

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ

Національна академія внутрішніх справ

**ВПЛИВ ПСИХОТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ СТРЕСУ ТА ТРИВОГИ СЕРЕД
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ПОЛІЦЕЙСЬКИХ ТА ІНШИХ
КАТЕГОРІЙ ПРАЦІВНИКІВ, ЗВІЛЬНЕНИХ З ПОЛОНУ**

Методичні рекомендації



Київ 2024

Авторський колектив:

Романенко О.В., доктор психологічних наук, професор, професор кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ;

Власенко С.Б., кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри психології навчально-наукового інституту права та психології Національної академії внутрішніх справ.

Рецензенти

Ольга ФЛЯРКОВСЬКА, начальник відділу психологічного супроводу та соціально-психологічної роботи Державної наукової установи «Інститут модернізації змісту освіти», кандидат педагогічних наук, старший дослідник;

Олександр МАРТЕНКО, професор кафедри юридичної психології, кандидат юридичних наук, доцент.

Схвалено та рекомендовано до друку науково-методичною радою Національної академії внутрішніх справ (протокол №10 від 22.11.2024)

Романенко О. В., Власенко С. Б. Вплив психотерапії на рівень стресу та тривоги серед військовослужбовців, поліцейських та інших категорій працівників, звільнених з полону: методичні рекомендації. Київ : 2024. 46 с.

ЗМІСТ

Вступ.....	4
Розділ 1. Психологічні засади вивчення бойової травми.....	6
1.1. Вплив війни на психічну сферу особистості.....	6
1.2. Перебування в полоні як психотравма.....	16
1.3. Психодіагностика рівня стресу та тривоги у працівників, звільнених з полону.....	25
Розділ 2. Напрями надання психотерапевтичної допомоги працівникам, звільненим з полону.....	29
2.1. Організаційно-методичні засади надання психологічної допомоги комбатантам	29
2.2. Інтегративні моделі психотерапії в системі психологічної допомоги працівникам, звільненим з полону	35
2.3. Оцінка ефективності психотерапевтичного впливу	41
Список використаних джерел.....	44

ВСТУП

Ще донедавна війна в уяві кожного українця асоціювалася із примарним та далеким жахіттям, яке не повинне повторитися в умовах сьогодення. Проте, починаючи із 2014 року, фантом війни набув реальних обрисів, і розв'язана росією воєнна агресія скалічила життя мільйонів наших співвітчизників, як цивільних громадян, так і військовослужбовців та працівників правоохоронних органів. Руйнування, вбивства, гвалтування, катування, депортація та інші звірства, які вчиняли та продовжують вчиняти на території нашої держави російські окупанти, спотворили усі сфери життєдіяльності громадян. Війна принесла в Україну смерть та руйнування, наклала непоправний відбиток на здоров'я кожного жителя нашої країни.

У складних умовах сьогодення особливої актуальності набуває проблема психогенних втрат в умовах війни, оскільки поруч із соматичними захворюваннями та розладами, поширеними в умовах воєнних дій, постійно зростає кількість порушень ментального здоров'я та психосоматичних захворювань, які виникли внаслідок психотравматичного впливу на особистість. Особливої актуальності дане питання набуває для військовослужбовців, поліцейських та інших категорій осіб, які безпосередньо перебувають в епіцентрі воєнної агресії, особливо тих працівників, які пройшли через полон.

Безпрецедентні ризики для життя та здоров'я постають насамперед перед її захисниками, представниками силових структур – військовими та поліцейськими, які беруть участь у воєнних діях та потребують психологічної допомоги в умовах бойової травми. Водночас з огляду на складність ситуації, що склалася, звичні засоби часто виявляються недостатньо дієвими, що актуалізує потребу в подальших розробках за цим напрямом та узгоджується з магістральними напрямами державної політики в галузі захисту та збереження психічного здоров'я громадян.

З метою визначення науково-практичних засад для вирішення цієї проблеми розроблено методичні рекомендації, що складаються з двох розділів. У першому розділі розглянуто особливості впливу війни на психічну сферу особистості, перебування в полоні як психотравму, а також запропоновано психодіагностичні методики, спрямовані на визначення рівня стресу та тривоги у працівників, звільнених з полону.

У другому розділі представлено організаційно-методичні засади надання психологічної допомоги комбатантам, опис інтегративних моделей психотерапії, а також методи оцінки ефективності психотерапевтичного впливу щодо зниження рівня стресу та тривоги у військовослужбовців, поліцейських та інших працівників, звільнених з полону.

РОЗДІЛ І. ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ БОЙОВОЇ ТРАВМИ

1.1. Вплив війни на психічну сферу особистості

Як зазначалося вище, вплив війни накладає негативний відбиток на ментальне здоров'я українців загалом, проте, в першу чергу, страждає здоров'я військовослужбовців, які беруть безпосередню участь у бойових діях.

Порушення, які виникають внаслідок впливу війни на психічну сферу військовослужбовців, поліцейських та інших учасників бойових дій, можуть мати три ступені прояву: легкий, помірний та тяжкий. Варто зазначити, що при розладах легкого ступеня життєдіяльність людини не порушується і лише незначний відсоток постраждалих потребує допомоги фахівця. У переважній більшості випадків людина справляється самотужки за допомогою залучення внутрішніх та зовнішніх ресурсів. Порушення помірною та тяжкою ступенів потребують кваліфікованої психотерапевтичної допомоги.

Розглянемо порушення психічної сфери військових детальніше.

Синдром емоційного вигорання. За своєю суттю є багатокomпонентним конструктом у якому провідне місце відводиться хронічній втомі (психологічній, фізичній, розумовій). До ознак емоційного вигорання належать:

- втома, що порушує нормальний функціонал особистості, робить її діяльність малопродуктивною;
- порушення зі сторони пізнавальних процесів (погіршення концентрації уваги, зниження здатності до запам'ятовування нової інформації, сповільнення мисленнєвої діяльності та погіршення критичності);
- нервозність та підвищена схильність до роздратування;
- апатія;
- поява соматичних ознак;
- проблеми зі сном та ін.

У таблиці 1 охарактеризовано загальноприйняті у психології стадії синдрому емоційного вигорання.

Таблиця 1

Стадії синдрому емоційного вигорання

Стадія емоційного вигорання	Характеристика
Емоційне піднесення	Характеризується активізацією усіх резервів організму, високим рівнем мотивації, прагненням до діяльності, очікуванням швидкого завершення подій.
Втома	Не зважаючи на те, що втома – це звичайний фізіологічний стан людини, в даному випадку мова іде про неможливість нормального відновлення втрачених ресурсів. При синдромі емоційного вигорання втома супроводжується дратівливістю та конфліктністю.
Психічне та фізичне виснаження	Якщо людина не отримає допомогу спеціаліста, то наслідком виснаження можуть стати психосоматичні прояви та захворювання.
Тотальне виснаження	Стадія зачіпає усі компоненти особистісного здоров'я. В даному випадку психотерапевтичної допомоги може бути недостатньо, з'являється потреба у зверненні до лікаря.

Окрім перелічених стадій синдрому емоційного виснаження, існують і інші погляди на його структуру. Так, Р. Тараненко та Ю. Тараненко, характеризуючи синдром емоційного вигорання у військовослужбовців, за аналогією з загальним адаптаційним синдромом, виділяють у його структурі наступні фази:

I. Фаза напруження. Основним ускладненням даної фази може стати виникнення тривоги та депресії.

II. Фаза резистентності (стійкості або толерантності).

III. Фаза виснаження. Основним ускладненням даної фази є виникнення психосоматичних захворювань та психовегетативних розладів.

Ще одним негативним емоційним станом, що порушує адаптацію, життєдіяльність та здоров'я військовослужбовців є стан тривоги.

Потребують диференціації поняття тривоги як емоційного стану особистості та тривожності, як її індивідуальної психологічної особливості.

Тривогу визначають як негативно забарвлену емоцію або неприємний емоційний стан, який супроводжується внутрішньою напругою, занепокоєнням, почуттям безпорадності та невизначеності. В основу такого переживання покладене реальне неблагополуччя особистості, тобто стан тривоги виникає у відповідь на реальну чи уявну загрозу. Ознаки тривоги, такі як занепокоєння, похмурі передчуття, зрушення у роботі вегетативної нервової системи переживає кожна людина на різних етапах свого життя.

При цьому *тривожність* розглядають як особистісну рису, що виявляє себе з раннього дитинства та часто призводить до порушень психічного здоров'я особистості. Тривожність є доволі стійким утворенням і виявляє себе не тільки у ситуації загрози, а і у суб'єктивно нейтральних ситуаціях.

Розмежування понять тривоги та тривожності є досить умовним. Так, у вітчизняній психології при характеристиці тривожності використовують класифікацію Д. Спілбергера, поділяючи тривожність на особистісну та реактивну. Особистісну тривожність розглядають як індивідуальну особливість, а реактивну – як наслідок негативних емоцій, що переживаються суб'єктом.

Ознаки тривожності:

- знервованість;
- роздратування;
- відчуття, що «має статися щось погане»;
- порушення зі сторони автономної нервової системи;
- порушення сну та ін.

Відчуття страху та тривоги може призвести до виникнення панічних атак. *Панічна атака* – це стан раптового та інтенсивного страху та тривоги, що супроводжується яскраво вираженими фізичними симптомами, пов'язаними із порушенням роботи автономної нервової системи. До останніх відносяться: запаморочення, проблеми з диханням, тахікардія. У людини виникає впевненість у виникненні тяжкого фізичного порушення, такого, як інфаркт міокарда чи інсульт, і непереборний страх за своє життя.

Ще одним психогенним розладом, що часто зустрічається у осіб, які беруть безпосередню участь у бойових діях, є депресія. *Депресія* – це патологічно знижений, пригнічений стан, що супроводжується втратою інтересів, зниженням енергетичності та тону, почуттям безвиході, розчаруванням, низькою самооцінкою, відчаєм, негативним ставленням до світу та до власного майбутнього, суїцидальними думками.

Ознаки прихованої депресії:

- порушення сну та харчової поведінки;
- надмірна критичність та вимогливість по відношенню до себе;
- емоції, особливо негативні (гнів, роздратування та ін.) набувають яскравого вираження;
- прагнення уникати ситуацій, що вимагають вивільнення емоцій.

Заперечення власних емоційних переживань;

- «одержимість» власною ціллю або місією;
- втрата звичних інтересів;
- ускладнення емоційної близькості та ін.

При одночасному прояві ознак тривоги та депресії у військовослужбовців виникає так званий тривожно-депресивний розлад. Основна небезпека такого розладу – це високий ризик суїциду у постраждалих. Ознаки даного розладу відображено у таблиці 2.

Таблиця 2

**Ознаки тривожно-депресивного розладу у військовослужбовців,
поліцейських та інших учасників бойових дій**

Перша стадія	Друга стадія	Третя стадія
Підвищена чутливість Роздратованість Стомлюваність Тривожність Безсоння	Соматичні прояви Порушення лібідо Тривога	Загострення наявних симптомів Зниження самооцінки Апатія Знижений фон настрою

Тривалий вплив стресорів сприяє формуванню неврозів, які за своєю суттю являють собою функціональні захворювання центральної нервової системи. Серед загальних ознак неврозів виділяють такі:

- порушення сну. Нічний сон стає поверхневим та переривчастим, з'являється денна сонливість;
- порушення зі сторони вегетативної нервової системи: прискорене серцебиття, головний біль, неприємні відчуття у ділянці серця, шлунку, кишківнику;
- порушення зі сторони травлення: розлади апетиту, зниження ваги тіла, розлади шлунку та кишківнику.

До основних типів неврозів відносять: неврастенію, істеричний невроз та невроз нав'язливих станів.

Неврастенія

Є найбільш поширеною формою невротичного розладу. Провідною ознакою неврастенії є нервові виснаження. Сенситивною для виникнення неврастенії є наявність такої риси особистості, як розвинене почуття відповідальності.

Характерні ознаки захворювання: підвищена збудливість, дратівливість, стомлюваність, швидка виснажуваність. До психологічних ознак приєднуються вегетативні. Самопочуття людини з неврастенією має залежність від часу доби

(вранці гірше, ніж увечері). Типовими ознаками є також зниження інтелектуальної працездатності та болі в різних ділянках тіла, зокрема, головний біль «тиснучого» характеру («каска неврастеніка»). В тяжких випадках виникає невротична депресія.

Істеричний невроз

На перший план виступають астенічні, іпохондричні, соматоформні розлади. Усі симптоми проявляються з особливою яскравістю, гротескністю скарг, демонстрацією власних страждань, прагненням будь-якою ціною привернути до себе увагу. Характерне загостренням симптоматики у присутності емоційно значимих осіб та згасання симптомів при вирішенні конфліктної ситуації, отриманні бажаного результату.

Невроз нав'язливих станів (психастенія, obsесивно-компульсивний розлад, ОКР)

Порівняно з попередніми типами неврозів, зустрічається набагато рідше. Даний тип неврозу проявляється у вигляді нав'язливих страхів (фобій), нав'язливих думок (obsесій) та нав'язливих дій (компульсивні потяги). Спільними для цих симптомів є їх стислість та повторюваність, а також суб'єктивна неможливість позбавитися від них при збереженні критичного ставлення до власного стану.

До основних симптомів неврозу нав'язливих станів відносять такі:

1) сумніви та побоювання – часто супроводжують хворого на початкових стадіях розвитку захворювання;

2) нав'язливі думки;

3) фобії;

4) страхи-бажання;

5) нав'язливе рахування;

6) нав'язливі рухи (компульсії);

7) неадекватний перфекціонізм.

Провідне місце серед негативних впливів на психіку особистості, яка бере безпосередню участь у бойових діях, відводиться *бойовій психічній травмі*. Останню прийнято визначати як надзвичайно сильні переживання, викликані впливом бойової обстановки (короткочасним або довготривалим), наслідком яких є психічні розлади різного ступеня вираження. Бойова психічна травма може мати три ступені прояву, в залежності від вираження симптомів: легкий, помірний та тяжкий.

Визначають такі стадії розвитку бойової психічної травми (див. рис. 1):

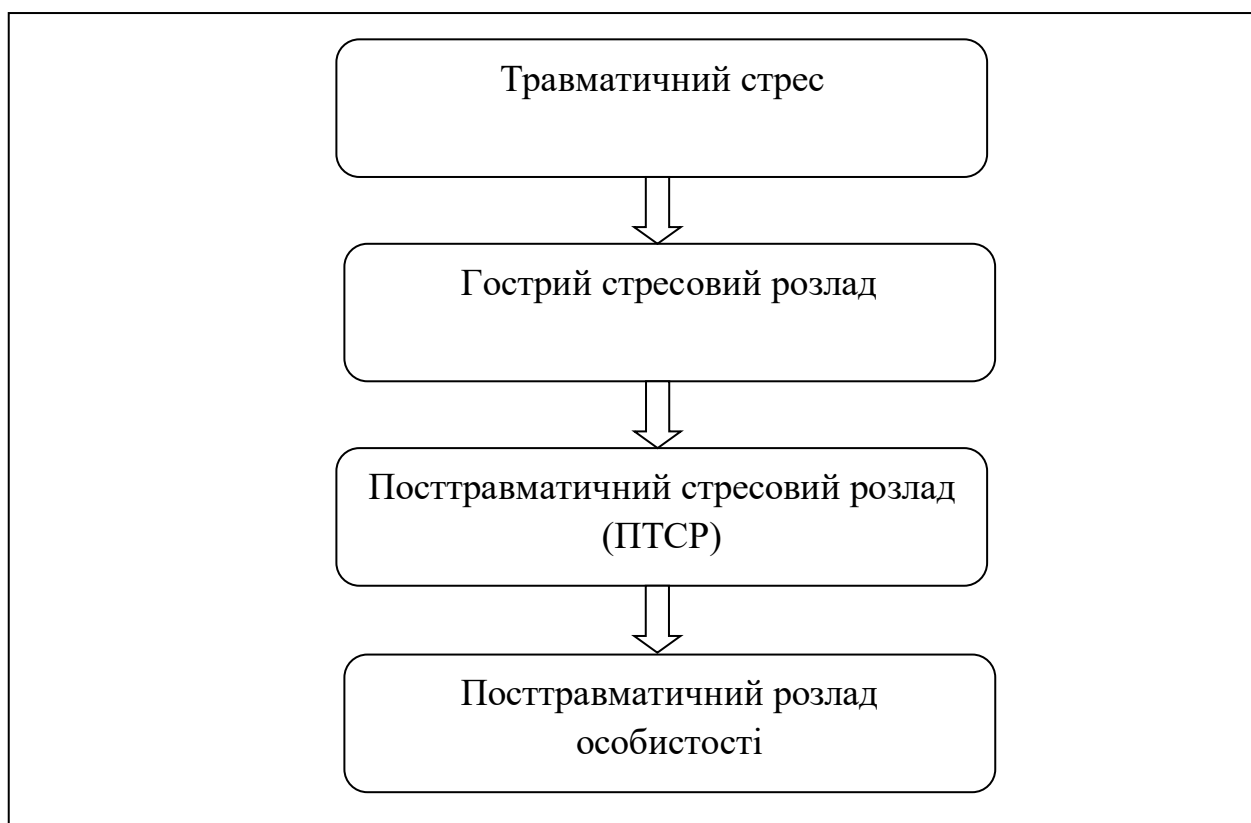


Рис. 1. Стадії розвитку бойової психічної травми

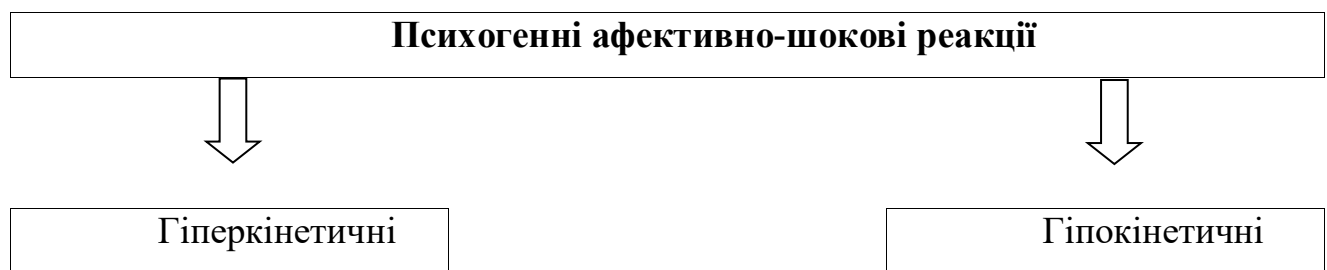
Відповідно до рисунку 1, клінічно бойова психічна травма у особистості може виявляти у двох основних варіантах: або у вигляді *гострої реакції на бойовий стрес*, або у вигляді *посттравматичного стресового розладу (ПТСР)*.

У МКХ-11 - гостра реакція на стрес - визначена як транзиторний стан та включена до розділу «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення і

звернення до закладів охорони здоров'я», тобто гостра реакція на стрес більше не розглядається як психічний чи поведінковий розлад особистості.

Синонімічним до поняття «гостра реакція на стрес» є поняття «психогенні афективно-шокові реакції».

Психогенні афективно-шокові реакції – найбільш виражені за силою та найбільш короточасні форми глибоких реактивних психічних порушень. Вони виникають в умовах надсильної, несподіваної психічної травми та розподілені на такі види:



Гіперкінетичні реакції характеризуються звуженням свідомості, порушенням орієнтації у навколишньому середовищі, тривогою, страхом, вираженим хаотичним моторним збудженням. Прикладом такої реакції може бути неконтрольоване рухове збудження. Вчинки хворого у такий період безглузді та можуть нести загрозу як для нього самого, так і для оточуючих людей.

Гіпокінетичні реакції характеризуються різким психомоторним гальмуванням аж до повної відсутності рухів, апатією та мутизмом. Гіпокінетичний тип реагування може бути у формі афектогенного ступору, непритомності, летаргічного сну.

Як зазначалося вище, афектогенно-шокові стани мають реактивну природу. Вони виникають під впливом обставин, які загрожують життю людини, та проходять тоді, коли ці обставини зникають.

Окрім психічних порушень, усі афектогенно-шокові реакції супроводжуються вегетативними змінами.

Гострий стан афективно-шокових реакцій поєднується з амнезією, що може тривати декілька днів.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це відстрочена чи пролонгована реакція у відповідь на одиничні або тривалі стресові переживання загрозливого або катастрофічного характеру.

У відповідності до МКХ-11 ПТСР віднесено до розділу «Розлади, особливо пов'язані зі стресом».

Причинами виникнення ПТСР можуть бути:

- природні катаклізми (повені, пожежі, землетруси та ін.);
- катаклізми техногенного характеру (теракти, війни);
- антисоціальні дії зі сторони оточуючих (психологічне, фізичне та сексуальне насильство, катування, полон тощо).

Зміни, що виникають при посттравматичному стресовому розладі торкаються усіх сфер життєдіяльності особистості.

Типовими ознаками ПТСР вважають наступні:

- нав'язливі переживання травмуючої події (спогади, думки, кошмарні сновидіння, флешбеки);
- загальмування емоційної сфери;
- прагнення до самоізоляції, уникання контактів із оточуючими, в тому числі, з рідними;
- уникання будь-якого нагадування про травматичну подію;
- порушення сну;
- емоційні розлади такі як тривожність та депресія;
- суїцидальні думки та нахили та інші ознаки.

У таблиці 3 представлено типи посттравматичних стресових розладів та провідні ознаки кожного із них.

Таблиця 3

Типи посттравматичних стресових розладів

Тривожний	Астенічний	Дисфоричний	Соматоформний
На першому місці вегетативні реакції, що характеризують стан тривожності: розлади сну, внутрішній дискомфорт, роздратування, прискорене серцебиття, підвищена пітливість	Поведінка такого постраждалого характеризується пасивністю. Постраждалі скаржаться на в'ялість, слабкість, байдужість до оточуючих та до звичних видів діяльності	На першому плані тут порушення настрою. У емоційній сфері домінують невдоволення, дратівливість, злість та навіть ярість. У постраждалих відмічається високий рівень агресивності та зниження самоконтролю	При даному типі ПТСР у постраждалих осіб відмічаються масові соматоформні розлади з локалізацією у різних ділянка тіла

Таким чином, війна спричинює різноманітні порушення психічного здоров'я у військовослужбовців, поліцейських та інших категорій осіб, що беруть безпосередню участь у бойових діях. Організм людини може реагувати на вплив воєнних подій як на непсихотичному, так і на психотичному рівні. Перший тип реагування проявляється переважно в емоційних реакціях та емоційних станах, з якими людини справляється, як правило, самотужки, не звертаючись за допомогою до спеціалістів. До даного типу реагування відносяться також неврози, які за своєю суттю являють психогенно зумовлені емоційні та сомато-вегетативні розлади. Невроз потребує звернення до фахівця. Без ефективної допомоги стан особистості буде погіршуватися. Реагування на психотичному рівні може мати вигляд психогенних афективно-шоків реакцій, що мають транзиторний характер і рідко потребують спеціальної медико-психологічної допомоги. Тривалий та (або) надмірно сильний вплив може стати причиною виникнення посттравматичного стресового розладу

(ПТСР), що потребує лікування у поєднанні зі спеціальним психотерапевтичним впливом.

Як зазначалося вище, основними причинами, що призводять до погіршення психічного здоров'я військовослужбовців, окрім безпосереднього впливу подій війни на психіку, вважають антисоціальні дії по відношенню до особистості. До таких належать події, які переживає людина, перебуваючи у полоні: сам факт вимушеної ізоляції, жорстоке відношення, приниження, катування тощо.

1.2. Перебування в полоні як психотравма

Полон розглядають як обмеження свободи особи, яка приймала безпосередню участь у воєнних (бойових) діях, з метою недопущення її подальшої участі у них.

Військовополонені – це військовослужбовці, які були взяті у полон в ході бойових дій.

Основні причини, які призводять до взяття у полон військовослужбовців, перераховані та охарактеризовані у таблиці 4.

Таблиця 4

Основні причини, що призводять до взяття у полон військовослужбовців

Воєнні	Психофізіологічні	Психологічні	Медичні
Обставини, які роблять неможливою подальшу участь військовослужбовця у бойових діях	Це специфічні функціональні стани, які унеможливають подальшу участь людини у бойових діях: голод, спрага, втома, відчуття знесилення тощо	Сюди відносять негативні емоційні переживання та установки, а також психогенні розлади	До таких належать травми, поранення, захворювання та ін.

Аналізуючи основні цілі захоплення військових підрозділів у полон, Ю. Широбоков з поміж інших визначає такі провідні:

- I. Необхідність отримання інформації (93,6%).
- II. Припинення супротиву (88,3%).
- III. Деморалізація сили та майстерності (62,8%).
- IV. Залякування супротивника (51,1%).

До провідних стрес-факторів, які впливають на особу, що перебуває в полоні відносять:

1. Фактор новизни. Даний фактор ґрунтується на страху перед невідомим.
2. Фактор небезпеки. Під впливом даного фактора у полоненого з'являються тривога та різноманітні страхи. Серед страхів перше місце займають страх за власне життя, страх болю тощо.
3. Фактор ізоляції, наслідком якого стає переживання відчуття власного безсилля.
4. Дефіцит у задоволенні фізіологічних потреб (вода, їжа, сон...).
5. Фактор нудьги та антисанітарії.

У таблиці 5 представлена характеристика стадій військового полону.

Таблиця 5

Стадії військового полону (за дослідженнями Ю. Широбокова)

Стадія	Психологічна характеристика
I Стадія – захоплення у полон	Початок вітальної фази полону. Полонений намагається визначити причини захоплення у полон. Визначення таких причин часто поєднується із самозвинуваченням
II Стадія – транспортування до місця постійного утримання та допиту	Переживання вітальних реакцій, пов'язане зі страхом за своє життя
III Стадія – перший допит	Продовження вітальної фази полону. Супроводжується внутрішньою напругою, пов'язаною з розумінням небезпеки допиту для життя та психологічним тиском на полоненого,

	який вчиняється під час допиту. Допит часто поєднується із тортурами, залякуванням, приниженням тощо
IV Стадія – утримання військовополоненого (адаптація)	Вплив на психіку залежить від умов, в яких утримували полоненого
V Стадія – повернення з полону	Саме повідомлення про повернення з полону може бути використане як предмет торгу

В. Доценко виділяє три фази психічних реакцій особистості, яка перебуває у полоні:

I. Фаза – фаза шоку.

II. Фаза – зміни характеру та поведінки.

III. Фаза – звільнення з полону.

До змін характеру та поведінки полоненого авторка відносить апатію, емоційне вигорання, байдужість.

Фази зміни вражень та реакцій осіб, які перебувають в умовах полону (Міллер, 1974)

I. Від 12 до 24 годин. Характеризується шоківим станом, що зумовлений самим фактом потрапляння особистості у полон. До ознак такого стану відносять:

- розгубленість та безпорадність;
- страх, в тому числі страх смерті, страх може трансформуватися у паніку;
- тривогу;
- втрату контролю над інстинктом самозбереження та власними емоціями, поведінкою;
- втрату можливості критично мислити;
- переживання за родину та ін.

II. Від 24 до 48 годин з моменту вимушеної ізоляції. Характеризується відносним «заспокоєнням», прагненням «взяти себе в руки», відновленням контролю над власним емоційним станом. Спостерігаються симптоми депресії,

самотності, безпорадності, проте полонений намагається їх приборкати. Потерпілий продовжує переживати події, які сталися, намагається дати собі відповіді на безліч запитань, пов'язаних із потраплянням у полон, хвилюється за рідних.

III. Від 48 годин. За умови, що полоненого не піддають катуванню, відбувається своєрідна адаптація до ситуації, яка склалася.

Надзвичайно жорстким чинником психічного та фізичного впливу на полоненого є тортури. *Тортури* – сукупність методів, що підривають психіку полоненого з метою його деморалізації та отримання від нього необхідних відомостей. Такими методами можуть бути використання больового впливу, удушення, впливу сильних звуків, голоду та ін.

Вплив тортур на психічну сферу військовослужбовців відображено на рисунку 2.

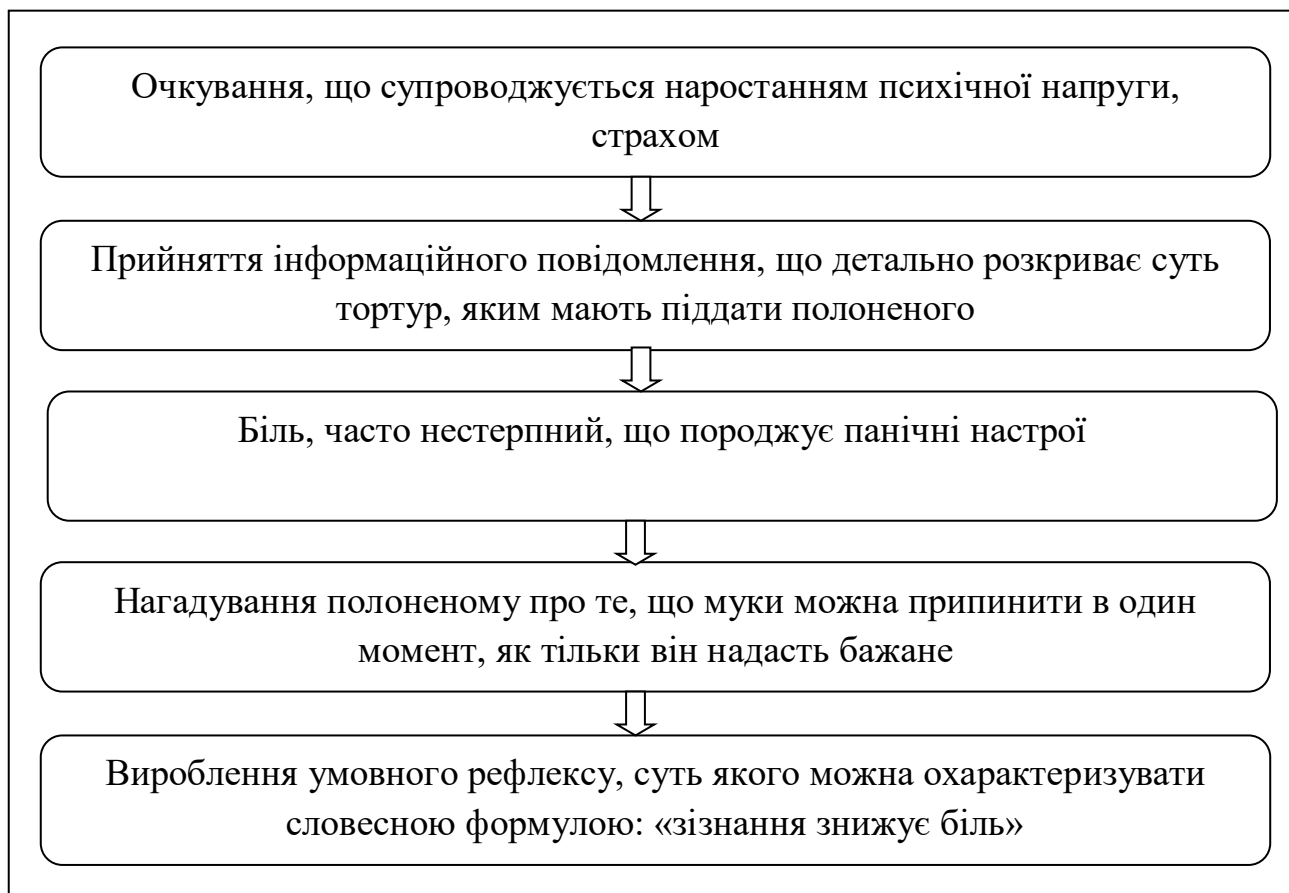


Рис. 2. Вплив тортур на психіку полоненого

У період перебування в умовах вимушеної ізоляції спрацьовують механізми психологічного захисту, покликані зберегти цілісність психіки.

К. Макнаб, характеризуючи вплив тортур на психіку полоненого, перше місце відводить сексуальному насильству.

Психологічний захист – це спеціальна система стабілізації особистості, спрямована на захист свідомості від неприємних, травмуючих переживань, пов'язаних з внутрішніми та зовнішніми конфліктами, станами тривоги та дискомфорту.

Зазначимо, що механізми психологічного захисту мають переважно неусвідомлений характер. Їх характеристика представлена в таблиці 6.

Таблиця 6

Механізми психологічного захисту особистості в умовах полону

Назва механізму	Характеристика механізму
Заперечення	Несприйняття інформації, що викликає стрес та тривогу
Витіснення	Вилучення зі свідомості негативної інформації
Проекція	Приписування оточуючим власних негативних думок, бажань, переживань, емоцій...
Ідентифікація	«Присвоєння» бажаних думок, прагнень, дій, вчинків, властивих іншій людині
Раціоналізація	Прагнення знецінити недоступне
Включення	Намагання допомогти тому, хто відчувається ще гірше, включитися у його страждання
Заміщення	Перенесення дій на доступний об'єкт
Ізоляція	Відокремлення в свідомості травмуючих чинників

Наслідки впливу умов полону на психіку особистості поділяють на психологічні та соціальні.

Психологічні наслідки впливу умов полону на психіку особистості:

1. Втрата довіри.
2. Порушення просторово-часового сприймання.
3. Втрата кордонів або підвищення чутливості до власних кордонів.
4. Психогенні розлади.
5. Безнадія, втрата сенсу життя, суїцидальні думки та наміри.

Соціальні наслідки впливу умов полону на психіку особистості

1. Зміна соціальних ролей, порушення соціалізації.
2. Втрата житла та засобів для життя, втрата роботи.
3. Труднощі міжособистісної взаємодії, зокрема взаємодії з близькими та рідними людьми.
4. Соціальна дезадаптація та самоізоляція.

О. Сафін, О. Тімченко, Ю. Широбоков наслідки впливу умов полону на психіку особистості розглядають на трьох рівнях:

- I. Мікрорівень або поверхневий рівень.
- II. Основний або рівень ціннісно-сміслових орієнтацій.
- III. Макрорівень або рівень причин.

Загалом травматичний вплив полону на психіку особистості можна розглядати при безпосередньому перебуванні в умовах полону та після звільнення.

О. Хміляр та В. Апальков, аналізуючи психологічні сторони життя військовослужбовців після звільнення з полону, виділяють наступні сфери життєдіяльності, що характеризуються найбільш вираженими змінами:

1. Психічні стани військовослужбовців, що виникають у перші тижні після звільнення з полону.
2. Соціальне оточення.
3. Посттравматичний стресовий розлад, що виникає у багатьох осіб, які були звільнені із полону.
4. Коло спілкування.

5. Адаптація до свободи.

Розглянемо детальніше психічні стани військовослужбовців, які виникають у перші тижні після звільнення з полону.

До таких належать:

- деперсоналізація;
- звуження перспектив особистості;
- дезадаптація за усіма рівнями потреб.

У психології деперсоналізацію розглядають як своєрідну форму порушення самопізнання. *Деперсоналізація* характеризується відчуттям відчуження власних думок, емоцій, дій, свого «Я», які сприймаються ніби зі сторони. Частим проявом деперсоналізації є порушення «схеми тіла» – порушення відображення основних якостей і способів функціонування власного тіла, його окремих частин і органів. Деперсоналізація часто поєднується із дереалізацією. *Дереалізація* – це відчуття відчуження від оточуючої дійсності (людей, предметів...), яка здається нереальною. Постраждалі почувають себе як у сні або як у тумані, ніби якесь шатро відділяє їх від оточуючої дійсності. Об'єкти можуть здаватися розмитими, не чіткими, змінюється їх розмір, форма, колір. Може здаватися, що усе навколо створене штучно. Змінюються звуки, вони здаються або більш голосними або тихими, набувають нереального звучання.

Окрім того, що причиною даних порушень можуть бути хронічні стреси та травматичні події, до деперсоналізації та дереалізації можуть призводити неврологічні захворювання та психічні розлади. Саме тому виникнення таких станів потребує консультації лікаря та кваліфікованої психотерапевтичної допомоги, при потребі остання може бути поєднана із медикаментозною терапією.

Звуження перспектив особистості має безпосередній зв'язок із наслідками пережитої психічної травми та виявляється у неможливості створити або вберегти сім'ю, реалізувати себе у професійній діяльності,

встановлювати міжособистісні контакти із оточуючими, пристосуватися до умов відносно мирного життя тощо.

Розглядаючи *дезадаптацію за усіма рівнями потреб*, звернемося до піраміди потреб А. Маслоу (див. рис. 3)

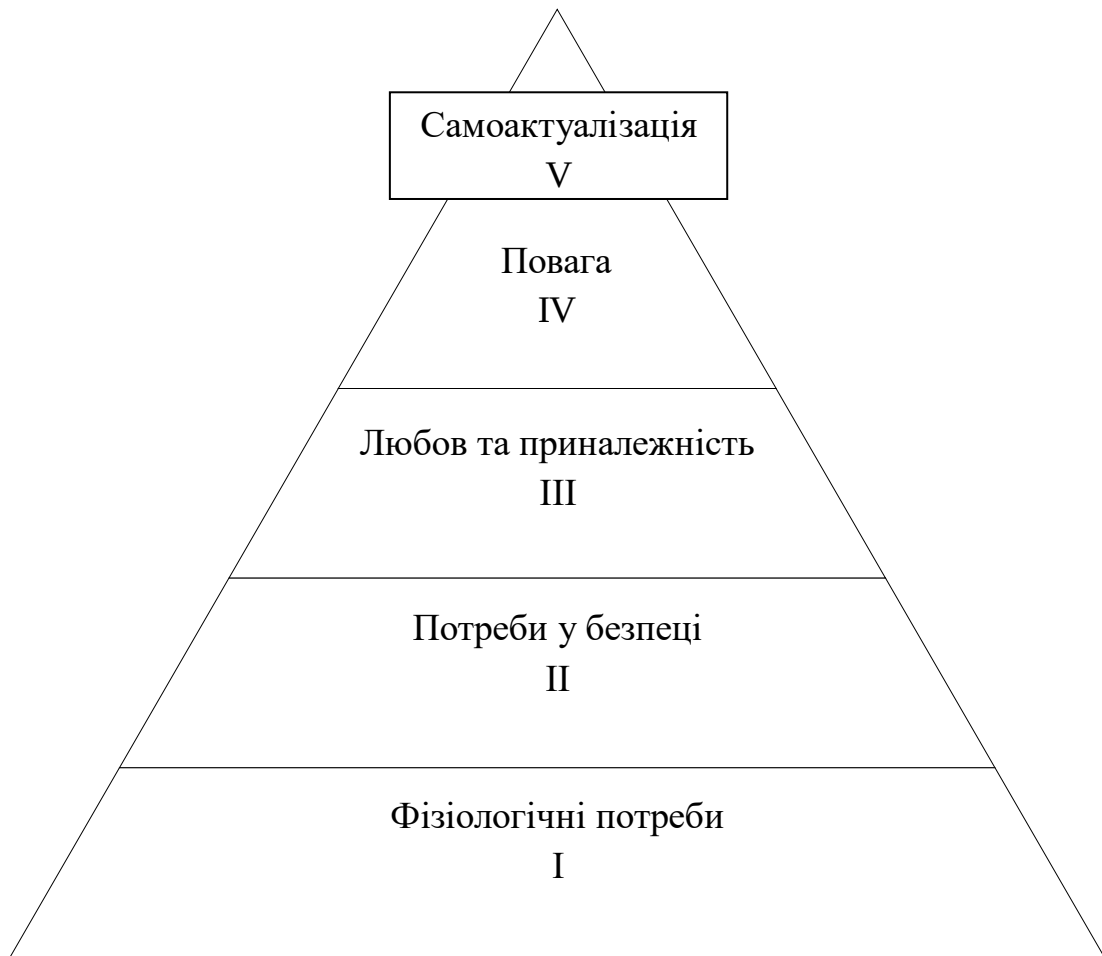


Рис. 3. Піраміда потреб А. Маслоу

До фізіологічних потреб відносять потребу у їжі, питві, нормальному ритму сну та бадьорості, сексуальних відносинах тощо. При перебуванні у полоні усі ці потреби були депривованими. Деякі задовольнялися на мінімальному рівні, наприклад, потреба у харчуванні, відпочинку, сні. Деякі не задовольнялися взагалі, наприклад, потреба у сексуальних відносинах.

Потреби у безпеці – це житло, соціальний захист, лікування та ін. Вважаємо, що даний рівень потреб страждає найбільше, оскільки, перебуваючи в умовах вимушеної ізоляції людина не може відчувати себе у безпеці, оскільки постійно переживає страх за власне життя та здоров'я, може переживати тортури, катування, фізичні та сексуальні знущання. Наслідки пережитого накладатимуть відбиток на психічну сферу полоненого навіть після звільнення з полону.

Потреби у любові та приналежності включають також потреби у дружбі, довірі, прихильності та прийнятті. У полоненого виникають проблеми із довірою до оточуючих, які зберігаються навіть після звільнення з полону. Саме проблеми довіри не дають повною мірою реалізувати потребу у дружбі та прихильності.

Потреба у повазі включає самоповагу, репутацію та повагу оточуючих. Реалізація даної потреби унеможливорюється через те, що полонених піддають тортурам, знущанням, приниженням.

Самоактуалізація є вершиною піраміди потреб А. Маслоу. Беручи до уваги депривацію усіх інших потреб, самоактуалізація, яка включає реалізацію особистісного потенціалу та прагнення до особистісного зростання, не може бути досягнена ні в умовах полону, ні навіть після звільнення.

Таким чином, розглядаючи полон як психологічну травму, зазначимо, що наслідки полону можуть виявлятися як на фізіологічному, так і на психологічному рівнях. За аналогією з наслідками психологічної травми, наслідки полону можуть мати різні форми та ступені вираження, основними симптомами такого психотравматичного впливу, на наш погляд слід вважати хронічну тривогу, що може набувати ознак генералізованого тривожного розладу, та стрес. Останній може ускладнитися на призвести до виникнення посттравматичного стресового розладу.

Як зазначають військові психологи, а також самі військовослужбовці, що повернулися з полону, основна проблема із якою стикаються комбатанти – це

повернення до звичного життя, в основу такого повернення покладено психологічну реабілітацію особистості.

Поняття *психологічної реабілітації* визначають як діяльність, що спрямована на відновлення усіх сфер функціонування життєдіяльності особистості (інтелектуальної, соціальної, емоційної, духовної, фізичної). Психологічна реабілітація реалізується шляхом використання різноманітних методів психологічної та психотерапевтичної допомоги.

Одним із найбільш важливих та первинних етапів психологічної реабілітації є психологічна діагностика, що дає змогу визначити проблеми комбатанта, структуру та глибину психологічних порушень, скоординувати методи психологічного та психотерапевтичного впливу.

Як зазначалося вище, в основу психологічних порушень, які виникають у військовополонених, покладено хронічну тривогу та стрес, зупинимо свою увагу на особливостях психологічної діагностики даних негативних станів.

1.3. Психодіагностика рівня стресу та тривоги у працівників, звільнених з полону

Стрес – це психофізіологічний стан, що викликається впливом несприятливих факторів зовнішнього та внутрішнього середовища (стресорів).

Стрес, що отриманий в умовах бойової обстановки, носить назву *бойового стресу*. Бойовий стрес, по аналогії із іншими видами стресу, проходить три етапи свого розвитку:

- I. Етап – мобілізація.
- II. Етап – дезадаптація.
- III. Етап – дезорганізація.

Наслідком стресу можуть стати психосоматичні захворювання, посттравматичний стресовий розлад, депресія, фобії, різні види адикцій, суїцидальна поведінка та ін. Проте як зазначалося раніше, найпоширенішим

ускладненням переживання стресового стану у військовополонених є посттравматичний стресовий розлад.

Стрес нерозривно пов'язаний із тривогою, оскільки остання являє за своєю суттю природну реакцію організму на стан стресу. Розглянемо загальний адаптаційний синдром (Г. Сельє, 1936):

I. Стадія тривоги або загальної тривожної реакції.

II. Резистентність до стресових впливів або стадія супротиву.

III. Стадія виснаження.

Як бачимо, тривога або загальна тривожна реакція є первинною стадією переживання стану стресу людиною.

Тривогу характеризують як відчуття психологічного дискомфорту, страху, невпевненості, передчуття реальної чи уявної загрози.

Хронічна тривога може призводити як до порушення фізіологічного стану організму військовополоненого в цілому, так і до виникнення психічних розладів таких як генералізований тривожний розлад, obsесивно-компульсивний розлад, соціальні фобії та ін.

Саме рання психологічна діагностика станів стресу та тривоги у осіб, звільнених з полону, сприятиме своєчасному та ефективному психотерапевтичному впливу у процесі подальшої психологічної реабілітації.

У таблиці 7 представлено психодіагностичні методики, які можуть бути використані на первинному етапі психотерапевтичної роботи з працівниками, звільненими з полону.

Таблиця 7

Методики психологічної діагностики рівня стресу та тривоги

Назва психодіагностичної методики	Мета застосування
Шкала сприйманого стресу (PSS-10)	Оцінка рівня стресу, який виникає протягом останнього місяця
Шкала стресу Т. Голмса та Р. Рея	Оцінка ризику виникнення захворювання особистості, що піддавалася стресогенному впливу

Опитувальник N. Breslau	Експрес-діагностика ознак ПТСР: повторюваність, нав'язливі спогади, апатія, самотність, порушення міжособистісних стосунків, проблеми зі сном, розчарування у майбутньому, хвороблива реакція на оточуючі подразники
Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу	Вказує на можливі проблеми у особистості, що пов'язані із психотравмуючим впливом
Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР	Первинний скринінг перелічених негативних психічних розладів
Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)	Допомагає діагностувати почуття провини, суїцидальні тенденції та інші ознаки ПТСР
Шкала клінічної діагностики (Clinical-administered PTSD Scale-CAPS-5)	Оцінка основних критеріїв ПТСР: наявність травматичної події, симптоми інтрузії, уникнення, негативні думки та емоції, реактивність, тривалість симптомів
Шкала оцінки важкості травматичного впливу (Impact of Event Scale, IOES-R)	Оцінка суб'єктивного дистресу, що викликаний травматичним впливом на психіку особистості
Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)	Вимірювання тяжкості тривожних розладів
Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Спілбергера	Самооцінка рівня тривожності особистості
Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)	Застосовується переважно в умовах стаціонару з метою скринінгу ознак тривоги та депресії у особистості
Особистісна шкала прояву тривоги Дж. Тейлора	Вимірювання рівня тривожності
Шкала депресії А. Бека	Визначення наявності депресії та ступеня тяжкості депресивних розладів
Методика диференційної діагностики депресивних станів В. Зунга	Психологічна діагностика субдепресивних та депресивних станів

Міністерство охорони здоров'я України надає такі практичні рекомендації для фахівців, які займаються психологічною діагностикою особистості, що піддалася впливу бойової травми:

1. Потреба приділити особливу увагу проблемі налагодження міжособистісної взаємодії постраждалого з найближчим соціальним оточенням.
2. Своєчасна діагностика та корекція компульсивної поведінки.
3. Формування довіри між військовослужбовцями та фахівцями-психологами.
4. Надання інформації оточуючим потерпілого щодо впливу психологічної травми на особистість.
5. Обґрунтування ранніх втручань, спрямованих на попередження виникнення посттравматичного стресового розладу.
6. Особлива увага повинна приділятися ознакам порушення пам'яті у потерпілого, повторному переживанню симптомів травми, застрягання на даних переживаннях.
7. Опрацювання інтенсивних емоційних реакцій, що пов'язані із травматичними подіями та супроводжуються інтенсивними фізіологічними реакціями організму людини.
8. Увага до ознак дисоціації або відсторонення.
9. Надання сенсу травматичним переживанням, що сприяє усвідомленню досвіду, який залишився в минулому.

РОЗДІЛ 2. НАПРЯМИ НАДАННЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРАЦІВНИКАМ, ЗВІЛЬНЕНИМ З ПОЛОНУ

2.1. Організаційно-методичні засади надання психологічної допомоги комбатантам

Перебування в полоні завжди призводить до значних якісних змін свідомості людини. Результати досліджень науковців засвідчують, що під час війни стрес переживається людиною по-різному, але працівники, звільнені з полону, мають підвищений ризик розвитку симптомів посттравматичного стресового розладу, як наслідку отримання бойової психотравми. В основі психотравми лежить суб'єктивне переживання невідповідності між загрозливими чинниками ситуації та здатністю психіки до їх подолання, що супроводжується страхом, почуттям безпорадності та втрати контролю, змінами в когнітивній та емоційній сферах, які можуть призвести до соматичних, психічних і особистісних розладів. Психотравма розглядається як наслідок пережитого стресу.

Психотравма працівників, звільнених із полону, обумовлена як пережитою екстремальною подією, так і тривалим дистресом внаслідок нагромадження негативного досвіду. Доведено, що внаслідок виснаження внутрішніх резервів психіки та зниження адаптаційних можливостей особистості відбувається формування психічних поведінкових розладів, що є одним із можливих сценаріїв спроби переналаштування ментальної сфери до нових умов дійсності,

Наслідки психічних і поведінкових розладів небезпечні для якості життя особистості в усіх сферах суспільного життя. Вони можуть призвести до суїцидальної поведінки, поведінкових порушень з патологічною зміною особистості, сильних і тривалих депресій, повної соціальної ізоляції, вживання психоактивних речовин та алкоголю, неможливості здійснювати будь-які повсякденні дії.

Основним критерієм неспсихотичного рівня травматизації військовослужбовців після звільнення з полону є збереження в них критичної оцінки подій і здатності до цілеспрямованої діяльності. Важкість та тривалість переживання пережитого стресу залежить від сукупності чинників: індивідуально-особистісних якостей, типу нервової системи, суб'єктивної значущості пережитих подій, способів опанувальної поведінки, рівня професійної та психологічної готовності до ведення бойових дій.

Психогенні фактори впливу перебування в полоні на особистість комбатанта обумовлюють інтенсифікацію пошуку шляхів підвищення якості та доступності психологічної допомоги. На першому етапі доцільно застосовувати її індивідуальну форму, що проводиться у вигляді кризової інтервенції.

Кризова інтервенція характеризується такими ознаками: сприяння вираженню сильних емоцій; зменшення негативних почуттів завдяки процесу повторення; відкриття доступу до дослідження гострих проблем; формування розуміння актуальних проблем для підтримки комбатанта; створення фундаменту для прийняття людиною пережитого досвіду.

Кризова інтервенція завжди центрована на актуальній ситуації, а не на особистості, оскільки на цьому етапі у людини нема сил з нею впоратися. Психологу слід ідентифікувати невирішені «історичні» проблеми, які залучені в кризову ситуацію, а потім сконцентруватися на актуальній темі. При цьому навички активного слухання дозволяють зменшити хаос та сприяють відновленню контролю. Кризова інтервенція спрямована на те, щоб зробити можливим подальше опрацювання проблеми, а не терміново її вирішити.

На першій стадії роботи здійснюється збір інформації, а також надається допомога клієнту в ідентифікації почуттів та поєднанні їх зі змістом ситуації. Це дозволяє знизити емоційну напругу та дає можливість визначення кризи через окремі події та проблеми. При цьому важливо не тільки відображення почуттів, але й узагальнення їх, що дає змогу комбатанту усвідомити єдність

протиріч в емоційній сфері, припустити «нормальність» негативних почуттів, та таким чином, зменшити їхню інтенсивність.

Прояв афекту є важливою складовою кризової інтервенції. Вважається, що відреагування само по собі не призводить до певних змін, але створює передумови для них. На цьому етапі застосовується також такий механізм психотерапевтичної дії, як саморозкриття клієнта, що відбувається у процесі нарративу.

Характерною ознакою стану працівника, звільненого з полону, є чисельні спроби захиститися від хворобливих спогадів, які виявляються неефективними. Людина не може забути попереднє стабільне життя та пережиті травмуючі події. Це протиріччя може бути зняте лише в рамках нової ідентичності, що поєднує в собі як тенденцію до стабілізації, так і до саморуйнування. Важливим етапом кризової інтервенції також є визначення ресурсів для опрацювання проблеми.

Таким чином, у процесі кризової інтервенції психолог створює умови для обговорення пережитих почуттів клієнта, пояснення їх нормальності; створює робочий альянс з клієнтом; враховує індивідуальні особливості реагування та відновлення після стресу. Психологічна допомога у вигляді кризової інтервенції має бути надана працівнику, звільненому з полону, якомога швидше, оскільки, чим більше часу пройшло з моменту травми, тим складнішим виявляється процес реабілітації. Подальша психотерапевтична робота залежить від вираженості психологічної дезадаптації та може тривати від одного місяця до кількох років.

Після надання індивідуальної психологічної допомоги у формі кризової інтервенції за можливістю слід залучати комбатанта до участі у груповій психотерапії. Визначають декілька правил, які психолог має враховувати у процесі роботи з працівниками, звільненими з полону, а саме: ставлення до комбатантів має бути максимально поважливим, оскільки вони мають унікальний досвід перебування в екстремальних ситуаціях і надзвичайно

чутливі щодо того, як насправді до них ставляться; унікальний досвід виживання і потенціал ветеранів необхідно перетворити в можливості їх успішної самореалізації в мирний час; у бесідах необхідно спочатку торкатися позитивних тем, які стосуються майбутнього і питань самореалізації, спостерігати моменти зацікавленості ветерана та поступово розглядати теми, які мають відношення до особистості, її психотравмувальних чинників; роботу над катарсисом слід проводити, використовуючи метод «човника», що полягає у дискретній, переривчастій роботі з негативними переживаннями, у процесі якої психолог має пильно стежити за невербальними проявами та при надмірному вираженні негативних емоцій зупинятися, переходити до бесіди з емоційно позитивним змістом); уникати питань, які можуть посилити почуття провини або ненависті, особливо на початку розмови; процес психологічної реабілітації буде ефективнішим, якщо запропонувати ветеранам передавати отримані знання іншим військовим, які цього потребують, адже навчання відбувається краще при мотивації бути корисним для інших (Пьюселік, Древіцька, 2015).

На разі проходять апробацію нові протоколи надання психологічної допомоги комбатантам, але при цьому необхідно враховувати загальні фактори психотерапевтичної дії. Розглянемо специфіку їх застосування, що має реалізуватися переважно шляхом проведення групових форм роботи.

1. Універсальність проблем. Цей фактор передбачає переконання людини з травматичним досвідом, що її проблеми притаманні також іншим людям, що вона не самотня у своїх переживаннях. Часто військові, які пережили травматичний досвід перебування в полоні, в силу різних причин ізольовані від соціальних контактів і відчують себе відкинутими. Активна взаємодія в групі з побратимами в атмосфері прийняття та взаємної підтримки чинять сильний вплив на них, обумовлюють позитивні зміни. Коли вони дізнаються про те, що в інших членів групи є схожі почуття, їм стає набагато легше. Почуття єдності та належності до певної групи визначається в психотерапії як найбільш

потужній та універсальний фактор, що сприяє появі почуття спільності й солідарності з іншими, а також підвищує самооцінку.

2. *Акцептація (прийняття)*. Цей фактор означає емоційну підтримку з боку психолога та інших членів групи. Велике значення при цьому має створення клімату психологічної безпеки. Безумовне прийняття переживань і станів учасників бойових дій є ознакою позитивного ставлення до них, вшанування та подяки за небезпечну службу. У найбільш загальній формі цей фактор виявляється в тому, що психолог та члени групи слухають одного з учасників та намагаються його зрозуміти. На цьому ґрунтується прийняття та співчуття. Його приймають таким, який він є, із власними думками та почуттями. Близьким до емоційної підтримки механізмом є «вселяння надії», що означає появу надії на успіх лікування під впливом поліпшення стану інших учасників групи і власних досягнень. Багаторазове повторення слів підтримки, підбадьорювання є потужним засобом психотерапевтичного впливу, який дозволяє сформувати в особистості позитивну установку, свідоме переконання щодо власної значущості та спроможності до позитивних змін.

3. *Альтруїзм*. Цей фактор означає можливість у процесі групової психотерапії допомагати один одному, робити щось для іншого. Допомагаючи іншим висловити свої переживання та опрацювати їх, людина одночасно зміцнює віру у власні можливості. Цей фактор допомагає подолати хворобливу спрямованість на самого себе, підвищує почуття належності до соціальної групи. Закріплення альтруїзму в структурі особистості, як способу дії, сприяє усвідомленню сенсу власного життя, який завжди знаходиться у сфері соціальних взаємин.

4. *Катарсис*. Цей фактор означає відреагування, емоційне розвантаження, вираження сильних почуттів у групі. Сильний прояв афекту є важливою складовою психотерапевтичного процесу. Відреагування саме по собі не призводить до радикальних трансформацій, але створює певні передумови для

змін. Емоційне відреагування приносить значне полегшення учасникам групи та має підтримуватися навколишніми.

5. Саморозкриття (самоексплорація). За висловом З. Фрейда, хворому приносить полегшення можливість вільно говорити про свою хворобу. Цей фактор стимулює щирість, прояви потайних думок, бажань і переживань. Необхідною умовою цього є взаєморозуміння та підтримка інших членів групи. Психологу варто бути обізнаним стосовно стратегій і тактик когнітивної наративної терапії.

6. Зворотний зв'язок. Цей фактор полягає у тому, що людині стає відомо від інших членів групи, як вони сприймають її поведінку, і як вона на них впливає. Інші люди можуть бути витокom інформації про нас самих. Особливу цінність становить наявність диференційованого зворотного зв'язку – позитивного чи негативного – на основі чого людина вчиться більш критично оцінювати свою поведінку. Учасники бойових дій, що мають певні негативні поведінкові прояви, за рахунок зворотного зв'язку здатні краще усвідомити свої неадаптивні форми поведінки та в ситуації взаємного прийняття з боку членів групи змінити її, виробити й закріпити нові, більш конструктивні способи поведінки та спілкування. Отримання нової інформації про себе за рахунок зворотного зв'язку призводить до змін і розширення самосвідомості.

7. Корективний емоційний досвід. Цей фактор являє собою інтенсивне переживання актуальних відношень або ситуацій, завдяки яким відбувається корекція неправильного узагальнення, здійсненого на основі минулих травмувальних переживань. Виявлення й реконструкція емоційних і поведінкових стереотипів у групі дає можливість їхнього терапевтичного опрацювання.

8. Надання інформації (психоедукація). Цей фактор полягає у повідомленні інформації членам групи щодо поняття психотравми, її впливу на організм в умовах війни, стресу та методів його подолання, причин виникнення психічних порушень, способів збереження фізичного та психічного здоров'я. В

учасників групи з'являється можливість поглянути на ситуацію з інших сторін, що сприяє кращому її розумінню, упорядкуванню свого внутрішнього світу.

9. Перевірка нової поведінки. На основі усвідомлення неадаптивних стереотипів поведінки поступово здійснюється перехід до набуття її нових форм. Працівникам, звільненим з полону, потрібний час для реадaptaції, щоб переналаштуватися з режиму полону на режим дому та перенести новий досвід поведінки в реальну життєву ситуацію.

10. Групова згуртованість. Цей фактор означає привабливість групи для її членів, бажання залишитися в групі, почуття належності до групи, довіру, прийняття групою та взаємне прийняття один одного. Групова згуртованість розглядається як фактор, аналогічний відносинам психолога та клієнта в індивідуальній психотерапії.

Загальна стратегія психологічної допомоги працівникам, звільненим з полону, полягає у сприянні відокремлення здорової частини особистості від тих подій, які він пережив, перетворивши досвід у спогади. У свою чергу, спогади мають стати частиною історії життя, що дозволить краще усвідомлювати свої сильні сторони та адаптуватися до мирного життя.

2.2. Інтегративні моделі психотерапії в системі психологічної допомоги працівникам, звільненим з полону

Застосуванню інтегративного підходу при наданні психологічної допомоги учасникам бойових дій сприяє існування таких ознак.

По-перше, ідея інтеграції різних психотерапевтичних засобів закладена у самій сутності особистісно-орієнтованих систем психотерапії, у внутрішній логіці розвитку цих систем, оскільки будь-яка психотерапія, що орієнтується на особистісні зміни, акцентуючись переважно на певну площину особистісного функціонування (когнітивну, емоційну, поведінкову), не може не враховувати інші. Враховуючи травмувальний вплив перебування в полоні на різні сфери особистості комбатанта, ця перевага інтегративного підходу вбачається

пріоритетною. Завдання психотерапевтичного впливу фокусуються на трьох складових самосвідомості: саморозумінні (когнітивний аспект), самоставленні (емоційний аспект) і саморегуляції (поведінковий аспект), що дозволяє визначити загальну мету психотерапії як розширення сфери самосвідомості.

По-друге, велике значення має широке впровадження в практику групової психотерапії, яка створює унікальну терапевтичну ситуацію, що пов'язана із залученням клієнта у реальну взаємодію з іншими людьми. При цьому складаються умови інтенсивного психологічного впливу на всі аспекти особистісного функціонування. Групова форма роботи визнана найбільш ефективною у роботі з учасниками бойових дій, оскільки вони об'єднані бойовим досвідом, а також його травматичним впливом. Відомо, що учасники бойових дій часто ухиляються від спілкування з цивільними, не обговорюють з ними військових тем, спілкуються лише серед побратимів у малих групах.

По-третє, суттєвою перевагою інтегративного підходу у роботі з учасниками бойових дій є застосування загальних факторів психотерапії, притаманних різним її формам і методам, які були описані вище.

Пріоритетність інтегративних моделей обумовлена специфікою психотерапевтичної роботи в умовах пост-травми з працівниками, звільненими з полону, що полягає в недоцільності дотримання жорсткого алгоритму, а передбачає гнучке застосування різних принципів та підходів. При з'ясуванні динаміки психоемоційних станів працівників в умовах пост-травми, визначають фокус аналізу з позицій психодинамічного, когнітивно-поведінкового та феноменологічного (гуманістичного) підходів.

Представники психодинамічного підходу причини порушень після пережитої психотравми вбачають у викривленні внутрішніх структур особистості та прагнуть до відновлення її цінності, балансу психодинамічних сил. Психотерапевтична робота здійснюється шляхом з'ясування неусвідомлених причин хворобливих проявів і впливу на спонуки, які

забезпечують розвиток та функціонування внутрішнього Я, пошуку витоків неадаптивної поведінки клієнта у психологічних травмах минулого.

При роботі в руслі поведінкового підходу психотерапія зосереджена на дефіцитарному середовищі та прагненні модифікувати поведінку клієнта за рахунок змін у середовищі та навчання його новим формам поведінки. Методи поведінкової психотерапії спрямовані на набуття людиною нових установок, на формування адаптивних форм поведінки та гальмування її дезадаптивних форм.

Інтеграція поведінкового напрямку психотерапії з когнітивним передбачає спрямованість роботи психотерапевта на пізнавальні структури психіки, використанню логічних здібностей людини при побудові ефективних моделей поведінки. Іншим варіантом інтеграції виступає когнітивно-аналітичний метод. Він передбачає створення моделі психологічної проблеми, яка була б зрозуміла клієнту та спонукала його до самостійного її вирішення.

Основна мета гуманістичного підходу в психотерапії полягає у допомозі людині стати «цілком дієздатною особою». Об'єктом уваги є не проблеми людини, а її власне Я. Основу психічного здоров'я визначає оптимальне співвідношення Я-реального та Я-ідеального. Для цього необхідно прагнути до самоусвідомлення, реалізації особистісного потенціалу, вироблення впевненості у собі, що сприятиме самоповазі та адекватній самооцінці.

В рамках гуманістичного напрямку психотерапії вітчизняним вченим П. Лушиним запропоновано екофасилітативний підхід. Концепція цього підходу ґрунтується на розкритті особистісних змін, що виникають при переході особистості, яка знаходиться в умовах пост-травми, до нової ідентичності, тобто змінах у системі її уявлень про саму себе чи спосіб власного життя. Зміни ідентичності можуть відбуватися радикально та неочікувано як для самого суб'єкта, так і для оточуючих. В такий спосіб суб'єкт набуває нових цінностей, переконань, способів дії, у нього формується новий тип емоційного реагування, що супроводжує міжсистемний перехід до принципово нових можливостей нової ідентичності (Лушин, 2009).

Особистісні зміни в умовах пост-травми характеризуються такими ознаками: по-перше, вони обумовлюються міжсистемним переходом до нової ідентичності; по-друге, цей перехід поєднує як негативні, так і позитивні аспекти (негативні – внаслідок пережитих психологічних травм, що проявляються в невизначеності, позитивні – виникнення принципово нових можливостей, що часто мають соціальне значення).

Таким чином, екофасилітативний підхід описує процес змін особистості в період кризи як перехід від застарілої ідентичності до нової, більш пристосованої до умов зовнішнього середовища. Екологічна фасилітація, розроблена П. Лушиним – це модифікація концептуальних положень фасилітації, запропонованих К. Роджерсом. Відповідно до уявлень К. Роджерса, фасилітація – це необхідність створення середовища для абсолютно позитивного сприйняття особистості іншого. Водночас, екофасилітація, хоч і ґрунтується на позиціях гуманістичної психотерапії К. Роджерса, відрізняється від неї більш вираженими процесами управління з боку психотерапевта.

Поняття екофасилітації узгоджується з уявленнями К. Роджерса про те, що фасилітація – це створення середовища для абсолютно позитивного прийняття особистості іншого. Екофасилітація ґрунтується на взаємодії «психолог-клієнт» як екосистеми, наділеної саморозвитком та самоорганізацією, в якій все взаємопов'язано. Якщо фасилітація має відношення до управління ситуацією розвитку існуючого потенціалу особистості, то екофасилітація передбачає управління ситуацією невизначеності особистості в умовах генералізації принципово нових можливостей (нового потенціалу) та за умови толерантного ставлення до невизначеності. Необхідністю застосування фасилітації є ситуація протиріччя в переживаннях клієнта, умовою екофасилітації – переживання комунікативного бар'єру в саморозвитку як клієнта, так і психотерапевта. Мета фасилітації – це покращення стану клієнта, результат екофасилітації – поява нових можливостей саморегуляції соціального суб'єкта чи соціальної екосистеми.

Екофасилітація спрямована на процес реконструкції можливостей людини в умовах системних переходів чи змін. Індивідуальні зміни носять системний характер, тобто зміна суб'єкта змінює систему та навпаки. Психотерапевт має допомогти людині розглянути кризові явища як перехідну форму до розвитку нових системних можливостей. Ефективність психологічної допомоги обумовлена відповідальністю клієнта за свій запит та здатністю задовольнити цей запит з боку психотерапевта. Згідно з положеннями екофасилітаційного підходу, немає сенсу відновлювати попередній рівень психологічного здоров'я, однак є сенс інтегрувати отриманий досвід екстремального реагування в нові психологічні конструкти, нові відношення, цінності та способи дії.

Таким чином, теорії, що лежать в основі певного психотерапевтичного напрямку, включають модель особистості клієнта та систему певних засобів психотерапевтичного впливу на неї. Ці теорії різняться між собою в різних підходах, іноді вони є антагоністичними. Робочі моделі визначають характер інтервенцій, які застосовуються терапевтом, тривалість курсу психологічної допомоги, часовий діапазон біографії клієнта, що виноситься на обговорення, вибір методів, характер взаємодії та бажаний результат. Таким чином, психолог розглядає ситуацію клієнта та картину його поведінки через своєрідну призму, що створена принципами теорії і практики самого терапевта. Це обумовлює певний спосіб сприймання психологом проблеми клієнта та визначає стратегії й тактики психотерапевтичного впливу. Переваги різних психотерапевтичних підходів дозволяють розробити інтегративну модель психологічної допомоги в умовах пост-травми.

Найбільш ефективним втіленням інтегративного підходу при наданні психологічної допомоги учасникам бойових дій вбачається метод Френка Пьюселіка. Він сам пережив травматичний досвід бойових дій під час війни у В'єтнамі, з вкрай несприятливими тривалими наслідками для психіки, що спонукало його розробити свою систему психологічної допомоги. На думку

Ф. Пьюселіка, посттравматичний стресовий розлад у військових певною мірою є результатом формування особливого способу мислення й поведінки в умовах виживання, які згодом стають автоматичними і дуже сильними. Організація психологічної допомоги з метою управління процесом одужання від ПТСР має здійснюватися впродовж таких етапів.

1. Визначення симптомів ПТСР, поведінкових та емоційних проявів, які є неадаптивними та вимагають змін.
2. З'ясування того, які з них є навичками виживання, необхідність в яких пройшла.
3. Ідентифікація певних симптомів з конкретними місцем травматичних переживань, де вони були набуті.
4. Оволодіння вправами нервово-м'язової релаксації, які дають змогу переключитися з бойових навичок на навички мирного життя.
5. Визначення разом із психологом методів, які можуть покращити поведінкові реакції. Фіксація рівня складності, який викладає певний тип проблемної поведінки, та оцінка ефективності прогресу лікування.
6. Запровадження свідомого процесу переорієнтації на життя вдома за допомогою визначення домашніх правил життя та тих ситуацій, де їх потрібно застосовувати.
7. Закріплення у свідомості певних людей і речей, які асоціюються з домом та автоматизація відповідних реакцій; формування переконання в тому, що пережитий досвід залишився в минулому.
8. Перевірка власних переконань і установок з урахуванням впливу пережитих подій.
9. Опрацювання та раціоналізація спогадів, почуттів і думок шляхом комплексного впливу (індивідуальні сесії з консультантом; робота в групі; виконання домашніх завдань).
10. Перенесення своїх переживань і почуттів у майбутнє, визначення сенсу пережитих подій у загальній картині життєвого шляху.

11. Застосування правила «Змінюємося разом» у відновленні та гармонізації стосунків з близькими людьми.

У системі психологічної допомоги учасникам бойових дій визначають такі найбільш ефективні методи, які пройшли перевірку часом і практикою:

- психологічний дебрифінг;
- когнітивна наративна терапія;
- когнітивна процесуальна терапія;
- прогресивна техніка м'язової релаксації за Е.Джекобсоном;
- переробка емоційних травм рухами очей (EMDR);
- метод систематичної десенситизації;
- терапія дисоційованих станів;
- техніки роботи зі страхом, зокрема, Заякоріння / Колапс якорів;
- метод візуально-кінестетичної дисоціації Ф. Дзербода;
- метод редукції травматичного інциденту;
- терапія уявного поля (ТМП).

Стратегії та техніки психотерапевтичного впливу добираються індивідуально. У більшості випадків лікування носить комплексний характер, із залученням медикаментозних препаратів.

2.3. Оцінка ефективності психотерапевтичного впливу

Таким чином, психологічна допомога учасникам бойових дій, звільненим з полону, реалізується через широке коло загальних факторів впливу, що призводять до певних змін у особистісному розвитку. Зазначені фактори охоплюють три площини особистісних змін: когнітивну, емоційну й поведінкову.

Особистісні зміни у процесі надання психологічної допомоги працівникам, звільненим з полону, носять поступовий характер і виникають при переході до нової ідентичності, тобто уявлень людини про саму себе та спосіб власного життя. Суб'єкт набуває нових цінностей, переконань, способів

дії, у нього формується новий тип емоційного реагування. Особистісні зміни неминучі в умовах психологічного виживання, що відбуваються з особистістю, коли вона переживає події, що виходять за рамки звичного людського досвіду, зокрема, участі в бойових діях та перебуванні в полоні.

Оцінка ефективності психотерапевтичного впливу здійснюється з використанням таких методів: повторна психодіагностика на основі стандартизованих тестів на визначення рівня стресу та тривожності; самозвіт пацієнта про динаміку психоемоційних станів; метод спостереження за поведінкою комбатанта; метод експертних оцінок на основі опитування представників близького соціального середовища.

У результаті психотерапевтичного впливу доцільно оцінювати його ефективність на основі моделі переструктурування особистості в умовах пост-травми, яка ґрунтується на таких видах особистісних змін:

1. Зміни особистості у процесі міжособистісних взаємин, провідним чинником яких є здатність до соціальної емпатії та відновлення кола соціальних взаємин.

2. Зміни особистості на основі взаємодії. Психотерапевтичні засоби дозволяють перевірити ефективність старих форм взаємодії та набути й апробувати нові, які є більш адаптивними. Ці поведінкові техніки застосовуються в поєднанні з методами когнітивної та раціонально-емотивної терапії.

3. Зміни особистості в результаті подолання наслідків психотравми. У когнітивній психотерапії ця модель лежить в основі зміни переконань, що дозволяє переоцінити наявні ірраціональні когніції (точки застрягання при ПТСР) та сформувані нові, більш ефективні установки.

4. Зміни особистості в процесі навчіння, що лежить у основі поведінкової психотерапії.

5. Модель особистісних змін на основі соматопсихічної взаємодії, що застосовується в тілесно-орієнтованій психотерапії. Вивчається зв'язок

особистісних змін з усвідомленням тілесних можливостей або в результаті подолання тяжкого захворювання.

Реалізація комплексного підходу до психологічного супроводу працівників, звільнених з полону, передбачає вирішення таких завдань: просвітницьких, що сприяє усвідомленню комбатантами своїх проблем; психопрофілактичних, націлених на формування здорового способу життя та створення умов для ефективної реабілітації; соціальних (сімейна і групова терапія, підтримка з боку громадських організацій; психотерапевтичних (лікування неврозів, фобій, психосоматичних розладів тощо).

Оцінка ефективності психологічної допомоги здійснюється на основі аналізу обсягу та якості тих змін, що відбулися з учасниками бойових дій, звільненими з полону, як у ході терапевтичної комунікації, так і в реальному житті. Важливим є врахування взаємодії когнітивних, емоційних і поведінкових механізмів особистісного зростання у процесі опрацювання пост-травми.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу збройних сил України: метод. рекомендації / Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н. А. Агаєв, О. Г. Скрипкін, А. Б. Дейко, В. В. Поливанюк, О. В. Еверт. Київ, 2016. 147 с. URL: <https://mod.gov.ua/diyalnist/normativno-pravova-baza/algoritm-roboti-viiskovogo-psikhologa-shchodo-psikhologichnogo-zabezpechennia-profesiinoi-diialnosti-osobovogo-skladu-zsu-metodichni-rekomendatsii>.
2. Блінов О. А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ, 2016. 246 с. URL: <https://asv.mil.gov.ua/biblioteka/virtual/knyzhkova-vystavka-syla-dukhu-psykholohichna-pidhotovka-do-vyprobuvan/psykholohiya-boyovoyi-psykhichnoyi-travmy>.
3. Бондарев Г. В., Круть П. П. Основи військової психології: навч. посібник. Харків: Харківський національний університет внутрішніх справ, 2020. 272 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/4077577/>.
4. Вільямс М. Б., Пойюла С. ПТСР: робочий зошит. Ефективні методики подолання симптомів травматичного стресу. Київ, 2024. 528 с.
5. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Психогенні психічні розлади: навч.-метод. посібник. Київ, 2021. 208 с.
6. Герасименко Л. О., Скрипніков А. М., Ісаков Р. І. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навч. посібник. Київ, 2023. 120 с.
7. Збірник стандартів психологічної підготовки у Збройних Силах України: метод. посібник / за ред. генерала-майора В. Ключкова. Київ: НДЦ ГП ЗС України, 2023. 338 с. URL: <https://sprotyvg7.com.ua/wp-content/uploads/2023/08/%D0%97%D0%B1%D1%96%D1%80%D0%BD%D0%B8%D0%BA->

[%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%96%D0%B2-%D0%9F%D1%81%D1%85%D0%9F-%D1%83-%D0%97%D0%A1%D0%A3.pdf](#)

8. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О. та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами: метод. посібник. Київ, 2023. 175 с.

9. Колесніченко О. С., Приходько І. І., Мацегора Я. В. Психологічна реабілітація військовослужбовців після виконання службово-бойових завдань в бойових умовах: монографія. Харків, 2021. 75 с.

10. Комар З. Психологічна стійкість воїна: підручник для військових психологів. Київ, 2017. 185 с.

11. Лушин, П. В. Психологічні особливості управління в умовах перехідного періоду (на прикладі консультативної та педагогічної практики). *Практична психологія в системі вищої освіти: теорія, результати досліджень, технології* Київ, 2009. НПУ імені Н. П. Драгоманова МОН України, поліграф. Центр. С. 54-62. URL: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/7471>

12. Мішиєв В. Д., Михайлов Б. В., Гриневич Є. Г., Омелянович В. Ю. Розлади психічної сфери внаслідок бойових дій: навч. посібник. Київ, 2024. 167 с.

13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посібник. Том 1 / за заг. ред. Н. Пророк. Київ, 2018. 208с.

14. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посібник. Том 2 / за заг. ред. Л. Царенко. Київ, 2018. 240 с.

15. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи: навч. посібник. Том 3 / за заг. ред. Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с.

16. Особливості роботи з пацієнтами, які пережили полон та тортури, сексуальне насильство пов'язане з конфліктом: рекомендації для фахівців медичної сфери / К. Возніцина, Т. Сіренко. Київ, 2023. 54 с.

17. Практикум з формування стресостійкості військовослужбовців до раптових змін бойової обстановки: методичний посібник / за ред. В. М. Мороза. Київ, 2023. 54 с.

18. Практикум з підвищення стресостійкості та розширення адаптаційних можливостей організму / під. ред. О. С. Чабана. Київ, 2017. 150 с.

19. Психологія стресу та стресових розладів: навч. посібник / укл. Овчаренко О. Ю. Київ, 2023. 267 с.

20. Пьюселік Ф., Древіцька О. Методологія психологічної роботи з ветеранами і бійцями АТО. *Медична освіта*. 2015. № 24 (1). С. 655–659.

21. Тараненко Р., Тараненко Ю. Синдром вигорання у військовослужбовців: етіологія, ознаки, психодіагностика, корекція, профілактика: практ. посібник. Кропивницький, 2024. 75 с.