір чи ріжок – не важливо). Повільно напружте всі м'язи вашого тіла й залишайтеся у цій позі 1-2 хвилини. Запам'ятовуйте ці відчуття, відстежуйте появу перших ознак дискомфорту. Тепер уявіть, що під дією сонячного тепла ви повільно починаєте танути, ваші руки, плечі, шия, корпус, ноги поступово розслабляються. Насолодіться цим відчуттям у стані розслаблення. Повторіть вправу ще кілька разів до досягнення спокійного, збалансованого психоемоційного стану.

Також практичний психолог може запропонувати комбатантам когнітивні практики перемикання емоцій. Наприклад, можна поставити собі завдання навколо себе чи в приміщенні поглядом відшукати предмети різного кольору та форми: 9 круглих, 12 квадратних, 7 синіх, 1 золотаву, 4 білих тощо. Зосереджуючись на інших предметах, комбатант поступово відволікається від гнітючих думок та емоцій. Не менш дієвий варіант – переживаючи наплив сильних емоцій чи гнітючих думок, починати повторяти табличку множення, згадувати вірші зі шкільної програми чи іншомовний алфавіт. Так людина знижує емоційне навантаження й поступово опановує себе.

Дуже важливо роз'яснити комбатантам, що змусити себе не думати про травматичний досвід людина не спроможна. Але вона спроможна поступово змінити своє ставлення до цього досвіду як до чогось, що ти вже зміг пережити, подолати. Зрозумівши як це працює, можна впливати на інші наслідки стресу, такі як безсоння, неконтрольовані сплески агресії, порушення харчування тощо.

Дієвим прикладом методів подібного впливу на наслідки бойового стресу є відмовитися від ретельного невпинного обдумування пережитої ситуації, де саме обдумування власне і спричиняє тривогу. Оптимальним рішенням буде свідоме включення в процес подолання труднощів відповідно до принципу «вовка боятися – до лісу не ходити» [11, с. 11].

Військові інструктори в процесі підготовки особового складу до виходу на передову зазначають, що боятися – цілком нормально, оскільки інстинкт самозбереження – один із основних наших базових інстинктів і насторожувати має навпаки – відсутність певної міри страху у бійця. Для кращого розуміння, військові психологи наголошують, що емоційні реакції в ситуації страху перед боєм і перед першим сексуальним контактом із об'єктом бажання майже ідентичні. Тому в момент усвідомлення небезпеки бою доцільно уявити і максимально яскраво згадати свій пережитий успішний досвід із тим самим партнером. Свідомість швидко переключиться на відповідну картинку і дасть можливість бійцеві лічені секунди «пожити» в тому режимі, змінивши потенційний страх на ті приємні відчуття задоволення й успішної реалізації свого бажання. Збудження невдовзі пройде, і його змінить фаза так званої бойової байдужості й боєць спокійно та сконцентровано «повернеться» в поточну реальність для виконання необхідних завдань.

В загальних рисах програма групової соціально-психологічної реабілітації має зосереджуватися на таких опорних смислових напрямках:

1. Мотивація та надія, які є визначальними для залучення комбатантів у процес соціально-психологічної реабілітації. Делікатно підібрані мотиваційні інтервенції стосуються не тільки самих військовослужбовців, але й їх рідних, адже рідні можуть допомогти краще вплинути на комбатантів, щоб залучити людину до участі у групі та серйозно поставитися до завдань реабілітації. Надію слід підтримувати через нестигматизований підхід програми (остання пропонується всім без винятку військовим, які кажуть, що відчувають потребу в

психологічній допомозі та реабілітації, але не мають показань до спеціалізованої психотерапевтичної допомоги). Також переконливим аргументом є доказова ефективність та можливість в груповій роботі одразу побачити й відчути на собі дієвість відповідних вправ, наприклад, когнітивного опрацювання, чи майндфулнес, чи техніки вирішення проблем.

2. Думки, техніки роботи з якими сприяють досягненню першого рівня розриву підтримуючих циклів. Учасник групи з одного боку вчиться кидати виклик своїм думкам, усвідомлювати, що вони не завжди можуть бути правдивими, з іншого – сприймати думки суто, як думки, не занурюючись у них повністю й дозволяючи їм минати, не впливаючи на поведінку та загальний настрій.

До того ж, таким чином «розхитується» та стає під сумнів ймовірна негативна картина світу учасника, й він вчиться критично сприймати деякі власні стійкі переконання, глибинні твердження, на кшталт: «Нічого доброго мені вже не світить у житті», «Всі мені винні» тощо.

3. Емоції та фізіологічний компонент, увага до яких досягається шляхом включення у програму навчання називання та вимірювання інтенсивності своїх емоцій і почуттів, а також через розуміння впливової сили думок на емоційний і тілесний стан людини.

4. Орієнтація поведінки комбатанта на використання здобутих під час реабілітації навичок у реальному житті (через відповідні домашні завдання), і зокрема практикування техніки вирішення проблем. Це допомагає підкоригувати поведінку та її наслідки, що дає змогу зробити ще один суттєвий крок у розриванні деструктивних підтримуючих циклів.

5. Соціальне середовище й підтримка близьких, побратимів та командування й суспільства, без чого соціально-психологічна реабілітація може дати досить слабкий результат. Тому близьким комбатантів варто завчасно готувати себе, що їхня рідна людина на війні вже змінилася, а до перемоги

зміниться іще більше, вона потребуватиме багато розуміння, прийняття та підтримки від свого найближчого кола і це дуже суттєво для її поступового соціально-психологічного відновлення. Побратимів та командування відповідальний психолог також має інформувати про те, що частина групи, що пережила сильний бойовий стрес, деякий час потребуватиме трохи зменшеного психологічного та фізичного навантаження, щоб відновитися й знову адаптуватися до реалій війни. Суспільство ж уже сьогодні має звикати сприймати комбатантів, як героїв, яким ми завдячуємо життям та свободою й дякувати їм, через соціальну лояльність, систему пільг та знижок, допомогу ветеранам у працевлаштуванні, гідну оплату праці та забезпечення власним житлом. Тому для суспільства також слід створювати спеціальні просвітницькі психологічні програми, де роз'яснювати особливості психологічного мікроклімату сучасного українського суспільства та ролі в ньому військовослужбовців (зокрема як кожен українець може сприяти встановленню теплих взаємин у воєнному/пovoєнному суспільстві та сприяти його психологічному оздоровленню).

Визначальним при поверненні/зародженні надії в учасників групи реабілітації є щира переконаність психолога в ефективності як самої програми, так і групового формату роботи загалом. Збагнути це допомагають окремі результати досліджень І. Ялома стосовно цілющих факторів, присутніх саме у груповій роботі (адаптуємо під контекст реабілітаційної програми):

- Інформування: учасник групи отримує багато інформації, релевантної його ситуації від психолога та інших учасників групи.
- Надія: спостерігаючи, як у інших людей змінюється на краще психологічний стан, учасник нарощує свою надію і віру в покращення.
- Універсальність страждань: виходить із розуміння того, що ти не самотній, що інші люди також можуть мати подібні переживання та страждання.

- Альтруїзм: учасник групи не тільки приймає допомогу, але й сам її надає, стаючи більш упевненим у собі і нарощуючи віру у власні сили.
- Розвиток навичок спілкування: в безпечній атмосфері групи, учасник може попрактикуватися в нових способах спілкування, а також усвідомити дисфункційність старих.
- Наслідування: наслідуючи інших, та психолога групи, учасник може також здобути чимало додаткових корисних поведінкових навичок.
- Групова згуртованість: учасники реабілітаційного процесу налагоджують взаємодію між собою, формується дружня атмосфера, зароджується взаємна довіра й бажання бути в групі, розповідати про себе та вислуховувати інших.
- Катарсис: реабілітація дає можливість виразити свої сильні почуття, досягнути емоційного вивільнення та певного рівня усвідомлення власного стану [3, с. 37; 63].

Щоб активувати ці ресурси, відповідальний психолог повинен, окрім пропозиції технік та вправ на домашнє виконання, давати учасникам групи багато простору для спілкування, максимально підтримувати досягнення кожного з комбатантів у процесі відновлення, поводитися не директивно, витримуючи здоровий організаційний баланс, щоб реабілітаційна робота у групі не перетворилася суто на «групу зустрічей» (адже вона має зберігати хоч і не явний, але суттєвий терапевтичний компонент, професійно визначений та ненав'язливо реалізований психологом).

## ВИСНОВКИ

Теоретико-експериментальне дослідження проблеми проведення соціально-психологічної реабілітації особистості в умовах війни (зокрема особистості комбатанта) дало нам можливість зробити наступні висновки:

1. Реабілітація як процес відновлення фізичних, психічних та соціальних ресурсів військовослужбовців повинна мати інтегративний характер, включати заходи психотерапевтичні, психодіагностичні, психокорекційні, профілактичні, профорієнтаційні, використовуючи як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної роботи (консультування, групова корекція, аутотренінг, саморегуляція тощо). Ефективні реабілітаційні заходи спрямовуються не лише на виведення людини з кризового стану, а і на розвиток нових життєво важливих умінь. Успішними є результати соціально-психологічної роботи, коли не лише з'ясовуються причини розладів, а і формується у військовослужбовця потреба в особистісному зростанні та розвиткові закладених можливостей.

Соціально-психологічна реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги. Основними принципами соціально-психологічної реабілітації є: принцип максимальної наближеності реабілітаційних заходів до запитів і потреб кожного учасника реабілітаційного процесу; принцип невідкладності; принцип єдності психосоціальних і психофізіологічних методів впливу (єдність реабілітації та лікування); принцип послідовності та ієрархічності реабілітаційних заходів; принцип різнобічності (різноплановості) зусиль; принцип партнерства, співпраці; відповідність реабілітаційних заходів адаптаційним можливостям особистості військовослужбовців; участь у реабілітаційному впливі командирів, медичних працівників, психологів, офіцерів органів виховної роботи, товаришів по службі.

2. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців проводиться тільки після виведення їх із зони бойових дій. Будучи по суті процесом відновлення психологічних, фізичних та соціальних ресурсів особистості з урахуванням негативного впливу стресових факторів на військовослужбовців в умовах ведення бойових дій, вона має носити інтегративний характер, включати комплекс заходів (психотерапевтичні, психодіагностичні, психокорекційні, профілактичні й профорієнтаційні), використовувати в ході них як індивідуальні, так і групові форми психосоціальної роботи (консультування, групову корекцію, аутотренінг, саморегуляцію тощо).

Кожен психолог, залучений до соціально-психологічної реабілітації, повинен добре розуміти специфіку запитів цієї цільової аудиторії, зокрема і запитів на психологічну допомогу після травмуючої події, отриманої комбатантом в умовах війни. Військовослужбовцям під час проведення бойових дій можуть бути характерні наступні змінені психічні стани: бойова стресова реакція (початковий прояв дезадаптаційних розладів), бойова втома та ПТСР, а також реактивні стани як найважчі форми бойової психіатричної патології. Основною реакцією військовослужбовця на бойові події є бойовий стрес, відмінною особливістю якого є наявність стрес-факторів бойової обстановки.

Первинною метою психологічної допомоги при травматичних стресах є звільнення комбатанта від нав'язливих спогадів про минуле й від інтерпретації наступних емоційних переживань, як нагадувань про травму, а також сприяння в тому, щоб він міг поступово й відповідально включатися в сьогодення. Для цього психолог має допомогти клієнту повернути контроль над своїми емоційними реакціями та знайти належне місце відповідним травматичним подіям в загальній часовій перспективі свого життя й особистої історії. Стратегії психотерапії, що допомагають забезпечити ефективну соціально-психологічну реабілітацію: підтримка адаптивних навичок Я (створення позитивного ставлення до психологічної допомоги); формування позитивного ставлення до

симптомів (навчити клієнта сприймати свої розлади, як нормальні для тих ситуацій, які він пережив, запобігши цим самим його подальшій травматизації через існування цих розладів); зниження уникання, оскільки прагнення клієнта уникати всього, що пов'язано з психічною травмою, заважає йому належним чином переробити її досвід; зміна атрибуції сенсу (зміна змісту, який клієнт надає перенесеній психічній травмі і створення у нього відчуття контролю над травмою). Тож психологові необхідно організовувати терапію, орієнтуючись на три ключові завдання в роботі з комбатантами, які пережили значний бойовий стрес: зниження тривоги, відновлення почуття особистісної цілісності, відновлення відчуття контролю над подіями.

3. Результати експериментального дослідження засвідчили, що великий відсоток військовослужбовців потребує групової та індивідуальної соціально-психологічної реабілітації. І якщо першу можна організувати хоча би в скороченому вигляді протягом тимчасового відведення окремих батальйонів на відновлення боєздатності, то для другої доведеться зачекати ротацію. А у випадках важких форм депресії, ПТСР чи симптомів інших психічних розладів комбатанта слід терміново порекомендувати на ВЛК і відправлення на реабілітацію до спеціалізованих лікувальних закладів для повноцінної реабілітації.

4. Розроблено рекомендації з надання належної психологічної допомоги та проведення соціально-психологічної реабілітації для комбатантів ЗСУ. Робота психолога в умовах війни передбачає: кризове консультування, проведення групових бесід, спрямованих на реагування, опрацювання психотравмівного досвіду бойових дій, психоосвіту – роз'яснення щодо можливих проявів стресу, виснаження та психотравматизації, навчання методів першої психологічної допомоги, самовідновлення, саморегуляції, підвищення психологічної обізнаності командного складу, організацію культурних заходів. За запитом командування проводиться психодіагностика, виявлення



військовослужбовців із ознаками психічних розладів (ПТСР, клінічна депресія тощо), складаються висновки й розробляються рекомендації стосовно подальших реабілітаційних заходів.

Приводити до ладу емоції найкраще за допомогою дихальних практик, адже дихання є не тільки найважливішою функцією життєдіяльності організму, але й ефективним способом впливу на тонус м'язів і емоційні центри мозку. Комбатант має запам'ятати, що повільне і глибоке дихання знижає збудливість нервових центрів і сприяє м'язовому розслабленню, а часте дихання – навпаки, спричиняє високий рівень активності організму. Вдих активує психічний тонус, а видих його знижує. Подібне регулювання ритму дихання, тривалості вдиху і видиху, людина здатна самостійно покращити роботу більшості функцій організму, зокрема і психічних. Тому будь-якій особистості в умовах війни не завадить засвоїти наступні вправи з символічними назвами «Вимикач», «Квадратне дихання», «Абажур», «Лимон» та «Морозиво».

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Агаєв Н. А., Коқун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців: методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Бінов О. А. Вплив бойового стресу на особистість військовослужбовця. *Гене́за буття особистості: III Міжнародна науково-практична конференція*. К.: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2017. с. 161-162.
3. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп: навчальний посібник. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.
4. Гриб А. Є. Соціальна дезадаптація учасників бойових дій та особливості її профілактики та психокорекції. *Актуальні питання медичної психології*. 2006. URL : <http://medpsychology.pp.ua>
5. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах: методичні рекомендації. / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін. Харків, 2014. 79 с.
6. Дуб В. Г. Реабілітаційна психологія: методичні матеріали до семінарських занять: для студентів ВНЗ / В. Г. Дуб. Дрогобич: Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2017. 92 с.
7. Коқун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
8. Коқун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Особливості надання

психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посіб. К.: 7БЦ, 2023. 175 с.

9. Коцан І. Я. Психологія здоров'я людини: навч. посіб. / І. Я. Коцан, Г. В. Ложкін, М. І. Мушкевич. Луцьк : РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2009. 316 с.

10. Кравченко К. О., Тімченко О. В., Широбоков Ю. М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців – учасників антитерористичної операції: монографія. Харків: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.

11. Курченко Є., Мороз Р., Цуканова Т. Подолання бойового стресу та його психологічних наслідків. Миколаїв: Вид-во «КВІТ», 2015. 64 с.

12. Ларіна Т. О. Соціально-психологічна реабілітація особистості: покрокове набуття життєздатності. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 42. С.139–147.

13. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. психол. наук: спец. 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / В. О. Лесков. Хмельницький, 2008. 22 с.

14. Лісова О. С. Психологія суїцидальної поведінки. Чернівці: [б. в.], 2004. 233 с.

15. Логвиненко О. І., Тимошук О. В. Врахування детермінантів професійної деформації працівників ОВС як фактор запобігання суїцидальним проявам. *Психологія суїцидальної поведінки: діагностика, корекція, профілактика*: зб. наук. праць. Київ : РВВ КІВС, 2000. С. 103–106.

16. Мисула І. Р., Вакуленко Л. О. Медична та соціальна реабілітація. Тернопіль: ТДМУ, 2005. 402 с.

17. Недвига О. В. Психологічне забезпечення професійної діяльності військовослужбовців-саперів в особливих умовах діяльності : дис. ... канд.

псих. наук: 19.00.09. Київ, 2019. 257 с. URL : <https://nuou.org.ua/assets/dissertations/diser/diser-nedvyha.pdf>.

18. Неурова А. Б., Романишин А. М. Психологія індивідуальної роботи з військовослужбовцями: навчально-методичний посібник. К: «Центр учбової літератури», 2023. 336 с.

19. Осадько Л. Ю. Саногенний потенціал особистості: комунікативний підхід до концептуалізації феномена. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*: зб. К.: Міленіум, 2014. Вип. 34 (37). С. 184–197.

20. Основи психологічного консультування (лекційний курс): навч.-метод. посіб. / уклад. Б. А. Якимчук, І. П. Якимчук. Умань: ПП Жовтий О. О., 2013. 204 с.

21. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / Гридковець Л. та ін.; за заг. ред. Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с.

22. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у · комбатантів / М. М. Денисенко та ін. *Український вісник психоневрології*. 2017. Т. 25, № 2.

23. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. 225 с.

24. Осьодло В. І., Грилюк С. М., Тютюнник Л. Л. Сучасний стан та перспективи психологічного забезпечення у Збройних Силах України. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. Дніпро: Гельветика, 2021. № 1. С. 89–98.

25. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика (монографія) / В. І. Цимбалюк, В. В. Стеблюк, О. В. Друзь та ін.; за ред. В. І. Цимбалюка. ВСВ «Медицина», 2021. 256 с.

26. П'юселік Ф. У вас є зо п'ять років, щоби змінити катастрофічний для країни сценарій. 2017. URL: [https://kurs.if.ua/articles/frenk\\_pyuselik\\_u\\_vas\\_ie\\_zo\\_pyat\\_rokiv\\_shchoby\\_zminyty\\_katastrofichnyy\\_dlya\\_krainy\\_stsenariy\\_52146.html](https://kurs.if.ua/articles/frenk_pyuselik_u_vas_ie_zo_pyat_rokiv_shchoby_zminyty_katastrofichnyy_dlya_krainy_stsenariy_52146.html).
27. Пам'ятка військовослужбовцю під час підготовки до бою та в бою / упоряд.: авторський колектив психологічної кризової служби м. Миколаєва. К: Вид. дім «СКІФ», 2022. 60 с.
28. Перегончук Н. В., Чумак Т. О. До проблеми соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців в умовах антитерористичної операції. *Вісник післядипломної освіти*. Вип. 3. 2017. С. 131–141.
29. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я: Закон України від 03.12.2020 № 1053-IX. Ст.17. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
30. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / за ред. З. Г. Кісарчук. К. : ТОВ Видавництво «Логос». 2020. 207 с.
31. Психологія соціальної роботи: підручник (2-е вид., допов.) / за ред. Ю. М. Швалба. К. : «Основа», 2014. 414 с.
32. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям: колективна монографія / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник та ін.; за заг. ред. М. І. Мушкевич. Луцьк: Вежа-Друк, 2016. 260 с.
33. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України : методичний посібник / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська, Л. В. Корня. К: ФОП Маслаков, 2019. 288 с.
34. Романовська Д. Д. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти: навчальний посібник. Чернівці: Технодрук, 2014. 133 с.

35. Чуйко О. В. Соціальна реабілітація: підходи до змістових характеристик процесу. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2015. №4. С.152–158.
36. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій: практичний посібник / Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.; за наук. ред. Т. М. Титаренко. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2019. 220 с.
37. Стеблюк В., Проноза-Стеблюк К. Травма та травмотерапія: історія та сьогодення. *Український вісник психоневрології*. 2018. №2. С. 22–25.
38. Столяренко О. Б. Психологія особистості: навч. посіб. К.: Центр учбової літератури, 2012. 280 с.
39. Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту: монографія / В. С. Гічун, А. Г. Кириченко, В. М. Корнацький та ін. Дніпро: Акцент ПП, 2019. 324 с.
40. Талєб Н. Н. Рискуюя собственной шкурой: Скрытая асимметрия повседневной жизни: пер. с англ. М: КоЛибри, АзбукаАттикус, 2018. 384 с.
41. Талєб Н. Н. Черный лебедь. Под знаком непредсказуемости: пер. с англ. 2-е изд. М: КоЛибри, Азбука-Аттикус, 2014. 736 с.
42. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін.; за ред. З. Г. Кісарчук. К: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
43. Титаренко Т. М. Життєвий вибір як рушійна сила особистісної світобудови. Особистісний вибір: психологія відчаю та надії. К.: Міленіум, 2005. С. 9–46.
44. Титаренко Т. М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. К.: Либідь, 2003. 375 с.

45. Титаренко Т. М. Життєві завдання особистості як соціально-психологічний чинник моделювання майбутнього. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*: зб. статей. К.: Міленіум, 2007. Вип. 16 (19). С. 304–311.
46. Титаренко Т. М., Ларіна Т. О. Життєстійкість особистості: соціальна необхідність та безпека. К.: Марич, 2009. 76 с.
47. Титаренко Т. М., Кляпець О. Я. Запобігання емоційному вигоранню в сім'ї як фактор гармонізації сімейних взаємин : наук.-метод. посіб. К. : Міленіум, 2007. 142 с.
48. Титаренко Т. М. Наративні практики організації особистісного майбутнього. *Наукові студії із соціальної та політичної психології* : зб. статей. К.: Міленіум, 2009. Вип. 22 (25). С. 11–18.
49. Титаренко Т. М. Нариси до соціально-психологічної теорії особистісного життєконструювання. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*. 2014. Вип. 5. С. 172–186.
50. Титаренко Т. М. Особистісне підґрунтя ефективного життєздійснення. *Педагогічна і психологічна науки в Україні*: зб. наук. праць до 15-річчя АПН України: у 5 т. Т. 3. Психологія, вікова фізіологія, дефектологія. К.: Педагогічна думка, 2007. С. 127–136.
51. Титаренко Т. М. Посттравматичне життєтворення: способи досягнення психологічного благополуччя: монографія. Кропивницький: Імекс-ЛТД, 2020. 160 с.
52. Титаренко Т. М. Соціально-конструктивістська природа життєвих завдань особистості. *Наукові студії із соціальної та політичної психології* : зб. статей. К.: Міленіум, 2008. Вип. 19 (22). С. 131–139.
53. Титаренко Т. М. Соціально-психологічна реабілітація особистості: етапи, технології, техніки. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2018. Вип. 41. С. 157–167.

54. Титаренко Т. М. Соціально-психологічна теорія особистісного життєконструювання: здобутки і перспективи. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*. 2016. Вип. 37. С. 3–13.
55. Титаренко Т. М. Соціально-психологічні чинники постановки особистістю життєвих завдань. *Наукові студії із соціальної та політичної психології*: зб. статей. К.: Міленіум, 2009. Вип. 23(26). С. 97–105.
56. Титаренко Т. М. Сучасна психологія особистості. К. : Марич, 2009. 232 с.
57. Ушакова І. М., Чернова О. В. Проблема психологічної реабілітації працівників ДСНСУ, які виконували свої професійні обов'язки в зоні збройного конфлікту. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2016. Вип. 19. С. 242–251.
58. Федоренко Р. П., Шкарлатюк К. І., Федоренко Р. П. Психологічний практикум з консультування: зміст, прийоми, технології: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Луцьк: СНУ ім. Лесі Українки, 2012. 200 с.
59. Фізична реабілітація, спортивна медицина: підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / В. В. Абрамов, В. В. Клапчук, О. Б. Неханевич та ін. Дніпропетровськ, Журфонд, 2014. 456 с.
60. Хоружий С. М. Практикум з індивідуального психологічного консультування у соціальній роботі. Київ – Одеса: Фенікс, 2022.
61. Хоружий С. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О., Олійник В. О., Сириця М. В. Практикум з індивідуального психологічного консультування військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей: навч.-метод. посіб. К.: ТОВ «7БЦ», 2023. 90 с.
62. Царенко Л., Вебер Т., Войтович М., Гриценко Л., Кочубей В., Гридковець Л. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.



63. Як будувати власне майбутнє: життєві завдання особистості: монографія / Т. М. Титаренко, О. Г. Злобіна, Л. А. Лепіхова та ін. Кіровоград: Імекс-ЛТД, 2012. 512 с.

64. Stephen J. What Doesn't Kill Us: The New Psychology of Posttraumatic Growth Paperback. *Basic Books; Illustrated edition*. 2013. 289 p.

65. Ryff C. D., Singer B. H. Know thyself and become what you are: a eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*. 2008. Vol. 9. P. 13–39.

## ДОДАТКИ

Додаток А

### Диференціальна діагностика депресивних станів В. А. Жмурова

Джерело: 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.

Методика розроблена з метою виявлення депресивного стану. Вона дає можливість встановити тяжкість (рівень) депресивного стану на момент дослідження.

#### Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) \_\_\_\_\_  
Дата обстеження \_\_\_\_\_ Вік \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_  
Посада (підрозділ) \_\_\_\_\_  
Спеціальність \_\_\_\_\_ Військове звання \_\_\_\_\_

Інструкція: «Виберіть найбільш прийнятний варіант відповіді (0, 1, 2 або 3) у кожній з 44 груп суджень про психічний стан. Обраний варіант відповіді обведіть кружечком в реєстраційному бланку напроти номера відповідної групи».

№ групи	Варіанти відповідей			
	0	1	2	3
1	0	1	2	3
2	0	1	2	3
3	0	1	2	3
4	0	1	2	3
5	0	1	2	3
6	0	1	2	3
7	0	1	2	3
8	0	1	2	3
9	0	1	2	3
10	0	1	2	3
11	0	1	2	3
12	0	1	2	3
13	0	1	2	3
14	0	1	2	3
15	0	1	2	3
16	0	1	2	3

17	0	1	2	3
18	0	1	2	3
19	0	1	2	3
20	0	1	2	3
21	0	1	2	3
22	0	1	2	3
23	0	1	2	3
24	0	1	2	3
25	0	1	2	3
26	0	1	2	3
27	0	1	2	3
28	0	1	2	3
29	0	1	2	3
30	0	1	2	3
31	0	1	2	3
32	0	1	2	3
33	0	1	2	3
34	0	1	2	3
35	0	1	2	3
36	0	1	2	3
37	0	1	2	3
38	0	1	2	3
39	0	1	2	3
40	0	1	2	3
41	0	1	2	3
42	0	1	2	3
43	0	1	2	3
44	0	1	2	3

#### Текст опитувальника

1.

0 Мій настрій зараз не більше пригнічений (сумний), ніж звичайно.

1 Мабуть, він більш пригнічений (сумний), ніж звичайно.

2 Так, він більш пригнічений (сумний), ніж звичайно.

3 Мій настрій набагато більше пригнічений (сумний), ніж звичайно.

2.

0 Я відчуваю, що у мене немає тужливого (жалобного) настрою.

1 У мене іноді буває такий настрій.

2 У мене часто буває такий настрій.

3 Такий настрій буває у мене постійно.

3.

0 Я не відчуваю себе так, ніби я залишився (лась) без чогось дуже важливого для мене.

1 У мене іноді буває таке відчуття.

2 У мене часто буває таке відчуття.

3 Я постійно відчуваю себе так, ніби я залишився (лась) без чогось дуже важливого для мене.

4.

0 У мене не буває відчуття, ніби моє життя зайшло в глухий кут.

1 У мене іноді буває таке відчуття.

2 У мене часто буває таке відчуття.

3 Я постійно відчуваю себе так, ніби моє життя зайшло в глухий кут.

5.

0 У мене не буває відчуття, ніби я постарів (ла).

1 У мене іноді буває таке відчуття.

2 У мене часто буває таке відчуття.

3 Я постійно відчуваю, ніби я постарів (ла).

6.

0 У мене не буває станів, коли на душі дуже важко.

1 У мене іноді буває такий стан.

2 У мене часто буває такий стан.

3 Я постійно перебуваю в такому стані.

7.

0 Я відчуваю себе спокійно за своє майбутнє, як звичайно.

1 Мабуть, майбутнє турбує мене дещо більше, ніж зазвичай.

2 Майбутнє турбує мене значно більше, ніж зазвичай.

3 Майбутнє турбує мене набагато більше, ніж зазвичай.

8.

0 У своєму минулому я бачу поганого не більше, ніж зазвичай.

1 У своєму минулому я бачу поганого дещо більше, ніж зазвичай.

2 У своєму минулому я бачу поганого значно більше, ніж зазвичай.

3 У своєму минулому я бачу набагато більше поганого, ніж зазвичай.

9.

0 Надій на краще у мене не менше, ніж зазвичай.

1 Таких надій у мене трохи менше, ніж зазвичай.

2 Таких надій у мене значно менше, ніж зазвичай.

3 Надій на краще у мене набагато менше, ніж зазвичай.

10.

0 Я боязкий (ка) не більше звичайного.

1 Я боязкий (ка) дещо більше звичайного.

2 Я боязкий (ка) значно більше звичайного.

3 Я боязкий (ка) набагато більше звичайного.

11.

0 Хороше мене радує, як і раніше.

1 Я відчуваю, що воно радує мене дещо менше чим раніше.

2 Воно радує мене значно менше чим раніше.

3 Я відчуваю, що воно радує мене набагато менше чим раніше.

12.

0 У мене немає відчуття, що моє життя не має сенсу.

1 У мене іноді буває таке відчуття.

2 У мене часто буває таке відчуття.

3 Я постійно відчуваю себе так, ніби моє життя не має сенсу.

13.

0 Я образливий (а) не більше, ніж зазвичай.

1 Мабуть, я трохи більш образливий (а), ніж звичайно.

2 Я образливий (а) значно більше, ніж зазвичай.

3 Я образливий (а) набагато більше, ніж зазвичай.

14.

0 Я отримую задоволення від приємного, як і раніше.

1 Я отримую таке задоволення дещо менше, ніж раніше.

2 Я отримую таке задоволення значно менше, ніж раніше.

3 Я не отримую тепер задоволення від приємного.

15.

0 Зазвичай я не відчуваю провини, якщо немає на це причини.

1 Іноді я відчуваю себе так, ніби в чомусь я винен (на)

2 Я часто відчуваю себе так, ніби в чомусь я винен (на).

3 Я постійно відчуваю себе так, ніби в чомусь я винен (на).

16.

0 Якщо щось у мене не так, я звинувачую себе не більше звичайного.

1 Я звинувачую себе за це дещо більше звичайного.

2 Я звинувачую себе за це значно більше звичайного.

3 Якщо щось в мене не так, я звинувачую себе набагато більше звичайного.

17.

0 Зазвичай у мене не буває ненависті до себе.

1 Іноді буває, що я ненавиджу себе.

2 Часто буває так, що я себе ненавиджу.

3 Я постійно відчуваю, що я ненавиджу себе.

18.

0 У мене не буває почуття, ніби я загруз (ла) в гріхах.

1 У мене іноді тепер буває це почуття.

2 У мене часто буває тепер це почуття.

3 Це почуття у мене тепер не проходить.

19.

- 0 Я звинувачую себе за провини інших не більше звичайного.
- 1 Я звинувачую себе за них дещо більше звичайного.
- 2 Я звинувачую себе за них значно більше звичайного.
- 3 За проступки інших я звинувачую себе набагато більше звичайного.

20.

- 0 Стан, коли все здається безглуздим, у мене зазвичай не буває.
- 1 Іноді у мене буває такий стан.
- 2 У мене часто буває тепер такий стан.
- 3 Цей стан у мене тепер не проходить.

21.

- 0 Почуття, що я заслужив (ла) на кару, у мене не буває.
- 1 Тепер іноді буває.
- 2 Воно часто буває у мене.
- 3 Це почуття у мене тепер практично не проходить.

22.

- 0 Я бачу в собі не менше хорошого, ніж раніше.
- 1 Я бачу в собі дещо менше хорошого, ніж раніше.
- 2 Я бачу в собі значно менше хорошого, ніж раніше.
- 3 Я бачу в собі набагато менше хорошого, ніж раніше.

23.

- 0 Зазвичай я думаю, що в мені поганого не більше, ніж в інших.
- 1 Іноді я думаю, що в мені поганого більше, ніж в інших.
- 2 Я часто так думаю.
- 3 Я постійно думаю, що поганого в мені більше, ніж в інших.

24.

- 0 Бажання померти у мене не буває.
- 1 Це бажання у мене іноді буває.
- 2 Це бажання у мене буває тепер часто.
- 3 Це тепер постійне моє бажання.

25.

- 0 Я не плачу.
- 1 Я іноді плачу.
- 2 Я плачу часто.
- 3 Я хочу плакати, але сліз у мене вже немає.

26.

- 0 Я не відчуваю, що я дратівливий (ва).
- 1 Я дратівливий (ва) дещо більше звичайного.
- 2 Я дратівливий (ва) значно більше звичайного.
- 3 Я дратівливий (ва) набагато більше звичайного.

27.

0 У мене не буває станів, коли я не відчуваю своїх емоцій.

1 Іноді у мене буває такий стан.

2 У мене часто буває такий стан.

3 Цей стан у мене тепер не проходить.

28.

0 Моя розумова активність ніяк не змінилася.

1 Я відчуваю тепер якусь «неясність» у своїх думках.

2 Я відчуваю тепер, що я сильно «отупів (ла)», («у голові мало думок»).

3 Я зовсім ні про що тепер не думаю («голова пуста»).

29.

0 Я не втратив (ла) інтерес до інших людей.

1 Я відчуваю, що колишній інтерес до людей дещо зменшився.

2 Я відчуваю, що мій інтерес до людей набагато зменшився.

3 У мене зовсім пропав інтерес до людей («я нікого не хочу бачити»).

30.

0 Я приймаю рішення, як і зазвичай.

1 Мені важче приймати рішення, ніж зазвичай.

2 Мені набагато важче приймати рішення, ніж зазвичай.

3 Я вже не можу сам (а) ухвалити ніяких рішень.

31.

0 Я не менш привабливий (а), ніж звичайно.

1 Мабуть, я дещо менш привабливий (а), ніж зазвичай.

2 Я значно менш привабливий (а), ніж зазвичай.

3 Я відчуваю, що я виглядаю тепер просто потворно.

32.

0 Я можу працювати, як звичайно.

1 Мені дещо важче працювати, ніж зазвичай.

2 Мені значно важче працювати, ніж зазвичай.

3 Я зовсім не можу тепер працювати («все валиться з рук»).

33.

0 Я сплю не гірше, ніж зазвичай.

1 Я сплю дещо гірше, ніж зазвичай.

2 Я сплю значно гірше, ніж зазвичай.

3 Тепер я майже зовсім не сплю.

34.

0 Я втомлююся не більше, ніж зазвичай.

1 Я втомлююся дещо більше, ніж зазвичай.

2 Я втомлююся значно більше, ніж зазвичай.

3 У мене вже немає ніяких сил щось робити.

35.

0 Мій апетит не гірше звичайного.

- 1 Мій апетит дещо гірше звичайного.
- 2 Мій апетит значно гірше звичайного.
- 3 Апетиту у мене тепер зовсім немає.

36.

- 0 Моя вага залишається незмінною.
- 1 Я трохи схуд (ла) останнім часом.
- 2 Я помітно схуд (ла) останнім часом.
- 3 Останнім часом я дуже схуд (ла).

37.

- 0 Я дорожу своїм здоров'ям, як і зазвичай.
- 1 Я дорожу своїм здоров'ям менше, ніж зазвичай
- 2 Я дорожу своїм здоров'ям значно менше, ніж зазвичай.
- 3 Я зовсім не дорожу тепер своїм здоров'ям.

38.

- 0 Я цікавлюся сексом, як і раніше.
- 1 Я дещо менше цікавлюся сексом, ніж раніше.
- 2 Я цікавлюся сексом значно менше, ніж раніше.
- 3 Я повністю втратив (ла) інтерес до сексу.

39.

- 0 Я не відчуваю, що моє «Я» якимось змінилося.
- 1 Тепер я відчуваю, що моє «Я» дещо змінилося.
- 2 Тепер я відчуваю, що моє «Я» значно змінилося.
- 3 Моє «Я» так змінилося, що тепер я не впізнаю себе сам (а).

40.

- 0 Я відчуваю біль, як і зазвичай.
- 1 Я відчуваю біль сильніше, ніж зазвичай.
- 2 Я відчуваю біль слабше, ніж зазвичай.
- 3 Я майже не відчуваю тепер болю.

41.

- 0 Деякі розлади (сухість у роті, серцебиття, закрепи, задуха) у мене бувають не частіше, ніж зазвичай.
- 1 Ці розлади бувають у мене дещо частіше, ніж звичайно.
- 2 Деякі з цих розладів бувають у мене значно частіше, ніж звичайно.
- 3 Ці розлади бувають у мене набагато частіше, ніж звичайно.

42.

- 0 Вранці мій настрій зазвичай не гірше, ніж ближче до ночі.
- 1 Вранці він в мене трохи гірший, ніж ближче до ночі.
- 2 Вранці він в мене значно гірший, ніж ближче до ночі.
- 3 Вранці мій настрій набагато гірший, ніж ближче до ночі.

43.

- 0 У мене не буває спадів настрою навесні (восени).



- 1 Таке якось зі мною було.
- 2 Зі мною таке було два або три рази.
- 3 Зі мною було таке багато разів.

44.

- 0 Поганий настрій у мене буває, але це триває недовго.
- 1 Пригнічений настрій у мене може тривати по тижню, до місяця
- 2 Пригнічений настрій у мене може тривати місяцями.
- 3 Пригнічений настрій у мене може тривати до року і більше.

#### *Обробка результатів*

Визначається сума відзначених номерів відповідей (вони одночасно є балами).

Інтерпретація результатів:

- 1-9 – депресія відсутня, або незначна;
- 10-24 – депресія мінімальна;
- 25-44 – легка депресія;
- 45-67 – помірна депресія;
- 68-87 – виражена депресія;
- 88 і більше – глибока депресія.

## Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

Джерело: 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.

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) - клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення», 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості». П'ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

Інструкція: «Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5». Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці».

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді невірно	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
	1	2	3	4	5
1. До служби в армії у мене було більше друзів ніж зараз.	1	2	3	4	5
2. У мене немає почуття провини за те, що я робив під час служби в армії.	1	2	3	4	5
3. Якщо хтось виведе мене з терпіння, я швидше за все не стримаюся (застосую фізичну силу).	1	2	3	4	5
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про минуле, це виводить мене з рівноваги і завдає мені болю.	1	2	3	4	5
5. Люди, які дуже добре мене знають, мене бояться.	1	2	3	4	5

6. Я здатний вступати в емоційно близькі стосунки з іншими людьми.	1	2	3	4	5
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.	1	2	3	4	5
8. Коли я думаю про деякі речі, які я робив в армії, мені просто не хочеться жити.	1	2	3	4	5
9. Зовні я виглядаю бездушним.	1	2	3	4	5
10. Останнім часом я відчуваю що хочу покінчити з собою.	1	2	3	4	5
11. Я добре засинаю, нормально сплю і прокидаюся тільки тоді, коли треба вставати.	1	2	3	4	5
12. Я весь час задаю собі питання, чому я ще живий, в той час як інші загинули на війні.	1	2	3	4	5
13. У певних ситуаціях я відчуваю себе так, ніби я знову в армії.	1	2	3	4	5
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе більше не спати.	1	2	3	4	5
15. Я відчуваю, що більше не можу.	1	2	3	4	5
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.	1	2	3	4	5
17. Мене досі радують ті самі речі, що й раніше.	1	2	3	4	5
18. Мої фантазії реалістичні і викликають страх.	1	2	3	4	5
19. Я виявив, що мені працювати неважко після демобілізації.	1	2	3	4	5
20. Мені важко зосередитися.	1	2	3	4	5
21. Я без причини плачу.	1	2	3	4	5
22. Мені подобається бути в товаристві інших людей.	1	2	3	4	5
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.	1	2	3	4	5
24. Я легко засинаю.	1	2	3	4	5
25. Від несподіваного шуму я легко здригаюся.	1	2	3	4	5
26. Ніхто, навіть члени моєї родини, не розуміють, що я відчуваю.	1	2	3	4	5
27. Я легка, спокійна, врівноважена людина.	1	2	3	4	5

28. Я відчуваю, що про якісь речі, які я робив в армії, я не зможу розповісти кому-небудь, тому що цього нікому не зрозуміти.	1	2	3	4	5
29. Часом я вживаю алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути або забути про ті речі, які трапилися зі мною, коли я служив в армії.	1	2	3	4	5
30. Я не відчуваю дискомфорту, коли перебуваю в натовпі.	1	2	3	4	5
31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібниці.	1	2	3	4	5
32. Я боюся засинати.	1	2	3	4	5
33. Я намагаюся уникати всього, що могло б нагадати мені про те, що трапилося зі мною в армії.	1	2	3	4	5
34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.	1	2	3	4	5
35. Я відчуваю труднощі в прояві своїх почуттів, навіть по відношенню до близьких людей.	1	2	3	4	5

*«Ключ»*

Відповідь	Номера тверджень
Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ( $\Sigma 1$ ):	1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35
Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ( $\Sigma 2$ ):	2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

*Обробка результатів*

Загальний бал:  $\Sigma 1 + \Sigma 2$ . Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів. Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на “прямі” твердження і відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

*Інтерпретація результатів.* Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР.

За даними В.Ю. Шаніна: - добре адаптовані –  $76 \pm 18$ ; - психічні розлади –  $86 \pm 26$ ; - ПТСР –  $130 \pm 18$ .

Середні значення для Міссісіпської шкали (військовий варіант) за даними Н.В. Тарабріної: Військовослужбовці  $73,76 \pm 19,64$

## Шкала оцінки впливу травматичної події

Джерело: 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.

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

*Інструкція:* «Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття *за останній тиждень*».

Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.				
2. Я не міг спокійно спати вночі.				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.				
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.				
7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.				
8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.				
9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості.				
10. Я був весь час напружений і сильно				

здрігався, якщо щось раптово лякало мене.				
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані.				
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.				
15. Мені було важко заснути.				
16. Мене буквально захлинали нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.				
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.				
18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.				
21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.				
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.				

*«Ключ»*

Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

*Обробка та інтерпретація результатів*

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з «ключем».

Кожен пункт оцінюється: «ніколи» – 0 балів; «рідко» – 1 бал; «іноді» – 3 бали; «часто» – 5 балів.

## Опитувальник рівня агресивності А. Басса - А. Даркі

Джерело: 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.

Опитувальник виявляє такі форми агресивності і ворожих реакцій як: фізична агресія, непрямая агресія, роздратування, негативізм, образа, підозрілість, вербальна агресія, почуття провини.

*Інструкція:* «Вам пропонується ряд тверджень, які стосуються Вашого характеру і поведінки. Прочитайте кожне твердження і вирішіть, вірно воно чи невірно по відношенню до Вас. Якщо Ви згодні з твердженням, то в клітинці з номером питання поставте знак «+» («так», «вірно»), якщо не згодні – знак «-» («ні», «невірно»). Не витрачайте час на роздумування. Найбільш природнім є те рішення, яке першим приходить в голову».

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	42	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75					

### Текст опитувальника

1. Часом я не можу впоратися з бажанням завдати шкоди кому-небудь.
2. Іноді я пліткую про людей, яких не люблю.
3. Я легко дратуюся, але швидко заспокоююсь.
4. Якщо мене не попросять по-хорошому, я прохання не виконаю.
5. Я не завжди отримую те, що мені належить.
6. Я знаю, що люди говорять про мене за мою спиною.
7. Якщо я не схвалюю поступки інших людей, я даю їм це зрозуміти.
8. Коли мені траплялося обдурити кого-небудь, я відчував болючі докори совісті.
9. Мені здається, що я не здатний вдарити людину.
10. Я ніколи не дратуюся настільки, щоб кидатися предметами.
11. Я завжди терпимий до чужих недоліків.
12. Якщо мені не подобається встановлене правило, мені хочеться порушити його.
13. Інші вміють майже завжди користуватися сприятливими обставинами.



14. Мене насторожують люди, які ставляться до мене більш дружелюбно, ніж я очікував.
15. Я часто буваю незгодний з людьми.
16. Іноді мені на розум приходять думки, яких я соромлюся.
17. Якщо хто-небудь першим ударить мене, я не відповім йому тим самим.
18. Коли я дратуюся, я грюкаю дверима.
19. Я набагато більш дратівливий, ніж здається.
20. Якщо хтось вдає з себе начальника, я завжди роблю йому наперекір.
21. Мене трохи засмучує моя доля.
22. Я думаю, що більшість людей не люблять мене.
23. Я не можу втриматися від спору, якщо люди не згодні зі мною.
24. Люди, які ухиляються від роботи, повинні відчувати почуття провини.
25. Той, хто ображає мене і мою сім'ю, напрошується на бійку.
26. Я не здатний на грубі жарти.
27. Мене охоплює лють, коли наді мною глузують.
28. Коли люди вдають із себе начальників, я роблю все, щоб вони не зазнавалися.
29. Майже кожен тиждень я бачу когось, хто мені не подобається.
30. Досить багато людей заздять мені.
31. Я вимагаю, щоб люди поважали мене.
32. Мене пригнічує те, що я мало роблю для своїх батьків.
33. Люди, які постійно знущаються з вас, варті того, щоб їх "кляцнули по носі".
34. Від злості я іноді буваю похмурий.
35. Якщо до мене ставляться гірше, ніж я на те заслуговую, я не засмучуюсь.
36. Якщо хтось намагається вивести мене з себе, я не звертаю на нього уваги.
37. Хоча я і не показую цього, мене іноді мучить заздрість.
38. Іноді мені здається, що наді мною сміються.
39. Навіть якщо я злюся, я не уживаю "сильних" виразів.
40. Мені хочеться, щоб мої гріхи були пробачені.
41. Я рідко даю здачі, навіть якщо хто-небудь вдарить мене.
42. Коли виходить не по-моєму, я іноді ображаюся.
43. Іноді люди дратують мене однією своєю присутністю.
44. Немає людей, яких би я по-справжньому ненавидів.
45. Мій принцип: "Ніколи не довіряти чужим".
46. Якщо хтось дратує мене, я готовий сказати, що я про нього думаю.
47. Я роблю багато такого, про що згодом шкодую.
48. Якщо я розлючуся, я можу вдарити когось.
49. З дитинства я ніколи не проявляв спалахів гніву.
50. Я часто відчуваю себе як порохова бочка, яка готова вибухнути.
51. Якби всі знали, що я відчуваю, мене б вважали людиною, з якою нелегко знаходити спільну мову.

52. Я завжди думаю про те, які таємні причини змушують людей робити щонебудь приємне для мене.
53. Коли на мене кричать, я починаю кричати у відповідь.
54. Невдачі засмучують мене.
55. Я б'юся не рідше і не частіше за інших.
56. Я можу пригадати випадок, коли я був настільки злий, що хапав першийліпший предмет і ламав його.
57. Іноді я відчуваю, що готовий першим почати бійку.
58. Іноді я відчуваю, що життя по відношенню до мене несправедливе.
59. Раніше я думав, що більшість людей говорить правду, але тепер я в це не вірю.
60. Я лаюся тільки зі злості.
61. Коли я поступаю неправильно, я відчуваю докори совісті.
62. Якщо для захисту своїх прав мені потрібно застосувати фізичну силу, я застосовую її.
63. Іноді я висловлюю свій гнів тим, що стукаю кулаком по столу.
64. Я буваю грубуватий стосовно людей, які мені не подобаються.
65. У мене немає ворогів, які б хотіли мені нашкодити.
66. Я не вмію поставити людину на місце, навіть якщо вона на те заслуговує.
67. Я часто думаю, що живу неправильно.
68. Я знаю людей, які здатні довести мене до бійки.
69. Я не засмучуюсь через дрібниці.
70. У мене рідко з'являються думки стосовно того, що люди намагаються розгнівати або образити мене.
71. Я часто тільки погрожую людям, хоча і не збираюся виконувати ці погрози.
72. Останнім часом я став занудою.
73. Під час суперечки я часто підвищую голос.
74. Я намагаюся приховувати своє погане ставлення до людей.
75. Я краще погоджуся з чим-небудь, ніж стану сперечатися.

#### «Ключ»

1. Фізична агресія: «так» = 1, «ні» = 0: 1, 25, 33, 48, 55, 62, 68; «ні» = 1, «так» = 0: 9, 17, 41.
2. Непряма агресія: «так» = 1, «ні» = 0: 2, 18, 34, 42, 56, 63; «ні» = 1, «так» = 0: 10, 26, 49.
3. Роздратування: «так» = 1, «ні» = 0: 3, 19, 27, 43, 50, 57, 64, 72; «ні» = 1, «так» = 0: 11, 35, 69.
4. Негативізм: «так» = 1, «ні» = 0: 4, 12, 20, 28; «ні» = 1, «так» = 0: 36.
5. Образа: «так» = 1, «ні» = 0: 5, 13, 21, 29, 37, 51, 58; «ні» = 1, «так» = 0: 44.
6. Підозрілість: «так» = 1, «ні» = 0: 6, 14, 22, 30, 38, 45, 52, 59; «ні» = 1, «так» = 0: 65, 70.

7. Вербальна агресія: «так» = 1, «ні» = 0: 7, 15, 23, 31, 46, 53, 60, 71, 73; «ні» = 1, «так» = 0: 39, 66, 74, 75.

8. Почуття провини: «так» = 1, «ні» = 0: 8, 16, 24, 32, 40, 47, 54, 61, 67.

Індекс ворожості включає в себе 5 і 6 шкалу, а індекс агресивності включає в себе шкали 1, 2, 7.

Ворожість = Образа + Підозрілість;

Агресивність = Фізична агресія + Непряма агресія + Вербальна агресія.

До особливих реакцій віднесені роздратування, негативізм і почуття провини (3; 4; 8), без яких аналіз ворожих і агресивних реакцій був би недостатньо повним.

*Обробка та інтерпретація результатів*

Підраховується загальна сума збігів з «ключем».

Нормою агресивності є величина її індексу, що дорівнює  $21 \pm 4$ , а ворожості –  $6-7 \pm 3$ .

**Опитувальник самооцінки умінь та навичок, необхідних для  
практичної роботи з клієнтами в процесі індивідуального  
і групового консультування**

*(С.М. Хоружий, Н.С. Лозінська, І.О. Пішко, В.О. Олійник, М.В. Сириця)*

*Інструкція:* «Нижче наводяться уміння та навички, які необхідні консультанту для ефективної взаємодії з клієнтами в процесі індивідуального і групового консультування. Вам необхідно оцінити в себе рівень розвитку цих умінь та навичок, щоб визначитись, які саме потребують удосконалення. Використовуйте, будь ласка, наступну систему оцінок:

«5» – я роблю так у більшості випадків, виявляючи дуже високий рівень компетентності;

«4» – я роблю так у багатьох випадках, виявляючи високий рівень компетентності;

«3» – я роблю так час від часу, виявляючи достатній рівень компетентності;

«2» – я роблю так зрідка, виявляючи доволі низький рівень компетентності;

«1» – я роблю так дуже рідко, виявляючи низький рівень компетентності.

Увага! У бланку відповідей у кожному блоці поставте оцінку навпроти літери відповідного уміння. Питання, що містяться біля кожного із запропонованих для самооцінки умінь, допоможуть Вам бути більш точними і об'єктивними у своїх оцінках.

Будьте уважними і відповідальними!

Блок / питання	Бал
<b>1. Уважне слухання: здатність слухати, розуміти і надавати зворотний зв'язок співрозмовнику</b>	
А) наскільки уважно слухаєте інших людей? чи приділяєте увагу міміці та жестам співрозмовника?	5
Б) чи здатні Ви побачити невідповідність між словами співрозмовника та його невербальними проявами?	5
В) чи здатні Ви вловити не тільки очевидний, але і прихований зміст повідомлення?	5
<b>2. Перефразування: здатність передавати зміст висловлювання своїми словами, не перекручуючи змісту</b>	
А) чи здатні Ви передати сутність слів іншого без механічного повторення?	4
Б) чи додають Ваші формулювання нові відтінки в те, що сказав інший?	5
В) чи усувають Ваші нові формулювання неясності та дають більш чітку картину того, що сказано?	4
<b>3. Прояснення: здатність зосередитись на основних моментах і допомогти іншому отримати яснішу картину того, що він насправді відчуває і переживає</b>	

А) чи допомагають Ваші уточнюючі зауваження розібратися іншим людям у своїх суперечливих почуттях?	4
Б) чи здатні Ви зосереджуватись на головних моментах у висловлюваннях іншої людини, ігноруючи другорядне?	5
В) чи сприяють Ваші уточнення досягненню іншими більш високого рівня саморозуміння?	5
<b>4. Резюмування (підсумовування): здатність звести разом різні теми, визначити спільне і встановити, які думки є переважаючими</b>	
А) чи використовуєте Ви в роботі з клієнтами об'єднання різних тем, як засіб надання більшої цілеспрямованості обговоренню проблем?	4
Б) чи спроможні Ви визначати ключові моменти обговорення та представляти їх у вигляді підсумку в кінці?	4
В) чи здатні Ви визначити з різних аспектів обговорення головну турботу клієнта?	5
<b>5. Постановка запитань: здатність використовувати запитання для стимулювання мислення і поведінки клієнтів, а також уміння уникати взаємодії з клієнтом в режимі «питання – відповідь»</b>	
А) чи використовуєте Ви відкриті питання, щоб глибше вивчити проблему клієнта?	5
Б) чи не зловживаєте Ви запитаннями у спілкуванні з клієнтом?	1
В) чи використовуєте Ви питання «що?», «як?», «коли?», «де?», а не «чому?»	3
<b>6. Інтерпретація: здатність пояснити сенс певної поведінки, вчинків, дій, використовуючи якусь теоретичну модель</b>	
А) чи здатні Ви представити свої інтерпретації у вигляді інтуїтивних припущень?	4
Б) чи усвідомлюєте Ви, коли інтерпретація доречна і своєчасна, а коли ні?	5
В) чи є у Вас схильність занадто швидко позбавляти клієнтів різноманітних почуттів, використовуючи інтерпретацію?	1
<b>7. Конфронтація: здатність піддавати сумніву повідомлення клієнта, використовуючи невідповідності в його оповіді чи поведінці, але таким чином, щоб не викликати негативної захисної реакції</b>	
А) чи усвідомлюєте Ви, коли конфронтація доречна і своєчасна?	5
Б) які запобіжні заходи Ви використовуєте, застосовуючи конфронтацію?	4
В) чи йдете Ви на конфронтацію з судженнями, ідеями, а не з особистостями?	4
<b>8. Відображення почуттів: здатність відтворювати почуття інших, уникаючи при цьому механічного відображення</b>	
А) чи точно Ви ідентифікуєте почуття інших людей?	5
Б) чи сприяє Ваше відображення покращенню контакту і взаємодії?	5
В) чи допомагають Ваші відображення отримати клієнтам точнішу картину того, що вони насправді відчувають?	5

<b>9. Підтримка: здатність надавати підтримку клієнтам у потрібний момент таким чином, щоб вона приносила полегшення</b>	
А) чи звертаєте Ви увагу на прогрес, досягнутий клієнтами?	5
Б) чи використовуєте Ви конструктивну підтримку і заохочення?	5
В) чи спираєтесь Ви на здібності та досягнення клієнтів?	5
<b>10. Співчуття, співпереживання: здатність відчувати суб'єктивний стан інших і передавати це відчуття клієнтам так, щоб вони відчували, що їх розуміють</b>	
А) чи здатні Ви сприйняти світовідчуття іншого і дати йому зрозуміти, що дійсно розумієте його?	5
Б) чи здатні Ви зберігати власну особистісну цілісність, коли співпереживаєте іншому?	5
В) чи маєте Ви достатній життєвий досвід, який може слугувати підґрунтям для розуміння суб'єктивного світу інших?	4
<b>11. Сприяння: здатність допомогти іншим отримати точне уявлення про власні цілі та зробити кроки для їх досягнення</b>	
А) чи розвиваєте Ви автономію клієнтів, допомагаючи їм брати на себе відповідальність за свої слова і вчинки?	5
Б) чи заохочуєте Ви клієнтів до прояву будь-яких почуттів, які вони переживають у процесі вашої спільної роботи?	5
В) чи успішно Ви вчите клієнтів зосереджуватись на самих собі?	5
<b>12. Визначення цілей: здатність взаємодіяти з іншими в напрямку пошуку спільних цілей, а також здатність сприяти іншим у досягненні конкретної мети</b>	
А) чи допомагаєте Ви клієнтам у визначенні чітких і конкретних цілей?	5
Б) чи нав'язуєте Ви клієнтам свої власні цілі, а не співробітнічаєте в процесі вибору?	1
В) чи здатні Ви стимулювати і сприяти клієнтам в отриманні більш чіткої картини їхніх власних цілей?	4
<b>13. Зворотний зв'язок: здатність надавати інформацію клієнтам таким чином, щоб вони могли використовувати її для конструктивних змін у своїй поведінці</b>	
А) чи надаєте Ви клієнтам конкретну і корисну інформацію про своє бачення проблем?	4
Б) чи озвучуєте Ви клієнтам своє сприйняття і ставлення до їхніх дій та вчинків?	1
В) чи надаєте Ви клієнтам, як позитивний, так і негативний зворотний зв'язок?	4
<b>14. Саморозкриття: готовність поділитися з клієнтами будь-якими своїми почуттями стосовно того, що відбувається в цей момент</b>	
А) чи завжди Ви готові у відповідний момент розкрити перед клієнтом свої справжні думки і почуття?	4
Б) чи лякає Вас можлива реакція клієнта на Ваше саморозкриття?	2
В) чи відпрацьовано у Вас саморозкриття належним чином?	4

<b>15. Використання мовчання: здатність ефективно поводитись з мовчанням і тими моментами, що лежать в його основі</b>	
А) чи не лякає Вас тривале мовчання під час роботи з клієнтами?	1
Б) чи здатні Ви розмежувати корисне мовчання і мовчання, як форму опору?	5
В) як Ви реагуєте на мовчання клієнта: ігноруєте його, заохочуєте клієнта до пояснення свого мовчання тощо?	5
<b>16. Завершення: здатність створити такий клімат взаємостосунків, який спонукає би клієнтів до конструктивної активності й після завершення вашої спільної роботи</b>	
А) чи намагаєтесь Ви підштовхнути клієнтів до використання досвіду, якого вони набули з Вами, у повсякденному житті?	5
Б) чи допомагаєте Ви клієнтам змінити ставлення до своєї життєвої ситуації?	5
В) чи обговорюєте Ви з клієнтами їх подальші дії після завершення спільної з Вами роботи?	5

### Бланк відповідей

Підсумуйте бал у кожному блоці й поставте свою оцінку згідно запропонованої шкали у відповідну порожню клітинку навпроти номера оцінюваного уміння.

№ уміння	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
оцінка	15	13	14	13	8	10	13	15	15	14	15	10	9	10	11	15

#### Запитання для самоперевірки:

- Які Ваші уміння набрали найбільше балів, а які – найменше?

*Найбільше набрали ті відповіді, які сприяють встановленню рапорту, розкриттю клієнта на консультації та ефективному пропрацюванню його запиту на психологічну допомогу.*

*Найменше – відповіді на «провокативні» запитання, що перевіряють психолога на рівень компетентності та розуміння специфіки процесу й інструментів проведення ефективної консультації.*

- Проаналізуйте свої відповіді, визначте ті вміння, які у Вас розвинені достатньою мірою, і ті, які ще необхідно удосконалювати.

*Варто удосконалювати готовність до саморозкриття в процесі консультації (на випадок, якщо це буде виправдано ситуацією), здатність краще контролювати власні емоції під час розповіді клієнта та бути більш впевненою в озвученні перевірених досвідом рекомендацій.*

- Чи був очікуваним отриманий Вами результат?

*Результат був очікуваним, оскільки я намагаюсь критично оцінювати свій рівень професіоналізму, як психолог-практик, а також враховую рекомендації супервізорів. Тобто, даний опитувальник допоміг мені переконатися в тому, що я адекватно і реалістично сприймаю себе в професії та маю вірне уявлення стосовно подальшого самовдосконалення.*

