

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ «ПОЛТАВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА
ІМЕНІ ЮРІЯ КОНДРАТЮКА»

Факультет філології, психології та педагогіки
Кафедра психології та педагогіки

Рекомендовано до захисту
«___» _____ 2023р.,
протокол № _____
Зав. кафедри _____
(підпис)

Кваліфікаційна робота
на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕКОМПРЕСІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Виконав: студент 6 курсу, групи 601
ФП

денної форми навчання
спеціальності 053 «Психологія»

Шклярук А.В.

(прізвище та ініціали)

ОПП «Практична психологія»

Керівник: доктор психол. наук,
професор

Седих К.В.

(науковий ступінь та/або вчене звання, прізвище, ініціали)

Рецензент: канд. психол. наук, доцент,
практ. психолог ГО «Центр сучасної
психології»

Чайкіна

Н.О.

(науковий ступінь та/або вчене звання, прізвище, ініціали)

Захищено «___» _____ 2024 р.
кількість балів: _____

значення оцінки _____

Голова Екзаменаційної комісії

Демяник О.В.

(підпис)

(прізвище та ініціали)

Полтава – 2024 року

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕКОМПРЕСІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК ПЕРВИННОГО ЕТАПУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ.....	7
1.1. Психологічні особливості військовослужбовців, які брали участь в бойових діях.....	7
1.2. Психологічне відновлення як аспект адаптації до мирного життя.....	21
1.3. Психологічна характеристика декомпресії військовослужбовців...	28
Висновки до першого розділу	
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕКОМПРЕСІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК ПЕРВИННОГО ЕТАПУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ.....	40
2.1. Огляд і обґрунтування вибору методик оцінювання психологічного стану військовослужбовців під час декомпресії.....	40
2.2. Методики первинного психологічного скринінгу військовослужбовців які повернулися з зони бойових дій.....	43
2.3. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій як методика діагностики військовослужбовців.....	46
2.4. Шкала оцінки впливу травматичної події (за М. Горовицем).....	48
2.5. Методики багатофакторних особистісних опитувальників для оцінювання посттравматичного стресового розладу «Адаптивність 200».....	50
Висновки до другого розділу	
РОЗДІЛ 3 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕКОМПРЕСІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК ПЕРВИННОГО ЕТАПУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ.....	63
3.1. Організація емпіричного дослідження.....	63

3.2. Оцінка посттравматичного стресового розладу військовослужбовців за допомогою первинних опитувальників.....	67
3.3. Оцінювання посттравматичних реакцій військовослужбовців після участі в бойових діях.....	75
3.4. Оцінювання впливу травматичної події на військовослужбовців, які приймали безпосередню участь в бойових діях.....	78
3.5. Оцінювання динаміки психологічного стану та адаптивних можливостей військовослужбовців.....	82
3.6. Оптимізація процесу декомпресії військовослужбовців.....	88
Висновки до третього розділу	
ВИСНОВКИ.....	93
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	95
ДОДАТКИ.....	102

ВСТУП

Актуальність. Майже десятилітня збройна агресія росії проти України зумовила різке збільшення чисельності військовослужбовців, які приймають участь в бойових діях. В умовах повномасштабного вторгнення, яке розпочалося 24 лютого 2022 року серед таких осіб зросла частка військовослужбовців, призваних за мобілізацією. Дія впливу стресових факторів та тривалість бойових дій зумовлює зростання актуальності проблем реабілітації військовослужбовців. Дослідження питання декомпресії військовослужбовців надзвичайно важливе, оскільки є первинним етапом психологічного відновлення і обов'язковою умовою мінімізації негативного впливу війни на психіку воїнів.

Короткий аналіз стану розробки проблеми. Дослідженню зазначеного явища присвячено роботи бельгійських дослідників Еріка де Соера, Х. Хьюза, британських – Н. Джонса, Н. Грінберга, М. Фелтона, С. Уесселі, які зазначене явище досліджували у межах проблем психічного здоров'я особового складу після розгортання. В українській психології і педагогіці проблемі відновлення психологічного здоров'я присвячені роботи І. Приходька, Ю. Бриндікова та інших.

Мета дослідження: дослідити особливості декомпресії військовослужбовців, які приймали участь в бойових діях.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз декомпресії військовослужбовців як первинного етапу психологічного відновлення;
2. Дослідити особливості психологічного стану військовослужбовців в процесі психологічного відновлення та адаптивних можливостей військовослужбовців до виконання бойових завдань;
3. Проаналізувати ступінь впливу травматичної події на військовослужбовців;
4. Окреслити можливості покращення визначеної керівними документами системи декомпресії військовослужбовців.

Об'єкт дослідження. Декомпресія військовослужбовців як первинний етап психологічного відновлення

Предмет дослідження. Особливості декомпресії як первинного етапу психологічного відновлення військовослужбовців

Теоретико-методологічні засади дослідження. Дослідження спирається на низку фундаментальних дослідження вітчизняної та зарубіжної психологічної науки. Зокрема, дослідження психологічних особливостей військовослужбовців займалися Фрейд З., Грін Б., Комар З., Воробйов Г., Живоглядюв Ю., Денисова А., Кокун О., Мацегора Я.. Проблема адаптації та психологічного відновлення військовослужбовців цікавила таких дослідників як Єсін Р., Зайчук О., Бريدнікова Ю., Попелюшко Р., Алещенко В., Шевченко В.. Дослідженням особливостей організації декомпресії військовослужбовців займалися такі вчені як Березовська Р., Ярмольчик М., Джигун Л. та Берегова Н.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань, досягнення мети, використано загальнонаукові методи теоретичного рівня (аналіз, синтез, порівняння, систематизація, узагальнення науково-теоретичних та емпіричних даних), методи емпіричного дослідження (анкетування, опитування) а також методи математичної статистики.

Емпірична база дослідження. Дослідження виконувалось на базах даних громадських організацій. Загальна кількість учасників – 31 військовослужбовець, з них 100% чоловіки від 27 до 58 років. 94% - військовослужбовців призвані за мобілізацією, 6% - військовослужбовці за контрактом. 94% - військовослужбовці сержантського та солдатського складу, 6% - військовослужбовці офіцерського складу.

Наукова новизна дослідження полягає в уточненні, поглибленні, подальшому розвитку наукових уявлень про явище декомпресії військовослужбовців як елементу психологічного відновлення та адаптації до мирного життя.

Теоретичне значення дослідження полягає в детальному аналізі процесу декомпресії військовослужбовців як в теоретичному описі так і в методологічних дослідженнях, виявлення її особливостей, описі її вияву серед військовослужбовців, які перебувають на етапі психологічного відновлення та адаптації до мирного життя.

Практичне значення дослідження полягає в здійсненому дослідженні декомпресійних явищ серед військовослужбовців які повернулися з зони бойових дій. Відповідно отримані результати можна використовувати практичним психологам, медичним психологам, соціальним працівникам та волонтерам, які працюють з ветеранами війни після повернення з зони бойових дій.

Апробація. Основні ідеї та результати дослідження були представлені на науково-практичній конференції "Прояви резилієнтності на різних рівнях системи: сім'я, освіта, суспільство під час війни" (м. Полтава, 23.11.2023). Зміст роботи відображений в 1 публікації.

Структура роботи. Дана магістерська робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел який включає 49 найменувань (45 українською і 4 англійською мовами) та 3 додатки. У першому розділі висвітлені питання теоретичного аналізу проблеми: досліджені психологічні особливості військовослужбовців, які брали участь в бойових діях, проаналізоване питання психологічного відновлення як аспекту адаптації до мирного життя, надана характеристика декомпресії військовослужбовців як первинного етапу реабілітації. У другому розділі подано детальний опис методів, за допомогою яких можна досліджувати декомпресію військовослужбовців, а також описані методики, які використовуються у нашому дослідженні. Третій розділ присвячено опису результатів емпіричного дослідження декомпресії військовослужбовців та надані пропозиції щодо оптимізації процесу декомпресії військовослужбовців. Загалом робота викладена на 101 сторінці друкованого тексту, містить 10 таблиць та 11 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДЕКОМПРЕСІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК ПЕРВИННОГО ЕТАПУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ

Даний розділ присвячений поглибленому вивченню та упорядкуванню теоретичних аспектів декомпресії військовослужбовців як первинного етапу психологічного відновлення: надана характеристика психологічних особливостей у військовослужбовців, вивчене питання психологічної реабілітації військовослужбовців та роль декомпресії в системі реабілітації, зазначені поняття, мета та функції декомпресії, упорядкована нормативно-правова база, яка стосується організації декомпресії військовослужбовців та досліджений міжнародний досвід провідних армій світу щодо організації декомпресії військовослужбовців.

1.1. Психологічні особливості військовослужбовців, які брали участь в бойових діях

Аналізуючи особливості військовослужбовців, слід зазначити що військова служба – це професійна діяльність, яка забезпечується певними особистісними та професійними компетенціями особистості. Праця як основний вид людської діяльності має значний вплив на формування особистості та її психологічний стан. Деякі види діяльності не лише потребують більш високого рівня підготовки та готовності, але й можуть спричинити значний негативний вплив на людину. Військова є діяльністю з певними обмеженнями та особливостями: відсутність звичних умов життя, регламентованість поведінки, визначене коло людей для спілкування[1].

За своїм змістом військова діяльність поділяється на два види: навчально-бойову та бойову. Бойова діяльність проходить в умовах військової сутички, бою, збройного конфлікту. Навчально-бойова діяльність готує

військовослужбовців до можливих бойових дій і відбувається безпосередньо у військових частинах, навчальних військових підрозділах Збройних сил України.

Військова діяльність є більш напруженою, екстремальною порівняно з іншими видами діяльності, їй притаманні несподіваність, раптовість, незвичність, здатність створювати негативні емоційні стани. Найбільш типовими серед яких є: (тривожність, страх, афект, стрес, депресія)[1].

Як зазначає Зоран Комар, професійна діяльність та життєдіяльність військовослужбовця здійснюється в екстремальних умовах військової служби, тим самим ставлячи його постійно в ситуації вибору й випробування на міцність. Бойовій діяльності властиві адаптаційні механізми, але повної адаптації до умов бою ніколи не настає, оскільки людина не в змозі звикнути до постійної загрози її життю. Тому в бойових умовах відбувається зрив адаптації, що впливає на успішність виконання завдання[2].

У дослідженнях Живоглядова Ю. та Денисової А. було виявлено, що менше половини фахівців після виконання службових обов'язків в екстремальних умовах, демонструють здатність продовжувати ефективну дію. Це при тому, що оцінка рівня стійкості до бойового стресу на етапі відбору для служби в ЗСУ показала, що висока стійкість характерна не менше, ніж двом третинам досліджуваних [3].

Кокун О. до негативні психічних станів, які негативно впливають на виконання різних видів діяльності, відносить такі як стрес, нервовопсихічна напруга, стомлення, депресія, тривога та ін. Основним, інтегральним чинником виникнення у людини в процесі виконання діяльності різних негативних психічних станів можна вважати невідповідність її індивідуальних особливостей та кваліфікації умовам та завданням цієї діяльності [4].

Мацегора Я. зазначає, що для вивчення індивідуально-психологічних якостей кандидатів для проходження служби в Збройних Силах України застосовують професійно-психологічний відбір, який має оцінити

психологічну готовність кандидатів на військову службу у відповідності до видів діяльності, для яких вони призначаються [5].

В свою чергу, Кокун О. вважає, що психологічна готовність військовослужбовця до виконання службово-бойових завдань складається з особистісної та функціональної готовності. Перша передбачає наявність чотирьох компонентів, а друга – шести [6].

Структура психологічної готовності військовослужбовця до виконання службово-бойових завдань:

- Особистісна готовність.
 - Моральна готовність.
 - Усвідомлення обов'язку, відповідальності.
 - Усвідомлення небезпеки для власного життя.
 - Усвідомлення соціального та особистісного сенсу службової діяльності.
 - Активна життєва позиція.
 - Самокритичність.
 - Потреба у військово-професійному самовдосконаленні.
 - Вольова готовність.
 - Впевненість у собі.
 - Зібраність, організованість.
 - Сміливість, рішучість.
 - Самоконтроль, витримка.
 - Готовність до ризику.
 - Комунікативна готовність.
 - Комунікабельність.
 - Переконливість.
 - Володіння військово-професійною мовою.
 - Вміння віддавати чіткі команди.
 - Повага до колег, готовність до взаємодопомоги.

- Загальнопсихологічна готовність.
 - Оптимальний рівень особистісної тривожності.
 - Високі здібності до саморегуляції психічного стану.
 - Розвинуті пізнавальні здібності.
 - Розвинуті здібності до планування, моделювання, програмування, оцінки результатів військово-професійної діяльності.
- Функціональна готовність.
 - Мотиваційна готовність.
 - Відданість військовій службі.
 - Переконавання в необхідності власної військової професії
 - Потреба в успішному вирішенні військово-професійних завдань.
 - Бажання досягти успіху в військово-професійній діяльності.
 - Потреба в самовдосконаленні.
 - Когнітивна готовність.
 - Знання військово-професійних обов'язків, функцій.
 - Оцінка їх суспільної значущості.
 - Знання способів, методів, засобів вирішення військовопрофесійних завдань.
 - Адекватність усвідомлення своїх можливостей, здібностей.
 - Знання особливостей та ймовірних змін у службовій діяльності.
 - Креативна готовність.
 - Здатність генерувати ідеї.
 - Гнучкість розуму.
 - Орієнтаційна готовність.
 - Знання про особливості й умови службової діяльності.
 - Знання про вимоги службової діяльності до особистості.

- Операційна готовність.
 - Наявність необхідних військово-професійних умінь і навичок.
 - Володіння способами та прийомами військовопрофесійної діяльності.
 - Здатність до моделювання своєї військово-професійної діяльності та антиципації.
 - Оцінювальна готовність.
 - Адекватність самооцінки власної військово-професійної підготовленості та відповідності результатів вирішення службових задач визначеним вимогам.
- [7].

Водночас, Колесніченко О. вважає, що детермінанти психологічної неготовності до дії в екстремальній ситуації не є достатньо вивченими. У недостатньо психологічно та професійно підготовлених військовослужбовців у кризовій ситуації може сповільнюватися реакція, порушуватися координація, стійкість рухів і дій, послаблюватися увага та пам'ять. Це знижує й ставить під загрозу результативність їх діяльності. Психологічна невідповідність до перебування в екстремальній ситуації, за твердженням О. Колесніченка, може зумовити порушення у функціонуванні психіки особистості, яка виявляється у страху професійної реалізації, агресії, тривожності, непевненості у собі, відчутті меншовартості та агресивності, депресії, суїцидальних проявах [8].

Неготовність особи до перебування у військових умовах зумовлена впливом низки факторів: “недостатня фізична підготовка до військової служби; низька емоційна готовність до військової служби (негативні установки); слабка підготовленість до виконання обов'язків військової служби; цивільний період життя юнака, що проходив у несприятливому соціальному середовищі (молодіжна субкультура пацифістської

спрямованості, шкідливі для життя та здоров'я звички); слабка розвиненість позитивної мотивації на збереження та забезпечення особистої життєдіяльності". Серед критеріїв неготовності також є: відсутність патріотизму, низька професійна та психологічна готовність до діяльності, низький рівень нервово-психічної стійкості, шкідливі звички, слабка мотивація, схильність до депресій та негативізму[9].

Чинники, які в процесі виконання військово-професійної діяльності можуть зумовлювати стресовий вплив поділяють на специфічні і неспецифічні. До першої групи відносять: ситуації, що загрожують життю і фізичній цілісності військовослужбовців; поранення, контузії, травми, каліцтва; загибель близьких людей і товаришів по службі; жахливі картини смерті і людських мук; події, у результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовця. До другої групи відносяться такі стресори: підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя; тривала напружена діяльність; тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб; різкі і несподівані зміни умов служби і життєдіяльності; важкі екологічні умови життєдіяльності; відсутність контактів з близькими; неможливість змінити умови свого існування; інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти; підвищена відповідальність за свої дії; потенційна можливість фізичних і моральних страждань заради досягнення цілей, неясних для військовослужбовця [10].

Характерною рисою бойової обстановки є постійна загроза здоров'ю та життю, в умовах якої військовослужбовець має діяти. Вимоги що пред'являються до особистості перевищують її ресурс. В наслідок цього виникає бойовий стрес.

Попелюшко Р. зазначає, що причинами формування бойового стресу є: жахи війни, страх бути вбитим чи пораненим, хвороби, травми і поранення, фізичне і психічне перенапруження, порушення режимів життєдіяльності, страх не впоратися з обов'язками, невизначеність і дефіцит інформації,

незвичність ситуації, відсутність в колишньому досвіді запасу можливих відповідних реакцій. Число психіатричних втрат зазвичай залежить від рівня втрат вбитими і пораненими. Але важливе значення мають також і соціокультурний контекст, популярність війни, фактор соціальної підтримки [11].

Попелюшко Р. стверджує, що в умовах бойової обстановки формується специфічний комплекс винуватості. Військовослужбовець зазнає значних змін: виникає загострене почуття справедливості, тривожність, вразливість, афективна нестабільність, надмірна пильність, гіпотимія, імпульсивність і підозрілість, схильність до усамітнення, відчуття спустошеності, напруженість міжособистісних відносин, постійна готовність до вибухів люті, аутоагресії. Можуть спостерігатися втрата уваги, зміни зовнішності, втрата ваги, швидке сп'яніння. Ці зміни трактуються як «синдром виживання», або апатична депресія. Трансформація особистості військовослужбовця може виникнути після першого вбивства ворога або після загибелі побратима. Первинна реакція на таку травму може бути зовні непомітною або супроводжуватися гострою психічною дезорганізацією. Після повернення з війни залишається звичка оцінювати оточуюче середовище з погляду потенційної небезпеки, і щонайменша провокація може раптово викликати агресію. Часті дисфорії призводять до алкоголізації і зниження працездатності [11].

В якості одного з наслідків впливу стрес-факторів на особистість, учасника бойових дій, розглядається психічна травма. Існують різні підходи до розуміння цього явища.

Виходячи з різноманітних теорій і практичних досліджень, зміст психічної травми, деякими науковцями, визначається як:

- прорив гіпотетичного захисного механізму, який оберігає психіку від надмірних подразників (З. Фрейд);

- результат великого та інтенсивного роздратування, від якого не можна звільнитися або яке не можна переробити нормальним способом (З. Фрейд);
- переживання, в якому пригнічується актуальне Его і сильне порушення медіаторної функції Его (С. Ферст, А. Солніт, М. Кріс);
- зміни уявлення про власну невразливість (Р. Янофф-Бульман);
- результат взаємодії травматичної події, сприйняття та оцінки її людиною, психічної реакції людини на цю подію (Б. Грін);
- руйнування уявлення про те, що навколишній світ не небезпечний і наповнений змістом, що власна особистість гідна поваги, а інші люди гідні довіри (С. Епштейн);
- послаблення активності або зміна цілісності індивідуального бар'єру психічної адаптації, що супроводжується порушенням «психічного гомеостазу» і зниженням рівня адаптації (Ю.А. Александровський);
- порушення психологічної цілісності, сформованої в дитячі роки (Г. Кадлер);
- результат впливу психотравмуючих подразників, сила яких визначається значимістю патогенної інформації для даного індивіда (А.М. Свядоц) [3]
- порушення психічної захисту та системи значущих переживань (Ф.В. Бассін, В.Е. Рожнов, М.А. Рожнова) [11].

В тих випадках коли особистість зазнає дію стресора, що виходить за рамки звичайного людського досвіду (бойові дії, серйозна загроза для життя чи фізичної цілісності, смерть побратима, поранення або каліцтва отримані в бою, вбивство інших людей) і здатного викликати дистрес практично у кожного, в учасників бойових дій виникає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), у вигляді таких проявів:

1. Уникнення - постійне уникання стимулів, що пов'язані з травмою; поява емоційного збідніння; почуття байдужості до інших людей, що проявляється трьома з наступних розладів:

- зниження здатності до співпереживання і душевної близькості з іншими людьми;
- актуалізація почуття відчуження до оточуючих;
- прикладання зусилля для уникнення думок і почуттів, пов'язаних з бойовою травмою;
- зниження інтересу до значимих раніше для даної людини видів активності;
- здійснення спроб уникання будь-яких дій або ситуацій, здатних стимулювати спогади про бойову травму;
- втрата здатності згадувати важливі аспекти бойової травми (психічна амнезія);
- виникнення відчуття «вкороченого майбутнього» (невпевненість у майбутній кар'єрі, одруженні або тривалості життя) [12].

2. Гіперактивність, яка проявляється, як мінімум, двома з таких моментів:

- виникнення труднощів з концентрацією уваги, у мирний час та при виконанні бойового завдання;
- надлишкова реакція на раптові подразники;
- проявляється підвищений рівень фізіологічної реактивності на події;
- виникнення труднощів з засинанням або спостерігається поверхневий сон;
- з'являється підвищена дратівливість або вибухи гніву;
- спостерігається надмірна пильність;

В разі тривалості цих, первинних, симптомів не менше одного місяця, можна говорити про виникнення, у учасників бойових дій, ПТСР[11].

3. Інтрузія. Травматична подія, учасниками бойових дій, постійно програється одним з наступних способів:

- з'являються несподівані відчуття того, що травматичні події як би знову програються (загострення в пам'яті і переживаннях травматичних подій,

ілюзій, галюцинацій, диссоціативних епізодів), що вони виникають як у стані неспанья, так і у стані алкогольного або наркотичного сп'яніння;

- виникають періодичні нав'язливі дистресуючі спогади подій, що травмували військовослужбовця;
- проявляється інтенсивний психологічний дистрес під впливом подій, що символізують або мають схожість з моментами травматичних подій (річниця події, трагічна музика, певне кольорове забарвлення та ін.);
- з'являються періодично повторювані кошмарні сновидіння, травматичних подій для військовослужбовця[11].

Крім цього, необхідно враховувати, що в умовах мобілізації на військову службу, яка полягає в професійній діяльності придатних до неї за станом здоров'я та віком громадян країн, та пов'язана із захистом своєї Батьківщини, виникає ситуація, за якої до військової діяльності призвані люди, які не мають для неї професійно-психологічної спрямованості[13].

Воробйов Г. стверджує, що психологічні ресурси військовослужбовця витрачаються і через існування високої ймовірності стати учасником бойових дій. Для призовника, який все своє попереднє життя провів у мирних умовах, постає нова реальність, зумовлена збройним конфліктом [14].

Статистика Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) свідчить, що через збройні конфлікти в світі близько 10 % людей, які пережили означені події, матимуть у подальшому серйозні проблеми із психічним здоров'ям, ще у 10% людей спостерігатимуться поведінкові зміни, які заважатимуть раціональному й ефективному функціонуванню у соціумі. Встановлено, що найпоширенішими негативними психічними проявами є тривога, депресія, та психосоматичні проблеми (безсоння, різноманітні болі в області живота та спини) [15].

У міру накопичення емпіричного та теоретичного матеріалу з цієї проблеми у 80-х роках ХХ століття виникла нова галузь психологічної науки – психологія травматичного стресу. Найбільшого поширення та розвитку вона

набула у США, Великій Британії, Франції, Ізраїлі, а згодом і в Росії. Від тоді стресові наслідки почали вивчати не взагалі, а як наслідки бойового стресу, які виникають безпосередньо на полі бою, після його закінчення, а також після певного періоду часу [16].

Було встановлено, що виникненню бойових психічних травм сприяють:

А). Психічне перевантаження воїнів у бойовій обстановці:

- постійна реальна загроза життю;
- жорстка відповідальність за виконання бойового завдання; - недостатність і невизначеність інформації що надходить;
- дефіцит часу під час ухвалення рішення;
- невідповідність рівня військово-професійної підготовленості особистості воїна реальним умовам бойової діяльності;
- негативна психологічна установка воїна до дій у бойових умовах;
- кумулятивний і індуційований варіант перебігу реакцій у групах людей, наприклад, миттєве поширення паніки серед воїнів;
- повна, або часткова ізоляція воїнів від основних сил тощо та ін.

Б). Бойові, фізіологічні перевантаження:

- фізичне виснаження в результаті перенапруження та порушення режиму харчування;
- порушення режиму сну;

В). Умови бойової діяльності:

- виконання розпорядку дня і дисциплінарних вимог;
- організація побуту, забезпечення потреб і запитів воїнів;
- незвичні умови служби та бойових дій (клімат, погода, місцевість);
- переживання особистого характеру.

Блінов О. зазначає, що розуміння та знання вищенаведених причин визначає основні напрямки роботи з психологічної реабілітації [16].

Основні симптоми бойових психічних розладів, отриманих під час ведення бойових дій наведено в таблиці 1.1. [17].

Таблиця 1.1.

Симптоми бойових психічних травм, які викликані напругою на полі бою

Поведінка	Психічний рівень	Тілесний рівень
Гіперактивна форма		
Метання у пошуках укриття, агресивність, істеричний сміх або плач, крики в поєднанні із підвищеною активністю, дратівливість і злість, агресивність щодо оточуючих	Нездатність концентрувати увагу, часткова або повна втрата пам'яті, ускладнене запам'ятовування інформації, підвищена чутливість до шуму, світла та запахів	Ослаблення зору і слуху, часте сечовипускання, розлад шлунку, прискорене, переривисте дихання, порушення циркуляції крові, що призводить до анемії ступнів ніг та кистей рук
Загальмованість		
Стан ступора, апатія, загальмованість рухів, непритомні стани	Порушення логіки і швидкості мислення, порушення критичного сприйняття обстановки і своїх дій, ослаблення волі, зорові і слухові галюцинації	Сильна напруга м'язів, прискорене серцебиття, тиснучі болі у ділянці серця, болі в попереку, болі хірургічних шрамів, старих ран
Загальні симптоми		
Лякливість, незв'язне мовлення, сильне тремтіння		

Спираючись на дослідження Блінова, бойові психічні травми в 3-4 рази збільшують психічну захворюваність в армії і на 10-50% послабляються

боездатність військовослужбовців збройних сил. Нині прийнято вважати, що в умовах сучасної війни питома вага захворювань психоневрологічного профілю складе близько 10% загального числа хворих. Крім того, бойові стресова розлади спостерігаються в 20-30% потерпілих хірургічного і терапевтичного профілів[18].

Бойові психічні травми за ступенем їх важкості поділяють на:

- легкового ступеня – виявляються у надмірній дратівливості, замкненості, втраті апетиту, головних болях, швидкій стомлюваності (короткочасні психологічні реакції);
- середнього ступеня – характеризуються легкими істеричними реакціями, тимчасовою втратою пам'яті, агресивністю, страхом, підвищеною чутливістю до шуму, депресією;
- важкого ступеня – характеризуються порушеннями слуху, зору, психомоторними розладами від безглузвих вчинків до розвитку ступору [19]

Фізичні втрати поділяються на санітарні та безповоротні.

Санітарні втрати бувають двох типів:

- військовослужбовці, які отримали бойові психічні травми, але не отримали поранень організму;
- військові, які мають поранення.

Безповоротними вважаються втрати, за яких військові, з різних причин не можуть повернутися до свого підрозділу: вбиті, непридатні за рішенням військово-лікарської комісії, поранені тощо [20].

За допомогою такого розподілу вдається не тільки розподілити військовослужбовців по медичним закладам, а і за допомогою заходів психічного та психологічного впливу пришвидшити повернення в стрій.

Серед найбільш розповсюджених характеристик розладів, які виникають у військовослужбовців варто відмітити наступні: високий рівень конфліктності, апатія, агресія, низька працездатність, розвиток та загострення хронічних захворювань, прояви алкогольної та наркотичної залежності,

суїцидальні прояви поведінки та як наслідок скорочення середньої тривалості життя.

В ході досліджень Алещенка В. було встановлено, що ПТРС у учасників бойових дій найчастіше виявляються у таких формах :

- втраті сенсу життя та відчуття нереальності свого існування; виникненні почуття наближення катастрофічних змін у житті;
- несподіваних для самого військовослужбовця зміни сприйняття «Я-образу», переживанні не поясненого і не завжди обґрунтованого почуття провини за свої дії у пережитій психотравмуючій ситуації військової діяльності або, навпаки, у неадекватній ідеалізації цих дій;
- виникненні почуття безпорадності або, навпаки, у неадекватній суб'єктивній переоцінці своїх можливостей впливати на хід подій, що відбуваються у житті;
- відчутті відчуження від самого себе, своїх близьких родичів і свого минулого; постійному прагненні переосмислювати свій досвід у конструюванні інших, оптимальних для певного військовослужбовця, сценаріїв подій, що відбулися, але не отримали розвиток у дійсності;
- прагненні постійно згадувати про те, що сталося у психотравмуючій ситуації або, навпаки, у небажанні того, щоб щось про це нагадувало;
- підвищеній тривожності; підвищеній психічній напруженості і необґрунтованій настороженості;
- підвищенні емоційної чутливості, сентиментальності або, навпаки, зниженні емоційної сенситивності й уникненні близьких емоційних контактів з навколишніми; підвищеній дратівливості, запальності й агресивності у поведінці, замкнутості;
- появі асоціальних тенденцій; потребі у нових гострих відчуттях, у тому числі пов'язаних з ризиком для життя [21,22].

Відсутність належного психологічного забезпечення особового складу на початку бойових дій призводить до 25% психогенних втрат. Впровадження

заходів з психологічної роботи та стабілізація бойових дій дозволяє знизити цей показник в 7 разів. Окрім цього, статистичні дані свідчать, що на кожного загиблого на війні, припадає один випадок самогубства серед ветеранів, після повернення додому.[24;25].

Отже, з вищезазначеного можна зробити висновки, що професійні особливості діяльності, яка покладається на військовослужбовців, особливо під час участі в бойових діях, негативно впливає на психологічний стан особистості, стає причиною виникнення та каталізатором перебігу певних психологічних розладів та проблем. В умовах широкомасштабної агресії росії проти України стратегічну важливість набуває не лише мобілізаційний потенціал сторін, що борються, а і здатність швидко повертати в підрозділи осіб, які вибули за причиною поранення або психогенних факторів. Саме тому, надзвичайної важливості набуває організація та впровадження в систему роботи Збройних Сил України якісної психологічної реабілітації, яка і дозволяє повернути воїнів на фронт і згодом чоловіків в цивільне життя.

1.2. Психологічне відновлення як аспект адаптації до мирного життя

Дія бойового стресу має негативний вплив на психологічний стан військовослужбовців, які при поверненні в суспільство можуть становити небезпеку як для самих себе, своїх сімей так і оточуючих. Єсін Р. і Зайчук О. зазначають, що ігнорування проблеми психологічної реабілітації військовослужбовців можна спостерігати на прикладі російської федерації, яка, розв'язавши криваві військові конфлікти в Грузії та Ічкерії, не приділила уваги реабілітації своїх військовослужбовців, що сприяло зростанню правопорушень та злочинів, що як наслідок сприяло появі колоній для засуджених ветеранів[26].

Діяльність в бойових умовах характеризується впливом різних стрес-факторів на психіку військовослужбовців. Психотравмуючий характер та тривалість їх впливу, можуть сприяти виникненню змін у психіці воїна, які

знижують ефективність його діяльності у умовах бою, а також негативно виявляються у мирних умовах життєдіяльності.

Крім цього, як було зазначено в попередньому розділі, в умовах найбільшого військового конфлікту в Європі з часів Другої світової війни, стратегічно важливою умовою перемоги є якісне та вчасне відновлення військовослужбовців та повернення їх в стрій, що в умовах значно меншого мобілізаційного потенціалу в порівнянні з російською федерацією, стає важливим чинником прирівняння людських сил.

Теоретичні основи психологічної реабілітації спираються на представлення В. М. Мясичева про реабілітацію як перебудову системи відносин особистості і пристосуванні індивідуума до цих важливих сторін життєдіяльності. На думку М. М. Кабанова однією з найважливіших сфер реабілітації (поряд із професійною, сімейною, суспільною ін.) є сфера психологічна [27].

Бридніков Ю. у своїх працях зазначає, що нормативно-правова база щодо здійснення реабілітації військовослужбовців налічує чималу кількість документів (Закони України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» (2023 р.), «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» (1991/(нова редакція 2023 р.); Укази Президента України «Про додаткові заходи щодо соціального захисту учасників АТО» (2015 р.); Накази Міністерства оборони України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» (2015/(нова редакція 2020 р.); Наказ Генерального штабу України «Про затвердження інструкції з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України» (2018 р.) [28].

Відповідно до керівних документів, які регламентують порядок надання психологічної реабілітації, під терміном “психологічна реабілітація”

розуміють діяльність, що спрямована на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сфері із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формі психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги [29].

Попелюшко Р. стверджує, що існує декілька підходів щодо визначення поняття “психологічна реабілітація”, в залежно від того як дослідник розглядає дане поняття: як поновлення психічного здоров'я після екстремальної діяльності, як поновлення фізичного здоров'я та працездатності хворих, поновлення комплексу психічних реакцій та психічної рівноваги, які адекватні вимогам навколишнього середовища, як поновлення системи взаємин комбатанта і соціального середовища [30].

На думку Алещенко В. “психологічна реабілітація” – це 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 [31].

В свою чергу Шевченко В. розглядає психологічну реабілітацію як процес організованого психологічного впливу, спрямованого на допомогу військовослужбовцям у подоланні негативних психологічних наслідків пережитого ними травматичного стресу військової діяльності, для забезпечення такого стану психічного здоров'я військовослужбовців, що дозволяє їм досить ефективно вирішувати бойові і службові задачі [27].

Шевченко В. стверджує, що психологічна реабілітація є найважливішим елементом відновлення психічної рівноваги. Сутність її полягає в здійсненні різних впливів через психіку на військовослужбовця з урахуванням терапії, профілактики, гігієни і педагогіки. Він доводить, що за допомогою психологічних впливів стає можливим знизити рівень нервово-психічної

напруженості, швидше відновити втрачену нервову енергію і, тим самим, вплинути на прискорення процесів відновлення в інших органах і системах організму[27].

Метою психологічної реабілітації є: збереження або відновлення фізичного та психологічного здоров'я, зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій, запобігання інвалідності, профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки[31].

Основні завдання психологічної реабілітації визначаються характером психологічного стану, вираженістю нервово-емоційних розладів і індивідуально-особистісними особливостями військовослужбовців.

Основними з них є:

- оцінка психологічного стану потерпілих, визначення якості і ступеня психоемоційного розладу;
- визначення оптимальних шляхів і методів психологічного впливу, спрямованих на відновлення оптимальної працездатності;
- формування оптимальної психологічної реакції на перебіг і наслідки поранення або захворювання;
- вивчення динаміки психічних порушень у процесі лікування в стаціонарі і пост стаціонарному періоді;
- оцінка фізичної, сенсорної та інтелектуальної працездатності постраждалих від бойових дій військовослужбовців і зіставлення їх з номінальними показниками професійної працездатності;
- корекція психосоматичного статусу методами психотерапевтичних, психофізіологічних і психофармакологічних впливів;
- в разі необхідності – їх професійної переорієнтації [32].

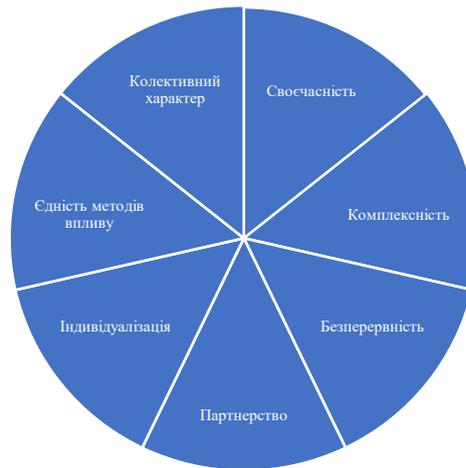


Рис. 1.1. Основні принципи психологічної реабілітації [33].

Як помітно з Рис 1.1. до основних принципів психологічної реабілітації відносять:

своєчасність, що дозволяє знизити прояви стресових факторів на ранніх етапах та досягти мети реабілітації;

комплексність;

безперервне, поетапне та послідовне застосування заходів психологічної реабілітації військовослужбовців за певною визначеною послідовністю залежно від характеру психічного розладу та реальних можливостей;

партнерство, що передбачає залучення самих військовослужбовців до активної участі у відновлювальному процесі;

індивідуалізація програми психологічної реабілітації військовослужбовців, тобто застосування методів та засобів залежно від походження та особливостей відхилень (порушень), а також статі, віку, індивідуальних якостей особистості військовослужбовців, їх загального фізичного стану тощо;

єдність методів впливу;

колективність здійснення психологічної реабілітації військовослужбовців (у військовому підрозділі), що морально легше переноситься військовослужбовцями та підвищує її ефективність [33].

Модель психологічної реабілітації передбачає:

- 1) налагодження контакту і досягнення взаємодовіри;
- 2) з'ясування психологічних проблем;
- 3) розробку реабілітаційної програми (специфіка, напрями і послідовність роботи, прийоми і методи, кількість занять, їх періодичність і тривалість);
- 4) виконання реабілітаційної програми (послідовна реалізація запланованого, коригування за необхідності);
- 5) апробування нових навичок поведінки (через вправи, ігрову взаємодію, тренінги тощо);
- 6) аналіз результатів і ефективності роботи (оцінка ступеня вирішення проблеми та узагальнення досягнутих результатів);
- 7) визначення подальших життєвих пріоритетів і перспектив[34].

Алещенко В. у своїх працях зазначає, що згідно з міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10-го перегляду (МКХ-10), у розвитку БПТ виділяють: • гостру реакцію на стрес (F43.0); • посттравматичний стресовий розлад – ПТСР (F43.1); • хронічну зміну особистості після переживання катастрофи (F62.0). Реабілітація передбачає надання таких послуг: психологічна діагностика, психологічна просвіта та інформування, консультування, психологічна підтримка та супроводження, психотерапія, групова робота[31].

Так як ми розглядаємо психологічну реабілітацію як комплекс заходів, кінцевою метою яких є повернення в стрій та подальше успішне виконання військових завдань, то відповідно і реалізація цих заходів має бути організована на рівні військових організацій.

Хоча і відповідальність за виконання заходів психологічної реабілітації покладена на командирів військових частин, безпосереднє виконання завдань психологічної реабілітації у військових частинах (підрозділах) покладається на:

офіцерів з морально-психологічного забезпечення (за їх наявності);

офіцерів-психологів (за їх наявності);

психологів (за їх наявності);

начальників медичної служби;

військових священників (капеланів) (за їх наявності) [33].

Система психологічної реабілітації здійснюється поетапно.

Основними її етапами є:

первинна психопрофілактика, що здійснюється на етапі перед убуванням військовослужбовців у район проведення АТО для виконання завдань за призначенням (превентивна реабілітація);

заходи психологічної реабілітації здійснюються під час виконання військовослужбовцями завдань за призначенням в районі проведення АТО;

заходи психологічної реабілітації здійснюються після виведення військовослужбовців з району проведення АТО для їх відпочинку, доукомплектування особовим складом, відновлення бойової готовності (боездатності);

психологічна (медіко-психологічна) реабілітація проводиться в лікувальнопрофілактичних закладах МО України, МОЗ України, які здійснюють первинну, вторинну (спеціалізовану), третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу;

медико-психологічна реабілітація в медичних центрах МО України та госпіталях ветеранів війни.

Алещенко В. вказує, що послуги з психологічної реабілітації надаються в загальній системі, окремо або в комплексі з іншими оздоровчими, фізкультурно-спортивними, санаторно-курортними, медико-психологічними та соціальними послугами [31].

Отже, дослідивши теоретичні аспекти психологічного відновлення як аспекту повернення до мирного життя, можна зробити висновок, що реабілітація військовослужбовців після участі в бойових діях має стати пріоритетом як наукових досліджень в області психології та психотерапії, так і мати всебічну підтримку з боку держави, оскільки правильна та поетапна

робота в напрямку підтримки та відновлення психологічного стану військовослужбовців є основою збереження здорового суспільства після війни.

1.3. Декомпресія військовослужбовців. Поняття, мета, функції, нормативно-правова база.

Будь-яка держава, яка зіштовхнулася з веденням масштабних бойових дій, особливо якщо ці дії мають тривалий характер та потребують значної мобілізації людських ресурсів, постає перед проблемою збереження та/або відновлення психологічного стану військовослужбовців, які приймають безпосередню участь у виконанні бойових (спеціальних) завдань. Одним із первинних етапів реабілітації військовослужбовців виступає психологічна декомпресія, яка потрібна як у випадку повної реінтеграції військовослужбовців в мирне життя, так і для тимчасового повернення у відпустку.

В керівних документах зазначається, що за етапами психологічна реабілітація поділяється на декомпресію та реабілітацію в стаціонарних умовах [33].

Дотримання всіх етапів психологічної реабілітації є запорукою успішного відновлення військовослужбовців, ігнорування одного з них – ризиком загострення проблем та виникнення ПТСР або інших психічних розладів.

Безумовно, процес психологічної підготовки військовослужбовців перед виконанням бойових завдань, здійснення заходів для формування психологічної стійкості та якісний психологічний відбір також надзвичайно важливі елементи психологічного забезпечення, проте прийнято вважати, що саме декомпресія є первинною формою психологічної реабілітації і саме якісне її проведення має попередити подальший розвиток психологічних проблем у військових.

Декомпресія – це форма первинної психологічної реабілітації військовослужбовців, які перебували в екстремальних (бойових) умовах службово-бойової діяльності, що складається з комплексу заходів фізичного і психічного відновлення організму людини та проводиться з метою поступової реадaptaції військовослужбовців до звичайних умов життєдіяльності, запобігання розвитку в них психологічних травм [33].

Психологічна декомпресія – це комплекс психологічних та медикопсихологічних заходів, які здійснюються після виведення військової частини (підрозділу) з району виконання завдань за призначенням для відновлення психофізіологічного стану та реадaptaції військовослужбовців[35].

Основним керівним документом, який надає як понятійний апарат так і чітку послідовність дій під час організації заходів з декомпресії військовослужбовців після ведення бойових дій є Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 27 грудня 2018 року №462 “Про затвердження Інструкції з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України”.

Мета проведення психологічної декомпресії – поступове переключення механізмів реагування в екстремальних (бойових) умовах до мирних умов життєдіяльності; стабілізація психоемоційного стану, профілактика розвитку психогенних розладів [35].

Завдання проведення психологічної декомпресії:

аналіз психологічного та фізичного стану особового складу;

зняття внутрішнього напруження, психологічна та фізична розрядка;

профілактика виникнення дистресових станів; опанування методами психологічної саморегуляції та заземлення;

підготовка військовослужбовця до зустрічі з сім'єю та найближчим оточенням.

Основні елементи психологічної декомпресії:

медичний огляд;

психологічне діагностування (скринінг);
психологічна едукація (просвіта);
психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості;
соціальна реадаптація.

Щодо питань організації заходів з декомпресії одним з найбільш важливих моментів є правильний склад робочої групи, до якої мають бути залучені фахівці з морально-психологічного забезпечення, медична служба, військовий капелан, група контролю бойового стресу та, в разі необхідності спеціалісти з інших напрямків. Старшим робочої групи визначається офіцер зі структур морально-психологічного забезпечення.

За 10 днів до початку декомпресії наказом начальника військового управління визначається остаточний склад робочої групи, після чого здійснюється інструктаж та навчання її членів, планування роботи.

При організації декомпресії після завершення бойових дій обов'язково необхідно враховувати такі фактори:

- ступінь активності підрозділу і конкретного військовослужбовця у бойових діях (чим більше та активніше діяли військовослужбовці у зоні бойових дій, тим оперативніше, масштабніша і повноцінним має бути психологічна допомога. Ступінь активності визначається за характером і кількістю бойових дій, у яких брали участь військовослужбовці, за рівнем їх бойової напруги та значущості для вирішення більш масштабних бойових задач);
- кількість бойових втрат у військовій частині, а також характер і причини поранень, контузій, травм, опіків, доз опромінювання та інших форм фізичного діяння на здоров'я військовослужбовця;
- кількість правопорушень вчинених представниками підрозділу та їх характер;
- наявність осіб з ознаками психічних розладів та склад групи посиленої психологічної уваги та їх соціально-демографічні дані [35].

На думку Шевченко В. під час надання психологічної допомоги кожному військовослужбовцю у відновлюючий період враховуються:

- а) ситуація, у якій було отримано пошкодження для здоров'я;
- б) ступінь впливу на нього випадків смерті товаришів по службі (особливо близьких по службі та життєдіяльності);
- в) характер його ставлення до явищ, що визначені у пунктах «а» і «б»;
- г) нагороди та заохочення, що пов'язані тією чи іншою мірою з цим явищем;
- д) характер відбиття даних явищ у свідомості товаришів по службі тощо;
- час виходу підрозділу, військовослужбовця з зони бойових дій (чим раніше та оперативніше буде надана психологічна допомога учасникам бойових дій, тим меншою є ймовірність виникнення згодом психологічних проблем, обумовленим бойовим стресом);
- особливості соціально-психологічного клімату і міжособистісних взаємин у військовій частині, підрозділі, характер взаємин конкретного військовослужбовця з оточуючими;
- особливості та умови діяльності військової частини, підрозділу, військовослужбовця після виходу з бойової обстановки (нормальна і добре продумана організація життєдіяльності військової частини, підрозділу, конкретного військовослужбовця буде сприяти психічному здоров'ю військовослужбовців і зменшувати необхідність психологічної допомоги та реабілітації);
- особистісні переживання конкретного військовослужбовця, що може бути пов'язано з фізичним знищенням солдат противника, гибеллю товаришів по службі, веденням бойових дій в оточенні противника, знаходженням у полоні, здійсненням протиправних учинків, участь у них;

- урахування соціальних, етнічних, релігійних, сімейних та інших обставин, що мають суттєвий вплив на процес психологічної реабілітації кожного конкретного військовослужбовця [27].

Метою проведення відповідного аналізу є дистанційне визначення підрозділів, які потребують найбільшої уваги під час планування заходів психологічної декомпресії. Також під час планування необхідно враховувати рекомендації офіцерів структур морально-психологічного забезпечення щодо стану справ у військовій частині (підрозділі)[35].

Важливою умовою проведення декомпресії є вчасність та поступове переключення військовослужбовців з бойового стану на мирний, тому на період заходів з первинної реабілітації забороняється залучати військовослужбовців до бойової підготовки, обслуговування техніки та інших робіт, а надання чергових відпусток дозволяється лише після повного завершення спланованих заходів та медичного обстеження.

Вищезазначені умови набувають важливого значення, оскільки в багатьох випадках саме вони є причиною зриву заходів з декомпресії: нерозуміння командирами та військовослужбовцями важливості якісного психологічного відновлення, нехтування керівними документами з психологічного забезпечення, відношення до декомпресії як формальності часто призводить до випадків, коли або командування залучає військовослужбовців до робіт на пункті постійно дислокації через дефіцит особового складу, або особовий склад тисне на командування та просить відразу надати відпустку.

Бажання військовослужбовців швидше отримати відпустку та знехтувати елементами психологічного відновлення пояснюється нерозумінням важливості запропонованої роботи, тугою за рідними та близькими, бажанням вийти за рамки військових правил та дотримання дисципліни. Тому, надзвичайно важливо на початку роботи з особовим складом та командуванням представникам робочої групи донести важливість та необхідність заходів з декомпресії та наполягати на їх проведенні.

Тривалість декомпресії визначена в межах 3-7 днів, та визначається старшим робочої групи та доводиться командирі військової частини.

Заходи декомпресії проводяться або в пункті постійної дислокації або на загальновійськових полігонах, при цьому в керівних документах не визначається можливість проведення даних заходів в рекреаційних зонах санаторно-курортного типу, що дозволило б дещо знизити напругу вимог військового життя та переключити думки військових на мирні умови.

Старший робочої групи складає план декомпресії, з урахуванням особливостей підрозділу, який погоджується з командуванням військової частини. Документ є робочим та може корегуватися під час проведення заходів.

На першому етапі декомпресії, після урочистого шиккування та здавання зброї, проводиться медичне обстеження та психологічне діагностування. Якщо військовослужбовець потребує термінового медичного лікування, то він направляється на консультацію до медичного закладу, якщо гострої необхідності немає, - після декомпресії.

Під час проведення декомпресії необхідно одночасно охопити увагою значну кількість осіб одночасно, тому використання цього методу є актуальним, оскільки дозволяє працювати із групами – вже сформованими підрозділами, які перебували в зоні бойових дій і мають свій соціально-психологічний клімат.

За допомогою тренінгу здійснюється розвиток комунікативної компетентності, психологічної взаємодії, вирішення прихованих конфліктів, зниження психологічної напруги, опрацювання пережитого бойового стресу. Підтримка групи полегшує переживання травматичних спогадів, знімає унікальність із конкретного випадку, сприяє адаптації до мирних умов [36].

Психологічне діагностування проводиться для оцінювання психологічного стану особового складу та вивчення індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців.

В свою чергу, Зоран Комар вважає, що психодіагностика також є методом роботи психолога під час декомпресії. За допомогою низки психологічних методик і тестів здійснюється аналіз психологічного стану, особистісних рис, властивостей військовослужбовців. Зазвичай діагностика здійснюється протягом перших 72 годин після виходу із зони бойових дій з метою фіксації актуального стану кожного військового. Тести також використовуються як допоміжний засіб в індивідуальній роботі для збору додаткової інформації, однак діагностика не є основним напрямом діяльності військових психологів під час декомпресії [2].

Для діагностування затверджено 4 методики, які будуть наведені в 2 розділі даної роботи.

Березовська Р. стверджує, що на етапі психологічної едукації проводиться навчання та інформування особового складу щодо психологічних особливостей військовослужбовців після виконання бойових завдань, можливих проявів реакцій на пережитий стрес, поведінки людей в кризових ситуаціях та шляхів виходу з них[37].

Психоемоційне та психофізіологічне розвантаження, відновлення психологічної безпеки особистості – комплекс психологічних та психофізіологічних заходів, спрямованих на гармонізацію психоемоційного стану, зняття перевтоми, зняття негативних наслідків впливу психогенних факторів[35].

На думку Ярмольчик М. важливо в перші дні провести психологічний дебрифінг. Мета дебрифінгу – мінімізувати психологічні наслідки від пережитого травматичного досвіду і попередити розвиток ПТСР. Психологічний дебрифінг складається з таких фаз:

1.Вхідна: представлення ведучого, визначення цілей, завдань, правил, роз'яснення основних моментів і правил проведення дебрифінгу.

2.Факти: кожен учасник розповідає те, що він пережив, що бачив, де був і що робив. Відбувається складання картини і хронології подій.

3.Думки, емоції, почуття: учасники розповідають про психологічні реакції на пережиті події.

4.Симптоми: обговорення актуальних емоційних, когнітивних і соматичних порушень.

5.Інформування: пояснення природи пост-стресових станів, обговорення варіантів і способів подолання наслідків.

Важливо акцентувати на завершенні дебрифінгу, зазначивши подальші дії [38].

Під час заходів декомпресії важливим аспектом є вибір продуктивних, ефективних копінг-стратегій, що сприятиме відновленню психологічного стану. Тут в дію вступають особистісні детермінанти, які зазнали суттєвих змін під час перебування в зоні бойових дій. Підвищена тривожність, занижена самооцінка, екстернальний локус контролю, підвищений рівень нейротизму, агресивність – типовий психологічний портрет військовослужбовця, що повернувся з війни. Відповідними будуть і копінг-стратегії, що є одним з ресурсів для подолання стресу [39].

Слід зазначити, що перед тим, як проводити основний тренінг формування продуктивних копінг-стратегій, необхідно стабілізувати психологічний стан військовослужбовців за допомогою технік саморегуляції, релаксації, відновлення психологічної безпеки особистості. Також мають бути задоволені всі соціально-побутові потреби. У такому разі можна переходити до активної психологічної роботи. Саме завдяки тренінгу як формі психологічної роботи фахівцям-психологам вдається швидко встановлювати контакт із військовими, формувати в них зацікавленість у подальшій співпраці та сприяти зміцненню військових колективів. Тренінги також допомагають швидкій адаптації військового до мирних умов, розвивають психологічну готовність і навички, потрібні для надання першої психологічної допомоги при гострій реакції на стрес у товаришів, дозволяють військовим створити системне уявлення про психологічні особливості поведінки за умов бойових

дій, а також знайомлять їх із принципами та прийомами саморегуляції людини [40].

Система медитативно-релаксуючих вправ спрямована на відновлення відчуття власного тіла, нормалізацію роботи м'язів. Після тривалого перебування в зоні бойових дій у 90% військовослужбовців відзначаються фізіологічні порушення. Зокрема, виникають проблеми із м'язами спини через постійне носіння бронежилету, зброї та боєкомплектів. Відбувається порушення дихання, воно стає поверховим, діафрагма затиснута. Таке дихання характерне для стану стресу, часто викликає відповідні психологічні реакції, оскільки організм недостатньо насичується киснем. Нормалізація дихання – перший етап відновлення психологічної рівноваги. Для цього використовується низка технік і прийомів. Техніки правління стресом включають: глибоке дихання, розслаблення м'язів і когнітивні вправи. Глибоке дихання найлегше освоїти та практикувати, інші техніки вимагають більш тривалого навчання і більшого часу для практики. Корисні техніки, які можна використовувати поодиночі чи в поєднанні.

Одна із провідних технік – дихання животом. Дихати повільно і глибоко, використовуючи м'язи живота (не м'язи грудної клітки), щоб «впускати і випускати повітря». Навіть один глибокий вдих, коли відбувається вдих, утримувати повітря протягом 2-3 секунд, а потім повільно видихати через рот (близько 5 секунд) може стабілізувати нерви і переключити увагу. Також використовують дихальні медитації, які допомагають розслабитися та стабілізувати психічний стан досить швидко [36].

Важливо зазначити, що низка методик містить перелік питань, які стосуються фізичного стану, зокрема м'язів, однак військовослужбовці часто відповідають на них посередньо, не розуміючи їхнього значення. Більшість досліджуваних намагаються приховати м'язеві затиски, фізичний біль, оскільки вважають це проявом слабкості. Завдання психолога – пояснити важливість опрацювання фізичної сторони, оскільки без цього не можлива робота із психологічною сферою. На цьому етапі заняття варто проводити на

свіжому повітрі, враховуючи умови місцевості (не повинна бути дуже відкрита місцевість і густо засаджена деревами). Таким чином, також відбувається адаптація до мирних умов життя. Вправи на релаксацію є дещо складнішими. Зазвичай вони складаються з концентрації уваги на різних групах м'язів, напруження і розслаблення кінцівок, щоб розслабити все тіло. Швидка версія, яку можна використати під час виконання завдання, – напружувати всі м'язи одночасно, затримати на 15 секунд або більше, а потім дозволити їм повільно розслабитися, відпускаючи це напруження, відчуваючи тепло і важкість, відчуття, що з'являється після відпочинку і струшування напруги. Версія глибокої м'язової релаксації – починаємо з ніг і поступово піднімаємося вгору (або навпаки від голови до ніг), напружуючи, а потім розслабляючи кожен частину тіла (кожну групу м'язів по черзі), одночасно помічаючи, як кожен м'яз відчуває тепло після розслаблення. Також використовуються техніки розтягування (стрейчингу). Суть полягає у розтягненні м'язів і суглобів, прокручуванні ними і знятті напруження [38].

Після завершення запланованих заходів робоча група збирається для підведення підсумків декомпресії та відпрацьовує звіт в якому відображає результати психологічного діагностування, рекомендації по подальшій роботі з військовослужбовцями, осіб, які за показниками роботи потребують консультації у лікаря-психіатра, рекомендації щодо черговості надання відпусток, заходи щодо подальшого відновлення і т.д.

Важливо відмітити, що окрім декомпресії, важливе значення в реабілітації військовослужбовців займає робота безпосередньо в підрозділі. Виходячи з цього, на командирів підрозділів та інших посадових осіб частин і підрозділів покладається відповідальність за організацію та практичне здійснення реабілітаційних заходів.

Основними завданнями на цьому етапі реабілітації будуть: відновлення фізичної та розумової працездатності, емоційно-вольової стійкості; повернення до військово-професійної діяльності, відновлення здоров'я, закріплення позитивної установки на продовження службової діяльності;

проведення профілактичних заходів з метою попередження рецидивів психічних розладів, збереження і зміцнення психічного здоров'я тощо.

Аналіз функціональних обов'язків посадових осіб частини дозволяє визначити їх конкретну участь у психологічній реабілітації військовослужбовців.

По-перше, командир і всі посадові особи частини (підрозділу) зобов'язані робити все можливе для збереження високого рівня боєздатності військовослужбовців в конкретних умовах обстановки. Їх найважливішим завданням є недопущення нервово-психічного виснаження особового складу.

По-друге, спостерігаючи дії воїнів і оцінюючи їх поведінку і морально-психологічний стан, командири зобов'язані визначати реагування того чи іншого фахівця (медика, психолога) на обстановку, що веде до отримання психотравм особовим складом.

По-третє, важливим завданням командирів і всіх посадових осіб є турбота про заощадження емоцій військовослужбовців, розуміння того, що керувати ними ефективно, можливо тільки спираючись на знання психології, з максимальною користю для вирішення бойових завдань.

По-четверте, командири, офіцери структур роботи з особовим складом, використовуючи різні психологічні прийоми, форми і методи психологічного впливу на особовий склад, зобов'язані впливати на характер переживань і, отже, на ступінь психічної напруги.

По-п'яте, командири і офіцери роботи з особовим складом, використовуючи добре продуману систему інформування, дохідливим словом, яке відповідає на конкретні запити ситуації, що розсіює негативні чутки, зобов'язані знижувати вплив уяви і страхітливої фантазії. По-шосте, командири всіх ступенів повинні володіти певними знаннями, навичками і досвідом управління психічними станами підлеглих в різних умовах обстановки і надання їм першої психологічної допомоги в разі отримання бойової психічної травми [41].

На думку Джигун Л. та Берегової Н. медичні працівники будь-якої спеціальності повинні володіти необхідними знаннями та практичними навичками в галузі військової психоневрології в інтересах професійного здійснення психологічної реабілітації військовослужбовців[42].

Отже, декомпресія має на меті відновлення та збереження особистісних ресурсів військовослужбовців, формування та підтримку психологічної стійкості та витривалості після тривалого впливу екстремальних умов під час виконання завдань, що містять широкий діапазон операційних (бойових) стресів (фізична втома, тривалість, психологічне навантаження, віддаленість від сім'ї), що негативно впливає на психологічний стан військ.

Основні завдання програми декомпресії повинні містити відпочинок у безпечному місці, що сприяє реінтеграції до сімейного та цивільного життя, розслаблення, заохочення роздумів і неформального обговорення набутого досвіду, заохочення поведінки пошуку допомоги.

Висновки до першого розділу

Загалом дослідивши теоретичні аспекти декомпресії військовослужбовців як первинного етапу психологічного відновлення можна зробити висновки, що психологічна декомпресія є надзвичайно важливим етапом психологічного відновлення військовослужбовців, які брали участь в бойових діях. Психологічні особливості військовослужбовців після виконання бойових завдань потребують системного підходу до реабілітації воїнів та їх реадaptaції до мирного життя.

Декомпресія, як сукупність вчасно застосованих різносторонніх заходів дозволяє в швидкі терміни перелаштувати психіку військовослужбовця з бойового стану в стан цивільний. Якісне проведення даних заходів дозволяють мінімізувати негативний вплив травматичних подій на психологічний стан військовослужбовців, вчасно діагностувати наявність певних порушень та попередити розвиток посттравматичного стресового розладу.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕКОМПРЕСІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК ПЕРВИННОГО ЕТАПУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ

В даному розділі розглянуті методичні аспекти діагностування психологічного стану військовослужбовців, які використовуються під час декомперсії та використані нами під час емпіричного дослідження.

2.1. Огляд і обґрунтування вибору методик оцінювання психологічного стану військовослужбовців під час декомперсії

Методологічною та теоретичною основою нашого дослідження є психологічна теорія діяльності, основні принципи вітчизняної психології: принцип єдності свідомості та діяльності; принцип розвитку; принцип соціальної та діяльнісної обумовленості розвитку особистості, принципом об'єктивності. А також у своєму дослідженні ми спиралися на принцип системності, який передбачає вивчення предметів та явищ дійсності в їх суттєвих взаємозв'язках та взаємозалежностях.

При підборі методів дослідження ми виходили з вимог вивчення психіки в діяльності та дослідженні психічних явищ в розвитку.

Крім того, ми керувалися також принципом об'єктивності, який полягає в застосуванні єдиних за змістом але відмінних за формою методик для вивчення того чи іншого психічного явища. А також у своєму дослідженні ми спиралися на принцип системності, який передбачає вивчення предметів та явищ дійсності в їх суттєвих взаємозв'язках та взаємозалежностях.

Цей принцип вимагає розгляду об'єкта дослідження як цілісності, виявлення елементів його структури, взаємозв'язків, його характеристик, вивчення об'єкта як частини більш загальної структури і взаємовідношень між ними.

При підборі конкретних методик дослідження ми, перш за все, керувалися близькістю їх за змістом і відмінністю за формою, що забезпечило б різнобічність дослідження, підвищить достовірність і надійність експериментальних даних. При цьому ми виходили із особливостей предмету дослідження.

Декомпресія як первинний етап психологічної реабілітації військовослужбовців, які брали участь в бойових діях потребує якісних інструментів психологічного діагностування, які б дозволяли зібрати в короткі терміни максимально повну стандартизовану інформацію про психологічний стан військовослужбовців, провести на основі отриманих результатів первинну індивідуальну фільтрацію військовослужбовців, для виокремлення групи осіб, які потребують посиленої психологічної уваги в подальших заходах декомпресії та подальшої реабілітації.

Згідно збірника методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців пропонується використовувати такий методичний інструментарій:

1. Багаторівневий особистісний опитувальник “Адаптивність-200”
2. Опитувальник Міні-мульти.
3. Оцінка схильності до суїцидальних реакцій.
4. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна.
5. Методика шкалової самооцінки психофізіологічного стану О.М. Кокуна.
6. Диференціальна діагностика депресивних станів В.А. Жмурова.
7. Шкала депресії А.Т. Бека.
8. Методика диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (адаптація Т.І. Балашової).
9. Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР.
10. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
11. Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова.

12. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).

13. Шкала оцінки впливу травматичної події.

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

15. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду.

16. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS).

17. Шкала Монтгомері - Асберга для оцінки депресії (MADRS).

18. Опитувальник визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП).

19. Стрес-фактори.

20. Експрес-опитувальник вивчення основних складових готовності військовослужбовців захищати Україну від військової агресії.

На думку Агаєва Н., Кокуна О., Пішко І., Лозінської Н.С., Остапчука В. та Ткаченка В., в якості додаткового діагностичного інструментарію, за бажанням психолога, для діагностики суїцидальних схильностей респондента можуть бути використані такі методики: Опитувальник суїцидального ризику (Т.М. Разуваєвої); Анкета оцінки суїцидального ризику військовослужбовців (П.І. Юнацкевича); Опитувальник співвідношення депресивного стану та суїциду (А. Веска); Шкала безпорадності А. Бека; Метод незакінчених речень С.І. Подмазіна[43].

Автори збірника рекомендують на етапі відновлення, після повернення військовослужбовців із району ведення бойових дій, застосовувати такі методики:

1. Диференціальна діагностика депресивних станів В.А. Жмурова.
2. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
3. Опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова.
4. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант); використовується за бажанням психолога.
5. Шкала оцінки впливу травматичної події.
6. Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду[43].

Так, як вся службова діяльність військовослужбовців повністю регламентована керівними документами, методики, які можна застосовувати для психологічного діагностування особового складу, який повернувся з зони ведення бойових дій визначений Наказом Генерального Штабу:

1. Опитувальник первинного психологічного скринінгу.
2. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу.
3. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант); використовується за бажанням психолога.
4. Шкала оцінки впливу травматичної події[35].

Окрім цього, для всебічного вивчення психологічних особливостей військовослужбовців рекомендовано використовувати Багаторівневий особистісний опитувальник (БОО) “Адаптивність-200”. Так як дана методика є єдиною обов’язковою для вивчення військовослужбовців, призваних за мобілізацією, то її використання, за рахунок уніфікації та стандартизації дозволить спостерігати зміни психологічного стану військовослужбовців в динаміці (до виконання бойових завдань та після), адже згідно Інструкції з організації професійно-психологічного відбору у Збройних Силах України та Державній спеціальній службі транспорту всі кандидати на військову службу за призовом під час мобілізації в особливий період, під час формування висновку про ступінь придатності до проходження військової служби складають вищезазначене тестування.

2.2. Методики первинного психологічного скринінгу військовослужбовців які повернулися з зони бойових дій

Під час організації заходів з декомперсії, особливо за умови великої чисельності особового складу, який повертається з зони ведення бойових дій надзвичайно дієвими інструментами для первинного вивчення індивідуальних особливостей пережитого досвіду є методики первинного скринінгу(експрес-

тести), які легко обраховуються і дозволяють швидко оцінити стан кожного окремого військовослужбовця.

Такими методиками є:

1. Опитувальник первинного психологічного скринінгу.
2. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу.

Позитивний результат хоча б одного з експрес-тестів свідчить про необхідність подальшого поглибленого вивчення військовослужбовця.

Опитувальник первинного психологічного скринінгу дозволяє отримати первинні висновки психологічної травмованості підрозділу та виявити чинники, що негативно впливають на психологічний стан військовослужбовців для надання подальших рекомендацій командирам та психологам військової частини (підрозділу) [35].

Він містить 9 питань з варіантами відповідей, в яких респондента запитують наступні питання:

щодо безпосередньої участі в бойових діях;

щодо термінів останнього бойового зіткнення;

щодо наявності у підрозділі безповоротних втрат не пов'язаних з веденням бойових дій;

щодо наявності у підрозділі безповоротних втрат пов'язаних з веденням бойових дій;

щодо наявності та типу проявів на стрес протягом першої доби;

щодо проявів на стрес, які залишилися;

щодо стану справ в родині;

щодо причин порушення військової дисципліни;

щодо причин, які заважали виконувати завдання.

Якщо військовослужбовець зазначає, що приймав безпосередню участь в бойових діях і в нього збереглися такі реакції на стрес як тремор, розлади сну, нав'язливі думки та апатія, то даний особа потребує поглибленого вивчення.

Якщо респондент відмітив наявність втрат в підрозділі – це дозволить виявити особовий склад, який потребує подальшого вивчення щодо наявності в них психологічних проблем після втрати товариша по службі.

Якщо військовослужбовець зазначає, що нього збереглися такі реакції на стрес як дратівливість, агресія, бажання вживати алкоголь та наркотики, конфліктність – це дозволяє виявити у військовослужбовця проблеми з контролем своїх негативних психологічних станів, які потребують подальшого контролю з боку психолога підрозділу[35].

Зазначення військовослужбовцем погіршення справ родині за час проходження служби дозволяє надати рекомендації психологу для врахування в подальшій роботі фактору сімейних проблем[35].

Варіанти відповідей щодо порушення військової дисципліни, дозволяють виявити соціальні стрес фактори, що здійснюють деструктивний вплив на поведінку військовослужбовця, з метою надання рекомендацій психологу підрозділу для проведення подальшої психокорекційної роботи[35].

Варіанти відповідей що причин, які заважали виконувати обов'язки, дозволяють виявити фізіологічні фактори, які деструктивно впливають на психічний стан військовослужбовця, з метою надання рекомендацій психологу підрозділу для проведення подальшої психокорекційної роботи[35].

Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу створений для ідентифікації осіб з можливим посттравматичним стресовим розладом. Він містить 4 закритих питання щодо жахливого досвіду респондента, який призвів до негативних психологічних наслідків:

1. Мали будь-які нічні жахи про такий досвід або думки про нього, коли Вам цього не хотілось?

2. Сильно намагалися не думати про це або докладали значних зусиль, щоб уникнути ситуацій, які нагадували б Вам про це?

3. Постійно перебували насторожі, були пильні або легко здригалися?

4. Відчували ступор або відокремлення від інших, від діяльності або вашого оточення?

Якщо кількість позитивних відповідей більше або дорівнює трьом, то військовослужбовець потребує поглибленого психологічного вивчення.

Зазначені методики проводяться з 100% особового складу, який визначений для проведення декомпресії. Як правило використовуються роздруковані бланки опитувальників, а тестування проводиться одночасно з медичним оглядом, окремими групами військовослужбовців.

2.3. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій як методика діагностики військовослужбовців

Якщо результати експрес-тестування вказують, що військовослужбовець потребує більш поглибленого вивчення, застосовується Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу, яка була розроблена в 1987 році групою науковців на чолі з Keane, T. M., для діагностики посттравматичного стресового розладу у комбатантів, які повернулися з зони ведення бойових дій [44].

Зливков В. та Лукомська С. зазначають, що Міссісіпська шкала була створена на основі ММРІ для діагностики ПТСР. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР згідно DSM-III: 11 питань першої шкали описують симптоми групи вторгнення, 11 симптомів другої шкали – симптоми групи уникнення, 8 питань третьої шкали – симптоми збудливості. П'ять інших питань описують симптоми, пов'язані із почуттям провини і суїцидальних нахилів [45].

Опитувальник складається з 35 питань, відповіді на які даються за 5-бальною шкалою Лайккерта (від 1 до 5). Незважаючи на групування питань у чотири субшкали, вираховується лише один підсумковий коефіцієнт,

вираженість симптомів ПТСР коливається від 35 до 175 балів. Частина питань має перевернуті значення, що дозволяє знизити встановлену випробуваного або заповнення бланка в довільному порядку. Шкала стала поширеною на пострадянських теренах на початку 1990-х рр. у низці досліджень, присвячених вивченню психологічних наслідків аварії на ЧАЕС, а також проведених на контингенті ветеранів війни в Афганістані[45].

Натепер методика використовується у діяльності психологів спецслужб, силових відомств, в роботі з особами, схильними до екстремальних психологічних навантажень (наприклад, рятувальникам). Слід диференціювати ПТСР від патологічних особистісних реакцій, декомпенсації неврозів, дебюту афективних і ендогенних процесів[45].

Методика містить собою твердження, що узагальнюють досвід людей, які брали участь у веденні бойових дій. У кожного твердження є шкала від 1 до 5. Респондент вказує, в якій мірі він згоден або не згоден з цим твердженням. Відповідь може бути лише одна: Абсолютно невірно, Іноді вірно, До деякої міри вірно, Вірно, Абсолютно вірно.

Зразок бланку з питаннями за методикою Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу наведений в додатку А.

Для обробки та інтерпретації результатів необхідно підрахувати загальник показник.

В прямому значенні рахуються 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. В оберненому значенні: 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34.

У своїх дослідженнях Злишков В. пропонує трактувати сумарний результат сирих балів у такій відповідності:

35-86 балів – хороший рівень адаптації;

87-111 балів – порушення адаптації;

112 балів і більше – посттравматичний стресовий розлад. Рекомендовано звернутися у медичний центр або в центр психологічної реабілітації військовослужбовців[45].

2.4. Шкала оцінки впливу травматичної події (за М. Горовицем)

Досвід участі в бойових діях, який пов'язаний з діями в екстремальних умовах, часто призводить до травматичних подій для психіки військовослужбовців, а тому на етапі декомперсії надзвичайно важливо оцінити рівень впливу травматичної події на людину для визначення напрямків та пріоритетів подальшої роботи.

Шкала оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) – клінічна тестова методика, спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості. Методика була опублікована в 1979 році М. Горовицем зі співавторами (M.Horowitz, N.Wilner, W.Alvarez, 1979) [46].

По суті, це була перша тестова методика присвячена ПТСР, що базувалася одночасно на теоретичних дослідженнях і клінічній апробації, причому це було зроблено ще до прийняття ПТСР в якості окремої діагностичної одиниці в DSM-III. Незважаючи на популярність шкали і численні емпіричні підтвердження її надійності та валідності, Д. Вейс з колегами (D.S.Weiss, C. R.Marmar, T.Metzler) [48] у 1995 році прийшли до висновку, що IES може бути більш корисною, якщо вона діагностуватиме не лише такі симптоми ПТСР, як вторгнення і уникнення, а й симптоми гіперзбудження.

В даному варіанті роздають бланк, який містить твердження на виявлення ознак ПТСР, а інструкція звучить так: «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».

Зразок бланку шкали впливу травматичної події наведений в додатку Б.

Зливков В. зазначає, що інтерпретація результатів має значення за кожною субшкалою, адже підсумок даної методики отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з ключем, який ділять на 3 пункти, а саме: субшкала «вторгнення», «уникнення» та «збудливості».

Всі пункти мають пряме значення, значення шкали підраховується простим підсумовуванням відповідей пунктів. Шкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20. Шкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. Шкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21[45].

Островська К. зазначає, що пункт «вторгнення» означає, що у людини є схильність заново переживати все, що сталося при будь-якому нагадуванні про травматичному подію. Зосередженість думок на те, що трапилося, неможливість відволіктися і перемкнутися на інше. Окремі картини подій, що відбулися, можуть раптово виникати у свідомості особистості як би проти її волі, супроводжуючись при цьому нестерпно важкими переживаннями, пов'язаними з тією ситуацією [48].

Наступний пункт «уникнення» означає, що особистість спрямована на уникнення всього, що могло б нагадати про те, що трапилося, ні з ким не говорити на цю тему, не думати про це, витіснити травмуючі події і переживання з пам'яті, не дозволяти собі засмучуватися. Відчуття того, що всього того, що сталося з ним начебто не було насправді, чи все, що тоді відбувалося, було нереальним[4].

Однак, пункт «збудливість» означає, що у особи виникає тенденція відчувати неприємні фізичні відчуття (пітливість, порушення дихання, нудоту, збільшення частоти пульсу і т. д.) у ситуаціях, які чимось нагадують про

травмуючі події. Дратівливість, внутрішня напруженість, труднощі при необхідності зосередити увагу на чому-небудь, настороженість, очікування, що трапиться щось погане. Схильність діяти або відчувати себе так, як ніби-то все ще перебуваєш в тій ситуації[48].

Дана методика дозволяє побачити, який вплив мала травматична подія на людину та до чого більш схильний військовослужбовець. Крім того, завдяки даній методиці можна прослідкувати як у людини проявляється посттравматичний стресовий розлад.

2.5. Методики багатофакторних особистісних опитувальників для оцінювання посттравматичного стресового розладу «Адаптивність 200»

Крім визначених керівними документами методик психологічного діагностування психологічного стану військовослужбовців під час декомпресії нами було вирішено використати багаторівневий особистісний опитувальник “Адаптивність-200”.

Теоретичною основою тесту є уявлення про адаптацію як про постійний процес активного пристосування індивіда до умов соціального середовища, що зачіпає всі рівні функціонування людини. Ефективність адаптації значною мірою залежить як від генетично обумовлених властивостей нервової системи, і від умов виховання, засвоєних стереотипів поведінки, адекватності самооцінки індивіда. Спотворене або недостатньо розвинене уявлення про себе веде до порушення адаптації, що може супроводжуватися підвищеною конфліктністю, нерозумінням своєї соціальної ролі, погіршенням стану здоров'я [49].

Процес адаптації динамічний. Його успіх багато в чому залежить від цілого ряду об'єктивних та суб'єктивних умов, функціонального стану, соціального досвіду, життєвої установки та ін. Кожна людина по-різному ставиться до тих самих подій. Можна виділити деякий інтервал реакцій у

відповідь індивіда, який буде відповідати уявленню про психічну норму, а також визначити деякий "інтервал" відносин людини до різних явищ, що стосуються категорій загальнолюдських цінностей. Ступінь відповідності цьому «інтервалу» психічної та соціально-моральної нормативності забезпечує ефективність процесу соціально-психологічної адаптації, визначає особистісний адаптаційний потенціал [49].

Першочергово дана методика передбачала 165 питань, проте згодом була доповнена питаннями, які відображають військово-професійну спрямованість, схильність до девіантних форм поведінки та суїцидальний ризик.

В даному варіанті опитування військовослужбовцю пропонується бланк з закритими запитаннями, на які він має відповісти або "так" або "ні".

Зразок бланку наведений в додатку В.

Для обрахунку достовірності необхідно порахувати в оберненому значенні відповіді на питання 1, 10, 19, 31, 51, 69, 78, 92, 101, 116, 128, 138, 148.

При обрахунках поведінкової регуляції:

в прямому значенні зараховують відповіді на питання 4, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 28, 29, 30, 36, 37, 39, 40, 41, 47, 57, 60, 63, 65, 67, 68, 70, 73, 80, 82, 83, 84, 86, 89, 94, 95, 96, 98, 102, 103, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 117, 118, 119, 120, 122, 123, 124, 125, 127, 129, 131, 135, 136, 137, 139, 143, 146, 149, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 162;

в оберненому значенні відповіді на питання 2, 3, 5, 23, 25, 32, 38, 44, 45, 52, 53, 54, 55, 58, 62, 66, 75, 87, 105, 132, 134, 140.

Комунікативний потенціал:

в прямому значенні: 9, 24, 27, 43, 46, 61, 64, 81, 88, 90, 99, 104, 106, 114, 121, 126, 133, 142, 151, 152;

в оберненому: 26, 34, 35, 48, 49, 74, 85, 107, 130, 144, 147, 159.

Морально-етична нормативність:

в прямому значенні: 14, 22, 33, 42, 50, 56, 59, 71, 72, 77, 79, 91, 93, 141, 145, 150, 164, 165;

в оберненому значенні: 13, 76, 97, 100, 160, 163.

Військово-професійна спрямованість:

в прямому значенні: 166, 167, 168, 169, 170, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 190;

в оберненому значенні: 171, 178, 182, 189.

Схильність до девіантних форм поведінки:

в прямому значенні: 6, 9, 14, 15, 22, 36, 39, 42, 47, 50, 56, 59, 71, 72, 91, 93, 117, 127, 141, 145, 151, 152, 164, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200;

в оберненому значенні: 13, 100, 163.

Суїцидальний ризик:

в прямому значенні: 4, 8, 10, 28, 29, 39, 41, 47, 70, 84, 115, 119, 124, 136, 137, 149, 154, 155;

в оберненому значенні: 32, 105.

Агаєв Н. та Кокун О. Пішко І., Лозінська Н., Остапчук В. та Ткаченко В. у своєму збірнику методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців наводять детальну характеристику для кожної шкали та інтерпретації результатів.

Шкала достовірності призначена для оцінки щирості відповідей військовослужбовців на питання БОО “Адаптивність200” (і тим самим надійності отриманих даних)[43].

Шкала поведінкової регуляції призначена для вивчення рівня нервово-психічної стійкості військовослужбовця і його толерантності до несприятливих дій професійної діяльності[43].

Шкала комунікативного потенціалу призначена для вивчення комунікативних можливостей військовослужбовця і вміння побудувати міжособистісні відносини у колективі[43].

Шкала моральної нормативності призначена для вивчення здатності військовослужбовця дотримувати моральні норми поведінки, уміння підкорятися груповим і корпоративним вимогам[43].

Шкала військово-професійної спрямованості призначена для вивчення рівня професійної мотивації і спрямованості обстежуваного на продовження професійної діяльності[43].

Шкала схильності до девіантних форм поведінки направлена на виявлення ознак аддиктивної і делінквентної поведінки[43].

Шкала суїцидального ризику призначена для виявлення осіб, схильних до здійснення суїцидальних дій[43].

Для отримання інтегральної оцінки, під якою розуміється рівень стійкості до бойового стресу (РСБС), “сірі” бали за шкалами “поведінкова регуляція” (ПР), “комунікативний потенціал” (КП) і “моральна нормативність” (МН) підсумовуються і отримане значення за таблицею “Переведення значень “сірих” балів РСБС у стени (визначення рівня стійкості до бойового стресу)” переводяться у стени, і потім у рівень стійкості до бойового стресу[43].

Рівень стійкості до бойового стресу (РСБС) = ПР (“сірі” бали) + КП (“сірі” бали) + МН (“сірі” бали).

Всього виділяють 4 рівні стійкості до бойового стресу. Якщо кількість сирих балів менше або дорівнює 24, то це свідчить про 1-й рівень стійкості до бойового стресу, який характеризує високий рівень адаптивних можливостей людини та її повну відповідність вимогам, які висуваються військовослужбовцю в бойових умовах.

Якщо кількість сирих балів від 25 до 50, це свідчить про 2-й (достатній) рівень стійкості до бойового стресу, при якому, загалом, особа відповідає вимогам бойової обстановки.

Сума сирих балів від 51 до 74 характеризує 3-й (задовільний) рівень стійкості до бойового стресу, що свідчить про наявність мінімальних

характеристик особи, що вимагаються від військовослужбовця в умовах бойової обстановки.

Якщо сума сирих балів від 86 і вище, то це свідчить про 4-й (незадовільний) рівень бойової стійкості, за якого особа визнається такою, що не відповідає вимогам бойової обстановки.

Для більш поглибленої та повної інтерпретації результатів за кожним із показників використовується шкала стенів, представлена в таблиці 2.1. [43].

Таблиця 2.1.

Переведення сирих балів в стени за шкалами БОО “Адаптивність-200”

Стени	Шкали БОО					
	ПР	КП	МП	ВПС	ДАП	СР
1	≥ 57	≥ 23	≥ 17	18 - 25	≥ 25	≥ 15
2	56-46	22-20	16	16-17	21-24	14-10
3	45-35	19-18	15-14	14-15	18-20	9-7
4	34-27	17-15	13-12	11-13	15-17	6-5
5	26-19	14-13	11-10	8-10	12-14	4
6	18-13	12-11	9-8	5-7	10-11	3
7	12-9	10-9	7	4	8-9	2
8	8-6	8-7	6-5	2-3	6-7	1
9	5	6	4	1	4-5	0
10	0-4	0-5	0-3	0	0-3	0

Стени дозволяють провести інтерпретацію результатів за кожним із показників наступним чином:

1. Для поведінкової регуляції:

10-8 стенов – високий рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Високий рівень працездатності, у тому числі і в умовах вираженого

стресу. Висока толерантність до несприятливих психічних і фізичних навантажень;

7 стен – достатньо високий рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Достатньо високий рівень працездатності, у тому числі і в ускладнених умовах діяльності. Достатньо висока толерантність до психічних і фізичних навантажень. Достатньо висока стійкість до дії стрес-чинників;

6 стен – достатній рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Достатній рівень працездатності, у тому числі і в ускладнених умовах діяльності. Достатня толерантність до психічних і фізичних навантажень. Достатня стійкість до дії стрес-чинників;

5 стен – загалом достатній рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Стійкий рівень працездатності у звичних умовах життєдіяльності. При тривалій дії явних психічних навантажень можливо тимчасове погіршення якості діяльності;

4 стен – дещо понижений рівень нервово-психічної стійкості і поведінкової регуляції. Нестабільний рівень працездатності, що особливо проявляється в ускладнених умовах діяльності. Адаптація до нових і незвичайних умов життєдіяльності ускладнена і може супроводжуватися тимчасовим погіршенням функціонального стану організму;

3 стен – окремі ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції. Недостатня толерантність до психічних і фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності, як правило, ускладнена і може супроводжуватися тривалим погіршенням функціонального стану організму і професійної працездатності. При надзвичайно високих психічних навантаженнях можливий зрив професійної діяльності;

2 стен – виражені ознаки нервово-психічної нестійкості і порушення поведінкової регуляції. Низька толерантність до психічних і фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності протікає хворобливо.

Можливе тривале і виражене погіршення функціонального стану організму. Рівень професійної працездатності у даний період часу низький. При посиленні психічних навантажень достатньо вірогідний зрив професійної діяльності;

1 стен – високий рівень нервово-психічної нестійкості. Ознаки граничних нервово-психічних розладів. Вкрай низька толерантність до психічних і фізичних навантажень. Адаптація до нових умов життєдіяльності протікає дуже хворобливо з тривалим і вираженим погіршенням функціонального стану організму. Працездатність у даний період часу різко знижена. Посилення психічних навантажень приводить до зриву професійної діяльності[43].

2. Для шкали комунікативного потенціалу:

10-8 стени – високий рівень комунікативних здібностей. Швидко адаптується у новому колективі. Легко встановлює контакти з оточуючими. У міжособистісному спілкуванні неконфліктний. Завжди адекватно оцінює свою роль і правильно будує міжперсональні взаємовідносини у колективі;

7 стен – достатньо високий рівень комунікативних здібностей. Достатньо швидко адаптується у новому колективі. При встановленні міжособистісних контактів з оточуючими, як правило, не зазнає труднощів. У спілкуванні не конфліктний. У більшості випадків адекватно оцінює свою роль в колективі. На критику реагує адекватно. Достатня здатність до корекції поведінки;

6 стен – достатній рівень комунікативних здібностей. Достатньо швидко адаптується у новому колективі. При встановленні міжособистісних контактів з оточуючими, як правило, не зазнає труднощів. У спілкуванні не конфліктний. У більшості випадків адекватно оцінює свою роль в колективі. На критику реагує адекватно. Достатня здатність до корекції поведінки;

5 стен – рівень комунікативних здібностей середній. У цілому без особливих ускладнень адаптується до нового колективу. При встановленні міжособистісних контактів з оточуючими іноді може неправильно будувати

стратегію своєї поведінки. Разом з тим, до критичних зауважень відноситься адекватно, здатний коригувати свою поведінку. У спілкуванні не конфліктний. Достатньо адекватно оцінює свою роль у колективі;

4 стен – задовільний рівень комунікативних здібностей. На початковому етапі адаптації до нового колективу можуть виникати ускладнення. Не завжди правильно будує міжперсональні взаємостосунки, зважаючи на деяку неадекватність самооцінки. На критичні зауваження на свою адресу в основному реагує адекватно, хоча і дещо хворобливо. В цілому здатний до корекції своєї поведінки;

3 стен – понижений рівень комунікативних здібностей. Наявність окремих ознак акцентуації характеру. На початковому етапі адаптації до нового колективу виникають значні ускладнення. Міжперсональні взаємостосунки (як по горизонталі, так і по вертикалі) часто будує неправильно. Хворобливо реагує на критику. Недостатньо розвинута здатність до корекції своєї поведінки;

2 стен – рівень комунікативних здібностей низький. Наявність ознак акцентуації характеру. Початковий етап адаптації до нового колективу розтягнутий у часі і, як правило, протікає вельми хворобливо. Часто виникають ускладнення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими, зважаючи на наявність неадекватної самооцінки. Схильність до підвищеної конфліктності. Хворобливо реагує на критику. Фіксований на образах, що заподіяні йому оточуючими. Недостатньо розвинута здатність до корекції поведінки;

1 стен – вкрай низький рівень комунікативних здібностей. Наявність виражених ознак акцентуації характеру. Адаптація до нового колективу протікає тривало і вкрай хворобливо. Постійно випробовує утруднення в побудові міжособистісних контактів з оточуючими. Високий рівень конфліктності. Колективом, як правило, відкидаємо. Схильний до ірраціональних вчинків. Вкрай низька здатність до корекції поведінки[43].

3. Для шкали морально-етичної нормативності:

10-9 стени – дуже високий рівень соціалізації. Суворо орієнтований на загальноприйняті і соціально схвалювані норми поведінки. Суворо дотримується корпоративних вимог. У повсякденній діяльності групові інтереси ставить вище особистісних. Виражені альтруїстські якості;

8 стени – високий рівень соціалізації. Суворо орієнтований на загальноприйняті і соціально ухвалені норми поведінки. Схильний дотримуватися корпоративних вимог. У повсякденній діяльності групові інтереси ставить вище особистісних;

7 стени – достатньо високий рівень соціалізації. Орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. Дотримується корпоративних вимог. У повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистісними інтересами;

6 стени – достатній рівень соціалізації. У цілому орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У цілому дотримується корпоративних вимог. В повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистісними інтересами;

5 стени – в цілому достатній рівень соціалізації. Прагне дотримуватися загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У повсякденній життєдіяльності групові інтереси, як правило, переважають над особистісними інтересами;

4 стени – задовільний рівень соціалізації. Не завжди орієнтований на дотримання загальноприйнятих і соціально ухвалених норм поведінки. У повсякденній життєдіяльності особистісні інтереси, як правило, переважають над груповими;

3 стени – недостатній рівень соціалізації. В цілому не прагне дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки і соціально ухвалених вимог. В повсякденній життєдіяльності особистісні інтереси переважають над груповими;

2 стени – низький рівень соціалізації. Не прагне дотримуватися загальноприйнятих норм поведінки. В основному вважає за краще діяти згідно власних планів, не орієнтуючись на думку оточуючих. В повсякденній

життєдіяльності переважають егоцентричні тенденції. Особистісні інтереси переважають над інтересами групи. Досягнення особистісних інтересів може здійснювати в обхід існуючих заборон і правил;

1 стен – вкрай низький рівень соціалізації (значно відмінний від номінальних значень для даної вікової групи). Вважає за краще діяти згідно власних планів, не рахуючись з думкою оточуючих. Особистісні інтереси домінують над груповими. Для досягнення особистісних інтересів ігноруються загальноприйняті норми і правила поведінки[43].

4. Для шкали військово-професійної спрямованості:

10-8 стени – високий рівень військово-професійної спрямованості. Виражене бажання продовжувати професійну діяльність, у тому числі і в особливих умовах;

7-6 стени – достатній рівень військово-професійної спрямованості. Стійка орієнтація на продовження професійної діяльності, у тому числі і в особливих умовах;

5 стен – загалом достатній рівень військово-професійної спрямованості. Орієнтований на продовження професійної діяльності, у тому числі і в особливих умовах;

4 стен – недостатній рівень військово-професійної спрямованості. Не повною мірою задоволений своєю військовою професійною діяльністю і службовим призначенням. Орієнтація на продовження професійної діяльності сумнівна;

3-1 стени – низький рівень військово-професійної спрямованості. Не задоволений своєю військовою професійною діяльністю і службовим призначенням[43].

5. Для шкали схильності до девіантних форм поведінки:

10-6 стени – відсутність ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки. Відсутність ознак агресивної поведінки відносно оточуючих. Орієнтація на дотримання соціально ухвалених норм поведінки і раціональну побудову міжперсональних взаєностосунків з ровесниками і із старшими за віком;

5 стен – загалом виражені ознаки девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки відсутні. Відмічається наявність окремих ознак нераціональної побудови міжперсональних взаєностосунків з ровесниками і із старшими за віком. Іноді допускає порушення соціально ухвалених норм поведінки;

4-3 стени – відзначено наявність деяких ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки. Наявність агресивних реакцій відносно оточуючих. Схильність до нераціональної побудови міжперсональних взаєностосунків з ровесниками і із старшими за віком. Схильний допускати порушення соціально ухвалених норм поведінки;

2-1 стени – наявність виражених ознак девіантних (аддиктивної і делинквентної) форм поведінки. Наявність виражених агресивних реакцій відносно оточуючих. Як правило, міжперсональні взаєностосунки з ровесниками і із старшими за віком буде нераціонально. Не орієнтований на дотримання соціально ухвалених норм поведінки[43].

6. Для шкали суїцидального ризику:

10-6 стени – відсутність ознак суїцидального ризику;

5 стен – загалом виразних ознак суїцидальної схильності не виявлено. Наголошується наявність окремих ознак, що свідчать про певні труднощі в міжперсональних взаєностосунках з ровесниками і (або) із старшими по віку;

4-3 стени – відзначена наявність окремих ознак суїцидальної схильності. За наявності затяжної військово-професійної адаптації або труднощів у міжперсональних взаєностосунках з ровесниками і із старшими за віком можуть виникнути думки суїцидальної спрямованості;

2-1 стени – відзначена наявність виразних ознак суїцидальної схильності. За наявності затяжної військово-професійної адаптації або труднощів в міжперсональних взаєностосунках з ровесниками і із старшими по віку можуть виникнути думки про суїцидальний шантаж або закінчені суїцидальні дії[43].

Отже, для психологічної діагностики військовослужбовців існує велика кількість методик, однак для проведення заходів декомпресії

військовослужбовців після перебування в зоні ведення бойових дій існують визначені законодавством:

1. Опитувальник первинного психологічного скринінгу.
2. Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу.
3. Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант); використовується за бажанням психолога.
4. Шкала оцінки впливу травматичної події[35].

Перші дві методики полягають в експрес-тестуванні військовослужбовців, а дві останні – для поглибленого вивчення наявності ознак посттравматичного стресового розладу.

Крім цього, нами була обрана та описана методика багаторівневого особистісного опитувальника “Адаптивність-200”, яка дозволяє одночасно відслідкувати 6 психологічних показників та показує загальний рівень адаптивних можливостей військовослужбовців до виконання завдань в бойовій обстановці. Використання даної методики в динаміці дасть змогу дослідити зміни, які відбувається з психологічним станом людини після виконання бойових завдань.

Висновки до другого розділу

Отже, дослідивши методичні аспекти дослідження декомпресії військовослужбовців як первинного етапу психологічного відновлення, можна зробити висновки, що на сьогодні існує велика кількість методик, які дозволяють здійснити якісну та різносторонню діагностику стану військовослужбовців під час проведення заходів декомпресії.

Головними умовами обрання методів дослідження були забезпечення системного вивчення всіх аспектів психіки військовослужбовців, застосування єдиних за змістом, але різних за формою методик, які б дали змогу отримати швидкі та різносторонні результати психологічного вивчення.

При виборі методик ми спиралися на нормативно-правову базу, яка регулює порядок проведення декомперсії військовослужбовців та порядок проведення професійно-психологічного відбору.

Досліджені інструменти психологічної діагностики дозволяють отримати основну інформацію необхідну для якісного планування заходів декомперсії та врахування психологічних особливостей певної групи військовослужбовців.

РОЗДІЛ 3.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕКОМПРЕСІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ЯК ПЕРВИННОГО ЕТАПУ ПСИХОЛОГІЧНОГО ВІДНОВЛЕННЯ

В даному розділі описані та проаналізовані результати емпіричного дослідження психологічного стану військовослужбовців, які приймали участь в бойових діях. Методики, які були визначені в другому розділі даної роботи застосовувалися на першому етапі декомпресії військовослужбовців для якісного психологічного діагностування. Аналіз та узагальнення результатів дослідження дозволили виокремити пріоритетні напрямки декомпресії для досягнення максимального позитивного ефекту.

3.1. Організація емпіричного дослідження

Метою емпіричного дослідження декомпресії військовослужбовців, які повернулися після виконання бойових завдань, було визначення та оцінювання впливу безпосередньої участі в бойових діях на психологічний стан військовослужбовців.

В ході дослідження вирішувалися наступні завдання:

встановити загальні показники психологічного стану військовослужбовців;

дослідити види та ступені прояву психічних розладів після участі в бойових діях;

визначити чинники, які найбільше заважають виконувати бойові завдання та сприяють порушенню військової дисципліни;

проаналізувати ступінь впливу травматичної події на військовослужбовців;

дослідити психологічні показники респондентів на наявність посттравматичного стресового розладу;

дослідити динаміку психологічного стану та адаптивних можливостей військовослужбовців до виконання бойових завдань;

окреслити можливості покращення визначеної керівними документами системи декомпресії військовослужбовців.

Для проведення якісного емпіричного дослідження та вирішення поставлених завдань застосовувалися різні методи:

- методи збирання інформації (анкетне опитування, психодіагностика, індивідуальні бесіди у формі клінічного інтерв'ю);
- кількісні (математичні та статистичні методи) та якісні (аналіз, синтез, порівняння);
- методи інтерпретації (формулювання підсумків та висновків, визначення закономірностей).

Емпіричне констатувальне дослідження психологічного стану військовослужбовців, які приймали участь в бойових діях, можна умовно поділити на декілька етапів:

1. Підготовчий етап. Полягає в аналізі наукової літератури та керівних документів, які визначають порядок проведення заходів декомпресії та методики психологічного діагностування військовослужбовців. Опрацювання методик, підготовка бланків та місця проведення дослідження, визначення важливих для дослідження характеристик досліджуваної групи.

Так, для дослідження були обрані 5 методик, вибір та детальних опис яких наведені в другому розділі даної роботи. Були підготовані опитувальні бланки в необхідній кількості в паперовому вигляді. В пункті постійної дислокації підрозділу підготували закриті приміщення зі столами та стільцями для забезпечення зручних умов для проведення дослідження.

Варто відмітити, що зазвичай військовослужбовців негативно ставляться до будь-яких тестувань, особливо після тривалого перебування в зоні ведення бойових дій: далеко від родини, в постійній небезпеці та в поганих побутових умовах, тому забезпечення комфортних умов та якісна

підготовка дослідження – один із чинників уникнення надмірної негативної реакції, особливо на фоні підвищеного рівня агресії та дратівливості військовослужбовців.

2. Констатувальний етап. Полягає у встановленні загальних показників психологічного стану військовослужбовців; дослідженні видів та ступеню прояву психічних розладів після участі в бойових діях; визначенні чинники, які найбільше заважають виконувати бойові завдання та сприяють порушенню військової дисципліни; аналізі ступеню впливу травматичної події на військовослужбовців; дослідженні психологічних показників респондентів на наявність посттравматичного стресового розладу; дослідженні динаміки психологічного стану та адаптивних можливостей військовослужбовців до виконання бойових завдань.

Важливо відмітити, що якщо основні заходи емпіричного дослідження виконувалися одночасно, на етапі психологічної діагностики, безпосередньо перед початком заходів декомпресії, то дослідження динаміки психологічного стану та адаптивних можливостей військовослужбовців до виконання бойових завдань виконувалося через три місяці після завершення декомпресії для оцінювання зміни стану військових та їх подальшої психологічної придатності до залучення в зону ведення бойових дій.

Відповідно саме дослідження можна поділити на три етапи:

- застосування методик первинного скринінгу. Полягає в оперативному зборі важливої інформації щодо виявлення загальних показників психологічного стану військовослужбовців, які важливі для планування заходів декомпресії, узагальненого оцінювання стану підрозділу, можливості та необхідності залучення додаткових членів робочої групи;

- застосування методик поглибленого вивчення. Застосування методик Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу та Шкали впливу травматичної події, для оцінювання психологічного стану військових на наявність посттравматичного стресового розладу або окремих психічних

розладів, оцінювання впливу травматичної події в розрізі таких характеристик як вторгнення, уникнення та збудливість, оцінювання необхідності направлення до лікаря-психіатра.

- дослідження динаміки психологічного стану та адаптивних можливостей військовослужбовців, після виконання бойових завдань на основі методики БОО “Адаптивність - 200”.

3. Заключний етап. Полягає узагальненні результатів констатувального етапу експерименту; виборі найбільш доцільних, на основі проведеного дослідження, елементів психологічного відновлення; окресленні можливостей покращення системи декомпресії військовослужбовців.

Вибірку для емпіричного дослідження складала 31 військовослужбовець, які повернулися із зони ведення бойових дій та потребували декомпресії. Вікова категорія від 27 до 58 років. 100% - чоловіки. 94% - військовослужбовців призвані за мобілізацією, 6% військовослужбовців за контрактом. 94% - військовослужбовців рядового та сержантського складу, 6% - військовослужбовців офіцерського складу. Так як узагальнені результати про декомпресію містять інформацію, яка віднесена до категорії службової, назва військового підрозділу та особисті дані військовослужбовців не вказані. Для зручності обрахунку результатів, бланки військовослужбовців зашифровані числами від 1 до 31.

Військовослужбовців були поділені на дві умовні групи, які проходили опитування по черзі паралельно з медичним оглядом. Дане рішення було прийнято для більш раціонального розподілу відведеного часу та повного залучення підрозділу до процесу.

Тож, організація емпіричного дослідження у межах визначених завдань та показників дала можливість визначити вплив безпосередньої участі бойових дій на психологічний стан військовослужбовців.

3.2. Оцінка посттравматичного стресового розладу військовослужбовців за допомогою первинних опитувальників

Одним із важливих етапів декомпресії військовослужбовців, який дозволяє не тільки спланувати основні напрямки необхідних зусиль під час заходів первинного відновлення, а і відслідковувати зміни психологічного стану військових, є психологічне діагностування, яке проводиться в два етапи:

- первинні методики діагностики;
- методики поглибленого вивчення.

На першому етапі ми протестували дві групи військовослужбовців за допомогою методик первинного скринінгу.

Тестування проводилося в навчальному класі за столами на підготованих заздалегідь бланках опитування без обмеження в часі.

За результатами опитувальника первинного психологічного скринінгу вдалося в швидкі терміни вивчити індивідуальні особливості кожного з військовослужбовців.

Було встановлено, що 100% військовослужбовців відзначали безпосередню участь в бойових діях, перебування під обстрілами та наявність бойових втрат в підрозділі під час виконання завдань за призначенням. Встановлення даного факту вже свідчить про необхідність подальшого вивчення 100% особового складу поглибленими методиками та звертати особливу увагу під час роботи на прояви переживання втрати товаришів.

Близько 16% опитуваних зазначили, що за період перебування в зоні ведення бойових дій сталося значне погіршення сімейних стосунків, в деяких випадках розвив стосунків, які, на думку опитуваних, підштовхували їх до порушення військової дисципліни та вживання спиртних напоїв.

Крім цього, військовослужбовці зазначили наявність численних проявів гострих реакцій на стрес як під час участі в бойових діях так і після них
таблиця 3.1..

Таблиця 3.1.

Наявність психологічних реакцій на стрес у військовослужбовців після участі в бойових діях

№з/п	Тремор	Агресія	Апатія	Думки	Розлади сну	Дратівливість	Конфліктність	Наркотики алкоголь
1	1	1	1	1	1			
2					1			
3				1	1	1		1
4	1			1	1	1		
5	1			1	1			
6	1	1	1					
7	1			1	1	1		
8	1		1	1	1	1		
9	1							
10	1			1				
11	1	1			1			1
12				1		1		
13			1	1				
14	1			1	1			
15			1		1			
16	1				1			
17								
18					1			
19	1	1	1	1	1	1	1	1
20	1			1				
21	1			1	1			
22	1			1	1	1		
23	1		1	1	1	1		
24	1		1	1	1	1		1
25		1		1		1	1	
26	1				1			
27	1			1	1			
28	1							
29	1							
30				1		1		
31				1	1			
Σ	21	5	8	20	20	11	2	4

З таблиці 3.1. помітно, що негативні психологічні прояви у військовослужбовців після повернення з зони ведення бойових дій мають наступні результати:

- 68% військовослужбовців відзначають наявність тремору;
- 65% наявність розладів сну та нав'язливих думок;

- 35 % – дратівливість;
- 26% – апатія;
- 16% – прояви агресії;
- 13% – бажання вживати алкоголь та наркотики;
- 6% – конфліктність (Рис.3.1.).

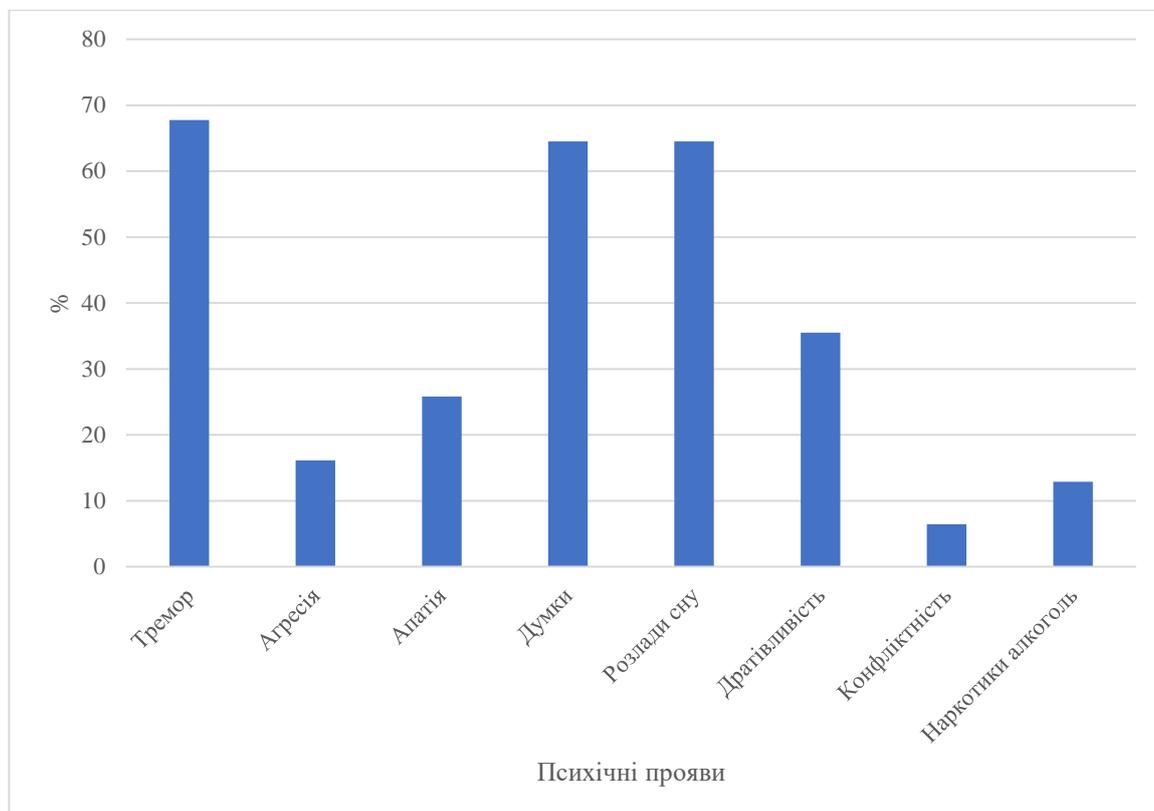


Рис. 3.1. Відношення психічних проявів за видами до загальної чисельності опитуваних

Важливим показником, який безпосередньо впливає а можливості подальшого виконання військовослужбовцями завдань за призначенням в наступних періодах є дослідження факторів, які заважали військовослужбовцям повноцінно проходити службу. Встановлення таких факторів дозволяє не лише психологам зосередити свою увагу на найбільш важких елементах військового життя для воїнів на реабілітації, але і дає можливість командирам всіх рівнів в майбутньому вживати заходів щодо мінімізації зазначених проблемних питань. Отримані результати наведені в таблиці 3.2..

Таблиця 3.2.

Фактори, що заважали військовослужбовцям повноцінно проходити службу

№ з/п	Відсутність сну	Фізична втома	Захворювання	Погане харчування	Побутові умови	Можливість дотримання гігієни
1	1	1	1	1	1	1
2		1				
3	1	1	1			
4	1	1				
5	1	1	1			
6						
7			1			
8						
9		1				
10	1	1	1			
11		1	1			
12				1		1
13			1			
14	1	1		1		
15		1				
16		1	1			
17						
18	1	1				
19						
20	1	1	1			
21	1	1	1			
22	1	1				
23	1	1	1		1	
24	1	1	1			
25	1	1	1			
26	1	1	1	1		1
27						
28		1	1			
29		1				
30	1					
31	1	1				
Σ	16	22	15	4	2	3

Серед основних факторів, які заважали проходити службу військовослужбовців зазначали:

- 71% – фізична втома;

- 52% – відсутність сну;

- 48% – захворювання;
- 13% – погане харчування;
- 10% – неможливість дотримання гігієни;
- 7% – погані побутові умови(Рис.3.2.).

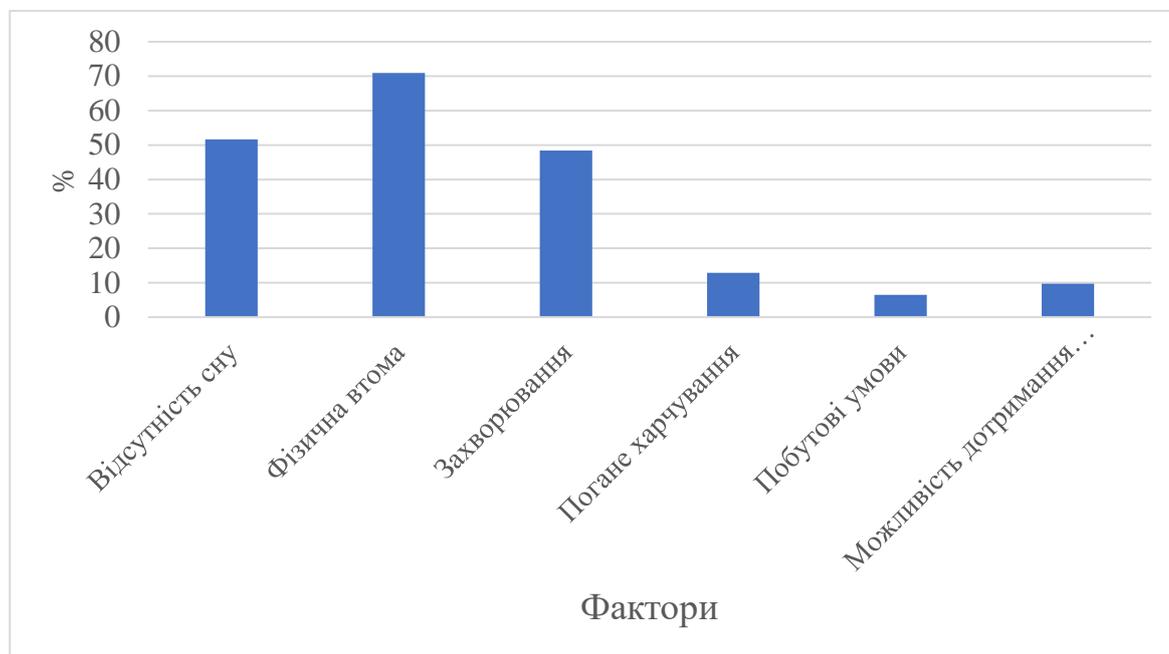


Рис. 3.2. Відношення факторів, що заважали повноцінно проходити службу до загальної чисельності опитуваних

Отже, методика первинного психологічного скринінгу дозволила не лише скласти індивідуальні характеристики на військовослужбовців та визначити списки осіб, які потребують поглибленого вивчення, а й продемонструвала домінацію таких психічних проявів як тремор, нав'язливі думки та розлади сну, що дозволило під час проведення заходів з декомпресії зосередити увагу на саме цих явищах.

Крім того, переважання фізичної втоми, захворювань та відсутності сну серед факторів, які заважають повноцінно проходити службу дає змогу враховувати дану інформацію під час визначення циклів ротації особового складу та зосередження уваги командирів на необхідність надавати підлеглим додатковий (за можливості) час на відпочинок.

Другою методикою, яка застосовувалася під час емпіричного дослідження була методика Первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу. Її результати наведені в таблиці 3.3..

Таблиця 3.3.

Результати первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу

№ з/п	Питання 1	Питання 2	Питання 3	Питання 4	Зведений результат
1	1	1	1	1	4
2	0	1	1	1	3
3	0	0	1	0	1
4	1	1	1	1	4
5	1	1	0	0	2
6	1	0	1	0	2
7	0	0	1	1	2
8	1	1	1	1	4
9	1	1	1	1	4
10	1	1	1	1	4
11	1	1	1	1	4
12	1	1	1	0	3
13	1	1	1	1	4
14	1	1	1	0	3
15	1	1	1	1	4
16	1	1	1	0	3
17	1	1	1	0	3
18	1	1	1	1	4
19	1	0	1	0	2
20	0	1	1	0	2
21	1	1	1	1	4
22	0	0	0	1	1
23	1	1	1	1	4
24	1	1	1	1	4
25	1	1	1	0	3
26	1	1	1	0	3
27	0	0	1	0	1
28	1	1	1	0	3
29	1	1	1	1	4
30	1	1	1	1	4
31	1	1	1	1	4

За результатами опитування вдалося встановити, що 74% опитуваних мають 3 і більше стверджень на поставлені в тестуванні питання, що свідчить про необхідність подальшого поглибленого вивчення (Рис.3.3.).

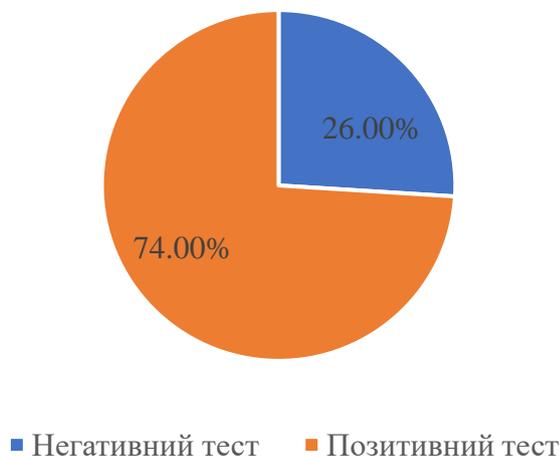


Рис. 3.3. Відношення негативних та позитивних результатів Первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу

Хоча дана методика і має за мету узагальнене оцінювання наявності посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР) та містить всього 4 питання, проте для нашого дослідження надзвичайно важливо максимально повно отримати інформацію з кожної методики, а тому ми класифікували ці питання за тими симптомами посттравматичного стресового розладу, які вони оцінюють: вторгнення, уникнення, тривожність та апатія. Співвідношення вказаних симптомів графічно зображені на рис. 3.4..

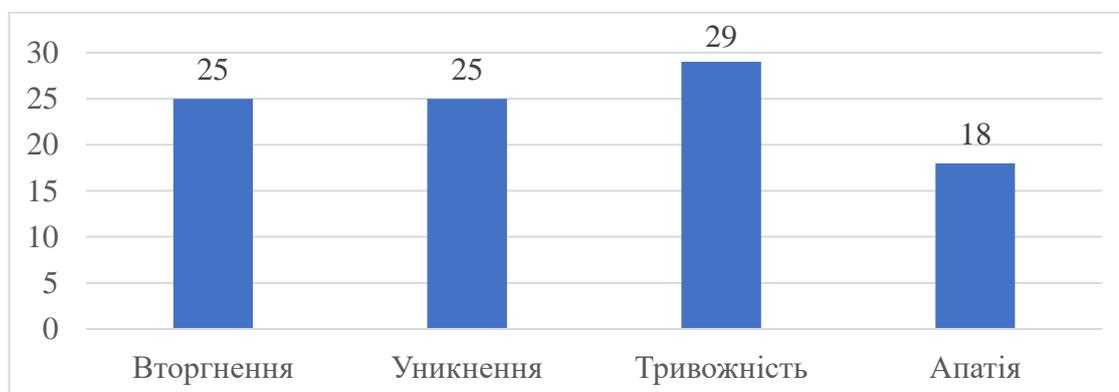


Рис. 3.4. Прояв симптомів ПТСР за методикою первинного скринінгу ПТСР

З рис. 3.4. помітно, що майже у 94% учасників опитування спостерігається прояв симптому тривожності, 81% відмічають прояви вторгнення та уникнення і лише 58% – апатії.

Важливо відмітити, що в ході дослідження, яке було частиною заходів декомпресії, нами була допущена серйозна помилка, яка суттєво вплинула на початковий хід проведення декомпресії.

Як ми зазначали у попередніх розділах, психологічна діагностика під час декомпресії поділяється на два етапи: первинний скринінг та поглиблене вивчення. Головна мета даного поділу не лише в якісному відборі людей, які більш гостро потребують поглибленого вивчення, а і в можливості позбавити протилежну групу необхідності заповнювати численні бланки, оскільки сприйняття військовими різних психологічних тестувань сприймається в негативному сенсі.

Виходячи із зазначеного вище, ми роздавали спочатку бланки первинних метод. Проте після швидкого опрацювання результатів було встановлено, що абсолютно всі військовослужбовців потребують поглибленого вивчення, тому повторно залучення респондентів до тестів викликало сильний супротив та значні прояви агресії та збудження. Уникнути даної ситуації вдалося, якби робочої групою були правильно проаналізовані відомості про підрозділ, які вдалося зібрати ще до проведення тестування. Участь в безпосередніх бойових діях та наявність бойових втрат серед особового складу – достатні причини, щоб провести відразу 4 зазначені в керівних документах методики без поділу їх на етапи. Це б дозволило подолати первинний супротив тестувань та уникнути повторного.

Загалом варто відмітити, що результати методик первинного скринінгу показали свою адекватність як засоби експрес-оцінювання впливу бойових дій на військовослужбовців.

3.3. Оцінювання посттравматичних реакцій військовослужбовців після участі в бойових діях

Для оцінювання посттравматичних реакцій військовослужбовців після участі в бойових діях та діагностування в них ознак ПТСР, що можна розглядати як підставу для направлення для подальшої реабілітації та консультації до лікаря-психіатра нами було використано методіку Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант).

Серед методик, визначених в керівних документах з декомперсії, Міссісіпська шкала є найбільш об'ємною, тому потребує часу та сконцентрованості військовослужбовців.

Отримані результати відображені в таблиці 3.4..

Таблиця 3.4.

Узагальнені результати оцінювання посттравматичних реакцій військовослужбовців за Міссісіпською шкалою (військовий варіант)

№ з/п	Кількість балів	№ з/п	Кількість балів
1	118, ознаки психічних розладів, ПТСР	17	101, ознаки психічних розладів
2	96, ознаки психічних розладів	18	95, ознаки психічних розладів
3	75, норма	19	106, ознаки психічних розладів
4	101, ознаки психічних розладів	20	102, ознаки психічних розладів
5	85, норма	21	88, ознаки психічних розладів
6	67, норма	22	86, норма
7	71, норма	23	87, ознаки психічних розладів
8	122, ознаки психічних розладів, ПТСР	24	73, норма
9	106, ознаки психічних розладів	25	97, ознаки психічних розладів
10	107, ознаки психічних розладів	26	95, ознаки психічних розладів
11	96, ознаки психічних розладів	27	113, ознаки психічних розладів, ПТСР
12	108, ознаки психічних розладів	28	72, норма
13	100, ознаки психічних розладів	29	80, норма
14	87, ознаки психічних розладів	30	87, ознаки психічних розладів
15	82, норма	31	92, ознаки психічних розладів
16	100, ознаки психічних розладів		

Відповідно до отриманих результатів можна зробити висновки, що у 9 військовослужбовців показники наявності посттравматичних реакцій знаходяться в межах норми, що у відносному вираженні складає близько 29%. У 19 військовослужбовців узагальнений показник перебуває в межах 87-111 балів, що свідчить про наявність окремих ознак психічних порушень, що у відносному вираженні складає близько 61%. У трьох військовослужбовців відмічається наявність понад 112 балів, що у відносному вираженні складає 10%. Це свідчить про сукупність ознак, достатню для діагностування можливої наявності ПТСР та необхідності направлення до лікаря-психіатра з подальшою психологічною реабілітацією.

Зазначене вище співвідношення графічно зображено на рис. 3.5..

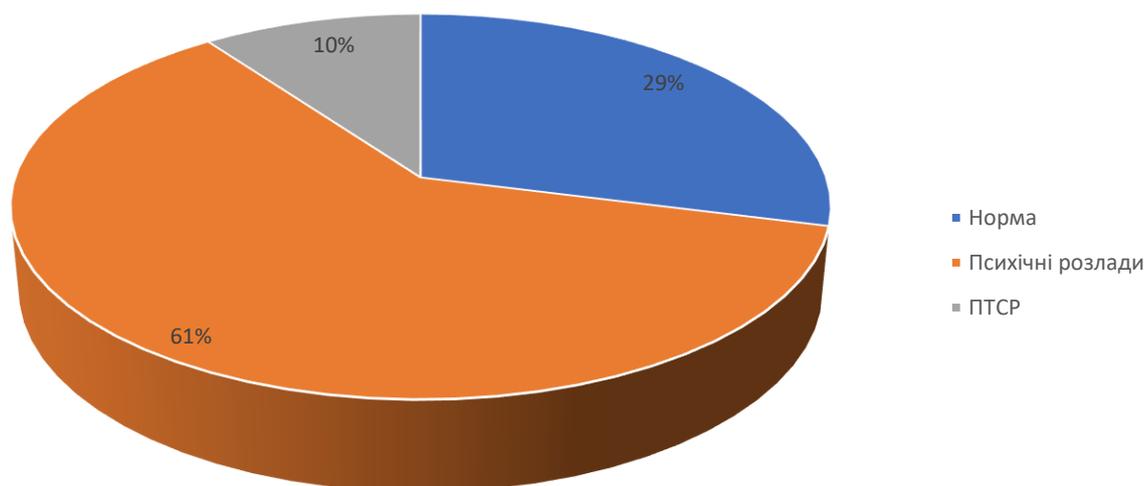


Рис. 3.5. Співвідношення військовослужбовців за ступенем прояву посттравматичних реакцій за Міссісіпською шкалою (військовий варіант)

При цьому, цікаво розглянути результати даної методики крізь приналежність військовослужбовців до категорії солдат, сержант, офіцер.

Так як наша вибірка за даними параметрами складається з 2-х офіцерів, 6-и сержантів та 23-х солдатів, нам вдалося визначити той вплив та прояв

реакцій, які отримала кожна з досліджуваних групи. Графічно отримані результати відображені на рис.3.6.

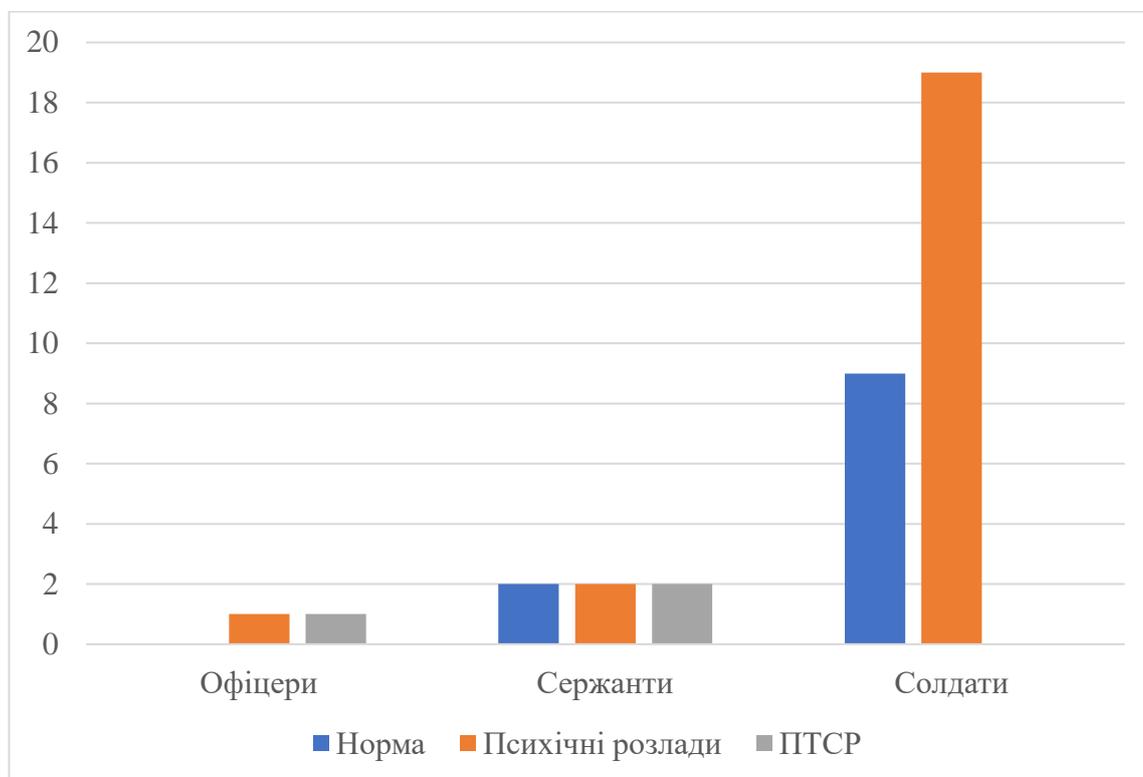


Рис. 3.6. Прояви посттравматичних реакцій у військовослужбовців в залежності від приналежності до складу ЗСУ

З рис.3.6. помітно, що критичні показники посттравматичних реакцій спостерігаються лише у офіцерів та сержантів. Пояснити такий розподіл серед військовослужбовців можна тим фактом, що офіцери та сержанти, які безпосередньо приймають участь в бойових діях (разом з підлеглими) відчувають більший вплив стресу та як наслідок посттравматичний реакцій, оскільки в більшій мірі та частіше приймають рішення та несуть відповідальність як за успішність бойових завдань так і за життя: своє і підлеглих, в той час як солдати відповідальні формально лише за себе і то лише тією мірою, яка виходить за зону відповідальності безпосереднього начальника.

Загалом можна зробити висновок, що оцінювання посттравматичних реакцій військовослужбовців після участі в бойових діях за допомогою Міссісіпської шкали оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант) дозволяє достатньо якісно відокремити більш “важких” військовослужбовців та приділити їм більше уваги під час декомпресії та відокремити групи військових, показники яких знаходяться в нормі, що може свідчити не лише про їх більш швидку реадaptaцію до виконання службових обов’язків на пункті постійної дислокації та виходу в цивільне життя, а і про подальшу психологічну придатність до виконання бойових завдань.

3.4. Оцінювання впливу травматичної події на військовослужбовців, які приймали безпосередню участь в бойових діях

Для оцінювання впливу травматичної події на військовослужбовців, які приймали безпосередню участь в бойових діях нами була використана методика Шкала оцінки впливу травматичної події, оскільки ця методика дозволяє оцінити рівень впливу травматичного досвіду на психологічне здоров'я людини та виявити симптоми посттравматичного стресового розладу.

Оскільки в авторському варіанті методики критерії інтерпретації результатів тестування відсутні, нами було прийняте рішення обраховувати середнє арифметичне значення для загального показника, як суми показників вторгнення, уникнення та збудливості у відповідності до такої умовної шкали:

0-1 бали – низький рівень – вплив травматичної події відсутній;

1-2 бали – знижений рівень – загалом вплив травматичної події незначний;

2-3 бали – середній рівень – спостерігається наявність окремих симптомів та порушень;

3-4 – підвищений рівень – вплив травматичної події на особу вище середнього – наявність окремих симптомів ПТСР

4-5 – критичний рівень – травматична подія завдала суттєвої шкоди психологічному стану особи, вплив високий, що може свідчити про наявність ПТСР.

Результати діагностики відображені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Оцінювання впливу травматичної події на військовослужбовців, які приймали участь в бойових діях

№ з\п	Вторгнення	Уникнення	Збудливість	Узагальнений	Результат
1	4,4	3,5	4,4	4,12	критичний
2	2,6	3,0	4,7	3,43	підвищений
3	1,9	0,9	1,6	1,43	знижений
4	4,4	4,5	4,7	4,55	критичний
5	3,9	3,8	4,4	4,01	критичний
6	3,7	3,4	4,1	3,74	підвищений
7	3,0	4,1	3,6	3,57	підвищений
8	4,7	3,1	4,1	3,99	підвищений
9	4,1	4,0	3,9	4,00	критичний
10	5,0	4,3	4,7	4,65	критичний
11	3,6	3,4	3,9	3,60	підвищений
12	5,0	3,5	5,0	4,50	критичний
13	2,7	2,5	2,7	2,64	середній
14	4,4	2,9	3,6	3,63	підвищений
15	4,1	3,3	4,7	4,04	критичний
16	5,0	4,3	4,4	4,56	критичний
17	3,0	1,5	2,1	2,21	середній
18	4,4	4,1	5,1	4,57	критичний
19	3,9	3,0	3,9	3,57	підвищений
20	2,9	2,8	2,6	2,73	середній
21	2,1	1,5	1,4	1,69	знижений
22	4,1	3,0	3,0	3,38	підвищений
23	2,6	2,6	2,4	2,54	середній
24	0,7	0,9	1,0	0,86	низький
25	2,4	1,9	2,1	2,15	середній
26	4,7	2,1	2,7	3,18	підвищений
27	5,0	2,8	3,9	3,87	підвищений
28	3,0	3,0	3,3	3,10	підвищений
29	0,9	1,3	1,0	1,04	знижений
30	3,6	1,6	4,1	3,11	підвищений
31	3,3	1,6	2,1	2,35	середній

Графічно співвідношення чисельності військовослужбовцями за рівнем впливу травматичної події відображене на рис.3.7..

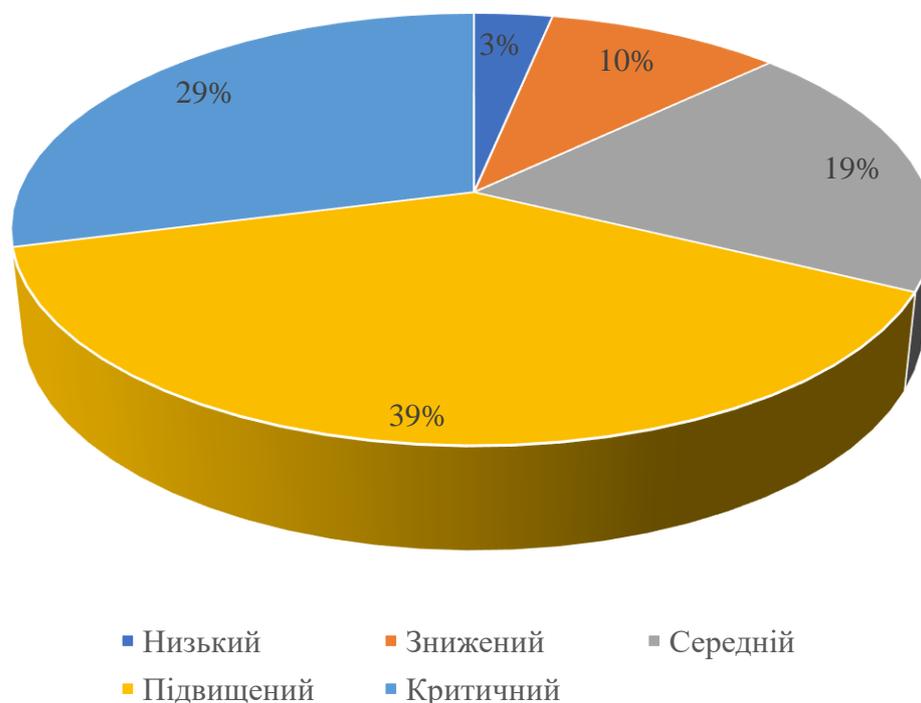


Рис.3.7. Співвідношення військовослужбовців за рівнем впливу травматичної події

Отже, за результатами дослідження було встановлено, що лише у одного військовослужбовця спостерігається низький рівень впливу травматичної події, що у відносному вираженні складає 3%. Для даного рівня впливу не характерні нав'язливі спогади, кошмари, уникнення, розлади сну чи нервові збудження. Особа з низьким рівнем впливу здатна в короткі строки повернутися до цивільного життя або до виконання обов'язків служби в пункті постійної дислокації.

У 3 військовослужбовців спостерігається знижений рівень впливу травматичної події, що у відносному вираженні складає близько 10%. Дані результати свідчать, що зазначені військовослужбовці можуть ефективно долати стрес та наслідки травматичної події, у них відсутні або менш виражені симптоми ПТСР.

У 6 респондентів спостерігається середній рівень впливу травматичної події, що у відносному вираженні складає близько 19%, що свідчить про те, що дані особи, хоча і зазнали впливу травматичної події, що може виражатися в наявності окремих симптомів ПТСР у вигляді повторних спогадів чи напруги, проте вони можуть досить ефективно функціонувати у повсякденному житті.

За результатами методики у 12 респондентів наявний підвищений рівень впливу травматичної події, що у відносному вираженні складає близько 39%, що свідчить про наявність симптомів ПТСР: нав'язливі спогади про подію, страх, уникнення думок про подію, що призводить до емоційного збідніння та байдужості до інших та самого себе, розлади сну, кошмари, агресія. Визначена категорія людей може значно страждати від наслідків травматичної події, що безпосередньо впливає на якість їх життя.

У 9 військовослужбовців спостерігається критичний рівень впливу травматичної події, що у відносному вираженні складає близько 19%. Для таких осіб характерна наявність яскраво виражених симптомів ПТСР. У таких осіб можуть бути серйозні проблеми з емоційним здоров'ям, здатністю до функціонування у повсякденному житті та взаєминами з суспільством. Критичний рівень впливу травматичних подій свідчить про те, що у цих військовослужбовців є складна емоційна реакція на травматичну подію, яка може значно вплинути на їх життя.

Для подальшої індивідуальної роботи з військовослужбовцями, які повернулися із зони ведення бойовій дій, при визначенні пріоритетного порядку направлення на психологічну реабілітацію, необхідно першочергово враховувати осіб з підвищеним та критичним рівнем впливу травматичної події. В нашому випадку це 68% від загальної чисельності особового складу, що визначений нами для проведення декомпресії.

При цьому спостерігаються випадки, коли військовослужбовець за Міссісіпською шкалою мав результати в межах норми, а за шкалою впливу травматичної події був віднесений до критичного або підвищеного рівня.

Даний факт свідчить, що навіть позитивні результати за однією з методи не можуть гарантувати, що людина не зазнала негативно впливу бойових дій, а тому лише комплексне діагностування здатне максимально повно оцінити зміни в психічному здоров'ї військовослужбовця.

3.5. Оцінювання динаміки психологічного стану та адаптивних можливостей військовослужбовців

Для оцінювання динаміки психологічного стану та адаптивних можливостей військовослужбовців після виконання ними бойових завдань нами була використана методика багаторівневого особистісного опитувальника "Адаптивність-200".

Дане дослідження проводилося в два етапи:

1. Перший етап – опитування за 3 місяці до відрядження в зону ведення бойових дій. На даному етапі військовослужбовців проходили тестування за методикою БОО "Адаптивність-200" в рамках постійного моніторингу психологічного стану в підрозділах, який здійснюється заступниками командира роти з морально-психологічного забезпечення. Дане опитування проводиться з військовослужбовцями призваними за мобілізацією на етапі професійно-психологічного відбору в територіальних центрах комплектування та соціальної підтримки і потім у підрозділі раз на півроку, або частіше за необхідності;

2. Другий етап – опитування 3 місяці після повернення з зони ведення бойових дій. Уніфікація методу та його повторне проведення дозволяє відслідкувати зміни в психологічному стані військовослужбовців за цілою сукупністю показників:

- поведінкова регуляція;
- комунікативний потенціал;
- моральна нормативність;
- військово-професійна спрямованість;
- девіантні форми поведінки;

- суїцидальні ризики.
- В загальному різниця між тестуваннями склала близько 1 року.

Результати опитування військовослужбовців до участі в бойових діях за методикою БОО “Адаптивність-200” представлені в таблиці 3.6..

Таблиця 3.6.

Результати опитування військовослужбовців до участі в бойових діях за методикою БОО “Адаптивність-200”

№ з/п	Сирі бали	Рівень стійкості	ПР	КП	МН	ВПС	ДАП	СР
1	35	2	21	9	5	10	7	1
2	23	1	5	8	10	5	8	0
3	14	1	3	7	4	10	6	0
4	13	1	3	6	4	9	5	0
5	41	2	18	14	9	6	7	1
6	44	2	21	14	9	10	14	1
7	49	2	26	14	9	7	16	2
8	31	2	9	11	11	9	15	1
9	28	2	7	9	12	4	12	1
10	34	2	13	13	8	7	9	1
11	25	2	10	7	8	2	10	1
12	21	1	6	9	6	5	6	2
13	44	2	18	16	10	9	8	2
14	49	2	30	12	7	4	9	5
15	31	2	9	11	11	3	13	0
16	37	2	14	13	10	8	13	1
17	28	2	13	9	6	4	8	1
18	47	2	29	10	8	6	7	3
19	26	2	7	13	6	5	5	1
20	26	2	10	8	8	6	7	0
21	29	2	16	5	8	5	6	2

За результатами опитування всі військовослужбовці мали високі показники стійкості до бойового стресу:

4 військовослужбовці мали 1-й рівень стійкості до бойового стресу, що у відносному вираженні складає 19% від загальної чисельності опитуваних;

17 військо службовців мали 2-1 рівень стійкості до бойового стресу, що у відносному вираженні складає 81% від загальної чисельності опитуваних.

Тобто, можна стверджувати, що перед виконанням бойових завдань відібрана для опитування група мала високі психологічні показники стійкості до бойового стресу та відсутність ознак суїцидального ризику.

Для порівняння поглянемо на результати опитування, проведеного через рік (після повернення з зони ведення бойових дій), відображені в таблиці 3.7..

Таблиця 3.7.

Результати опитування військовослужбовців після участі в бойових діях за методикою БОО “Адаптивність-200”

№ з/п	Сирі бали	Рівень стійкості	ПР	КП	МН	ВПС	ДАП	СР
1	116	4	76	23	17	24	26	13
2	62	3	46	10	6	14	7	6
3	45	2	25	14	6	14	8	0
4	41	2	26	9	6	12	7	0
5	99	4	62	22	15	21	18	8
6	70	3	48	17	5	13	8	4
7	67	3	41	14	12	17	19	7
8	58	3	33	13	12	13	19	4
9	28	2	10	10	8	23	15	1
10	76	4	45	17	14	18	18	5
11	47	2	31	8	8	10	10	3
12	57	3	38	10	9	11	10	3
13	35	2	12	15	8	13	9	1
14	71	3	54	14	3	9	8	11
15	39	2	23	7	9	5	13	0
16	49	2	24	13	12	13	14	3
17	30	2	17	7	6	8	9	0
18	28	2	11	10	7	4	6	1
19	30	2	11	13	6	5	8	2
20	68	3	34	22	12	11	12	2
21	50	2	31	9	10	6	9	1

Як помітно з таблиці 3.7., спостерігається значне погіршення за всіма показниками багаторівневого опитувальника.

За рівнем стійкості до бойового стресу розподіл в групі відбувся наступним чином:

1 рівень стійкості до бойового стресу – 0%. після участі в бойових діях жоден військовослужбовець не отримав даний результат;

2 рівень стійкості до бойового стресу – 11 військовослужбовців, що у відносному вираженні складає близько 52%;

3 рівень стійкості до бойового стресу – 7 військовослужбовців, що у відносному вираженні складає близько 34%;

4 рівень стійкості до бойового стресу – 3 військовослужбовців, що у відносному вираженні складає близько 14%.

Наявність 4-го рівня стійкості до бойового стресу свідчить про невідповідність особистісних характеристик людини до вимог, які пред'являються до військовослужбовця під час бойової діяльності. Тобто, можна стверджувати, що психологічні втрати опитуваної групи склали 14%.

Графічно динаміка рівня стійкості до бойового стресу відображена на рис. 3.8..

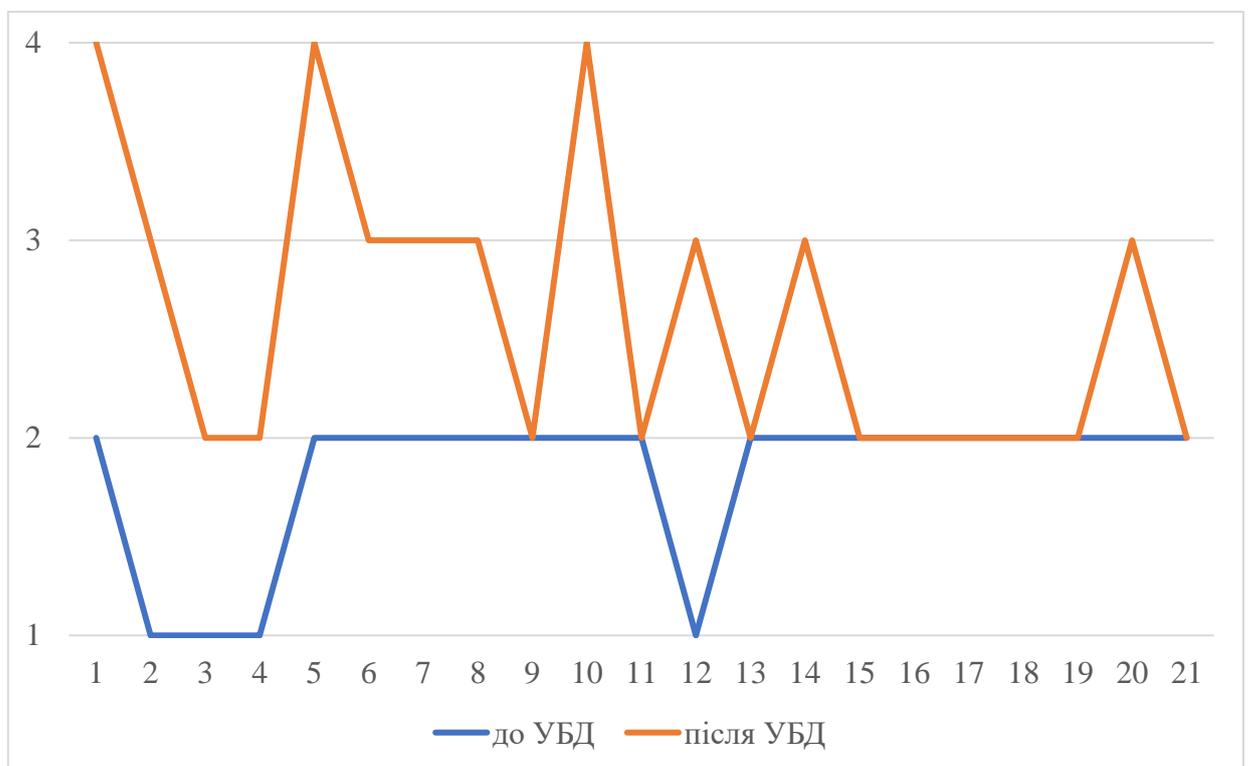


Рис. 3.8. Динаміка рівня стійкості до бойового стресу військовослужбовців до та після участі в бойових діях

Крім того, для нас надзвичайно важливою є динаміка ще двох показників: військово-професійної спрямованості та схильності до суїцидального ризику, динаміка яких відображена на рисунках 3.9. та 3.10..

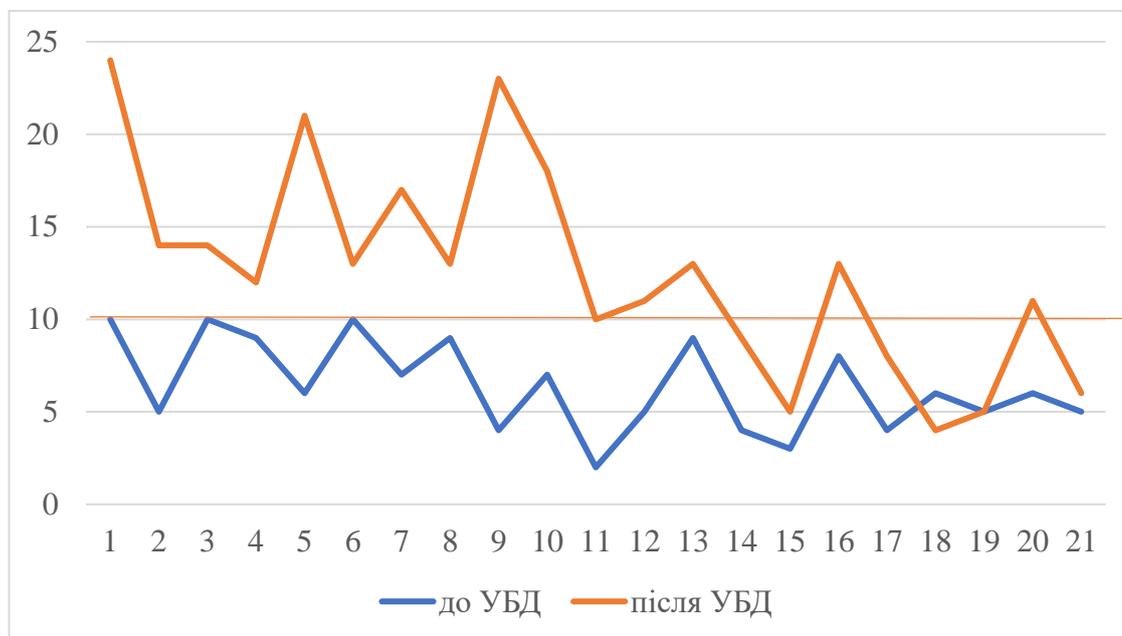


Рис. 3.9. Динаміка рівня військово-професійної спрямованості військовослужбовців до та після участі в бойових діях

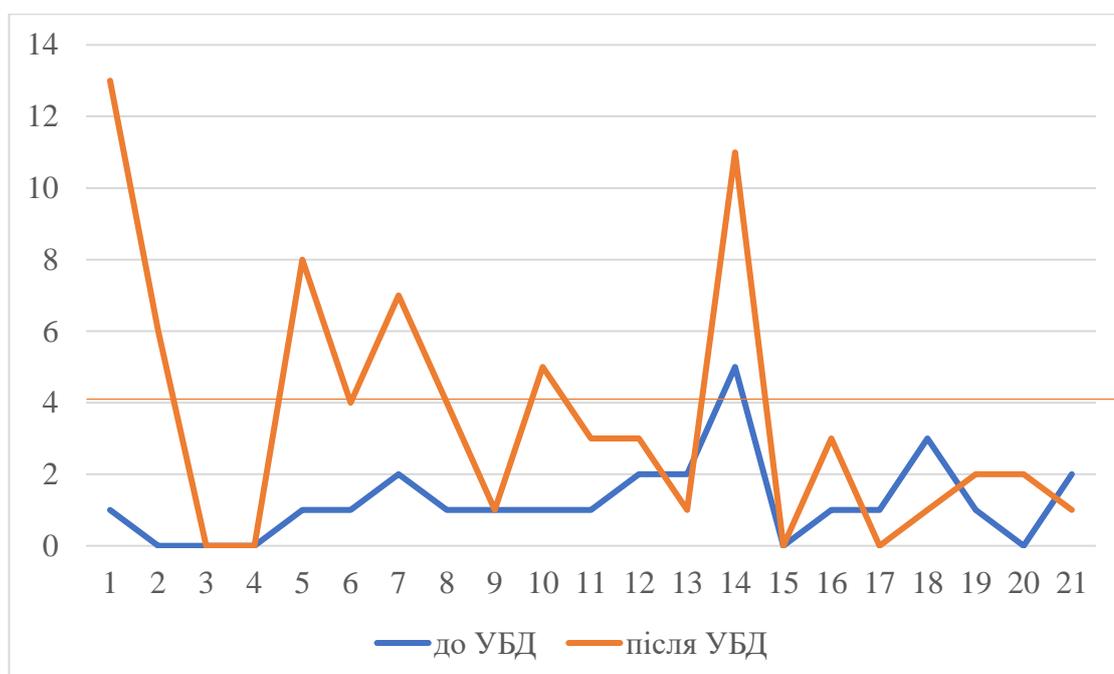


Рис. 3.10. Динаміка рівня схильності до суїцидального ризику військовослужбовців до та після участі в бойових діях

При визначенні критичного рівня військово-професійної спрямованості нами було визначено показник в 10 балів, що відповідає 5 ступеню, це в цілому достатній рівень військово-професійної спрямованості. Орієнтований на продовження професійної діяльності, у тому числі і в особливих умовах. Якщо військовослужбовець має 11 і більше балів, то варто розглядати його як такого, що має недостатню військову спрямованість. У випадку, якщо кількість балів більше 14, то це свідчить про повну незадоволеність людини військовою професійною діяльністю та службовим призначенням, що у випадку з військовослужбовцями, призваними за мобілізацією може бути ризиком самовільного залишення служби.

Даний показник, як і рівень стійкості до бойового стресу надзвичайно важливий в умовах повномасштабної тривалої війни “на виснаження”, оскільки здатність сторін відновлювати та повертати в стрій вражений попередньо фізично та психологічно особовий склад є головним елементом підтримки необхідної чисельності людського ресурсу на війні.

Так, з Рис. 3.9. помітно, що лише 7 військовослужбовців з 21 зберегли достатній рівень військово-професійної спрямованості, що у відносному вираженні складає близько 33%. При цьому, 7 військовослужбовців мають недостатню військову спрямованість, що у відносному вираженні складає близько 33% і 7 військовослужбовців мають повне незадоволення військовою діяльністю.

Динаміка показника схильності суїцидального ризику також має негативну динаміку, яка вимагає чіткої уваги до військовослужбовця для недопущення розвитку суїцидальних думок та реалізації намірів.

При визначенні критичного рівня схильності до суїцидального ризику нами було визначено показник в 4 бали, що відповідає 5 ступеню, за якого виразних ознак суїцидальної схильності не виявлено.

Так, до участі в бойових діях лише у 1 військовослужбовця була відзначена наявність окремих ознак суїцидальної схильності, тоді як після

повернення із зони ведення бойових дій такі значення показника спостерігалися вже в 4 військовослужбовців, що у відносному вираженні складає близько 20% від загальної чисельності вибірки, а 2 військовослужбовців мали наявність виразних ознак суїцидальної схильності, що у відносному вираженні складає близько 10%.

Такі результати, де спостерігається прямий зв'язок між участю в бойових діях та зростанням суїцидального ризику є черговим підтвердженням необхідності приділяти особливу увагу військовослужбовцям після повернення із зони ведення бойових дій та важливість декомпресії як первинного етапу їх реабілітації.

3.6. Оптимізація процесу декомпресії військовослужбовців

Проаналізувавши теоретичні засади декомпресії як первинної форми реабілітації, які висвітлені в першому розділі даної роботи та здійснивши емпіричне дослідження декомпресії військовослужбовців, яке відображене в третьому розділі даної роботи нам вдалося виявити цілий перелік напрямків та заходів, які здатні покращити якість проведення декомпресії військовослужбовців, які повернулися після участі в бойових діях.

Головним питанням, яке порушуються під час практичної реалізації запропонованих керівними документами заходів з декомпресії залишається її актуальність у теперішніх умовах.

Нерозуміння керівним складом всіх рівнів важливості психологічного відновлення призводить до саботування проведення декомпресії або її формального виконання на папері. Ігнорування та знецінення психологічного відновлення порушує важливий трикутник взаємодії “робоча група-керівництво-солдати”, що призводить до негативного сприйняття запропонованих дій вже з боку безпосередній учасників декомпресії.

Тому ми пропонуємо включати до програми бойової підготовки заняття для керівного складу з психологічної підготовки в розрізі психологічної просвіти з обов'язковим включенням тем, які б відображали теоретичні та

практичні знання щодо психологічної допомоги військовослужбовцям на етапі відновлення.

При цьому, так як заходи з бойової підготовки досить часто мають лише формальний характер, більш дієвими, а нашу думку, є тренінги на базі громадських організацій або закладів, які займаються психологічною реабілітацією військовослужбовців. Дані тренінги мають проходити як військовослужбовців структур морально-психологічного забезпечення, так і командири взводів та рот.

Крім того в ході досліджень нам вдалося встановити, що основою успішного проведення заходів декомпресії є її проведення на базі закладів санаторного типу або комплексів зеленого туризму. Бажано, щоб декомпресії стала проміжним пунктом між зоною ведення бойових дій та пунктом постійної дислокації. Тому, ми пропонуємо доповнити пункт 2.7. Наказу Генерального штабу України «Про затвердження інструкції з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України» переліком зазначених закладів, як визначених місця для проведення декомпресії.

Іншим важливим елементом успішного проведення заходів декомпресії військовослужбовців є встановлення на первинному етапі тісної комунікації та рапорту. Короткі групові та індивідуальні бесіди, доведення військовослужбовцям важливості психологічної реабілітації можуть не лише налаштували людей на позитивний робочий лад, а і прибрати негативні прояви на тестування.

Позитивний вплив на декомпресію військовослужбовців має попередня роботи з родинами військовослужбовців, яка спрямована на донесення їм важливості психологічної реабілітації та психологічне навчання в системі військовий-родина, особливості поведінки військового та способи допомоги від близьких.

В ході проведення дебрифінгу нами було встановлено, що колективне обговорення подій, які відбувалися в зоні ведення бойових дій можуть стати

тригером та повторно травмувати найбільш вразливих військовослужбовців, тому необхідно заздалегідь провести з цього приводу психоедукацію з наданням рекомендацій з самодопомоги у випадку підвищення тривожності.

Так, як в ході емпіричного дослідження нами було встановлено, що серед реакцій на стресові події найбільшого прояву отримали тремор, розлади сну та нав'язливі думки, ми рекомендуємо під час занять з особовим складом спрямувати зусилля на методах та заходах, які допоможуть подолати саме найбільш поширені проблеми.

Якщо розглядати тремор як індикатор проблеми, а не саму проблему, то в більшості випадків він свідчить про емоційну напругу та підвищену тривожність.

Для подолання емоційної напруги та тривожності ми рекомендуємо включати до програми декомпресії такі заходи:

- м'язові релаксації різних варіацій (м'язова релаксація Джейкобсона, вправа "Лимон", комплекс вправ "Дерев'яна лялька");
- масаж та самомасаж;
- вправи на заземлення;
- йога та медитація;
- застосування методів арт-терапії, кольоро-терапії;
- дихальні вправи (дихання квадратом, розслаблююче дихання, дихання трикутником, глибоке повільне дихання);
- вправи на активізацію парасимпатичної системи;
- взаємодія з тваринами та природою;
- залучення капелана або священника для молитви.

Для подолання проблем з розладами сну необхідно перш за все провести психоедукацію, під час якої послідовно обговорити наступні питання:

- загальна інформація про сон та його важливість;
- різниця в денних та нічних процесах в організмі людини;
- основні принципи гігієни сну та ритуалів сну.

Крім цього, під час планування декомпресії необхідно врахувати достатню тривалість сну для військовослужбовців та можливість денного сну після обіду із проведенням сугестії.

При роботі з нав'язливими думками на нашу думку корисними можуть бути наступні рекомендації:

- вправи заземлення, відволікання;
- усвідомлення та когнітивне опрацювання травматичних подій;
- методи “корисні й некорисні думки”, “трамвай”;
- використання флеш-карток[50].

Крім цього, на нашу думку, важливим моментом декомпресії є психоедукація, яка повинна підвищити психологічну компетентність військовослужбовців, що допоможе більш ефективно ідентифікувати та долати проблеми, які виникають.

Обов'язковою для обговорення та вивчення є тема подолання агресії та основи реадаптації в родині.

Двостороння робота з військовослужбовцями та їх родинами дозволяє вже на початковому етапі знизити напругу під час повернення військовослужбовця до цивільного життя.

Загалом, можна зробити висновки, що існуюча система організації декомпресії як “проба пера” в напрямку первинної реабілітації військовослужбовців здатна до нормального функціонування, проте доповнення її рекомендаціями, зазначеними в даному розділі та індивідуальний підхід під час планування дозволить суттєво підвищити рівень наданої допомоги та зробити перший вагомий крок до відновлення захисників України.

Висновки до третього розділу

Здійснивши емпіричне дослідження декомпресії військовослужбовців як первинного етапу психологічного відновлення можна зробити висновки, що участь в бойових діях має значний вплив на психологічний стан

військовослужбовців та при ігноруванні заходів психологічної реабілітації може спричинити як розвиток посттравматичного стресового розладу так і загальне погіршення якості життя військовослужбовців.

Результати досліджуваної групи військовослужбовців дали можливість підтвердити ефективність використання методик первинного скринінгу та попереднього вивчення наявної інформації про підрозділ, який повертається з зони бойових дій, при швидкій діагностиці та первинному сортуванні військовослужбовців за ступенем психологічного ураження.

Методики поглибленого вивчення продемонстрували як значний розвиток ПТСР так і високі показники впливу травматичної події на психологічний стан військовослужбовців.

Динамічне вивчення адаптивних можливостей військовослужбовців продемонструвало значне зниження стійкості до бойового стресу військовослужбовців після участі в бойових діях та зростання рівня суїцидальної схильності.

Результати даних досліджень дозволяють змістити акценти спрямованих зусиль під час планування та проведення заходів як декомперсії так і подальшого психологічного супроводу військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

Підсумовуючи результати даної роботи можна зробити висновки, що мета дослідження була досягнута: нам вдалося дослідити особливості декомпресії військовослужбовців, які приймали участь в бойових діях та досягнути поставлених завдань:

1. В першому розділі даної роботи був здійснений теоретичний аналіз декомпресії військовослужбовців як первинного етапу психологічного відновлення. Встановлено, що психологічна декомпресія є надзвичайно важливим етапом психологічного відновлення військовослужбовців, які брали участь в бойових діях.

Декомпресія, як сукупність вчасно застосованих різносторонніх заходів дозволяє в швидкі терміни перелаштувати психіку військовослужбовця з бойового стану в стан цивільний. Якісне проведення даних заходів дозволяють мінімізувати негативний вплив травматичних подій на психологічний стан військовослужбовців, вчасно діагностувати наявність певних порушень та попередити розвиток посттравматичного стресового розладу.

2. Дослідження особливостей психологічного стану військовослужбовців після виконання бойових завдань дозволили встановити, негативну дію військових дій на психіку військовослужбовців, підтвердити гостру необхідність вчасного впровадження заходів реабілітації всіх рівнів.

Аналіз методичних інструментів діагностики психологічного стану військовослужбовців під час декомпресії дозволив обрати найбільш доцільні методики, які б забезпечили системне вивчення всіх аспектів психіки військовослужбовців, дали б змогу отримати швидкі та різносторонні результати психологічного вивчення.

3. Аналіз ступеню впливу травматичної події на військовослужбовців продемонстрував високі значення за всіма показниками: вторгнення, уникнення та збудливість, що свідчить про необхідність комплексного підходу під час відновлення та зосередження уваги робочих груп на роботі з психологічною травмою.

Емпіричне дослідження декомпресії військовослужбовців дозволили оцінити ефективність опитувальників первинного скринінгу, як інструментарію експрес-діагностики та другого етапу сортування військовослужбовців за ступенем ураження (після первинного збору інформації про підрозділ).

Також було встановлено, що військовослужбовців, які перебувають на офіцерських та сержантських посадах зазнають дещо більшого негативного впливу, оскільки в більшій мірі та частіше приймають рішення та несуть відповідальність як за успішність бойових завдань так і за життя: своє і підлеглих, що завдає додаткове навантаження на психіку.

Дослідження з діагностики посттравматичного стресового розладу дозволили кількісно оцінити негативну шкоду, завдану психологічну стану військових та наявність та можливий розвиток психічних розладів.

Динамічне вивчення адаптивних можливостей військовослужбовців продемонструвало значне зниження стійкості до бойового стресу військовослужбовців після участі в бойових діях та зростання рівня суїцидальної схильності.

Результати даних досліджень дозволяють змістити акценти спрямованих зусиль під час планування та проведення заходів як декомпресії так і подальшого психологічного супроводу військовослужбовців.

4. Отримані результати дозволили поглибити наукові уявлення про явище декомпресії військовослужбовців як елементу психологічного відновлення та реадаптації до мирного життя, виокремити основні напрямки покращення існуючої організаційної системи проведення заходів декомпресії в Збройних Силах України, розширення інструментарію роботи з тривожністю, розладами сну та нав'язливими думками.

Впровадження всіх зазначених рекомендацій дозволить суттєво підвищити ефективність декомпресії військовослужбовців, мінімізувати негативний вплив травматичного досвіду та створити міцну основу для подальшої реабілітації та реадаптації захисників України до мирного життя.

Список використаних джерел

1. Психологічна характеристика військової служби [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://in1.com.ua>.
2. Зоран Комар (2017). Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів. К.. 184 с
3. Живоглядюв Ю. Психологічні особливості професійної самосвідомості військових психологів / Ю. Живоглядюв, А. Денисова // Вчені записки Університету "КРОК". - 2022. - № 4(68). - С. 115-122.
4. Кокун О.М. Оптимізація адаптаційних можливостей людини: психофізіологічний аспект забезпечення діяльності: Монографія. - К.: Міленіум, 2004. - 265 с.
5. Мацегора Я. В. та ін. (2014). Психологічний моніторинг професійно важливих якостей курсантів ВВНЗ МВС України: монографія. Харків: Акад. ВВ МВС України 421 с
6. Кокун О. М. Зміст та структура психологічної готовності фахівців до екстремальних видів діяльності. Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. 2010. Вип. 7. С. 182–190.
7. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Копаниця О. В. Діагностування психологічної готовності військовослужбовців 125 військової служби за контрактом до діяльності у складі миротворчих підрозділів : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ. 2011. 153 с.
8. Колесніченко О. С. Психологічна готовність працівників МНС України до професійної діяльності в екстремальних умовах : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Харків, 2011. 23 с
9. Зміст та організація військово-соціальної роботи у підрозділі : навч. посіб. / В. В. Рютін, В. С. Афанасенко, О. Ю. Бурківський, Е. П. Дуб та ін. Харків : ХВУ, 2003. С. 324–330.
10. Екстремальна психологія: Підручник / За заг. ред. О.В. Тімченка - К.: ТОВ "Август Трейд", 2007. - 502 с.

11. Попелюшко Р. П. До проблеми психологічних наслідків участі в бойових діях / Р. П. Попелюшко // Науковий вісник Чернівецького університету : зб. наук. пр. - Чернівці : ЧНУ, 2015. - Вип. 764: Педагогіка та психологія. - С. 146-153.
12. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Курило В.О., Саржевський С.Н. Посттравматичні стресові розлади : Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Вид. 2-е, перероблене та доповнене. – Х. : ХМАПО, 2014. – 223 с.
13. Про військовий обов'язок і військову службу : Закон України від 25.03.1992 р. № 27: станом на 12 жовтня 2023 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2232-12#Text>
14. Воробйов Г. П. Організація психологічної підготовки особового складу підрозділів Сухопутних військ: навч.-метод. посіб. / за ред. Г. П. Воробйова. Львів: АСВ, 2012. 430 с.
15. World health report 2001 - Mental health : new understanding, new hope (2001) Geneva: Switzerland : World Health Organization.
16. Блінов О.А. Психогенні розлади у військовослужбовців та їх прогнозування. Збірник наукових статей ад'юнктів і здобувачів кафедр КВГІ. - К.: КВГІ, 1996. - С. 3-21.
17. Блінов О.А. Деформація особистості військовослужбовців унаслідок участі в бойових діях / О. А. Блінов // Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка. – К. : ДП «Інформаційно аналітичне агенство», 2014. – Т. X. Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія. – Вип. 26. – С. 87-96.
18. Блінов О.А. Прогнозування психогенних втрат // Зб. наукових праць КВГІ. – К. : КВГІ, 1998. - №1 (6). – С. 9-15
19. Блінов О.А. Групи бойових психічних травм у військовослужбовців / О.А.Блінов // Матеріали Всеукр. наук.-теорет. конф. «Сучасні тенденції та перспективи розвитку освіти і науки у вищих

навчальних закладах України» (12 травня 2006 року). – Хмельницький: Видавництво Національної академії Державної прикордонної служби України імені Б. Хмельницького, 2006. – С. 173. // Зб. наукових праць КВГІ. – К. : КВГІ, 1998. - №1 (6). – С. 9-15

20. Блінов О.А. Методика прогнозування психогенних втрат: метод. посібник. – К. : ВГІ НАОУ, 2003. – С. 16.

21. Алещенко, В. (2015). Посттравматичний стрес військовослужбовців – учасників бойових дій: психологічний аналіз. Вісник. Київ. Нац. ун-ту ім. Т. Шевченка. Військ.- спеціальні науки, 1(32). 5–10.

22. Лукомська, С. & Задорожний, С. & Кульчиковський, Е. (2015). Психологічна допомога учасникам АТО в системі реабілітаційного відділення госпіталю для ветеранів війни. URL: <http://int-konf.org/konf052015/1058-lukomska-s-o-zadorozhniy-s-v-kulchikovskiy-e-mpsihologchna-dopomoga-uchasnikam-ato-v-sistem-reabltacynogo-vddlennya-gosptalyu-dlyaveteranv-vuni.html>

23. Сафін, О. (2016). Основні підходи до функціонування системи психологічної реабілітації та реадаптації учасників антитерористичної операції. Наука і оборона, № 1. 24–30.

24. Психолого-психіатрична реабілітація осіб рядового та начальницького складу органів та підрозділів внутрішніх справ, військовослужбовців з'єднань та частин Національної гвардії України, які приймали участь у бойових діях : метод. рек. / В. С. Гічун, Ю. П. Романенко, О. В. Кислова та ін. Київ : КОМПРИНТ, 2014. 34 с. 3

25. ООН: На Донбасі загинуло більше 6 тисяч осіб [Електронний ресурс] / УкрМедіа 2015-04-14. –Режим доступу : <https://ukr.media/ukrain/233183>

26. Єсін Р.В. Зайчук О.Д. Особливості психологічної декомпресії для відновлення боєздатності військовослужбовців танкових підрозділів / Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України : тези доп. Всеукр. наук.-практ.

конф. (Харків, 5 квіт. 2019 р.) / МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. — Харків, 2019. — 312 с

27. Шевченко В. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті / В. В. Шевченко, А. А. Руденко // Науковий вісник Миколаївського національного університету імені В. О. Сухомлинського. Серія : Психологічні науки. - 2014. - Вип. 2.12. - С. 239-243. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvmdups_2014_2_12_46.

28. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи : монографія / Ю. Л. Бриндіков. – Хмельницький, 2018. – 388 с.

29. Постанова КМУ від 29 листопада 2022 р. № 1338 Київ Деякі питання надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, осіб, які мають особливі заслуги перед Батьківщиною, членам сімей таких осіб та членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни і членам сімей загиблих (померлих) Захисників та Захисниць України відповідно до Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту”

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

31. Алещенко В. І., Хміляр О. Ф. Психологічна реабілітація військовослужбовців з постстресовими психічними розладами : навч. посіб. Харків : ХУПС, 2005. 84 с

32. Попелюшко Р.П. Особливості психологічної реабілітації учасників бойових дій засобами природничої рекреації. Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Том. XI: Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. 2015. Випуск 13. С. 198–207

33. Наказ Міністерства Оборони України від 09 грудня 2015 року №702 “Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію

військовослужбовців Збройних Сил України, та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах”.

34. Особливості надання психологічної допомоги учасникам антитерористичної операції : наук.-практ. посіб. / С. В. Кобець, В. П. Остапович, Л. А. Кириєнко, В. В. Барко ; за ред. В. О. Криволапчука. Київ : ДНДІ МВС України, 2017. 180 с.

35. Наказ Генерального штабу Збройних Сил України від 27 грудня 2018 року №462 “Про затвердження Інструкції з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України”.

36. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації). Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с

37. Березовська Л. І. Реадаптація демобілізованих військовослужбовців, що перебували в зоні АТО. Посттравматичний стресовий розлад: дорослі, діти та родина в ситуації війни : Міжнародне науково-практичне видання/заг. ред. І. Маноха, Г. Собчук. Том. І. Варшава – Київ: ПАН – Гнозис, 2017.С. 138–153.

38. Ярмольчик М. Психологічні технології роботи з військовослужбовцями під час декомпресії/ М. Ярмольчик, О. Лич // Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права: збірник наукових праць / за заг. ред. Ф.В. Рагімова– Д. : №2. – 2022. – С. 88-92.

39. Ярмольчик М. Декомпресія як форма первинної психологічної реабілітації / Марія Ярмольчик // Авіаційна та екстремальна психологія у

контексті технологічних досягнень: збірник наукових праць / за заг. ред. Л.В. Помиткіної, О.М. Ічанської. – К. : «Кафедра», 2021. – С. 187-191.

40. Тренінги для психологічної підготовки та адаптації військових до бойових дій / під ред. А.Г. Фоменко, Г.М. Колєва, Г.П. Сябренко. Кіровоград : Імекс-ЛТД, 2015. 108 с

41. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків криз / за ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208 с.

42. Джигун Л. М. Особливості і сучасний стан психологічної реабілітації військовослужбовців після проходження служби в умовах бойових дій / Л. М. Джигун, Н. П. Берегова, Н. Д. Главацька // *Psychology Travelogs*. – 2021. – Iss. 2. – P. 58-73.

43. 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.

44. Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: three studies in reliability and validity. / *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988. – 90 p.

45. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К.: Педагогічна думка, 2016. – 219 с.

46. Horowitz M. Impact of events scale: A measure of subjective stress / M.Horowitz, N.Wilner, W.Alvarez // *Psychosomatic Medicine*. – 1979. – Vol.41. – P. 208–218.

47. Weiss D. S. Predicting symptomatic distress in emergency services personnel / D. S. Weiss, C. R. Marmar, T. Metzler, H. Ronfeldt // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1995. – V. 63. – P. 361 – 368

48. Островська К.О./ Звіт про науково-технічну роботу за договором ДЗ/74 – 2019 від 03.09.2019 “Розроблення технологій психотерапії, реабілітації та професійної орієнтації учасників операції об’єднаних сил та внутрішньо

переміщених осіб” [Електронний ресурс] –Режим доступу :
https://pedagogy.lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/Zvit_derzhavne-zamovlennja_2020.pdf

49. Багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» [Електронний ресурс] Психологічні методики та тести Автоматичний підрахунок – Режим доступу :
https://www.eztests.xyz/tests/social_mlo/

50. Здибель Ю. А. Особливості проведення психологічної реабілітації учасників Операції Об’єднаних сил (ООС) : кваліфікаційна робота магістра : 053 Психологія / Ю. А. Здибель ; Хмельниц. нац. ун-т. – Хмельницький, 2021. – 62 с.

51. Шклярук А. ВПЛИВ БОЙОВИХ ДІЙ НА ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ. Прояви резилієнтності на різних рівнях системи: сім’я, освіта, суспільство під час війни: зб. наук. матеріалів І Міжнар. наук.-практ. конф., 23 листопада 2023 р. Полтава : Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка», 2023. С. 68-70.

