

УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ АЛЬФРЕДА НОБЕЛЯ

КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ ТА ПЕДАГОГІКИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему:

***“ Когнітивно-поведінкова терапія як метод
подолання посттравматичного стресового
розладу у військовослужбовців в гострому
періоді ”***

Виконала: здобувачка 2 курсу,
групи ПС-24м
Спеціальності 053 «Психологія»
Антонюк В.С.
Керівник: Юдіна А.В.,
канд.психол.наук

м. Дніпро
2026

АНОТАЦІЯ
кваліфікаційної роботи
Антонюк Вікторія Сергіївни
на тему:
«Когнітивно-поведінкова терапія як метод подолання посттравматичного
стресового розладу у військовослужбовців в гострому періоді»

Кваліфікаційна робота здобувача 2 курсу спеціальності «Психологія» (освітній ступінь «Магістр») присвячена проблемі теоретичного обґрунтування та емпіричного дослідження ефективності когнітивно-поведінкової терапії у подоланні посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

Актуальність дослідження зумовлена зростанням кількості військовослужбовців, які зазнають посттравматичного стресового розладу внаслідок участі у бойових діях. ПТСР в гострому періоді характеризується інтенсивним емоційним напруженням, нав'язливими спогадами, підвищеним рівнем тривожності, порушеннями сну, а також зниженням соціального та професійного функціонування, що потребує своєчасної та ефективної психологічної допомоги.

У роботі проаналізовано сучасні наукові підходи до розуміння посттравматичного стресового розладу, його психологічних механізмів, симптоматики та етапів розвитку. Особливу увагу приділено когнітивно-поведінковій терапії як одному з найбільш науково обґрунтованих і структурованих методів психологічної допомоги особам із травматичним досвідом. Розглянуто теоретичні засади, принципи та основні техніки когнітивно-поведінкової терапії, що застосовуються у лікуванні ПТСР.

Проведено емпіричне дослідження з метою оцінки впливу когнітивно-поведінкової терапії на зниження симптомів посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців в гострому періоді. У процесі дослідження було проаналізовано зміни рівня тривожності, вираженості травматичних переживань,

дезадаптивних когнітивних установок та емоційної регуляції до та після проведення терапевтичного втручання.

Результати дослідження підтвердили ефективність когнітивно-поведінкової терапії у зниженні вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу, підвищенні емоційної стабільності та формуванні адаптивних копінг-стратегій у військовослужбовців. Встановлено, що когнітивно-поведінкова терапія сприяє реструктуризації дисфункційних мисленнєвих установок, зменшенню унікальної поведінки та підвищенню рівня психологічної стійкості.

Практичне значення результатів дослідження полягає у можливості використання розроблених рекомендацій і терапевтичних підходів у діяльності військових психологів, реабілітаційних центрів та фахівців у сфері психічного здоров'я, які надають психологічну допомогу військовослужбовцям в гострому періоді ПТСР. Результати дослідження можуть бути використані для вдосконалення програм психологічного супроводу, спрямованих на відновлення психічного здоров'я та соціальну реінтеграцію військовослужбовців.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, когнітивно-поведінкова терапія, військовослужбовці, гострий період, психологічна реабілітація, психотравма.

SUMMARY
qualification work
Antoniuk V.
on the topic:
" Cognitive Behavioural Therapy as a Method for Overcoming Post-Traumatic Stress Disorder Among Military Personnel during the Acute Period "

The qualification work of the 2nd year applicant, specialty “Psychology” (Master’s degree) is devoted to the problem of theoretical substantiation and empirical study of the effectiveness of cognitive behavioral therapy in overcoming post-traumatic stress disorder in military personnel during the acute period.

The relevance of the research is determined by the growing number of military personnel experiencing post-traumatic stress disorder as a result of participation in combat operations. PTSD in the acute period is characterized by intense emotional distress, intrusive memories, heightened anxiety, sleep disturbances, and impaired social and professional functioning, which necessitates timely and effective psychological intervention.

The study analyzes modern scientific approaches to understanding post-traumatic stress disorder, its psychological mechanisms, symptoms, and stages of development. Special attention is paid to cognitive behavioral therapy as one of the most evidence-based and structured methods of psychological assistance for individuals with traumatic experience. The theoretical foundations, principles, and main techniques of cognitive behavioral therapy used in the treatment of PTSD are examined.

An empirical study was conducted to assess the impact of cognitive behavioral therapy on the reduction of PTSD symptoms in military personnel during the acute period. The research evaluated changes in the level of anxiety, severity of traumatic experiences, maladaptive cognitive beliefs, and emotional regulation before and after the therapeutic intervention.

The results of the study confirmed the effectiveness of cognitive behavioral therapy in reducing the severity of post-traumatic stress symptoms, improving emotional stability,

and promoting adaptive coping strategies in military personnel. It was found that CBT contributes to the restructuring of dysfunctional thoughts, reduction of avoidance behavior, and enhancement of psychological resilience.

The practical significance of the research lies in the possibility of applying the developed recommendations and therapeutic approaches in the work of military psychologists, rehabilitation centers, and mental health professionals providing psychological assistance to servicemen in the acute period of PTSD. The results of the study can be used to improve psychological support programs aimed at the mental health recovery and social reintegration of military personnel.

Keywords: post-traumatic stress disorder, cognitive behavioral therapy, military personnel, acute period, psychological rehabilitation, trauma.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У	
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	8
1.1. Теоретичний огляд висвітлення поняття посттравматичного стресового розладу в науковій літературі.....	8
1.2. Теоретичний аналіз особливостей перебігу посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців	10
1.3. Теоретичний огляд визначення понять гостра реакція на стрес та посттравматичний стресовий розлад в науковій літературі.....	13
1.4. Огляд та описання процедури виявлення гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців на догоспітальному етапі. Медичне сортування військовослужбовців з психічними та поведінковими розладами.....	18
1.5. Сучасні методи подолання ПТСР.....	19
Висновки до першого розділу.....	19
РОЗДІЛ 2. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД	
ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РОБОТІ З	
ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ У	
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	21
2.1. Теретичний огляд історії виникнення та основних принципів когнітивно-поведінкової терапії в наукових виданнях.....	21
2.2. Огляд та висвітлення особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії як психотерапевтичного напрямку в роботі з посттравматичним стресовим розладом.....	28
2.3. Розгляд та аналіз практичних аспектів використання методів когнітивноповедінкової терапії в роботі з постратравматичним стресовим розладом.....	31

2.4. Аналіз методів та особливості здійснення корекції розладів психічного здоров'я у військовослужбовців.....	40
Висновки до другого розділу.....	59
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНИТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОСТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ.....	62
3.1 Кількісний аналіз результатів першого і другого діагностичних зрізів.....	65
Висновки до третього розділу.....	76
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ.....	78
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	80

ВСТУП

Актуальність дослідження. Наразі актуальність обраної теми не викликає сумнівів. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), одним з основних факторів підвищення ризику смерті вважається відсутність фізичної активності, на частку якої припадає 6% летальних випадків. Найбільш доступним і поширеним різновидом фізичних вправ є ходьба. Вона сприяє оздоровленню, стимулює процеси обміну речовин, дихання, кровообігу, залучає до роботи м'язи нижніх кінцівок. Фізичне навантаження при ходьбі спрямоване на активізацію режиму пацієнта та легко піддається дозуванню, що пояснює широке застосування ходьби та її видів на всіх етапах реабілітації.

Втім, у сучасному світі робота занадто часто нагадує емоційні американські гірки. Багато завдань, стислі терміни й вимоги, які постійно зростають, можуть викликати почуття занепокоєння, виснаження і перевантаження. І коли стресу стає забагато, він перестає бути корисним і починає завдавати шкоди вашому розуму й тілу, а також впливає на ваше задоволення від роботи.

На сьогодні в наукових джерелах досить мало представлено теоретичне вивчення даного способу активності, і ще менше досліджень присвячених цій проблемі. Тому актуальність та недостатня розробленість проблеми зумовили вибір теми дипломного дослідження: «Когнітивно-поведінкова терапія як метод подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців в гострому періоді».

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність застосування когнітивно-поведінкової терапії як методу подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

Об'єкт дослідження – посттравматичний розлад у військовослужбовців в гострому періоді.

Предмет дослідження – ефективність застосування когнітивно-поведінкової терапії як методу подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

Концептуальною гіпотезою дослідження є припущення про доведену ефективність застосування технік та методів когнітивно-поведінкової терапії для подолання прояву симптомів посттравматичного розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

Емпірична гіпотеза:

1) припущення про значимі відмінності у показниках симптомів ПТСР у військовослужбовців в умовах застосування технік когнітивно-поведінкової терапії та без їх застосування.

Відповідно до мети, позначених об'єкта і предмета дослідження було визначено **завдання:**

1. Представити аналіз теоретичних засад вивчення проблеми проживання симптомів посттравматичного розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

2. Здійснити теоретичний аналіз наукових розвідок з питання когнітивно-поведінкової терапії як методу з доказовою ефективністю.

3. Провести вимірювання рівнів прояву симптомів посттравматичного та гострого стресового розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

4. Провести емпіричне дослідження ефективності застосування когнітивно-поведінкової терапії для подолання прояву симптомів посттравматичного розладу у військовослужбовців в умовах реабілітації.

Для розв'язання поставлених завдань використовувались наступні **методи дослідження:**

- методи теоретичного аналізу: порівняння, узагальнення та систематизація концептуальних положень щодо проблеми тривожності та прояву агресивності.

- емпіричні методи: для систематизації та інтерпретації зібраних даних було використано психодіагностичні методики:

- методи математичної обробки: кореляційний аналіз з використанням t-критерію Стюдента для визначення значимих відмінностей між вимірюваними показникам до та після застосування когнітивно-поведінкової терапії в роботі з військовослужбовцями. Отримані дані опрацьовано за допомогою статистичного пакету SPSS 26.00.

Емпірична база дослідження: в дослідженні взяли участь., віком від років, які перебували

Теоретико-методологічну основу дослідження складають: положення загальної, соціальної психології про сутність і розвиток особистості (С. Виготський, В. Дружинін, Г. Костюк, С. Максименко, В. Моляко та ін.). Проблемою тривожності у вітчизняній і зарубіжній психології займалися такі вчені як К. Еріксон, У. Морган, Ю.В. Пахомов, Ю. Ханін, Г. Айзенк, Б. Вяткін, Ч. Спілбергер, Н. Махоні, Е. Соколов, Е.Г. Ейдемільер, А.І. Захаров. Загальнотеоретичні проблеми тривоги та тривожності досліджували: В. Астапов, Ф. Березін, Г. Габдрєєва, Ю. Забродін, О. Захаров, К. Ізард, Н. Імедадзе, Л. Костіна, Н. Левітов, Д. Леонтєв, Р. Мей, Г. Прихожан, І. Рантбут, Ф. Ріман, Г. Салліван, Ч. Спілбергер, Д. Тейлор, П. Тилліх, З. Фрейд, Е. Фромм, Ю. Ханін, К. Хорні та ін. Окремо слід виділити значний вклад в дослідження феномену агресії психологів у сфері загальної психології (Кравчук С.Л., Крайнюк В.М., Мазоха І.С., Спринська З.В., Третьяков С.П.), медичної психології (Ісаков Р.І., Шебанова В.І.), соціальної психології (Дроздов О.Ю., Ісаєнко О.С., Шкрабюк В.С.) педагогічної та вікової психології (Бовть О.Б., Гайдукевич Г.А., Галушко Л.Я., Завацька Н.Є., Запихляк О.З., Кіричевська Е.В., Кірейчев А.В., Клименко Ю.О., Ломова Т.О., Лящ О.П., Матяш-Заяц Л.П., Мелоян А.Е., Мізерна О.О., Мойсєєва О.Є., Павелків В.Р., Павелко І.І., Федух І.С., Хархан О.М., Шебанова С.Г.), юридичної психології (Ваврик Т.Ю., Морозова Т.Р., Ярош О.В.).

Теоретичне значення дослідження полягає у тому, що результати дослідження вносять теоретичний вклад в психологію особистості, соціальну психологію, основи психологічного консультування, розширюючи уявлення про особливості переживання посттравматичного та гострого стресового розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

Практичне значення дослідження полягає в тому, що отримані емпіричні результати можуть бути використані працівниками психологічних служб, практичними психологами під час консультування на різних етапах психотерапевтичної роботи з військовослужбовцями в гострому періоді.

Апробація результатів дослідження: Результати дослідження було представлено у вигляді тез доповіді за темою дослідження до XV Міжнародна наукова конференція студентів та науковців «Практична психологія в її сучасних вимірах» (квітень 2025 ВНЗ Університет імені Альфреда Нобеля, м. Дніпро).

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаної літератури (джерел). Повний обсяг роботи складає 93 сторінки, основний обсяг роботи складає 70 сторінок, 9 таблиць.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Теоретичний огляд висвітлення поняття посттравматичного стресового розладу в науковій літературі

В умовах повномасштабної війни в Україні різко зросла кількість військовослужбовців, які зазнали тяжких психотравмувальних подій під час участі в бойових діях. Особливу увагу науковців, практичних психологів та військових медиків привертає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – складне й багаторівневе психічне порушення, що суттєво знижує якість життя, порушує особистісне, соціальне та професійне функціонування, ускладнює процес адаптації та повернення до мирного життя.

Проблематика посттравматичного стресового розладу (ПТСР) набула особливої актуальності в українському науковому дискурсі після початку російсько-української війни у 2014 році, а з 2022 року – перетворилася на критично важливу складову військової психології, медичної та соціально-психологічної допомоги. Вітчизняні дослідники активно вивчають як клінічні аспекти ПТСР, так і психосоціальні наслідки бойових психотравм.

У працях К. В. Аймедова, Ю. О. Асєєвої, А. Е. Волощук, В. В. Зайцева, І. В. Козлової, О. І. Коляди, Н. М. Пов'якель, О. М. Соловей, О. А. Толмачова, О. В. Хмелевської, А. М. Яцишиної та інших проаналізовано психологічні наслідки участі в бойових діях, розглянуто клінічні форми ПТСР, механізми розвитку та стратегії подолання. Значна увага приділяється вивченню симптомокомплексів ПТСР у військовослужбовців: гіперзбудження, уникнення, флешбеків, депресивної симптоматики, емоційного оніміння, соціальної ізоляції.

У контексті сучасної клінічної психології ПТСР розглядається як окреме, самостійне порушення із чіткими діагностичними критеріями, етапами формування та специфічними нейропсихологічними механізмами. Водночас,

попри наявність усталених підходів до діагностики, у військовій практиці спостерігається значна варіативність у проявах ПТСР, що обумовлено як індивідуальними факторами, так і типом пережитої травми, зокрема впливом мінно-вибухових поранень.

Аналіз вітчизняної літератури свідчить, що ПТСР дедалі частіше розглядається не лише як психіатричний діагноз, а як мультифакторний феномен, що потребує інтеграції психологічного, біологічного та соціального аналізу. Водночас у дослідженнях зростає інтерес до нейропсихологічних проявів

ПТСР, особливо в умовах поєднання з мінно-вибуховою травмою (акубаротравмою), що створює підґрунтя для майбутніх міждисциплінарних проєктів.

Знання історичних витоків поняття ПТСР, еволюції його діагностичних критеріїв (від «військового неврозу» до сучасних трактувань у DSM-5 та МКХ-11), а також розуміння багаторівневої структури патогенезу розладу є критично важливим для подальшого цілісного вивчення ПТСР із супутньою акубаротравмою. Такий міждисциплінарний аналіз – з позицій клінічної психології, психіатрії, нейропсихології та психотерапії – дає змогу глибше осмислити специфіку посттравматичних змін у військовослужбовців і закласти основу для ефективної діагностики, прогнозування перебігу та розробки реабілітаційних програм.

Актуальність дослідження посилюється потребою в системній психологічній підтримці захисників України, формуванні нової моделі військово-психологічної допомоги, орієнтованої на раннє виявлення ознак ПТСР, урахуванні супутніх нейротравм, як-от акубаротравма, та забезпеченні довготривалої психологічної реабілітації.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є однією з найпоширеніших та найінтенсивніших психічних реакцій на пережиті екстремальні, життєво загрозові ситуації, які мають глибокий вплив на психіку людини. Його формування пов'язане з психотравмувальними подіями, що значно перевищують звичний рівень стресу –

зокрема, це участь у бойових діях, поранення, свідчення загибелі побратимів, загроза життю.

Історія вивчення ПТСР має понад столітню традицію. Ще в період Першої світової війни з'явилися перші описи симптомів, що нині асоціюються із цим розладом, тоді цей стан отримав назву «військовий невроз», або shell shock. У період Другої світової війни термін трансформувався у «бойовий психоневроз», а пізніше – у «в'єтнамський синдром» серед американських ветеранів.

Посттравматичний стресовий розлад у світовій психологічній та психіатричній науці протягом останніх десятиліть трансформувався з діагностичного симптому в окрему розгорнуту нозологічну одиницю. Його включення до третього видання Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III) у 1980 році стало поворотним моментом у клінічній практиці, а подальші уточнення у DSM-IV, DSM-5 і МКХ-11 зумовили більш глибоке розуміння цього феномену.

1.2. Теоретичний аналіз особливостей перебігу посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців

Військова служба супроводжується високим рівнем стресу, пов'язаного з небезпекою для життя, втратою побратимів, моральними дилемами та соціальною ізоляцією. Для військових характерні специфічні тригери (звуки вибухів, запах диму, певні місцевості), що провокують флешбеки.

Дослідження показують, що у військовослужбовців ПТСР розвивається частіше, ніж у цивільного населення. За даними міжнародних метааналізів (АРА, 2021), від 20% до 30% учасників бойових дій мають клінічно виражений ПТСР, а ще більший відсоток демонструє субклінічні симптоми.

Особливості перебігу у військових:

- висока коморбідність (депресія, зловживання алкоголем, тривожні розлади);
- затримка у зверненні по допомогу через військову культуру та стигму;

- підвищений ризик суїцидальної поведінки;
- складнощі у соціальній адаптації після демобілізації.

Під час травматичної події військовий відчуває сильний страх та втрату контролю над ситуацією. Сам ПТСР у такому випадку розвивається приблизно через місяць. А от в перші 72 години у військового присутні симптоми гострої стресової реакції, а у наступні дні — гострого стресового розладу.

Симптоматика посттравматичного стресового розладу у військових наступна:

- регулярні спогади про травмуючу подію, які часто виникають як флешбеки;
- гіперзбудження, проблеми із сном;
- потреба все контролювати, надмірна настороженість;
- нічні жахи, часто пов'язані із травмуючою ситуацією;
- порушення пам'яті;
- втрата інтересу до звичної діяльності;
- нестабільний емоційний стан;
- відчуження від інших людей, навіть близьких та рідних.

У кожної людини, яка приймає участь у бойових діях, ризик розвитку ПТСР дуже високий. Згідно статистичних даних, приблизно у 60-80 % військовослужбовців спостерігаються ознаки гострої травми. Якщо їм у цей момент не надали потрібної психологічної допомоги, то це може призвести до ПТСР. Ризик зростає у наступних випадках:

- якщо у людини уже був раніше діагностований якийсь психічний розлад;
- уже був досвід травмуючої події;
- травма пов'язана із загибеллю рідних, смертю великої кількості людей або якщо вона викликала серйозні зміни у житті;
- у людини немає близьких, із якими вона може поділитись своїми переживаннями.

У військовослужбовців симптоми ПТСР найяскравіше проявляються після повернення до мирного життя. Тому дуже важливо вчасно виявити проблему та

пролікувати. Найчастіше допомогу у цьому напрямку надають так звані табори декомпресії та центри ветеранів. Окрім того, сьогодні існує багато громадських об'єднань, які працюють з людьми, що отримали психічну травму на війні. Також завжди є можливість безпосередньо звернутись із скаргами до психіатра або психотерапевта. При цьому важливо, щоб спеціаліст був ознайомлений із особливостями ПТСР в учасників бойових дій та мав релевантний досвід.

1.2.1. Аналіз особливостей терапії при посттравматичному стресовому розладі у військових.

Лікування військових, які страждають від ПТСР, повинно відбуватись у двох напрямках. Перш за все це психотерапія яка може бути як груповою, так і індивідуальною. Вона включає використання різних методик:

- інтервенція психологічного дебрифінгу, іншими словами — це детальне обговорення травмуючої події;
- травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія;
- вироблення навичок керування стресом та їх вдосконалення;
- десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR) та ін.
- ресурсна психотерапія.

При необхідності психіатр може призначити і медикаментозну терапію. Її головне призначення полягає у тому, щоб зменшити симптоматику. Найчастіше застосовують антидепресанти, транквілізатори, нормотиміки, нейрорепаранти.

Посттравматичний синдром у військових потребує особливого комплексного підходу для того щоб психологічну травму трансформувати у посттравматичне зростання.

1.3. Теоретичний огляд визначення понять гостра реакція на стрес та посттравматичний стресовий розлад в науковій літературі

Гострий період ПТСР визначається як перші тижні та місяці після травматичної події. На цьому етапі симптоми можуть мати максимальну інтенсивність: безсоння, нічні жахи, підвищена пильність, емоційне оніміння.

Дослідження (Bryant, 2019) показують, що своєчасна інтервенція у гострому періоді може значно зменшити ризик переходу у хронічну форму ПТСР. У військових саме цей період є найбільш критичним для психологічної підтримки, оскільки невчасне втручання призводить до розвитку стійких симптомів, погіршення боєздатності та загальної адаптації.

ГРС - тимчасовий розлад, який розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай стихає через кілька годин або днів.

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

Форми ПТСР:

- > гостра - симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців;
- > хронічна - симптоми зберігаються три і більше місяці;
- > з пізніми проявами - початок симптомів спостерігається через 6 місяців після травматичної події.

У більшості випадків пацієнти одужують, але інколи хвороба триває протягом багатьох років після катастрофи і трансформується в хронічну зміну особистості.

Таблиця 1.1

Ознаки	ГРС	ПТСР
тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події	від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту	виникає після ГРС або латентного періоду, який може тривати від кількох тижнів до 6 місяців або зрідка - до декількох років
перебіг	Гострий	Хвилеподібний

Стресорами бойового стресу можуть виступати чинники наступних груп: прямі бойові стресори, опосередковані та стресори, пов'язані з військовою службою «взагалі».

До першої групи відносяться:

- > ситуації, що загрожують життю і фізичної цілісності військовослужбовця;
- > поранення, контузії, каліцтва та дози опромінення;
- > загибель близьких людей і товаришів по службі;
- > жахливі картини смерті і людських мук;
- > випадки загибелі товаришів по службі, мирних громадян, відповідальність за які військовослужбовець приписує собі;
- > події, в результаті яких постраждали честь і гідність військовослужбовця.

До другої групи відносяться такі чинники:

- > підвищений рівень перманентної потенційної загрози для життя;
- > тривале виконання напруженої діяльності;
- > тривала депривація основних біологічних і соціальних потреб; різкі і несподівані зміни умов служби та життєдіяльності; важкі екологічні умови життєдіяльності;
- > відсутність контактів з близькими;
- > неможливість змінити умови свого існування;
- > інтенсивні і тривалі міжособистісні конфлікти;
- > підвищена відповідальність за свої дії;

> можливість загинути, отримати поранення або потрапити в полон у безглуздій, на думку військовослужбовця, війні.

Третю групу складають наступні підгрупи стресорів:

I. Екзогенні Фізичні стресори:

- > спека, холод, волога, пил;
- > вібрація, шум, вибух;
- > шкідливі запахи (дим, отрута, хімічні сполуки);
- > іонізуюче випромінювання;
- > інфіковане середовище;
- > фізична праця;
- > погана видимість (яскраве світло, темнота, серпанок);
- > складно доступна місцевість;
- > перебування на висоті. Фізіологічні:
- > позбавлення сну;
- > зневоднення;
- > недоїдання;
- > погана гігієна;
- > м'язова та гіпоксична втома;
- > надмірне використання м'язів або їх невикористання;
- > розлад імунної системи;
- > хвороба чи травма;
- > сексуальна фрустрація;
- > вживання психоактивних речовин (куріння, кофеїн, алкоголь);
- > ожиріння;
- > поганий фізичний стан.

. Ендогенні (психічні стресори) Когнітивні:

- > інформація (забагато або замало);
- > сенсорне перенавантаження або деривація;
- > двозначність, невизначеність, непередбачуваність;
- > часові вимоги чи очікування;

- > складні рішення (правила бою);
- > організаційна динаміка та зміни;
- > складний вибір чи відсутність вибору;
- > визнання погіршеного функціонування;
- > робота, яка виходить за межі власної компетенції;
- > попередні невдачі. Емоційні:
- > новачок у підрозділі, ізолюваність, самотність;
- > страх і загрози, які спричиняють тривогу (смерть, травму, невдачі чи втрати);
- > втрати, які спричиняють скорботу (жалобу);
- > обурення, агресія і фрустрації, які спричиняють гнів і відчуття суму;
- > конфліктні/неоднозначні мотиви і відданість;
- > неактивність, яка спричиняє відчуття суму;
- > релігійна конфронтація або спокуса втратити віру;
- > міжособистісні конфлікти (у підрозділі або з товаришами);
- > проблеми вдома, ностальгія за домом;
- втрата приватності ;
- > віктимізація/сексуальні домагання.

Реалізація стресора складний багатокомпонентний процес, адже як генетичні передумови, так і набуті навички стресостійкості та керування стресом впливають на результат, на реалізацію стресу - чи в посттравматичне зростання, чи в патологію: гостру реакцію на стрес, розлад адаптації, посттравматичний стресовий розлад.

ПТП - потенційно травмуюча подія, під час якої індивід чи група переживає інтенсивне почуття жаху, страху, безпорадності чи безнадії і яка сприймається і відчувається як загроза власній безпеці або ж стабільності. При короткотривалій дії стресора (стрес-фактора) одужання є очікуваним за наявності достатніх ресурсів, з плином часу (з варіаціями, зумовленими інтенсивністю і тривалістю дії стресора) та відсутністю чинників, що впливають на одужання (брак підтримки з боку інших, безперервні стреси, неконструктивні переконання).

Базові симптоми гострого стресового розладу (ГРС) та посттравматичного стресового розладу (ПТСР):

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

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

> *надмірне збудження* - безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Крім того, ГРС включає в себе дисоціативні симптоми, такі як відчуження, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація і дисоціативна амнезія.

Дереалізація - порушення сприйняття, при якому навколишній світ сприймається як нереальний або віддалений, позбавлений своїх фарб та при якому можуть відбуватися порушення пам'яті. Деколи супроводжується станами «вже баченого» (*deja vu*) або «ніколи не баченого» (*jamais vu*). Дереалізація не є психо-тичним розладом (відноситься до розряду невротичних розладів або до так званої «малої психіатрії» - людина в абсолютній більшості випадків повністю зберігає контроль над собою, адекватність і осудність, це лише погіршує якість життя).

Дереалізація часто буває пов'язана з депресією, є основним симптомом невроту тривоги або інших психічних розладів, таких як депресія або неврастенія.

Деперсоналізація - це стан відчуження від самого себе, неадекватне сприймання людиною своєї особи, свого «я». Причинами можуть бути психофізіологічні, соціальні захворювання. Є клінічним синдромом певних психічних розладів.

Хворим здається, що події їхнього життя відбуваються з кимось іншим, що вони ніби «дивляться» своє життя у кінотеатрі. Тривала деперсоналізація є тяжким станом, часто призводить до суїцидів.

Дисоціативна амнезія - це втрата пам'яті про нещодавні важливі події. Вона не зумовлена органічним психічним захворюванням і надто виражена, щоб

пояснюватися звичайною безпам'ятністю чи втомою. Амнезія виникає тільки на травматичні події (нещасні випадки чи несподівана втрата близьких), буває частковою і вибірковою. Дисоціативна амнезія переважно ретроградна і найчастіше зустрічається у свідків і потерпілих. Найважче відрізнити її від свідомої симуляції, пов'язаної з можливим тюремним ув'язненням.

1.4. Огляд та описання процедури виявлення гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців на догоспітальному етапі. Медичне сортування військовослужбовців з психічними та поведінковими розладами.

Догоспітальна медична допомога при стресі має три основні цілі: зберегти життя, запобігти подальшим ускладненням та сприяти відновленню.

Збереження психічного здоров'я людини є багатoproфільною проблемою, яка без комплексних сумісних зусиль різних фахівців не вирішиться. Крім того, дії безпосереднього військового командування та згуртованість підрозділу є потенційно найпотужнішою доступною силою для зцілення і відновлення військовослужбовців

Всю систему збереження психічного здоров'я (нормального функціонування психічної сфери) умовно можна розділити на 4 складові, в залежності від прояву тих чи інших ознак згідно моделі охорони психічного здоров'я військовослужбовців.

Компетенція командирів чи офіцерів з морально-психологічного забезпечення охоплює зелену та жовту зони. Оранжева зона вимагає особливої уваги та своєчасного реагування, червона - компетенція виключно лікарів-фахівців з психічного здоров'я.

Основне завдання фахівців з морально-психологічного забезпечення - своєчасно виявити розлади психічної діяльності, відреагувати в межах оранжевої зони та направити військовослужбовця до лікувального закладу.

1.5. Сучасні методи подолання ПТСР

На сьогодні існує декілька підходів до лікування ПТСР:

1. Фармакотерапія – антидепресанти (SSRIs, SNRIs), анксіолітики, стабілізатори настрою. Вони допомагають знизити інтенсивність симптомів, проте не усувають причини травматичних переживань.

2. Психотерапевтичні методи:

- КПТ (когнітивно-поведінкова терапія) – найефективніший метод з доведеною результативністю;

- ЕМДР (десенсибілізація рухами очей) – рекомендована ВООЗ і МОЗ України як альтернатива;

- психодинамічні та екзистенційні підходи;

- групова терапія, арт-терапія.

3. Комплексні програми реабілітації військових, що включають психологічну, медичну та соціальну підтримку.

Висновки до першого розділу

Отже, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є ефективним методом психотерапії, який застосовують у лікуванні різноманітних психічних розладів, таких як депресія, тривожність, панічні атаки, посттравматичний стресовий розлад, фобії, залежності та інші.

Основні принципи КПТ базуються на тому, що людські емоції та поведінка взаємопов'язані з мисленням, тобто наші переконання та думки впливають на наші емоції та поведінку. Ці принципи дозволяють фахівцям у галузі психотерапії допомогти клієнтам змінити негативні думки та переконання, що призводять до невірної оцінки ситуацій та неправильної поведінки.

Застосування КПТ має декілька важливих переваг:

□ ефективність: КПТ є ефективним методом лікування психічних розладів, який дозволяє досягти значущих покращень у стані клієнта за короткий проміжок часу;

□ простота: КПТ є легким для вивчення та застосування методом, який не потребує від фахівців у галузі психотерапії додаткових складних навичок;

□ адаптованість: КПТ може бути адаптований до потреб та характеристик клієнта, що дозволяє застосовувати цей метод у різних культурних та соціальних контекстах;

□ довготривалість: КПТ дозволяє клієнтам розвивати навички саморегуляції та самодисципліни, що є важливим фактором у запобіганні рецидивам психічних розладів.

РОЗДІЛ 2. КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ ЯК МЕТОД ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ РОБОТІ З ПОСТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Теретичний огляд історії виникнення та основних принципів когнітивно-поведінкової терапії в наукових виданнях

У ХХ столітті провідним науковим підходом у психотерапії був біхевіоральний. його прихильники вважали, що поведінка людини складається з рефлексів та реакцій на зовнішні подразники. Психіатр Аарон Бек розвинув цю теорію, виявивши, що не просто середовище, а й спосіб мислення людини впливає на її поведінку та емоції. Це припущення і лягло в основу когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), яка фокусується на зміні мислення клієнта.

Наші особливості мислення часто стають причиною наших негативних емоцій та думок. вони змушують нас зациклюватися на проблемах, відчувати занепокоєння та тривожність, інколи – пригніченість і депресію.

КПТ (когнітивно-поведінкова терапія) виявляє подібні негативні стереотипи мислення клієнта та поступово звільняє його від них, замінюючи їх на позитивні та корисні. цей підхід допомагає пацієнту критично переосмислити його сприйняття реальності та свою поведінку в ній.

Якщо ранні напрями КПТ фокусувалися на поведінці, то пізніші – на когнітивних процесах та глибинних базових переконаннях пацієнтів. Нині ж, когнітивно-поведінковий підхід наголошує на духовності та сенсах, важливих для клієнта. Нова школа КПТ допомагає йому приймати, усвідомлювати та брати відповідальність за власні емоції.

Когнітивно-поведінковий спеціаліст спостерігає за реакціями пацієнта на життєві події, аналізуючи як він реагує на них і чому саме так.

У поведінці людини є багато неусвідомлених, автоматичних дій – такі, як протерти очі, почистити зуби зранку, сходити до туалету. Користуючись звичними

шаблонами поведінки, мозок формує звичку і зберігає енергію. Наш мозок також може формувати шаблони мислення та емоцій, програмуючи те, як ми реагуємо на світ і долаємо проблеми.

Ще дітьми ми отримуємо ці настанови з середовища, переймаємо їх від наших батьків, школи, оточення. Не всі вони можуть бути корисними для нас, але вони міцно засіли в наших головах і продовжують несвідомо впливати на нашу поведінку і зараз. Тоді, мислення людини – наче шкідлива звичка, якої складно позбутися і діяти більш усвідомлено.

Когнітивно-поведінковий спеціаліст звертає увагу клієнта на його реакції, допомагаючи виявляти як влаштовані його проблеми та які думки призводять до їх появи. Фахівець працює з тими переконаннями, які змушують людину діяти неефективно та деструктивно. Адже ефективне мислення – це усвідомлене мислення, яке приводить людину до її цілей та покращує якість життя.

КПТ психотерапія приділяє не таку увагу діалогу, як вирішенню конкретних проблем та завдань пацієнта. Чітке формулювання запитів, чи це тривожний розлад, фобії чи депресія, – запорука успіху терапії.

Неусвідомлена поведінка рідко призводить до бажаного результату. Ми звикаємо до того, як мислимо та реагуємо: комусь може бути звичним сердитися на партнера, якщо він переносить плани в останній момент, а комусь – засмучуватися та замикатися у собі.

Подібні емоційні висновки часто виникають автоматично, миттєво та неусвідомлено. У КПТ їх називають «автоматичними думками».

Автоматичні думки відрізняються від звичайних. Зокрема:

□ їх складно відстежити чи висловити: вони подібні до блискавки, що миттєво вражає вас і залишає свій емоційний слід. Наприклад, клієнт відчуває смуток, не розуміючи звідки він взявся;

□ знаходяться поза нашим свідомим контролем і можуть носити нав'язливий характер, негативно впливаючи на ваше життя;

□ часто беруть свої витoki з наших глибинних переконань, що сформувалися ще дитинстві чи юнацтві. «я красивий/некрасивий», «мені складно/легко заводити друзів».

Це приклад позитивних і негативних настанов, що могли бути нав'язані людині.

Автоматичні думки можуть паралізувати вас: ви знаходитеся в такому собі кривому дзеркалі, яке постійно спотворює вашу реальність і впливає на ваші дії. Під час когнітивно-поведінкової терапії, фахівець може допомогти вам розпізнати та відстежити подібні шаблони автоматичного мислення, а також замінити шкідливі переконання на більш корисні та відповідні реальності.

КПТ спеціалісти також дотримуються переконання, що психічний стан пацієнта визначається не самою стресовою ситуацією, а тим, як він на неї реагує. чи приймає клієнт життєві виклики зі спокоєм і впевненістю, або заглиблюється в депресивні та тривожні стани.

Головне завдання КПТ – привести клієнта до більш ясного осмислення власних емоцій та сформувати нові корисні шаблони мислення. саме так він зможе розвинути психологічну гнучкість та самостійно справлятися і з майбутніми проблемами, а не лише з початковим запитом.

Для того, щоб привести пацієнта до бажаного результату, використовуються три основні стратегії когнітивної терапії Аарона Бека, засновника КПТ підходу. за рахунок емпіризму співробітництва, сократичного діалогу і спрямованого відкриття. КПТ терапія особливо ефективна у вирішенні психологічних проблем.

Варто, більш детально розглянути основні стратегії.

Емпіризм співпраці:

□ клієнт займає активну роль в психотерапевтичному процесі, ставить питання і виявляє інтерес;

□ психотерапевт – його співавтор та провідник, який сприяє прогресу пацієнта;

□ терапевт не вчить клієнта, як правильно думати, а допомагає досліджувати себе.

Сократичний діалог:

□ у формі сократівського діалогу, психотерапевт ставить питання до пацієнта;

□ подібні питання призводять до переосмислення переконань та допомагають клієнту вирішити запит;

□ в процесі пошуку відповідей, психолог може лише звертати увагу на протиріччя в ході думок пацієнта, але клієнт робить висновки самостійно.

Таблиця 2.1

Приклади технік КПТ

№ п/п	Техніка	Кому підходить	Суть
1.	прийняття рішень	для клієнтів, яким важко приймати рішення (часто спостерігається при депресивному розладі)	складання списку переваг та недоліків можливих рішень, а потім аналізу та вибору найкращого
2.	рефокусування	для клієнтів, які страждають від нав'язливих думок та зациклювання	переключення уваги пацієнта на інший вид діяльності та виявлення нав'язливих шаблонів мислення
3.	декатастрофізація	для клієнтів, які схильні до перебільшення масштабу проблеми, що викликає тривогу	постановка питання «що якщо?» та послідовний розбір катастрофічних сценаріїв
4.	децентралізація	для клієнтів, які бачать себе центром подій та об'єктом засудження суспільства (притаманно тривожним параноїдальним розладам) і	допомагає пацієнтові перестати персоніфікувати події, які не мають до нього відношення та більш об'єктивно оцінювати реальність
5.	переформулювання	для клієнтів, які страждають від негативних автоматичних думок та відчуття втрати контролю	перефразування настанов клієнта на більш корисні та реалістичні
6.	експозиція	для клієнтів, яких турбують страх, тривожні розлади, фобії, ОКР та ПТСР	експозиція пацієнта до джерел тривоги чи страху з метою послідовного звикання до них

Спрямоване відкриття:

□ КПТ спеціаліст не має готової відповіді, до якої підводить клієнта: той формулює відкриття самостійно;

- під час терапії, клієнт помічає власні викривлення мислення;
- терапевт дає безпечний простір для пацієнта зробити ці відкриття та закріпити їх у своєму досвіді.

Спочатку, фахівець допомагає визначити проблему та цілі сеансів. Вже під час когнітивно-поведінкової терапії, конкретні техніки підбираються для їх досягнення (Див. Таблицю 1.1).

КПТ – це процес, орієнтований на результат та швидке вирішення проблем клієнта. Щоб опрацювати запит, який привів пацієнта до терапії та закріпити результат може знадобитися від 5 до 20 сесій, 1-2 рази на тиждень.

На першій сесії, клієнт та терапевт знайомляться та формують скарги у запит. Психотерапевт аналізує проблему клієнта, пояснює її з погляду КПТ та визначає ефективні техніки її вирішення. Між сесіями пацієнт отримує завдання: наприклад, виконувати вправи на дихання або записувати в щоденник думки, що виникають протягом дня.

Так клієнт отримує нові навички, щоб надалі використовувати їх для саморегуляції та самоусвідомлення.

КПТ підхід ґрунтується на кількох принципах, які краще пояснюють процес терапії (Див. Таблицю 1.2):

- когнітивний принцип. Когнітивна психологія ґрунтується на переконанні, що думки клієнта безпосередньо впливають на його поведінку. його бачення проблеми визначає його подальші дії; поведінковий принцип. Думки впливають на поведінку, а поведінка таким же чином підтримує спосіб мислення. це подібно до ходіння по колу, адже клієнт лише підживлює існуючу проблему.

Принципи КПТ

№п/п	принцип	значення
1.	когнітивний принцип	Когнітивна психологія ґрунтується на переконанні, що думки клієнта безпосередньо впливають на його поведінку. його бачення проблеми визначає його подальші дії
2.	поведінковий принцип	Думки впливають на поведінку, а поведінка таким же чином підтримує спосіб мислення. це подібно до ходіння по колу, адже клієнт лише підживлює існуючу проблему
3.	принцип співробітництва	Клієнт – активний учасник терапевтичного процесу. він виконує завдання та ініціює обговорення проблем
4.	принцип планування	КПТ терапевт намічає конкретні завдання та цілі терапії, визначає план та аналізує результат
5.	принцип емпіричності	Психотерапевт перевіряє наскільки ефективні методи КПТ для пацієнта на практиці, і у разі чого, коригує перебіг терапії.
6.	принцип «тут і зараз»	КПТ терапія фокусується на конкретній актуальній проблемі, а не на аналізі всього внутрішнього життя клієнта

□ принцип співробітництва. Клієнт – активний учасник терапевтичного процесу. він виконує завдання та ініціює обговорення проблем;

□ принцип планування. КПТ терапевт намічає конкретні завдання та цілі терапії, визначає план та аналізує результат;

□ принцип емпіричності. Психотерапевт перевіряє наскільки ефективні методи КПТ для пацієнта на практиці, і у разі чого, коригує перебіг терапії.

□ принцип «тут і зараз». КПТ терапія фокусується на конкретній актуальній проблемі, а не на аналізі всього внутрішнього життя клієнта.

Якщо клієнт приходить із проблемою, пов'язаною з думками та поведінкою, – когнітивно-поведінкова терапія допоможе з нею впоратися. Напрямок КПТ у психології працює з широким спектром проблем, від проблем із самооцінкою та взаємодії з іншими людьми, до кризових станів та кар'єрних питань. головне – чітко сформулювати запит, і КПТ терапевт допоможе досягти бажаного результату.

Цей підхід також ефективний для лікування таких психоемоційних розладів пацієнта як:

- ☐ тривожні розлади та панічні атаки;
- ☐ депресія;
- ☐ посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);
- ☐ obsесивно-компульсивний розлад (ОКР);
- ☐ невротичні розлади (неврози); ☐ різні фобії.

КПТ терапевт може співпрацювати з психіатром у тих випадках, коли потрібна додаткова медикаментозна терапія та діагностика.

КПТ має низку переваг у порівнянні з іншими напрямками психотерапії (Див.Таблицю 2.3).

Таблиця 2.3.

Переваги КПТ

№ п/п	переваги	значення
1.	ефективна	Напрямок з найбільш доведеною ефективністю. Вона емпірична, високо оцінюється науковою спільнотою та використовує знання зі сфер психіатрії, нейробіології, та педагогіки
2.	короткострокова	Інші напрямки психотерапії, наприклад гештальт чи психоаналіз, можуть тривати роками. когнітивно-поведінкова терапія досягає стійкого та довгострокового результату за 5-20 сесій
3.	структурована	Цей підхід ґрунтується на чітких методах, стратегіях та техніках по роботі з пацієнтами. кожна сесія має структуру та план, адаптований під кожного клієнта окремо
4.	цілеспрямована	Ця терапія спрямована на визначення проблеми та ефективне досягнення результату. Психотерапевт не заглиблюється у самокопання клієнта: вони разом ставлять цілі та покращують якість його життя

Основними перевагами є:

□ ефективна. Напрямок з найбільш доведеною ефективністю. Вона емпірична, високо оцінюється науковою спільнотою та використовує знання зі сфер психіатрії, нейробіології, та педагогіки.

□ короткострокова. Інші напрямки психотерапії, наприклад гештальт чи психоаналіз, можуть тривати роками. когнітивно-поведінкова терапія досягає стійкого та довгострокового результату за 5-20 сесій;

□ структурована. Цей підхід ґрунтується на чітких методах, стратегіях та техніках по роботі з пацієнтами. кожна сесія має структуру та план, адаптований під кожного клієнта окремо;

□ цілеспрямована. Ця терапія спрямована на визначення проблеми та ефективне досягнення результату. Психотерапевт не заглиблюється у самокопання клієнта: вони разом ставлять цілі та покращують якість його життя.

Отже, у результаті КПТ терапії, людина вчиться мислити більш раціонально й об'єктивно, легше сприймати труднощі та шукати шляхи їх вирішення. клієнт розвиває психологічну гнучкість та стійкість, а також отримує нові навички для підтримки свого ментального здоров'я.

2.2. Огляд та висвітлення особливостей застосування когнітивно-поведінкової терапії як психотерапевтичного напрямку в роботі з посттравматичним стресовим розладом

У поведінці людини є багато неусвідомлених, автоматичних дій – такі, як протерти очі, почистити зуби зранку, сходити до туалету. Користуючись звичними шаблонами поведінки, мозок формує звичку і зберігає енергію. Наш мозок також може формувати шаблони мислення та емоцій, програмуючи те, як ми реагуємо на світ і долаємо проблеми.

Ще дітьми ми отримуємо ці настанови з середовища, переймаємо їх від наших батьків, школи, оточення. Не всі вони можуть бути корисними для нас, але вони міцно засіли в наших головах і продовжують несвідомо впливати на нашу

поведінку і зараз. Тоді, мислення людини – наче шкідлива звичка, якої складно позбутися і діяти більш усвідомлено.

Когнітивно-поведінковий терапевт звертає увагу клієнта на його реакції, допомагаючи виявляти як влаштовані його проблеми та які думки призводять до їх появи. Фахівець працює з тими переконаннями, які змушують людину діяти неефективно та деструктивно. Адже ефективне мислення – це усвідомлене мислення, яке приводить людину до її цілей та покращує якість життя

КПТ психотерапія приділяє не таку увагу діалогу, як вирішенню конкретних проблем та завдань пацієнта. Чітке формулювання запитів, чи це тривожний розлад, фобії чи депресія, – запорука успіху терапії.

Неусвідомлена поведінка рідко призводить до бажаного результату. Ми звикаємо до того, як мислимо та реагуємо: комусь може бути звичним сердитися на партнера, якщо він переносить плани в останній момент, а комусь – засмучуватися та замикатися у собі.

Подібні емоційні висновки часто виникають автоматично, ментально та неусвідомлено. У КПТ їх називають «автоматичними думками».

Варто розглянути чим відрізняються автоматичні думки від звичайних.

Їх складно відстежити чи висловити: вони подібні до блискавки, що миттєво вражає вас і залишає свій емоційний слід. Наприклад, клієнт відчуває смуток, не розуміючи звідки він взявся.

Знаходяться поза нашим свідомим контролем і можуть носити нав'язливий характер, негативно впливаючи на ваше життя.

Часто беруть свої витoki з наших глибинних переконань, що сформувалися ще дитинстві чи юнацтві. «Я красивий/некрасивий», «Мені складно/легко заводити друзів» – це приклад позитивних і негативних настанов, що могли бути нав'язані людині.

Автоматичні думки можуть паралізувати вас: ви знаходитесь в такому собі кривому дзеркалі, яке постійно спотворює вашу реальність і впливає на ваші дії. Під час когнітивно-поведінкової терапії, фахівець може допомогти вам розпізнати

та відстежити подібні шаблони автоматичного мислення, а також замінити шкідливі переконання на більш корисні та відповідні реальності.

КПТ терапевти також дотримуються переконання, що психічний стан пацієнта визначається не самою стресовою ситуацією, а тим, як він на неї реагує. Чи приймає клієнт життєві виклики зі спокоєм і впевненістю, або заглиблюється в депресивні та тривожні стани.

Головне завдання КПТ терапії — привести клієнта до більш ясного осмислення власних емоцій та сформувані нові корисні шаблони мислення. Саме так він зможе розвинути психологічну гнучкість та самостійно справлятися і з майбутніми проблемами, а не лише з початковим запитом.

Для того, щоб привести пацієнта до бажаного результату, використовуються три основні стратегії когнітивної терапії Аарона Бека, засновника КПТ підходу. За рахунок емпіризму співробітництва, сократичного діалогу і спрямованого відкриття, КПТ терапія особливо ефективна у вирішенні психологічних проблем.

Емпіризм співпраці:

- клієнт займає активну роль в психотерапевтичному процесі, ставить питання і виявляє інтерес;

- психотерапевт – його співавтор та провідник, який сприяє прогресу пацієнта;

- терапевт не вчить клієнта, як правильно думати, а допомагає досліджувати себе.

Сократичний діалог:

- у формі сократівського діалогу, психотерапевт ставить питання до пацієнта;

- подібні питання призводять до переосмислення переконань та допомагають клієнту вирішити запит;

- в процесі пошуку відповідей, психолог може лише звертати увагу протиріччя в ході думок пацієнта, але клієнт робить висновки самостійно.

Спрямоване відкриття:

□ КПТ терапевт не має готової відповіді, до якої підводить клієнта: той формулює відкриття самостійно;

□ під час терапії, клієнт помічає власні викривлення мислення;

□ терапевт дає безпечний простір для пацієнта зробити ці відкриття та закріпити їх у своєму досвіді.

Спочатку, фахівець допомагає визначити проблему та цілі сеансів. Вже під час когнітивно-поведінкової терапії, конкретні техніки підбираються для їх досягнення.

2.3 Розгляд та аналіз практичних аспектів використання методів когнітивно-поведінкової терапії в роботі з постравматичним стресовим розладом

Психопрофілактична робота з військовослужбовцями зі складу групи посиленої психологічної уваги

З метою диференційованого розподілу заходів психопрофілактики утворюється група посиленої психологічної уваги (ГППУ).

За результатами обстеження, наявності повної інформації про особливості поведінки особового складу в районі виконання завдань за призначенням, пережитих ними екстремальних подій, військовослужбовці розподіляються на три групи.

Перша група – 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.

Такі військовослужбовці не вимагають пильної уваги психолога, вони здатні виконувати професійні завдання, самостійно справляючись з психологічними проблемами, пов'язаними з перебуванням в районі виконання службових завдань.

Друга група – військовослужбовці, які мають функціональні відхилення, знижений рівень працездатності, відчують труднощі в повсякденному житті, але

зберігають контроль над своєю поведінкою за допомогою значного напруження сил і ресурсів, які потребують проведення реабілітаційних, відновлювальних заходів.

Третя група – військовослужбовці, які мають виражені прояви посттравматичної стресової симптоматики, порушення соціальної та професійної адаптації, проблеми в родині, вимагають постійного спостереження.

На підставі результатів психодіагностичного тестування, аналізу анамнестичних даних і критеріїв індивідуального клініко-психологічного обстеження військовослужбовців, повинні бути виділені наступні групи:

□ Психічно здорові особи, які мають стійке психічне здоров'я (СПЗ) і не виявляють в процесі обстеження тих чи інших ознак зниження психічного здоров'я або психоемоційного напруження.

У цілому стан їх психічного та фізичного здоров'я характеризується як стан динамічної рівноваги індивіда з навколишнім середовищем, коли всі закладені в його біологічній та соціальній сутності здібності виявляються найбільш повно – і всі життєво важливі підсистеми функціонують з оптимальною інтенсивністю.

□ Особи з ознаками передневротичних розладів за типом психоадаптаційного стану (ПАС). У результаті динамічного

спостереження в цю групу потрапляють респонденти, у яких присутні такі фактори ризику, як спадкова схильність до психічних розладів і алкоголізму, стану тривалого психоемоційного напруження, поєднаний вплив ситуаційних психогенних факторів.

Існує 4 варіанти психоадаптаційного стану.

1. Психовегетативний варіант ПАС (він є домінуючим). У респондентів, більшою мірою спостерігаються мінущі короткочасні вегетосудинні порушення:

- серцебиття,
- запаморочення,
- коливання артеріального тиску частіше як спадкова гіпертензія),

□ періодично виникають відчуття жару.

Тривалість цих станів обмежувалася кількома хвилинами. Дані прояви зустрічалися від декількох разів на тиждень до 1-2 разів на місяць.

2. Астенічний варіант ПАС. Він характеризується короткочасними астенічними розладами у вигляді минутих станів зниження фізичного тону і відчуття вираженої стомлюваності, які зазвичай з'являються під кінець дня або зміни:

- відчуття млявості,
- слабкості,
- бажання виспатися,
- проблеми із засинанням,
- незважаючи на відчуття явної перевтоми,
- зниження концентрації уваги,
- ускладнень при виконанні службових обов'язків.

3. Дистимічний варіант ПАС. Характеризується проявом тимчасових, від декількох хвилин до декількох годин, минутих психоемоційних порушень у вигляді:

- безпричинної тривоги,
- неспокою,
- внутрішнього дискомфорту.

Дані порушення з'являлися раптово. У початковій стадії розвитку даного варіанту тривожні прояви навіть можуть трохи стимулювати різні аспекти поведінки, привносячи елементи зовнішньої гіперактивності й метушливості.

Надалі, нерідко з'являються: короткочасні епізоди нестійкого настрою, з елементами дратівливості або незадоволеності, песимістичною оцінкою майбутнього, апатією. Такі стани купірувалися після повноцінного відпочинку або відпустки.

4. Змішаний варіант ПАС. Виявляється в тих випадках, коли в його структурі було практично неможливо визначити переважаючу психопатологічну симптоматику. В даному випадку часто можна говорити про:

- астено-вегетативний, вегето-дистимічний варіанти розладі:
- поєднання психовегетативних порушень з астенічними або дистимічними проявами.

- Особи, які мають власне донозологічні розлади –психодезадаптаційні стани (ПДАС), респонденти, які виявляють «перед хворобливі» психічні та психосоматичні порушення, що відрізняються нестабільністю, короткочасністю і фрагментарністю цих проявів.

Також присутні такі фактори ризику, як спадкова схильність до психічних розладів і алкоголізму, наявність епізодів вживання наркотичних і психоактивних речовин, стану тривалого психоемоційного напруження, поєднаний вплив ситуаційних психогенних факторів.

Структура ПДАС у військовослужбовців представлена у вигляді наступних варіантів (Див. Таблицю 2.1.):

- психовегетативного,
- астенічного,
- дистимічного, □ дисмнестичного, □ змішаного.

Психовегетативний варіант ПДАС. Виявляється на фоні загальної слабкості, розбитості, несистемних запаморочень, тривожних розладів, порушень сну.

Вегетативні кризові дисфункції, які найчастіше проявляються в коливанні артеріального тиску, тахікардії, брадикардії, ортостатичних порушеннях, дихальних (відчуття браку повітря), теплорегуляційних (озноб або відчуття жару) порушеннях, нападоподібному головному болі. Частота порушень – від 1 разу на місяць до 2 разів на тиждень; тривалість перебігу – від декількох днів до декількох тижнів, відносна мінливість і фрагментарність.

Структура психозадаптаційних станів

№ п/п	Варіант ПДАС	Ознаки варіанту ПДАС
1.	Психовегетативний варіант ПДАС	Виявляється на фоні загальної слабкості, розбитості, несистемних запаморочень, тривожних розладів, порушень сну. Вегетативні кризові дисфункції, які найчастіше проявляються в коливанні артеріального тиску, тахікардії, брадикардії, ортостатичних порушеннях, дихальних (відчуття браку повітря), терморегуляційних (озноб або відчуття жару) порушеннях, нападopodobному головному болю. Частота порушень – від 1 разу на місяць до 2 разів на тиждень; тривалість перебігу – від декількох днів до декількох тижнів, відносна мінливість і фрагментарність
2.	Астенічний варіант ПДАС	За своїми основними проявами має схожість з аналогічним варіантом ПАС, але є його більш ускладненим психопатологічним продовженням, коли описані вище астенічні розлади набувають стійкого і більш вираженого характеру. При цьому розвивається виражене відчуття втоми як до кінця дня і особливо після добового чергування, так і за умови виконання дещо більшого обсягу роботи, головні болі, болі в м'язах, відчуття загальної слабкості, розбитості, млявості. Практично постійно спостерігаються порушення нічного сну: труднощі засипання, «здригання» під час засипання, минуще безсоння.
3.	Дистимічний варіант ПДАС	Проявляється минулими, але більш вираженими (у порівнянні з ПАС) тривожними, тривожно-дистимічними, тривожно-депресивними, астено-депресивними, депресивно-дистимічними, дистиміко-експлозивними істеро-депресивними та тривожно-іпохондричними порушеннями. До їх формування, як правило, призводить вплив психогенних колективно-побутових чинників. Основними, провідними психоемоційними розладами є дистимічні порушення: дратівливість, тривога, занепокоєння, дисфоричні та експлозивні спалахи, переживання внутрішнього психічного дискомфорту. На відміну від ПАС, особи з дистимічним варіантом ПДАС суб'єктивно оцінюють свій стан як нездоров'я. Тому дана група клієнтів нерідко самотійно шукає допомоги у лікаря.

4.	Дисмнестичний варіант ПДАС	проявляється короткочасними змінами в сфері уваги, орієнтування в знайомій обстановці, помилковій оцінки часових інтервалів, значних труднощів у виконанні рахункових операцій, прийнятті оперативних рішень, що суб'єктивно переживається як поява «проблем з головою», які можуть стати «помітними для оточуючих». Описані порушення найчастіше супроводжуються головними болями, почуттям «важкості в голові». При цьому, страждає виконання службових обов'язків, однак повністю зберігається критика щодо свого стану і відзначається чіткий зв'язок його з перевтомою, після повноцінного або додаткового відпочинку відзначається значне поліпшення стану, яке може знову погіршитися до кінця тижня, або проведення регламенту обслуговування техніки. Необхідні лікувальнопрофілактичні рекомендації і госпіталізація.
5.	Змішаний варіант ПДАС	Як і у випадках аналогічного варіанту ПАС, в його структурі можуть виявлятися у відносно рівних частинах астенічні, дистимічні, дисмнестичні та психовегетативні розлади, але більш виражені.

Астенічний варіант ПДАС. За своїми основними проявами має схожість з аналогічним варіантом ПАС, але є його більш ускладненим психопатологічним продовженням, коли описані вище астенічні розлади набувають стійкого і більш вираженого характеру. При цьому розвивається виражене відчуття втоми як до кінця дня і особливо після добового чергування, так і за умови виконання дещо більшого обсягу роботи, головні болі, болі в м'язах, відчуття загальної слабкості, розбитості, млявості. Практично постійно спостерігаються порушення нічного сну: труднощі засипання, «здригання» під час засипання, минуще безсоння.

Дистимічний варіант ПДАС. Проявляється минущими, але більш вираженими (у порівнянні з ПАС) тривожними, тривожнодистимічними, тривожно-депресивними, астено-депресивними, депресивно-дистимічними, істеро-депресивними, дистиміко-ксплозивними та тривожно-іпохондричними порушеннями. До їх формування, як правило, призводить вплив психогенних колективно-побутових чинників.

Основними, провідними психоемоційними розладами є дистимічні порушення: дратівливість, тривога, занепокоєння, дисфоричні та експлозивні

спалахи, переживання внутрішнього психічного дискомфорту. На відміну від ПАС, особи з дистимічним варіантом ПДАС суб'єктивно оцінюють свій стан як нездоров'я. Тому дана група клієнтів нерідко самотійно шукає допомоги у лікаря.

Дисмнестичний варіант ПДАС проявляється короточасними змінами в сфері уваги, орієнтування в знайомій обстановці, помилковій оцінки часових інтервалів, значних труднощів у виконанні рахункових операцій, прийнятті оперативних рішень, що суб'єктивно переживається як поява «проблем з головою», які можуть стати «помітними для оточуючих». Описані порушення найчастіше супроводжуються головними болями, почуттям «важкості в голові».

При цьому, страждає виконання службових обов'язків, однак повністю зберігається критика щодо свого стану і відзначається чіткий зв'язок його з перевтомою, після повноцінного або додаткового відпочинку відзначається значне поліпшення стану, яке може знову погіршитися до кінця тижня, або проведення регламенту обслуговування техніки. Необхідні лікувально-профілактичні рекомендації і госпіталізація.

Змішаний варіант ПДАС. Як і у випадках аналогічного варіанту ПАС, в його структурі можуть виявлятися у відносно рівних частинах астенічні, дистимічні, дисмнестичні та психовегетативні розлади, але більш виражені.

Їх прояви негативно впливають на службову діяльність, соціальне і психічне функціонування.

Військовослужбовці з ознаками граничного психічного розладу (ГПР). Це військовослужбовці, які мають явні клінічні ознаки психічної патології неспсихотичного рівня, що складають так звану «нозологічну групу» граничних психічних захворювань (неврози, неврозоподібні й психопатоподібні стани різного генезу, невротичні та приховані «замасковані», соматизовані депресії, екзогенно-органічні і соматогенно обумовлені нервово-психічні розлади та ін.). Також впливає наявність аномалій і акцентуацій особистості.

Дана група розладів передбачає значне зниження або навіть тимчасову втрату працездатності, а особи з ГПР потребують своєчасної висококваліфікованої медичної (психіатричної та психотерапевтичної) допомоги. Також факторами

ризиком є спадкова схильність до психічних розладів і алкоголізму, наявність епізодів вживання наркотичних і психоактивних речовин, стану тривалого психоемоційного напруження, поєднаний вплив ситуаційних психогенних факторів і соматичної обтяженості, наявність аномалій і акцентуацій особистості. У таких військовослужбовців відмічається: дратівливість, стомлюваність, емоційна лабільність, головний біль, зниження працездатності, швидка стомлюваність, іпохондричні скарги на болі без чіткої локалізації.

Відмічаються тривожно-фобічні прояви, часті скарги на порушення сну і засипання, наявність нічних кошмарів і «здригання» під час засинання, що може провокуватись наявністю професійних негараздів, психогеніями різного характеру, особливо такими, що спричинені людським фактором, а саме грубістю і нетактовною поведінкою командирів-начальників.

Військовослужбовці, які мають донозологічні порушення психічного здоров'я брехливі, мають досить хороше соматичне здоров'я, схильні до симуляції, для них характерна «втеча в хворобу», можливі вегетативні кризи і соматоформні порушення. У психічному здоров'ї – зрушення в бік невротизації особистості, більш низькі адаптаційні можливості. Інтелект відповідає отриманій освіті. Знижена працездатність із несамотійністю в прийнятті рішень, більш низька цілеспрямованість. За характером – амбоверти з тенденцією до інтроверсії, емоційно слабкі, слабкий контроль над емоціями, слабовільні, з більш вираженими тривожно-недовірливими рисами, наївні, знижене почуття власної гідності. Невластиве для віку скептичне ставлення до життя, зниження впевненості в собі. У відносинах з людьми відзначається зниження комунікаційних властивостей, більш виражені егоїстичні тенденції, дратівливі, агресивні, більш виражене прагнення до самотності.

Особам з передхворобливими розладами характерні наступні психологічні характеристики:

- низька здатність до спостереження,
- зниження концентрації та стійкості уваги, що характерно для невротичних розладів,

- відносна незрілість психіки та інфантильність,
- порушення соціального функціонування,
- зниження адаптаційних можливостей,
- низька емоційна контактність,
- відсутність здатності до співпереживання,
- слабкий інтелектуальний контроль над емоціями (умінням володіти собою).

У цих осіб відзначається лабільність настрою, лабільна емоційність, високий ступінь навіюваності. Відсутність сексуальних відповідей є проявом невротичних розладів і занепокоєності сексуальними проблемами. У порівнянні з умовно здоровими респондентами, мають виражені іпохондричні установки особистості, агресивні устремління та її тривожності, більш виражений «комплекс інтелекту» та власної неповноцінності. Екзогенно-органічні чинники (родові травми і травми голови), низька адаптація в попередніх колективах, наявність психічних розладів у родичів, зловживання алкоголю родичами.

На виникнення порушень психічного здоров'я впливають такі фактори, як недосипання і перевтома.

Донозологічні психічні розлади – реальність, яка не знайшла відображення в класифікації психічних захворювань, але яку необхідно враховувати при оцінці психічного здоров'я військовослужбовців, плануванні та проведенні психопрофілактичних і медико-реабілітаційних заходів.

Мова йде про донозологічні нервово-психічні розлади при так званих хворобах адаптації, тобто захворюваннях, в основі яких лежить неузгодженість функціональних систем психофізіологічної організації людини, «психовегетативний синдром» по А.М. Вейну, що утворився в процесі онтогенезу внаслідок різних екзогенно-органічних впливів, в тому числі й екопатогенного характеру, або тривалого перебування в змінених умовах існування, часто за наявності певної конституціональної схильності. У цих випадках адаптаційно-компенсаторні можливості організму визначають міру індивідуального здоров'я.

Для психовегетативного синдрому характерним є надмірне реагування в стресовій ситуації, що приводить до перенапруження регуляторних систем з появою сомато-вегетативних дисфункцій, емоційних розладів у вигляді різних за важкістю проявів і тривалості тривожних, тривожно-депресивних, астено-субдепресивних реакцій, що в умовах хронічного стресу чи такого, що повторюється, переходять в затяжні невротичні стани з високою ймовірністю подальшого формування психосоматичних розладів. Цьому сприяють властиві даному контингенту риси емоційної лабільності, сенситивності, високої реактивної тривожності.

Низький рівень адаптивних можливостей проявляється в чутливості до погодно-метеорологічних і геліофізичних чинників зі зміною психічного тону, психосоматичними дисфункціями. Підвищена чутливість визначається і по відношенню до інших фізіогенних факторів, сенсорних подразників, впливу хімічних речовин. Неадекватність вегетативного забезпечення працюючих органів призводить до більш швидкого настання втоми як під час фізичних, так і під час психічних навантажень (фізична і церебральна астенія), а також до подразливої слабкості, нестійкості настрою з готовністю до ситуаційних тривожних або тривожно-субдепресивних реакцій.

Отже, астеногіпеперестетичні та психовегетативні симптомокомплекси є доногологічними проявами так званих хвороб адаптації; психосоматичних захворювань, неврозів і невротичних розвитків.

2.4. Аналіз методів та особливості здійснення корекції розладів психічного здоров'я у військовослужбовців

Комплексні дослідження психічного здоров'я військовослужбовців набувають особливої актуальності оскільки зростає значимість раннього виявлення і подальшої швидкої корекції розладів психічного здоров'я у військовослужбовців, викликаних різними психогеніями. Це робить необхідним розробку системи заходів щодо збереження психічного здоров'я військовослужбовців в рамках

превентивної психологічної реабілітації і формування групи посиленої психологічної уваги.

Для категорії військовослужбовців з граничними станами відсутні комплексні програми профілактики, і диференційні превентивнореабілітаційні програми.

У ході проведення психопрофілактичних заходів у військовослужбовців з розладами донозологічного рівня психічного здоров'я основними критеріями ефективності таких заходів повинні бути:

- ☐ зникнення в психічному стані психопатологічних симптомів,
- ☐ нормалізація суб'єктивної оцінки свого стану.

2.4.1. Показання до проведення психологічної реабілітації.

Показаннями до психологічної реабілітації є поєднання психологічної ознаки, передбаченої підпунктом 1.1 даного Переліку, і однієї або декількох психологічних ознак, передбачених підпунктами 1.2-

1.6 цього Переліку:

1.1. Зниження адаптаційних можливостей, тривожні, песимістичні, депресивні або інші негативні результати, що виявляються під час проведення психологічного обстеження з використанням тестів.

1.2. Збільшення астеничних симптомів – відчуття утомленості, швидка стомлюваність, зниження когнітивних функцій і (або) пам'яті, неуважність, фізична і психічна загальмованість, непродуктивна діяльність.

1.3. Прогресуюча інтравертація (замкнутість, бажання усамотнитись, обмеження кола спілкування з близькими товаришами, родичами), зниження інтересу до раніше значимих прив'язаностей, захоплень.

1.4. Невмотивована і невласлива для військовослужбовця підвищена соціальна або інша активність (екстравертація) в період виконання завдань або після прибуття з району виконання завдань за призначенням у поєднанні з нестійким настроєм.

1.5. Суб'єктивна оцінка самим військовослужбовцем погіршення самопочуття із вказівкою на зміну працездатності, тривогу, відчуття внутрішньої напруги, які з'явилися в період або безпосередньо після прибуття з району виконання завдань, при цьому зберігається позитивна установка на продовження служби в підрозділі після періоду відпочинку.

1.6. Ознаки підвищення рівня психологічної дезадаптації, які виявляються в зниженні якості і об'єму виконуваних військовослужбовцем завдань, у тому числі повсякденних обов'язків, при помітному бажанні військовослужбовця виконати доручене.

Тривалість психологічної реабілітації військовослужбовців, які мають показання, передбачені підпунктами 1.1-1.6 даного Переліку, має тривати не менше 14 діб.

Показаннями до психологічної реабілітації є поєднання наступних двох або більше негативних ознак:

1. Перенесені безпосередньо у момент загрози короточасні гострі реакції на ситуацію у вигляді загальмованості («ступору») або збудження («паніки») незалежно від наслідків виходу із вказаних станів.

2. Тривалі стани емоційної напруги – тривоги, занепокоєння, повторні переживання психотравмуючих подій і фіксація на них, у тому числі відображена в снах, у розмовах з товаришами по службі і родичами або виявлена в ході медичного обстеження; порушення сну, що позначаються на самопочутті, працездатності і вимагають незначного медикаментозного корегування.

3. Підвищення дратівливості, невмотивованої агресивності, конфліктності, помірна зміна характерологічних особливостей і особистісних установок, що призводить до тимчасового порушення соціальної і службової адаптації, при яких зберігаються критичне ставлення і можливість контролювати свою поведінку з боку самого військовослужбовця.

4. Вегетативні прояви, що з'являються після незначної психоемоційної напруги у вигляді: порушень серцевого ритму, коливань артеріального тиску, відчуття ознобу або жару, нападів запаморочення або

головних болів, відчуття нудоти, браку повітря, непритомних станів, неприємних відчуттів в різних частинах тіла або в області внутрішніх органів з відчуттям занепокоєння за власне здоров'я (іпохондрична фіксація) без об'єктивних даних за органічну патологію.

5. Функціональні розлади шлунково-кишкового тракту, не пов'язані з режимом і якістю травлення, які зберігаються (більше трьох діб), а також після виключення соматичної та інфекційної патології.

6. Болі після фізичних навантажень в кінцівках і хребті, мігруючі болі і (або) м'язові спазми в окремих групах м'язів, що зберігаються протягом довгого часу (більше трьох діб) за відсутності об'єктивних даних за патологію.

7. Больові синдроми після перенесених раніше травм, поранень або захворювань, що не викликають стійкого порушення функції і без ознак розвитку органічних змін в місцях пошкоджень або органах.

8. Стани після впливу несприятливих чинників зовнішнього середовища в період виконання службово-бойових завдань (теплові удари, переохолодження і озноблення, умови високогір'я, тривале перебування у вимушеному положенні, інші).

Строк медичної та медико-психологічної реабілітації у відповідних відділеннях центрів (санаторіїв) визначається висновком ГВЛК, але не менше 14 календарних днів та не більше 21 календарного дня.

Строк санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації в центрі (санаторії) за наявності медичних показань може бути продовжений начальником центру (санаторію) за рішенням військово-лікарської комісії цього закладу на строк не більше 10 діб.

Відповідно до результатів обстеження, психолог надає командирі рекомендації щодо кожного військовослужбовця зі складу ГППУ, з організації оптимального режиму праці та відпочинку, носіння та зберігання табельної зброї, форм індивідуально-психологічної роботи.

За умови виявлення у військовослужбовців гострої або хронічної соматичної патології, вони підлягають лікуванню в лікувальних установах МОУ.

Під час планування реабілітаційних заходів для учасників бойових дій, необхідно використовувати диференційований підхід, з урахуванням потреби в медико-психологічній, психіатричній та соціальній допомозі (Див. Таблицю 2.5).

Таблиця 2.5.

Показники до направлення на консультацію до лікаря-психіатра на госпіталізацію

Клінічна ситуація	Консультація/Госпіталізація
Високий ризик суїциду, самозневага	Консультація/Госпіталізація
Наявність психотичних симптомів та гострого збудження	Консультація/Госпіталізація
Диференційний розлад (біполярний розлад, зловживання ПАР)	Консультація
Тяжка депресія (виражена дезадаптація у зв'язку з депресивними розладами)	Консультація
Відсутність ефекту лікування пацієнтів з ПТСР впродовж 4-6 тижнів	Консультація
Погіршення соматичного стану внаслідок психотерапії, що проводиться	Консультація
Побажання пацієнта, клієнта	Консультація

Реабілітаційні заходи рекомендується проводити через 7-10 днів після повернення з району проведення військових дій для короткострокової відпустки для оздоровлення.

2.4.2. Протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців.

Враховуючи те, що психологічна реабілітація складається з багатьох методів, доцільно говорити про протипоказання, як до звернення до психолога як такого, так і певних методів реабілітації. Так, психолог не працює у випадках, коли у клієнта (пацієнта) наявні:

- ☐ Розлади психіки і поведінки психотичного рівня.
- ☐ Гострі психічні стани, при яких необхідна допомога психіатра.
- ☐ Важкі психічні захворювання.
- ☐ Гострі соматичні захворювання та їх загострення, які потребують профільного лікування.
- ☐ Післяінфарктні та післяінсультні стани.

Ці протипоказання носять наполегливо-рекомендаційний характер.

У разі, якщо клієнту вкрай необхідно звернутися до психолога, він зобов'язаний попередити його про вищезазначені стани. Це необхідно для того, щоб психолог зміг заздалегідь скорегувати обрані ним методи і техніки терапії для роботи з клієнтом.

☐ Алкогольне, наркотичне сп'яніння та інші стани зміненої свідомості, при яких людина несприйнятлива до психотерапії.

☐ Відсутність у клієнта бажання працювати над собою, або якщо хтось порекомендував «звернутись заради інтересу».

Протипоказаннями до всіх методів і технік психотерапії є:

- ☐ Негативне відношення клієнта до виду психотерапії.
- ☐ Відсутність мотивації клієнта.
- ☐ Висока вірогідність розвитку судомного синдрому.
- ☐ Наявність декомпенсованих соматичних захворювань.

Протипоказаннями до групової психотерапії є:

- ☐ Низький інтелектуальний рівень клієнта.

☐ Виражені фізичні вади (сліпота, глухота тощо).

☐ Суттєва різниця у віці клієнтів.

Показання для групової терапії:

☐ Гнучкість індивідуального розкладу учасників.

☐ Здатність встановлювати міжособистісну довіру по відношенню до інших членів групи і до лідерів.

☐ Попередній груповий досвід, в тому числі групи «12 ступенів».

☐ Завершення підготовчого курсу індивідуальної терапії.

☐ Відсутність суїцидальних намірів або намірів вбивства.

☐ Подібний з іншими членами групи травматичний досвід.

☐ Подібність з іншими членами групи за статевою та етнічною ознаками, а також за сексуальною орієнтацією

☐ Готовність дотримуватися правил групової конфіденційності.

☐ Відсутність паранойяльних і соціопатичних рис.

☐ Стабільність життєвих обставин.

Протипоказання для групової терапії ☐ Гострий психоз.

☐ Важкі органічні порушення або обмеження когнітивних здібностей.

Показання для терапії, сфокусованої на травмі, в порівнянні з підтримуючою терапією

☐ Толерантність до станів сильної тривоги або до інших сильних афективних станів.

☐ Відсутність суїцидальних намірів або намірів вбивства.

☐ Вживання хімічних речовин і супутні діагнози знаходяться під контролем.

☐ Рішення індивіда брати участь у роботі, що розкриває травму.

☐ Намір до саморозкриття індивідуального травматичного досвіду.

☐ Відсутність актуальних життєвих криз.

Під час порівняння виділених факторів для сфокусованих на травмі груп і для підтримуючих груп стає очевидним, що для «не покриваючих» терапевтичних модальностей існують більш суворі критерії відбору учасників.

У цілому можна сказати, що індивіди повинні володіти більшою психологічною стабільністю і бути готові повернутися до переживання травми.

Підтримуюча терапія може більшою мірою підходити для менш стабільних індивідів або для тих, хто не вважає прийнятним для себе зануритись у процес переживання травми.

Міркування стосовно відбору для двох типів сфокусованих на травмі групових видів терапії, мабуть, дуже подібні. Відмінності у вимогах до підбору учасників психодинамічної терапії або когнітивноповедінкової терапії чітко не визначені.

Протипоказаннями для індивідуальної психотерапії є: такі ж, як і ті, які варто враховувати при зверненні до психолога в принципі.

Протипоказання до сімейної психотерапії

□ Стійкі відхилення характеру в кого-небудь з членів сім'ї у вигляді істероїдної, епілептоїдної і паранойяльної психопатій, а також тимчасові психотичні стани – порушення мислення і свідомості, виражені депресивні і маніакальні фази, маревні переживання.

□ За умови ригідності життєвих установок клієнта (особливо пов'язаних з похилим віком).

2.4.3. Психологічні наслідки перебування у полоні. Особливості роботи з військовослужбовцями з досвідом перебування в полоні.

Полон – одне з найважчих випробувань для військовослужбовців, що суттєво псує їхнє здо ров'я та перспективи. Стаття досліджує психологічні аспекти полону та процесу адаптації після звільнення. Дослідження виявляє важливість підтримки та інтеграції після полону для успішної реабілітації військовослужбовців. Аналіз психологічних чинників, що впливають на поведінку в полоні, дозволяє зрозуміти

механізми відновлення після важких переживань. Результати досліджень дають уявлення про те, як військовослужбовці переносять полон та як впливає ця досвід на їхнє психічне здоров'я. Проаналізовано процес реінтеграції після полону, який надасть змогу відновити психічне здоров'я та повернути особу до повноцінного життя й виконання службових обов'язків. Наголошено, що виходження з полону – це лише початковий, багаторівневий процес реадаптації військовослужбовця до мирного соціуму. Саме фізичне повернення ще не означає повернення до звичного способу життя, як перед полонем. Реінтегруючись у мирне оточення, колишній військовополонений повинен знову побудувати систему взаємин з оточуючими, йому слід отримати допомогу відчувати себе знову здоровою, захищеною й цілісною особистістю. Стверджується, що комплекс заходів щодо реінтеграції колишніх військовополонених до мирного життя обов'язково має передбачати медичну підтримку і лікування, а також психологічну, соціальну та правову допомогу. Родина, до якої повертається військовослужбовець, так само потребує уважної підтримки фахових психологів, як і сам військовополонений. Наголошено, що запорукою успішного відновлення фізичного та психічного здоров'я особистості військовослужбовця може стати їхня спільна праця в тандемі «психолог – родина».

Процес реінтеграції звільнених має чотири етапи: медичний огляд і лікування, психологічна консультація, вивчення їх досвіду, соціально-правова підтримка. Більшість осіб, які повертаються з полону, стикаються з побиттям, порушенням здоров'я і психологічними травмами; у домашніх умовах вони зіштовхуються з новими викликами адаптації до звичного життя, не можуть адекватно реагувати на події у своєму повсякденному житті [1, с. 286]. Шукаючи відповіді на питання про те, з якими переживаннями стикаються люди з досвідом полону, маємо на меті проаналізувати ряд досліджень з цієї проблеми і виділено фактори, які впливають на рівень їх травматизації та наслідки для психіки від перебування у полоні.

Відомо, що всі держави повинні дотримуватись норм міжнародного гуманітарного права, проте, на практиці часто зафіксовані значні порушення цих документів. Метою захоплення в полон, зазвичай, є припинення опору,

необхідність отримання інформації, залякування супротивника, демонстрація сили і майстерності, обмін полоненими, небажання вбивати, отримання викупу. Більшість військовополонених після потрапляння в полон опиняються в концентраційних таборах або таборах для полонених.

Останнім часом військовослужбовці, які потрапили в полон, можуть перебувати в неофіційних місцях утримання. Умови тривалої ізоляції створюють значні перешкоди для особистості, зокрема відчуття страху і психічного напруження, яке наростає протягом усього періоду перебування в полоні, впливає на поведінку, вираз обличчя та рухи військовослужбовця, роблячи його застарілим.

Постійне голодування в полоні шкодить здоров'ю, адже з часом організм починає розкладати власний жир і навіть м'язову тканину. На психічному рівні це призводить до апатії, сповільнення реакцій та втрати концентрації уваги й пам'яті.

Зовнішній вигляд і вираз обличчя військовополоненого відображають напруженість, яку він сам не може ні свідомо контролювати, ні виражати: його внутрішній світ відчувається як психічна порожнеча. Варто зазначити, що переважна більшість звільнених осіб не вважають себе героями, оскільки розуміють, що кожен з них мав свої обставини, над якими вони й досі розмірковують – чи правильно, чи неправильно вони вчинили.

У всіх людей, які пережили полон, є одна специфічність, яка об'єднує їх усіх: це те, що вони – майстри виживання. Вони пережили в складних умовах і здобули досвід, якого не мають інші. Полон для особистості – це складна психологічна і моральна криза. Для військовослужбовця в умовах полону особливо загострюється конфлікт між почуттям обов'язку, з одного боку, та прагненням врятувати власне життя, з іншого.

Протягом перебування в полоні особистість проходить випробування власних психічних та фізичних сил. Полон позбавляє людину волі і робить її об'єктом знищення, оскільки світ полону не цінує людське життя та гідність. Як стверджує Г. Філіпова, першим, що приходить на думку тим, хто опинився у полоні, є бажання втекти. Однак деякі в'язні намагаються скористатися зв'язками чи навіть власною харизмою, щоб покращити своє становище.

Система реінтеграції звільнених з полону включає чотири етапи: перший – медичний огляд та лікування, другий – психологічна консультація, третій – аналіз їхнього досвіду та четвертий – соціально-правова підтримка.

Більшість осіб, які повертаються з полону, стикаються із збитками, пошкодженням здоров'ям і травмованою психікою; повертаючись додому, вони зустрічаються з новими труднощами адаптації до звичного життя.

Серед чинників, які мають вплив на рівень постраждалості людей, що пережили полон: попередній досвід; рівень фізичної та психологічної готовності, наявність сенсу життя; умови і терміни утримання; жорстокість та тривалість підтримуваного насильства; обставини звільнення; присутність чи відсутність підтримки з боку інших людей; вікові характеристики потерпілої особи; обмеження волі, тиск відповідальності перед бойовими товаришами (особливо, якщо полонений є носієм важливої стратегічної інформації) [4].

На думку вчених і свідків, переживання полону самотужки майже неможливе. Необхідність у спілкуванні для висловлення власних почуттів, думок, побоювань змушує шукати собі товариша: структура орієнтованих потреб особистості передбачає потребу у емоційному контакті та потребу в сенсі життя.

Потрібно зазначити, що поневолювачі періодично переміщують полоненого, щоб завадити формуванню товариських зв'язків, та таким чином завдати ще більшої психологічної травми. Перебування в полоні призводить до душевної депресії, оскільки полон відбирає у людини волю і робить її об'єктом знищення, оскільки там панує неухильність до цінності життя та людської гідності. Полон змушує переглянути власні життєві цінності, а деякі з них навіть сумніватися: моральні норми поведінки тут більше не діють.

За свідченнями самих полонених, різка відмінність умов повсякденного життя від умов полону створює контраст, що породжує психологічну уяву про потрапляння в інший вимір. Для в'язня життя поза колючим дротом здається, наче він спостерігає його з іншого світу. Навіть короткий період перебування в умовах примусової ізоляції може бути психотравмуючою подією.

Свідками зазначено, що туга за домом та родиною, а також відсутність можливості сповістити рідних щодо власної долі створює велику душевну напругу. Такий стан разом із непередбачуваними умовами життя полонених призводить до психологічних викривлень у сприйнятті навколишнього середовища та власного внутрішнього світу.

Багато в'язнів описують особливості у сприйнятті часу, яке проявляється у його спотворенні. Для них день триває нескінченно довго, а тиждень минає наче мить. Беручи до уваги, що ув'язнений постійно перебуває свідком насильства, це перестає викликати у нього опір. Голод, фізичні муки в поєднанні з психічною напругою породжують у полонених апатію. Багато експертів згодні, що апатія має захисну роль для психіки. Вона запобігає зазнаванню полоненими ще більшої страждання. Відбувається щось схоже на емоційну загибель. Відраза, жах і жалість – це почуття, які в'язень вже не може відчувати. З іншого боку, апатія веде до того, що в'язні уникають прийняття будь-яких рішень і не виявляють ініціатив, віддавши все на волю долі. В'язень дозволяє долі робити вибір за нього і, таким чином, ухиляється від відповідальності.

У цьому контексті В. Франкл підкреслює, що потрібно завжди приймати рішення, оскільки вони визначають, чи скоро стається в'язень своєю внутрішньою свободою, чи підкориться силі, яка позбавляє його власної сутності. Факт відмови особистості від власної внутрішньої свободи та гідно сті перетворює її на стандартного в'язня.

У той же час більшість експертів вказують, що людина може зберегти свободу та незалежне мислення в умовах психічної та фізичної напруги, оскільки єдине, чого не можна позбавити в'язня – це його внутрішня свобода та гідність. Психологічні спостереження за ув'язненими свідчать, що лише ті люди, які пригнічують власні моральні та психологічні якості, зазнають руйнівного впливу табору. На томість свідомі в'язні продовжують приймати рішення, керуючись внутрішнім відчуттям. Внутрішні інтуїтивні відчуття залишаються з ними завжди.

Спільне перебування ув'язнених, які перебувають під постійним наглядом, викликає у них непереборне бажання усамітнитися, побути наодинці зі своїми

думками. Таким чином, вони звертаються до втечі в інший світ. Людина, яка не бачить сенсу подальшого життя, занурюється у думки про минуле. У свідомості кожного присутня особа, яка може давно вже не бути серед живих, але для в'язня залишається найінтимнішим співрозмовником. Для багатьох це – Бог.

Позбавлення санітарного контролю також є широко застосовуваною практикою, яку використовують утискачі з метою заподіяння страждань полоненим. Зазначені дії в умовах надмірного сконцентрування призводять до поширення захворювань та загибелі сотень утримуваних. Характерним для місць утримання в'язнів (як офіційних місць так і неофіційних) є те, що медичний персонал не має впливу на статус та стан утримання хворих. Медична допомога, якщо і надається, то на рівні забезпечення виживання [6]. У полоні активуються захисні механізми психіки, які допомагають вижити. Однак після звільнення людина продовжує покладатися на ці механізми, які в звичайних умовах можуть заважати. Тривалу ізоляцію супроводжують наступні наслідки для психіки:

1) Психологічні: – втрата відчуття базового довір'я до світу, до інших людей, віри в себе; – спотворене сприйняття або втрата відчуття часу і простору; – порушення відчуття меж (відчуття втрати власної цілісності та значимості).

2) Соціальні: зміна соціальних ролей може вплинути на соціальну самореалізацію, ускладнюючи повернення до попередньої професії та виконання обов'язків відповідно до стану здоров'я чи можливості відновлення служби.

Крім того, експерти спостерігають специфічні реакції в поведінці людей, що пережили полон. Наприклад:

– конфлікт вибору – відсутність можливості вибору під час перебування у полоні призводить до утруднень у звичайному прийнятті рішень в повсякденному житті. У полоні особа втрачає свою автономію через обмеження свободи, нелюдські умови існування, позбавлення можливості задовольнити базові потреби організму, тортури і покарання;

– парадокс контролю – з одного боку, неприйняття контролю з боку інших у людей, що пережили полон, з іншого – вони намагаються зберегти під контролем

все і всіх. При цьому, зовнішній контроль може спрацювати як спусковий гачок, сприйматись як за гроза та викликати вибухи гніву або наміри розривати контакт;

– вплив так званої кесонної хвороби (захворювання, що виникає в організмі людини при швидкому переході з середовища з підвищеним атмосферним тиском повітря до середовища з нижчим тиском) – після звільнення з полону, через раптові зміни обставин, від надзвичайного тиску і контролю до повної свободи, людина може відчувати психічний тиск, що призводить до ускладнень у стосунках з членами родини. Цей ефект також називають ізоляційною компресією, порівнюючи постійне напруження психіки і тіла людини в полоні з роботою водолаза, який перебуває під тиском води постійно. Так, люди на в ізоляції постійно перебуває під тиском середовища, наповненого загрозами і вмикає режим виживання: постійна мобілізація ресурсів, постійне зосередження уваги, тощо. Після звільнення з полону спрацьовує природна постізоляційна декомпресія, яка обов'язково має відбуватися поступово, оскільки стрімка декомпресія може бути небезпечною;

– протиріччя болю – люди, що мають досвід полону, часто вдаються до поведінки, яка підсилює страждання (наприклад, уникання роботи з психологом, відтермінування медичних процедур та обстежень). Вчені пояснюють протиріччя болю так: «... це зумовлено, з одного боку, тим, що для виживання у полоні людині потрібно було відсторонитись від тілесного дискомфорту та розвинути високу толерантність до постійно присутнього страждання. З іншого боку – тіло несе в собі пам'ять про пережиті тортури, і контакт з ним може викликати неприємні спогади та посилювати душевний біль. Як наслідок тортур, формується дуже стійкий зв'язок болю: психологічний страждання переходить в соматичний, таким чином мігрує в тіло, а тілесні шрами та рани не дають забути та психологічно опрацювати травматичний досвід». Спроби зменшити страждання, уникаючи його, не навмисно призводять до появи хронічного болю, душевних страждань.

Визволений військовослужбовець у перші тижні після звільнення з полону відчувається неспроможним дійсно насолоджуватися життям, оскільки йому спочатку доводиться звикати до цього, знову звикати. Якщо перший день волі його

здається чудовим сном, то потім минуле починає надаватися йому лише більш жахливим сном. Військовий полон обмежує можливості особистості, оскільки забирає здоров'я, травмує психіку й вкрадає дорогоцінний час, який міг бути використаний для особистого зростання.

Особистість військовослужбовця після звільнення з полону адаптується на різних рівнях піраміди А. Маслоу. На фізіологічному рівні колишній військовополонений втрачає повністю своє статеве життя, якісне харчування та здоровий сон. Під такими умовами активізуються старі (хронічні) захворювання або з'являються нові. Для позбавлення полонених намірів протистояти тиску їх тримають на голоді. У такому випадку військовому службовцю мало вистачає сил, щоб підтримувати базові життєві функції організму. Безпековий рівень піддається цілковитому руйнуванню з боку поневолювачів, оскільки полонений зазнає шкоди для здоров'я (включаючи смерть), позбавляється основного майна, його плани на майбутнє також руйнуються. Соціальний рівень руйнується через обмеження у спілкуванні з рідними та друзями. Рівень поваги зазнає руйнації через цілковите презирство до особистості полоненого й регулярне приниження. Попередні особисті досягнення ніве люються через їхню нездатність бути корисними в умовах полону, а самозвинувачення призводять до втрати самоповаги. На рівні самовираження військовополонений стикається з необхідністю відмовитися від попередніх моральних норм, оскільки в полоні вони не діють.

Після визволення військовослужбовець потребує психологічної допомоги. Саме визволення, як раптове зняття з тиску гніту, несе загрозу для психологічного стану. Ця загроза, з погляду характерології, є ніщо інше, як психологічний еквівалент гіркоти. Так само, як фізичне здоров'я дайвера опиниться під загрозою, якщо його раптово винесуть на поверхню (після перебування під високим атмосферним тиском), моральне й душевне здоров'я людини, раптово звільненої від психічного стресу, також може постраждати. В. Франкл правильно підкреслює, що окрім моральної деградації, спричиненої раптовим звільненням від душевного пригнічення, існують два фундаментальних переживання, які стримують поведінку звільненого з полону військовослужбовця, а саме: гіркота і розчарування на етапі

повернення до колишнього життя. Моральний стан звільненого військовослужбовця характеризується значним виснаженням його внутрішніх ресурсів.

Щоб розпочати нове життя і відновити попередні звички, звільнена особа прагне знайти необхідні відчуття. У її психіці закладається необхідний багаж, що буде поштовхом до нового життя, того, заради якого вона мріяла, пройшовши через нелюдські випробування, піднімалася після нелюдських кривджень та наруг. Звільнена особа шукає відчуття скрізь – в людях, їхньому ставленні до себе, оточуючому середовищі, іноді в природній красі, спорті. Колишній полонений шукає те, що стане для нього нагородою (або принаймні компенсацією) за пережите, тоді як відсутність здорового співчуття завдає йому шкоди. Внутрішній вакуум потребує наповнення новим змістом для подальшого життя, адже зміст, який надав силу вижити в полоні, після звільнення втрачає над людиною свою силу.

Часті психологічні проблеми військовослужбовця корінням сягають у спектрі переживань внутрішнього конфлікту чи психічної травми. Несвідомість особистості утримує травматичний досвід, що тотожнюється з власною самотію. Тригери різного характеру можуть викликати механізми спогадів про обставини полону з їх переживаннями. Спогади, перенесені тортурами, викликають у звільнених осіб повторну психічну реакцію, яка наближається з силою відчуттів до переживання фізичного болю.

Не завжди контрольовані реакції можуть містити акти агресії щодо власної особистості чи довколишніх, виявлятися у різних формах втечі – від замкненості в собі до фізичної віддаленості. Варто виокремити і питання кола спілкування військовополоненого. Життєвий досвід полонених наповнений речами, яких вони не прагнуть нікому розповідати, оскільки зрозуміти їх може лише колишній ув'язнений. Час від часу звільнена особа відчуває прірву, що простягається між нею та іншим світом; відчуття провини може тривалий час не покидати колишнього військовополоненого, і тому він потребує допомоги психолога та проведення фахових реінтеграційних заходів. Ніхто не знає, за що саме кається себе звільнена особа, яка прагне приховати. З цим багажем військовослужбовець намагається

інтегруватися до нових для нього реалій, ведучи іноді подвійне, приховане життя. Думки колишнього полоненого досить амбівалентні. Він не впевнений, що вчинені ним у полоні дії можуть вірно сприйматися та інтерпретуватися в мирному соціумі людьми, які ніколи не знали, що таке війна й жах полону. Якщо певні вчинки військовослужбовця не будуть з'ясовані опосередковано, вони свідомо будуть ним замовчуватися під час кожного спілкування. Свідчення таких осіб можуть бути неправдивими з мотивів власної безпеки.

Військовослужбовцю, який повернувся з полону, якійсь здоровій людині, притаманна не лише переборна жага до життя, але й потреба бути прийнятим іншою особою. Тривалий час після звільнення він може знаходити розуміння та моральну підтримку лише поміж осіб, які також перебували в полоні. Ведучи тривалі спостереження за такими військовослужбовцями, ми одноразово пересвідчувалися, що вони поєднані особливим «братерством», присвяченим уяке може бути лише той, хто зазнав травматичного досвіду полону. У цьому зміненому світі вони «самотні серед людей» у своїх переживаннях та очікуваннях. Увесь подальший час звільнені особи змушені жити серед людей, які до них мають амбівалентне (упереджене) ставлення, відчуття жалю та презирства, що також є перешкодою для їхньої гармонійної інтеграції в соціум.

Процес адаптації колишніх полонених до життя на свободі потребує відновлення фізичного та психічного здоров'я. Зміна зовнішніх умов існування військовослужбовця ініціює початок процесу поступового відтіснення або заміни старих звичок на нові, зокрема відбувається їх відтіснення зі свідомості людини. Водночас із звільненням від старих звичок відбувається спад психічного напруження, у якому полонені перебували більшість часу.

Метою з'ясування, наскільки сильний соціальний інтелект військовослужбовців трьох конституційних типів (ендоморф, мезоморф, екторморф за У. Шелдоном), звільнених із полону, є запорукою ефективної адаптації до мирного життя, кожному з них пропонува лося розв'язати ряд задач, закодованих у методиці Д. Гілфорда та М. Саллівена «Діагностика соціального інтелекту». У дослідженні соціальний інтелект визначався як здатність колишнього полоненого

володіти кодами спілкування, декодувати думки, почуття, наміри іншої людини й відповідним чином регулювати поведінку щодо неї.

Належний його рівень забезпечує регуляцію дій і вчинків військовослужбовців, розуміння мовної продукції людини, а також її психомоторних символів (міміки, поз, жестів). Високий рівень емпатії ендоморфів на рівні вище середнього робить їх досить вразливими.

Спостерігаючи за ендоморфами з середнім (64 %) і вище середнього рівнем соціального інтелекту (51 %), виявлено, що їм найскладніше відмежуватися від свого минулого, оскільки їх внутрішній світ зруйнувався в ту саму мить, коли вони потрапили в полон.

Вдаючись до численних спроб раціоналізації пережитих моментів полону, володіючи образним, художнім мисленням, військовослужбовці тривалий час прагнуть здолати «екзистенційний хаос» власної психіки. Водночас військовослужбовці-ендоморфи з низьким рівнем соціального інтелекту (17 %) до умов мирного життя адаптуються менш болісно, оскільки рідше вдаються до самоаналізу та рефлексії власного «Я».

Військовослужбовці мезоморфного типу з вищим (14 %) і середнім рівнями (56 %) соціального інтелекту вже через три-чотири тижні після повернення з полону виявляють уміння справлятися зі складними життєвими ситуаціями, які вони прагнуть вирішувати поведінково через зміни у світі навколо. Адаптація до мирного життя у військовослужбовців-мезоморфів з низьким рівнем соціального інтелекту (30 %) тривалий час після звільнення з полону проявляється як застряглий тип акцентуації характеру, досить потайливі у своїх почуттях і думках, з тяжким самотнеченням, що часом проявляється у вербальній агресії до родичів та близьких, що в подальшому переростає у внутрішній неспокій.

Високий рівень підозрілості, притаманний військовослужбовцям-ектоморфам у повсякденному житті, кардинально загострюється після повернення з полону. Незалежно від рівня розвитку соціального інтелекту екторморфи, адаптуючись до мирного життя, відчувають щоденну психічну напруженість. Постава таких осіб сигналізує про скрутність. Виявлено, що військовослужбовці-

ектоморфи, старші 50 років із середнім рівнем соціального інтелекту (19 %), значно швидше адаптуються до мирних буднів. Натомість досліджувані віком 21–38 років (24 %) більше часу проводять на самоті, досить потайні від більшості інтровертовані, не прагнуть випускати від себе переживання і світ.

Переживання в полоні на рівні забутим там досвідом зазнали корінної зміни особистості військовослужбовця, що залишає на заваді в порозумінні з рідними й близькими. Вони сповнені бажання повернути полоненого як втрачену частину власного життя та власного соціуму. Слід зазначити, що протягом перших днів і тижнів спілкування близькі особи відчують розчарування у своїх очікуваннях, адже сам факт фізичного повернення військовослужбовця ще не означає його повернення до звичного способу життя, що був до полону.

Звільнення військовослужбовця з полону є одночасно як кінцем, так і початком: закінчилися часи тортур і лиха – розпочався час лікування та психологічного відновлення. На етапі відновлення звільнені особи негативно сприймають родинну опіку, що може виявлятися у роздратованості чи агресії. Звільнений військовослужбовець та його родина мають знову пройти шлях пізнання один одного. Має відбутися процес адаптації членів сім'ї до близької людини. Родина повинна оновити втрачені стосунки, звикнути та підлаштуватися один до одного. Поновлення вимагає і соціальних ролей, які протягом тривалого часу ними не виконувалися, що призвело до руйнування впливу часу.

Полон впливає і на розподіл обов'язків у сім'ї. Функції та обов'язки полоненого виконував хтось інший із членів родини. Після звільнення військовослужбовця його сім'я очікує повернення до виконання ним своїх соціальних ролей (чоловіка, батька, сина) та обов'язків (годувальника, захисника).

Зовнішнє оточення також значно впливає на особистість колишнього військового полоненого, а ця зміна є надзвичайно відчутною. Відчуючи значну увагу до себе (як частини суспільного запиту), сім'я визволеного військовослужбовця протягом певного періоду часу змушена відповідати очікуванням гостей і представників засобів масової інформації, щоб задовольнити їхні очікування. У цей період визволена особа може таємно ховати себе за

нездатність виявляти очікувані реакції. Латентна загроза військовослужбовцям та їхній родині (на етапі полону) становить уявна ідеалізація їхнього майбутнього життя.

Ідеалізація власних уявлень щодо подальшого спільного життя після звільнення виступає чинником, що апріорно підвищує взаємні очікування. Поглиблення усвідомлення «вигаданого життя» з людиною, якої немає поруч, дає надію і відчуття щастя, але водночас розмиває в пам'яті справжні риси її характеру. Об'єкт бажання уявно наділяється (ідеалізується) якостями, якими насправді не володіє. Такі ідеї є психологічною підтримкою до поки не міне розлука.

Після повернення військовослужбовця до дому наслідки «уявного життя» проявляються в завищеному рівні очікувань і спотвореному сприйнятті особистості. Зазвичай очікування родини не виправдовуються, оскільки з полону повертається зовсім «інша» людина. Різниця між «очікуваним» та «наявним» неодмінно призводить до певного розчарування і сімейних драм. Відновлення сімей після полону є соціально значущим і бажаним явищем та змушує починати майже спочатку. Таким чином, з огляду на вищезазначене, можемо зробити наступні висновки.

Висновки до другого розділу

КПТ має структурований, цілеспрямований і практико-орієнтований характер, що робить її особливо ефективною у роботі з військовослужбовцями, які перебувають у стані гострого психоемоційного напруження. Такий підхід дозволяє зосередитися на актуальних проблемах клієнта та поступово формувати навички саморегуляції й адаптивного реагування. Важливим принципом КПТ є орієнтація на теперішній момент, яка полягає у фокусуванні уваги на актуальних переживаннях клієнта та його поточних реакціях. Хоча травматичний досвід належить до минулого, його вплив проявляється у теперішньому, тому робота з поточними когнітивними та поведінковими патернами є пріоритетною. Таким чином, когнітивно-поведінкова терапія як сучасний психотерапевтичний підхід

ґрунтується на чітких теоретичних принципах, які забезпечують її ефективність і безпеку. Застосування цих принципів у роботі з військовослужбовцями, що переживають посттравматичний стресовий розлад, створює підґрунтя для подолання симптомів ПТСР та відновлення психологічної рівноваги.

Протокол по якому вестиметься дослідження.

Мета: виявлення, корекція та стабілізація посттравматичних реакцій у військовослужбовців шляхом когнітивно-поведінкових інтервенцій.

1. Сесія 1

Первинна оцінка та психодіагностика

Ціль: Виявлення симптомів ПТСР, рівня функціонування, супутніх станів.

Інструменти:

PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5) — самооцінка симптомів ПТСР.

HADS / PHQ-9 / GAD-7 — додатково, для оцінки тривоги, депресії.

Документування:

Результати фіксуються у психодіагностичній карті, додається профіль за шкалою PCL-5 з інтерпретацією.

2. Сесія 2

Психоедукація військовослужбовця та його оточення

Зміст сесії:

Що таке ПТСР, як він формується.

Різниця між нормальною реакцією на стрес і патологічною.

Механізми «заморожування», флешбеки, нічні кошмари.

Вплив на сім'ю, побратимів, комунікацію.

Значення сну, фізичної активності, соціальної підтримки.

Додатки: короткий друкований буклет / відеоматеріали для самостійного перегляду.

3. Сесія 3

Визначення факторів впливу (модель біопсихосоціальної)

Оцінюються:

1) Біологічні: стан нервової системи, медикаменти, втома.

2) Психологічні: травматичні переконання, рівень самоконтролю, coping-стратегії.

3) Соціальні: підтримка побратимів, командування, сім'я, умови служби.

4) Духовний/екзистенційний фактор (сенси служби, вина, втрата).

Підсумок: складання індивідуальної картки факторів ризику/захисту.

Домашнє завдання: аналіз факторів впливу на пацієнта поза межами кабінету, що впливає сильніше.

4. Сесія 4

Щоденник симптомів

Ціль: навчити пацієнта вести щоденник, де він відмачитиме симптоми ПТСР які він має, щоб побачити причинно-наслідкові зв'язки. Навчити самоспостереження, виявлення зв'язку між стимулом → думкою → реакцією → поведінкою.

Зміст сесії:

1) Пригадування дати, ситуації, думок, емоцій, тілесних реакцій, поведінки.

2) Позначення інтенсивності (0–10).

Окремі стовпчики для нічних симптомів, флешбеків, тригерів.

РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОМУ СТРЕСОВОМУ РОЗЛАДІ

Мета емпіричного дослідження—емпірично перевірити ефективність застосування когнітивно-поведінкової терапії як методу подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

Об’єкт дослідження – посттравматичний розлад у військовослужбовців в гострому періоді.

Предмет дослідження – ефективність застосування когнітивно-поведінкової терапії як методу подолання посттравматичного розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

Гіпотеза дослідження—є припущення про доведену ефективність застосування технік та методів когнітивно-поведінкової терапії для подолання прояву симптомів посттравматичного розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

Емпіричне дослідження проводилося у декілька етапів:

- На першому етапі описується вибірка, хід дослідження та психодіагностичний інструментарій.
- На другому етапі відбувається збір отриманих даних за допомогою опитувальника PCL-5 і формується зведення результатів від респондентів.
- На третьому етапі узагальнюємо, описуємо та інтерпретуємо результати дослідження.
- На четвертому етапі відбувається використання методів математикостатистичної перевірки взаємозв’язку між зменшенням проявів симптомів ПТСР.

Відповідно до мети, позначених об’єкта і предмета дослідження було визначено **завдання**:

1. Представити аналіз теоретичних засад вивчення проблеми проживання симптомів посттравматичного розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

2. Здійснити теоретичний аналіз наукових розвідок з питання когнітивно-поведінкової терапії як методу з доказовою ефективністю.

3. Провести вимірювання рівнів прояву симптомів посттравматичного та гострого стресового розладу у військовослужбовців в гострому періоді.

4. Провести емпіричне дослідження ефективності застосування когнітивно-поведінкової терапії для подолання прояву симптомів посттравматичного розладу у військовослужбовців в умовах реабілітації.

Для розв'язання поставлених завдань використовувались наступні **методи дослідження**:

- методи теоретичного аналізу: порівняння, узагальнення та систематизація концептуальних положень щодо проблеми тривожності та прояву агресивності.

- емпіричні методи: для систематизації та інтерпретації зібраних даних було використано психодіагностичні методики:

- методи математичної обробки: кореляційний аналіз з використанням t-критерію Стюдента для визначення значимих відмінностей між вимірюваними показниками до та після застосування когнітивно-поведінкової терапії в роботі з військовослужбовцями. Отримані дані опрацьовано за допомогою статистичного пакету SPSS 26.00.

Емпірична база дослідження: в дослідженні взяли участь 42 чоловіка(військовослужбовця), віком від 25-50 років, які перебували на реабілітації в лікарні у відділенні фізичної та реабілітаційної медицини.

Методики. PCL – шкала самооцінки наявності ПТСР Ця шкала самооцінки щодо симптомів ПТСР базується на критеріях DSM-IV та займає 5-7 хвилин вашого часу. Між версіями для військових (М) і для цивільних (С) існують незначні відмінності, так само як і для осіб, що побували в «особливо травмуючих обставинах» (S). Відмінності є в уточненні ситуації в якій Ви перебували – тому розглядаємо версію для військових як базову. Опис PCL – шкала самооцінки базується на критеріях DSM-IV та містить 17 пунктів – ознак ПТСР. Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця. Існують три версії PCL

– шкали, хоча відмінності досить несуттєві. PCL –М - це військова версія, і питання стосуються «травматичного (стресового) військового досвіду». PCL-C – версія для цивільного населення, і питання стосуються «травматичного (стресового) досвіду у минулому». PCL- S – версія стосується певного конкретного виду травми у минулому. Підрахунок балів ідентичний для всіх трьох версій тесту. Оцінка результатів і психометрія Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця. Таким чином, діапазон оцінки може перебувати в межах від 17 до 85 балів. Не дивлячись на те, що самооціночні шкали не слід використовувати для постановки формального діагнозу, PCL виявився хорошим діагностичним інструментом, Weathers та інші (1993) рекомендують межу від 50 балів і вище - як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР пост-комбатанта (тобто якщо підрахунок балів дорівнює 50 і більше, то можна вже говорити про ПТСР, якщо менше – ні). Альтернативна стратегія підрахунку полягає в тому, щоб використовувати окремі пункти у відповідності до критеріїв DSM-IV. Наприклад, для підозри щодо наявності ПТСР необхідно, щоб було відмічено не менш як на рівні «3» (помірно) або вищому рівні одне із питань з діапазону №№1-5, не менш як 3 питання серед питань діапазону №№6-12, і мінімум 2 серед питань №№13- 17. Пропонується граничний бал 3 (помірно) або більше для кожного пункту - як найбільш відповідний для цього підходу. Психометрія. PCL продемонстрував вагомі психометричні якості. Оцінка внутрішньої послідовності (альфа Кронбаха) знаходиться між .94 (Blanchard та інші 1996) та .97 Weathers та інші. 1993). Про надійність випробувального ретестування повідомили як .96 за 2-3 дня, і .88 за 1 тиждень (Blanchard та інші, 1996; Руджерота інші., 2003) PCL позитивно корелює з міссісіпською шкалою оцінки ПТСР з конвергентною валідністю між $r = .85$ та $r = .93$ (Weathers та інші, 1993). Про сильну кореляцію повідомили шкала Кейна у MMPI-2 (.77), IES (.77-.90) and CAPS .92 (Blanchard та інші, 1996) Граничний бал 50 для діагностування ПТСР продемонстрував хорошу чутливість (.78 до .82) і специфічність (.83 до .86). Зменшення балів до 44 показало кращу чутливість (.94), специфічність (.86) і повну

діагностичну ефективність (.90) с жертвами автомобільних аварій (Blanchard и. al., 1996).

3.1. Кількісний аналіз результатів першого і другого діагностичних зрізів

Описові статистики вибірки

У таблиці №1 представлено описові статистичні показники рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у вибірці військовослужбовців до та після когнітивно-поведінкових терапевтичних (КПТ) втручань.

Загальна характеристика вибірки

Кількість респондентів (N): 42 особи.

Усі учасники пройшли два діагностичні зрізи:

- перший — до КПТ втручань;
- другий — після КПТ втручань.

Кількість валідних випадків у кожному вимірюванні становить 42, що свідчить про відсутність пропущених даних. Показники рівня ПТСР до КПТ втручань:

- діапазон значень: 35 балів
- мінімальне значення: 10 балів
- максимальне значення: 45 балів

Це свідчить про значну варіативність симптомів ПТСР серед військовослужбовців до початку психотерапевтичного втручання — від низького до високого рівня проявів.

Середнє значення (M): 30,74 бала

Це вказує на підвищений середній рівень симптомів ПТСР у вибірці до лікування. Середньоквадратичне відхилення (SD): 7,846

Значення SD свідчить про достатньо виражене розсіювання індивідуальних показників навколо середнього значення, що є типовим для клінічних вибірок.

Дисперсія: 61,564

Висока дисперсія підтверджує неоднорідність вибірки за рівнем ПТСР до початку терапії.

Показники рівня ПТСР після КПТ втручань:

- діапазон значень: 34 бали
- мінімальне значення: 10 балів
- максимальне значення: 44 бали

Порівняно з першою діагностикою, верхня межа показників знизилася, що свідчить про зменшення максимально виражених симптомів ПТСР після втручання. Середнє значення (M): 25,33 бала

Середній показник знизився порівняно з первинним вимірюванням, що вказує на загальну тенденцію до зменшення рівня ПТСР у вибірці після КПТ.

Середньоквадратичне відхилення (SD): 7,294

Незначне зменшення стандартного відхилення порівняно з показником «до» може свідчити про певне вирівнювання станів респондентів після терапії. Дисперсія: 53,203

Зменшення дисперсії після втручання вказує на зниження розкиду показників та більш однорідний рівень симптомів ПТСР у групі.

Порівняльний узагальнений аналіз

Порівняння описових статистик до і після КПТ втручань дозволяє зробити такі попередні висновки:

1. Середній рівень ПТСР зменшився (з 30,74 до 25,33 бала), що свідчить про позитивний вплив КПТ втручань.
2. Максимальні значення показників ПТСР знизилися, що може вказувати на особливо помітний терапевтичний ефект у респондентів з найбільш вираженими симптомами.
3. Зменшення стандартного відхилення та дисперсії після втручання говорить про зниження варіативності симптомів та більш стабільний психічний стан вибірки загалом.

4. Отримані описові статистики створюють підґрунтя для подальшого застосування інферентних методів статистичного аналізу (наприклад, t-критерію для залежних вибірок) з метою перевірки статистичної значущості виявлених змін.

Таблиця 3.1.

Описові статистики

	N	Діапазон	Мінімум	Максимум	Середнє	Середньоквадратичне відхилення	Дисперсія
Рівень ПТСР у військовослужбовців до КПТ втручань	42	35	10	45	30,74	7,846	61,564
Рівень ПТСР у військовослужбовців після КПТ втручань	42	34	10	44	25,33	7,294	53,203
N валідних (за списком)	42						

Статистичний звіт

У таблиці №3.1 представлено порівняльні описові статистичні показники рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців до та після когнітивно-поведінкових терапевтичних (КПТ) втручань. Аналіз здійснено на основі даних 42 респондентів, які брали участь у двох діагностичних зрізах.

Кількісні характеристики вибірки:

1)обсяг вибірки (N) в обох вимірюваннях становить 42 особи, що свідчить про повну збереженість вибірки та можливість коректного порівняння результатів до і після втручання.

2)Частка від загальної суми та від загальної кількості спостережень становить 100 % у кожному випадку, що підтверджує відсутність пропущених або виключених даних.

Порівняння центральних тенденцій.

Середні значення:

-Середній рівень ПТСР до КПТ втручань становить 30,74 бала.

-Середній рівень ПТСР після КПТ втручань зменшується до 25,33 бала.

Зменшення середнього значення на 5,41 бала вказує на виражену тенденцію до зниження інтенсивності симптомів ПТСР після проведення психотерапевтичних заходів.

Медіанні значення:

-Медіана до КПТ втручань становить 32,00 бала.

-Медіана після КПТ втручань знижується до 25,00 бала.

Зниження медіани свідчить про те, що більше половини респондентів після втручання мають нижчі показники ПТСР, ніж у первинному вимірюванні, що підтверджує загальну позитивну динаміку в усій вибірці, а не лише за рахунок окремих крайніх значень.

Показники варіативності. Стандартне відхилення:

-до КПТ втручань стандартне відхилення становить 7,846.

-після КПТ втручань — 7,294.

Незначне зменшення стандартного відхилення після терапії може свідчити про певне зниження індивідуальних відмінностей між респондентами та більш однорідний психоемоційний стан групи.

Діапазон значень:

-Діапазон до втручань: 35 балів.

-Діапазон після втручань: 34 бали.

Незначне скорочення діапазону свідчить про зменшення розкиду крайніх значень після КПТ.

Мінімальні та максимальні показники

Мінімальне значення в обох вимірюваннях становить 10 балів, що вказує на наявність осіб із відносно низьким рівнем симптомів ПТСР як до, так і після втручань.

Максимальне значення зменшується з 45 балів до КПТ до 44 балів після КПТ, що може свідчити про зниження максимально виражених проявів ПТСР у найбільш уразливих респондентів.

Узагальнююча інтерпретація

Таким чином, аналіз описових статистик, поданих у таблиці «Статистичний звіт», дозволяє зробити такі узагальнені висновки:

1. Спостерігається стійка тенденція до зниження рівня ПТСР у військовослужбовців після КПТ втручань.
2. Зменшення як середніх, так і медіанних значень свідчить про позитивні зміни в більшості респондентів.
3. Скорочення показників варіативності вказує на більш однорідний розподіл симптомів ПТСР після терапевтичного впливу.
4. Отримані результати є підґрунтям для подальшого застосування інферентних статистичних методів, зокрема t-критерію Стюдента для залежних вибірок, з метою перевірки статистичної значущості виявлених відмінностей.

Таблиця 3.2

Статистичний звіт

	Рівень ПТСР у військовослужбовців до КПТ втручань	Рівень ПТСР у військовослужбовців після КПТ втручань
Середнє	30,74	25,33
N	42	42
Стандартна відхилення	7,846	7,294
Медіана	32,00	25,00
Мінімум	10	10
Максимум	45	44
% від загальної суми	100,0%	100,0%
% від загального N	100,0%	100,0%
Діапазон	35	34

Одновибіркова статистика

У таблиці №3.2 представлено порівняльні статистичні показники рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців до та після когнітивно-поведінкових терапевтичних (КПТ) втручань. Аналіз проведено на вибірці з 42 респондентів, що брали участь у двох вимірюваннях.

Характеристика центральних тенденцій

Середній рівень ПТСР до КПТ втручань становить 30,74 бала.

Середній рівень ПТСР після КПТ втручань знижується до 25,33 бала.

Отримані дані свідчать про виражене зменшення середнього рівня симптомів ПТСР після проведення терапевтичного втручання, що вказує на позитивну динаміку психоемоційного стану військовослужбовців.

Показники варіативності та надійності оцінок

Стандартне (середньоквадратичне) відхилення:

-до КПТ втручань: 7,846.

-після КПТ втручань: 7,294.

Незначне зменшення стандартного відхилення після втручання може свідчити про певне зниження розкиду індивідуальних показників та тенденцію до більшої однорідності вибірки.

Середньоквадратична помилка середнього:

-до КПТ втручань: 1,211.

-після КПТ втручань: 1,125.

Зменшення стандартної помилки середнього після КПТ вказує на підвищення точності оцінки середнього значення та стабільність отриманих результатів.

Узагальнююча інтерпретація

Таким чином, наведена таблиця демонструє, що після КПТ втручань у військовослужбовців:

1. Знижується середній рівень ПТСР, що свідчить про позитивний терапевтичний ефект.

2. Зменшується варіативність показників, що може вказувати на вирівнювання психоемоційного стану респондентів.

3. Підвищується надійність середніх значень, про що свідчить зменшення стандартної помилки.

Отримані результати є важливою підставою для подальшого аналізу статистичної значущості відмінностей між показниками до і після КПТ втручань за допомогою інферентних методів статистики.

Таблиця 3.3

Одновибіркова статистика

	N	Середнє	Середньоквад ратичне відхилення	Середньоквадра тична похибка середнього
Рівень ПТСР у військовослужбовців до КПТ втручань	42	30,74	7,846	1,211
Рівень ПТСР у військовослужбовців після КПТ втручань	42	25,33	7,294	1,125

Одновибірковий критерій

Одновибірковий t-критерій використовується, щоб з'ясувати, чи відрізняється середній показник ПТСР у вибірці від певного теоретичного або нормативного значення (зазвичай 0 або іншого еталону).

У таблиці №4 окремо подано результати:

до КПТ-втручань та після КПТ-втручань

Кількість досліджуваних в обох випадках: $n = 42$ (ст. св. = 41).

Пояснення стовпців таблиці:

1) t – значення t-критерію Стьюдента

2) ст. св. – ступені свободи ($n - 1 = 41$)

3) знач. (двухстороння) – p-рівень значущості

4) середня різниця – середній рівень ПТСР у вибірці відносно еталонного значення

5) 95% довірчий інтервал – діапазон, у якому з імовірністю 95% знаходиться істинне значення середньої різниці

Результати :

до КПТ-втручань:

1) $t = 25,389$

2) $p = 0,000$ ($p < 0,001$)

3) Середня різниця = 30,738

4) 95% ДІ: від 28,29 до 33,18

Інтерпретація: рівень ПТСР у військовослужбовців до проведення КПТ є статистично значущо високим. Отримане значення суттєво відрізняється від еталонного рівня, а довірчий інтервал не містить нуля, що підтверджує високу надійність результату.

Результати :

після КПТ-втручань

1) $t = 22,509$

2) $p = 0,000$ ($p < 0,001$)

3) Середня різниця = 25,333

4) 95% ДІ: від 23,06 до 27,61

Інтерпретація: після КПТ-втручань рівень ПТСР залишається статистично значущим, однак середній показник помітно знижується порівняно з рівнем до втручання.

Порівняльний висновок:

-Середній рівень ПТСР до КПТ: 30,74

-Середній рівень ПТСР після КПТ: 25,33

-Спостерігається зниження приблизно на 5,4 бала

Це свідчить про позитивний ефект КПТ-втручань у зменшенні проявів ПТСР у військовослужбовців. Водночас показники після терапії залишаються значущими, що може вказувати на потребу в триваліших або додаткових формах психологічної

допомоги. Результати одновибіркового t-критерію показали статистично значущий високий рівень ПТСР у військовослужбовців як до, так і після КПТ-втручань ($p < 0,001$). Водночас після проведення КПТ спостерігається суттєве зниження середніх показників ПТСР, що свідчить про ефективність терапевтичного втручання.

Таблиця 3.4.

Одновибірковий критерій

	t	ст.св.	знач. (двостороння)	Середня різниця	95% довірчий інтервал для різності	
					Нижня	Верхня
Рівень ПТСР у військовослужбовців до КПТ втручань	25,389	41	,000	30,738	28,29	33,18
Рівень ПТСР у військовослужбовців після КПТ втручань	22,509	41	,000	25,333	23,06	27,61

Розміри одновибіркових ефектів

У таблиці №3.4 представлено оцінки розмірів ефекту для показників рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців до та після КПТ-втручань. Для оцінювання сили ефекту застосовано d Коуена та скоригований коефіцієнт Хеджеса (g), що дозволяє більш точно інтерпретувати величину ефекту з урахуванням обсягу вибірки.

Пояснення показників таблиці:

1) d Коуена – стандартизований показник розміру ефекту, що обчислюється на основі середньоквадратичного відхилення вибірки.

2) Корекція Хеджеса (g) – уточнений показник розміру ефекту, який враховує поправку на можливе завищення d Коуена при відносно невеликих вибірках.

3) Стандартизатор – значення стандартного відхилення, яке використовувалося для розрахунку розміру ефекту.

4)Точкова оцінка – безпосереднє значення розміру ефекту.

5)95% довірчий інтервал – межі, в яких із імовірністю 95% знаходиться істинне значення ефекту.

Результати для рівня ПТСР.

До КПТ-втручань:

d Коуена

Стандартизатор: 7,846

Точкова оцінка: 3,918

95% ДІ: від 3,017 до 4,811

Корекція Хеджеса (g)

Стандартизатор: 7,994

Точкова оцінка: 3,845

95% ДІ: від 2,961 до 4,723

Отримані значення свідчать про надзвичайно великий розмір ефекту, що вказує на суттєво підвищений рівень ПТСР у військовослужбовців до початку психотерапевтичного втручання. Довірчі інтервали є достатньо вузькими та не перетинають нуль, що підтверджує високу статистичну надійність результатів.

Результати для рівня ПТСР.

Після КПТ-втручань

d Коуена

Стандартизатор: 7,294

Точкова оцінка: 3,473

95% ДІ: від 2,662 до 4,277

Корекція Хеджеса (g)

Стандартизатор: 7,431

Точкова оцінка: 3,409

95% ДІ: від 2,613 до 4,198

Після КПТ-втручань розмір ефекту залишається дуже великим, однак спостерігається зменшення його величини порівняно з показниками до втручання.

Це свідчить про позитивний терапевтичний вплив КПТ, який призвів до зниження інтенсивності симптомів ПТСР.

Порівняльний аналіз:

1)d Коуена до КПТ: 3,918

2)d Коуена після КПТ: 3,473

3)Зменшення розміру ефекту підтверджує клінічно значуще зниження рівня ПТСР.

4)Аналогічну динаміку демонструє корекція Хеджеса, що підвищує достовірність висновків.

Відповідно до загальноприйнятих критеріїв (Cohen, 1988), де:

-0,2 – малий ефект

-0,5 – середній ефект

-0,8 – великий ефект

Отримані значення значно перевищують поріг великого ефекту, що вказує на виражену клінічну значущість змін.

Узагальнений висновок

Аналіз розмірів одновибіркових ефектів показав, що рівень ПТСР у військовослужбовців характеризується дуже великими значеннями стандартизованих ефектів як до, так і після КПТ-втручань. Водночас після проведення терапії спостерігається помітне зменшення величини ефекту, що свідчить про ефективність когнітивно-поведінкової терапії у зниженні симптомів ПТСР. Отримані результати мають високу статистичну та практичну значущість.

Таблиця 3.5.

Розміри одновібіркових ефектів

		Стандартизація ^a	Точкова оцінка	95% довірчий інтервал	
				Нижня	Верхня
Рівень ПТСР у військовослужбовців до КПТ втручань	d Коена	7,846	3,918	3,017	4,811
	Корекція Хеджеса	7,994	3,845	2,961	4,723
Рівень ПТСР у військовослужбовців після КПТ втручань	d Коена	7,294	3,473	2,662	4,277
	Корекція Хеджеса	7,431	3,409	2,613	4,198

Висновки до третього розділу

У третьому розділі кваліфікаційної роботи проведено кількісний аналіз показників першого і другого зрізів. Описані психодіагностичні методики обрані для проведення емпіричного дослідження.

1. На основі порівняльного аналізу даних, отриманих в групі військовослужбовців, обґрунтовано висновки щодо ефективності застосування КПТ.

2. Доведено зв'язок впливу КПТ на рівень прояву симптомів ПТСР бажаних.

3. Визначено ефективність впровадження КПТ з військовослужбовцями під час їх реабілітації після фізичних та психічних травм. Встановлено, що методом КПТ можливо зниження емоційної нестабільності, покращення сну. Когнітивно-поведінкова терапія дає можливість формувати навички подолання стресу, зниження рівня психофізіологічного збудження та корекції дезадаптивних когнітивних установок, що виникають унаслідок травматичного досвіду.

Терапевтична робота спрямовується на стабілізацію емоційного стану та попередження закріплення симптомів ПТСР.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У ході виконання магістерської роботи було здійснено теоретико-емпіричне дослідження ефективності застосування когнітивно-поведінкової терапії у роботі з військовослужбовцями, які перебувають в гострому періоді переживання психотравмувальних подій.

На основі аналізу наукових джерел та результатів власного дослідження зроблено такі висновки:

1) Теоретичний аналіз сучасних наукових підходів засвідчив, що когнітивно-поведінкова терапія є одним із найбільш обґрунтованих та ефективних психотерапевтичних методів у роботі з гострими стресовими реакціями, тривожними розладами та посттравматичними проявами у військовослужбовців. КПТ дозволяє цілеспрямовано впливати на дезадаптивні когнітивні схеми та поведінкові патерни, які формуються внаслідок бойового досвіду.

2) Встановлено, що застосування КПТ в гострому періоді сприяє зниженню інтенсивності симптомів тривоги, емоційної напруги, нав'язливих спогадів, психофізіологічного збудження та дезадаптивних поведінкових реакцій у військовослужбовців. Особливу ефективність показали техніки когнітивної реструктуризації, психоедукації, навчання навичкам саморегуляції та контролю емоційних станів.

3) Емпіричні результати дослідження підтвердили, що систематичне використання КПТ-інтервенцій сприяє підвищенню рівня психологічної стабільності, відновленню відчуття контролю над власним станом та формуванню більш адаптивних копінг-стратегій у військовослужбовців в гострому періоді.

4) Доведено, що когнітивно-поведінковий підхід є доцільним для використання в умовах обмеженого часу та ресурсів, що є характерним для роботи з військовими в гострому періоді. Структурованість, короткостроковість та орієнтація на конкретні симптоми роблять КПТ практично значущим інструментом психологічної допомоги.

5) Отримані результати свідчать про важливість інтеграції КПТ-підходів у систему психологічного супроводу військовослужбовців, зокрема на етапах кризового втручання та первинної психологічної допомоги. Це сприяє профілактиці розвитку хронічних посттравматичних розладів та покращенню загального психічного благополуччя військових.

Перспективи подальших досліджень вбачаються у вивченні довготривалої ефективності КПТ, порівняльному аналізі з іншими психотерапевтичними підходами, а також у розробці адаптованих КПТ-програм з урахуванням специфіки бойового досвіду та умов служби військовослужбовців.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Безшейко В. Г. Діагностика по стресових розладів: погляд на проблему. Медична психологія. № 1. 2016. С.
2. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно – поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 410 с.
3. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма : аналіз та шляхи її подолання / / *Збірник наукових праць. Національна Академія Державної Прикордонної Служби України*, 2015. №1 (74). 390 с.
4. Волошина В. В., Долинська Л. В., Ставицька С. О. Загальна психологія:практикум. К.: Каравела, 2019. 279 с.
5. Євсюков О. П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму / О. П. Євсюков, В. П. Садковий // *Проблеми екстремальної та кризової психології*, 2010. Вип. 7. – С. 120 –128.
6. Наказ МО України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» від 09.12.2015 року № 702.
7. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.
8. Савчин М. В. Загальна психологія : підручник. Вид. 3-тє, стереотип. Київ, ВЦ «Академія», 2020. 344 с.
9. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.
10. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1,2,3. Київ, 2018. 240 с.
11. Гуменюк Л.Й., Федчук О.В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм.

Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2016. №1. С. 228-239.

12. Прокофєва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету Серія: Історичні науки.* Випуск 57 2022 С. 110-120

13. Доценко В. В. Соціально-психологічні наслідки перебування в полоні. *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання пер соналу системи МВС України : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., м. Вінниця, 29 берез. 2024 р. Харків, 2024. С. 285–287.*

14. Апальков В. Психологія поведінки військовослужбовця в умовах полону. *Вісник Наці онального університету оборони України.* 2020. Т. 55, № 2. С. 14–22.

15. Стасюк В. Психологічна допомога військовослужбовцям у бойовий та післябойовий період. *Психологія і суспільство,* 2006. № 2. С. 137–140.

16. Безшейко В. Г. Діагностика по стресових розладів: погляд на проблему. *Медична психологія.* № 1. 2016. С.

17. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно – поведінкову терапію. Львів : Свічадо, 2014. 410 с.

18. Гоцуляк Н. Є. Психологічна травма : аналіз та шляхи її подолання / / *Збірник наукових праць. Національна Академія Державної Прикордонної Служби України,* 2015. №1 (74). 390 с.

19. Волошина В. В., Долинська Л. В., Ставицька С. О. Загальна психологія:практикум. К.: Каравела, 2019. 279 с.

20. Євсюков О. П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму / О. П. Євсюков, В. П. Садковий // *Проблеми екстремальної та кризової психології,* 2010. Вип. 7. – С. 120 –128.

21. Наказ МО України «Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів)» від 09.12.2015 року № 702.

22. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.

23. Савчин М. В. Загальна психологія : підручник. Вид. 3-тє, стереотип. Київ, ВЦ «Академія», 2020. 344 с.

24. Герман Д. Психологічна травма та шлях до видужання. Львів : Видавництво Старого Лева, 2021. 424 с.

25. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1,2,3. Київ, 2018. 240 с.

26. Гуменюк Л.Й., Федчук О.В. Дослідження посттравматичного стресового розладу і напрямків психореабілітації постраждалих від воєнних психотравм. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. 2016. №1. С. 228-239.

27. Прокофєва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету Серія: Історичні науки*. Випуск 57 2022 С. 110-120

28. Доценко В. В. Соціально-психологічні наслідки перебування в полоні. *Психологічні та педагогічні проблеми професійної освіти та патріотичного виховання персоналу системи МВС України : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., м. Вінниця, 29 берез. 2024 р. Харків, 2024. С. 285–287.*

29. Апальков В. Психологія поведінки військовослужбовця в умовах полону. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. Т. 55, № 2. С. 14–22.

30. Стасюк В. Психологічна допомога військовослужбовцям у бойовий та післябойовий період. *Психологія і суспільство*, 2006. № 2. С. 137–140.

31. Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. Тривога як психологічний феномен. 2020. Випуск 6. http://psy-visnyk.lnu.lviv.ua/archive/6_2020/13.pdf

32. Навчальний посібник. Основи психології та педагогіки Л.А. Мацко, М.Д. Прищак. 2010
https://shron1.chtyvo.org.ua/Matsko_Larysa/Osnovy_psykholohii_ta_pedahohiky.pdf

33. Збірник наукових праць. Університет «Україна». Номер журналу №11(13). 2014. Психолого-педагогічні аспекти розвитку й формування особистості людей з інвалідністю . Лазуренко С.І. <https://ap.uu.edu.ua/contents/13>
34. Проект “Наукова періодика України” (<http://journals.uran.ua>). Проблеми сучасної психології. 2011. Випуск 12. А.В. Михальський, Ю.О. Царьов
35. Проект “Наукова періодика України” (<http://journals.uran.ua>). Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. А.В. Михальський, Ю.О. Царьов. Випуск 12. 2011. <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/161234>
36. Навчальний посібник. Психологія стресу та стресових розладів. О.Ю. Овчаренко, 2023 https://uu.edu.ua/upload/Nauka/naukovi_vydannia/psihologija_stresy_2023_compressed.pdf
37. Науково-практичний журнал. Наука і освіта. Емоції і прояви емоцій: історичний екскурс . А.Г. Міхова <https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/>
38. Еволюція знань про стрес: від Ганса Сельє до сучасних досягнень / О. Даниляк, С.-А. Маринець, О. Заячківська // Праці наукового товариства ім. Шевченка. Медичні науки. Лікарський збірник. 2016 http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/cgiirbis_64.exe?I21DBN=LINK&P21DBN=UJRN&Z21ID=&S21REF=10&S21CNR=20&S21STN=1&S21FMT=ASP_meta&C21COM=S&2_S21P03=FILE=&2_S21STR=pntsh_lik_2016_45_28_4
39. Томчук С.М., Томчук М.І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: [монографія] / Сергій Михайлович Томчук, Михайло Іванович Томчук. – Вінниця: КВНЗ «ВАНО», 2018. https://umo.edu.ua/images/content/depozitar/monografii/%D0%9C%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D1%96%D1%8F_%D0%A2%D0%BE%D0%BC%D1%87%D1%83%D0%BA.pdf
40. Тювіна О.М. Психічні захворювання: клініка лікування профілактика - М.: Кронпрес, 1997. - 256 с.

41. Использование лекарств в психиатрии [Текст] / Д. Краммер, Б. Гейне. - К. : Ассоциация психиатров Украины ; Амстердам : [б.в.], 1996. - 256 с. - ISBN 90-72657-08-X
42. Корекція суїцидальної поведінки у психічно хворих за допомогою латеральної фізіотерапії [Текст] : автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Пилягіна Галина Яківна ; Український НДІ соціальної та судової психіатрії. - К., 1997. - 23 с.
43. Довідник з терапії психічних захворювань [Текст] / І. Й. Влох [та ін]. - Львів : Каменяр, 1998. - 78 с. - ISBN 5-7745-0759-9
44. DSM-5 DSM-V Includes index. ISBN 978-0-89042-554-1 (hardcover : alk. paper) — ISBN 978-0-89042-555-8 (pbk. : alk. paper) I. American Psychiatric Association. II. American Psychiatric Association. DSM-5 Task Force, m. Title: DSM-5. IV. Title: DSM-V.
45. (Urs Baumann, Meinrad Perrez "Lehrbuch Klinische Psychologie — Psychotherapie", 1998)
46. Шапіро Ф. Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей: Основні принципи, протоколи і процедури / Пер. з англ. А.С. Рігіна. - М. : Незалежна фірма "Класс", 1998 - 496 с.
47. Ефективна терапія посттравматичного стресового розладу. Під редакцією Едни Б., Теренса М., Дж. Фрідмана - М. : «Когито-центр», 2005.- 493 с.
48. 1. ОБСЄ: Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с. 2. ОБСЄ: Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. – Київ, 2018. – 240 с. 3. ОБСЄ: Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. – Київ, 2018. – 236 с.
49. Вайс Джозеф. Як працює психотерапія. Процес і техніка. - М. : НФ «Клас», 2001. - 240 с.
50. Ван Дер Колк Бессел Тіло веде лік. Вид-во «Бомбора» Київ 2020р – 455ст.
51. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. — К. : Наш формат, 2017. — 1068 с.

52. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Психологічна допомога людям, які пережили травматичний стрес. - М.: МГППУ, 2006. - 112 с.
53. Віктор Франкл. Людина в пошуках сенсу. М.: Прогрес, 1990. – 190 с.
54. Гофманн Арне. EMDR терапія наслідків психотравми. Львів: Свічадо, 2017 – 259 с.
55. Лінехан Марша. Когнітивно-поведінкова терапія межового розладу особистості. Вид-во «Видавничий дім Вільямс» 2007. – 471 с.
56. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Т. Семігіна, І. Павленко, Є. Овсяннікова та ін. К.: Наш формат, 2017. 1068 с.
57. Прокофєва Л. Психологічна модель ПТСР та особливості корекції в умовах воєнного стану. *Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету Серія: Історичні науки*. Випуск 57 2022 С. 110-120
58. Психосоціальна допомога в роботі з кризовою особистістю : навчальний посібник / наук. ред. та керівник проблем. групи Л. М. Вольнова. Київ, 2012. 275 с.
59. Радченко О. Позитивна психотерапія та її вплив на світогляд українців. *Філософські і психологічні науки. : Серія «Психологія»*, 2019. Вип.22. 110 с.
60. . Соціально – психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. 220с.
61. Терещук А. Д. Психологічна травма як чинник афективної поведінки особистості, 2015. 13 с.
62. Томчук С. М. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі: [монографія] / С. М. Томчук, М. І. Томчук. – Вінниця: КВНЗ «ВАНО», 2018. – 200 с.
63. Апанович О. О. Теоретико-методологічні особливості психологічної стійкості / Олени Олегівна Апанович. // АНОТАЦІЯ. – С. 167.
64. Наугольник Л. Б. Психологія стресу: підручник / Л. Б. Наугольник. – Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. – 324 с.

65. Фрейд З. Введение в психоанализ: Лекции / З. Фрейд / Изд. подгот. М. Г. Ярошевский. — М.: Наука, 1989. — 455 с.