

**ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР
ГУМАНІТАРНИХ ПРОБЛЕМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ,
ВЕТЕРАНАМ ТА ЧЛЕНАМ ЇХНІХ СІМЕЙ
ЦИВІЛЬНИМИ ПСИХОЛОГАМИ**

Методичний посібник



Київ – 2023

**ГОЛОВНЕ УПРАВЛІННЯ МОРАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**НАУКОВО-ДОСЛІДНИЙ ЦЕНТР
ГУМАНІТАРНИХ ПРОБЛЕМ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

**ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ
ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ,
ВЕТЕРАНАМ ТА ЧЛЕНАМ ЇХНІХ СІМЕЙ
ЦИВІЛЬНИМИ ПСИХОЛОГАМИ**

Методичний посібник

Київ – 2023

УДК 159.9

K55

Рекомендовано до видання науковою радою Науково-дослідного центру гуманітарних проблем Збройних Сил України (протокол № 1 від 30 січня 2023 р.)

**Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О.,
K55 Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В.** Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2023. 175 с.

ISBN 978-617-549-186-7

Фото на обкладинці: обличчя солдатів до, під час та після війни. Автор фото – журналіст, фотограф Сноу Л. Джерело: <https://www.espritsciencemetaphysiques.com/soldats-photographies.html>.

У методичному посібнику викладено теоретичні та практичні основи надання цивільними психологами психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей. Розкрито особливості психологічного консультування військовослужбовців та ветеранів, які постраждали внаслідок травмівних подій, зокрема, з важкими наслідками бойових поранень та звільненими з полону, а також особливості консультаційної роботи з членами сімей військовослужбовців.

Методичний посібник може бути використаний в роботі цивільних і військових психологів, представників громадських і волонтерських організацій та інших осіб, задіяних у сфері психологічної і соціально-психологічної допомоги.

Р е ц е н з е н т:

Чепелева Н. В. – дійсний член НАПН України, доктор психологічних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України.

© Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В.

ЗМІСТ

Передмова	5
РОЗДІЛ 1. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ.....	8
1.1. Травма та її наслідки для психічного здоров'я військовослужбовців	8
1.2. Специфіка стосунків психолог – клієнт у ситуації надання психологічної допомоги. Рекомендації психологу.....	11
1.3. Особливості консультування військовослужбовців та ветеранів.....	19
1.4. Консультування з питань кар'єри.....	41
1.5. Особливості психологічного консультування військовослужбовців, які зловживають психоактивними речовинами. Мотиваційне інтерв'ювання.....	42
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ КОНСУЛЬТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З СІМ'ЯМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ ...	59
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВО- СЛУЖБОВЦЯМ, ЗВІЛЬНЕНИМ З ПОЛОНУ (УМОВ ПРИМУСОВОЇ ІЗОЛЯЦІЇ)	68
3.1. Робота психолога з військовослужбовцями, які піддавалися тортурам та іншим жорстоким або таким, що принижують гідність, видам поведження та покарання.....	68
3.2. Соціально–психологічна допомога особам, які пережили полон і тортури.....	79
3.3. Особливості психологічної роботи з сім'ями постраждалих від полону й тортур.....	84

3.4. Специфіка стосунків психолог – клієнт у ситуаціях надання психологічної допомоги особам, які пережили полон та катування. Рекомендації психологу.....	87
РОЗДІЛ 4. ОСОБЛИВОСТІ КОНСУЛЬТАЦІЙНОЇ ПРАКТИКИ З КЛІЄНТАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ВАЖКІ НАСЛІДКИ БОЙОВИХ ПОРАНЕНЬ (АМПУТАЦІЇ КІНЦІВОК, ЗМІНИ ЗОВНІШНОСТІ, ВТРАТА ЗОРУ).....	89
4.1. Наслідки ампутацій кінцівок в учасників бойових дій..	90
4.2. Наслідки зміни зовнішності в учасників бойових дій...	98
4.3. Психологічні особливості клієнтів із втратою зору внаслідок бойового поранення.....	102
4.4. Мілітарна ідентичність як один з визначальних чинників реадаптації до цивільного життя осіб з важкими наслідками бойових поранень.....	108
РОЗДІЛ 5. ПРАКТИКА КОНСУЛЬТУВАННЯ ЦИВІЛЬНИМИ ПСИХОЛОГАМИ ВІЙСЬКОВО-СЛУЖБОВЦІВ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ СІМЕЙ У США.....	113
Список використаних джерел	127
Додатки.....	138

Передмова

Війна в Україні підняла актуальність проблеми збереження психологічного здоров'я військовослужбовців на принципово новий рівень. Адже участь у бойових діях практично завжди супроводжується стресовою реакцією організму, яка без відповідної своєчасної кваліфікованої допомоги може призвести до несприятливих наслідків, як для самого військовослужбовця, так і для суспільства в цілому. Психологічна травматизація особового складу стає причиною зниження ефективності виконання завдань за призначенням та збільшення небойових втрат. Також вона зумовлює виникнення труднощів із соціалізацією та погіршує якість життя військовослужбовців, створює тривалі соціальні, економічні та політичні проблеми для країни. У зв'язку з цим гострою є потреба в консультаційній і психотерапевтичній допомозі різним категоріям травмованих осіб – військовослужбовцям, ветеранам, членам їхніх сімей, які переживають руйнацію звичного життя.

Досить ефективним психопрофілактичним засобом є психологічне консультування, яке є значно доступнішим порівняно з іншими видами психологічної допомоги, що потребують значних часових витрат, певної підготовки, обладнання тощо. У випадку звернення військовослужбовців невідкладно після переживання травматичних подій, психологічне консультування часто набуває характеру кризового консультування.

У процесі консультаційної роботи з військовослужбовцями, ветеранами та членами їхніх сімей цивільні психологи можуть зіткнутися з низкою проблем, багато з яких аналогічні тим, із якими звертаються цивільні особи. Однак усі ці проблеми постають у контексті вимог, які пред'являються до консультанта в межах військової культури. Так, за даними науковців США, що були отримані за підсумками рандомізованого опитування, в якому взяли участь психіатри, психологи та ліцензовані соціальні працівники (загальна вибірка 522 особи), лише 13% із опитаних відповідали

критерію «культурна компетентність» у роботі з військовими. Цей критерій означає, що вони розуміють військові ролі, мову, бекграунд, виявляють готовність сприймати армійський сленг, готовність витримувати військові жарти чи навпаки – військові травмівні історії, можуть надавати необхідну допомогу при порушеннях, які характерні лише для військових, тощо [66].

Паула Доменічі, психолог, директор програм навчання цивільних центру психології розвитку наголошує, що очікування військових від психолога можуть відрізнитись від очікувань цивільних. Психологам слід чітко визначити межі свого цивільного статусу, межі конфіденційності, обговорити можливі стигми й проблеми в стосунках «психолог – клієнт» при наданні психологічної допомоги [49].

У США ця проблема вирішується через наявність фахівців, які афілійовані міністерством оборони чи департаментом у справах ветеранів. До них радять звертатися в першу чергу. Також департамент у справах ветеранів проводить спеціальні навчальні модулі щодо військової культури.

Цивільні психологи в процесі консультаційної роботи можуть зіткнутись і з низкою інших проблем, серед яких: відсутність у військовій свідомості культури звернення до психологів; переважання психіатричної моделі в роботі із психічними (і навіть психологічними) проблемами індивіда, що спричиняє не лише стигматизацію клієнта, а й викликає залежність від медикаментозного лікування; відсутність координації діяльності психологів, які вже мають значний досвід реальної роботи в умовах ведення бойових дій, відсутність актуальних чітко задекларованих протоколів психологічної допомоги та реабілітації, психологічної реінтеграції, соціальної адаптації тощо.

За сучасних умов є актуальним об'єднання зусиль психологів силових відомств і цивільних психологів для уніфікації психологічних заходів, наближення допомоги до споживачів – військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей, використання для цього інфраструктури цивільних психологічних інституцій або

місць постійної дислокації військових частин за домовленістю з командирами частин, залучаючи для консультаційної роботи кваліфікованих цивільних психологів, які рекомендовані професійними об'єднаннями психологів.

Психологічне консультування є дієвим та доступним видом психологічної допомоги військовослужбовцям після їх перебування в екстремальних умовах службово-бойової діяльності. Цей вид допомоги психолог може застосовувати навіть у несприятливих умовах, за відсутності певного обладнання та комфорту (що в цілому є важливим фактором роботи психолога) [34].

РОЗДІЛ 1

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОЛОГІЧНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВНАСЛІДОК ТРАВМІВНИХ ПОДІЙ

1.1. Травма та її наслідки для психічного здоров'я військовослужбовців

Військовослужбовці – учасники бойових дій часто вирізняються характерними особливостями, що виявляються у певних психічних станах, процесах, властивостях, поведінці. Це, насамперед, можуть бути підвищена дратівливість, схильність до поганого настрою, нетерплячість, підвищена реактивність, напруженість, ознаки депресії, підвищена стомлюваність, апатичність, тривожність, страх, фобічні реакції, почуття провини, синдром втрати, агресивність, гнів, образа, злість, гіперболізоване відчуття справедливості, а також фіксація на втратах, труднощі з засинанням, нічні кошмари, тремор, неможливість зняти напругу, в тому числі тілесну, постійне відчуття небезпеки тощо.

Все це часто призводить до виникнення відчуття вираженого стомлення й нестачі енергії, підозрілості, ослаблення пам'яті, труднощів концентрації, захопленості спогадами про війну, симптомів посттравматичних стресових розладів, несприятливих особистісних змін, соціально-психологічної дезадаптації, обмеження комунікацій, асоціальної поведінки, проблем побутового, медичного та сімейного характеру, зловживання психоактивними речовинами (ПАР), міжособистісних конфліктів зі своїми чоловіком/дружиною, членами сім'ї, близькими друзями або колегами, невпевненості у майбутньому тощо. З усіма цими проблемами стикаються психологи під час консультації військовослужбовців – учасників бойових дій.

У наслідках переживання людиною травмівних подій для психічного здоров'я можна виділити два аспекти. Перший – той, що на поверхні, – руйнівний, виражений, як правило, у вигляді «розладів, що пов'язані з травмою та стресором» (відповідно до DSM-5, серед яких найпоширеніші – «гострий стресовий розлад» (ГСР) і «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР) [40], а також у вигляді інших розладів (ускладнене або травматичне горе, депресія, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, дисоціативні розлади, розлади із соматичними симптомами, конверсійний розлад, короткі психотичні розлади, зловживання психоактивними речовинами) [44]. При цьому, за даними DSM-5, ризик мати коморбідний розлад (депресію та ін.) для тих, хто виявляє ознаки ПТСР, становить 80% [40]. Перераховані розлади суттєво впливають на рівень психологічного благополуччя людини, якість її життя, стосунки з близькими людьми, часто призводячи до соціальної ізоляції та навіть інвалідизації, хронічних психопатологічних змін особистості та відстрочених реакцій на бойовий стрес [55].

Другий аспект впливу травми – це те, що Дж. Брієр називає «зростанням» [44]. Воно виявляється тоді, коли людина здужала «пройти» через травму, пережити її. В результаті такого проживання якість життя людини також змінюється, але вже в інший бік – усе тепер усвідомлюється по-новому, змінюються й стають глибшими погляди на світ, на себе, на інших людей. Разом з тим, як подолати перший аспект, так і досягти другого, буває дуже складно, й допомога фахівця, психолога чи психотерапевта, є надзвичайно важливою.

Аналіз літературних джерел, що стосуються посттравматичних стресових станів військовослужбовців [9; 16; 19; 20], дозволяє встановити їх характерні прояви, серед яких найбільш поширеними є такі: думки про самогубство, що в деяких випадках закінчуються реальним здійсненням суїциду; потреба мати при собі зброю та за її допомогою вирішувати проблемні ситуації; часткова або повна втрата сенсу життя, невпевненість у своїх силах; депресія,

песимізм, відчуття занедбаності й непотрібності; недовіра до інших людей, нездатність відверто говорити про війну; відчуття нереальності всіх тих подій, що відбувалися на війні; розвиток відчуття нездатності реально впливати на хід подій; нездатність бути в спілкуванні з іншими людьми щирим та відкритим; надмірна тривожність; підсвідоме сприйняття того, що ти «загинув» на війні; спроба знайти відповідь на запитання: «Чому загинули твої Друзі, а не Ти?»; потреба зігнати на комусь злість та проявити агресію за те, що ти брав участь у бойових діях і за все те, що там відбувалося; постійна потреба у високому адреналіні та отриманні гострих відчуттів; несприйняття ветеранів інших війн тощо.

Окреме місце займають проблема фізичних травм, які військовослужбовці отримали, беручи участь у бойових діях, та проблема перебування в полоні, особливо в тих з них, хто зазнав катувань чи насильства. З усіма цими наслідками негативних обставин та подій воєнного часу стикаються практичні психологи при наданні психологічної допомоги даній категорії громадян.

Дослідження 2018 року серед особового складу одного з підрозділів Збройних Сил (ЗС) України на предмет вивчення психологічного здоров'я військовослужбовців виявило в групі досліджуваних такі рівні психологічного здоров'я: психологічно нездорові, надзвичайно дезадаптовані – 0%; психологічно нездорові, сильно дезадаптовані, потребують допомоги спеціаліста – 1,7%; психологічно нездорові, помірно дезадаптовані, потребують послідовного вирішення психологічних проблем, починаючи з більш легких, – 33,3%; психологічно здорові, але мають низку проблем, що потребують вирішення, – 55,3%; повністю психологічно здорові – 9,7% [7].

В іншому науковому дослідженні були отримані такі результати: 10% учасників АТО не потребують систематичної роботи з психологом, 66% мають помірний або критичний рівень депресивної симптоматики. Велика частина виявлених симптомів стосувалася когнітивно-афективної сфери. Серед соматичних проявів найбільш часто зустрічалось порушення сну – у 80%

демобілізованих військовослужбовців. За ступенем суб'єктивної важливості порушення соціального функціонування посідало перше місце серед інших скарг.

Таким чином, психологу не слід стигматизувати, автоматично наклеюючи ярлик «ПТСР» на кожну людину, яка пережила травматичну подію, і застосовувати хибні або взагалі непотрібні інтервенції.

1.2. Специфіка стосунків психолог - клієнт у ситуації надання психологічної допомоги. Рекомендації психологу

Характер, динаміка, своєрідність міжособистісних відносин клієнта і психолога, а також особисті якості психолога, відіграють визначальну роль у динаміці й дієвості психологічної допомоги. Найбільш складний і визначальний етап консультаційної взаємодії психолога з військовослужбовцем – встановлення психологічного контакту й довіри. Складність встановлення відносин з військовослужбовцем полягає в необхідності врахування певних особливостей.

Так, військовослужбовці в ситуації спілкування керуються правилами поведінки в бою. Питання довіри для них є дуже важливим. Щоб вижити в зоні бойових дій, військовослужбовець мав навчитися нікому не довіряти: краще вважати всіх ворогами, доки переконаєшся в протилежному. Зважаючи на це, встановлення рапорту, заохочення клієнта до розповіді про свої проблеми та про себе, зниження опору може потребувати більше часу. Але вже перша зустріч, перша бесіда психолога з військовослужбовцем може виявитися вирішальною. Важливо вирішити задачу «полегшення» процесу комунікації. Не варто «тиснути» на військовослужбовця, намагаючись об'єктивувати його почуття в тих чи інших обставинах. Для військовослужбовця одним із найважливіших критеріїв оцінки роботи психолога чи

психотерапевта стане відповідь на питання – «Чи відчув я полегшення після першої розмови?» [80].

Серед військовослужбовців трапляються такі клієнти, які «все знають», все піддають сумнівам, приховують інформацію, переконані у власній правоті, сперечаються. Вони часто створюють собі ілюзію вирішення власних проблем, самовпевнено вважаючи, що зможуть будь-коли все владнати, бо знають, як це зробити, а насправді «поглиблюють» свою проблему, переводять її в хронічний стан. Часто ці клієнти потребують медичної допомоги.

Частина військовослужбовців – це клієнти з рентною орієнтацією. Цим клієнтам властива занижена самооцінка, можлива позиція жертви й переоцінка можливостей консультанта. Важливим моментом роботи з такими клієнтами є відмова підтримувати демонстрацію нездатності протистояти життєвим труднощам і негараздам. Провокування конфронтації клієнта із зовнішньою та внутрішньою реальністю може бути оптимальною консультативною стратегією.

Під час консультації у військовослужбовців можлива неадекватність реакцій при взаємодії не тільки з оточуючими, а й з психологом. Поведінка може бути більш агресивною, у спілкуванні з'являється роздратованість та підвищується рівень конфліктності.

Реакції перенесення часто мають надзвичайно інтенсивний характер із виявленням агресії та намаганням тримати психолога під контролем. Неконтрольований гнів та роздратованість, труднощі у взаєминах з оточуючими можуть з часом посилюватися поряд зі зростанням відчуття, що «ніхто не може мене зрозуміти, усвідомити через що я пройшов та відчути мої страждання». Може з'являтися невмотивована настороженість, підозрілість, тривожність, несприйняття вказівок психолога та порад оточуючих, виправдування деструктивних дій, спалахи гніву, труднощі з концентрацією уваги, надмірна пильність та реакція на раптові подразники, бажання швидко все змінити, але без чіткого усвідомлення, як саме та з якою метою, тощо. Крім того, травматичне перенесення відображує переживання безпорадності й

покинутості клієнта в момент травми та пов'язану з цими почуттями потребу в рятівникові. Роль рятівника часто делегується психологу, який унаслідок ідеалізації уявляється досконалим, всемогутнім, таким, що може напевно захистити від повторних травмувань. У випадку проявів невідповідності психолога цим фантазіям і очікуванням, клієнта охоплює сильний розпач і гнів, бажання помститися, довести психолога до стану жаху й безпорадності, які він сам пережив під час травми [27].

Взаєморозташування клієнта та психолога при консультуванні військовослужбовців є важливим елементом організації «простору бесіди». Ідеальний варіант посадки клієнта та консультанта – навпроти один одного, але під невеликим кутом, щоб їхні погляди, коли вони сидять рівно на стільці або кріслі, перехрещувалися під кутом приблизно 120°. Це дозволяє бачити один одного та, в той же час, при бажанні, спокійно відвести погляд. Взагалі контакт очей, хоча і є важливим елементом невербальної взаємодії консультанта з клієнтом, не повинен займати надміру часу (загалом 25-30% часу) і ним не слід зловживати, щоб не викликати роздратування й агресію. Слід витратити якийсь час на те, щоб вибрати найкраще положення для себе у візуальній рамці. Крім того, рекомендується, щоб військовослужбовець розміщався спиною до стіни, зберігаючи у полі зору вхідні двері та вікна.

Дистанція між консультантом і клієнтом відображає відомий у соціальній психології феномен «особистого простору». Особистий простір змінюється залежно від стосунків між учасниками бесіди, від теми, що обговорюється, від культурних відмінностей. Через неправильно обрану дистанцію в консультуванні (наприклад, неспіврозмірність соціального або вікового аспекту особистого простору) деякі теми взагалі не можуть бути порушені. Якщо консультант і клієнт сидять із протилежних боків столу, то між ними зберігається соціальна дистанція й атмосфера консультування буде офіційною. Така позиція більш прийнятна для неврівноважених клієнтів [25].

З проблемою дистанції тісно пов'язане питання про психологічний зміст і можливість фізичного дотику до клієнта. Дотик означає дуже близький, інтимний контакт. Найбільш доречним він є за таких обставин:

- консультування соціально й емоційно незрілих клієнтів;
- консультування людей, що перебувають у кризі після психічної травми, особливо якщо вона пов'язана з втратою близької людини;
- прагнення продемонструвати емоційну підтримку.

Разом з тим, дотик психолога може сприйматися військовослужбовцем вкрай негативно і розцінюватися, як спроба встановлення контролю над ним або як фізичний напад, що може спровокувати миттєву реакцію у відповідь. Тому рекомендується перед здійсненням доторку запитати дозволу на це клієнта.

Дуже важко встановити межу, за якою фізичний невротичний контакт набуває еротичного характеру. У будь-якому випадку дотик не повинен використовуватися як специфічна техніка консультування, коли відсутні щирі почуття до клієнта. Щоб дотик допоміг створити безпечний для клієнта психологічний клімат, він повинен бути спонтанним і щирим [25].

Важливою частиною роботи на початковій стадії є спостереження за спонтанними, реактивними емоціями, їх змінами залежно від теми, яка обговорюється. Слід уважно ставитися до вербальних і невербальних реакцій клієнта, зокрема, фіксувати неприродність пози й рухів, реакції «завмирання», м'язового напруження, механізми захисту, якість відповідей, емоцій і переживань, тривоги та неспокою. Знання структури індивідуальності та динаміки поведінки в їх нормі й патології – невід'ємна частина взаємодії психолога з клієнтом. Психолог може зіткнутися з опором, захистом клієнта. Опір і захист слугують одному й тому ж: вони допомагають уникнути хворобливих переживань (таких, наприклад, як тривога, сором, вина, тривожність, флеш-беки, дереалізація, деперсоналізація тощо), забезпечуючи тим самим певну стабільність і певну внутрішню

рівновагу. Тому опір у консультуванні вважається нормальним явищем. Психолог повинен бачити клінічні ознаки опору – такі, як мовчання, невідповідність афекту змісту розмови, стереотипність, надмірна активність, пропуски сеансів, забудькуватість. Опір може виявлятися в позі (наприклад «задерев'янілість»), рухах (стиснуті кулаки) та в погляді (уникнення прямого погляду).

Під час консультації іноді можна помітити немотивовану пильність клієнта – людина стежить за всім, що відбувається, відчуваючи небезпеку. Але ця небезпека не зовнішня, а внутрішня, часто вона проявляється в постійній фізичній напрузі, надзбудженні (неадекватній надмобілізації), готовності в будь-який момент відбити зовнішню чи подолати внутрішню загрозу. Поведінка таких осіб відображає характер пережитої психічної травми. Наприклад, учасники бойових дій часто відмовляються сідати спиною до дверей, вибирають місця, з яких вони можуть спостерігати за всіма присутніми. Напруження не дозволяє військовослужбовцю розслабитися, відпочити, вимагає значних витрат енергії; може спостерігатися посилена реакція переляку на незначний шум, стук. Різні звуки, запахи чи ситуації можуть легко стимулювати в клієнта спогади про травматичні події, відчуття безпомічності та незахищеності. Консультант має бути готовий в будь-який момент надати клієнту психологічну допомогу при прояві негативного психічного стану [21].

Також психолог повинен ураховувати той факт, що клієнт може мати при собі зброю, адже без її наявності при собі він може втрачати відчуття безпеки (зберігається досвід виживання в небезпечних умовах). Дехто з учасників бойових дій без зброї навіть не може заснути. Отже, якщо психологу стало відомо про наявність у клієнта зброї, важливо зберегти нормальну реакцію на цю новину. Зважаючи на це, психологу рекомендується завчасно, перед першою зустріччю, обговорити питання фізичної безпеки, як своєї, так і клієнта, зокрема щодо небажаності прибуття на консультацію зі зброєю та неможливості надання психологічної

допомоги у разі її принесення та знаходження у приміщені для консультування.

На початку консультаційної бесіди психолог обов'язково інформує військовослужбовця про конфіденційність. Конфіденційність означає, що консультант повинен зберігати в таємниці все, що стосується особистих проблем і життєвих обставин його клієнта. Крім того, консультант не фіксує в документації та записах обслуговування й не використовує будь-яким іншим способом інформацію, розголошення якої може становити загрозу національній безпеці.

Консультаційну бесіду завжди слід починати зі спогадів про якісь позитивні (веселі, анекдотичні тощо) події в умовах війни, кожену зустріч починати із чогось хорошого, а клієнт сам вирішить, коли варто торкнутися менш приємних тем і почуттів. Фрази, які стають перешкодою в спілкуванні: «Хто Вам таке сказав?», «Це чому ж?», «Ну, не може бути, щоб так уже й погано!», «Давайте швидше», «Говоріть, я слухаю» тощо.

Більшість клієнтів, що вперше звертаються по консультацію, орієнтовані на разову зустріч. Безумовно, за одну годину консультації не можна зробити багато, але можна намагатися викликати в людини бажання для роздумів про себе й оточуючих. Не слід наполягати на наступних зустрічах. Достатньо, щоб клієнт знав про можливість такої зустрічі, та виконував певні чіткі правила екстреного зв'язку поза сеансами. Заключна репліка консультанта може бути, наприклад, такою: «Я вважаю, що сьогодні ми з Вами продуктивно попрацювали. Якщо у Вас виникне бажання обговорити зі мною цю чи будь-яку іншу ситуацію, я буду радий/рада зустрітися з Вами ще раз ...».

Якщо в процесі бесіди виявляється, що необхідна допомога спеціалістів іншого фаху (юриста, психіатра та ін.), краще, коли консультант не просто порадить клієнту звернутися до них, але й дасть інформацію про те, хто та коли веде прийом. Така інформація підвищить імовірність того, що людина піде до спеціаліста. Економне, раціональне використання часу важливе для

забезпечення резерву часу, оптимізації праці мультидисциплінарної команди фахівців і досягнення запланованих результатів у найкоротші строки.

У випадку, коли клієнт виявив бажання ще попрацювати з консультантом, закінчувати зустріч краще всього домашнім завданням, обов'язково відмічаючи для клієнта необхідність звіту про виконання (невиконання) домашнього завдання. Обговорюючи завдання на наступній зустрічі з клієнтом, можна по-новому побачити ситуацію, а також прослідкувати за змістом змін, які намітились у клієнта під час консультації. Щоб підвищити ймовірність повторного приходу клієнта та ефективної роботи з ним, консультант домовляється про наступну зустріч відразу, узгоджуючи дату і час зустрічі, її мету. Варто також обмінятися телефонами на випадок непередбачених обставин. Клієнта слід провести, сказати декілька теплих слів на прощання, щоб у нього не залишилося враження, що прощання формальне.

У психологічній допомозі консультант завжди повинен іти за клієнтом, не форсувати подій, не метушитись і не поспішати. Психологічна допомога учасникам бойових дій – процес нерівномірний і суперечливий. Тут, як на війні, є просування вперед і відступи. Консультант повинен бути готовим до цього.

Маючи вищий статус у стосунках, психолог бере на себе зобов'язання не зловживати владою, поважати автономію клієнта, не намагатися керувати його життєвими рішеннями, не форсувати процес відновлення заради уникнення повторних переживань, що пов'язані у клієнта з психотравмою. Крім того, психолог має виявляти прихильну моральну позицію до клієнта, яка передбачає солідарність у розумінні «фундаментальної несправедливості травматичного досвіду» [5], який довелося пережити людині, а також зобов'язання говорити їй правду і сприяти правдивій розповіді і розкриттю з її сторони.

Контакт з травмованими клієнтами може викликати у спеціаліста негативні емоційні реакції, спричинити травматичне контрперенесення, найгострішим проявом якого є реакція за типом

«провина свідка», призвести до віктимізації, професійного вигорання тощо [33].

Що стосується травматичного контрперенесення, тобто спектру «емоційних реакцій психолога на постраждалого та на саму травматичну подію», то серед них вирізняють, по-перше, явище «непрямої травматизації», коли психолог під впливом вислуханої історії клієнта переживає негативні емоції, подібні до тих, що відчував сам потерпілий під час травмування; по-друге, можливість проявів у спеціаліста симптомів ПТСР, що пов'язані з повторним переживанням у процесі допомоги постраждалому власного травматичного досвіду, що мав місце в минулому; по-третє, емоційні реакції психолога на саму травматичну подію, що присутні тінню в стосунках між психологом і клієнтом і виводить почуття контрперенесення за межі діадної взаємодії, надаючи їм особливої інтенсивності.

У спектрі контртрансферних реакцій психолога відзначають також:

а) переживання, пов'язані із порушеннями стосунків зі світом, подібні до переживань військовослужбовця, – зростання недовірливості, песимістичності, цинічності;

б) почуття безпорадності як наслідок емпатійного контакту з постраждалим, що може викликати, з одного боку, знецінення своєї роботи, переживання некомпетентності, розчарування, з іншого – як захист від цих почуттів – прийняття на себе ролі всемогутнього рятувальника клієнта, порушуючи при цьому рамки терапії та закріплюючи цією позицією травматичне перенесення й безпорадність клієнта;

в) емоційну ідентифікацію з такими переживаннями постраждалого, як лють, гнів до агресора та до інших людей, які не захистили під час травмування або не розуміють зараз. Унаслідок такої ідентифікації, усвідомлюючи силу й глибину агресивних почуттів клієнта, психолог може відчути острах стосовно нього та упереджувати вияв його почуттів власним гнівом або бути занадто терпимим до проявів його агресії;

г) ідентифікацію з переживанням клієнтом глибокого горя, коли психолог через контакт із постраждалим починає відчувати таку тугу й відчай, ніби сам перебуває в жалобі. Піддавшись таким почуттям, психолог унеможлиблює для себе виконання функцій супроводу та підтримання психотерапевтичного альянсу;

д) ідентифікацію з почуттями «зловмисника», яка може проявлятися в таких формах: скепсис щодо історії клієнта; засудження його дій, які не відповідають позиції «хорошого» постраждалого; зневага до безпорадності клієнта, страх перед його люттю, відраза, бажання його позбутися. Через такі реакції психолог дізнається про особливості своєї здатності до зла, а отже, про симптоми власної проблеми, увага до якої особливо необхідна при допомозі травмованим людям;

є) емоційні реакції, що пов'язані з переживанням ролі «неушкодженого спостерігача», зокрема, універсальна реакція «провина свідка», коли психолог відчуває вину просто за те, що його оминули страждання, яких зазнав клієнт. Це почуття може, по-перше, примушувати психолога нехтувати своїми потребами та інтересами, по-друге, спонукати його до особливого завзяття й відповідальності в роботі з травмованою людиною, надмірної опіки стосовно неї, що позбавляє клієнта необхідності докладати власних зусиль для відновлення своїх життєвих функцій [27].

1.3. Особливості консультування військовослужбовців та ветеранів

При підготовці рекомендацій цивільним психологам щодо консультування військовослужбовців враховувалися декілька важливих аспектів. Насамперед, це особливості, що характеризують діяльність військових у армії, а саме: дбайливе ставлення до підлеглого в поєднанні з директивним стилем керівництва; суворо регламентована підпорядкованість по вертикалі при виконанні наказів, команд, доручень; висока

відповідальність за прийняті рішення; робота в колективах, що постійно змінюються; вимушене спілкування з людьми різного віку, національності, освіти, соціального статусу, віросповідання; напружений психологічний стан особового складу підрозділу внаслідок впливу стресорів повсякденної та бойової діяльності тощо.

Практика консультування не може бути професійною, якщо психолог не пропрацював власні емоційні та смислові проблеми, не володіє культурою самоаналізу та особистісною рефлексією, не усвідомлює своїх особистісних, моральних, культурних цінностей. Психолог повинен розуміти та поділяти думку про важливість та роль Збройних Сил у захисті України.

На допомогу цивільним психологам з метою кращого розуміння висловлювань та категоріального апарату військовослужбовців, перебування з ними «на одній хвилі» надано короткий словник військової термінології та воєнного сленгу, в якому також описуються окремі елементи та особливості військової структури (додаток 1).

Знаючи особливості даної категорії клієнтів, необхідно вирішити те, яким чином слід будувати процес психологічної допомоги військовослужбовцям, коли цю допомогу може надавати цивільний психолог? Чи існують якісь спеціальні психотехнічні прийоми для роботи з військовими? Які труднощі можуть виникати в процесі роботи, на що варто звернути увагу? Ці та багато подібних питань виникають, коли ми розглядаємо організацію психологічної допомоги учасникам бойових дій, ветеранам війни та членам їхніх сімей.

На сьогодні в практиці психологічної допомоги нараховується декілька сотень підходів і шкіл, які розроблені й використовуються психологами різних країн у роботі з клієнтами. Серед цих підходів немає специфічних «військових» психологічних технологій допомоги. Психологічна проблематика пов'язана й визначається не ситуацією, а тим, як людина сприймає, інтерпретує й ставиться до своєї життєвої ситуації.

Психологічна проблема – це розрив між наявним і бажаним, незадоволеність існуючим станом речей і прагненням змінити на краще своє життя, коли людина не знає, яким чином можна цього досягти. Вибір психологічних технік роботи з учасниками бойових дій зумовлюється не психотравмуючою ситуацією, а теоретичними поглядами, на які спирається консультант у своїй роботі.

Разом із тим, слід зазначити, що ця робота має певну специфіку, яка пов'язана з війною, як джерелом травми. В ситуаціях надання допомоги постраждалим унаслідок важких стресових подій і психологічного травмування, виникнення й розвиток стосунків «психолог – клієнт» має свою специфіку.

Особливості взаємодії консультанта з військовослужбовцями та ветеранами можуть стосуватися структурування консультаційної бесіди, часових характеристик її етапів, урахування особистого досвіду військовослужбовця, його особистісних характеристик тощо.

Слід пам'ятати, що повертаючись до мирного життя, військовослужбовець, який брав участь у бойових діях, часто продовжує залишатися адаптованим до бойової ситуації, зберігає ту функціональну систему психічних реакцій, яка була сформована під впливом стресових чинників війни. Проте цей комплекс надбаних адаптивних реакцій стає дезадаптивним за межами зони бойових дій. Повернення людини, яка не підготовлена до мирних умов життя, із закріпленими у психіці наслідками війни, може призвести до повторної психотравматизації. Психічна травма, що викликана непередбаченим зіткненням із цивільним суспільством, яке стало незрозумілим і чужим, може бути більш сильною, ніж бойова психічна травма. У результаті виникає немотивована агресія до близьких, рідних, аж до сварок та домашнього насильства. Спостерігаються зниження життєвого тону, порушення сну, перепади настрою, гризе почуття провини тощо [28].

Цивільним психологам для кращого розуміння витоків проблем, із якими звертаються військовослужбовці, корисно знати певні психологічні правила, яких їм доводиться дотримуватися в

бойовій обстановці та враховувати можливі наслідки впливу цих правил на клієнта, його поведінку.

Перше правило – **ніяких почуттів, ніяких емоцій**. Якщо людина виявляє емоції в бою, то вона вразлива. Людина має загострити свої відчуття, але не повинна виявляти чи загострювати свої почуття. Тобто шкіра має працювати, очі мають працювати, слух має працювати, а емоції – ні. Більшість людей включають все на максимум, або відключають все повністю. А в бою доводиться робити цей поділ.

Друге правило – це **зупинка в хаосі**. Якщо довкола відбувається якийсь хаос чи щось, що ти не розумієш – то треба зупинитися, завмерти, перестати рухатись і починати сприймати. Якщо боєць стоїть, то є сенс впасти на землю, але найчастіше досить просто зупинитися. Коли йдеш, і щось відбувається не так, як завжди, треба зупинитись, завмерти та почати озиратися.

Третє правило – **реагуй, коли тобі щось загрожує**. Ти не аналізуєш, не займаєшся оцінкою, не чекаєш. Якщо ти чуєш звук, який може, на твою думку, загрозовувати, ти реагуєш. Саме тому іноді потрапляють під вогонь діти, жінки, цивільні люди, коли вони звідкись несподівано вийшли до військових. Коли ти йдеш у зоні, де відбуваються бойові дії, ти стріляєш на рух. Найменший рух – і туди летить твоя куля. Розносиш усе, що рухається. В цій ситуації ніколи думати, ти просто реагуєш.

Четверте правило пов'язане з особистою безпекою військовослужбовця: **нікому не довіряй, нічому не довіряй**. Наприклад, люди підійшли та пропонують тобі їжу. А ти оглядаєшся й ставиш собі питання: чи безпечно довкола? чи безпечна ця їжа? чи немає в цьому пастки? А доти, доки не переконався в безпеці – нічому і нікому не довіряй!

З попереднім пов'язане п'яте правило: **завжди плануй задалегідь**. Де б ти не знаходився, ти складаєш плани відходу: «Якщо звідси стріляють, я піду туди, якщо звідти, піду сюди. Що втримає кулю, де можна сховатись, через що можна пройти?» Постійне планування шляху відходу стає звичкою. І робить це

військовослужбовець лише з однієї причини – бажання вижити. Зробив крок, відповідно, ти вже в іншій ситуації, і прораховуєш усе знову. Наступний крок – і знову по-новому. По суті, все життя в зоні бойових дій йде на те, що ти постійно плануєш будь-яку подію, і кожен секунду готовий до будь-якої ситуації. У голові завжди є план, що ти робитимеш, якщо щось піде не так.

Ще одне правило має безпосереднє відношення до процесу психологічної допомоги ветеранам війни: **довіряй тільки перевіреним друзям!** Якщо борець не може довіряти друзям, які вже були перевірені, то він просто може збожеволіти або загинути. Довіряти можна не тому, хто просто каже, що все буде гаразд. Людина, якій можна довіряти – це та, яку ти бачив реагуючою правильно в певних ситуаціях, і бачив, що цією реакцією вона врятувала життя інших людей або твоє життя. Вся довіра ґрунтується лише на особистому досвіді, а не зі слів інших.

У консультуванні, як відомо, визначальним є встановлення довірчих, психотерапевтичних стосунків із клієнтом. Без цього неможливо розраховувати на успіх, на те, що психологічна допомога буде ефективною. Будь-які психотехніки не дадуть бажаного результату, якщо не встановлений психологічний контакт із клієнтом.

Дж. Герман, автор однієї з найбільш розроблених концепцій психотравми та її подолання, зазначив, що психологічне одужання постраждалої людини «можливе лише в контексті стосунків, воно не може відбутися в ізоляції», оскільки його основою є здобуття особою втраченої влади над своїм життям та подолання відгородженості від інших, тобто відновлення й побудова нових зв'язків [5]. Психотерапевтичні стосунки є одними з таких сприятливих щодо одужання зв'язків.

При роботі з військовослужбовцями саме досягнення рапорту потребує значних зусиль і часу. На це може знадобитися декілька зустрічей (інколи 4 – 6), але на це не варто шкодувати часу, оскільки успішність усієї подальшої роботи залежить від довірчих стосунків консультанта та клієнта.

У ветеранів після війни виникають певні труднощі, які полягають у тому, що таких стосунків, як на війні, в них ні з ким ніколи вже не буде. І ті друзі, які були до війни їхніми друзями, такими вже не є: «Так, я його вважаю другом, ми можемо привітатись, але чи будуть у мене з цією людиною по-справжньому близькі стосунки? Ні! З дружиною – ні, з матір'ю – ні, з батьком – ні, з друзями – ні. З них ніхто не готовий підставитися під кулю, що призначена мені».

І це важко, і саме через це ветерани залишаються абсолютно самотніми. Через це вони мають постійні загострені відчуття, бо спину вже ніхто не прикриває. І вони живуть так. Багато ветеранів через це починають зловживати ПАР, намагаючись хоч якось себе відключити, прибрати постійну напругу. Можливо, саме прагнення віднайти втрачені «справжні» взаємини спонукає багатьох ветеранів повертатися на війну, не зважаючи на небезпеку, на все жахливе, що вона із собою несе.

Успіх консультаційної роботи з військовослужбовцями багато в чому залежить від уміння обрати найбільш доцільні форми й методи роботи з урахуванням специфіки особливостей різних категорій військовослужбовців.

Консультант не повинен перетворювати психологічну допомогу на просте вираження співчуття, жалю. Цієї здатності недостатньо, щоб вирішити безліч завдань, що виникають під час консультування військовослужбовців. Разом із тим, психологу важливо не прийняти повністю роль «батьківської фігури» для бійця. Необхідно пам'ятати, що кожен учасник бойових дій апріорі – доросла й дієздатна людина. Це означає, що кожен із них може робити вибір, усвідомлюючи наслідки цього вибору.

Важливо, щоб військовослужбовець від самого початку роботи з психологом не мав ілюзій на предмет того, що від консультанта він отримає «чарівні» поради, дотримуючись яких, він позбудеться існуючих проблем. У консультуванні акцентується відповідальність клієнта, тобто визнається, що незалежний, відповідальний індивід здатний у відповідних обставинах приймати

самостійні рішення, а консультант створює умови, які заохочують вольову поведінку клієнта.

Не треба брати на себе завеликий тягар відповідальності за психологічне благополуччя іншої людини, не маючи достатніх ресурсів, щоб такий тягар витримати, адже є ризик емоційно вигоріти. Для психологів, які працюють із військовими, доцільно проводити додаткову підготовку та інтервізійні групи. Це дасть можливість запобігти вигоранню та накопичити досвід.

У разі необхідності психолог консультант повинен вміти провести психодіагностичне обстеження клієнта і за його результатами зробити відповідний психологічний висновок. У додатку 2 наведено методики, які можуть застосовуватись серед військовослужбовців або ветеранів.

На особливу увагу заслуговує інший бік переживання травми – посттравматичне зростання. Вже багато років науковці досліджують цей феномен. Ще 1993 року вийшла публікація про перший інструмент для вимірювання як негативних, так і позитивних змін після травми, який і зараз використовується в наукових дослідженнях та в психотерапевтичній практиці [71].

*Загальні рекомендації фахівцям, які працюють із людьми,
що постраждали від травми*

1. Зростання після травми розглядайте не як таке, що походить від травми, а як таке, що походить *із сутності людини, з процесу її боротьби з подіями та їхніми наслідками, з осмислення того, що сталося.*

2. Маєте усвідомити, що в людини може бути потенціал до зростання, але не думайте, що зростання повинно обов'язково статися, або що те, що його не сталося, є наслідком неспроможності людини взяти щось зі свого досвіду.

3. Не «призначайте» своїм клієнтам «зростання», не змушуйте їх думати, що вони зобов'язані «зростати».

4. Натомість уважно слухайте та спостерігайте за зростанням, і щойно воно з'являється, приділяйте йому увагу, плекайте його.

5. Якщо Ви працюєте у перспективі «хвороби», то можете легко пропустити зростання, не звернувши увагу на позитивні зміни в житті клієнта, наприклад: «Я став мудрішим».

6. Щойно Ви помітили натяк на позитивні зміни, емпатійно віддзеркалюйте їх клієнту. Це допоможе йому в пошуках інших позитивних змін. Якщо ми робитимемо так, то з часом клієнт збагне, що ми вітаємо розмови про позитивні зміни [6].

Особливості спілкування з учасником бойових дій

1. Не примушуйте його розповідати про війну.
2. Не переривайте, не зупиняйте його, коли він говорить.
3. Слухайте його уважно.
4. Не давайте оцінок почуттю від нього.

5. Не використовуйте під час спілкування висловів на зразок: «Війна – це пекло», «Так, я розумію» тощо.

6. Не давайте йому порад, попередньо не вислухавши його уважно.

7. Перед тим, як надати пораду чи рекомендацію, переконайтеся, що він не проти її вислухати [30].

Висловлювання-поради Ф. Бурнарда практикуючому психологу

- не читати настанов;
- не давати порад та рецептів;
- не порівнювати досвід клієнта з власним досвідом;
- не говорити клієнту, що він щось не відчуває;
- не оцінювати;
- не засуджувати;
- не нав'язувати клієнту свою власну мету;
- не обговорювати проблему клієнта з сторонніми людьми;
- не бути одноманітним в реакціях на проблему;
- не приділяти багато уваги другорядним питанням;
- не використовувати в роботі лише свій досвід;
- не викликати у клієнта песимізм і невпевненість;

- не придушувати переживань клієнта, а скеровувати їх у вірне русло.

За даними зарубіжних досліджень учасники бойових дій можуть мати хороші ресурси, навіть більші в порівнянні з цивільним населенням.

У. Loscalzo (2018) зі співавторами [72] показали, що італійські «блакитні каски» мали менше інтерналізаційних розладів (internalizing disorders), які пов'язані з переживанням своїх проблем, а також відрізнялися кращою якістю життя та більш високим психологічним ресурсом.

Аналіз психодіагностичних результатів Всеукраїнського опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни» (червень-липень 2022 р.) показав, що в підгрупах, які були виділені залежно від ступеня впливу різних негативних обставин та подій воєнного часу, група респондентів з «діяльним» досвідом під час війни (особиста участь у бойових діях та іншій діяльності в зоні бойових дій, служба під час війни в складі ЗС України, Сил територіальної оборони (ТрО), силових структур та волонтерська робота) має істотно вищий рівень психофізіологічної стійкості, професійної життєстійкості та самоефективності порівняно з групою з «пасивним» досвідом (перебування на окупованих територіях, вимушений переїзд за кордон чи в межах України, місце перебування залишилося без змін). І навпаки, у другій групі, порівняно з першою, наявні істотно більш виражені симптоми ПТСР та соматичні скарги. Найвищий рівень постдосвідного зростання зафіксовано в підгрупі респондентів із досвідом служби під час війни в складі ЗС України, ТрО, силових структурах тощо. На другому місці за постдосвідним зростанням знаходиться підгрупа з досвідом волонтерської роботи [15].

Таким чином, слід враховувати, що не всі учасники бойових дій потребують психологічної допомоги. Необхідно брати до уваги позитивні ознаки (клієнт психічно та фізично здоровий; вік до 45 років, усвідомлює наявність проблем, адекватно мотивований на прийняття психологічної допомоги, готовий взяти відповідальність

на себе, з адекватною самооцінкою, здатний упоратися зі стресом без регресивних чи репресивних реакцій, наявна психологічна проблема є лише ситуативною тощо). Помилкою є не помітити та не підтримати тих позитивних змін, які відбуваються в житті військовослужбовця, як то переосмислення свого місця у світі, більшого цінування життя чи появи почуття вдячності до людей тощо. Військовослужбовці без істотних відхилень психічного стану, які зберегли здатність повноцінної соціальної адаптації та працездатність, справляються зі своїми службовими обов'язками, мають нормальні взаємини в сім'ї, не вимагають пильної уваги психолога. Вони здатні виконувати професійні завдання, самостійно справляючись із психологічними проблемами, які пов'язані з перебуванням у районі виконання бойових завдань. Без явної необхідності не варто переконувати клієнта в тому, що він потребує довгострокової роботи з Вами чи іншим психологом.

Серед звернень до психолога-консультанта часто трапляються такі, коли військовослужбовців хвилює їхній власний психічний стан: вони помічають, що з ними відбулися помітні зміни, але не розуміють, наскільки це серйозно та якими можуть бути наслідки. Вони свідомо не обирають звернення до лікаря, оскільки побоюються можливих наслідків (постановки на облік до психіатра, втрати внаслідок цього роботи тощо). Часто можна почути головне запитання, яке хвилює військовослужбовця: «Я нормальний?». У процесі роботи консультант має бути готовим визнати можливі обмеження своєї компетенції, не вступати в зайві суперечки.

Разом із тим, відомо, що відсоток поширеності психічних розладів у військовослужбовців може бути необ'єктивним через стигму, що пов'язана з психічними захворюваннями. Стигма (stigma) в перекладі з латинської означає «ознака, тавро ганьби, відкрита рана» й походить від грецького «укол», «опік», «тавро». В давнину існував звичай таврувати рабів і злочинців, випалюючи на їхньому тілі тавро. Починаючи з другої половини XIX століття, слово «стигма» почало вживатися в переносному значенні як

«мітка, тавро, ярлик». Психіатрична стигма – процес виділення індивіда серед інших на підставі деяких неприйнятних суспільством відхилень від норми з метою застосування відповідних санкцій [53; 54]. Стигма психічних розладів та дискримінація по відношенню до психічно хворих залишаються найбільш стійкою перешкодою на шляху покращення якості життя цих людей [83].

Наприклад, Т. Брітт (2000) у своїх дослідженнях показав, що американські «блакитні каски» зазнавали більших труднощів з розкриттям своїх психологічних проблем, ніж медичних. (Britt, 2000) [45]. А. Wolfe-Clark і С. Bryan у своїх роботах пояснюють, чому солдати мають проблеми зі зверненням за психологічною допомогою (Wolfe-Clark & Bryan, 2017) [88]. Контент-аналіз зарубіжних досліджень показав, що 33% американських військовослужбовців, які взяли участь у дослідженні, не зверталися за психологічною підтримкою, навіть якщо вона була потрібна, бо вони боялися негативного впливу на свою кар'єру (Johnston et al., 2017) [62]. Більш того, R. Olmsted, J. Brown та інші дослідники (2011) [67] показали, що солдати сприймали себе більш стигматизованими, якщо вони скористалися психологічним втручанням, ніж ті, хто не користувався послугами психіатричної допомоги. За даними українських досліджень, значна кількість респондентів-військовослужбовців (80%) зазначила, що звернутися до психолога їх можуть підштовхнути рекомендації друзів, бойових побратимів, родичів і загальноприйнята практика. Крім того, військовослужбовці найчастіше не зацікавлені в психологічній допомозі, оскільки не вважають її ефективною та дієвою.

Паула Доменічі наголошує, що військові цінності сили, емоційного контролю, дисципліни, командної роботи, самопожертви можуть посилювати симптоматику уникання при травматичних реакціях. Військові можуть вважати, що розкриття власних проблем призведе до руйнівного впливу на службу. Тому для психологів особливо важливо оцінити зусилля, які доводиться докладати військовим та ветеранам для звернення за допомогою.

Таким чином, однією з ключових задач психолога є дестигматизація клієнта [49].

Ситуація не змінилася з початком повномасштабного вторгнення РФ в Україну. Переважна більшість учасників бойових дій потрапляють до психолога лише після обов'язкового медичного обстеження, або вже на стадії госпіталізації. До психолога не звертаються з різних причин. Переважними аргументами є стереотипи, які активно підживлюються суспільною думкою. Наприклад: «Не піду до психолога, бо напише, що псих, і буде кінець кар'єри, навіть в охорону не візьмуть». У суспільстві й досі розповсюджений міф про тотожність понять «психологія» та «психіатрія», «психотерапевт» та «психіатр». У зв'язку з цим у постраждалих інколи виникають хибні уявлення про те, що визнання психологічних труднощів і звернення до психолога означає «божевілля».

Професійний консультант розуміє, що клієнти часто стурбовані тим, що вони наражаються на стигматизацію, що створює перешкоди для звернення за послугами з охорони психічного здоров'я. Крім того, низька психологічна культура особового складу та членів їхніх сімей, відображається в недостатньому усвідомленні необхідності отримання психологічної підтримки, допомоги, реабілітації.

У нашому суспільстві поширена помилкова думка про те, що людина, яку можна назвати «сильною особистістю», здатна до самостійного переборення будь-якої кризової ситуації. Але це не зовсім так. Якраз «сильним особистостям», міцним, енергійним індивідам властиві психічні чи психологічні кризи з найбільш негативними наслідками.

При проектуванні консультативного простору необхідно враховувати психологічні рівні дезадаптованості військовослужбовців і фази періоду повернення. Деякі дослідники виокремлюють постконфліктний етап, який передбачає декілька фаз, що обумовлені єдиними закономірностями й механізмами розвитку.

Перша фаза – «збудженість» або «медовий місяць», триває протягом 2–3 місяців. Це так званий ейфорійний стан у військовослужбовців від того, що вони залишилися живими. У цій фазі солдати й офіцери, які брали участь у військових діях, немовби не бачать життєвих проблем. Вони впевнені в собі аж до самовпевненості, мають внутрішню установку на активну життєву позицію, повагу та дотримання суспільних норм поведінки. Вони створюють собі образ «Я – герой», який не завжди відповідає установкам інших оточуючих, звідси виникає «бар'єр нерозуміння». В підсумку, у військовослужбовців – учасників бойових дій складається негативна думка про навколишнє середовище. У свою чергу, з боку середовища – негативне ставлення до військовослужбовців, оскільки оточуючі люди не сприймають їхню поведінку як захисно-адаптивну. Це призводить до появи внутрішньоособистісних конфліктів, у військовослужбовців виникає комплекс провини, амбівалентні переживання, їм важко увійти в соціальне середовище. При цьому в них спрацьовує захисний механізм, що проявляється у вигляді рухового збудження й активності, агресії, апатії та безпорадності, психічної регресії, вживання спиртних напоїв і наркотичних засобів. У той же час, дезорганізуючий вплив на потерпілих мають різні чутки, що спотворюють інформацію офіційних і неофіційних джерел. На завершальному етапі «медового місяця» починають проявлятися симптоми другої фази.

Друга фаза – період «розчарування», що триває від 8 до 10 місяців після повернення із зони бойових дій і характеризується переосмисленням усього, що сталося, свого місця та своєї ролі в тій війні, в якій брали участь військовослужбовці. У цій фазі військовослужбовці важко сприймають реальне мирне життя, оскільки стикаються з безліччю побутових, службових, соціальних та морально-етичних проблем. Зазначимо, що образ «Я – герой» поступово зникає, й на зміну йому приходять «посттравматичний стресовий синдром». Саме в цей період під впливом об'єктивних і суб'єктивних факторів у військовослужбовців знижується

самооцінка, відбувається переорієнтація існуючих норм і цінностей, перевага надається особистим індивідуалістичним інтересам, соціальна активність у край низька. На жаль, у більшості військовослужбовців погіршується психічний і фізичний стан здоров'я, зростає тривожність і фрустрація. Серед позитивних соціальних факторів, що впливають на військовослужбовця, виділяють відсутність інвалідності, стабільне фінансове становище, розуміння близьких людей. За 7–8 місяців відбувається кардинальна переоцінка цінностей: військовослужбовці надають перевагу здоров'ю та матеріальній забезпеченості, на останніх місяцях опиняються чесність, вихованість, дисциплінованість, з'являється бажання залишити військову службу у військових формуваннях.

Третя фаза постконфліктного періоду – «відновлення» – з'являється після того, як військовослужбовець 10–18 місяців не брав участі у військових діях. У цей період більшість військовослужбовців повертаються до діяльності. На жаль, проблеми соціальної адаптації зберігаються, мають місце суб'єктивні оцінки військовослужбовцями свого статусу, ставлення до них суспільства. Все це підсилюється незадовільним станом здоров'я, психологічними та психічними відхиленнями. Цей період може розтягнутися на роки, а іноді на все життя. Існує думка, що вторинна адаптація до мирних умов не закінчується у військовослужбовців ніколи.

Зняття м'язової напруги, затискачів та блоків

Тривале перебування у стресовій ситуації може призвести до виникнення у військовослужбовців «м'язової броні», під якою мається на увазі хронічне м'язове напруження, що ізолює людину від неприємних емоцій, коли м'язи напружуються, почуття притуплюються, спостерігаються труднощі інтероцептивного відчуття. Характерними є такі висловлювання військових: «Тіло немов струна, та я його не відчуваю», «Я навіть, коли був поранений, не відчув болю, потім кров побачив», «Важко відчувати

власне тіло, коли хлопці загинули». М'язова напруга пов'язана з різними ситуаціями й травмами, що переживав індивід у процесі розвитку. Процес формування характеру й «броні» є діалектичною єдністю, в якій безперервно взаємодіють тіло та психіка. Але така напруга не стає перепорою до повного переживання й позитивних почуттів. Внаслідок цього військовослужбовець відчужується від повного проживання життя, від свого тіла. Практики тілесної психотерапії стверджують, що міжособистісна відчуженість обумовлена відчуженням від власного тіла. Зв'язок між переживаннями та тілесними відчуттями може бути використаний і навпаки, тобто через м'язи можна впливати на почуття. Розслаблюючи м'язи, можна послабити м'язовий панцир, наблизитися до своїх почуттів (техніки релаксації). В якості ефективного засобу зняття м'язової напруги, затискачів та блоків можна використовувати комплекс вправ TRE (trauma / tension release exercises), який проводиться в груповому форматі в рамках занять групи тілесно-м'язової релаксації. В сучасній літературі тілесно-орієнтована терапія визначається як первинна ланка роботи з травматичним досвідом.

Консультаційна допомога військовослужбовцям з порушеннями сну

Військовослужбовці, які зазнали негативного впливу бойових стрес-чинників, часто мають проблеми, пов'язані зі сном. На випадок, коли клієнт із таким порушенням звертається до психолога, фахівець має знати, як покращити якість життя людині з такими проявами та що можна порадити військовослужбовцю.

Проблеми зі сном (труднощі із засинанням, поверхневий, тривожний сон, часто з нічними жахами, прокидання посеред ночі з неможливістю повторного засинання тощо) потребують першочергового вирішення, оскільки порушення сну є важливими факторами ризику стійкого ПТСР, а також мають негативні наслідки для організму й ефективної діяльності мозку [39]. Як слушно зауважує К. Ульянов, «сон – найкраща медсестра. Це найкращий спосіб знизити силу стрес-реакції та прискорити її

згасання, а отже, якнайшвидше позбутися негативного впливу стресу на організм і психіку» [38].

Звичайно проблема зі сном може не бути основною з точки зору клієнта при зверненні до психолога-консультанта, але залежно від ступеня вираженості цього порушення вона може в більшій чи меншій мірі негативно впливати на психіку людини. Через те, що в багатьох ветеранів із ПТСР є проблеми зі сном, багато сімейних пар вважають, що краще спати в окремих ліжках (кімнатах). Цей фізичний поділ відбувається паралельно з виникненням емоційної дистанції в стосунках. Така домовленість про сон у окремих ліжках може негативно впливати й на фізичну близькість. Поведінка ветерана під час переживання кошмарних снів може дуже лякати родину. Під час кошмару деякі ветерани стають фізично агресивними, вважаючи, що їхній партнер є ворогом. Дружини часто розповідають, що дуже бояться, оскільки вони не розуміють поведінки партнера, яка виходить із-під контролю.

Сучасній медицині відомо понад 80 видів порушень сну. Проте важливо розуміти, які порушення сну є захворюванням та вимагають кваліфікованої допомоги лікаря, а в яких випадках клієнт може отримати допомогу психолога й покращити свій стан, дотримуючись певних рекомендацій.

Безсоння (інсомнія) – це стан, коли людина не задоволена тривалістю чи якістю свого сну. Безсоння може виявлятися у вигляді труднощів засинання, поганої якості сну, труднощів підтримання сну, порушень повторних засинань після нічних пробуджень, раннього остаточного пробудження. Воно може бути фізіологічним і не потребувати лікарського втручання. Фізіологічне безсоння, яке виникає внаслідок погіршення соціально-побутових умов, при порушенні звичних добових ритмів, у зв'язку з природними ритмами, як реакція на психосоціальний стрес, і при цьому триває не більше одного тижня, називається *перехідним безсонням* і є нормальним наслідком адаптації (приспосовування) людини до нових умов життя. Для фізіологічних порушень сну характерні порушення засинання, втрата відчуття сну, нічні

пробудження й неспання, нагромадження сновидінь, калейдоскопічні та неприємні сновидіння. Корекція фізіологічного безсоння полягає у створенні комфортних умов для сну та дотриманні добових ритмів.

У деяких людей спостерігається так зване *суб'єктивне безсоння*: таким людям здається, що вони довго засинають, і їхній сон неглибокий і нетривалий. При цьому дослідження показують, що їхній сон не порушено, а змінено лише суб'єктивну оцінку свого сну.

Безсоння може бути наслідком інших психічних (наприклад, безсоння при депресії), неврологічних або соматичних захворювань, прийому чи припинення прийому певних лікарських засобів або проходження певних процедур. У цих випадках лікуванням безсоння повинен займатися тільки лікар. У разі безсоння як самостійного розладу до певних меж можна не вдаватися до медичної допомоги. Однак у разі тривалого безсоння також потрібно звернутися за кваліфікованою медичною допомогою. Психологу-консультанту необхідно знати, де проходить межа між його компетенцією та компетенцією лікаря.

Встановити, що безсоння перейшло в стадію хвороби та потребує кваліфікованої лікарської допомоги, можна за такими викладеними в Міжнародній класифікації хвороб (МКХ-10) критеріями:

1. Порушення сну відзначається як мінімум тричі на тиждень протягом щонайменше одного місяця.

2. Людина стурбована безсонням та її наслідками як уночі, так і протягом дня.

3. Порушення сну викликають стрес (напругу), який перешкоджає нормальному сімейному, суспільному чи професійному життю.

Також потрібно знати, що такі прояви, як нічні кошмари, що повторюються, та жахи з нападами паніки є самостійними розладами сну й вимагають втручання лікаря. Також до лікаря слід звернутися, якщо відзначаються нічні пробудження, яким

передують хропіння або різкі схрапи (синдром нічного апное), особливо при надмірній масі тіла.

Відповідно до Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів п'ятого видання (DSM–5), інсомнія виявляється невдоволенням кількістю або якістю сну, що призводить до клінічного вираженого дистресу або порушень у соціальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування. Інсомнія пов'язана з одним або кількома такими симптомами: утруднення ініціювання сну (інсомнія початку сну); труднощі при підтримці сну (серединна інсомнія); раннє пробудження з нездатністю повернутися до сну (пізня інсомнія) [40].

Відповідно до даних літератури, інсомнія належить до розладів гіперзбудження, що маніфестують як гіперактивність та гіперпильність протягом дня, як порушення ініціації (початку) та підтримання сну вночі [89]. Таке надмірне збудження може бути результатом тривалої активації нейроендокринних систем, що відповідають на стрес.

При порушеннях сну категорично *не можна*:

1. Використовувати снодійні засоби без призначення лікаря. Застосування снодійних протягом одного тижня здатне деформувати нормальний сон на період до 2 місяців. Снодійні засоби скорочують важливі етапи (фази) сну, що відповідають за переробку та запам'ятовування інформації, за емоційне відреагування. Порушення цих фаз сну значно погіршує психоемоційний стан людини в денний час.

2. Застосовувати алкоголь як снодійний засіб. Прийом алкоголю, хоч і може суб'єктивно полегшувати засинання, згубно впливає на основні фази сну, особливо на стадію «швидкого сну», порушення якої призводять до зниження настрою, розвитку депресії та появи невідреагованих уві сні емоцій, які призводять до зростання напруги в денний час. Крім того, порушується чергування нормальних фаз сну через сечогінну дію, надлишкове потовиділення та головний біль.

Алкоголь по-різному змінює структуру сну в алкоголіків та не алкоголіків. Алкоголь у низьких або помірних дозах, що вживається перед сном не алкоголіками, зменшує час настання сну, скорочує фази швидкого сну та збільшує тривалість сну й фази повільного сну в першій половині ночі. У другій половині ночі через швидку метаболізацію алкоголю відбувається збільшення фрагментації сну, збільшення фаз швидкого сну та зменшення фаз повільного сну. В алкоголіків коротшає час настання сну, але скорочується загальна тривалість сну та фази швидкого сну. Порушення сну призводять до зниження швидкості реакцій та продуктивності праці наступного дня.

Комбінація Алкоголь + Снодійні засоби = Смертельна небезпека!

Рекомендації щодо корекції поведінки для відновлення повноцінного сну та Практичні рекомендації військовослужбовцям із порушеннями сну надано в додатках 3 та 4.

Проблема «провини того, хто вижив»

Одна з особливостей, яку слід враховувати в консультуванні військовослужбовців – це проблема «провини того, хто вижив» («провина вцілілого»). Коли клієнт готовий говорити про неприємні почуття, найчастіше на перший план виходить проблема «провини того, хто вижив». Важливо, що під час бесіди клієнт повинен мати можливість її перервати з будь-яких причин, коли захоче, використовуючи так званий «стоп-сигнал». Передбачаючи таку можливість, психолог має попередньо уточнити: «Який сигнал буде для Вас зручним?».

Психолог-консультант не може позбавити військовослужбовця почуття «провини вцілілого», трансформувати позитивно це почуття може тільки сам клієнт: «Що ти з цим робитимеш далі?», «Як ти можеш це трансформувати?», «Чим позитивним це може стати для тебе?».

Деформація ціннісної сфери військовослужбовця

За даними світових досліджень одним із наслідків участі в бойових діях є виникнення дисонансу в ціннісній сфері, що має враховувати психолог при роботі з військовослужбовцями. Ієрархія особистісних цінностей зазнає значних змін. Цінності, що посіли чинні місця в структурі ціннісної сфери в екстремальних умовах, далеко не завжди відіграють провідну роль у звичайному житті з її повсякденними проблемами та потребами: гостро виникає проблема невідповідності внутрішньої системи ціннісних орієнтацій навколишній реальності. Як підкреслив американський психотерапевт Б. Колодзін, допомога учасникам бойових дій має полягати в корекції не стільки їхньої поведінки, скільки внутрішньої рушійної сили – деформованої внаслідок стресу ціннісної сфери військовослужбовця.

Деструктивні інформаційні впливи медіа на військовослужбовців та ветеранів. Що повинен знати психолог.

Цивільний психолог, який працює з військовослужбовцями та ветеранами – учасниками бойових дій, має знати стратегії протистояння деструктивним медіаінформаційним впливам, бо найчастіше саме ця категорія має ознаки травматичних розладів і тому легше підпадає під медіаризики, наслідком чого може стати додаткова травматизація – медіатравма або навіть ретравматизація.

Потенційно небезпечним інформаційним змістом, й у візуальній формі зокрема, вважаються такі відображення:

а) граничної жорстокості (вбивства людей, тварин, катування); антигуманної агресивної поведінки (сутичок, бійок, масових протистоянь); дій, які принижують людську гідність (расизму, дискримінації, «парадів» полонених, переслідувань);

б) очевидних соціальних проблем та несправедливості (щодо ветеранів війни, переселенців, поранених, скалічених, їхніх сімей); проявів політичної кризи в країні; протизаконних, несправедливих дій з боку влади; відсутності реформ, що спрямовані на покращення життя в країні;

в) неповної/брехливої інформації, що не відповідає дійсності; замовчувань важливої інформації; руїн населених пунктів, знищеної техніки та промислових об'єктів; різного виду катастроф тощо.

Найбільш потенційно небезпечною для бійців і ветеранів є інформація документального медіаформату (теленовини, ролики в соціальних мережах, фотографії з місця подій) у порівнянні з мистецьким медіаформатом (художні фільми, телесеріали, анімації). Суб'єктивно значущими деструктивними інформаційними впливами вважаються такі впливи, які сприймаються та інтерпретуються індивідом на підставі особистісних характеристик, соціального статусу, рольової поведінки, віку, вихованості, особистої позиції, власного досвіду та бойової травми зокрема. Так, репрезентована в ЗМІ нейтральна подія може викликати у ветерана інтенсивний медіаінформаційний стрес, що здатен призвести до додаткової травми – медіатравми чи навіть актуалізувати бойову травму, або навпаки – більш агресивна інформація може залишити його байдужим.

Спостереження за ветеранами, які знаходилися на стаціонарному лікуванні, під час перегляду ними потенційно деструктивного медіаконтенту (фотографій про війну, роликів про ЗС України тощо), виявило в них такі поведінкові реакції:

- 1) уникнення, небажання надалі дивитися;
- 2) виникнення тривожності, хвилювання, прохання припинити переглядати ролик;
- 3) збудження щодо явно вираженого агресивного, насильницького медіаконтенту, деяка зухвалість на кшталт «Я там був!», «Я знаю про це більш круті речі».

Такі типи поведінки яскраво характеризують певні ознаки ПТСР, активізація яких указує на небезпеку додаткової травми або навіть ретравматизації. Безпека людини залежить не тільки від здійснення запобіжних заходів в інформаційному полі з боку держави, але й від здатності кожної окремої особистості

захищатися/чинити опір інформаційно-психологічним технологіям впливу за допомогою певних знань і когнітивних умінь [39].

Правила роботи з демобілізованими учасниками бойових дій

1. Учасник бойових дій – це захисник близьких, спільноти, своєї землі, Батьківщини.

2. Термін «герой» не варто застосовувати до ветерана, оскільки геройство передбачає одноразовий вчинок, а потім – «спочивання на лаврах», а завдання психологічного консультування – активізувати життєтворчий потенціал особистості.

3. Демобілізований учасник бойових дій ніколи не зможе повернутися до «себе колишнього». Це змінена особистість, яка потребує прийняття іншими нового стану, що призводить до змін у житті його та його близьких.

4. Не можна стигматизувати ПТСР чи будь-який інший розлад учасника бойових дій, водночас як і примушувати його до посткризового зростання.

5. Зростання після травмівного досвіду запускається не автоматично, а залежить від внутрішнього та зовнішнього психологічного потенціалу ветерана в процесі переосмислення цінності пережитого ним досвіду та відбувається лише в прийнятному для ветерана темпі.

6. Необхідно навчити ветеранів технікам саморегуляції та, зокрема, технікам регуляції емоцій, в першу чергу гніву та агресії. Слід з'ясувати, що допомагало ветерану до травматичних подій, а що залишилося ефективним і зараз.

7. Активізація позитивного погляду ветерана на себе, на віру в свої сили та здібності має чітко співвідноситися з реальністю. Важливо складати реалістичні життєві плани та знаходити відповідні шляхи їхньої реалізації.

8. Надаючи психологічні послуги, необхідно чітко визначати міру власної компетентності, щоб ефективно використовувати механізм перенаправлення до інших фахівців.

9. Здійснюючи психологічне консультування ветерана війни, слід чітко розрізняти рівні його потреб, щоб визначити належний рівень психологічної допомоги та, відповідно, спектр комунікативних стратегій і методів [26].

1.4. Консультування з питань кар'єри

Повернувшись додому після демобілізації, виходу на пенсію або звільнення з військової служби за станом здоров'я, в тому числі внаслідок інвалідизації, чи з інших причин, військовослужбовці можуть зіткнутися з проблемами адаптації до цивільного життя та пошуку нової роботи. Військовослужбовці, які мають функціональні відхилення, знижений рівень працездатності, відчують труднощі в повсякденному житті, часто зберігають контроль над своєю поведінкою лише за допомогою значного напруження сил і ресурсів. При звільненні та пошуку роботи вони потребують консультаційної допомоги психолога з питань кар'єри.

Психолог, який консультує військовослужбовців, ветеранів із питань кар'єри, по-перше, повинен розуміти військову культуру, іншими словами, цінності та моральний кодекс ветеранів. Цими цінностями звичайно є самопожертва, честь і гідність, відповідальність і дисципліна. По-друге, консультант повинен з'ясувати, як професійне та особисте життя військовослужбовця взаємодіють між собою (наприклад, як цінності військової служби впливають на життя ветерана після закінчення служби). По-третє, психолог, який консультує з питань кар'єри, повинен оцінити те, як військова служба впливає на сім'ю й стосунки між членами сім'ї. Нарешті, консультант має з'ясувати, які страхи спонукали ветерана звернутися за психологічною допомогою. Таким чином, допомога має бути організована на основі цих оцінок.

Існують різні підходи до консультування з питань кар'єри.

J. Sampson і співавтори (2004) [82] розробили консультативний підхід у рамках кар'єрного консультування –

«Когнітивне опрацювання інформації» (Cognitive Information Processing (CIP)). Ця програма виявляє негативні думки щодо працевлаштування.

Ще один підхід до консультування з питань кар'єри [81] – цикл «Комунікація, аналіз, синтез, оцінка та виконання (CASVE) (CASVE – Communication, Analysis, Synthesis, Valuing and Execution). Після закінчення кар'єрного консультування ветерани повинні краще усвідомити свої прагнення й здібності та бути готовими до їх реалізації.

Нарешті, когнітивне консультування (Strength-Based Cognitive Counseling – SBCC) [58] було запропоновано для військовослужбовців з черепно-мозковою травмою. Після встановлення позитивного терапевтичного альянсу консультант та клієнт аналізують ступінь травми, прагнучи визначити сильні та слабкі сторони військовослужбовця. Потім консультант оцінює прагнення клієнта працювати. На завершення військовослужбовець розвиває навички вирішення проблем та прийняття рішень для полегшення працевлаштування.

1.5. Особливості психологічного консультування військовослужбовців, які зловживають психоактивними речовинами. Мотиваційне інтерв'ювання

Військовослужбовці, які пережили травмівну подію, можуть вдаватися до саморуйнівної поведінки, що виявляється, зокрема, у зловживанні ПАР (алкоголь, наркотики тощо). Це один з найпоширеніших видів девіантної поведінки, який негативно впливає, як на саму особистість воїна, так і на його соціальне оточення, в першу чергу, сім'ю, родину, співслужбовців.

Девіантною поведінкою людини називають систему вчинків або окремі вчинки, що суперечать прийнятим у суспільстві нормам і виявляються у вигляді незбалансованості психічних процесів, неадаптивності, порушення самоактуалізації або у вигляді

ухилення від морального та естетичного контролю над власною поведінкою.

Психологічний підхід розглядає девіантну поведінку у зв'язку з внутрішньоособистісним конфліктом, деструкцією та саморуйнуванням особистості, вважаючи суттю девіантної поведінки блокування особистісного зростання і навіть деградацію особистості, що є наслідком, а іноді і метою відхильної поведінки. Девіант, відповідно до даного підходу, усвідомлено чи несвідомо прагне зруйнувати власну самоцінність, позбавити себе унікальності, не дозволити собі реалізувати наявні задатки.

У межах психіатричного підходу девіантні форми поведінки розглядаються як преморбідні (дохворобні) особливості особистості, які сприяють формуванню тих чи інших психічних розладів і захворювань. Під девіаціями найчастіше розуміються відхилення поведінки, що не досягли патологічної виразності з різних причин, тобто ті «начебто психічні розлади» (донозологічні), які не в повній мірі відповідають загальноприйнятим критеріям для діагностики симптомів чи синдромів [17].

Девіантна поведінка, пов'язана із зловживанням ПАР – біопсихосоціальна проблема, вона поширюється на усі сфери функціонування людини (сімейну, професійну, дозвілля тощо). У військовослужбовців вона розглядається в основному, як коморбідна ПТСР. Поряд з депресією, тривожними розладами погіршується функціонування в сімейному житті, професійній сфері, у соціальному оточенні. Вживання ПАР у цьому аспекті є малоефективним різновидом копінг-поведінки, спрямованої на подолання стресу, наслідків ПТСР.

У розробленій Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) Міжнародній статистичній класифікації хвороб і проблем, пов'язаних із здоров'ям, десятого перегляду (МКХ-10) зазначається, що шкода для здоров'я людини від вживання ПАР може бути фізичною (наприклад, випадки зараження ВІЛ, гепатитами, розвитком онкологічних захворювань тощо) та/або

психічною (епізоди депресивного розладу, суїцидальна поведінка, неконтрольована агресивність тощо).

ПАР – речовина, яка здійснює наркотичний вплив на організм. Це наркотики і речовини, які до них офіційно не зараховані (алкоголь, нікотин, кофеїн, седативні, снодійні препарати тощо). Однократне вживання наркотику викликає комфортний психічний стан, а при систематичному зумовлює розвиток фізичної та психічної залежності [14] – наркоманії, токсикоманії, алкоголізму. Це пов'язано також з тим, що інтенсивне відчуття ейфорії, яке переживається при вживанні ПАР, пригнічує активацію системи винагороди центральної нервової системи у інших, не пов'язаних із вживанням, поведінкових активностях [32].

Діагностичні критерії. Основною ознакою зловживання ПАР є продовження їх вживання людиною, незважаючи на появу і поглиблення значимих проблем, пов'язаних з цим.

Для діагностики використовуються 11 діагностичних критеріїв, які описують чотири групи симптомів: порушення контролю, соціальні порушення, ризиковане вживання та фармакологічні критерії [40].

Симптоми порушення контролю вживання

1. Вживання речовини в більшій кількості або впродовж більшого часу, ніж планувалося.
2. Наявність бажання або безуспішних спроб зменшити або контролювати вживання речовини.
3. Витрачання значної кількості часу на діяльність, необхідну для пошуку, вживання та усунення наслідків вживання речовини.
4. Сильне бажання або потяг вживання речовини («крейвінг»).

Симптоми соціальних порушень

5. Наявність проблем, пов'язаних із виконанням основних завдань на роботі, навчанні чи вдома, через вживання ПАР.
6. Продовження вживання речовини, незважаючи на соціальні або міжособистісні проблеми, спричинені або ускладнені внаслідок вживання речовини.

7. Відмова або зменшення участі у важливих соціальних, професійних або розважальних заходах через вживання ПАР.

Симптоми ризикованого вживання

8. Вживання речовини в ситуаціях, які можуть викликати фізичну небезпеку.

9. Свідоме продовження вживання речовини, незважаючи на виникнення постійних або періодичних соматичних чи психологічних проблем, спричинених її вживанням.

Фармакологічні критерії

10. Підвищення толерантності до речовини (необхідність кількісного збільшення вживаної речовини для досягнення очікуваного ефекту чи помітне зменшення ефекту після прийому початкової дози речовини).

11. Абстинентний синдром (синдром припинення вживання речовини).

Симптоми відрізняються залежно від виду ПАР. Фармакологічні симптоми 10, 11 не є обов'язковими для діагностики розладів вживання ПАР.

Діагноз розладу вживання ПАР встановлюється з урахуванням кількості симптомів, незалежно від різновиду ПАР: легкий ступінь (2–3 симптоми), помірний ступінь (4–5 симптомів), тяжкий ступінь (6 і більше симптомів).

Цілі психологічної роботи із особами, які зловживають ПАР, по-різному формулюється в різних підходах. Ними можуть бути [22]: 1) досягнення стійкої ремісії клієнта та попередження у нього рецидиву зловживання ПАР; 2) набуття клієнтом здатності контролювати потяг та зниження шкоди і ризиків його поведінки; 3) соціально-психологічна адаптація клієнта, досягнення ним стану повноцінної життєдіяльності і соціального благополуччя.

У процесі психологічної роботи з клієнтом здійснюється вплив на чинники його соціально-психологічної дезадаптації:

- непереборний потяг, імпульсивне (згодом компульсивне) прагнення вживати ПАР;

- невизнання залежності (заперечення хвороби, анозогнозія);

- значимі внутрішньоособистісні та міжособистісні конфлікти;
- занепад соціальних зв'язків, дефіцит підтримки;
- втрата або дефіцит навичок подолання проблем та життєвих навичок;
- дефіцит мотивації подолання складної життєвої обставини, зміни способу і якості життя.

Основними завданнями психологічної роботи із клієнтами, які зловживають ПАР, є такі:

- формування усвідомленої позиції щодо власної поведінки, її ризиків і наслідків та мотивації зміни способу життя;
- підвищення навичок контролю потягу, формування навичок утримання від вживання;
- формування ціннісно-сислової основи життєдіяльності в умовах відміни або зменшення вживання;
- формування здорових навичок подолання складних життєвих обставин і ситуацій, конструктивних копінг-стратегій і способів вирішення конфліктних ситуацій;
- розширення (створення) мережі соціальної підтримки, зменшення негативного впливу соціального оточення на особистість, консультування близьких осіб щодо побудови конструктивних відносин з особою, яка зловживає ПАР;
- реінтеграція клієнта в соціальне середовище, відновлення самоефективності і самоповаги, сприяння відновленню соціального статусу, функціонування в порушених сферах життя.

Поведінкова оцінка залежної поведінки базується на уявленні про її багатоаспектність і комплексність. Отже і оцінювання має бути комплексним, з метою отримання якнайбільш цілісної картини. Воно включає, як мінімум [18]:

- 1) оцінку історії вживання ПАР в контексті життєвої історії клієнта;
- 2) оцінку наявних проблем і труднощів у поточному житті клієнта:
 - як почувається клієнт під час вживання ПАР;

- як розвивається толерантність до ПАР (щотижнева доза, у порівнянні з середньостатистичним вживанням, у порівнянні з колом найближчого оточення тощо);

- які проблеми зумовлені вживанням ПАР (вдома, на роботі, з друзями тощо);

- результати лабораторних досліджень;

- як вплинуло вживання ПАР на здоров'я (зокрема ожиріння, гіпертензія, захворювання печінки, головний біль, похмілля, судоми, безсоння, сексуальна дисфункція, нещасні випадки);

3) оцінку мотивації клієнта до змін поведінки, пов'язаної із залежністю;

4) оцінку навичок щодо утримання від вживання, що включає [32]:

- ситуації високого ризику вживання. Для цього можуть бути використані стандартизовані опитувальники ситуацій вживання наркотиків Inventory of Drug-Taking Situations (IDTS) або алкоголю (IDS). Вони спрямовані на виявлення причин (тригерів) вживання ПАР, зокрема в ситуаціях, де виникають: неприємні емоції; фізичний дискомфорт; приємні емоції; тестування особистого контролю; заклики та спокуси; конфлікти з іншими; соціальний тиск або пропозиція вжити; приємне дозвілля з іншими;

- ситуаційну впевненість щодо спроможності протистояти вживанню ПАР в аналогічних ситуаціях. Для цього може бути використаний відповідний опитувальник Brief Situational Confidence Questionnaire (BSCQ).

Психологічна діагностика зловживання ПАР може проводитись за допомогою наступних або аналогічних методик [14]:

1. Опитувальник для визначення зловживання алкоголем «CAGE». Складається із 4-х питань, ствердна відповідь хоча б на одну з яких свідчить про зловживання алкоголем.

2. Тест для визначення зловживання алкоголем AUDIT. Складається із 10 питань, які оцінюються за шкалою від 0 до 4 балів. Отримання більше 8 балів вказує на наявну у клієнта алкогольну залежність.

3. Скринінговий тест на вживання алкоголю, психоактивних речовин і паління ASSIST. Розроблений для Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щоб допомогти клініцистам у ранньому виявленні проблем, пов'язаних з вживанням ПАР.

4. Індекс тяжкості залежності ASI. Спрямований на визначення тяжкості проблем у 7 сферах життя: медицина, працевлаштування та підтримка, вживання наркотиків, вживання алкоголю, юридичні питання, сімейний/соціальний статус та психіатричний статус.

5. Мічиганський скринінговий тест на алкоголізм MAST. Складається із 24 питань, що оцінюють соціальні, професійні і сімейні проблеми клієнта, пов'язані з алкоголізмом.

6. Шкала важкості алкогольної залежності (Alcohol Dependence Scale, ADS). Може бути використана для квантифікації алкогольної залежності (клієнти, які потребують насамперед: консультування та порад; допомоги в амбулаторних умовах; спеціалізованої стаціонарної допомоги).

Психологічна допомога за запитами, пов'язаними із таким видом девіантної поведінки, базується на інтегративному підході, що включає доказову психотерапію, фармакотерапію та підтримку відновлення.

Доказовими підходами в терапії девіантної поведінки, пов'язаної із зловживанням ПАР, натеper є [18]: мотиваційно-стимулююча терапія (мотиваційне інтерв'ювання); когнітивно-поведінкова терапія; діалектико-поведінкова терапія; управління непередбаченими обставинами; 12-крокові програми.

Застереження для надання психологічної допомоги [14]

1. Надання психологічної допомоги клієнтам, які зловживають ПАР, проводиться, як на амбулаторному рівні (короткотермінові втручання та програми 12-кроків), так і інтегровано на різних рівнях медичної допомоги.

2. Під час невідкладних станів немає сенсу намагатись вплинути на звичку вживати ПАР, особливо коли особа перебуває у

стані інтоксикації. В таких випадках краще призначити інший час для відвідування.

3. Особи із вираженими ознаками залежності рідко отримують користь від психологічної допомоги низької інтенсивності. Якщо такі клієнти не можуть зменшити споживання ПАР, наприклад, впродовж 3-х місяців, вони мають бути направлені до лікаря-нарколога для отримання спеціалізованої медичної допомоги.

4. Передумовою для надання психологічної допомоги є відсутність потреби у детоксикації. Про її наявність свідчать сформований синдром відміни (абстиненція) або ознаки психічного розладу. В цих випадках клієнти мають бути направлені до лікаря-нарколога для отримання спеціалізованої медичної допомоги.

5. Необхідною є мінімізація ризику залишення клієнтів без необхідної допомоги, тому важлива співпраця із соціальними і медичними службами, інформування клієнта про те, де можна отримати допомогу при невідкладних ситуаціях.

Психологічна допомога клієнтам, що зловживають ПАР, починається із короткотермінового втручання (Brief Intervention for Substance Use) [14], що базується на принципах FRAMES [18]. Розглянемо їх більш детально.

1. Зворотний зв'язок (Feedback) – надання релевантного персоналізованого зворотного зв'язку. Він включає роз'яснення результатів скринінгу або психодіагностики, надання інформації про особистісні ризики, яка була отримана в ході поведінкової оцінки (наприклад, депресія, вплив травмівних ситуацій тощо). Надання загальної інформації про шкоду вживання ПАР у поєднанні з персоналізованою інформацією має більш сильний ефект, ніж просто попередження про шкоду і ризики вживання.

2. Відповідальність (Responsibility) – наголошення на відповідальності клієнта за зміни. У консультуванні залежних клієнтів фокус відповідальності має бути зміщений на самого клієнта, адже він сам робить щоденний вибір на користь вживання чи утримання. Те ж саме стосується відповідальності за використання інформації і порад, які надає психолог. Клієнту має

бути надане відчуття особистого контролю за своєю поведінкою, її наслідки, використання психологічних інтервенцій для коригування способу життя. Взяття психологом більшої відповідальності на себе (наприклад, надання директивних порад «Рекомендую Вам...», демонстрація занепокоєння щодо вживання клієнтом ПАР), буде ймовірно призводити до посилення опору, виправдовування практик вживання ПАР, відстоювання клієнтом свого способу життя.

3. Порада (Advice) – надання конкретної інформації і підтримки для змін. Залежні клієнти часто, або вже мають проблеми зі здоров'ям, або воно погіршується внаслідок практик вживання ПАР. Тому вони потребують чітких і об'єктивних порад, підвищення обізнаності щодо особистих ризиків при поточному способі життя і вживання. Такі поради краще формулювати у формі простих безособових тверджень, враховуючи принцип відповідальності (наприклад, «Найкращим способом зменшення симптомів депресії для Вас є ...»).

4. Меню (Menu) – формулювання можливостей, альтернативних щодо вживання ПАР. Даний принцип виходить з думки про те, що повне припинення вживання в основному не може бути метою терапії залежності. При такій поставленій меті відсутність прогресу або рецидив будуть розглядатись клієнтом (і психологом), як зрив терапії, призводити до фрустрації, поглиблення почуття провини, руйнування терапевтичного альянсу. Клієнт ймовірно буде зневірений у власній спроможності позбавитись залежності, «втратить віру у себе». Менш амбітною, але більш прийнятною і реалістичною, є постановка цілей щодо зменшення вживання. В цьому випадку виникає важливу завдання – відрегулювати, як саме вживання, так і те, що буде робити клієнт «замість цього», шляхи реалізації вивільнених ресурсів, в першу чергу часу. Відповідно до цього принципу, корисним будуть питання типу «Що Ви будете робити замість...?».

5. Емпатія (Empathy). Проявами емпатії є прийняття, неупередженість, намагання зрозуміти точку зору клієнта,

демонстрація розуміння та зацікавленості. Даний принцип передбачає мінімізацію опору клієнта інтервенціям, для цього необхідно уникати ярликів і стигм («алкоголік», «наркоман»), звинувачень і критики клієнта. В межах підходу що розглядається, психолог не використовує інструменти і навички конфронтації.

6. Самооцінка (Self-efficacy) – підбадьорення та додавання впевненості у можливості змін. Подолання залежності – це низка щоденних непростих рішень і виборів, які передбачають поступову відмову від «простої» та сильної самотимуляції завдяки ПАР на користь більш слабких, але складних способів активації системи винагороди головного мозку. На цьому шляху підбадьорення психологом є складовою «тренування» системи винагороди, повернення клієнту можливості почувати себе достатньо ефективним і підтримувати самооцінку на основі щоденних позитивних «малих досягнень».

Основними елементами короткого втручання є опитування, обговорення і консультування з метою допомоги клієнту зрозуміти ризики вживання ПАР. Якщо клієнт не готовий обговорювати вживання ним/нею ПАР під час цієї розмови, то слід наголосити про можливість отримання допомоги у більш зручний час. Важливим є мотивування клієнтів до використання інструментів самостійного спостереження за звичкою до вживання ПАР, зокрема відповідних інтернет-ресурсів чи структурованих щоденників.

Коротке втручання (короткочасні інтервенції) не розглядаються, як повноцінний захід психологічної допомоги, вони використовуються для формування мотивації звернення до медичних фахівців для надання спеціалізованої допомоги, або як підтримуючі заходи під час такої терапії. Мета короткого втручання – психоедукація, мотивування клієнтів до зменшення або припинення вживання ПАР.

У межах короткотермінового підходу знаходиться такий доказовий метод роботи, як мотиваційне інтерв'ювання [75].

Мотиваційне інтерв'ю авторами методу вважається радше не методом психологічної допомоги, а клієнт-орієнтованим стилем

взаємодії, що сприяє дослідженню клієнтом своєї амбівалентності у ставленні до проблемної поведінки («недоліки» і «переваги») та прийняттю рішень, які уможливлюють рух по стадіям поведінкових змін.

Принципи і техніки мотиваційного інтерв'ювання особливо ефективні на перших двох стадіях – відсутності усвідомлення проблеми та усвідомлення проблеми, але використовуються також на усіх стадіях подолання залежності.

Філософія мотиваційного інтерв'ювання відповідає короткотерміновому підходу, вона полягає в наступному:

- клієнт вже має все необхідне для змін;
- мотивація до змін знаходиться всередині клієнта, вона не додається ззовні в процесі консультування;
- клієнт, а не психолог, є експертом.

У мотиваційному інтерв'юванні психологом використовується чотири мікронавички консультування (OARS).

1. *Відкриті питання (Open questions)*. Вони використовуються для орієнтування клієнта, збирання інформації. Це питання типу: «Які переваги Ви бачите у ... (варіант змін)?», «Що Ви досягаєте завдяки... (проблемна поведінка)?». Використання відкритих питань на противагу закритим («Чи вживаєте Ви... ?»), сприяють розгортанню розмови, не дозволяють психологу входити в роль експерта.

2. *Підтримка, позитивна оцінка (Affirming)*. Навичка спрямована на надання зворотного зв'язку, підкріплення віри у власну ефективність і можливість досягти змін, посилення усвідомлення сильних сторін клієнта у сферах, не пов'язаних із вживанням ПАР. Завдяки цьому у клієнта формується світогляд, який ґрунтується на його спроможностях, а не на невдачах.

3. *Рефлексивне (відображуюче) слухання (Reflection)*. Воно передбачає «повернення» клієнту інформації, яку він повідомляє про себе і свої наміри (думки і переживання) в термінах змін. Наприклад:

Діалог. Клієнт: *Я ненавиджу себе за те, що не можу не випити останню чарку.* Психолог: *Отже контроль вживання – це те, що б Ви хотіли змінити.*

Складність використання цієї навички полягає в її адитивності, психологу необхідно додавати більше, ніж клієнт повідомив, ніби намагаючись вгадати «що він насправді мав на увазі». Рефлексія має бути короткою, зрозумілою, фокусувати клієнта на значимих речах.

4. *Підсумовування (Summing)*. На відміну від рефлексування, підсумовування – це поєднання різних повідомлень клієнта, які можуть бути прямо не пов'язані між собою. Підсумовування використовується, як наприкінці сесії, так і всередині, для тематичного руху розмови вперед.

Мотиваційне консультування не є жорстко регламентованим протокольним підходом, виділення етапів в ньому є умовним.

Етапи мотиваційного інтерв'ювання

1. Визначення рівня мотивації особи до змін загалом та до продовження взаємодії з фахівцем чи відвідування групи зокрема.

2. Робота спрямована на сприяння прийняттю рішення особи щодо зміни власної поведінки (що передбачає роботу з внутрішніми та зовнішніми вчинками).

3. Психологічний супровід клієнта відповідно до стадій його готовності до змін.

Початковий етап мотиваційного інтерв'ювання – розмова про зміни. Вона передбачає дослідження початкової мотивації (бажання змінитись), спроможності до змін, причин для цього і усвідомлення клієнтом необхідності для змін.

На цьому етапі можна використати шкалювання щодо готовності клієнта до змін, а також досліджувати цей стан:

– Наскільки важливо Вам зменшити або припинити вживання ...? (за 10-бальною шкалою).

– Чому Ви обрали саме ..., а не ... (меншу кількість балів)?

- Чому Ви обрали саме ..., а не ... (більшу кількість балів)?
- Що може трапитись, що пересуне Вас на ...? (більшу кількість балів).

– Наскільки Ви впевнені, що зможете змінитись, якщо вирішите ... (труднощі, обмеження у змінах, про які зазначав клієнт).

Відповіді на ці питання ймовірно будуть розкривати специфіку амбівалентності клієнта, яку можна досліджувати.

Наприклад, за допомогою «квадрату Декарта»:

- Які переваги, якщо все залишиться як є?
- Які недоліки, якщо все залишиться як є?
- Які недоліки змін?
- Які переваги змін?

Відповіді на ці питання свідчатимуть про специфіку мотивації клієнта, яку можливо посилювати за допомогою серій питань, що пропонуються в орієнтованому на рішення короткотерміновому підході SBFT (*Solution Focused Brief Therapy*).

Запитання щодо status quo:

- Для чого Ви відчуваєте потребу змінитись, вживаючи ПАР?
- Що саме у Вашому стані Вас непокоїть?
- Як впливає на Ваше життя вживання ПАР?
- Як саме воно впливає на життя інших близьких людей?

Як ще?

- Які Ваші цінності, чого прагнете у житті?
- Яким чином вживання ПАР не дозволяє Вам досягати цих цілей?

- Що ще може статись, якщо все залишиться, як є?

Запитання щодо змін:

- Яких саме змін Ви б хотіли?
- Що доброго в них може бути?
- Яким би Ви хотіли бачити своє життя через 2-3 роки?
- Якщо Ви тут, значить частина Вас прагне змін. Які у неї є аргументи на їх користь?

- Що б хорошого сталось, якби ці зміни настали?

– Що дає підстави вважати, що якби Ви наважились на зміни, Вам би це вдалось?

– Чи були у вас в житті раніше труднощі? Зміни? Що раніше допомагало Вам здійснювати їх?

– Хто може Вам допомогти у змінах? Як саме?

Зазначені питання не є вичерпними, вони спрямовані на пошук позитивних (сильних) сторін клієнта, дослідження його ресурсів, посилення мотивації до змін. Негативні відповіді клієнта на цьому етапі не досліджуються, вони або ігноруються (задається питання «Що ще крім цього?»), або переносяться «на потім».

Корисним може виявитись так зване «Чарівне питання» [56]:

«Зараз ми трохи пофантазуємо. Уявіть, що після нашої сесії Ви повернетесь додому, і проведете там звичайний вечір. Зробіте всі необхідні справи, підготуетесь до сну, і ляжете спати. Вночі, поки Ви будете спати, трапиться щось чарівне, наприклад, Вас відвідає чарівник (або інші варіанти «чарівної події»). Він зробить так, що Ваша проблема просто зникне, на ранок її вже не буде. І ось Ви просинаєтесь, але не знаєте про те, що проблеми вже немає».

– Коли Ви зрозумієте, що проблеми немає?

– Як саме Ви це помітите? Як ще?

– Що Ви будете робити по іншому? Що ще? Як саме?

– Хто помітить, що проблеми вже немає? Як він про це дізнається? Хто ще?

– Що Ви будете думати по іншому? Що почувати?

– Як проведете свій день? А наступний?

«Чарівне питання» може стати потужним інструментом щодо виявлення бажаного майбутнього для клієнта і підсилення його мотивації. Обмеження цієї техніки в тому, що вона може бути використана лише один раз, отже перед цим необхідно достатньою мірою прояснити і посилити мотивацію клієнта до змін.

Корисним є також дослідження «крайнощів» і виключень:

– Чи були періоди, коли вживання було ще гіршим, призводило до гірших наслідків? Що було по іншому в Вашому житті тоді? Чого не вистачало?

– Чи були періоди, коли Ви відмовлялись або зменшували вживання? Що допомагало справлятися? Що б могло стати помічним зараз?

Розмова про виключення дозволяє прояснити ресурси клієнта, з'ясувати, що дозволяє будувати стратегію утримання від вживання. Тому мотиваційне інтерв'ювання можна використовувати, працюючи з ресурсною картою людини.

Наступним етапом мотиваційного інтерв'ювання є **планування змін**. Розробка такого плану – це закріплення мотивації, її втілення в конкретних малих кроках. План – це послідовність дій по досягненню мети консультування, його пункти мають відповідати критеріям SMART (*specific* (конкретна), *measurable* (вимірювана), *attainable* (досяжна), *relevant* (актуальна) і *time-bound* (обмежена в часі), зокрема бути доречними (релевантними проблемі), мати реалістичний часовий вимір.

Заключним етапом інтерв'ювання є постановка домашніх завдань. Вони мають бути узгодженими з клієнтом, часто – пропонуються ним самим під час сесії. Завдання можуть бути різноплановими, вони зумовлені структурою плану консультування [56].

Передбачається, що консультування за складеним планом, буде сприяти просуванню клієнта на шляху змін. В короткочасному підході використовується модель поведінкових змін Дж. Прочаскі та ін. [78], згідно якої клієнти проходять певну стадіальність у процесі зловживання ПАР / психологічної допомоги [90].

1. *Стадія відсутності усвідомлення проблеми* (стадія передусвідомлення), що найчастіше проявляється у відсутності розуміння необхідності змін аж до їхнього заперечення. На цій стадії люди зосереджуються на позитивних аспектах вживання ПАР, ігнорують проблемні аспекти і не прагнуть змінювати відповідні практики. Клієнти демонструють спротив щодо обговорення питань, пов'язаних із вживанням ПАР, не замислюються над негативним прогнозом майбутнього вживання. На цій стадії клієнти не матимуть мотивації сприймати поради

щодо змін поведінки, але можуть бути чутливими до інформації про ризики і загрози, пов'язані із способом і рівнем вживання ПАР.

2. *Стадія усвідомлення проблеми* – аналіз можливих вигід від змін. Люди на цій стадії думають про те, щоб припинити або зменшити вживання ПАР внаслідок переживання амбівалентності (бачать одночасно «позитивний досвід» так і очевидні недоліки у вживанні, отже переживають когнітивну і емоційну неоднозначність щодо вживання ПАР, бажають і одночасно не бажають цього). В подальшій психологічній роботі концепт амбівалентності буде активно експлуатуватись, він має бути подоланий, а отже добре усвідомлений клієнтом. Клієнти здатні сформулювати недоліки і переваги вживання ПАР, ймовірно готові дослухатись до інформації і порад про скорочення вживання, а також обговорювати його нюанси. На цій стадії люди невпевнені у власній здатності змінити спосіб життя в контексті вживання ПАР, або відчувати нестачу інформації щодо можливих змін.

3. *Стадія готовності до змін або стадія прийняття рішення* – висловлюється готовність клієнта до взаємодії й активних дій щодо власних змін. На цій стадії люди демонструють готовність розпочати зміни поведінки вживання, планують реалізувати відповідні заходи у найближчому минулому. Вони говорять іншим про свої наміри щодо змін, думають про те, як вони вплинуть на їх життя, розмірковують над строками і варіантами дій. Водночас, клієнти на цій стадії, хоча і схильні брати відповідальність за зміни, все ще відчують невпевненість у спроможності здійснити ці наміри.

4. *Стадія дій* – початок активних дій щодо зміни власних вчинків. Люди, які перебувають на цій стадії, прийняли рішення щодо модифікації практик вживання ПАР, зменшили або припинили вживання. Водночас, вони все ще переживають амбівалентність, зокрема позитивні аспекти вживання ПАР, отже потребують підтримки і підкріплення правильності обраного шляху змін.

5. *Стадія дотримання змін або стадія підтримки* – закріплення досягнутих результатів, прийняття можливих регресів на попередніх стадіях, активізація потреби в подальшому розвитку. На цій стадії клієнти намагаються дотримуватись досягнутих змін і запобігти рецидиву вживання. Для цього вони зосереджуються на формуванні стратегій утримання, керування ситуаціями високого ризику вживання. Вони, однак, все ще потребують заохочення, підтримки, підтвердження обраних способів поведінки.

6. *Стадія рецидиву*. На цій стадії клієнти потребують формування уявлення про те, що рецидив – це не остаточна невдача, а лише процес набуття навичок щодо утримання від вживання ПАР. Рецидив розглядається, як нагода переглянути плани план дій клієнта, оцінити реалістичність стратегій змін, надати йому додаткову інформацію щодо зривів невживання у людей, які залежні від аналогічних ПАР. Після стадії рецидиву клієнти повертаються на будь-яку з попередніх стадій.

Мотиваційне інтерв'ювання рекомендується використовувати в різних ситуаціях взаємодії з військовослужбовцями і ветеранами, які мають травмівний досвід, оскільки цей підхід дозволяє активізувати внутрішню мотивацію особистості до змін [8; 13].

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ КОНСУЛЬТАЦІЙНОЇ РОБОТИ З СІМ'ЯМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ВЕТЕРАНІВ

Повноцінну реабілітацію ветеранів бойових дій, їх залучення до мирного життя слід розглядати в контексті стабілізації сімейних стосунків. За час відсутності ветерана, з одного боку, відбуваються певні зміни, як в самій сімейній системі, так і в кожного з членів сім'ї, а з іншого – змінюється й сам ветеран. Звідси постає низка завдань перед консультантом, який планує працювати з сім'ями учасників бойових дій.

По-перше, необхідно отримати уявлення про стан сімейної системи до вибуття ветерана в зону бойових дій і її стан на сьогодні (кількісний і персональний склад сім'ї, характеристика стосунків між членами сім'ї, проблеми, з якими стикалася сім'я раніше й тепер тощо). Діагностика повинна допомогти клієнтам усвідомити й визнати необхідність зміни їхніх сімейних взаємин, створити мотивацію до тривалої, складної роботи, спрямувавши її на самозміну, переборення власних небажаних стереотипів. Слід мати на увазі, що існуючі методики маніпулятивного впливу на особистість, яка не бажає залучити свої власні трансформаційні можливості, є непродуктивними.

По-друге, слід визначитися з можливими психологічними технологіями роботи з конкретною сім'єю. Звісно, всі існуючі напрями та підходи мають право на існування. Вибір одного з них може бути зумовлений лише індивідуальними уподобаннями практикуючого психолога та особливостями конкретного випадку, з яким він працює. Кваліфікований підхід до сімейного консультування відрізняється тим, що ґрунтується на сучасних різнобічних наукових знаннях і теоріях, завдяки чому підготовлений консультант може варіювати у виборі методів і

технологій консультування, чітко уявляючи при цьому, що й навіщо він робить.

По-третє, треба обміркувати організацію як індивідуальних консультувань членів сім'ї, так і спільних. Головна увага, зрозуміло, повинна приділятися подружнім стосункам. Більшість фахівців вважають, що спочатку варто зустрічатись окремо з кожною зі сторін, а потім організовувати спільні зустрічі. Роботу з дітьми, з іншими родичами, які, можливо, проживають разом із сім'єю (батьки когось із подружжя, брати й сестри, дідусі й бабусі тощо) варто виокремлювати та проводити за іншою програмою.

Робота з конфліктною сім'єю чи сім'єю, емоційний клімат в якій незадовільний, починається, як правило, після звернення обох чи одного з подружжя. Іноді приводом для констатації серйозних сімейних проблем можуть бути спостереження педагога, шкільного психолога чи дитячого лікаря, які свідчать про негативні наслідки сімейної напруженості для дітей – поведінкові, психосоматичні.

Консультаційна робота з такою сім'єю розпочинається, як зазначалося, з ретельного вивчення наявної сімейної проблеми, про яку подружжя найчастіше має неправильне уявлення, з ознайомлення з особистісними особливостями подружжя, їхніми сімейними й шлюбними установками. Труднощі можуть бути зумовлені будь-якою з названих причин. Слід відмітити, що зовнішні негативні чинники – війна, матеріально-економічні обмеження, невпевненість у завтрашньому дні, безробіття тощо – як правило, тільки загострюють сімейні конфлікти, виявляють дійсні їх причини.

Негативні риси особистості, в першу чергу, істеричність, які компенсовані в процесі соціалізації чи самовиховання, під впливом зовнішніх причин можуть актуалізуватись і стати причиною постійних конфліктів. Серйозні розходження в сімейно-шлюбних установках можуть залишатися прихованими досить довго, але в переломні, вузлові моменти розвитку сімейного життя чи під впливом зовнішніх труднощів з'ясовується, що подружжя дотримується різних моделей сім'ї (егалітарних чи патріархальних),

має різні, такі, що не співпадають, погляди на виховання дітей, емоційні, побутові, фінансові проблеми тощо.

Особливої уваги заслуговують можливі психологічні травми внаслідок участі у бойових діях або знаходження в безпосередній близькості до зони бойових дій. Стресові розлади (як у військових, так і в цивільних членів сім'ї, які постраждали внаслідок війни) провокують порушення сімейних відносин і руйнування сім'ї. Саме сімейні проблеми, що безпосередньо пов'язані з війною, вирізняють сім'ї військовослужбовців-ветеранів. Поряд із цим, війна актуалізує гостроту типових сімейних проблем, які раніше ігнорувалися чи недостатньо усвідомлювалися подружжям.

Дружини/чоловіки й сім'ї військовослужбовців, які загалом несуть посилене емоційне навантаження під час їх очікування із зони бойових дій та після їхньої демобілізації, нерідко стикаються зі складними психоемоційними станами, психологічними реакціями ветеранів на етапі їхнього повернення до мирного життя. У жінок спостерігається низка психоемоційних утруднень – таких, як виражене емоційне та фізичне виснаження, тривога, дратівливість, втома, безсоння, розгубленість, напруження й конфліктність у стосунках із чоловіками; їх турбує дефіцит навичок подолання незвичних життєвих негараздів; їм важко сприймати складнощі, що виникають, знаходити адекватні рішення.

Дружини/чоловіки ветеранів бойових дій потребують професійної психологічної підтримки у випадку актуалізації негативних психоемоційних станів. Особливе значення в роботі з українськими жінками, дружинами військових, є розуміння та вміння психолога відгукнутися на потреби кожної з них у визнанні мужності й зусиль у період випробувань, що випали на родину, в підтримці чоловіка/дружини, коли він/вона воювали, у визнанні неймовірної тривоги за нього/неї під час його/її служби, у визнанні її/його зусиль по турботі про дітей і сім'ю, коли чоловік/дружина були на фронті, у визнанні того, що вона/він своєю причетністю до життя чоловіка/дружини-воїна, по суті, теж воювали за наше загальне благополуччя [10].

Таким чином, у психологічному контакті (особливо на етапі встановлення цього контакту) з дружиною/чоловіком ветерана психологу важливо враховувати потребу жінки/чоловіка в повазі, у визнанні складнощів, з якими вони стикнулися, в повазі до її/його внутрішньої стійкості в боротьбі з життєвими викликами, важливо підтримувати її/його самооцінку, позитивний образ себе, а також її/його зусилля стосовно того, що вона робить для адаптації чоловіка/дружини після демобілізації. Вищезначені потреби жінок/чоловіків найкращим чином задовольняються за певного ставлення психолога до них, а саме, через прояви фахівцем *прийняття, розуміння, емпатії, визнання*.

У роботі цивільного психолога з дружинами/чоловіками ветеранів, з огляду на специфіку їх психологічних потреб, що зумовлені перебігом сімейної ситуації, є характерні особливості стилю взаємодії фахівця з жінками/чоловіками як партнерського, шанобливого, доброзичливого, уважного, такого, що пропонує безпеку, захист, укріплює довіру, впевненість і надію, відтворює турботливу зацікавленість психолога в загальному благополуччі жінки/чоловіка [27].

Найбільш затребувані жінками/чоловіками теми спілкування з психологом-консультантом, як свідчать дані досліджень, є такі: психоедукація щодо питань ПТСР і специфіки спілкування з ветеранами з урахуванням можливих змін у їх сприйнятті та реагуванні (додаток 5); аналіз особливостей різних процесів у сімейній системі (структурних, ієрархічних, комунікативних тощо) після повернення військових додому; допомога в оволодінні навичками емоційної регуляції; актуалізація значущості вмінь піклуватися і спиратися на соціальну підтримку.

Т. Ніроно (2019) [59] для запобігання дистресу в момент возз'єднання військовослужбовця з сім'єю запропонував проводити консультаційне втручання, що спрямоване на розвиток чіткої та ефективної комунікації між членами сім'ї щодо їх потреб та бажань, зокрема, *техніку обговорення*, яка дозволить сім'ї діяти

згоди про цінності та критерії, яким має відповідати кожен член сім'ї [42].

Технології корекції сімейних взаємин досить численні, їх вибір залежить від конкретної соціальної ситуації й визначається певними обставинами. Також на цей вибір впливають, як характерологічні риси клієнтів, так і особистісні якості самого спеціаліста з сімейної терапії, його смаки та пріоритети. Сутність усіх заходів, що застосовуються – здійснити й закріпити зміни, що сприятимуть бажаній стабілізації сім'ї.

В сучасній психологічній практиці далеко не всі види сімейних дисфункцій, які виникли внаслідок війни, піддаються корекції. На жаль, трапляються випадки, коли це обумовлено недостатністю чи неадекватністю зусиль спеціаліста з сімейної роботи. Іноді можна з великою вірогідністю передбачити несприятливий прогноз сімейного союзу (наприклад, діагностування виражених психічних порушень, прояви ПТСР тощо). Деякі варіанти проблем можна вирішити на ранніх етапах, але вони ускладнюються через зволікання щодо їхнього вирішення.

При цьому, варто наголосити, що психолог-консультант не повинен вважати ситуацію безнадійною, хоч би як не загострилися стосунки між членами сім'ї. Завжди слід пам'ятати, що вирішення сімейних проблем – це, насамперед, справа вільного вибору та відповідальної поведінки самих членів сім'ї. Без їхніх вольових зусиль і наполегливості найефективніша соціальна технологія не принесе успіху.

На сьогодні існує досить багато моделей сімейного консультування, які успішно застосовуються в практиці. Фактично кожна наукова школа представляє власну модель проведення індивідуальних та сімейних консультацій. Розглянемо кілька моделей проведення сімейних консультацій, починаючи від класичних і закінчуючи більш сучасними підходами.

Психоаналітичний напрям може бути використаний у практиці психологічної допомоги сім'ї, але необхідно враховувати, що психоаналіз є складним методом, який вимагає значної

спеціальної підготовки консультанта-терапевта й тривалого часу. Даний напрямок є швидше психотерапевтичним, а не консультативним, оскільки при його застосуванні йде робота з особистістю людини, її переструктуруванням. Проте деякі елементи психоаналітичного напряму можуть бути використані і в консультаційному процесі. Зокрема, новітні школи психоаналітичного напряму – такі, наприклад, як трансакційний аналіз Е. Берна, що передбачає аналіз взаємодій у сімейній системі, цілком можливо застосовувати в психологічній допомозі сім'ї.

Біхевіористичний підхід не претендує на виявлення глибинних причин подружньої дисгармонії, він спрямований, насамперед, на зміну поведінки партнерів. Під час реалізації цього підходу об'єктом впливу є поведінка подружжя, найважливішими детермінантами є різні комбінації наявних ситуацій, а не колишній досвід. У біхевіористичній моделі сімейного консультування акцент робиться на запитання: «як?», «коли?», «де?» і «що?».

На відміну від інших консультативних моделей, біхевіористичний підхід орієнтований на корекцію зовнішніх поведінкових проявів, він не торкається глибинних думок, почуттів та потреб подружжя. Для більш глибинної корекції сімейних відносин і реалізації психологічної допомоги сім'ї потрібно використання інших технологій роботи.

Гуманістична модель консультаційної й терапевтичної допомоги сім'ї передбачає роботу з особистісними життєвими настановленнями й сенсами подружжя. В екзистенційно-гуманістичній психології лише особистість, сама людина розглядається як контролюючий центр для прийняття власних рішень. У центрі гуманістичної теорії знаходиться людське призначення жити й діяти, самостійно визначаючи свою долю.

Основним завданням *когнітивно-біхевіорального* консультування сім'ї є інтеграція мислення, дії та прийняття рішення суб'єкта. На думку прихильників цього напряму, в процесі психологічної роботи необхідно зрозуміти, як людина сприймає світ, як приймає рішення. В разі неадекватності даних аспектів

психологу необхідно скоригувати їх, унаслідок чого має змінитися характер дій людини, її поведінка.

Когнітивний підхід у практиці психологічної допомоги ґрунтується на певних основоположних принципах. Базисним можна вважати положення, відповідно до якого будь-які емоції, настрої, стани є продуктом пізнання й мислення людини. Коротко це можна представити формулою: «Думки викликають емоції». На даному положенні ґрунтується когнітивне розуміння природи емоційних розладів та шляхів їх подолання. Оскільки негативні переживання, депресивні стани зумовлюються неадекватною інтерпретацією реальності, людині, щоб краще почуватися, треба навчитися сприймати реальність якомога більш об'єктивно.

Велика увага приділяється пом'якшенню категоричності: замість «ти повинен» – «мені б хотілося»; замість «буде жахливо, якщо...» – «напевно, не зовсім зручно буде, якщо...».

Широко використовуються рольові ігри, коли програються ситуації, що турбують, проробляються неадекватні інтерпретації, особливо ті, які несуть у собі самозвинувачення й самоприпущення.

Робота з родичами загиблих

Консультуючому психологу при роботі з родичами загиблих особливу увагу слід звернути на членів їхніх сімей, на періоди в динаміці їх психічного стану. В роботах В. Кальниша зі співавторами [12] відмічається, що при наданні медико-психологічної допомоги родичам загиблих існують три періоди в динаміці психічного стану членів їхніх сімей, а саме:

1) «етап очікування» – характеризується яскраво вираженим нервово-психічним напруженням, що обумовлено надією на неправдивість отриманої інформації про загибель військовослужбовця. В цей період спостерігаються психологічні стресові реакції з переважанням астено-депресивних і психоастеничних реакцій. На даному етапі найбільш ефективним психокорекційним заходом є фармакологічна корекція, що спрямована на нормалізацію

функціонального стану. Водночас, психологічна корекція дає лише відносний позитивний ефект;

2) «етап вирішення» – починається з моменту появи офіційних повідомлень про загибель військовослужбовців, триває близько 3 діб і супроводжується агресивними, істероїдними й фобічними реакціями, нераціональними формами поведінки. Негативні емоції переважають над раціональними оцінками та об'єктивним аналізом того, що сталося. На даному етапі найбільш ефективними психокорекційними заходами є соціальна підтримка та фармакологічна корекція функціонального стану родичів. Психологічна корекція (зокрема, раціональна психотерапія та сугестивні методи) дає незначний ефект;

3) «етап відносної стабілізації психічного стану» – характеризується наявністю переважно астенічних, астено-депресивних і сенситивних реакцій. На даному етапі відмічається відносне переважання раціонального компонента над негативними емоційними реакціями. Найбільш ефективними заходами в цей період, на відміну від попередніх, є методи психологічної корекції (раціональна психотерапія, сугестивні методи корекції) на тлі фармакологічної підтримки. В цей час у родичів загиблих військовослужбовців, учасників бойових дій, проявляються психосоматичні розлади, загострюються хронічні захворювання. Медики зазначають, що на початку цього етапу найбільш ефективним методом є фармакокорекція, що спрямована на нормалізацію сну. В окремих випадках із цією ж метою можна використовувати сугестивну терапію.

На наступних етапах позитивне значення має раціональна психотерапія. Крім фармакокорекції й психологічної корекції застосовуються методи електрофізіологічної корекції (транскраніальний вплив) функціонального стану.

Надаючи психологічну допомогу в ситуації втрати близької людини, слід враховувати: а) характер спорідненості; б) комунікативні особливості людини, що переживає втрату;

в) специфіку категорії горювальника; г) вік (зокрема, дитина це чи доросла людина); д) етап горювання.

Попри те, що втрата близької людини завжди є трагедією для родини, слід наголошувати і на низці позитивних мотивів для проживання втрати та конструктивного проходження горювання:

по-перше, загибель відбувається в умовах соціально значущої благородної місії захисту Батьківщини;

по-друге, багато людей під час поховання висловлюють або демонструють співпереживання та підтримку близьких (побратими, друзі, просто перехожі, що стоять на колінах перед поховальною процесією, волонтери, державні чиновники тощо);

по-третє, так чи інакше для членів родини загиблого передбачається соціальна допомога та психологічна підтримка з боку державних установ (пільги для дітей, соціальна допомога тощо);

по-четверте, певна соціальна презентативність – «родина загиблого героя» [26].

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ЗВІЛЬНЕНИМ З ПОЛОНУ (УМОВ ПРИМУСОВОЇ ІЗОЛЯЦІЇ)

3.1. Робота психолога з військовослужбовцями, які піддавалися тортурам та іншим жорстоким або таким, що принижують гідність, видам поведження та покарання

Окрему групу військовослужбовців – учасників бойових дій становлять ті особи, які перебували в полоні, отримали серйозні фізичні травми або інвалідність внаслідок цього. Наслідки полону негативно впливають на їхній загальний психічний стан. В більшості випадків полон стає навіть більш серйозним випробуванням для психіки, ніж участь у військових діях.

Враховуючи особливий характер відомостей про факти тортур у полоні й про ті психологічні травми, через які страждають люди, що їх отримали, в тому числі й спустошуюче почуття власної безпорадності, психолог-консультант для роботи з цією категорією має бути знайомим зі Стамбульським протоколом – Керівництвом з ефективного розслідування та документування тортур та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поведження та покарання [37] та мати відповідний рівень профільної підготовки, а також повинен пройти попередню підготовку по роботі з особами, які отримали психологічні травми, зокрема, травми внаслідок тортур. Йому мають бути відомі умови утримання у в'язницях та місцях ізоляції, катувальних камерах, методи тортур, що застосовуються в тому регіоні, де клієнт був поміщений у місця утримання військовополонених, а також характерні наслідки тортур.

Індивідуальна психотерапевтична робота з людиною, яка пережила полон, і з членами її родини проводиться, якщо вони виявляють бажання. Тривалість роботи з постраждалим та членами

його родини може бути різною. В практиці фахівців вона варіюється від місяця до двох років.

Одна з головних цілей тортур полягає в доведенні людини до стану граничної беспорядності та душевного страждання, які можуть призвести до порушення когнітивних, емоційних та поведінкових функцій [52]. Розповідь про торттури, яких зазнала людина, може змусити її як би знову переживати те, що трапилося, посиливши завдану їй психологічну травму. Вислуховування подробиць торттур може викликати вторинні травматичні симптоми і в консультантів, тому їм рекомендується обговорювати свої враження один із одним, дотримуючись при цьому вимог професійної етики щодо збереження конфіденційності. Каткування, особливо сексуального характеру, є суто інтимним питанням, і розмова про них може відбутися лише під час повторного відвідування, а то й пізніше. Не можна змушувати людей розповідати про будь-яку форму торттур, якщо їм незручно говорити про це.

Для осіб, які пережили торттури, розповідь про конкретні подробиці торттури може виявитися важкою з низки важливих причин, зокрема:

- чинники, що супроводжували самі торттури, наприклад, зав'язування очей, стан наркотичного сп'яніння, періодична втрата свідомості тощо;
- страх піддати ризику себе або інших;
- відсутність довіри до психолога, психотерапевта, лікаря;
- психологічні наслідки торттури й травми, наприклад, сильне емоційне збудження та розлад пам'яті внаслідок викликаної травмою депресії або посттравматичного стресового розладу;
- нейропсихіатричний розлад пам'яті внаслідок завдання ударів по голові, задушення, занурення у воду з головою або голодування;
- такі захисні адаптаційні механізми, як заперечення та уникнення;

- запропоновані цією культурою обмеження, що дозволяють розповідати про отримані травми лише в умовах суворої конфіденційності [74].

До найбільш поширених психологічних симптомів, що виникають звільнених з полону, належать: депресивні реакції, тривога, безсоння, нічні кошмари, ретроспекції та послаблення пам'яті. Основними психіатричними розладами, що пов'язані з тортурами, є ПТСР та глибока депресія. Душевний біль, що викликається всім, що символізує перенесену травму або нагадує про неї, часто виявляється у вигляді недовіри та страху перед особами, які наділені владою, зокрема перед психологами та лікарями.

Для встановлення порозуміння з жертвами тортур, які нещодавно зазнали сексуального насильства, потрібна спеціальна психологічна підготовка та належна психологічна підтримка. Слід уникати будь-яких дій, які могли б посилити психічну травму, що завдана особі, яка пережила тортури.

Поширені психологічні реакції:

- ***Повторне переживання травми***

Жертва може подумки повертатися до минулих подій або страждати від нав'язливих спогадів, у яких вона знову переживає подію, що травмує, навіть якщо дана особа не спить і перебуває у свідомості, або може відчувати повторювані нічні жахіття, що містять елементи цієї події в їх справжній або символічній формі.

- ***Уникнення та емоційна загальмованість***

Прагнення уникнути будь-якої думки, розмови, діяльності, місця або людини, які пробуджують спогади про отриману травму. Глибока емоційна скутість. Глибока особиста відчуженість та соціальна відстороненість. Нездатність згадати той чи інший важливий аспект травми.

- ***Перезбудження***

Проблеми із засинанням або сном. Дратівливість чи спалахи гніву. Труднощі з концентруванням уваги. Надмірна підозрілість, посилення реакції здригання. Загальне занепокоєння. Прискорене

дихання, пітливість, сухість у роті або запаморочення та шлунково-кишкові розлади.

- *Симптоми депресії*

Можуть спостерігатися такі симптоми депресії: пригнічений настрій, емоційна анестезія (помітне зниження інтересу до активної діяльності або задоволення, що від неї отримується), розлад апетиту або втрата ваги, безсоння або підвищена сонливість, психомоторне збудження або загальмованість, втома і занепад сил, труднощі в зосередженні уваги, концентрації чи відтворенні напам'ять, думки про смерть, виникнення ідеї самогубства чи спроба самогубства.

- *Порушена самооцінка та обмежена перспектива*

Жертва суб'єктивно вважає, що їй завдано непоправної шкоди і що її особистість зазнала незворотних змін [60]. Він чи вона сприймають майбутнє в обмеженій перспективі – без надії на кар'єру, шлюб, дітей чи нормальну тривалість життя.

- *Дисоціація, деперсоналізація та нетипова поведінка*

Дисоціація – це руйнація цілісності свідомості, самосприйняття, пам'яті та вчинків. Людина може не пам'ятати про певні вчинки чи не усвідомлювати їх або відчувати роздвоєння особистості, ніби спостерігаючи за собою з боку.

Деперсоналізація – це відчуття відчуженості від себе чи власного тіла. Проблеми, що виникають у сфері контролю імпульсів поведінки, призводять до вчинків, які людина, що пережила тортури, вважала б дуже нетиповими для своєї особистості до заподіяння травми. Наприклад, особа, яка раніше виявляла обережність, може своєю поведінкою наражати себе на ризик.

- *Соматичні симптоми*

Серед тих, хто пережив тортури, мають місце поширені соматичні симптоми, наприклад, біль, у тому числі головний, або інші фізичні нездужання, незалежно від того, чи мають вони об'єктивні підстави. Біль може бути єдиним явним симптомом, змінювати локалізацію та відчуватися з різною інтенсивністю.

Соматичні симптоми можуть бути викликані безпосередньо фізичними наслідками тортур або мати психологічну природу. Наприклад, будь-який біль може бути прямим фізичним наслідком торттури або мати психологічну причину. До типових соматичних симптомів відносяться біль у спині, кістково-м'язовий біль і головний біль, часто від травм голови. Головні болі дуже характерні для осіб, які пережили торттури, і часто призводять до хронічних посттравматичних головних болів. Вони також можуть бути викликані або посилені напругою чи стресом.

- *Сексуальні розлади*

Сексуальні розлади (зниження лібідо, імпотенція тощо) типові для осіб, які пережили торттури, зокрема, для тих, хто зазнав торттур, пов'язаних із статевими органами або зґвалтування.

- *Психоз*

Психотична реакція може бути короткою або тривалою. Відповідні симптоми можуть виникнути в той час, коли дана особа перебуває в ув'язненні та піддається торттурам або в наступний період. Можливі такі прояви:

- нав'язливі ідеї;
- слухові, зорові, дотикові та нюхові галюцинації;
- аномалії здатності сприйняття ідей та поведінки;
- ілюзії або спотворене сприйняття, які можуть набувати форми псевдогалюцинацій та межувати зі справжнім психотичним станом.

Хибне сприйняття та галюцинації, що виникають у людини, коли вона засинає або прокидається, зустрічаються серед населення загалом і не свідчать про психоз. Найчастіше жертви катувань заявляють, що час від часу вони чують пронизливі крики, що їх гукають на ім'я або що вони бачать тіні, проте в них немає яскраво виражених ознак або симптомів психозу;

- параноя та манія переслідування;
- повторний прояв психотичних розладів або різка зміна настрою з елементами психозу можуть розвинути у тих, хто в минулому мав психічне захворювання. Особи, які в минулому страждали на маніакально-депресивний синдром, на глибоку

депресію з елементами психозу, що повторювалася, на шизофренію або шизоафективний синдром, можуть відчуті напад цього розладу.

- *Зловживання алкоголем і наркотиками*

У тих, хто пережив торттури, часто спостерігається вторинне зловживання алкоголем і наркотиками, що є способом стерти з пам'яті хворобливі спогади, стримати емоційну реакцію та прибрати тривогу.

- *Нейропсихологічний розлад*

Катування можуть заподіяти фізичну травму, яка спричиняє мозкові розлади різного ступеня. Удари по голові, удушення та тривале недоїдання можуть викликати довгострокові неврологічні та нейропсихологічні наслідки, які, можливо, важко оцінити під час медичного обстеження. Симптоми, що часто виявляють, значною мірою збігаються з симптоматикою, що викликається посттравматичним стресовим розладом і глибоким депресивним розладом. Коливання або недостатність рівня свідомості, орієнтації, уваги, концентрації, пам'яті та координації можуть бути спричинені, як функціональними розладами, так і органічними причинами.

Діагностична класифікація

а) Депресивні розлади

Серед осіб, які пережили торттури, депресивний стан трапляється майже в усіх. Депресивні розлади можуть супроводжуватися психотичними, кататонічними, меланхолійними або атиповими ознаками. Перебіг депресивних розладів може відбуватися й без таких ознак. До депресивних розладів належить глибокий депресивний розлад, що відбувається у формі поодинокого нападу або періодично повторюваних нападів. В контексті оцінки наслідків торттур слід враховувати, що ПТСР і глибокий депресивний розлад належать до двох різних категорій захворювань з етіологіями, що чітко розрізняються.

Для встановлення діагнозу нападу глибокої депресії необхідно протягом двотижневого періоду спостерігати п'ять

або більше симптомів, що наведені нижче, які свідчать про зміни в порівнянні з попередньою поведінкою (принаймні, одним із цих симптомів має бути пригнічений настрій або втрата інтересу чи здатності радіти):

- 1) пригнічений настрій;
- 2) помітне зниження інтересу чи здатності отримувати задоволення в усіх чи майже в усіх життєвих проявах;
- 3) втрата ваги чи зміна апетиту;
- 4) безсоння чи надмірна сонливість;
- 5) психомоторне збудження або загальмованість;
- 6) втома чи занепад сил;
- 7) відчуття нікчемності або надмірної чи безпричинної провини;
- 8) зниження здатності думати чи зосередитися;
- 9) нав'язливі думки про смерть або самогубство.

Для того, щоб можна було встановити такий діагноз, ці симптоми повинні викликати серйозне нездужання або бути перешкодою для соціальної чи професійної діяльності, не бути пов'язаними з будь-яким фізіологічним розладом і не пояснюватись якимось іншим діагнозом.

б) Посттравматичний стресовий розлад

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це діагноз, який найчастіше асоціюється з психологічними наслідками тортур. Визначення ПТСР багато в чому ґрунтується на наявності розладів пам'яті, що спричинені отриманою травмою, наприклад, нав'язливих спогадів, нічних кошмарів та нездатності згадати важливі аспекти травми. Людина може виявитися не в змозі точно згадати конкретні деталі подій, що пов'язані з тортурами, але бути здатною згадати основні моменти пережитих тортур. Наприклад, жертва може згадати, що її кілька разів гвалтували, але не зможе вказати точні дати, місце, де це відбувалося, і докладно описати навколишню обстановку або гвалтівників. За таких обставин нездатність згадати точні деталі не викликає недовіри до розповіді жертви, а скоріше підтверджує її достовірність.

ПТСР може бути гострим, хронічним або сповільненим. Симптоми повинні спостерігатися протягом більше одного місяця і мають спричинити серйозний розлад чи порушення функціонування організму.

Для того, щоб особі можна було встановити діагноз ПТСР, вона повинна була бути учасником події, що травмує, пов'язаної з ризиком для життя жертви або інших осіб, такої, що викликала сильний страх, стан безпорадності або жах. Страждання, що пов'язані з цією подією, повинні постійно заново переживатися в одній або кількох з наведених нижче форм:

- нав'язливі спогади про подію, що спричиняють душевний біль;
- постійні болючі сни, що стосуються цієї події;
- поведінка чи відчуття, ніби подія відбувається знову, з галюцинаціями, ретроспекціями та ілюзіями;
- сильне психологічне сум'яття при нагадуванні про подію та повторення фізіологічної реакції, що мала місце під час тортур, у відповідь на стимули, які нагадують або символізують певні аспекти цієї події.

Людина, яка пережила торттури, постійно демонструє, що вона уникає подразників, які асоціюються з подією, що заподіяла травму, або виявляє загальне притуплення реакцій, про що свідчать, принаймні, три з таких ознак:

- 1) прагнення уникати думок, відчуттів чи розмов, що пов'язані з травмою;
- 2) прагнення уникати вчинків, місць або людей, які нагадують про травму;
- 3) нездатність згадати той чи інший важливий аспект події;
- 4) зниження інтересу до важливих видів діяльності;
- 5) відчуженість чи віддалення від інших людей;
- 6) обмеженість афекту;
- 7) обмежене сприйняття перспективи.

Ще однією причиною для встановлення діагнозу ПТСР є постійна наявність симптомів підвищеної збудливості, яких не було

до травми, про що свідчать щонайменше дві з таких ознак: проблеми із засинанням або сном, дратівливість або спалахи гніву, труднощі із зосередженням уваги, надмірна підозрілість та надмірна реакція здригання.

Симптоми ПТСР можуть бути хронічними або змінюватися протягом тривалих періодів часу.

У певні періоди в клінічній картині домінують симптоми надмірного збудження та дратівливості. В цей час той, хто пережив тортури, зазвичай повідомляє також про почастишання нав'язливих спогадів, нічних кошмарів і явищ ретроспекції. В інші періоди жертва може виявляти відносно нечисленні симптоми або бути емоційно скутою та замкненою.

Необхідно враховувати, що, якщо діагностичні критерії ПТСР не виявлені, це не означає, що тортури не застосовувалися. Відповідно до МКБ-10 у певній частині випадків ПТСР може протягом багатьох років спостерігатися в хронічній формі та поступово перетворитися на стійку зміну особистості.

в) Стійка зміна особистості

Після катастрофічного або тривалого надзвичайного стресу в осіб, які раніше не страждали особистісними порушеннями, можуть розвинути порушення особистості дорослої людини.

Трапляються ситуації, що викликають надзвичайний стрес, який може призвести до зміни особистості, зокрема, утримання в концентраційному таборі, стихійні лиха, тривале перебування в полоні при безпосередній ймовірності втратити життя або перебування в ситуації, що пов'язана із загрозою для життя, наприклад, ставши жертвою терору або тортури.

Діагноз стійкої зміни особистості слід ставити лише в тих випадках, коли є докази певної, істотної та стійкої зміни системи сприйняття, реагування або судження даної людини про навколишній світ і про саму себе, що пов'язано з негнучкою й нездатною до адаптації поведінкою, яка не спостерігалася до травми. Цей діагноз виключає зміни, які є наслідком іншого психічного розладу або є залишковим симптомом будь-якого психічного

розладу, який мав місце раніше, а також зміни особистості та поведінки внаслідок хвороби, порушення нормальної діяльності або ушкодження головного мозку.

Для остаточного діагнозу щодо стійкої зміни особистості після пережитого страждання, зміни особистості повинні зберігатися принаймні протягом двох років після стресу, що пов'язаний із цим стражданням. У МКХ-10 указується, що стрес повинен бути настільки сильним, щоб «для пояснення його глибокого впливу не було необхідності враховувати вразливість конкретної особи». Така зміна особистості характеризується ворожим чи підозрілим ставленням до навколишнього світу, соціальною замкненістю, відчуттям безцільності чи безнадійності, відчуженістю, хронічним почуттям «роздратування», ніби постійно загрожує небезпека.

г) Зловживання алкоголем та наркотиками

Медики відзначають, що в осіб, які пережили тортури, часто в якості вторинного прояву розвивається зловживання алкоголем і наркотиками для того, щоб придушити хворобливі спогади, впоратися з неприємними емоціями та вгамувати тривогу. Хоча в систематичних дослідженнях рідко порушується питання про зловживання алкоголем і наркотиками з боку жертв тортур.

До підвищеного ризику зловживання алкоголем і наркотичними речовинами схильні колишні військовополонені, які страждають від ПТСР. Часто зустрічається поєднання ПТСР зі зловживанням алкоголем і наркотиками і серед ветеранів війни [43; 47; 50; 51; 63; 64; 68; 84].

Можливі інші діагнози, перелік яких не є вичерпним, зокрема:

1) синдром загального занепокоєння, що характеризується надмірною тривогою та хвилюванням з приводу низки різних подій та видів діяльності, моторною напругою та підвищенням автономної активності;

2) синдром паніки, що виявляється у вигляді повторюваних і несподіваних нападів сильного страху або занепокоєння, з такими симптомами, як потіння, ядуха, тремтіння, прискорене серцебиття, запаморочення, нудота, озноб або нападоподібні відчуття жару;

3) гострий стресовий синдром, що має, в основному, ті ж симптоми, що і ПТСР, але щодо якого встановлюється діагноз через місяць після впливу травмуючої події;

4) психосоматичні розлади, що характеризуються фізичними симптомами, які не можуть бути при будь-якому захворюванні;

5) маніакально-депресивний синдром, що характеризується маніакальними або гіпоманіакальними нападами, що пов'язані з піднесенням, експансивним або роздратованим настроєм, манією величі, зниженням потреби у сні, стрибком ідей, психомоторним збудженням та асоційованими психотичними явищами;

6) розлади внаслідок загального стану, часто у формі враження головного мозку, що викликає коливання або недостатність рівня свідомості, орієнтації, уваги, концентрації, пам'яті та координації;

7) фобії, наприклад, страх спілкування або відкритого простору.

Фахівці повинні знати про можливу емоційну реакцію, яку може викликати в опитуваної особи та у психолога оцінка важкої травми. Ці емоційні реакції виявляються, як перенесення афекту та «зустрічне» перенесення афекту. Недовіра, страх, сором, лють і почуття провини – характерні реакції жертв тортур, особливо коли їх просять викласти або згадати подробиці заподіяної їм травми. Перенесення афекту відбувається щодо почуттів потерпілого до психолога, які стосуються пережитого у минулому, але помилково сприймаються потерпілим, як спрямовані на психолога як на особистість. Крім того, емоційна реакція психолога на жертву тортури, відома як «зустрічне» перенесення афекту, може вплинути на психологічну оцінку. Перенесення і «зустрічне» перенесення – це взаємозалежні та взаємодіючі явища.

Поширені реакції «зустрічного» перенесення афекту:

1) уникнення, замкнутість і захисна байдужість, що є реакцією на ознайомлення з матеріалом, що викликає тривогу. В результаті можуть бути забуті якісь деталі та недооцінена тяжкість фізичних або психологічних наслідків;

2) розчарування, безпорадність, безнадійність та надмірна ідентифікація, які можуть призвести до виникнення симптомів депресії та компенсаторного травмування, наприклад нічних жахів, тривоги та страху;

3) почуття всемогутності й манія величі, які виражаються в тому, що людина відчуває себе рятівником, великим експертом із травм або останньою надією на одужання та благополуччя особи, яка пережила тортури;

4) відчуття невпевненості у своїх професійних навичках перед масштабами події або пережитими стражданнями, про які розповідають жертви. Це може виявлятися, як невпевненість у своїй здатності віддати належне жертві тортур та надмірне захоплення ідеалізованими лікарськими нормами;

5) почуття провини за те, що не можна розділити з жертвою тортур заподіяні їй страждання й біль;

6) гнів і лють до катів і гвалтівників передбачувані, але вони можуть негативно позначитися на здатності зберігати об'єктивність, якщо в їх основі неусвідомлений особистий досвід, і вони можуть набути хронічного характеру або надмірного масштабу;

7) гнів або огида до жертви може виникнути через те, що довелося зазнати незвично сильного хвилювання.

Психологам, які займаються наданням допомоги жертвам тортур, рекомендується обов'язково враховувати механізм «зустрічного» перенесення афекту та, за можливості, забезпечити контроль і консультації з боку того чи іншого колеги.

3.2. Соціально-психологічна допомога особам, які пережили полон і тортури

Тортури – це гіперекстремальна ситуація, що призводить до важких психічних та емоційних наслідків для особи незалежно від її психологічного стану, що був до катувань.

Оскільки тортури завжди спрямовані на руйнування особистості, позбавлення її відчуття безпеки, стабільності, почуття довіри до себе й світу, то основними завданнями консультаційної роботи з такими постраждалими є:

- забезпечення базових потреб і стабілізація ситуації;
- відновлення зв'язків у родині та в суспільстві;
- відновлення самоідентичності й сенсу життя;
- відновлення людської гідності.

Психологічні наслідки тортур розвиваються в контексті особистого сприйняття ситуації, рівня розвитку особистості та соціальних, політичних і культурних чинників. Не всі форми катувань мають однакові наслідки. Наприклад, психологічні наслідки імітації смертної кари відрізняються від наслідків сексуального насильства. Не можна стверджувати, що наслідки утримання під вартою на дорослого впливатимуть так само, як і на дитину.

Разом із тим, певні групи симптомів і регулярних проявів психологічних реакцій відзначаються й документуються щодо осіб, які стали жертвами тортур. Зокрема, зазначимо, що для багатьох людей, які пережили тортури, характерні страх і недовіра до людей, що наділені владою, зокрема, до лікарів і психологів. Цей факт необхідно враховувати тим, хто бере участь у організації допомоги та реабілітації потерпілих. Поряд із зазначеними симптомами, постраждалі потерпають від проблем на роботі, в сім'ї, в стосунках із оточуючими.

Особливістю ситуації щодо українських заручників і полонених є те, що поряд із військовополоненими через тортури й полон потерпає багато мирних громадян, місцевих жителів окупованих територій.

Наразі не доведено, що «унікальні» розлади внаслідок впливу тортур відмінні від розладів, що спричинені іншими психотравмівними подіями. Катування, однак, відрізняються від інших форм травмівного впливу, оскільки це граничний вияв насильства, як фізичного, так і психологічного, що в більшості

випадків має специфічний соціальний і політичний контекст, а також чітку політичну мету. Хоча ПТСР найбільше розповсюджений внаслідок тортур, багато дослідників дотримуються думки, що перелік симптомів ПТСР не достатній, аби описати наслідки катувань. Більшість авторів, які працюють із жертвами катувань, погоджуються, що ПТСР не охоплює всі симптоми клінічної картини постраждалих. Доктор Дж. Лансен запропонував діагностичну категорію «комплексний синдром ПТСР». Комплексний синдром ПТСР передбачає наявність хронічної симптоматики, затяжну депресію, важку регресію, ангедонію й алекситимію, а також схильність до повторної травматизації на фоні втрати ідентифікації та глибинних соціальних порушень у потерпілого [29].

Слід зазначити, що полон і катування є одними з найбільш радикальних форм травмивного досвіду, наслідки яких призводять до більш інтенсивної дисоціативної симптоматики, ніж інші форми травмивного досвіду. Незбагнено жорстокі, принизливі види фізичних та психологічних тортур (у контексті абсолютної невизначеності, відчуття повної безпорадності й відсутності контролю над подіями) перешкоджають своєчасному опрацюванню та свідомій інтеграції пережитого в життєву історію. Подібний досвід, зазвичай, важко інтегрується в пам'ять та ідентичність потерпілого, що спричиняє витіснення та фрагментарність у сприйнятті травмивних подій. Пережите призводить до дисоціативних розладів, а також до глибоких дезінтеграційних явищ – таких, як деперсоналізація, – і навіть до формування різних Его-станів, що містять окремі когнітивні, афективні й поведінкові структури [31].

Потенційні наслідки тортур впливають не тільки на особистість постраждалого, але й на його родину та суспільство загалом. На особистісному рівні катування є надзвичайно травмивною подією й може викликати безпосередні реакції паніки, перебільшеного страху смерті, відчуття втрати фізичної та психологічної цілісності [37].

Пережиті тортури впливають і на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери. Після звільнення з полону в потерпілого тривалий час можуть зберігатися набуті в полоні стратегії виживання, що часто призводить до додаткових ускладнень у процесі повернення до життя в суспільстві. Доволі розповсюдженим наслідком тортур є втрата ідентичності та приналежності до різноманітних груп. Людина відмовляється від приналежності до тієї чи іншої групи, щоб мати якомога менше ризиків та причин для вразливості [26].

Важливо звернути увагу на певні відмінності між ПТСР та розладами внаслідок катувань. Слід пам'ятати, що тортури містять унікальний міжособистісний компонент зі специфічними стосунками та ролями. Тортури – це дії, що навмисно здійснюються однією людиною щодо іншої, коли в ката завжди є необмежена влада та контроль над жертвою, а жертва безпорадна і в неї немає жодних можливостей захистити себе. Тортури – це найстрашніша форма зла, що запускає в постраждалого механізми руйнування базової довіри до світу [26; 31].

Під час тортур у полоненого часто виникає «дилема вибору», коли людина може бути покарана за будь-яку вчинену або не вчинену дію чи намагання її вчинити. Тому полонений намагається обмежувати свої дії, що допомагає йому вижити в полоні, але що після звільнення ускладнює соціалізацію.

Надзвичайно інтенсивно в людей, що пережили полон, виявляється комплекс провини та сорому. Оскільки під час полону люди можуть піддаватися приниженню та жорстоким діям, потерпілі схильні ідентифікувати себе з учиненими над ними принизливими діями: «Зі мною зробили щось погане, отже я теж поганий» (М. Індарт). У потерпілих часто з'являється почуття провини за власні дії та реакції («Я поведився/поводилася негідно», «Я зрадив/зрадила своїх, свою Батьківщину», «Я виконав/виконала принизливу вимогу» тощо) й почуття провини за те, що вижили. При цьому у військових спостерігається значно суттєвіша інтенсивність проявів сорому та провини, ніж у цивільних бранців.

Комплекс провини накопичується, бо для декого з потерпілих провинна – єдина можливість не визнавати ситуацію своєї абсолютної вразливості. Наприклад: «Якщо я винен, то я зробив щось не так і потрапив у таку ситуацію. Це означає, що я все ж таки якось впливав на її виникнення». Несвідомо потерпілий намагається повернути собі хоча б хибне відчуття контролю над власним життям.

Окрім того, в людей, які пережили полон, формується так званий парадокс контролю. Під час утримання в полоні особистість випрацьовує нові стратегії виживання – контроль власних почуттів, дій та емоцій. Після звільнення з полону названі механізми продовжують функціонувати. Наприклад, потерпілий намагається утримувати власний гнів, але в полоні це не допомагає йому вижити, а лише погіршує його стан. У роботі з такими випадками важливо допомогти клієнтові поступово повертати реальне конструктивне відчуття контролю у власному житті.

Розповсюджена стратегія подолання наслідків тортур – уникнення близького спілкування та ізоляція від суспільства. У потерпілого виникає ілюзія, що таким чином він може зцілитися від травм та вберегтися від повторної травматизації. Але дуже важливо постраждалому *пояснити, що оскільки травми, які він отримав, були спричинені людьми, зцілитися можна лише в контакті з іншими людьми.*

Не варто знецінювати біль та почуття людини, що пережила полон. Будь-який контакт має бути екологічним та дозованим, з урахуванням потреб та особливостей психологічного стану постраждалого.

Організуючи роботу з колишніми військовополоненими, психологу необхідно пам'ятати, що досвід, пережитий кожним колишнім бранцем, унікальний. Психічний та психологічний стан після пережитого стресу залежить від характеру тортур і тривалості їхнього застосування під час полону; статі та віку колишнього бранця; властивостей особистості; попереднього життєвого досвіду; підтримки членів сім'ї і друзів після повернення людини з

полону та низки інших чинників. Тому важливо не формалізувати надання допомоги, а шукати індивідуальний підхід до кожного постраждалого.

Потреби в людей, які пережили полон, можуть бути різні, але важливо, надаючи допомогу, дотримуватися принципу комплексності. Спочатку необхідно оцінити ситуацію, в якій перебуває людина, а також визначити її потреби. Оцінювати потреби необхідно разом із колишнім військовополоненим, який має бути залучений до вибору форми допомоги. Якщо в нього є сім'я, необхідно також уточнити потреби членів родини (вони також психологічно травмовані і потребують підтримки). Сім'я для того, хто пережив полон, може бути не тільки підтримкою, але й подразником, що зв'язує його з минулим, із тим, що він намагається забути. Дуже часто після полону в сімейних стосунках виникають проблеми і непорозуміння. Завдання того, хто надаватиме підтримку колишньому військовополоненому, – інформувати людину про її права і можливості, бути поруч, але не приймати рішення за неї.

3.3. Особливості психологічної роботи з сім'ями постраждалих від полону й тортур

Жертвами сучасного військового полону стають не тільки безпосередньо особи, які опинились у силу різних причин у полоні, але й їхні родичі. Близькі родичі військовополонених раптово опиняються в ситуації «психологічного розгойдування»: вони метаються від надії до розпачу. Практично всі вони демонструють гострі реакції на стрес з характерним поєднанням цілого комплексу афективно-шокових розладів (горя, пригніченості, тривоги), паранояльності (ворожої недовіри, настороженості, маніакального завзяття) і соматоформних реакцій (непритомності, серцевих нападів, шкірно-алергічного висипання).

Через потужний негативний афект вони заражають значну частину «благополучного» населення (якого безпосередньо не торкнувся військовий полон) негативними емоціями, а також сумнівами щодо ефективності допомоги і щирого співчуття з боку людей, наділених повноваженнями для проведення переговорів зі звільнення полонених. Основними індукторами такого роду емоційних станів стають літні родичі військовополонених, в яких ресурси адаптації об'єктивно знижені і які, у силу цього, викликають підвищене співчуття до себе, а також почуття провини у відносно благополучних сусідів.

Факт насильницького утримання глибоко впливає на родину потерпілого, на близькі стосунки між подружжям, батьками та дітьми. Члени сім'ї також травмовані та не завжди можуть підтримати постраждалого, оскільки, по-перше, вони самі потребують підтримки, а, по-друге, близькі люди, зазвичай, надто сильно переймаються травмівною ситуацією й не завжди можуть допомогти іншому. В родині потерпілого можуть змінитися ролі та взаємини: втрачається довіра одне до одного та до світу загалом, що призводить до бажання надмірного контролю та опіки, іноді в обох членів подружжя. Постраждалі часто стають надзвичайно чутливими й нетерпимими до будь-яких проявів контролю, але хочуть контролювати своїх рідних, тримати під контролем ситуацію, що може спричинити додаткові непорозуміння. Родині потрібно пояснювати причину такої поведінки, це допомагає зменшити рівень тривожності та напруження.

Робота з подружжям, особливо на перших етапах, суттєво відрізняється від традиційної сімейної терапії. Дружину/чоловіка особи, яка піддавалася тортурам, варто залучати до терапії, як помічника та ресурс, проте це не завжди можна реалізувати, оскільки партнери потерпілих часто самі потребують психологічної допомоги. Важливо, щоб члени сім'ї були обізнані щодо психологічних особливостей ситуації, навчилися говорити про власні переживання, визначили тригери та ситуації, що викликають додаткову травматизацію, відпрацювали стратегію подолання

кризи (головним інструментом тут буде посилення вже наявного потенціалу родини).

Часто члени родини переживають відчуття втрати, адже вони чекали близьку людину, хвилювалися за неї, думали, що звільнення з полону стане завершенням негараздів, а в реальності все відбувається інакше. Коли хтось перебуває в полоні, близькі відчують фізичну відсутність, але психологічну присутність рідного. Його чекають, все, що відбувається в сім'ї, пов'язується з ним, навіть можуть відкладатися ключові родинні події до моменту його повернення. Але коли людина повертається з полону, рідні зустрічаються з новими випробуваннями. Нерідко члени родини говорять про фізичну присутність звільненого з полону, але про його відсутність психологічну. Дружини потерпілих часто говорять: «Я його чекала... Я знала що ми будемо щасливі тільки тоді, коли він повернеться... А зараз він вдома, але я його не відчуваю... Він часто мовчить. Таке відчуття ніби це не він, або ж він знаходиться в іншому місці... Мені так важко, наче я його втратила». В такі моменти дружина ще й відчуває провину: «Я мала б радіти, що він звільнений і живий..., а я весь час сумую, бо таке відчуття, що я втратила його назавжди».

В такій ситуації важлива психологічна просвіта для нормалізації та легалізації почуттів. Досвід екстремального насильства, жорстокості, несправедливості й приниження породжує сильні агресивні та сповнені помсти імпульси в жертви. Ці імпульси починають конфліктувати з системою моральних цінностей особистості – відбувається витіснення, розщеплення або проєктування назовні. При роботі з клієнтами, які пережили катування, є можливість зустрічі з цим явищем. Ця можливість зростає, якщо болючий досвід тортур накладається на дитячі переживання травми, переслідування й несправедливості, що також може породжувати потребу помсти. Така динаміка може призвести до порочного кола, що перешкоджатиме зціленню потерпілого [26].

3.4. Специфіка стосунків психолог – клієнт у ситуаціях надання психологічної допомоги особам, які пережили полон та катування. Рекомендації психологу

Стосунки психолога з клієнтом, що постраждав від катувань, мають певну специфіку, що відрізняє їх від класичних. У таких взаєминах важко встановити класичний нейтралітет, адже психолог має забезпечити правовий захист і підтримку постраждалому. Байдужість психолога щодо клієнта, який пережив катування – ознака синдрому вигорання, а нейтралітет – свідчення захисту від почуття страху, безпорадності або безсилля. Нейтральне ставлення до клієнта, що пережив тортури, може виявитися шкідливим: недостатньо емпатійного психолога клієнт може сприймати, як нового мучителя. Під час надання психологічної допомоги потерпілі часто демонструють потребу відкритої підтримки, емпатійності психолога. Завжди, особливо на початку надання психологічної допомоги, постраждалим потрібна психологічна просвіта, щоб пояснити сутність проблеми, особливості та мету психологічної роботи. Вже протягом перших інтерв'ю з жертвою катувань необхідно визначити терміни проведення сесій, сказати, наскільки важлива кожна сесія [31].

На початковому етапі психологічної допомоги метою є встановлення елементарної безпеки та поступове відродження базової довіри. Опрацювання травматичного досвіду в цій фазі може бути несприятливим. Є ризик, що допомога припиниться передчасно, адже потерпілому важко бути в контакті з джерелом болю та нестерпною тривогою через недостатньо безпечний простір і стосунки з психологом. Важливо, щоб психолог турбувався про об'єм травмивного досвіду, який розкривається протягом однієї сесії.

Перебіг психологічної допомоги з жертвами тортур ускладнений, часто результати бувають доволі обмежені, насамперед тому, що була зруйнована «базова довіра» потерпілого, і йому важко відчувати безпеку в контакті з психологом. Жертви

тортур блокують свій травмівний досвід, що істотно порушує психологічний контакт. Багато проблем пов'язані з тенденцією клієнтів до переживання почуття провини. Жертви тортур можуть ідентифікувати себе з кривдниками, щоб зберегти зруйновану ідентичність. Така «залежність у ненависті» може призвести до нового почуття провини, що віддаляє потерпілих ще більше від інших людей. Психолог має знати про можливість такої емоційної прихильності й уміти захистити себе від цього. Це можна досягти, якщо фахівець залишиться сильним, знає, як встановити межі, тактовно відкидає спроби клієнта ідеалізувати психолога.

Наступна фаза – поступове відтворення та опрацювання травмівного досвіду. Зазвичай, цей етап найдовший і часто найважчий. Психолог має проявити тактовність, емпатію, стати чинником стабілізації та гарантом безпеки. Так відбувається експозиція травмівного досвіду та створюється простір для відновлення внутрішнього відчуття безперервності й цілісності.

Остання фаза присвячена реконструкції, реінтеграції та відділенню від психолога, включенню постраждалого в суспільне життя, плануванню нового життя. Основні етичні принципи психологічного консультування надано в додатку 6.

РОЗДІЛ 4

ОСОБЛИВОСТІ КОНСУЛЬТАЦІЙНОЇ ПРАКТИКИ З КЛІЄНТАМИ, ЯКІ МАЮТЬ ВАЖКІ НАСЛІДКИ БОЙОВИХ ПОРАНЕНЬ (АМПУТАЦІЇ КІНЦІВОК, ЗМІНИ ЗОВНІШНОСТІ, ВТРАТА ЗОРУ)

Удосконалені методи евакуації та розвиток новітніх технологій в галузі медицини сприяють тому, що в сучасних війнах виживають багато з тих, хто помер би у попередніх війнах. У той час, як рівень госпітальної смертності в армії США в районі бойових дій під час Другої світової війни становив 3,3%, то під час війни у Кореї цей показник становив 2,4%, а під час війни у В'єтнамі – 1,8%. Проте збільшується кількість осіб з інвалідністю внаслідок війни. Інвалідизуючі травми та травми, що змінюють зовнішність, призводять не тільки до фізичних обмежень, а й до змін в уявленні про власне тіло, зниження самооцінки та змін у особистих відносинах [87].

За даними українських дослідників (2020), серед учасників АТО/ООС переважали поранення кінцівок – 62,5%. Частота ампутації зберігається відносно високою, часто поєднується з іншими травмами м'язово-кісткової системи та потребує індивідуального та мультипрофесійного підходу.

Аналіз результатів спостереження осіб з ампутацією з числа учасників АТО/ООС, які були госпіталізовані у відділення реабілітації пацієнтів з ампутуваними кінцівками Військово-медичного клінічного лікувально-реабілітаційного центру в період з 26.12.2016 по 01.08.2019 дозволив отримати таку інформацію:

- середній вік на момент поранення складав – 33 роки (від 18 до 54);
- розподіл за статтю: чоловіки – 98,1%; жінки – 1,9;
- відсутність однієї кінцівки внаслідок ампутації спостерігалася у 84,3%, подвійна ампутація – у 13,7% , потрійна – у 2,0%;

- основною причиною ампутації були мінно-вибухові поранення (78,4%);

- найчастіше ампутація кінцівок поєднувалася з акубаротравмою (47%) та закритою черепно-мозковою травмою (41,2%), порушенням адаптації та депресивними розладами – 56,8% (n=29). У 31% (n=16) ампутація поєднувалася з переломами трубчастих кісток інших кінцівок. Всі ці обставини суттєво впливали на перебіг реабілітації [2].

Труднощі, що виникають внаслідок ампутацій кінцівок, змін зовнішності або втрати фізіологічних функцій, пов'язаних з участю в бойових діях, а також неспроможність самотійно з ними впоратися, спонукають військовослужбовців звернутися по допомогу до психологів.

Знання певних психологічних особливостей, що розвиваються внаслідок отримання військовослужбовцями в ході бойових дій різних важких ушкоджень, в тому числі і таких, що призводять до інвалідизації або спотворення зовнішності, дозволяють психологу правильно побудувати роботу з такими клієнтами і підвищити її ефективність.

4.1. Наслідки ампутацій кінцівок в учасників бойових дій

Британські науковці констатують той факт, що очевидний фізичний недолік серед осіб з ампутаціями кінцівок є чи не єдиною проблемою, яку необхідно вирішувати, а психологічні наслідки, здебільшого, ігноруються громадськістю та залишаються непоміченими навіть серед практикуючих лікарів. Це питання особливо ускладнюється серед ветеранів війни [73]. Навряд чи в Україні ситуація складається кращим чином. Ця сторона питання недостатньо висвітлюється в сучасних вітчизняних наукових виданнях. Проте цей аспект доцільно враховувати консультантам-психологам під час роботи з клієнтами.

Психічний стан, в якому знаходиться людина, яка пережила ампутацію кінцівок, можна віднести до категорії гострого горя. Незалежно від причини ампутації, людині потрібен час, щоб погорювати і психологічно та фізично звикнути до зміненого образу тіла та відмінностей у функціях [70].

Верхні кінцівки, на відміну від нижніх, відіграють важливу роль у виконанні повсякденної діяльності та мають велике значення у вираженні почуттів, невербальному спілкуванні та прояві прихильності (обійми або дотики) [70].

Проведене протягом 11-ти років ретроспективне клінічне дослідження, що включало усі випадки травматичних ампутацій верхніх кінцівок у дорослих, показало, що 39 % досліджуваних зіткнулися з переживанням патологічного горя [77].

У випадку, коли психологу доводиться проводити консультаційну роботу з клієнтом, який пережив ампутацію кінцівки – однієї чи декількох – треба враховувати, що поведінкові порушення в таких осіб зазвичай не виявляються в ранньому післяопераційному періоді, в ході якого першочергове значення набуває боротьба з інфекцією, підтримання метаболічного балансу та лікування інших травм. Крім того, нещодавно поранені військовослужбовці схильні впадати в ейфорію, радіти з того, що вони залишилися живими.

Найпоширенішими формами емоційного розладу в осіб із втратою кінцівок є тривожність і депресія. Ці стани проявляються у вигляді почуття напруги, порушень сну, соматичних скарг, фобій (страх впасти або пошкодити кукси). Крім того, характерними є прояви дратівливості, ворожості, спалахів гніву, агресії, почуття марності та ін. Якщо з пораненням пов'язаний досвід, що має відношення до смерті або каліцтва інших людей, ступінь емоційного розладу може бути особливо високим [87]. Дуже імовірним є розвиток ПТСР [41].

Головним чином депресія починається тоді, коли клієнт починає усвідомлювати ступінь своїх фізичних та соціальних обмежень. Військовослужбовці турбуються про те, як їх приймуть

у сім'ї та суспільстві, чи зможуть вони і надалі залишитися на службі та вести нормальне життя.

Наявні дослідження демонструють більш високий рівень тривоги та депресії в осіб із посттравматичними ампутованими кінцівками, ніж у середньому в популяції [73].

Спостереження під час Другої світової війни показали, що американські військовослужбовці з ампутованими кінцівками, які отримали поранення з власної необережності або самовільно залишивши частину, були більш схильні до депресії [87].

Сучасні дослідження, проведені за участю військовослужбовців Нідерландів, які отримали інвалідність внаслідок важких поранень нижніх кінцівок в ході бойових дій в Афганістані в період з серпня 2005 по серпень 2014, показали, що інвалідізація внаслідок бойових поранень має найгірші наслідки щодо фізичного і психічного здоров'я, порівняно з втратами кінцівок, не пов'язаними з бойовими діями [85].

Науковці вважають, що є всі підстави стверджувати, що наявні в пораненого військовослужбовця такі психотравмуючі чинники, як втрата кінцівки і участь в бойових діях на момент, коли це сталося, чинять взаємний обтяжливий вплив, що подвоює негативні психологічні наслідки цієї втрати.

Проте в дослідженнях також вказується на те, що наявність у людини надійної соціальної підтримки, особливо підтримки з боку сім'ї, має суттєвий позитивний вплив на процес адаптації після втрати кінцівки [48].

За результатами досліджень, проведених американськими фахівцями серед жінок-військовослужбовців, які втратили кінцівку, було встановлено, що внаслідок ампутації жінкам довелося пережити страх особистої безпеки, проблеми з образом тіла, горе та втрату. Відновленню після травматичної ампутації у військовому середовищі сприяли позитивне ставлення, соціальна підтримка, особиста мужність, стійкість, військова підготовка, гумор і віра в те, що їхня втрата мала велике значення [46].

Більшість досліджень за даною проблематикою свідчать про те, що, незважаючи на відносно високі рівні депресії і тривожності протягом до 2 років після ампутації, вони знижуються до загальнопопуляційних норм [61].

Характерною особливістю клієнтів з ампутацією кінцівок є задіяння такого психологічного захисту, як *заперечення*. Люди з ампутуваними кінцівками можуть заперечувати фантомні відчуття зі страху, що їх вважатимуть психічно ненормальними. Заперечення може виражатися у снах, у яких клієнт бачить себе з неушкодженими кінцівками. Клієнт може висловлювати думку про те, що він отримає трансплантовану кінцівку. У деяких пацієнтів з'являються нереалістичні очікування на те, що протез дозволить їм функціонувати так само добре, як вони це робили до того, як отримали травму. Найчастіше клієнти заперечують занепокоєння, депресію та інші негативні почуття. У деяких розвивається параноїдальна реакція, і вони звинувачують всіх причетних до їх реабілітації в тому, що їхній стан не покращується. Люди з ампутуваними кінцівками можуть виявляти заперечення, відмовляючись визнавати необхідність реабілітаційних процедур. Зануреність у релігію може бути формою заперечення, оскільки пацієнти уникають обговорення своїх проблем, заглиблюючись у богословські міркування. Заперечення проявляється як у свідомому, так і на несвідомому рівні. Воно може тимчасово функціонувати, як адаптивний механізм, але якщо заперечення триває протягом тривалого часу, воно перешкоджає реабілітації. Заперечення заважає прийняти свою втрату, заважає розвитку особистих відносин; за запереченням часто слідує депресія [87].

На якість життя, зокрема на психологічний стан осіб, які втратили кінцівки в бойових діях, значний вплив чинять фантомні болі. І, незважаючи на те, що фантомний біль вперше був описаний французьким королівським хірургом Амбруазом Паре ще у 1552 році, механізм цього болю і до тепер остаточно не з'ясований [23]. Проте при роботі з цією категорією клієнтів психолог має

зауважити, що фантомні відчуття є нормою і не означають, що людина божеволіє.

Феноменологія фантомної кінцівки

Фантомна кінцівка, тобто відчуття в ампутованій кінцівці – практично універсальне явище. Відчуття може бути настільки слабким, що клієнт усвідомлює його лише спеціально звертаючи увагу. Фантом може дублювати нормальну кінцівку, але з часом починає відрізнятися за розміром, відчуттями, формою, положенням у просторі та повнотою – при ампутації в плечі, між плечовою куксою і фантомним ліктем може відчуватися проміжок. Стопа та рука відчуються найбільш яскраво. Відчуття варіюються від поколювання і відчуття тепла, холоду і важкості, аж до судом, скручування, печіння або болю, що пронизує. Фантом зазвичай з'являється відразу після ампутації, але іноді виникає і пізніше. Більшість фантомів зникають протягом кількох тижнів із спорадичними подальшими проявами протягом кількох років. Зникнення фантома, яке більш яскраво відчувається у верхній кінцівці, може бути пов'язане з відчуттям того, що пальці або рука, або ступня прикріплюються безпосередньо до кукси. З хронічно болючими фантомами, однак, такого не відбувається.

Соматосенсорні спогади, більшість з яких болючі, можуть бути мультимодальними, що включають не тільки біль, а й тактильні, візуальні, моторні та навіть нюхові компоненти. Наприклад, військовослужбовцю відірвало руку внаслідок вибуху снаряда, який він тримав у руках – у болісному фантомному відчутті його рука все ще тримає снаряд. В іншому випадку фантомне переживання включає відчуття крові, що стікає по кінцівці. Боець, якому ампутували ногу, все ще може відчувати та візуалізувати уламки травмованої кістки, або повторно відчувати накладання пов'язки на рани ноги. Більшість соматосенсорних спогадів пов'язані з високим рівнем тривожності клієнтів. Епізоди фантомного болю можуть бути спричинені або посилені емоційним стресом.

Нейрофізіологічні аспекти фантомної кінцівки.

Спостереження, які не можна було пояснити існуючими нейрофізіологічними концепціями, та неможливість хірургічно полегшити фантомний біль, сприяли переконанню, що феномен фантомних кінцівок має психологічне походження. Одна думка полягала в тому, що симптоми з'являються внаслідок нарцисичного небажання людини з ампутованою кінцівкою прийняти реальність свого фізичного каліцтва. Інша думка полягала в тому, що фантом уособлює скорботу за втраченою кінцівкою. У частини осіб спостерігалася тісна емоційна прихильність до інших пацієнтів з ампутованими кінцівками, і їхній біль інтерпретувався, як прояв почуття ворожості та провини по відношенню до людей, з якими вони ідентифікували себе, як покалічені, і від яких вони залежали. Також висловлювалася ідея про те, що у людей з ампутованими кінцівками з фантомним болем з високою ймовірністю є преморбідна психопатологія.

Психологічні, культурні та емоційні фактори впливають на сприйняття болю, але сучасні психологічні та нейрофізіологічні дослідження не надали доказів психогенного походження фантомних явищ. Клієнти з проблемами адаптації схильні зосереджуватись на болю, як на джерелі своєї незадоволеності. Біль часто провокується стресом і у зв'язку з тривожністю та депресією. В цьому випадку спостерігається «замкнене коло» з позиції причинно-наслідкових зв'язків, оскільки, з одного боку, фантомні болі призводять до розвитку тривожності, депресії і т.і., а з іншого – є наслідком цих станів.

Під час Другої світової війни військовослужбовці з ампутованими кінцівками, яких спрямовували до психіатра через дисциплінарні порушення, частіше скаржилися на біль, ніж ті, хто звертався за допомогою добровільно. Не означає, що біль, як такий, обов'язково має психогенне походження. Однак особи з хронічним болем, чи то органічного, чи функціонального походження, мають високі бали за шкалою нейротизму особистісного опитувальника Айзенка, і, як відомо, їх досить важко лікувати.

На сьогодні констатується зниження частоти сильних хронічних болів, пов'язаних з ампутацією кінцівок, у порівнянні з минулими десятиріччями. Це може бути пов'язане з низкою досягнень у галузях медицини, психології тощо. До них відноситься скорочення часу між пораненням та госпіталізацією, вдосконалення хірургічних методів, використання ширшого спектру антибіотиків та анальгетиків, визнання специфіки поведінкових проблем, що виникають після ампутації, зміна ставлення суспільства до осіб з інвалідністю.

У випадку, коли клієнтом психолога є військовослужбовець із втратою кінцівки, на етапі його реабілітації важливо надавати реалістичний опис тих труднощів, з якими він зіткнеться в подальшому. Клієнту треба дозволяти відкрито говорити про свої почуття, чи то безсилля, сором, гнів чи самозвинувачення, і пройти через період скорботи за втраченою частиною тіла, що необхідно для остаточного прийняття втрати.

У клієнта з ампутованою кінцівкою має сформуватися нова ідентичність. У деяких випадках це включає не тільки освоєння нової професії, але й освоєння нових способів мислення, почуттів, дій і відносин з іншими. Дії, які колись виконувалися автоматично, тепер потребують зосередженої уваги. Людина з ампутованою кінцівкою повинна за необхідності змінити старі установки, особливо ті, що стосуються фізичної привабливості, мужності чи жіночності, самодостатності. Якщо вона наполягає на переконанні, що людина з фізичними вадами є психологічно і соціально неповноцінною, вона, швидше за все, бачить таке ставлення до осіб з інвалідністю з боку інших людей.

Велике значення для адаптації після важких бойових травм, що призвели до інвалідності, має життєвий досвід людини, набутий до травми. Соціальне походження, освіта та професійні досягнення, якість міжособистісних відносин, звичні способи подолання стресу та цінності, що визначають ставлення до інвалідності – це все має значення.

Цивільні клієнти з поганою успішністю в школі, проблемами з роботою, досвідом вживання наркотиків та хворобливих покарань у дитинстві погано адаптуються, зокрема, після травм хребта, у них з більшою ймовірністю спостерігається депресія та деструктивна поведінка. Аналогічно і військовослужбовці, які мали проблеми з командирами, важко встановлюють довірчі відносини з персоналом, який забезпечує процес реабілітації. Імовірно, така проблема може виникати і у випадку побудови довірчих відносин під час психологічного консультування між представниками такої категорії клієнтів і психологом.

Клієнти, які здобули хорошу освіту та розвинули професійні навички, краще пристосовані до продуктивних занять та планування майбутнього, порівняно з тими, чії професійні здібності обмежені та пов'язані з фізичною роботою. Особи, які вважають, що вони контролюють своє життя та здоров'я, менш пригнічені, ніж ті, хто думає, що нагороди та покарання в житті залежать від випадку, везіння, долі чи дій інших впливових людей.

Значення інвалідності у системі цінностей людини дуже важливе. Деякі клієнти з болем в основному стурбовані тим, що біль означає для їхнього здоров'я та прогнозу, і схильні відмовлятися від ліків, якщо вони не служать будь-якій терапевтичній меті. Інші думають тільки про страждання, що переживаються, і хочуть полегшення. Клієнтам, яким до поранення була потрібна фізична активність, наприклад біг або спортивна ходьба, щоб зняти напругу, особливо важко прийняти обмеження рухливості. Дехто прирівнює втрату функціональності до зниження статусу особистості та втрати любові та поваги.

При роботі з клієнтами особлива увага звертається на:

- а) виправлення стану порушеної усвідомленості;
- б) мотивацію клієнта до участі в реабілітації;
- в) усунення заперечення;
- г) роботу з проблемою болю, депресії, сексуальної дисфункції тощо [87].

Існує думка, що втрата мотивації з часом найчастіше відбувається через нездатність клієнта досягати нереалістичних цілей, які він поставив. Таким чином в процесі консультаційної роботи акцент робиться на цілях, які можуть бути абсолютно реальними. За можливості, психолог має попередити членів сім'ї щодо контролю інформації, яка від них надходить клієнту, стосовно майбутніх планів, цілей, запевнень у повноцінному відновленні тощо. З боку членів сім'ї важливою є максимальна підтримка, розуміння, прийняття.

Спеціалісти, які працюють з визначеною категорією, наголошують на тому, що для осіб з інвалідністю, поряд з фізичною реабілітацією, надзвичайно важливою є психологічна інтервенція, значна увага при цьому має приділятися виробленню і навчанню копінг-стратегіям, пов'язаним зі збільшенням задоволеності життям. Багато досліджень засвідчили значущий позитивний зв'язок між задоволеністю життям та психологічним здоров'ям, загальним станом здоров'я, соціальною взаємодією тощо.

При розробці копінг-стратегій психологу необхідно враховувати такі чинники, як стать, освіта, вік, подружній статус, рівень функціональних обмежень клієнта, вік початку інвалідності, тривалість стану. Ці незмінні чинники чинять певний вплив на задоволеність життям [76].

Не варто забувати, що критичним компонентом успішної реабілітації є мобільність клієнта. Це питання в осіб з інвалідністю набуває життєво важливого значення і потребує першочергового вирішення [69].

4.2. Наслідки зміни зовнішності в учасників бойових дій

Обличчя є одним з найпомітніших та найактуальніших візуальних та соціальних стимулів, з якими стикаються люди. Привабливі обличчя асоціюються з позитивними рисами характеру. Привабливих людей вважають більш надійними, соціально

компетентними, домінуючими, краще пристосованими, більш здатними у навчанні та роботі. Одночасно з цим людям властиво дискримінувати тих, хто має непривабливі обличчя, іноді навіть якщо вони є друзями або членами сім'ї. Судження про привабливість і благонадійність однакові в різних культурах і виносяться дуже швидко. Більш тривале вивчення обличчя не послаблює ці упередження, а натомість лише зміцнює впевненість людей у вже зробленому судженні. Привабливість також суттєво впливає на візуальне вивчення обличчя. У суспільстві люди з привабливим обличчям часто мають більше переваг у порівнянні з іншими [57].

Дослідження, в яких вивчалися наслідки стереотипів «гарне – це добре» і «знівечене – це погано» підтвердили, що люди з дефектами обличчя піддаються стигматизації і часто стають об'єктами дискримінації. Дивлячись на обличчя з тяжкими пошкодженнями, спостерігачі відчують себе менш щасливими, менш впевненими в собі, менш домінуючими та більш збудженими, а людям з таким обличчям приписують відсутність емоційної стабільності, сумлінності, нещасливість, низький рівень інтелекту, ненадійність, непопулярність тощо. Трапляється, що з такими людьми не надто добре поводяться в соціальній взаємодії.

У популярній культурі спотворення обличчя часто використовується для розрізнення хороших і поганих персонажів. Відомі приклади понівечених лиходіїв: Шрам у «Королі Леві» (великий шрам на обличчі над лівим оком), Фредді Крюгер у «Кошмарі на вулиці В'язів» (опіки 3-го ступеня та оголені тканини), Джеймс Бондзлодеї Ле Шиффр (шрам над лівим оком), Емілію Ларго (відсутнє око), Ернст Ставро Блофельд (великий шрам над правим оком, що покриває більшу частину його правої сторони обличчя), Алек Тревельян (шрами від опіків на обличчі), Ель Драйвер у «Вбити Білла» (відсутнє око), Дволикий у «Всесвіті Бетмена» (шрами від кислоти на лівій стороні його голови), Хоппер у «Житті жука» (шрам, що закриває праве око), Герцогиня з «Аліси в країні чудес» (макроцефалія). Отже стереотип «знівечене – це

погано» лише частково пояснюється меншою привабливістю обличчя з тяжкими ушкодженнями.

Зв'язок тяжких ушкоджень з негативними атрибутами, ймовірно, призводить до стигматизації та дискримінації людей з такими проблемами в соціальному, академічному та професійному контексті. Стигматизація та дискримінація людей з тяжкими ушкодженнями може зумовлювати низьку самооцінку та довгострокові проблеми із психічним здоров'ям, як і в інших стигматизованих групах, які зазнають дегуманізації [57].

У військовослужбовців тяжкі дефекти обличчя та пошкодження рук виникають головним чином внаслідок опіків, а також вибухових та осколкових поранень. Термічні травми виникають через вплив полум'я, вибух газу, вплив хімічних речовин, струму високої напруги, а також вдихання диму. Опіки виникають в основному під час танкових боїв та після вибухів транспортних засобів. На опіки припадає 4,6% всіх втрат у В'єтнамі, 12,5% у війні «Судного дня» 1973 р., 18% британських втрат у війні на Фолклендських островах 1982 р., 9% в Перській війні 1991 року. Травми обличчя виникають внаслідок кульових поранень, а також внаслідок вибуху снарядів, мін та інших вибухових пристроїв, які зазвичай призводять до таких наслідків, як сліпота. У тих, хто вижив після поранень високошвидкісними осколками, переломи щелепно-лицьової області і нижньої щелепи зустрічаються частіше, ніж проникні травми очниці, які часто призводять до смерті [87].

Найбільш складною проблемою з точки зору пластичної хірургії, є опіки, що призводять до найважчих і тривалих наслідків у поведінці військовослужбовців.

Після того, як загроза життю минула, виникають нові проблеми. Рани загоїлися або були покриті трансплантатами, а людина змушена визнати факт негативних змін у зовнішності і поставити питання, як її прийме суспільство і чи зможе вона працювати. Опіки відкритих частин тіла, обличчя та рук, справляють найсерйозніші соціальні наслідки. Обпаленій людині

треба розуміти, що оточуючі можуть реагувати на її зовнішність із жахом, цікавістю, ворожістю чи жалем. Вона прийде до усвідомлення того, що обпалені особи можуть здаватися майже однаковими, позбавленими індивідуальності, і що її здатність посміхатися або використовувати інші м'язи для передачі емоцій може бути знижена або й втрачена взагалі. Опік рук може обмежити жестикуляцію. Крім того, поза, яка значною мірою відображає особистісне ставлення, може стати ригідною та спотвореною через контрактури.

Військовослужбовці по-різному реагують на зміни у зовнішності внаслідок бойових поранень. Більшість з них тією чи іншою мірою пригнічені та стривожені. Може спостерігатися ПТСР. В будь-який час може розвинутися депресія, як на первинному етапі, пов'язаному з травмою, так і через тижні або місяці. Початок депресії може бути пов'язаний із усвідомленням того, що пересаджена шкіра виглядає не зовсім нормально. Тяжка депресія проявляється почуттям безнадійності, думками про самогубство, безсонням, млявістю тощо. [87]

Дослідження за участю військовослужбовців зі змінами зовнішності внаслідок участі в бойових діях виявили в них наявність страху бути негативно оціненими оточуючими через змінений або незвичайний зовнішній вигляд, що збільшує ризик виникнення в цієї категорії осіб соціальної тривожності і, як наслідок, соціального уникнення, ізоляції та поведінки, спрямованої на те, щоб приховати шрами чи протези [65].

При роботі з такими клієнтами потрібно зміцнювати переконаність їх в тому, що вони зберігають контроль над своєю долею. Клієнтів слід навчати методам релаксації, які не лише покращують фізичний стан, але й дають відчуття сили та підвищують самооцінку. За можливості можна запропонувати групову терапію, що дозволяє висловити почуття, надати взаємну підтримку та сформувати загальну ідентичність.

Може бути, що клієнт перебуває в очікуванні додаткової операції для виправлення шрамів та контрактур. У цьому разі

людину необхідно підготувати до того, що рубці ніколи не можуть бути повністю усунені, а сама вона ніколи не буде повністю відновлена. Трапляється, що деякі особи можуть використовувати відносно незначні каліцтва для обґрунтування свого невдоволення, і бачити в реакції оточуючих на спотворену зовнішність причину невдач на роботі, нездатність заводити друзів та побутові труднощі [87].

4.3. Психологічні особливості клієнтів із втратою зору внаслідок бойового поранення

Втрата зору сприймається, як катастрофічна подія, яка переносить військовослужбовця в незнайомий світ, глибоко змінює його сприйняття реальності, позбавляє його мобільності та змінює спосіб життя. Умови ведення бойових дій, що постійно змінюються, помітно збільшили частоту травм очей. Під час Громадянської війни в США очні поранення становили 0,5% поранень у тих, хто вижив. Цей показник зріс до 2,14% під час Першої світової війни. У Корейській війні показник становив 8,1%, а у В'єтнамі в 9% жертв бойових дій, що вижили, були травми очей. У В'єтнамі переважна більшість поранень була отримана уламками снарядів, ракет, бомб, гранат та мін. У боях із застосуванням танків, якщо командир танка висовується з люка для кращого огляду, це призводить до численних травм очей, які склали загалом 25% всіх ізраїльських втрат під час арабо-ізраїльської війни 1967 р.

У більшості випадків солдат отримує ще й інші поранення. У В'єтнамі нерідко солдати втрачали зір через той самий вибух, який викликав численні поранення обличчя і відривав кінцівки. Бойові хімічні речовини можуть спричинити сліпоту, як це було з іпритом під час Першої світової війни. Травма очей осколками часто супроводжується травмою головного мозку, а сліпота

виникає внаслідок внутрішньочерепних ушкоджень, що зачіпають ділянки мозку, що відповідають за зір.

У міру стабілізації стану після поранення військовослужбовець стикається з наслідками своєї сліпоти – сенсорною ізоляцією, втратою автономії та порушенням спілкування. Йому доводиться концентрувати увагу на незліченних діях, які раніше виконувались несвідомо. Він має знову навчитися самостійно ходити, митися, одягатися та харчуватися. Він має багато в чому покладатися переважно на слух, дотик, пропріоцепцію, нюх і навчитися візуалізувати інформацію. Він має більше покладатися на свою пам'ять, набути здатності формувати візуальні та емоційні образи людей, яких він знає лише за голосом, і подолати перешкоди, пов'язані з неможливістю бачити співрозмовників, їх обличчя та жести.

Якщо також втрачено слух, це заважає оцінювати обсяг приміщення і відстань до об'єктів. Якщо внаслідок поранення змін зазнало обличчя, то нездатність спостерігати за реакцією оточуючих людей може завдавати особливої незручності. Клієнт повинен навчитися користуватися допоміжними засобами, які дозволять йому знову стати грамотним, а також набути нових професійних навичок. Якщо він втратив кінцівку, втратив слух або отримав ушкодження головного мозку, ці завдання стають ще складнішими. Йому необхідно звикнути до того факту, що ніколи більше не сяде за кермо авто, не гратиме у футбол і не буде дивитися, як грають інші, ніколи не побачить обличчя своїх батьків, дітей і т. ін.

Сліпота спричиняє втрату статусу та самооцінки. Багато військовослужбовців почуваються позбавленими людяності та гідності. Вони стурбовані тим, чи зможуть вони виконувати функції чоловіка чи батька та спілкуватися з людьми. Вони турбуються про те, на що житимуть, чи стануть абсолютно фінансово залежними. Багато хто почувається неповноцінними по відношенню до зрячих і відчуває до них неприязнь. Клієнти реагують на ці стреси з різним ступенем заперечення та депресії, розчарування, гніву та тривоги,

вдаються до алкоголю чи інших психоактивних речовин. Понад те, сліпоту посилює існуючі раніше емоційні та соціальні проблеми.

У клієнтів, які бачать світло та зберігають залишки зору, є певні переваги перед тими, хто втратив зір повністю. Але вони загалом менш схильні прийняти свою інвалідність та гірше адаптуються. Люди з мінімальним зором неохоче проходять реабілітацію та продовжують покладатися на свій залишковий зір, який може давати хибну інформацію. У той час, як особи з повною втратою зору раз і назавжди змирилися з тим фактом, що ніколи не бачитимуть, частково осліпті часто зберігають хибні надії і бояться, що втратять зір, що залишився. Чим раніше людина визнає свою сліпоту, тим сприятливішим буде поведінковий результат.

Дослідження 1946 р. показало, що 29% британських солдатів, осліплених під час Другої світової війни, страждали на депресію, хоча лише в небагатьох вона була явно виражена. Здебільшого вони були замкнутими, похмурими та розмірковували про минуле. Солдати, що осліпли через хворобу або внаслідок нещасних випадків виражають почуття провини та самозвинувачення частіше, ніж ті, хто був поранений у бою. Особи з депресією розглядають реабілітаційні справи, як ще один стрес, якого слід уникати, а не як можливість подолати деякі свої недоліки.

У початковому періоді депресії військовослужбовець сумує про смерть свого зрячого «Я». Є думка, що така депресія необхідна, поки людина не змириться зі своєю втратою, і згодом депресія слабшає. Але, з іншого погляду, така послідовність не є необхідною чи неминучою. Деякі особи спочатку вражені звісткою про те, що вони втратили зір, але потім вони активно включаються в процес реабілітації. Депресія може розпочатися після того, як людина залишить лікарню, а дехто залишається у стані хронічної депресії. Поряд із запереченням, тривала депресія є головною перешкодою для успішної адаптації.

Тривожність виявляється у страху впасти й у припущенні, що за незрячою людиною спостерігають інші люди. Може розвинутися безсоння, частково через відсутність циклу «світло-темрява», а в

деяких пацієнтів з'являється страх темряви. Можуть бути супутні ПТСР, психосоматичні скарги, зокрема скарги на головний біль, запаморочення, дискомфорт у шлунково-кишковому тракті, а також біль в очах. Незрячі люди можуть скаржитися на напругу очей після читання за допомогою шрифту Брайля навіть після того, як обидва ока було енуклеювано.

На адаптацію до сліпоті впливає тяжкість інших травм, особистісні та соціальні фактори, а також процес реабілітації. Клієнти із супутнім ушкодженням головного мозку та порушеннями пам'яті та уваги, а також з ампутаціями, вираженими рубцями на обличчі та втратою слуху перебувають у найменш сприятливому становищі. Певні преморбідні особистісні особливості сприяють розвитку заперечення. Деякі особи схильні до компульсивності та перфекціонізму, неохоче діляться своїми почуттями та пишаються своєю самодостатністю. До своєї інвалідності вони ставляться, як до особистої невдачі чи як ганьби. З іншого боку, люди із залежністю в минулому можуть надто легко приймати будь-яку допомогу, відмовляючись працювати самостійно. Рівень освіти та рівень підтримки сім'ї позитивно корелюють з успіхом адаптації.

При роботі з незрячими клієнтами рекомендується дотримуватися таких правил:

- звертайтеся безпосередньо до клієнта, а не до того, хто його супроводжує;
- не підвищуйте голосу, якщо у клієнта немає втрати слуху;
- не уникайте слів «дивитися» і «бачити», побоюючись збентежити сліпу людину;
- не соромтеся питати людину, наскільки добре вона бачить;
- попереджайте, коли ви входите до кімнати або виходите з неї;
- дайте конкретні вказівки щодо розташування об'єктів, не використовуйте розпливчастий термін «там»;

- попросіть клієнта взяти вас за руку замість того, щоб брати його за руку і підштовхувати;
- попереджайте клієнта про сходи або інші перешкоди для руху;
- ідіть нарівні з клієнтом, але, піднімаючись і спускаючись сходами, тримайтеся на крок попереду нього;
- не ображайтеся, якщо незряча людина відмовиться від допомоги [87].

Оскільки сліпота призводить до повної або часткової втрати зорового контролю, а, отже, кардинальним чином змінює ситуацію не на краще, стрес на втрату зору проявляється в м'язовому панцирі (надзвичайній напрузі всіх м'язів), у спазмах різного роду та виду, у підвищенні або зниженні артеріального тиску та інших вегетативних змінах, що ведуть до появи супутніх захворювань та посилюють стан втрати зору.

На емоційному рівні наслідки втрати зору виявляються у вигляді усвідомлюваної чи неусвідомлюваної постійної тривоги, підвищеної збудливості, дратівливості, неможливості зосередитися; неминуче виникає відчуття втрати контролю над ситуацією і своєю поведінкою, що незмінно викликає почуття безпорадності, провини чи безнадійності, страх, паніку, депресію [86].

Втрата зору тягне за собою зміну звичного способу життя: людина вже не може виступати у зручній, сформованій роками ролі і тому іноді втрачає сенс життя.

В процесі роботи з клієнтом важливо визначити стресори та/або стресові реакції, як проблеми, що потребують вирішення. Ставляться реальні цілі, позначаються етапи досягнення кожної з них. Це дозволяє зробити припущення та вибрати найбільш прийнятні напрямки дій.

Підсумком індивідуальної роботи з клієнтом може бути перегляд вихідної проблеми і формування навичок самоконтролю у вигляді:

1) вміння керувати своєю поведінкою в конфліктних ситуаціях та у ситуаціях досягнення особистих цілей у стані втрати зору;

2) вміння розпізнавати власні емоційні стани (наприклад, роздратування, страх, тривогу та ін.), впливати на них з метою формування адекватної моделі поведінки;

3) вміння впливати на пізнавальні процеси (наприклад, недооцінені, ірраціональні (спотворені) або некорисні думки) і коригувати їх.

В результаті консультаційної роботи клієнти навчаються аналізувати свій психологічний стан і знаходять адекватні способи відреагування високої внутрішньої напруги після втрати зору. Суттєву роль у цьому відіграє релаксація – метод самостійного викликання у себе аутогенного стану та самостійного виходу з нього. В результаті релаксації через розслаблення м'язів людина навчається володіти своїм фізичним та емоційним станом:

- набуває навички, що дозволяють самостійно та швидко заспокоїтися, зняти фізичну та психічну напругу;

- може швидко відпочити (відновлення сил в аутогенному стані йде набагато швидше, ніж під час сну, простого відпочинку лежачи, перегляду телепередач або прослуховування музики, оскільки людина на той момент сконцентована на своєму внутрішньому розслабленому стані);

- розслаблене тіло та приємні думки дозволяють спокійніше ставитися до стресової ситуації втрати зору та наслідків від неї.

Релаксація дозволяє навчитися регулювати такі функції організму, як кровообіг, частоту серцевих скорочень та дихання, кровопостачання мозку, дозволяє активізувати психічні та фізичні функції, наприклад пам'ять, уяву, здатність до фізичних зусиль; оптимально розкривати та використовувати свої творчі ресурси через розвиток інтуїції та образного мислення; поглиблено пізнати себе.

Результатом роботи психолога з клієнтом, проблема якого пов'язана зі стресом внаслідок втрати зору, має стати зміна

внутрішнього стану, що виявляється в покращенні настрою, у визначенні найближчих та перспективних планів. Клієнти роблять висновки про те, що значно збільшився їхній безбар'єрний простір: стало легше спілкуватися з оточуючими, навчилися усвідомлювати себе та усвідомлювати бажання своїх близьких, навчилися контролювати свій внутрішній стан. Все це дозволяє їм, незважаючи на обмеження в зорі, відчути себе рівними за багатьма можливостями зрячим людям.

4.4. Мілітарна ідентичність, як один з визначальних чинників реадаптації до цивільного життя осіб з важкими наслідками бойових поранень

Консультаційна робота з особами, які отримали важкі поранення під час участі в бойових діях, що стало причиною їх інвалідизації та вимушеного звільнення з військової служби, повинна враховувати чинник, пов'язаний з *мілітарною ідентичністю клієнта*. В цьому аспекті важливо знати, що вік військовослужбовця впливає на ступінь прояву мілітарного досвіду: при ранньому рекрутуванні військовослужбовця (у 18–22 роки) висока ймовірність глибокої ресоціалізації/альтернації та засвоєння мілітарної культури, що може стати причиною складнощів із соціальною адаптацією після демобілізації або звільнення з армії за станом здоров'я. Ускладнити процес транзиту військовослужбовців з армійського до цивільного поля після демобілізації або звільнення за станом здоров'я можуть множинні контрасти між маскулінною мілітарною культурою (з її культом сили, дисципліни, порядку і контролю) і цивільною культурою (з її цінностями свободи, творчості та самовираження) [1].

Стосовно теми мілітарної ідентичності, альтернацію можна ідентифікувати за наступними вербальними маркерами: «до армії я думав так, а тепер зовсім інакше», «раніше я нічого не розумів в житті, армія мені відкрила очі на багато речей»; «мені раніше

подобалося спілкуватися із хлопцями/дівчатами зі шкільного класу, тепер мені чужі їх інтереси», «мої бойові товариші замінили рідних братів/сестер» тощо. Під час розгляду транзитів мілітарної ідентичності необхідно враховувати темпоральний критерій – термін перебування особи у військовому формуванні. Якщо термін служби недовгий (приміром, за станом здоров'я військовослужбовець повернувся до цивільного життя набагато раніше визначеного терміну), то альтернація може не привести до радикального розриву із біографічним минулим і відмови від колишньої ідентичності.

Одночасно з урахуванням в процесі консультативної роботи мілітарної ідентичності клієнта, психолог повинен будувати взаємодію і з урахуванням теорії «культурного шоку», коли складнощі, пов'язані з отриманням інвалідності поєднуються з дезорієнтацією особистості в ситуації раптового занурення до незвичного культурного контексту, в якому колишній соціокультурний досвід уже не діє. В ситуації «культурного шоку» ветеран проходить серію криз, що породжують новий життєвий досвід, підсумком чого може стати адаптація до нової культури. Стикаючись із мілітарною культурою, військовослужбовці спочатку опиняються в стані культурного шоку, згодом підкоряються вимогам нової культури й формують мілітарну ідентичність.

Для опису труднощів, з якими стикаються ветерани після повернення з армії, використовується термін «зворотний культурний шок» (reverse culture shock), коли їм доводиться реанімувати колишні культурні цінності та моделі поведінки, пристосовуючись до вимог цивільного суспільства.

Д. Хоган запропонував чотиристадійну модель «зворотного культурного шоку»: наївність чи заперечення; розчарування або негативізм; перспектива; реорганізація. У цьому процесі очікування того, що повторний перехід буде легким (стадія наївності) поступається місцем усвідомленню того, що повернення є скоріше проблематичним (стадія розчарування). Почуття перспективи

(третя стадія) з'являється, коли людина починає усвідомлювати ситуацію, що склалася, перш ніж перейти до більш реалістичних цілей і очікувань, що передбачає реорганізацію ідентичності (четверта стадія) і ресоціалізацію. У разі невдалого повернення до цивільного життя ветеран може відчувати відчуження від нової культури та бажання дистанціюватися від неї (стадія відкидання).

Крайнім випадком зриву «повернення з війни» можуть стати суїцидальні думки/дії, як гранична відмова від пристосування до нового життя, яке сприймається, як чуже, особливо, коли ветерани мають важкі наслідки бойових поранень, в тому числі інвалідизацію. Згідно з американською статистикою, кожен рік 8000 ветеранів помирають через самогубства; це майже 22 суїциди на день (Lancaster, Kintzle, & Castro, 2018).

Про збільшення кількості суїцидів серед ветеранів (в основному у віці до 24 років серед тих, хто воювали в Іраку та Афганістані) говорять й англійські дослідники. Так, К. Брюїн, Р. Гарнетт і Б. Ендрюс, які в 2010 р. провели у Великобританії дослідження мілітарної ідентичності ветеранів збройних конфліктів у Перській затоці, Боснії та Північній Ірландії (були проведені інтерв'ю з 31 ветераном, які вчинили спробу суїциду, 59 ветеранами, які думали або планували суїцид і 51 ветераном, які не думали та не робили спроб суїциду).

Результати дослідження продемонстрували наявність певного зв'язку між негативним сприйняттям світу і суїцидальною поведінкою/настроєм ветеранів. Соціальну відчуженість, відчуття нерозуміння з боку оточуючих і відсутність/нестачу соціальної підтримки автори розглядають, як чинники ризику, які можуть призвести до зриву адаптації ветеранів. Крім розчарування в людях (яких ветерани визначають як «злісних егоїстів»), більшість ветеранів говорили про відчуженість від суспільства. Типовими був такий коментар: «Ті, до яких я можу звернутися у будь-який час, це колишні товариші по службі; це єдині люди, яким я довіряю». Багато ветеранів говорили про те, що суспільство не оцінило того, що вони зробили на війні, коли ризикували власним життям. Деякі

ветерани з суїцидальними думками говорили про відчуття своєї життєвої поразки та втрати смаку до життя (Brewin, Garnett, & Andrews, 2011).

При роботі з ветераном важливо пам'ятати – ситуація його унікальна. Коли після повернення він буде говорити про неї – якщо взагалі заговорить – то побачить, що навіть ті люди, які симпатизують йому, не розуміють унікальності його індивідуального досвіду, який зробив його іншою людиною. На думку науковців, однією з основних перешкод на шляху «повернення ветерана додому» може стати саме незатребуваність у цивільному полі набутих в армії навичок, нездатність дистанціюватися від армійських цінностей конформізму і прийняти цивільні цінності автономного існування. І, на жаль, немає гарантії, що соціальні функції, які витримали тест в одній системі, зможуть зробити те ж саме, якщо їх перенести в іншу. Це особливо справедливо щодо тих, хто повертається з війни.

Армійське життя характеризується виключно високим ступенем примусу, дисципліни, які нав'язані контролюючою і нормативною структурою. У цивільному суспільстві ветеран повинен вибирати власні цілі й засоби та не може, як в армії, слідувати авторитету або керівництву. Тому він нерідко відчуває себе, немов дитина без матері. Позбавлений звичних атрибутів цінованого в армії статусу бійця (а також військової форми, відзнак, бойових нагород, нашивок тощо), ветеран може гостро переживати свою незахищеність і незатребуваність у новому соціальному контексті: «той, хто повертається додому, позбавлений військової форми, а з нею – і привілейованого становища в суспільстві». Це не означає, звичайно, що він позбавляється престижу захисника Батьківщини, проте історія свідчить, що довголіття не сприяє пам'яті про славу. Ветерани, які повернулися з війни, частіше стикаються з екзистенційними питаннями, пов'язаними з їхньою ідентичністю («хто я?», «як далі жити?»), що є ефектом необхідності пристосування до світу повсякденності, в якому вони відчувають себе «чужинцями».

Можна припустити, що стійкий тип мілітарної ідентичності може співвідноситися зі смисложиттєвими оцінками армійської служби та зі сприйняттям цивільного життя як безглузлого і порожнього [1]. Ознаки трьох модифікацій мілітарної ідентичності ветерана подано в додатку 7.

В якості додаткового діагностичного інструментарію можна використовувати Шкалу мілітарної ідентичності (Warrior Identity Scale; Lancaster, Kintzle, & Castro) (додаток 8).

РОЗДІЛ 5

ПРАКТИКА КОНСУЛЬТУВАННЯ ЦИВІЛЬНИМИ ПСИХОЛОГАМИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ СІМЕЙ У США

За існуючими в багатьох країнах традиціями для здобуття права на здійснення професійної діяльності психолог-консультант повинен опанувати спеціальну академічну програму професійної підготовки, опрацювати певну кількість годин під наглядом кваліфікованого спеціаліста та мати відповідний мінімум професійного досвіду.

Групою американських учених E. A. Prosek, E. E. Burgin, K. M. Atkins, J. D. Wehrman, D. L. Fenell, C. Carter були розроблені «Зразкові практики для консультування військового контингенту» (Exemplary Practices for Military Populations – EPMP) цивільними психологами та виділені необхідні компетенції [79].

Даний документ призначений для використання в якості довідкового матеріалу. Він надає консультантам знання про основоположні принципи та практики, щоб допомогти визначити найефективніші методи консультування клієнтів, пов'язаних із військовою службою. Не передбачається, що кожна з численних перерахованих «зразкових практик» розглядатиметься, як окрема. Положення, наведені в EPMP мають визначити цілі та рівні практики для консультантів, до досягнення яких вони повинні прагнути. Отже, ці зразкові практики можна розглядати, як бажані цілі, яких можуть жадати практикуючі консультанти, на відміну від абсолютних стандартів. Враховуючи це, консультантам, які розглядають можливість роботи із зазначеним вище контингентом, слід проаналізувати свою конкретну консультаційну компетентність у світлі наведених прикладів зразкової практики.

EPMP охоплює всі групи військовослужбовців, а саме: діючих військовослужбовців, резервістів, ветеранів, пенсіонерів та членів сімей зазначеної категорії осіб. Консультанти повинні

інтерпретувати кожен практику з розумінням фундаментальних відмінностей у досвіді цих груп населення. Консультанти, які працюють з військовими, можуть використовувати ЕРМР, як ресурс у процесі прийняття клінічних та етичних рішень, а також для навчання та контролю.

У жовтні 2016 року Асоціація консультантів із військових та державних питань (the Military and Government Counseling Association – MGCA) призначила цільову групу для розроблення зразкових практик. Склад цільової групи був свідомо підібраний таким чином, щоб відобразити різноманітний досвід консультантів, які пов'язані з військовими, та викладачів-консультантів. Цільова група дотримувалася структурованого процесу при розробленні зразкових практик, а саме: огляд попередніх компетенцій консультантів, які були схвалені Американською асоціацією консультування (the American Counseling Association – ACA), огляд поточних досліджень, що пов'язані з консультуванням військових, концептуалізацію структури зразкових практик та формулювання зразкових практик рецензентами, які представляють усіх членів MGCA.

Мета ЕРМР – надати заснований на дослідженнях набір рекомендацій, що представляють професійні міркування військовослужбовців через призму професійної ідентичності консультанта – заснована на принципах соціальної підтримки філософія, що базується на засадах розширення можливостей, благополуччя, профілактики та розвитку.

Структура ЕРМР складається із семи основних компонентів: *військова культура, розвиток ідентичності, особливості системи, оцінка існуючих проблем, лікування, етика та захист.*

1. Військова культура являє собою загальну інформацію про функціонування та світосприйняття військовослужбовців та членів їхніх сімей.

Професійний консультант:

- може визначити рід військ збройних сил США, до якого належить військовослужбовець, який знаходяться на дійсній військовій службі і розуміє, що кожен підрозділ має свої спеціалізовані структури, функції, звання тощо;
- знає, що між кожним родом військ існують відмінності у військовій культурі;
- усвідомлює, що між ветеранами, які раніше служили в армії, та військовослужбовцями/ветеранами, які служать в армії, можуть існувати відмінності в досвіді;
- визнає цінності, переконання, традиції та функції армії, що впливають на світогляд клієнта;
- знає про систему цінностей збройних сил – «місія понад усе»;
- визнає самопожертву, честь та смиренність, як цінності для військовослужбовців;
- визнає важливість колективізму у військовій культурі, зокрема, бажання обмежити ризик чи шкоду іншим;
- вивчає вплив військової культури на особисте та професійне життя клієнта;
- поважає індивідуальні мотиви військовослужбовців, які спонукають їх стати військовослужбовцями, а також їх індивідуальний досвід під час служби та рішення залишити службу або піти у відставку;
- визнає унікальні внутрішньогрупові культурні відмінності військовослужбовців, зокрема, стать, расу, етнічну приналежність, вік, освіту, сексуальну орієнтацію, соціально-економічний статус, здібності, релігійну/духовну орієнтацію;
- розуміє потенціал відмінностей у ресурсах та системах підтримки, що є доступними для військовослужбовців резервного складу;

- прагне отримати інформацію про методи навчання та цілі військових операцій, про потенційні відмінності між зонами бойових дій;

- усвідомлює наявність відмінностей у світогляді між військовослужбовцями та цивільними особами.

Працюючи в умовах військової частини, професійний консультант знає, поважає та дотримується політики військової частини, протоколу та стандартних правил етикету.

2. Розвиток ідентичності представляє собою цілісне уявлення людини про військове життя в цілому, зокрема, про її особисту ідентичність, як військовослужбовця і про зв'язок з виконанням службових обов'язків та основними цінностями роботи в якості військовослужбовця протягом усього життя.

Професійний консультант:

- розуміє, що військовий досвід може бути пов'язаний із усіма аспектами особистості, зокрема, з її когнітивними, поведінковими, афективними, соціальними та духовними компонентами;

- ставиться з повагою до того, що військовослужбовці можуть інтегрувати своє основне самовідчуття з ідентичністю військовослужбовця, наприклад, стиль одягу, методи спілкування та взаємин з іншими людьми;

- розуміє необхідність психічної стійкості та фізичної підготовки для того, щоб зробити вибір на користь інших, наражаючи себе на небезпеку;

- розуміє, що формування самовідчуття може бути пов'язане з конкретними професійними функціями та з конкретними підрозділами, обов'язками, посадами, функціями, відрядженнями та ключовим досвідом навчання;

- розуміє, як військове звання, структура та кар'єрне зростання впливають на самовідчуття;

- поважає сприйняття військовослужбовцями свого військового досвіду, як позитивного, незалежно від суспільної чи політичної думки;

- розуміє, що життєвий цикл професійної кар'єри військовослужбовців може мати унікальні вимоги для просування по службі, а також розуміє, що ролі, перспективи, обмеження та очікування можуть бути різними;

- розуміє, що розвиток особистості пов'язаний і з переходом до цивільного життя – таким, як закінчення служби, вихід на пенсію, звільнення в запас тощо;

- усвідомлює можливі переживання та втрати, що пов'язані зі змінами протягом усієї військової кар'єри;

- знає про потенційні проблеми адаптації, які пов'язані з ресурсами охорони здоров'я, зокрема, питання безперервності медичного обслуговування у зв'язку з медичним страхуванням;

- розуміє, що військовослужбовці можуть відрізнитися один від одного та виявляти унікальні особливості, що ґрунтуються на залежності від приналежності до того чи іншого покоління;

- розуміє, що військовослужбовці можуть надавати особливого значення фізичній підготовці, що пов'язане із їхнім самосприйняттям;

- має уявлення про нюанси, що пов'язані з ідентичністю воїна, та про те, як це може впливати на зовнішній вигляд чи особисті якості військовослужбовця.

3. Особливості системи. Системне уявлення загальної інформації про те, як сім'ї військовослужбовців, подружжя та діти, сприймають характер і структуру військово-службового процесу, зокрема, питання служби, здоров'я та самопочуття, професійної діяльності, тривалих періодів розлуки, наслідків поранень та виходу на пенсію.

Професійний консультант:

- може визначити етапи військової служби та унікальні міжособистісні та внутрішньоособистісні чинники кожного з них;

визнає факт різної тривалості та різного характеру проходження військової служби;

- знає унікальні особливості сімей військовослужбовців, зокрема, такі демографічні показники, як вік одруження та змішані сім'ї, які можуть змінюватися залежно від роду військ та виду служби;

- знає про комплексний характер стресових чинників, з якими стикаються сім'ї військовослужбовців, включаючи чинники, пов'язані з розлукою та переїздом;

- розуміє, що сім'ям військовослужбовців резерву часто доводиться стикатися зі складнощами двох світів – цивільного та військового, з різним ступенем забезпечення підтримки з боку суспільства;

- розуміє, що високий рівень адаптації та навички життєстійкості корисні для сімей військовослужбовців, щоб справлятися із загальними вимогами військового способу життя, включаючи стрес, невизначеність та часті розлуки;

- знає про ролі та очікування, з якими стикаються сім'ї військовослужбовців, зокрема, про такі чинники, як звільнення, розвиток кар'єри та перехідний період;

- знає, що шлюби між двома військовослужбовцями можуть характеризуватись унікальними проблемами, такими, як, наприклад, розсинхронізація навчання, відрядження та можливості просування по службі, необхідність балансу між цілями й обов'язками військової кар'єри та сімейними зобов'язаннями;

- знає про унікальну індивідуальність дітей, які виростили в сім'ях військовослужбовців, про проблеми, з якими стикаються сім'ї військовослужбовців та які можуть мати довгостроковий вплив у дорослому житті;

- знає про потенційні фізичні, когнітивні та емоційні вимоги військової служби, про наслідки служби в професії, яка пов'язана з підвищеним ризиком, для військовослужбовця та оточуючих;

- розуміє потенційну дію на сім'ю у зв'язку з виходом на військову пенсію, зокрема, дію наслідків від способу звільнення з армії, а також від виходу на пенсію за медичними показниками;
- поважає унікальні та часом непрості рішення, які приймають сім'ї військовослужбовців на користь своїх співслужбовців, суспільства, штату та країни;
- розуміє, що турбота про дітей у сім'ях військовослужбовців може бути утруднена та/або може знадобитися опікунство у зв'язку з навчанням та відрядженням військовослужбовців.

4. Оцінка існуючих проблем. Оцінка проблем, що мають місце, являє собою типові аспекти клінічних проблем, із якими часто звертаються військовослужбовці в службу психічного здоров'я.

Професійний консультант:

- розуміє, що клієнти, які пов'язані з військовою службою, часто стурбовані тим, що переживають стигматизацію, яка створює бар'єри для звернення за послугами з охорони психічного здоров'я;
- знає про поширеність типових проблем, які виявлені в процесі сучасних досліджень, але не висуває припущень про характер (специфіку) психічних розладів військовослужбовців;
- визнає поширеність травматичних ушкоджень головного мозку та черепно-мозкових травм під час військової служби та усвідомлює, що травматичні ушкодження головного мозку пов'язані з вищими показниками інших психічних розладів та фізичних симптомів;
- усвідомлює, що кількість ветеранів, які звертаються й отримують лікування посттравматичного стресового розладу, продовжує зростати у зв'язку з виконанням бойових завдань;
- знає, що перебування в зоні бойових дій підвищує ризик супутніх проблем – таких, як розлади, що пов'язані з вживанням психоактивних речовин, та суїцидальність;

- розуміє важливість діагностики травм у всіх військовослужбовців, враховуючи, що травми, що пов'язані зі службою, не завжди пов'язані з бойовими діями, і що можуть мати місце вторинна травма, вікарна травма та попередня травма;

- визнає, що психологічна травма є переважаючою проблемою серед широкого спектра симптомів, які можуть виявитися після травматичного впливу;

- визнає, що алкоголь є найбільш поширеною ПАР, якою зловживають ветерани, і часто супроводжується іншими психічними розладами та суїцидальністю;

- розуміє, що унікальні стресові чинники та відмінності в кожній сфері служби можуть впливати на прояв симптомів, особливості поведінки, яка пов'язана з високим ризиком, та можливості отримання допомоги, а також можливості доступу до життєвих ресурсів;

- має уявлення про поточні показники військової сексуальної травми (ВСТ) серед жінок та чоловіків військовослужбовців і визнає, що високий ризик розладу психічного здоров'я часто зустрічається в тих, хто пережив ВСТ;

- знає про відмінності в поточній статистиці самогубств серед військовослужбовців, резервістів, ветеранів, пенсіонерів та членів сімей військовослужбовців порівняно з національною статистикою.

5. Лікування в структурі ЕРМР являє собою загальну інформацію про унікальні проблеми, які можуть виникнути при лікуванні клієнтів, які мають відношення до збройних сил, та підходи, що спираються на дослідження серед військовослужбовців, зокрема, на кращі практики військової системи охорони здоров'я, а також на цілісні, орієнтовані на потреби здорового способу життя підходи, що підтримуються дослідженнями серед військовослужбовців.

Професійний консультант:

- знає про науково обґрунтовані методи лікування, які використовуються міністерством оборони США та міністерством у справах ветеранів США (*англ.* United States Department of Veterans Affairs, VA – виконавчий департамент уряду США);

- визнає, що потреби в лікуванні можуть включати низку проблем, що поширені серед військовослужбовців (наприклад, сенсорні порушення, зниження пам'яті/концентрації, головний біль, порушення сну, фізичні симптоми та соціальна ізоляція);

- знає про додаткові міждисциплінарні послуги (наприклад, працетерапія, фізіотерапія, медична допомога, консультаційна допомога командування, служба психічного здоров'я, капелани та підтримка однолітків), що доступні в міністерстві оборони США та міністерстві у справах ветеранів США;

- розуміє ефекти фармакотерапії та при необхідності надає підтримку клієнту щодо відповідних послуг з медикаментозного лікування;

- підтримує розвиток навичок подолання труднощів для ефективного провадження діяльності в кількох сферах – таких, як кар'єра, відпочинок, житло, участь у громадському житті, фінансове благополуччя та міжособистісні відносини;

- розглядає можливість залучення до лікування сім'ї військовослужбовця та його друзів по службі;

- знає про комплексні підходи до лікування, що ґрунтуються на принципах турботи про психічне здоров'я, які підкріплені дослідженнями у сфері лікування військовослужбовців;

- шукає стратегії для покращення доступу військовослужбовців та їх залучення до роботи служб психічного здоров'я;

- визнає, що тривалість та темпи бойової діяльності впливають на планування надання послуг з охорони психічного здоров'я.

Працюючи у сфері військової служби, професійний консультант визнає, що лише обмежена кількість ветеранів, які

мають право на послуги, записані на обслуговування до спеціаліста управління охорони здоров'я ветеранів (*англ.* Veteran Health Administration – VHA).

6. Етика представляє здатність консультантів до самоаналізу та мотивацію до роботи з клієнтами, які пов'язані зі збройними силами.

Професійний консультант:

- підтримує компетентність шляхом опанування програми курсів професійної підготовки для роботи з військовослужбовцями та, коли це можливо, надає перевагу навчанню, що має практичний характер;

- визначає особисті та професійні мотиви для консультування військовослужбовців;

- визнає особисті цінності та погляди на воєнну політику; усуває потенційні упередження щодо військової служби або війни; визначає свої власні політичні погляди на поточні та минулі бойові операції;

- звертається за консультацією та за допомогою у разі виникнення етичних проблем, що притаманні військовослужбовцям;

- пам'ятає про вимоги законодавства, що викладені у федеральних правилах і законах міністерства оборони США, при документуванні та розкритті записів командуванню військовослужбовця, медичній комісії або військовому суду;

- активно дотримується правил і рекомендацій для попередження вигорання, деперсоналізації, втоми від співстраждання та погіршення самопочуття;

- оцінює та усуває потенційну можливість виникнення контрпереносу.

При роботі в умовах військової служби професійний консультант:

- враховує потенційний вплив на різницю в рівні повноважень при виконанні керівних або адміністративних обов'язків;

- роз'яснює різні позиції при оформленні документа про обґрунтовану добровільну згоду та розробляє план співробітництва зі співробітниками служби для вирішення проблеми перетину кордонів;

- готовий перервати особисті стосунки з колегами, коли потребуватиме клінічної послуги;

- дотримується вимог мінімального розкриття інформації та політики «необхідно знати», що розроблені федеральними правилами та міністерством оборони США, зважаючи на дозвільні норми;

- ухвалює наслідки визначення статусу придатності до служби, поважаючи відносини клієнт – консультант у процесі роботи;

- дотримується керівних принципів клінічної практики, приділяючи увагу гнучкості в межах протоколів, коли це відповідає найкращим інтересам клієнта;

- розглядає можливість направлення до інших установ на користь клієнта, коли це можливо.

7. Захист. Правозахисна діяльність базується на здатності консультантів розуміти та впливати на індивідуальні, системні та суспільні практики, докладати зусиль для розширення доступу до ресурсів психічного здоров'я для клієнтів, які пов'язані з військовою службою, та сприяти підвищенню ролі фахівців-консультантів, які працюють із військовослужбовцями.

Професійний консультант:

- пропагує засновані на міцних знаннях оздоровчі підходи під час консультування клієнтів, які пов'язані з військовою службою;

- бореться за розвиток та доступність психіатричної допомоги для військовослужбовців, приділяючи особливу увагу членам сім'ї, наприклад, дітям;
- формує співпрацю між установами, що обслуговують клієнтів, які пов'язані з військовою службою;
- складає добірку авторитетних ресурсів, які не належать до міністерства у справах ветеранів США, для надання клієнтам, які пов'язані з військовою службою;
- розуміє складнощі, що пов'язані з програмами пільг міністерства у справах ветеранів США, та захищає інтереси клієнтів для отримання допомоги, на яку вони мають право;
- підтримує ініціативи проведення тренінгів, які спрямовані на зниження стигми, що пов'язана з психічним здоров'ям серед військовослужбовців;
- підтримує ініціативи щодо проведення тренінгів з проблем культурної різноманітності для створення позитивних культурних змін, зокрема, зі зниження культурної стигми, що пов'язана з різними культурами серед військовослужбовців;
- розглядає, з метою підвищення компетентності консультантів, можливості навчання серед стажистів та фахівців, які працюють із клієнтами, пов'язаними з військовою службою;
- надає всіляку підтримку організаціям, які займаються проблемами зв'язку членів сімей військовослужбовців із суспільством;
- бореться за зміну законів, що суперечать етичним нормам консультантів;
- бореться за включення консультантів до числа фахівців з охорони психічного здоров'я військовослужбовців;
- активно допомагає військовослужбовцям строкової служби, резервістам, ветеранам, відставним військовим та сім'ям військовослужбовців у використанні правильної стратегії самозахисту.

Зважаючи на досвід консультування цивільними психологами військовослужбовців та членів їхніх сімей у США, в структурі готовності вітчизняного цивільного психолога до надання психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їх сімей слід виокремити такі компоненти:

- наявність сукупності знань щодо змісту, чинників, методів і технік надання психологічної допомоги особам, які беруть участь у бойових діях, та членам їхніх сімей. Такі знання суттєво знижують ризик деструктивних тенденцій, зокрема, неправильного сприйняття професійно навантаженої інформації та її спотворення;

- позитивне ставлення до надання психологічної допомоги, сукупність мотивів, що зумовлюють відповідне налаштування психолога;

- сукупність практичних умінь і навичок надання психологічної допомоги, зокрема:

- ведення конструктивного діалогу з клієнтами;
- здійснення самоконтролю в ускладнених ситуаціях професійної діяльності;
- використання оптимальних шляхів і засобів подолання стресових ситуацій у професійній діяльності тощо.

Лише високий рівень розвитку зазначених компонентів сприятиме готовності психологів до надання якісної психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їхніх сімей.

Психолог, який консультує, повинен:

- 1) зрозуміти характер професійної діяльності;
- 2) визначити бажаний результат;
- 3) проаналізувати особливості ситуації та коло проблем, вирішенню яких треба сприяти.

Крім того, психологічна робота з даним контингентом вимагає наявності низки компетенцій:

- знати діагностичні критерії розладів адаптації;
- розрізняти гострий розлад, хронічний розлад адаптації та посттравматичний стресовий розлад;
- відрізняти норму від психопатології;

- знати, до яких фахівців перенаправити в разі необхідності;
- знати критерії суїцидальної поведінки;
- розрізняти види агресії: приховану та відкриту, спрямовану на людей, на ситуацію та ауто агресію;
 - володіти ознаками безпечності – небезпечності поведінки клієнта;
 - вміти побудувати безпечні стосунки з людиною, що має розлад адаптації;
 - здійснити нормалізацію емоційного стану клієнта;
 - мати здатність витримувати агресію та інші емоційні стани, якщо вони не створюють загрози.

Таким чином, психологічна робота із військовослужбовцями вимагає від цивільного психолога ґрунтовної теоретичної підготовки, комплексу професійних компетенцій та всебічного прикладного застосування професійного інструментарію у військовій сфері.

Список використаних джерел

1. Артеменко А., Батаєва, К. Мілітарна ідентичність та соціальна адаптація ветеранів АТО/ООС : монографія. Харків : Видавництво ХГУ «НУА», 2022. 192 с.
2. Беспаленко А. А., Щеглюк О. І., Кіх А. Ю., Бур'янов О. А., Волянський О. М., Корченко В. В., Михайловська М. М. Алгоритм реабілітації військовослужбовців з ампутацією кінцівок на основі мультипрофесійного та індивідуального підходу. *Український журнал військової медицини*. №1. Т. 1. 2020. DOI:10.46847/UJMM.2020.1(1)-064.
3. Бойовий статут механізованих і танкових військ Сухопутних військ Збройних Сил України. Ч. II. Батальйон, рота. Затверджено наказом Командувача Сухопутних військ Збройних Сил України від 30.12.2016 № 605. Київ, 2016. 323 с.
4. Бойовий статут механізованих і танкових військ Сухопутних військ Збройних Сил України. Ч. III. Взвод, відділення, екіпаж. Затверджено наказом Командувача Сухопутних військ Збройних Сил України від 25.05.2016 № 238. Київ, 2016. 307 с.
5. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева. 2015. 416 с.
6. Горбунова В. В., Климчук В. О. Посттравматичний стресовий розлад VERSUS: посттравматичне зростання. *Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції* : матеріали міжвідом. наук.-практ. конф., м. Київ, 30 берез. 2016 р. Київ, 2016. 248 с.
7. Грибок А. О. Психічне здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України як головний фактор успішного виконання бойових завдань в складних та екстремальних умовах. *Актуальні проблеми психології. Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. Київ, 2018. Том. XI : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 18. С. 21–40.

8. Гридковець Л. М., Вашека Т. В. Психологічне консультування : посіб. Київ : Літера, 2015. 207 с.
9. Євсюков О. П., Куфлієвський А. С., Лебедєв Д. В. та ін. Екстремальна психологія : підручник / за ред. О. В. Тімченка. К. : ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
10. Журавльова Н. Ю. Особливості формування підтримуючих стосунків у психотерапевтичній роботі з сім'ями ветеранів / Н. Ю. Журавльова / Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : Видавничий Дім «Слово». С. 129–154. URL: <http://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/708934> (дата звернення: 07.10.2022).
11. З нової української лексики. Інститут мовознавства імені О. О. Потебні НАН України. URL: <https://www.facebook.com/inmo.org.ua>. (дата звернення: 04.12.2022).
12. Кальниш В. В., Пишнов Г. Ю., Варивончик Д. В. Актуальні проблеми психофізіологічного стану учасників бойових дій. Україна. Здоров'я нації. 2016. № 4 (1). С. 37–43. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_4%281%29__8 (дата звернення: 04.12.2022).
13. Климчук В. О. Мотиваційний дискурс особистості в інтеракційному просторі : дис. ... д-ра. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2015. 412 с. URL: <https://ispp.org.ua/2020/05/06/klimchuk-v-o-motivacijnij-diskurs-osobistosti-v-interakcijnomu-prostori/> (дата звернення: 04.12.2022).
14. Клінічні рекомендації з надання медичної допомоги пацієнтам з неврологічними, психічними та поведінковими розладами / за ред. Волошина П. В., Лінського І. В., Марути Н. О., Волошиної Н. П., Міщенко В. М., Дубенка А. Є. Харків : Видавець Строков Д. В., 2021. 376 с.
15. Коkun О. М. Всеукраїнське опитування «Твоя життєстійкість в умовах війни» : препринт. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України. 2022. 46 с.

16. Коқун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Корня Л. В. Психологічне вивчення особового складу Збройних Сил України : метод. посіб. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 288 с.
17. Коқун О. М., Мороз В. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Діагностика схильності військовослужбовців до ігрової залежності : метод. посіб. К. : 7БЦ, 2022. – 144 с.
18. Короткотривала інтервенція щодо вживання небезпечних та шкідливих речовин (в рамках пакету проєкту ASSIST (ВООЗ): посібник для застосування під час надання первинної медичної допомоги / підготував Р. Гуменюк... [та ін.]. ВООЗ, 2010. 49 с.
19. Лесков В. О., Грязнов І. О. Сутність і причини виникнення нервовопсихічних розладів у військовослужбовців після проходження служби в умовах бойових дій. *Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України*. Київ, 2006. Т. VIII. Вип. 3. С. 91–97.
20. Ліпатов І. І., Шестопалова Л. Ф., Афанасенко В. С. Психологічна адаптація військовослужбовців до бойової діяльності : навч. посіб. Х. : ХВУ, 1999. 148 с.
21. Люта О. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців – учасників бойових дій. URL: <https://narkosumy.lic.org.ua/statti/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad-u-vijskovosluzhbovtsiv-uchasnykiv-bojovyh-dij/> (дата звернення: 02.11.2022).
22. Лютий В. П. Нехімічні адикції як предмет соціальної роботи. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. Луганськ. 2013. № 11 (270). С. 158–166.
23. Мачерет Є. Л., Чуприна Г. М., Морозова О. Г., Коркушко О. О. та ін. Патогенез, методи дослідження та лікування больових синдромів : посіб. Х. : ВПЦ Контраст, 2006. 168 с.
24. Мележик Т. «Таблетка», «маслята», «ситуація 4.5.0» : військовий сленг Збройних Сил України. URL: <https://tsn.ua/ato/tabletka-maslyata-situaciya-4-5-0-viyskoviy-sleng-zbroynih-sil-ukrayini-2121913.html>. (дата звернення: 22.11.2022).

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

26. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. / Гридковець Л. та ін. ; за заг. ред. Л. Гридковець. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf> (дата звернення: 22.10.2022).

27. Особливості стосунків «психотерапевт – клієнт» у сучасному соціокультурному середовищі : монографія / З. Г. Кісарчук та ін. ; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2017. С. 225.

28. П'юселік Ф. У вас є зо п'ять років, щоби змінити катастрофічний для країни сценарій. 02. 04. 2017. URL: https://kurs.if.ua/articles/frenk_pyuselik_u_vas_ie_zo_pyat_rokiv_shcho_by_zminyty_katastrofichnyu_dlya_krainy_stsenariy_52146.html/ (дата звернення: 27.10.2022).

29. Пееар Т. Комплексная реабилитация лиц, переживших пытки. Руководство для фасилитатора. 2011. URL : https://cdn.penalreform.org/wp-content/uploads/2013/05/Holistic-Rehabilitation_Rus_Ughigh.pdf (дата звернення: 02.11.2022).

30. Поради родинам учасників бойових дій. 11. 02. 2018. URL: <https://life-after-ato.com.ua/post/351> (дата звернення: 17.11.2022).

31. Предупреждение пыток: Справочник для персонала ОБСЕ на местах. ОБСЕ. 2009. URL : <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=498aab152> (дата звернення: 02.11.2022).

32. Психіатрія та наркологія. Інструменти вимірювання залежностей : навч. посіб. / [кол. авт.], за ред. О. О. Сердюка, В. В. Чугунова ; Харків. нац. ун-т внутр. справ ; Запорізьк. держ. мед. ун-т ; ун-т Вейна ; Мічиган. ун-т. Харків - Запоріжжя, 2022. 272 с.

33. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій : метод. посіб. / З. Г. Кісарчук,

Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко ; за ред. З. Г. Кісарчук. К. : Логос, 2015. 207 с.

34. Психологічне забезпечення оперативно-службової діяльності працівників міліції. Ч. 9. Психологічна допомога працівникам ОВС, які виконують службові обов'язки в екстремальних умовах діяльності : навч.-метод. посіб. / Д. О. Александров, О. А. Левенець. К. : Національна академія внутрішніх справ, 2015. 121 с.

35. Словник «Військових термінів та скорочень (аббревіатур)». ВКП 1-00(01).01. Затверджено начальником Генерального штабу Збройних Сил України 13 жовтня 2020 р. 56 с.

36. Словник професійної термінології для майбутніх фахівців Національної гвардії України (до курсу «Українська мова за професійним спрямуванням») / Уклад.: М. П. Вовк, Р. С. Троцький, В. С. Молдавчук, О. В. Чуприна, О. А. Блінов, С. І. Шепель; за ред. А. О. Пожидаєва. К. : НАВС України, 2016. 156 с.

37. Стамбульський протокол. Посібник з питань ефективного розслідування і документування фактів катувань та іншого жорстокого, нелюдського чи такого, що принижує гідність, поводження або покарання. Нью-Йорк і Женева : Видання Організації Об'єднаних Націй, 2004. 137 с. URL: <https://ukraine.un.org/sites/default/files/2021-06/Istanbul%20Protocol%20in%20Ukrainian.pdf> (дата звернення: 02.11.2022).

38. Ульянов К. Броньований розум. Бойовий стрес та психологія екстремальних ситуацій. Київ : ПП «КП» УкрСІЧ», 2020. 304 с.

39. Череповська Н. І. Деструктивні інформаційні впливи медіа та профілактика їхніх наслідків у військовослужбовців та ветеранів АТО. *Психологічна допомога особам, які беруть участь в антитерористичній операції* : матеріали міжвідом. наук.-практ. конф., м. Київ, 30 берез. 2016 р. Київ, 2016. 248 с.

40. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. Washington, D.C. : American Psychiatric Association, 2013. 947 p. URL:

<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm> (дата звернення: 07.11.2022).

41. Amputee Coalition. Emotional Recovery Fact Sheet. September 2021. URL: <https://www.amputee-coalition.org/> (дата звернення: 09.10.2022).

42. Antichi L., Giannini M., Loscalzo Y. Military Counseling: A Narrative Review. URL: <https://www.researchgate.net/publication/359894560> (дата звернення: 09.10.2022).

43. Beebe G. W. Follow-up studies of World War II and Korean war prisoners: II. Morbidity, disability and maladjustments. *American Journal of Epidemiology*. vol. 101 (1975), pp. 400–422.

44. Briere J. Principles of trauma therapy: a guide to symptoms, evaluation, and treatment / J. N. Briere, C. Scott. Second edition, DSM-5 update. University of Southern California, Keck School of Medicine, 2012–428 p.

45. Britt T. W. (2000). The Stigma of Psychological Problems in a Work Environment: Evidence From the Screening of Service Members Returning From Bosnia. *Journal of Applied Social Psychology*. 30(8), 1599-1618. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02457.x>. (дата звернення: 14.10.2022).

46. Cater J. Traumatic amputation: Psychosocial adjustment of six Army women to loss of one or more limbs. *The Journal of Rehabilitation Research and Development*. 49(10):1443-56. December 2012. DOI:10.1682/JRRD.2011.12.0228

47. Dadfar A. (1994). The Afghans: Bearing the scars of a forgotten war. In A. J. Marsella, T. Bornemann, S. Ekblad, & J. Orley (Eds.), *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees*. American Psychological Association. pp. 125–139. URL: <https://doi.org/10.1037/10147-006> (дата звернення: 14.10.2022).

48. Dadkhah B., Valizadeh S., Hassankhani H. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review article. *Healthmed*. January 2013 7(2):502-507 URL: https://www.researchgate.net/publication/236215759_Psychosocial_adjustment_to_lower-limb_amputation_A_review_article. (дата звернення: 11.10.2022).

49. Domenici P. (2016) Military Patients: Recommendations for Treating Service Members // The national register report. URL: <https://www.nationalregister.org/pub/the-national-register-report-pub/the-register-report-fall-2016/military-patients-recommendations-for-treating-service-members/> (дата звернення: 12.11.2022).

50. Engdahl B. E. and others. Comorbidity and course of psychiatric disorders in a community sample of former prisoners of war. *American Journal of Psychiatry*. vol. 155 (1998). pp. 1740–1745.

51. Farias P. J. Emotional distress and its socio-political correlates in Salvadoran refugees: analysis of a clinical sample. *Culture, Medicine and Psychiatry*. vol. 15 (1991). pp. 167–192.

52. Fischer G. and Gurriss N. F. Grenzverletzungen: Folter and sexuelle Traumatisierung. Praxis der Psychotherapie : Ein integratives Lehrbuch für Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. W. Senf and M. Broda, eds. (Stuttgart, Thieme, 1996).

53. Goffman E. Stigma : notes on the management of spoiled identity / E. Goffman. Englewood Cliffs, N.J. : Prentice-Hall, 1963. 147 p.

54. Goffman, E. Stigma : notes on the management of spoiled identity. 3 ed., reprint. London [u.a.] : Penguin Books, 1990. 173 p.

55. Grinker R., Spiegel J. Men Under Stress. Philadelphia, 1945. pp. 86–106.

56. Handbook of Solution-Focused Brief Therapy: Clinical Applications / 1st Edition / Thorana S. Nelson, Frank N. Thomas, editors. Haworth press, 2007. 458 p.

57. Hartung F., Jamrozik A., Rosen M. E. et al. Behavioural and Neural Responses to Facial Disfigurement. *Sci Rep* 9, 8021 (2019). URL: <https://doi.org/10.1038/s41598-019-44408-8>. (дата звернення: 13.11.2022).

58. Hayden S., Buzzetta M. (2014). HOPE for the FUTURE: Career Counseling for Military Personnel and Veterans with Disabilities. *Career Planning & Adult Development Journal*, 30(3), P. 52-64. URL: https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=hHU_SWQAAAAAJ&citation_for_view=hHU_SWQAAAAAJ:9vf0nzSNQJEC (дата звернення: 03.12.2022).

59. Hirono T. Preventing Soldiers' and Veterans' Suicide by Pastoral Counseling and Mental Health Treatment. *The Journal of Pastoral Care & Counseling: Advancing theory and professional practice through scholarly and reflective publications*. Vol. 73(3). pp. 176–182. URL: <https://doi.org/10.1177/1542305019872433> (дата звернення: 18.10.2022).
60. Holtan N. R. How medical assessment of victims of torture relates to psychiatric care, *Caring for Victims of Torture*, J. M. Jaranson and M. K. Popkin, eds. (Washington, D.C., American Psychiatric Press, 1998), pp. 107–113.
61. Horgan O., Maclachlan M. Psychosocial adjustment to lower-limb amputation: A review. *Disability and Rehabilitation*. 26(14-15):837-50. July 2004. DOI:10.1080/09638280410001708869.
62. Johnston S. L., Robinson C., Earles J. E., Via J., & Delaney E. M. (2017). State of Psychology in the US Armed Forces. In S. Bowles, & P. Bartone (Eds.), *Handbook of Military Psychology*. pp. 1–15. Cham: Springer. DOI:https://doi.org/10.1007/978-3-319-66192-6_1.
63. Jordan B. K. and others, Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls, *Archives of General Psychiatry*, vol. 48, No 3, (1991) pp. 207–215.
64. Keane T. M. and Wolfe J., Comorbidity in post-traumatic stress disorder: an analysis of community and clinical studies, *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 20(21) (1990), pp. 1776-1788.
65. Keeling M., Williamson H., V. S. Williams, Kiff J., Evans S., Murphy D., and Harcourt D. Body image and psychosocial well-being among UK military personnel and veterans who sustained appearance-altering conflict injuries. *Military Psychology*. 2022. URL: <https://doi.org/10.1080/08995605.2022.2058302>. (дата звернення: 03.10.2022).
66. Kime P. Rand: Civilian mental health providers don't 'get' the military. Nov 21, 2014. URL: <https://www.militarytimes.com/pay-benefits/military-benefits/health-care/2014/11/21/rand-civilian-mental-health-providers-don-t-get-the-military/> (дата звернення: 15.11.2022).

67. Kristine L. Rae Olmsted, Brown J. M., Vandermaas-Peeler J. R., Tueller S. J., Johnson R. E., & Gibbs D. A. (2011). Mental health and substance abuse treatment stigma among soldiers. *Military Psychology*. Vol. 23(1). pp. 52–64. URL: <https://doi.org/10.1080/08995605.2011.534414> (дата звернення: 17.10.2022).

68. Kulka R. A. and others. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. New York, Brunner/Mazel, 1990. 322 p.

69. Ladlow P., Phillip R., Etherington J., Coppack R., Alexander N. Bennett, et al. Functional and Mental Health Status of United Kingdom Military Amputees Postrehabilitation. October 14, 2014, Bristol, UK. URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003999315006486> (дата звернення: 12.10.2022).

70. Ligthelm E. J., & Wright, S. C. D (2014). Lived experience of persons with an amputation of the upper limb. *International Journal of Orthopaedic and Trauma 24 Nursing*, 18, pp. 99–106.

71. Linley A., Joseph S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*. Vol. 17, №. 1, February 2004, pp. 11–21.

72. Loscalzo Y., Giannini M., Gori A., & Fabio A. D. (2018). The Wellbeing of Italian Peacekeeper Military: Psychological Resources, Quality of Life and Internalizing Symptoms. *Frontiers in Psychology*. 9, 103. URL: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00103> (дата звернення: 16.10.2022).

73. Mckechnie P. S., Johnb A. Anxiety and depression following traumatic limb amputation: A systematic review. *Injury*. Vol. 45, Issue 12, December 2014, pp. 1859–1866 .

74. Mollica R. F. and Caspi-Yavin Y. Overview: the assessment and diagnosis of torture events and symptoms, in *Torture and Its Consequences, Current Treatment Approaches*. M. Başoğlu, ed. Cambridge, Cambridge University Press, 1992. pp. 38–55.

75. Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems / Second Edition / Edited by H. Arkowitz, W. R. Miller, and S. Rollnick. Guilford press, 2017. 400 p.

76. Pereira M. Grac A, Ramos C., Lobarinhas A., Machado J. Cunha and Pedras S. Health and Disability Satisfaction with life in individuals with a lower limb amputation: The importance of active coping and acceptance. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2018. №59. pp. 414–421. DOI: 10.1111/sjop.12444.

77. Pomares G., Coudane H., Dap F., Dautel G. Psychological effects of traumatic upper-limb amputations. *Orthop Traumatol Surg Res.* Mar 13. 2020 Apr; 106(2):297-300. URL: <https://doi:10.1016/j.otsr.2019.12.013>. (дата звернення: 07.10.2022).

78. Prochaska J. A., DiClemente C. C. and Norcross J. C. In search of how people change. Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 1992. № 47. P. 1102-1114.

79. Prosek E. A., Burgin E. E., Atkins K. M., Wehrman J. D. et al. Exemplary Practices for Military Populations. April 2021. URL: https://www.researchgate.net/publication/356873079_Exemplary_practices_for_military_populations_Republication_of_Compencies_for_counseling_military_populations (дата звернення: 07.11.2022).

80. Quinnett P. The Key to Successful Therapy. – In: «Psychology. – The Annual Edition Series», Twentieth Edition, Dushkin Publishing Group, Inc., 1990, pp. 190–193.

81. Sampson J. P. Jr., Peterson G. W., Lenz J. G. & Reardon R. C. (1992). A cognitive approach to career services: Translating concepts into practice. *The Career Development*. Vol. 41(1), pp. 67–74. URL: <https://doi.org/10.1002/j.2161-0045.1992.tb00360.x> (дата звернення: 07.11.2022).

82. Sampson J. P., Reardon R. C., Peterson G. W. & Lenz J. G. (2004). Career Counseling & services: A cognitive information processing approach. Bonn: Brooks/Cole).

83. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it? *Lancet*. 1998. Vol. 352(9133):1058-1059. DOI:10.1016/S0140-6736(98)08008-8.

84. Shalev A. Y., Bleich A., Ursano R. J. Posttraumatic stress disorder: somatic comorbidity and effort tolerance. *Psychosomatics*. Vol. 31 (1990), pp. 197–203.

85. Thijs T.C.F. van Dongen, Eelco P. Huizinga, Loes G.M. de Kruijff, Arie C. van der Krans, Jochem M. Hoogendoorn, Luke P. H. Leenen, Rigo Hoencamp. Amputation: Not a failure for severe lower extremity combat injury. *Injury*. Vol. 48, Issue 2, February 2017. pp. 371–377.

86. Vision Loss and Mental Health. Center for Disease Control and Prevention. URL: <https://www.cdc.gov/visionhealth/resources/features/vision-loss-mental-health.html#:~:text=Loss%20of%20vision%20has%20been,loss%20reported%20anxiety%20or%20depression>. (дата звернення: 06.10.2022).

87. Weinstein E. A. (1995). Disabling and disfiguring injuries. *War psychiatry*. ed. Franklin D. Jones et al. Office of The Surgeon General, 1995. pp. 353–381.

88. Wolfe-Clark A. L., & Bryan C. J. (2017). Integrating two theoretical models to understand and prevent military and veteran suicide. *Armed Forces & Society*. Vol. 43(3). pp. 478–499. URL: <https://doi.org/10.1177%2F0095327X16646645> (дата звернення: 27.10.2022).

89. Yang C. M., Lin S. C., Cheng C. P. Transient insomnia versus chronic insomnia: a comparison study of sleep-related psychological/behavioral characteristics. *J. Clin. Psychol.* 2013. Vol. 69. pp. 1094–1107. DOI: 10.1002/jclp.22000.

90. Yule A. M., Kelly J. F. Integrating treatment for co-occurring mental health conditions. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2019. T. 40. №. 1.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Короткий словник військової термінології та сленгу

АБОРТ – вилучення міни, яка дала осічку, зі ствола.

АВАТАР – військовий, який зловживає алкогольними напоями; будь-який нетверезий військовослужбовець.

АРТА – артилерія.

АСВАБАДІТЄЛІ – (евфемізм) російські окупаційні війська, поневолювачі.

АТО – антитерористична операція.

БАНДЕРІВСЬКИЙ СМУЗІ (УЗВАР БАНДЕРИ, УЗВАР ПО-БАНДЕРІВСЬКИ) – сучасна українська назва запальної гранати «коктейль Молотова».

БАНДЕРОЛЬ – посилка з України: мертвий окупант у мішку, дарунок для рідних.

БАНДЕРОМОБІЛЬ – бойовий автомобіль Збройних Сил України, що має підвищену прохідність, оснащений великокаліберним стрілецьким озброєнням і мінометами.

БАНКА – стілець без спинки (лише у моряків).

БАРДАК – БРДМ (бойова розвідувально-дозорна машина).

БАТАЛЬЙОН – самостійне військове формування, що складається із підрозділів і призначене для виконання тактичних бойових завдань.

БАТАРЕЯ – підрозділ в ракетних, артилерійських, зенітних частинах та на кораблях. Структурно відповідає роті та складається зі взводів і відділень.

БЕТЕР – БТР (бронетранспортер).

БІЙ – основна форма воєнних дій тактичного рівня. Бій може бути загальновійськовим (оборонним і наступальним), вогневим, повітряним, протиповітряним, морським. Складовими елементами бою є удар, вогонь і маневр.

БЛОКПОСТ – обладнане в інженерному плані місце або ділянка місцевості, на якій виконує службово-бойові завдання підрозділ, призначений для безперервного контролю за рухом транспорту і людей на дорогах, в'їздах (виїздах) до населених пунктів, району бойових дій, здатний самостійно тримати кругову оборону.

БМД – бойова машина десанту.

БМП – бойова машина піхоти.

БОБРИ – інженерний підрозділ (оскільки вони постійно щось будують).

БОЙОВІ ДІЇ – особлива форма воєнних дій тактичного рівня, яка застосовується військовими частинами і підрозділами для виконання тактичних (оперативно-тактичних) бойових завдань у рамках операції угруповання військ або самостійно, а також між боями (операціями).

БРДМ – бойова розвідувально-дозорна машина.

БРОНІК – бронезилет.

БТГр – батальйонна тактична група, тактичний маневрений механізований (танковий) підрозділ у складі від 500 до 1000 осіб, посилений приданими силами і засобами.

БТР – бронетранспортер.

БУМЕР або **БЕХА** – БМП (бойова машина піхоти).

БУРАТИНО – військові, які «прогулюють» всю заробітну плату в перші два дні.

ВАРТА – озброєний підрозділ, відряджений для виконання бойового завдання з метою охорони та оборони військових об'єктів, бойових прапорів та осіб, яких тримають на гауптвахті й у дисциплінарній частині (батальйоні).

ВАРТОВИЙ – військовослужбовець зі складу варти.

ВЕСЛО – гвинтівка; самозарядна гвинтівка Дегтярьова.

ВETERAN – учасник бойових дій, учасник війни, особа з інвалідністю внаслідок війни, військовослужбовець з вислугою 25 і більше років; досвідчений військовослужбовець.

ВЗВОД – військовий підрозділ, складовий елемент роти. Склад взводу від 10 до 30 осіб.

ВІДДІЛЕННЯ – первинний військовий підрозділ, складовий елемент взводу. Склад відділення від 3 до 10 осіб.

ВІДПРАВИТИ НА КОНЦЕРТ КОБЗОНА – (жарт.) відправити загарбників на той світ, символічно приєднавши їх до покійного проросійського співака кобзона.

ВІЙСЬКОВА ЧАСТИНА, ВЧ – основна військова одиниця постійної організації у військових формуваннях, що організаційно може входити до складу більшої військової частини або з'єднання. Є самостійною юридичною особою. Військовою частиною є окремий батальйон, полк, бригада, орган військового управління та рівні їм формування.

ВІЙСЬКОВЕ ФОРМУВАННЯ – створена відповідно до законодавства України сукупність військових з'єднань і частин та органів управління ними, які комплектуються військовослужбовцями і призначені для оборони України, захисту її суверенітету, державної незалежності і національних інтересів, територіальної цілісності і недоторканності у разі збройної агресії, збройного конфлікту чи загрози нападу шляхом безпосереднього ведення воєнних (бойових) дій.

ВОГНЕВІ ТОЧКИ – це обладнані замасковані позиції, що використовуються для забезпечення надійної охорони і оборони блокпоста.

ВОГОНЬ – ураження противника стрільбою (пуском) з різних видів зброї (озброєння).

ВОЇН (БОЄЦЬ) – людина, яка проходить військову службу у військовому формуванні.

ГАЛЬЮН – туалет у моряків.

ГУБА – місце, де відбуваються покарання (гауптвахта).

ДАВИТИ НА МАСУ – міцно спати.

ДАШКА – ДШК (Дегтярьова-Шпагіна крупнокаліберний) або станковий кулемет (12,7 мм).

ДЕМОБІЛІЗАЦІЯ, ДМБ, ДЕМБЕЛЬ – процес звільнення військовослужбовців, призваних за мобілізацією, з військової служби.

ДЕНАЦИФІКАЦІЯ УКРАЇНИ – (евфемізм) намір окупантів ліквідувати українську державність, знищити українську мову та культуру; деукраїнізація України, зачистка України від українців.

ДИВІЗІОН – основний вогневий і тактичний підрозділ в ракетних, артилерійських, зенітних частинах та на кораблях. Структурно відповідає батальйону та складається із батарей, взводів і відділень.

ДЖГУТ, ТУРНІКЕТ – це пристрій для стискання кровонесних судин кінцівок для зупинки кровотечі, що знаходиться дистально від стрічки джгута.

ДРГ – диверсійно-розвідувальна група; підрозділ спеціального призначення, який формується для розвідки і диверсій у тилу супротивника.

ДУЙЧИК – обігрівач.

ЕКІПАЖ – члени однієї команди, об'єднані для виконання спільного бойового завдання, наприклад, екіпаж танку, бойової машини, корабля, літака тощо.

ЄНОТИ – десантники (тому що вони також смугасті).

ЗАГАЛЬНА МОГИЛІЗАЦІЯ – (жарт.) назва мобілізації на росії, процес цілковитого знищення російських окупантів на теренах України.

ЗАМОК – заступник командира взводу.

ЗАТРИДНІ – нереально для здійснення, виконання (про плани ворога).

ЗАЧИЩЕННЯ – виявлення та знешкодження, як правило, на попередньо блокованій або звільненій території озброєних злочинців (противника), сховищ з вогнепальною зброєю, боєприпасами та іншими небезпечними речовинами, розмінування об'єктів та ділянок місцевості з метою створення безпечних умов переміщення військ та проживання цивільного населення.

ЗЕЛЕНКА – кущі, зарості, лісиста місцевість.

ЗМІЙ ГОРИНИЧ – вогневий заряд машини розмінування УР-77 «Метеорит».

ЗРАДА, РОЗГАНЯТИ ЗРАДУ – будь-яка важка або незрозуміла ситуація; нагнітання обстановки, збурення, інколи – розповсюдження неперевіреної інформації.

ІПП – (застаріл.) індивідуальний перев'язувальний пакет.

ІПСО – інформаційно-психологічні операції.

КАЛАШ або **КАЛАШМАТ** – автомат Калашникова.

КАРАНДАШ – осколочний снаряд для гранатомета РПГ-7.

КАРАТЄЛЬ – бандити з терористичної організації «Л/ДНР».

КІБОРГИ – захисники донецького аеропорту під час російсько-української війни; узагальнена назва незламності українських воїнів.

КОМБРИГ – командир бригади.

КОМБАТ – командир батальйону, командир батареї (в ракетних військах та артилерії, зенітно-ракетних військах).

КОМБАТАНТ – згідно з визначенням ООН, це всі безпосередні учасники бойових дій зі зброєю в руках.

КОМОК – камуфляжна уніформа.

КОНТРАБАС, КОНТРАЧ – військовослужбовець військової служби за контрактом солдатського або сержантського складу.

КП (ЗКП) – командний (запасний командний) пункт.

КПП – контрольно-перепускний пункт.

КСП – командно-спостережний пункт, створюється в батальйоні (роті) для управління підрозділами.

КСЮША або **КСЮХА** – автомат АКСУ (автомат Калашникова складений укорочений) або протитанкова граната.

КТП – контрольно-технічний пункт.

КОМДИВ – командир дивізіону (в ракетних військах та артилерії, зенітно-ракетних військах).

КРАЙНІЙ – останній (пов'язано із забобонами щодо заборони вживання слова «останній» відносно виконання службово-бойових завдань).

ЛЄНТОЧКА – колона військової техніки.

ЛИМОН або **ЛИМОНКА** – граната.

МАЗЕПИНКА – кашкет військової уніформи.

МАМАЛИГА – несмачна їжа.

МАНЕВР – організоване пересування військових частин і підрозділів у ході бою (дій). Видами маневру є: охоплення, обхід, відхід і маневр вогнем.

МАНЕВРЕНА ОБОРОНА – оборона, яка застосовується на тих напрямках, де можливе тимчасове залишення окремих районів території через відсутність достатніх сил для ведення позиційної оборони.

МАРШ – організоване пересування військ у колонах з метою виходу в призначений район у встановлений час у повному складі та у готовності до виконання бойового завдання.

МАСЛЯТА – патрони.

МЄХВОД або МЄХАН – механік-водій бойової броньованої машини.

МІНІСТЕРСТВО ВІЙНИ РФ – присутня назва установи, яку офіційно називають міністерством оборони рф.

МІШКІ – танковий підрозділ (достеменно невідомо, звідки пішла така цікава назва, можливо, через шлемофони та чорний колір форменого одягу танкістів, що зовні нагадує силуети гімалайських ведмедів).

МОЛОКО – простір навколо цілі, ПОПАСТИ В МОЛОКО – схибити, не поцілити в ціль.

МОЛОТОК – ПТУР (протитанкова керована ракета).

МОТОЛИГА – МТ-ЛБ (багатоцільовий транспортер (тягач) легко броньований).

МУЛЬТИКАМ або МУЛЬТИК – універсальне камуфльоване забарвлення для різних місцевостей, польовий костюм військовослужбовців країн-членів НАТО.

МУХА – РПГ-18 (ручний протитанковий гранатомет).

НАТАШКА – вантажний автомобіль «Урал».

НІЧНИК або ОЧІ – прилад нічного бачення.

НІШТЯКИ – смаколики, які отримують військові від волонтерів.

НЗФ – незаконне збройне формування.

НОРА – бліндаж.

НУЛЬ – перша лінія оборони, лінія бойового зіткнення, лінія фронту; синонім ПЕРЕДОК.

ОБВІСИ – додаткове навісне обладнання, яке використовується на стрілецькій зброї.

ОГІРКИ, МОРКВИ та КАБАЧКИ – боєприпаси до ПТРК, СПГ та РПГ.

ООС – операція Об'єднаних сил.

ОПОРНИЙ ПУНКТ ВЗВОДУ (РОТИ) – ділянка місцевості, яка підготовлена в інженерному аспекті і зайнята взводом (ротою) для виконання поставленого завдання.

ОРКИ – російські окупаційні війська, що вдерлися в Україну; первісно – фантастичні істоти, злі кремезні варвари зі звіриними рисами.

ПАЛЯНИЦЯ – слово-пароль, що слугує для розпізнавання диверсантів.

ПАТРУЛЬ – це рухомий наряд з двох-трьох військовослужбовців (начальник патруля і патрульні), який виконує завдання шляхом обходу (об'їзду) маршруту й огляду його окремих ділянок.

ПЕРЕДОК – передова, синонім – НУЛЬ.

ПЄДАЛІ – взуття.

ПІДРОЗДІЛ – військова одиниця постійної організації, головним чином однорідного складу, що організаційно входить до складу більшого підрозділу або військової частини. Підрозділами є відділення, взвод, рота (батарея), батальйон (дивізіон).

ПІДСНІЖНИКИ – осколки від мін, які були витягнуті з тіла.

ПКСЕЛЬКА – польова уніформа військовослужбовця Збройних Сил України.

ПЗРК – переносний зенітно-ракетний комплекс.

ПЛЮС – заміник згоди, підтвердження.

ПЛЮС-ПЛЮС – заміник фрази «все добре».

ПОБРАТИМ – названий брат, близький друг, товариш, з яким воїн виконував бойові завдання, воював; у широкому розумінні – всі військовослужбовці України, які брали участь у боротьбі проти російського агресора.

ПОКЕМОН – ПКМ (кулемет Калашникова модернізований).

ПОРАНЕНИЙ – військовослужбовець, який отримав ушкодження.

ПОРОСЯТА – снаряди до мінометів.

ПОСЛАТИ УСЛІД ЗА РОСІЙСЬКИМ КОРАБЛЕМ – вказати напрям на три букви.

ПОСТ – об’єкт, що його має охороняти й обороняти чатовий, а також місце, на якому цей об’єкт знаходиться.

ПОТЄРЬНЄТ (за зразком ІХТАМНЄТ) – пропагандистське твердження про буцімто відсутність бойових утрат у лавах російських окупаційних військ.

ППО – протиповітряна оборона.

ПТАШКА – БПЛА (безпілотний літальний апарат).

ПТРК – протитанковий ракетний комплекс.

ПУ – пункт управління, спеціально обладнане та оснащене технічними засобами місце, з якого здійснюється управління підрозділами під час підготовки бою (дій) та в ході його ведення.

РАДІОЗВ’ЯЗОК – вид зв’язку, за допомогою якого обмін інформацією в системах управління військами і зброєю здійснюється з використанням радіозасобів різних діапазонів радіохвиль. До засобів радіозв’язку належать радіопередавачі, радіоприймачі і відповідні антени (антенні системи).

РАЦУХА або РАДЄЙКА – рація.

РАШИЗМ – ідеологія та практика войовничого російського шовінізму під назвою «руській мір», яка прагне до ліквідації української державності та знищення українців як нації, сучасний різновид нацизму.

РАШИСТ – сповідувач ідеології рашизму; одна з назв російського окупанта.

РЕКОГНОСЦИРОВКА – візуальне вивчення противника і району майбутніх дій, яке проводиться на місцевості з метою уточнення прийнятого командиром рішення.

РОБОЧА КАРТА – один з основних бойових документів, за допомогою якого командири підрозділів організовують і здійснюють управління в бою.

РОЗГРУЗКА – розвантажувальний жилет.

РОЗРАХУНОК, ОБСЛУГА – група військовослужбовців, які безпосередньо обслуговують та виконують бойові завдання з використанням артилерійської системи, кулемету, інших видів зброї і техніки; первинна (найнижча) організаційна одиниця.

РОТА – нижча тактична одиниця, військовий підрозділ, що складається із взводів і відділень, призначене для виконання тактичних бойових завдань. Склад роти від 30 до 150 осіб.

РПГ – ручний протитанковий гранатомет.

РПК – 7,62 мм ручний кулемет Калашникова.

РПО – реактивний піхотний вогнемет.

РСЗО, МЛРС (іноземний аналог) – ракетна система залпового вогню.

САНІТАРНІ ВТРАТИ – втрата військовослужбовцями боєздатності (працездатності) не менше, ніж на одну добу, для відновлення якої необхідні госпіталізація та лікування.

САПОГ – СПГ-9 (станковий протитанковий гранатомет).

САУШКА – самохідна артилерійська установка.

СБЗ – службово-бойове завдання.

СВИНОСОБАКА (калька з нім. Schweinehund) – сволота, негідник, нікчема (про російських зайд).

СИТУАЦІЯ 4.5.0. – все спокійно.

СП – спостережний пост.

СПГ – станковий протитанковий гранатомет.

СУМРАКИ – розвідники.

СУШКА – різноманітні авіаційні винищувачі (типу Су-30, Су-27 чи Су-57).

ТАБЛЕТКА – фургон, санітарний автомобіль, мікроавтобус, вантажівка з приводом на всі колеса, які використовуються, як медична машина.

ТЕРОБОРОНА – підрозділи територіальної оборони Збройних Сил України, а також добровольчі формування, створені місцевими органами самоврядування для захисту мешканців територіальних громад.

ТІКТОК-ВІЙСЬКА – війська кадрилівців, які викладають у соцмережах чимало «переможних» відео та світлин, але в реальний бій не вступають.

ТРАКТОРНІ ВІЙСЬКА УКРАЇНИ – (жарт.) підрозділ, що збирає залишену на полі бою російську техніку.

УЛІТКА – барабанний магазин від РПК.

УПРАВЛІННЯ ПІДРОЗДІЛАМИ – це цілеспрямована діяльність командирів, штабів і служб щодо підтримання бойової готовності частин і підрозділів, варт, військових нарядів, підготовки їх до дій і керівництва ними під час виконання поставлених завдань.

ЧАТОВИЙ – озброєний вартовий, який виконує бойове завдання з охорони й оборони дорученого йому поста. Чатовий є особою недоторканною.

ЧЕРЕПАХА – танк Т-34.

ЧМОБІКИ – російські військові, призвані за мобілізацією.

ЧОРНОБАЇТИ – регулярно відправляти на той світ велику кількість ворожої техніки та живої сили.

ШАЙТАН-ТРУБА – РПГ (ручний протитанковий гранатомет) або РПВ (реактивний піхотний вогнемет).

ШИШИГА або ШИШАРИК – вантажний автомобіль ГАЗ-66.

ШТАБ – основний орган управління підрозділом у період підготовки і виконання бойових (службово-бойових) завдань. Штаб здійснює свою роботу на основі рішення командира і розпорядження керівного штабу.

Z-ОКУПАНТ – російський окупант.

Z-ТРОФЕЙ – трофей російської окупаційної армії.

200-й, ВАНТАЖ «200», НА ЩИТІ – вбитий, загиблий.

300-й, ВАНТАЖ «300» – поранений, травмований.

700-й або АВАТАР – військовий, який зловживає алкогольними напоями; нетверезий військовослужбовець [3; 4; 11; 24; 35; 36].

**Психодіагностичний інструментарій для роботи
з клієнтами – військовослужбовцями / ветеранами
(експрес-методики)**

Шкала оцінки інтенсивності бойового досвіду

Інструкція: «Ці питання стосуються характеру і тривалості Вашого перебування в умовах бойових дій (якщо таке з Вами відбувалося). Під кожним запитанням є шкала, проранжована від 0 до 3 (або від 0 до 4). Оберіть на цій шкалі позицію, яка максимально наближена до опису Вашого військового досвіду, і обведіть цифру у відповідності з Вашим вибором».

1. Чи ходили Ви коли-небудь у військовий дозор або виконували інше завдання в умовах підвищеної небезпеки?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-3 рази	4-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

2. Чи перебували Ви коли-небудь в зоні обстрілу з боку супротивника?

0	1	2	3	4
жодного разу	менше 1 місяця	1-3 місяці	4-6 місяців	більше 6 міс

3. Чи перебували Ви коли-небудь в оточенні ворога?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

4. Скільки людей у відсотковому співвідношенні у Вашому підрозділі було вбито, поранено чи пропало без вісти під час бойових дій?

0	1	2	3
жодного	між 1-25 %	між 26-50%	більше ніж 50%

5. Як часто Ви брали участь в обстрілі супротивника?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

6. Як часто Ви спостерігали, як хто-небудь був убитий або поранений в ході бойових дій?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

7. Як часто Ви наражалися на небезпеку бути вбитим або пораненим (кулями, снарядами, холодною зброєю), потрапляли в засідку, в інші дуже небезпечні ситуації?

0	1	2	3	4
жодного разу	1-2 рази	3-12 разів	13-50 разів	більше 50 разів

8. Що із зазначеного нижче (якщо таке є) описує те, чого Ви зазнали під час бойових дій (потрібне позначити):

- дислокування в спостережному пункті на передовій;
- перебування під прямим вогнем ворога (вогнепальна зброя, артилерія, ракети або міномети);
- траплялися міни або міни-пастки під час несення варти або місці несення служби;
- підрозділ був обстріляний снайперським вогнем;
- підрозділ потрапляв в засідку;
- потрапляв під авіаційні удари;
- потрапляв під обстріл забороненими видами зброї (вакуумні бомби, снаряди з фосфором, іншими хімічними речовинами, касетні снаряди тощо).

9. Чи були Ви поранені або постраждали під час бойових дій?

- Так;
- Ні

Якщо Ваша відповідь «Так», то опишіть природу свого поранення _____

10. Чи є у Вас інвалідність внаслідок бойових дій?

- Так;
- Ні

Якщо Ваша відповідь «Так», то вкажіть групу інвалідності _____

В результаті чого вона отримана? _____

Методика «Скорочена шкала тривоги, депресії та ПТСР»

Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР (В. В. Hart, 1996) призначена для первинного скринінгу перерахованих симптомів у осіб, що пережили будь-якого роду психічні травми.

Інструкція: «Шкала складається всього з 10 пунктів і передбачає відповіді «так» або «ні» на чітко сформульоване питання: «З часу пережитого критичного інциденту (надзвичайної події) або психічної травми, Ви більшою мірою, ніж зазвичай, відчуваєте наступні стани?». Дайте відповідь, зробивши позначки у відповідних клітинках реєстраційного бланка».

	Так	Ні
Нездатність «розслабитися» (напруженість)		
Роздратування та поганий настрій		
Вторгнення в свідомість неприємних образів або спогадів про інцидент		
Неуважність, погане зосередження уваги		
Сильний смуток, печаль		
Сильна втома, нестача енергії		
Потрясіння або паніка		
Прагнення уникати всього, що нагадує про інцидент або травмуючу подію		
Труднощі із засинанням, погіршення сну		
Зниження інтересу до життя, до звичної діяльності, у тому числі – професійної		

Обробка результатів

Обробка результатів полягає в простому підрахунку кількості ствердних відповідей: чим більше відповідей «так» дає досліджуваний, тим більше виражені в нього негативні психологічні наслідки травматизації, такі як тривога і депресія, найбільш специфічні прояви ПТСР.

«Пороговим» значенням для визначення наявності порушень психічного стану є більш 4 відповідей «так».

Опитувальник для первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Дозволяє в умовах дефіциту часу провести первинний скринінг на наявність ознак ПТСР.

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

- Так - Ні

2. Ви втратили інтерес до діяльності, яка колись була важливою або приємною для Вас?

- Так - Ні

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

- Так - Ні

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

- Так - Ні

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

- Так - Ні

6. У вас виникли проблеми із засинанням або сном?

- Так - Ні

7. Ви стаєте більш нервовим або роздратованим через звичайний шум чи рух?

- Так - Ні

4 і більше позитивних відповідей вказують на ймовірність ПТСР. В такому випадку рекомендується провести більш детальну діагностику на наявність ознак ПТСР у клієнта.

Шкала оцінки ризику суїциду (The SAD PERSONS Scale) (Patterson et al., 1983)

Для вимірювання суїцидального ризику пропонується контрольний перелік параметрів, який був розроблений Паттерсоном та ін. Його назва в перекладі звучить як «сумні люди» (*англ.* – SAD PERSONS – за першими літерами визначених параметрів). Шкала оцінки ризику суїциду (The SAD PERSONS Scale, Patterson et al., 1983), яка містить 10 пунктів, що характеризують фактори ризику суїциду й оцінюваних клініцистом як 0 (відсутній) або 1 (наявний).

Загальний бал від 0 до 2 свідчить про низький ризик суїциду та передбачає можливість амбулаторного спостереження за пацієнтом (клієнтом); загальний бал 3–4 свідчить про середній ризик суїциду та необхідність частих зустрічей клініциста з обстежуваним (1–3 рази на тиждень) у разі амбулаторного спостереження, або потрібно розглянути варіант можливості госпіталізації; бал 5–6 свідчить про високий ризик суїциду та передбачає госпіталізацію пацієнта (клієнта), якщо немає впевненості в якісному амбулаторному спостереженні; бал 7 і вище означає дуже високий ризик суїциду та потребує обов'язкової госпіталізації (в тому числі й примусової).

Шкала оцінки ризику суїциду

Фактор		Значення
Sex	Стать	1 – чоловік; 0 – жінка
Age	Вік	1 – <19, років або >45
Depression	Депресія	1 – якщо є
Previous attempt	Парасуїциди в анамнезі	1 – якщо є
Ethanolab use	Зловживання алкоголем	1 – якщо є
Rational think in gloss	Порушення раціонального мислення (марення, галюцинації, фіксація на втраті, депресивні звуження сприйняття)	1 – шизофренія, розлад настрою, когнітивні порушення

Social support lacking	Недостатність соціальної підтримки (проживання в самотності, важкі порушені стосунки, не сприймаюче соціальне оточення)	1 – якщо є, особливо при недавній втраті «значущого іншого»
Organized plan	Організований план суїциду	1 – якщо є, а обраний метод потенційно летальний
Nospouse	Відсутність чоловіка (дружини)	1 – розлучений, вдівець, ізольований, проживає в самотності
Sickness	Хвороба	1 – якщо є, особливо хронічна, інвалідизуюча, важка

Загальний бал варіює від 0 (дуже низький ризик) до 10 (дуже високий ризик).

Інтерпретація результатів

Загальний бал	Передбачувана дія
0–2 низький ризик	Амбулаторне спостереження
3–4 середній ризик	Амбулаторне спостереження з частими зустрічами (1–3 рази на тиждень); денний стаціонар; розглянути можливість госпіталізації
5–6 високий ризик	Рекомендувати госпіталізацію, якщо немає впевненості в якісному амбулаторному спостереженні (психіатрична та соціальна служби, родичі)
7–10 дуже високий ризик	Госпіталізація (в т. ч. примусова)

0–2	Рівень I	Невисокий ступінь суїцидального ризику
3–4	Рівень II	Середній рівень суїцидального ризику – необхідні інтервенція та підтримка
5–6	Рівень III	Високий рівень суїцидального ризику – необхідна антисуїцидальна інтервенція
7–10	Рівень IV	Дуже високий рівень суїцидального ризику – потрібна невідкладна інтервенція

Скринінг–опитувальник респондента про стан здоров'я PHQ-2 (Patient Health Questionnaire)

Інструкція: «Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? Зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку (потрібну цифру обведіть кружечком)».

Прояви	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини	Майже кожного дня
Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
Сума				
		Загальний бал = _____		

Інтерпретація результатів

При позитивній відповіді хоча б на одне питання проводиться подальше обстеження з використанням опитувальника PHQ-9.

Опитувальник респондента про стан здоров'я (PHQ–9) – шкала самооцінки депресії

Опитувальник респондента про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ–9) – шкала самооцінки депресії, яка складається з дев'яти пунктів і є ефективною в діагностиці великого депресивного розладу так само, як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

Інструкція: «Як часто за останні 2 тижні Вас турбували такі прояви? Зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку (потрібну цифру обведіть кружечком)».

Прояви	Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини	Майже кожного дня
Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли	0	1	2	3

помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай				
Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Сума				
		Загальний бал = _____		
У випадку наявності у Вас наведених вище проблем – наскільки вони ускладнили виконання Вами службових обов'язків, домашніх справ або спілкування з іншими людьми (позначте)?	Зовсім не ускладнили	Дещо ускладнили	Дуже ускладнили	Надзвичайно ускладнили

Інтерпретація результатів

Критерії оцінки результатів РНQ-9*

Загальний бал тяжкості депресії:

0-4 – депресія відсутня;

5-9 – легка («субклінічна») депресія;

10-14 – депресія помірної тяжкості;

15-19 – депресія середньої тяжкості;

20-27 – тяжка депресія.

* Бал ≥ 10 є інформативним у значенні великого депресивного розладу з чутливістю та специфічністю 83%.

Рекомендації щодо корекції поведінки для відновлення повноцінного сну

Перше правило: *чим більше Ви намагатиметеся заснути, тим гірше наступатиме сон.* Тому просто методично виконуйте наведені нижче рекомендації, не змушуючи себе спати, і в жодному разі не докоряйте себе за безсоння. Пам'ятайте, що у світі більше половини дорослого населення цивілізованих країн страждають від розладів сну.

Рекомендації розподіляються за кількома блоками:

1. Створення умовно-рефлекторного зв'язку «Ліжко – сон»:

А. Лягати спати слід лише тоді, коли людина втомилася і відчуває сонливість. Припливи сонливості наступають кожні півтори години і тривають п'ять–сім хвилин.

Б. Використовувати ліжко можна лише для сну та сексу.

В. Вставати з ліжка вранці щодня в той самий час.

Г. Встати з ліжка та піти в іншу кімнату, якщо сон не настав протягом 15 хвилин. В іншому приміщенні можна зайнятися медитацією або релаксацією, дихальними вправами і повертатися в ліжко тільки тоді, коли знову відчуєте сонливість (через годину–півтори).

Д. Якщо Ви прокинулися вночі і не можете заснути протягом 15 хвилин, вчиніть так само, як рекомендовано вище.

2. Гігієна сну: не рекомендується денний сон. Не менш, як за 8 годин до сну слід виключити з раціону всі види чаю, кави, тонізуючих напоїв, алкоголю. Фізичні вправи (фітнес) також повинні бути завершені за 4 години до сну. Остання їжа повинна бути з'їдена, і остання сигарета викурена не менш, як за 4 години до сну. Увечері перед сном можна випити лише півсклянки теплого молока. Перед сном можна прийняти теплу, але не гарячу ванну (5-10 хвилин), читати художню літературу з приємним змістом або слухати заспокійливу музику. Необхідно виключити перед сном

перегляд телевізора або будь-яких відеозаписів, інтернет–серфінг, комп'ютерні ігри тощо.

Перед сном можна використовувати терапію, що відволікає від нав'язливих думок: добре допомагає обтирання ніг холодним вологим рушником, або відхід до сну в злегка вологій піжамі. Перед тим, як лягти в ліжку, рекомендується 2-3 хвилини походити в темряві по спальні з вимкненим світлом або поспостерігати за зоряним небом.

3. Скорочення нічного часу в ліжку. Тривалість нічного перебування в ліжку скорочують поступово на проміжок, що дорівнює різниці між усім часом перебування в ліжку і часом, що йде лише на сон, поділеної на п'ять. Наприклад, якщо людина перебуває вночі в ліжку протягом 8 годин, але з них на сон йдуть лише 6 годин, то час перебування в ліжку скорочується на: $480 \text{ хв.} - 360 \text{ хв.} = 120 \text{ хв.} / 5 = 24 \text{ хв.}$ Скорочення часу сну зазвичай проводиться за рахунок пізнішого відходу до сну. Якщо ж людині легше засипати в ранні години, то час сну скорочується за рахунок більш раннього підйому по будильнику. Знижувати тривалість нічного перебування в ліжку потрібно до співвідношення часу перебування в ліжку та часу сну, що дорівнює 0,9. Час нічного перебування в ліжку не можна знижувати менше 4 годин 30 хвилин.

В результаті застосування цієї методики протягом першого-другого тижня наростає денна сонливість, а потім починає відновлюватися нормальна структура сну. Тривалість курсу скорочення сну 1–2 місяці. Метод не можна використовувати під час керування автомобілем або виконання будь-яких операторських функцій.

4. Релаксація перед сном. Нав'язливі та тривожні думки в ліжку заважають настанню сну. Всі думки, що турбують Вас, повинні бути обдумані вдень і записані на папері. Лягаючи в ліжку, нагадайте собі, що всі проблеми сьогодні вже обдумані і можна дозволити собі спати. Існують методики для зупинки нав'язливих думок перед сном та входження в сонний стан.

А. У ліжку, лежачи на спині, поклавши руки вздовж тулуба, заплющити очі і почніть переносити уявний погляд з однієї долоні

на іншу – супроводжуючи його рухом очей із закритими віками. Нехай ваші думки вільно течуть – через деякий час Ви помітите, що думок поменшає, а потім вони майже зникнуть. Продовжувати вправу до втоми очей. Потім із заплющеними очима підкотіть очі вгору до чола. Ви можете відчути, як починаєте провалюватися у сон.

Б. Лежачи в тому ж положенні на спині із заплющеними очима:

- робимо глибокий вдих через ніс, надуваючи живіт;
- затримуємо подих на 1 секунду;
- робимо довгий, максимально повільний видих через рот (губи складені трубочкою), видихаючи повітря до кінця, до почуття «спустошення». Видихаючи, уявляйте, що повітря укутує Вас, підхоплюючи і заколискуючи;

- після видиху зробіть паузу 2-3 секунди і зверніть увагу, як з кожним видихом уповільнюється серцебиття, стає легше, а в кінці видиху починає з'являтися сонливість.

Повторюємо 10-20-30 дихальних рухів та переходимо на звичайний ритм дихання.

Після вже кількох довгих видихів Ви відчуєте, як стало спокійніше, як повільніше почало битися серце, і розслабилися м'язи тіла.

Тепер робимо вправу для очей:

- заплющуємо очі якомога повільніше! Ще повільніше;
- у міру того, як закриваються очі, Ви можете помітити, як повіки починають важчати все більше і більше;

- заплющили очі. Тепер так само повільно, якомога повільніше відкриваємо очі. Відкриваємо через силу – навіть якщо повіки стали важкими та очі злипаються;

- добре! Тепер знову повільно-повільно опускаємо важкі повіки.

Повторюйте вправу з очима кілька разів – допоки будете здатні розмикати та замикати очі, перш ніж провалитися в глибокий сон.

В. Зупинка думок перед сном. Позапинайте вікна шторами або жалюзями, зручніше влаштуйтеся і закрийте очі. Нічого не робіть –

просто спостерігайте за своїми думками. Дайте їм вільно текти, але не піддавайтеся на спокусу «думати» їх. Нехай думки вільно проходять перед Вами, як хмарки на небі. Спостерігайте за думками, просто спостерігайте... Дайте їм вільно йти, немов хмари при подиху легкого вітру. Можливо, Ви помітите, що чим довше Ви спостерігаєте за думками, тим повільніше і спокійніше вони течуть. Повільніше і повільніше. Можливо, Ви помітите і паузи між думками – ці вільні ділянки чистого світлого неба всередині Вашої свідомості. Сфокусуйте більше уваги на цих порожніх проміжках, думок стане ще менше, і вони стануть текти ще лінивіше. Спробуйте відчуття цю порожнечу між думками. Що Ви відчуваєте? Чи з'явилося внутрішнє почуття легкості і чистоти? Чи може Ви відчули спокій? Утримуйте свою увагу на цих приємних відчуттях і помічайте, що відбуватиметься з Вами далі.

5. Уявне наведення сну.

А. Якщо у Вас добре розвинене образне мислення, уявіть приємну та безпечну місцевість, де Ви ніколи не були (це не повинно бути реальне місце, де Ви часто бували). Почніть пересуватись у цьому вигаданому світі, розглядайте деталі навколишнього пейзажу, дивіться, хто там може Вам зустрітись.

Б. Згадайте один із приємних снів, який Вам уже снівся. Намагайтеся відновити подумки всі деталі одного з приємних образів сну. Тепер спробуйте подивитися, що буде далі в цьому сні.

Пробудження під час другої половини ночі: спогади останнього сну (його необхідно «додивитися»), штучне позіхання, рахунок, трифазне черевне дихання (вдих-видих-пауза по 5 сек.), прийом чайної ложки меду; прийом 1/4 чашки кави безпосередньо перед сном (кофеїн допомагає попередити пробудження в другій половині ночі о 3–4 ранку).

Позбавлення сну: при безсонні з короткою історією хороший ефект має позбавлення нічного сну. Майте на увазі, що для того, щоб правильно відновити сон, наступної ночі, після безсонної, потрібно лягти спати якомога пізніше – в ідеалі так, щоб тривалість сну склала 1/2 від його звичайної тривалості.

Практичні рекомендації військовослужбовцям із порушеннями сну

Зазвичай можливість відвідати психолога-консультанта, який не пов'язаний із військовою сферою, з'являється після виходу військовослужбовця в безпечний район (місце). Тому наведені нижче рекомендації передбачають, що клієнт знаходиться в безпечному місці та має можливість застосувати їх на практиці.

- Починайте підготовку до сну тільки тоді, коли Вам хочеться спати: «сонні цикли», коли людину хилить у сон, повторюються один раз на півтори години й тривають 5-15 хвилин.

- *Гігієна сну*: комфорт засинання – це чиста зручна постіль у тихому та безпечному місці, це додумані вдень думки, дороблені справи, обдумані проблеми та безпека. Погано спить той, хто свої проблеми приносить у ліжку. Комфорт сну – це відсутність суперечок та емоційних розмов у ліжку. Ліжка існує тільки для сну та сексу. Подружжя з різними потребами уві сні може спати в окремих ліжках або кімнатах.

- Непогано перевдягатися на ніч у піжаму, знімаючи денний одяг проблем та переживань.

- Читання або прослуховування легких літературних творів на ніч, які не ставлять нових проблем і не нагадують про старі, впливає як снодійне. Не рекомендується читати новини та політику, дивитися фільми та телепередачі, переглядати пабліки тощо. Важливо припинити дивитися на екрани (смартфона, телевізора, комп'ютера, планшета тощо) щонайменше за годину до сну. Синій спектр світлового випромінювання екранів порушує продукцію гормону сну – мелатоніну.

- Однією з причин поганого сну (неглибокий сон, нічні пробудження, відсутність відчуття відновлення зранку) може бути алергічна реакція на пилових кліщів. Змініть матрац, ковдру та подушки, зробіть генеральне прибирання спальні, промийте

радіатори опалення. У разі неможливості змінити постіль вона повинна щотижня пратися при температурі 60°C або проморожуватися взимку на вулиці або в морозилці протягом 24–48 годин. Такі процедури дозволять скоротити популяцію пилових кліщів.

- Їжа на ніч: спустошений сечовий міхур та кишківник – запорука комфортного безперервного сну. Їжа на ніч може призводити до полегшення засинання, але робить сон набагато важчим і позбавляє відпочинку серцево-судинну та травну системи організму. Однак, якщо їжа полегшує засинання, то відмовлятися від неї зовсім не слід: випийте перед сном склянку теплого молока з тертим горіхом або медом.

- Охолодження тіла перед сном: для кращого сну рекомендується трохи охолодити тіло. Можна вийти перед сном у легкому одязі на холодне повітря (вулиця, балкон), можна обтерти вологим рушником ноги, живіт, груди та спину. Можна одягати вологі бавовняні шкарпетки, а поверх них – сухі вовняні. Можна засинати у злегка зволоженій піжамі, або в охолодженій на вулиці чи в холодильнику.

- Прийміть душ перед сном і, не витираючись, одягніть піжаму чи нічну сорочку. Лягайте мокрим у ліжко. Ліжко не намокне, а коли піжама висохне, Ви, швидше за все, вже спатимете.

- Теплу (не гарячу) ванну можна приймати не пізніше, ніж за одну годину до сну.

- Якщо можливостей для водних процедур немає, їх можна замінити обтиранням або масажем сухою щіткою в такому порядку: права нога – ліва нога – права рука – ліва рука – груди – спина.

- Ароматерапія та сон. Можна прикрасити спальню, наповнити наволочку або полотняні мішечки біля ліжка свіжими шишками хмелю, квітами лаванди або пасифлори (страстоцвіту).

- Лазня та сауна. В лікуванні порушень сну використовується низькотемпературна суха фінська або інфрачервона сауна. Навіть одноразове відвідування сауни призводить до реакції організму у

вигляді теплового стресу. Зокрема, при тепловому стресі організм людини реагує 2–3-кратним збільшенням вироблення нейропептиду – бета-ендорфіну. Бета-ендорфін має опіатоподібну дію, знижує тонус симпатичної нервової системи, має знеболювальну, антистресову та протишокову дію, знижує психологічну реактивність, має антидепресивний ефект. Тому разове, а краще регулярне відвідування сауни при температурі повітря не більше 55–60°C та вологості до 20% покращує якість нічного сну, знижує гіперактивність, створює позитивний психологічний настрій, зменшує вираженість гострих стресових реакцій, покращує загальну задоволеність життям, дає більше психічної енергії, знижує тривожність.

• Музикотерапія перед сном. Застосування цього методу викликає нормалізацію нейрофізіологічних показників і сну. Добірка музичних творів запропонована та апробована Ж.П. Дубинською:

-І. Гайдн. Квартет «Жайвір» ре мажор, твір 65, №5, ч. II – адажіо кантибеле;

-М. Равель. Із сюїти «Могила Куперена» Флоріана у виконанні Е. Гілельса;

-М. Чюрленіс. Твори для органу Фуга-хорал ля мінор. Фуга сі бемоль мінор. Сім прелюдій (4–7). Фуга до дієз мінор. В лісі. Море. У виконанні Л. Діґріс;

-Ф. Шуберт. Аве Марія (інструментальна версія);

-Я. Сібеліус. Сумний вальс;

-Р. Шуман. Симфонія №3, ч. II;

-А Мендельсон Увертюра «Сон літньої ночі». Симфонія № 4, ч. II. Пісня без слів;

-І. Бах. Хоральні органні прелюдії;

-Вільям Берд. Фантазія (орган);

-Дж. Булл Павана (орган);

-Г. Бем. Хорал-прелюдія (орган);

-Б. Бріттен. Проста симфонія;

-Г. Берліоз. Фантастична симфонія, ч. «У полях»;

- Ф. Куперен. Клавесинні твори.

- Світловий режим дня та сон. Мелатонін – це «гормон темряви»: яскраве світло знижує вироблення мелатоніну в організмі. При лікуванні безсоння, яке не є наслідком депресії (!), не рекомендується вдень довго перебувати на відкритому сонці, відвідувати солярій, а ввечері задовго до сну необхідно значно зменшувати яскравість освітлення в будинку або зашторювати вікна, не використовувати комп'ютер, смартфон тощо.

- Вправа для очей перед сном: можна закривати очі до чола з опущеними віками. Ця вправа викликає сонливість у будь-яких, навіть польових умовах, і використовується для швидкого засинання.

- Самонавіювання на сон: «Все! Втомився. Хочу спати». «Все! Я втомився! Лягаю в ліжку і засинаю!».

- Формула самонавіювання на ніч: «Я втомився й хочу спати. Мені так добре та затишно в цьому ліжку, що я зараз же засну. Я спокійно й глибоко просплю до ___ годин. Коли ж я прокинуся, почуватимуся свіжим і відпочилим, з хорошим настроєм, повним сил і енергії для хорошого дня. Коли ж втомлюсь і ввечері ляжу спати, то засну швидко й спатиму глибоко та солодко».

Основні симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Характерними симптомами посттравматичного стресового розладу є:

- повторні, нав'язливі спогади про події, які включають образи, думки чи відчуття – травмуюча подія переживається знову і знову. Людина намагається забути про пережите, але спогади постійно виникають без будь-яких зовнішніх стимулів. Виникає відчуття реальності події. Вони можуть виникати наяву, відразу після пробудження зі сну, при інтоксикації (алкогольній, під дією ліків);

- сновидіння про пережиту подію, що повторюються та викликають тривогу – сни викликають глибокі переживання психотравмуючих подій з відчуттям їх реальності;

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

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

- фізіологічна реактивність під впливом зовнішніх чи внутрішніх подразників, які символізують будь-який аспект травмуючої події чи нагадують про неї – при зіткненні з ситуацією, яка нагадує психотравмуючу, проявляються фізіологічні реакції:

пiтливiсть, онiмiння кiнцiвок, вiдчуття слабкостi, вiдчуття тиску в горлi та iн.;

- намагання уникнути думок, вiдчуттiв чи розмов, пов'язаних iз травмою – спроби уникнути дiй, мiсць, людей, якi викликають спогади про травму. Людина наполегливо уникає всього, що нагадує про травму;

- часткова чи повна амнезiя важливих аспектiв травми – людина не може пригадати деяких епiзодiв того, що з нею вiдбувалося;

- втрата iнтересу до значущих ранiше видiв дiяльностi, чи участi в них – людина стає байдужою до всього, чим ранiше захоплювалася;

- вiдчуття вiдгородженостi вiд оточуючих – виникає вiдчуття самотностi навiть у колi родини, дiтей, близьких i друзiв;

- звуження дiапазону афективних реакцiй – знижений настрiй, постiйне незадоволення собою та оточуючими, роздратованiсть, апатiя, втрата iнтересу до оточуючої дiйсностi, зниження реагування на сенсорнi подразники;

- нездатнiсть орiєнтуватися на тривалу життєву перспективу – формується коротка життєва перспектива, людина планує своє життя на короткий час, виникає вiдчуття «неперспективного майбутнього»;

- ускладнення при засинаннi та розлади тривалостi сну – нiчнi жахи, боязнь заснути, сновидiння, якi вiдображають психотравмуючу ситуацiю, нервовe виснаження, тривожнiсть, нездатнiсть розслабитися, вiдчуття фiзичного та душевного болю;

- роздратованiсть та спалахи гнiву – в учасникiв бойових дiй виникають бурхливи реакцiї агресiї при найменших неочiкуваних подiях, якi нагадують травматичнi ситуацiї бойових дiй (рiзкi звуки, крики, шум). Людина стає конфлiктною, в суперечках застосовує насилля;

- труднощi при концентрацiї уваги – людина не може зосередитися на чомусь, що необхідно пригадати. В деяких випадках концентрацiя уваги може бути достатньою, але тiльки-но

виникає стресовий фактор, як здатність зосереджуватися втрачається.

Клінічна картина зазвичай включає ще додаткові симптоми ПТСР:

- імпульсивність поведінки, експлозивні спалахи, роздратованість, схильність до фізичного насилля;
- зловживання алкоголем чи наркотиками, особливо для зняття напруги та «гостроти» переживань;
- антисоціальна поведінка чи протиправні дії;
- депресія, суїцидальні думки та спроби самогубства;
- високий рівень психічної нестійкості;
- неспецифічні соматичні скарги (головний біль тощо).

У осіб з ПТСР часто виявляються соматичні та психосоматичні розлади у вигляді хронічного м'язового напруження, підвищеної втомлюваності, виразки шлунку, коліту, болю в області серця, респіраторних симптомів.

Перебування на війні відноситься до тієї екстремальної ситуації, коли людина постійно перебуває в найсильнішому психоемоційному стресі, переборюючи його вольовими зусиллями.

У будь-яку мить бойові стреси можуть нагадати про себе різними проявами. Неврози виникають переважно в тих військовослужбовців, які побували на полі бою, жили в окопах, зазнали поранень, каліцтва, стали свідками загибелі бойових друзів, були в полоні тощо.

Дуже часто самі військовослужбовці не помічають у себе розладів психіки. Але якщо їм вчасно не допомогти, то війна для них не закінчиться ніколи [21].

Основні етичні принципи психологічного консультування осіб, звільнених з полону

Основними етичними принципами психологічного консультування є:

1. Доброзичливе і безоціночне ставлення до клієнта – професійна поведінка, спрямована на те, щоб колишній бранець почувався спокійно та комфортно.

2. Орієнтація психолога на норми і цінності клієнта – психолог орієнтується на норми і цінності колишнього військовополоненого, а не на соціально прийняті вимоги і правила, що дозволяє йому бути щирим і відкритим. Прийняття цінностей клієнта та повага до них є не тільки можливістю підтримати його, але дозволяють також впливати на них у майбутньому, якщо з'ясується, що вони заважають нормальній життєдіяльності колишнього бранця.

3. Заборона надавати поради – психолог, попри наявність професійного і життєвого досвіду, не може надати гарантовано правильну пораду колишньому військовополоненому хоча б тому, що життя клієнта унікальне й непередбачуване, і лише він сам є основною діючою особою та експертом у ньому. Окрім того, надати пораду – це прийняти відповідальність на себе, що не сприяє розвитку особистості, навпаки, спричинює пасивність та поверхове ставлення до проблеми. Психолог повинен бути експертом в інших сферах, зокрема в побудові стосунків із клієнтом.

4. Анонімність – жодна інформація не може бути повідомлена іншим особам, і навіть близьким родичам і друзям, без згоди колишнього бранця. Існують лише виключення, обумовлені законодавчо, про які колишнього військовополоненого потрібно завчасно попереджувати.

5. Розмежування професійних і особистих стосунків – вимога, пов’язана з наявністю певних психологічних феноменів, що впливають на процес психологічної допомоги, зокрема, йдеться про феномени переносу та контрпереносу. Необхідність дотримання цієї вимоги безумовна, і якщо особисті стосунки все-таки виникають, слід якомога швидше (так, щоб не нанести клієнту додаткової психологічної травми) припинити надання психологічної допомоги.

Ознаки трьох модифікацій мілітарної ідентичності ветерана

Типи мілітарної ідентичності	Ознаки
Стійкий тип	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ідентифікація з армією («Я – військовослужбовець»). 2. Прихильність мілітарному досвіду (сильне бажання повернутися в армію і продовжити службу). 3. Позитивна оцінка служби в армії (проявляється у відчутті гордості за те, що служив/ла). 4. Відсутність жалю з приводу проведених в армії років. 5. Бажання мати таку роботу, де можна було б застосувати військові навички (охоронцем, конвоїром тощо). 6. Сприйняття армії, як сім'ї. 7. Визнання високої цінності бойової дружби, якої немає в цивільному житті. 8. Сильний емоційний зв'язок із ветеран(к)ами, з якими слід радитися перед прийняттям важливих рішень. 9. Визнання біографічної пріоритетності служби в армії («Кращий час у моєму житті – коли я служив/ла в армії»). 10. Сильне відчуття важливості своєї роботи в армії. 11. Визнання наявності взаємоповаги між військовослужбовцями під час служби в армії. 12. Визнання глибокого сенсу служби в армії. 13. Сприйняття життя поза армією, як безглузлого. 14. Прихильність мілітарним практикам після демобілізації (щоденні фізичні тренування, розвинення військових навичок). 15. Активні дії з підтримки контактів з колишніми товаришами по службі. 16. Регулярна участь у діяльності всеукраїнської/ регіональної спілки ветеранів або соціальних Інтернет-груп ветеранів. 17. Позитивна оцінка культури слухняності, контролю і дисциплінованості в армії.
Ситуативний тип	<ol style="list-style-type: none"> 1. Змішана ідентифікація з армією і з цивільними групами («Я – військовослужбовець і цивільна особа»). 2. Середній рівень прихильності мілітарному досвіду (слабке бажання повернутися в армію і продовжити службу).

	<p>3. Швидше позитивна оцінка факту служби в армії (проявляється в частковому переживанні гордості за те, що служив/ла).</p> <p>4. Деякі факти служби в армії можуть викликати почуття жалю.</p> <p>5. Згода працювати, як у цивільній сфері, так і у сфері, що має військову специфіку (охоронцем, конвоїром тощо)</p> <p>6. Почасти армія сприймається, як сім'я.</p> <p>7. Визнання, що справжні друзі можуть бути, як в армійському, так і в цивільному житті</p> <p>8. Неглибокий емоційний зв'язок з ветеран(к)ами, які іноді можуть виступати в ролі порадників поряд з родичами або колегами.</p> <p>9. Визнання важливості біографічного факту служби в армії (частково згоден/на, що «найкращий час в моєму житті – коли я служив/ла в армії»).</p> <p>10. Часткове відчуття важливості своєї роботи в армії.</p> <p>11. Часткове визнання наявності взаємоповаги між військовослужбовцями під час служби в армії.</p> <p>12. Часткове визнання глибокого сенсу в службі в армії.</p> <p>13. Згода з тим, що цивільне життя також може мати сенс.</p> <p>14. Часткова прихильність мілітарним практикам після демобілізації.</p> <p>15. Середня активність з підтримки контактів з колишніми товаришами по службі.</p> <p>16. Нерегулярна участь у діяльності всеукраїнської/ регіональної спілки ветеранів або соціальних Інтернет-груп ветеранів.</p> <p>17. Середні оцінки культури слухняності, контролю і дисциплінованості в армії.</p>
<p>Несформований тип</p>	<p>1. Цивільна ідентифікація («Я – цивільна особа»).</p> <p>2. Незначна прихильність мілітарному досвіду (відсутність бажання повернутися в армію і продовжити службу).</p> <p>3. Негативна оцінка служби в армії (проявляється у відсутності відчуття гордості за те, що служив/ла).</p> <p>4. Сильний жаль з приводу служби в армії.</p> <p>5. Відсутність бажання мати роботу, пов'язану з військовою специфікою.</p> <p>6. Армія не сприймається, як сім'я.</p> <p>7. Відмова визнавати, що справжня дружба існує тільки в армії.</p>

	<p>8. Низький емоційний зв'язок з ветеран(к)ами, з якими не слід радитися перед прийняттям важливих рішень.</p> <p>9. Відмова визнавати біографічну важливість служби в армії (повністю не згоден/а, що «найкращий час в моєму житті – служба в армії»).</p> <p>10. Відсутність відчуття важливості своєї роботи в армії.</p> <p>11. Сумніви в наявності взаємоповаги між військовослужбовцями під час служби в армії.</p> <p>12. Відмова визнавати наявність глибокого сенсу в службі в армії.</p> <p>13. Згода з тим, що цивільне життя має сенс.</p> <p>14. Відсутність мілітарних практик після демобілізації.</p> <p>15. Відсутність контактів з колишніми товаришами по службі.</p> <p>16. Відсутність членства у всеукраїнському або регіональному союзі ветеранів або в соціальних Інтернет-групах ветеранів.</p> <p>17. Низька оцінка культури слухняності, контролю і дисциплінованості в армії.</p>
--	--

Кожен тип мілітарної ідентичності описаний за допомогою сімнадцяти показників; якщо всі ці показники присутні одночасно, можна говорити про «чистий» або ідеальний тип конкретної модифікації мілітарної ідентичності ветерана. Але при наявності хоча б *дванадцяти показників* (які можуть поєднуватися з деякими показниками інших модифікацій) можна робити висновок про конкретний тип мілітарної ідентичності.

Шкала мілітарної ідентичності (Warrior Identity Scale) (Lancaster, Kintzle, & Castro)

Шкала зорієнтована на вивчення ідентичності демобілізованих військових.

Категорії	Ознаки
1. Пізнання ідентичності (Identity exploration)	1. Я витратив багато часу, намагаючись більше дізнатися про армію
	2. Я часто вчиняв дії, які могли б мені допомогти краще зрозуміти зміст військової служби
	3. Я часто говорив з іншими людьми, щоб більше дізнатися про військових (або ветеранів)
2. Залученість (Identity commitment)	4. Я маю сильне почуття приналежності до армії
	5. Я знаю, що саме означає для мене військова служба
	6. Я відчуваю сильну прихильність до армії
3. Суспільне ставлення до військових (Public regard for the military)	7. Загалом про ветеранів дбають
	8. Загалом інші люди поважають ветеранів і військовослужбовців
	9. Загалом люди сприймають ветеранів позитивно
	10. Суспільство відноситься до ветеранів, як до коштовного активу
4. Особисте ставлення до армії (Private regard for the military)	11. Я відчуваю себе добре на військовій службі
	12. Я вважаю, що ветерани зробили значний внесок в розвиток нашої країни/світу
	13. Я вважаю, що в мене з'явилося багато сил завдяки моїй військовій службі
	14. Я часто шкодую, що служу в армії
	15. Ті, хто служив в армії, зробили для суспільства менше, ніж інші
	16. Загалом я відчуваю, що ветерани не мають великої цінності для суспільства
	17. Я пишаюся досягненнями армії
5. Значущість військової служби (Military centrality)	18. Загалом служіння в армії дуже мало пов'язано з тим, як я себе відчуваю
	19. Загалом бути ветераном – важлива частина мого Я-образу
	20. Служба в армії мало впливає на моє уявлення, ким я є
	21. Те, що я ветеран, сильно не позначається на моїх соціальних відносинах

6. Сприйняття армії, як сім'ї (Military as family)	22. Я сумую за моїми бойовими друзями
	23. Я хотів би повернутися в армію
	24. Покинувши армію, я втратив сім'ю
7. Зв'язки з військовими (Military connection)	25. Під час мого перебування в армії я завжди відчував себе аутсайдером
	26. Я ніколи не відчував себе емоційно пов'язаним з моєю військовою частиною
	27. Моя доля і майбутнє пов'язані з ветеранами
	28. Під час мого перебування в армії я не хотів дотримуватися військових ритуалів і норм

Кожен пункт оцінюється за 5-бальною шкалою (повністю не згоден – 1 бал, повністю згоден – 5 балів):

- 1 = Повністю незгоден
- 2 = Скоріш незгоден
- 3 = Важко сказати
- 4 = Скоріш згоден
- 5 = Повністю згоден

Науково-методичне видання

**ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ВЕТЕРАНАМ ТА ЧЛЕНАМ
ЇХНІХ СІМЕЙ ЦИВІЛЬНИМИ ПСИХОЛОГАМИ**

Методичний посібник

*Кокун О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О.,
Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В.*

Підп. до друку 30.01.2023 р. Формат 60*84/16
Папір офсетний. Друк цифровий.
Ум. друк. арк. 10,23. Зам. № 1702-23/2
Наклад 300 прим.

Віддруковано в друкарні ТОВ «7БЦ»
03067, м. Київ, вул. Олекси Тихого, 84
e-mail: 7bc@ukr.net, тел.: (044) 592-00-80

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №5329 від 11.04.2017