

Когут О. О.*доктор психологічних наук, доцент,
професор кафедри загальної та вікової психології
Криворізького державного педагогічного університету***Вишніченко С. І.***кандидат медичних наук, лікар-психіатр,
доцент кафедри управління професійною освітою
Навчально-наукового інституту неперервної освіти
Національного авіаційного університету*

РЕЗУЛЬТАТИ АПРОБАЦІЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

RESULTS OF THE APPROVAL OF THE REHABILITATION PROGRAM MILITARY SERVICEMEN

Психологічна та психотерапевтична допомога військовослужбовцям та їх родинам є дуже затребуваною сьогодні в Україні. Варто зазначити про ефективність створення реабілітаційних центрів для лікування наслідків психологічної травми. За для цього надзвичайно важливим є науковий підхід до реабілітаційного процесу. У статті представлені деякі результати реалізації програми «Відновлення під час війни». Учасниками програми були сім'ї військовослужбовців. **Методи дослідження.** Динаміку зросту від наявних симптомів дистресу до стану стабільності учасників реабілітаційного процесу виміряно завдяки тестовим зрізам. Наявність депресивного розладу оцінювали з використанням опитувальника здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire – PHQ-9). Рівень тривоги визначали за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7). Порушення сну спостерігали за «Афінською шкалою безсоння (AIS)». З сім'ями військових проводились бесіди, психодіагностичне обстеження (скринінгові процедури з метою встановлення діагнозу, оцінювання симптомів, здійснення диференціальної психодіагностики). Для уточнення діагнозу застосовано уніфікований український клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги відповідно МКХ-10, діагностичне і статистичне керівництво по психічним розладам 5-го видання DSM-5. **Метою** статті є висвітлення результатів запровадження програми реабілітації родин військовослужбовців «Відновлення під час війни». Для відновлення сну та покращення роботи вегетативної нервової системи було застосовано «маску Корпана». **Результати дослідження:** показники тривожності, розладу сну, депресивності було зменшено вдвічі. Учасники реабілітаційного процесу зазначили про важливість та ефективність запровадження програми «Відновлення під час війни».

Ключові слова: психічна травма, втрата, хронічний стресовий розлад, програма «Відновлення під час війни», психологічні інтервенції, «маска Корпана», стабілізація вегетативної нервової системи.

Psychological and psychotherapeutic assistance to servicemen and their families is in great demand in Ukraine today. It is worth noting the effectiveness of creating rehabilitation centers for the treatment of the consequences of psychological trauma. And a scientific approach to the rehabilitation process is extremely important. The article presents some results of the implementation of the "Recovery during the war" program. The participants of the program were the families of military personnel. Research methods. The dynamics of growth from the existing symptoms of distress to the state of stability of the participants in the rehabilitation process was measured thanks to test sections. The presence of a depressive disorder was assessed using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). The level of anxiety was determined by the scale of generalized anxiety disorder (GAD-7). Sleep disturbances were monitored using the Athens Insomnia Scale (AIS). Conversations, psychodiagnostic examination (screening procedures aimed at establishing a diagnosis, assessing symptoms, carrying out differential psychodiagnostics) were conducted with the families of the soldiers. To clarify the diagnosis, the unified Ukrainian clinical protocol of primary, secondary and tertiary medical care according to ICD-10, diagnostic and statistical manual for mental disorders of the 5th edition of DSM-5 was applied. The purpose of the article is to highlight the results of the implementation of the rehabilitation program for families of servicemen "Recovery during the war". "Korpan's mask" was used to restore sleep and improve the work of the autonomic nervous system. The results of the study: indicators of anxiety, sleep disorder, depression were reduced by half. The participants of the rehabilitation process noted the importance and effectiveness of the implementation of the "Recovery during the war" program.

Key words: mental trauma, bereavement, chronic stress disorder, "War Recovery" program, psychological interventions, "Korpan's mask", stabilization of the autonomic nervous system.

Вступ. Оцінка потреб військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій, свідчить про те, що психотравматичні наслідки військової агресії в Україні позначаються не тільки на їхньому стані, а й на стосунках у родинах. Означене вказує на необхідність запроваджувати реабілітаційні програми для відновлення всієї родини.

Психічна травма позначається негативно на всіх системах організму військових. Ми спостерігаємо симптоми пов'язані з кров'яно-судинною системою: підвищений тиск (часто виявляється вегето-судинна дистонія), що впливає на зміну ритму серцебиття та поверхнево-легеневе дихання, підвищення рівнів тривожності, а згодом спонукає до формування невро-

тичних та депресивних станів. Найчастіше ці ознаки позначаються на розладах сну військових, їх турбують панічні атаки, неконтрольована агресивність, конфліктність, роздратованість, виснаження ресурсів, болі в тілі від постстресового перенапруження м'язів. Підвищений рівень адреналіну, що виробляється внаслідок повторення жажливих образів війни (флешбеків), викликає тремтіння, надмірне гіперзбудження або навпаки стан замирання на травмуючому сподаді. Іноді образи та думки про війну витісняються, через що порушуються когнітивні функції військовослужбовців: проявляється забудькуватість, їм важко зосереджувати тривалий час увагу, втрачають смисл життя. Враження стресом метаболічної системи позначається на порушенні процесу здорового харчування, що приводить до втрати апетиту чи переїдання. У воїнів часто загострюється почуття справедливості, яке переростає в конфліктне з'ясування стосунків в родині чи з громадськістю, від якої їм хочеться ізольоватися через непорозуміння, відчуття самотності, неприйняття суспільством.

Програма реабілітації військовослужбовців включає два напрями учасників: тих, хто за станом здоров'я не може продовжувати виконувати службові обов'язки та тих, що знову повертаються в зону бойових дій. Воїнам важко адаптуватися до мирних умов життя, вони часто не усвідомлюють наслідків дистресових порушень та не приділяють увагу власному здоров'ю. Військовослужбовцям, які після реабілітації знову повертаються до бою важливо переусвідомити досвід бойових подій, допомогти нейросистемі переробити його, знизити інтенсивність болю, набути навичок стресменеджменту, щоб уникнути ре-травматизації.

На початковому етапі реабілітації важливою задачею психологів є сприяння відновленню психофізіологічних ресурсів учасників. «Здатність відновлюватися (резильєнтність) однозначно пов'язують зі суб'єктивністю, системою притаманних суб'єкту рис, які роблять його здатним долати стреси та важкі періоди конструктивним шляхом» [9, с. 37]. Наслідки травмувань військових можуть привести до ускладнень їхнього психофізичного здоров'я, тому розробка програми реабілітації військовослужбовців та їх родин, які зазнали фізичної та/або психічної травми в умовах бойових дій й складних життєвих обставин, набуває особливої актуальності й потребує посиленої уваги психологічної спільноти.

Проблема реабілітації військовослужбовців у психологічному та психотерапевтичному науковому просторі не є новою. Разом з тим через воєнні дії на території України вона набула особливої актуальності й потребує переосмислення базових концептів із урахуванням сучасних методів реабілітації, нових психотерапевтичних інтервенцій, враховуючи необхідність комплексного підходу у поєднанні психологічного та психіатричного супроводу, створюючи при цьому умови для відпочинку, відновлення сну, процесу харчування тощо.

Метою статті є висвітлення результатів теоретико-емпіричного дослідження та апробації про-

грами реабілітації постраждалих військовослужбовців та їх сімей у наслідок воєнних дій.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Які елементи включає програма реабілітації військовослужбовців? Аналіз наукової літератури дозволяє констатувати, що найбільш проблематичним наслідком впливу травмивної події високої інтенсивності на особистість можна вважати афективно-шокові реакції, що кваліфікуються у МКХ-10 як гостра реакція на стрес (F43.0), посттравматичний стресовий розлад (F43.1) та/або розлади адаптації (F43.2), які належать до реактивних психозів (див.: МКХ-10) [5]; суб'єкт у травмивній ситуації постає безпосереднім учасником або свідком подій. Тож для реабілітаційного процесу слід з'ясувати феноменологію психологічної травми військового: наявність реактивної вкарбованих емоційних образів, визначити рівень інтенсивності впливу травмивної події (сподаді, нав'язливі думки, нічні жахіття); з'ясувати чи є підвищена активація (зокрема збудження, безсоння, дратівливість, імпульсивність, агресія); чи проявляється деактивація (ступор, соціальна ізоляція, уникання контактів, занурення в себе, сплутаність свідомості, дереалізація, дисоціація, депресія). Реабілітаційні інтервенції будуть запроваджені відповідно вищезначених станів військовослужбовців.

Нами розроблено та апробовано комплексну програму психологічної реабілітації військовослужбовців. За для уточнення результатів запровадження означеної програми здійснено діагностичні зрізи динаміки зросту та успіху подолання деструктивних психічних станів військовими. Наявність депресивного розладу оцінювали з використанням опитувальника здоров'я пацієнта (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) [4]. Рівень тривоги визначали за шкалою генералізованого тривожного розладу (GAD-7) [11]. Порушення сну спостерігали за «Афінською шкалою безсоння (AIS)». З сім'ями військових проводились бесіди, психодіагностичне обстеження (скринінгові процедури з метою встановлення діагнозу, оцінювання симптомів, здійснення диференціальної психодіагностики). Для уточнення діагнозу застосовано уніфікований український клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги відповідно МКХ-10, діагностичне і статистичне керівництво по психічним розладам 5-го видання DSM-5. Серед розладів адаптації застосовувались наступні діагнози: короткочасна депресивна реакція (F43.20), пролонгована депресивна реакція (F43.21), змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22), з переважанням емоційних порушень (F43.23), з переважанням порушень поведінки (F43.24), змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25), інші реакції на важкий стрес (F43.28), реакція на важкий стрес, не уточнена (F43.9) [5].

Вибірка: сім осіб військовослужбовців, їх дружини віком від 23 до 59 років; учасники добровільно погодились на участь у дослідженні; не мають хронічної психічної патології.

Реабілітаційна програма включала 21 день. Для сімей військових були створені спеціальні умови для

реабілітації: обрано екологічно чисту та безпечну локацію, налагоджений режим харчування й відпочинку, систематично надавалися індивідуальні та групові психологічні консультації. Групова робота проводилася двома психотерапевтами (чоловіком і жінкою). Проведено чотири групових зустрічі, тривалістю 2,5 години та по чотири індивідуальні консультації на кожного учасника.

Структура Програми «Відновлення під час війни» для сімей військовослужбовців включала такі елементи: знайомство, застосування «маски Корпана» для стабілізації сну, ресурсування, техніки з релаксації та стресменеджменту, методи тілесної терапії, практики для відновлення цілісності (гештальт практики) – робота з деструктивними захистами (витіснення, проекція, ретрофлексія, конфлюєнція тощо), використання мотивів – уявлення образів на тему задану психотерапевтом, напрацьованих кататимно-імагінативною психотерапією (символдрамою), практики ДПДГ Френсіс Шапіро (методи руху очима, білатеральні техніки) та КПТ техніки (когнітивної психотерапії). Дослідження відповідає етичним стандартам Гельсінської декларації 1964 року та поправок до неї.

Для розробки програми реабілітації військовослужбовців необхідно враховувати наслідки психотравми, ретельно зібрати симптоми, встановити діагноз, визначити чи вони володіють навичками стрес-менеджменту. Автори навчального посібника «Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи» підкреслюють, що при наданні первинної психологічної допомоги слід ретельно обстежити всі симптоми потерпілого, з'ясувати в якому стані він знаходиться, тривалість події, масштаб руйнування після катастрофи, чи може він контролювати своє життя, горе і втрати, чи є моральна невпевненість [7]. Реабілітаційний процес запроваджується в ситуації, коли потерпілий самостійно не може впоратися із симптомами стресу тривалий час, коли є погіршення стану потерпілого і він потребує втручання психологів у процес стабілізації психічного стану та запобігання ПТСР після травматичних подій в умовах лікарні, чи в реабілітаційних центрах у комплексі з медичною допомогою.

Виклад основного матеріалу. На початковому етапі було обстежено сім військовослужбовців віком від 23 до 57 (середній вік: 35,9) років (табл. 1), з них від 20 до 29 років чотири особи, від 40 до 49 років дві особи, і одна особа віком від 50 до 59 років. Нами з'ясовано кількість, інтенсивність психофізіологічного враження військових травмуючими ситуаціями та час їх утворення. Серед поширених травматичних подій учасники повідомили про: численні контузії,

поранення (втрата ока, частину ноги), артобстріл тощо; вчасно не надану першу психологічну допомогу в час переживання гострої реакції на надзвичайні події (бойовий шок, ступор, паніка тощо).

На початку бесіди з пацієнтами застосовано опитувальник ТРІМ (Trauma Risk Incident Management), щоб з'ясувати наскільки вони здатні самотужки справитися із симптомами травми й оцінити ризики травматизації. Шляхом активного і структурованого слухання, зосередженого, уважного спостереження за потерпілими було здійснено аналіз ситуації загрози психотравми: втрата самоконтролю, загроза смерті або травма, звинувачення інших, почуття сорому і провини за свою поведінку, симптоми пов'язані з травматичним досвідом, попередній травматичний досвід, додаткові стресори після травматичної ситуації, складність з рутинною діяльністю, недолік соціальної підтримки, вживання психоактивних речовин. Кожен з означених критеріїв оцінювався за 0,1,2 бальною системою. Загальна сума балів визначає рівень травматизації пацієнта – до 10 балів – низький (виявлено у 0% опитуваних), до 15 балів – помірний рівень травматизації (у 70% потерпілих), до 20 – високий (у 30% респондентів). Отже, більшість опитуваних не здатні самотужки опанувати внутрішній нестабільний стан дистресу та підлягають реабілітації (див. табл. 2).

Внаслідок проведення скринінгу первинного обстеження потерпілих військових, було виявлено, що опитувані мали такі симптоми, які свідчать про затяжну стресову реакцію на травматичні події [9, с. 78]. Симптоми за п'ятим критерієм «пов'язані із травматичним досвідом» розділено на: проблеми зі сном (у 90% опитуваних), флешбеки (у 30% респондентів), соматичні реакції на тригери (у 50% військовослужбовців), роздратування, гнів, агресія (в 80% опитуваних), проблеми з концентрацією уваги, гіперпильність (у 30% потерпілих), дисоціація (у 10% опитуваних), когнітивні порушення пам'яті та уваги (у 90% респондентів) (див. Табл. 3).

Для відновлення сну військовослужбовців було застосовано «маску Корпана». Це інноваційний інструмент немедикаментозного походження,

Таблиця 2

Показники рівня травматизації військових за опитувальником ТРІМ (Trauma Risk Incident Management)		
високий	середній	низький
30% опитуваних	70% опитуваних	0% опитуваних

Таблиця 3

Ієрархія вираженості симптомів
проблеми із сном (у 90% опитуваних)
проблеми з пам'яттю (у 10% респондентів)
роздратування, гнів, агресія (в 80% опитуваних)
соматичні реакції на тригери (у 50% військовослужбовців)
проблеми з концентрацією уваги, гіперпильність (у 30% потерпілих)
флешбеки (у 30% респондентів)
дисоціативні розлади (у 10% опитуваних)

Таблиця 1

Розподіл військових за віком						
Стать	Показники	Вік				
		20–29	30–39	40–49	50–59	
Чоловіки	Абс.ч.	7	4	0	2	1
		100	57.14	0	28.57	14.28

який апробовано на широкій вибірці досліджуваних й представляє доступний, зручний, швидкий, надійний, легкий у застосуванні та доказовий метод відновлення нормативної функції вегетативної нервової системи. Маска Корпана – це сольова маска, яка запатентована в Європейському Союзі, в США та Китаї (Nano Salt Filter). Розробниками маски Корпана є директор Міжнародного інституту кріохірургії Приватної клініки «Рудольфінергаус», професор, доктор медичних наук Корпан Микола Миколайович та Генерельний менеджер «Проекту маска Корпана» Палант Володимир Григорович (Patent 19206880.7/04.11.2019.).

Порушення сну військових визначали за «Афінською шкалою безсоння (AIS)». Їм пропонувалося

Таблиця 4

Показники порушення сну у військовослужбовців за «Афінською шкалою безсоння (AIS)»		
	До реабілітації	Після реабілітації
1	7	4
2	2	1
3	11	5
4	6	5
5	11	5
6	3	1
7	3	1
сер.ариф.	6,14	3,14

Таблиця 5

Вираженість тривоги за шкалою GAD-7 до проведення психотерапії							
	Немає	Легка	Помірна	Середньої тяжкості	Тяжка	До	Після
	0–4	5–9	10–14	15–19	20–21		
1			1			11	5
2			1			13	0
3			1			14	8
4			1			13	3
5			1			13	7
6			1			13	4
7	1					3	0
Усього	1	0	6	0	0		
В %	14.29	0	85.71	0	0		

Таблиця 6

Вираженість тривоги за шкалою GAD-7 після проведення психотерапії							
	Немає	Легка	Помірна	Середньої тяжкості	Тяжка	До	Після
	0–4	5–9	10–14	15–19	20–21		
1		1				11	5
2	1					13	0
3		1				14	8
4	1					13	3
5		1				13	7
6	1					13	4
7	1					3	0
Усього	4	3	0	0	0		
В %	57.14	42.86	0	0	0		

оцінити проблеми зі сном, маючи на увазі, що вони траплялися принаймні тричі протягом останнього місяця. Для встановлення діагнозу безсоння використовується гранична оцінка в 6 і більше балів за АШБ. Показники сну у більшості учасників програми реабілітації «Відновлення під час війни» покращено вдвічі (див. табл. 4).

Показник середнього значення вираженості тривоги у опитуваних за шкалою GAD-7 становив 8,0 (4,5; 12,5) балів. Поширеність тривоги за тестом GAD-7 сягала при точці відсічі 4 бали – 14.29% опитаних, при точці відсічі 10 балів – 85.71% опитаних. Покращену динаміку відновлення стану стабільності шляхом зменшення рівня тривоги, рейтинговий та частотний аналіз скарг наведено у таблицях 5 та 6.

Відмічено, що скарги на тілесні прояви тривоги є поширеними в осіб із психогенними розладами. З тривожними розладами можна справитися за допомогою психопрактик когнітивно-поведінкової психотерапії [6, с. 84]. Президент ДПТ в Ванкувері Чапмен О. Л. пропонує подолати тривогу, неспокій, стрес, нічні жахи, нав'язливі стани, панічні атаки, соціальну тривожність за допомогою методу діалектичної поведінкової терапії. На основі ДПТ формуються навички міжособистісної ефективності, стресостійкості, емоційної регуляції, усвідомленості.

Дискусія. На початковому етапі психологічної роботи було виявлено негативні захисні реакції на стрес та змінено їх на конструктивні коупінг-стратегії. У більшості учасників переживання травматичної події базувалося на рівні архікортексу, із включенням симпатичної нервової системи, що є більш сприятливим, ніж реакція «завмирання», коли активується палеокортекс [7]. В обох випадках психотичний стан супроводжується затьмаренням свідомості та частковою або повною амнезією. Тому шляхом бесіди в процесі тренінгових занять ми з'ясували сформованість захисних реакцій реабілітованих: біжи, завмири борись. Зокрема, «біжи» – наявність захисної реакції «уникнення» місць, думок, почуттів, розмов пов'язаних з травматичною подією; реакції «емоційне заціпеніння» (обмежені, заморожені, витіснені емоції); втрати інтересу до звичайної діяльності; апатію та байдужість до життя, минулих інтересів; відстороненість від інших (відчуження, почуття самотності); уникнення дружніх стосунків, підтримки, почуттів, тілесних відчуттів, розвитку. Втеча проявляється у недовірі до оточення, людина зневірюється в тому, що хтось може їй допомогти; людина стає покірливою долі; ховається у собі. Отже, важливим психотерапевтичним кроком було відновлення контакту військового із собою, з побратимами, сім'єю.

З'ясували чи є у військових реакція «завмири», яка включає такі симптоми, як: «дисоціація» (відчуженість, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація, дисоціативна амнезія, ступор, оціпеніння, регресія в минуле, в невизначеність, в ілюзію). Дисоціативні розлади є найскладнішими симптомами ГСР (гострого стресового розладу) та ПТСР (посттравматичного стресового розладу). Якщо душа не довіряє тілу, то тіло є небезпечним для неї місцем.

Тіло робить неузгоджені з душею дії, стає невідконтрольним, у постраждалого порушується самоприйняття. Саме тому практики заземлення, тілесні техніки є доречними при дисоціативних розладах. Вони надають можливість повернутися в тіло, відновити тілесні відчуття, стабілізуватися.

На початковому етапі надання психотерапевтичної допомоги було забезпечено пацієнтів ресурсами для того, щоб вони без страху могли подивитися на власну психологічну травму та вийти з неї. Для відновлення позитивної дисоціації та самоідентифікації, самоприйняття застосовано метод усвідомлення сильних сторін, які допомагали виживати раніше, застосовуються зараз, а у колі побратимів учасники виявили ресурси, які б хотіли ще напрацювати (віра, раціональність, емоційність, звернення за соціальною підтримкою, фізичне навантаження). Саме акцент на ресурсуванні робить людину сміливішою та впевненішою і коли вона ознайомлюється із командою власних сильних частин свого Я, вона здатна подивитися травмі в обличчя, опрацювати власні недоліки.

За допомогою кататимно-імагінативних технік застосовано уяву реабілітованих, яка є проміжною ланкою між свідомим та підсвідомим й створює образи, які захищають людину. Робота з уявним безпечним місцем дозволила сформувати образ, який у кризовій ситуації надає відчуття стабільності, опори всередині й допомагає справитися із травмуючою ситуацією. На першій психотерапевтичній зустрічі використали мотив «Політ» і «Надійне, захищене, комфортне місце, в якому росте прекрасна квітка, яка тягнеться на зустріч сонцю, у якої є все для зростання і розвитку». На другій – «Вирующее джерело з кришталеву чистою водою, яке ніколи не вичерпається». Таким чином за допомогою ресурсування психотерапевт тренує самоефективність військового. Кататимно-імагінативна психотерапія психічної травми спрямована на стабілізацію психічного стану, на конфронтацію з травмою, на інтеграцію травматичного досвіду потерпілого. Головне правило роботи на всіх етапах психотерапії: по можливості захистити пацієнта від перепоповнення афектом і на кожній сесії зустріч закінчується фазою, що дозволяє стабілізувати психічний стан пацієнта.

Кататимно-імагінативна психотерапія (символдрама, кататимне переживання образів, «психоаналіз за допомогою образів») базується на принципах глибинної психології, загальноновизначених концепціях класичного та сучасного психоаналізу, аналітичній психології К. Г. Юнга. Метод символдрами розроблений професором, доктором медичних наук Ханскарлом Льюїнером (1919–1996 рр.), який продемонстрував високу ефективність при різноманітних розладах психіки (панічних атак); в роботі з ПТСР; з хронічним болем. Так, для опрацювання психосоматичного та фантомного болю було застосовано мотивуючий образ «Політ: уявіть собі, що ви вмієте літати...».

У процесі тренінгу учасники мали змогу прийняти витіснені образи травми, що активують страх,

занурення у фантазію, ілюзію та виривають як флешбеки під час стресу чи нової травми. Їм запропоновано ряд вправ з релаксації та відновлення позитивної дисоціації, внаслідок чого повертається контроль над тілом та пам'яттю: людина може згадати, що сталося, власне відображення у дзеркалі стає прийнятним, вона відновлює відповідальну участь у власному житті та контакти із іншими. На третій психотерапевтичній зустрічі учасникам запропоновано такий мотивуючий образ: «Уявіть собі, що ви знімаєте з себе якийсь багаж, вантаж, ношу». На четвертій – «Спогад позитивного досвіду». До пам'яті повертаються образи, які раніше здавалися неприйнятними, у доброзичливому психотерапевтичному колі вони пригадуються безболісно, приймаються до усвідомлення й рівень інтенсивності болю знижується.

Реакція «борись» проявляється в симптомах надмірного збудження: безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірні пильність та старт-рефлекс, повторне переживання (нав'язливі тривожні спогади про травмівну подію, кошмари, інтенсивні психологічні страждання), соматичні реакції (пітливість, прискорене серцебиття, паніка при нагадуванні про травмівну подію). Реакцію агресивності, конфліктності, гнівливості, звинуваченні інших було проявлено за допомогою арт-практик (малюнку), бесід. Вона потребує виходу назовні, адже створює нестерпний внутрішній конфлікт, який приводить до невротичної реакції, де немає місця свободі вибору, позитивному погляду на життя. Характерними ознаками «боротьби» є гнів, агресія, аутоагресія, страх, паніка. Для опрацювання таких реакцій створювались сприятливі, психотерапевтичні, довірливі умови для прояву назовні внутрішньої агресії, щоб полегшити страждання потерпілого й допомогти йому усвідомити себе в травмівній ситуації, взяти відповідальність за свої реакції.

З огляду на вищезначене, на таблицях відображено динаміку значних зрушень в напрямі до покращення стану військових (двічі), знижено рівень тривоги від помірної (85.71) до легкої (42.86) і збільшився показник відсутності тривоги з 14.29 до 57.14. Тривожні розлади, які вчасно не лікуються мають можливість ускладнювати стан людини й вплинути на формування депресивних розладів.

Для опрацювання негативних образів війни, які спричиняють тривогу та депресію, зокрема, порушення сну, страхи, вигорання, дисоціації, фобії, панічні атаки, тіки, заїкання, порушення у харчуванні, поведінці застосовано протокол «ASIST», розроблений за допомогою техніки ДПДГ та методу EMDR. Людина обирає обтяжливі частинки внутрішніх образів, з якими працює психотерапевт. Означена методика опирається на вроджену модель переробки інформації, зокрема, патогенних спогадів, які відкладаються дисфункціонально. В основі патогенних спогадів вісім компонентів – п'ять органів чуттів (звуки, відчуття, образи, запахи, смак) і три додаткові (емоції, мислення, тілесна реакція), які утворюють ядро симптомів.

Таблиця 7

Вираженість депресії за шкалою PHQ-9 до проведення психотерапії							
	Немає	Легка	Помірна	Середньої тяжкості	Тяжка	До	Після
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-27		
1		1				9	5
2			1			14	0
3				1		17	6
4		1				7	9
5			1			13	7
6			1			13	4
7		1				7	0
Усього	0	3	3	1	0		
В %	0	42.86	42.86	14.29			

Таблиця 8

Вираженість депресії за шкалою PHQ-9 після проведення психотерапії							
	Немає	Легка	Помірна	Середньої тяжкості	Тяжка	До	Після
	0-4	5-9	10-14	15-19	20-27		
1		1				9	5
2	1					14	0
3		1				17	6
4		1				7	9
5		1				13	7
6	1					13	4
7	1					7	0
Усього	3	4					
В %	42.86	57.14					

Таблиця 9

Динаміка зміни психоемоційного стану військовослужбовців, які перебували на реабілітації в результаті проведення групової психотерапії					
учасники	№ сеансу	1	2	3	4
1	До	5	3	-	-
	Після		8	-	-
2	До	4	5	-	8
	Після	7	7	-	10
3	До	5	3	7	2
	Після	5	10	10	6
4	До	-	5	5	6
	Після	-	5	8	8
5	До	5	3	7	6
	Після	5	7	8	8
6	До	6	6	7	-
	Після	6	7.5	8	-
7	До	8	7	-	-
	Після	8	7	-	-

У потерпілих є вираженими легкий рівень (42.86), помірний рівень депресії (42.86) та середньої тяжкості (14.29). Після психотерапії спостерігаємо динаміку зрушень у напрямі покращення стану до легкого рівня (57.14) та відсутності симптомів депресії (42.86), що відображено у таблиці 8.

У даному тексті також описана динаміка суб'єктивної оцінки змін психоемоційного стану військовослужбовцями в результаті проведення групової психотерапії. За 10 бальною шкалою кожен учасник групи оцінював свій стан від 0 до 10, де 0 негативний, 10 – позитивний (табл. 9).

Отже, у таблицях 10 та 11 відображено динаміку ефективності проходження психотерапевтичних групових занять, з точки зору учасників.

Нами також зафіксовано динаміку процесу реабілітації військових з точки зору їх суб'єктивної оцінки. Слід пам'ятати, що психотерапія, побудована на міжособистісних взаєминах «тут і зараз» пацієнта і психотерапевта, на взаємних відкриттях, як зазначив відомий екзистенціальний психотерапевт Ірвін Ялом, сприятиме швидкому та ефективному одужанню пацієнта [13]. Ми виміряли шкалу інтенсивності стресу (наскільки симптоми і переживання заважають нормальному функціонуванню у повсякденному житті – суб'єктивна оцінка). У табл. 11 відображено рівень інтенсивності стресу до та після кожного заняття, де 10 – стрес не заважає, а 1 – стрес заважає. В цілому у групі учасників є суттєві зміни їхнього стану: середнє значення показника різниці інтенсивності стресу до та після психотерапевтич-

Таблиця 10

Зміни в балах (в %) від першої зустрічі і останньої – 2.5 б. (45.5%)								
дати занять	24.05.2023		25.05.2023		30.05.2023		01.06.2023	
учасники	до	після	до	після	до	після	до	після
1	6	6	6	7.5	7	8		
2	5	5	3	7	7	8	6	8
3	4	7	5	7			8	10
4	5	5	3	10	7	10	2	6
5	5	5	3	8				
6	8	8	7	7				
7	-	-	5	5	5	8	6	8
кількість	6	6	7	7	4	4	4	4
сума	33	36	32	51.5	26	34	22	32
сер.знач.	5.5	6	4.57	7.36	6.5	8.5	5.5	8
мін	4	5	3	5	5	8	2	6
макс	8	8	7	10	7	10	8	10
зміни в балах		0.5		2.79		2		2.5
зміни в %		9.09	-23.81	60.94	-11.65	30.77	-35.29	45.45

Таблиця 11

Середнє значення показника різниці інтенсивності стресу до та після психотерапевтичних зустрічей														
Учасники	1		2		3		4		5		6		7	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
1	6	6	5	5	4	7	5	5	5	5	8	8	-	-
2	6	7.5	3	7	5	7	3	10	3	8	7	7	5	5
3	7	8	7	8	-	-	7	10	-	-	-	-	5	8
4	-	-	6	8	8	10	2	6	-	-	-	-	6	8

них зустрічей вказує на покращення їхнього стану на 35.86 одиниць (у два рази краще).

Висновки. Отже, вищезначені показники сну, тривожності, депресивності, вміння справлятися із травмою, суб'єктивні оцінки учасників щодо якості проведення психотерапевтичного тренінгу та запровадження процесу реабілітації в цілому вказують на важливість та необхідність упровадження Програми «Відновлення під час війни» для сімей військовослужбовців. Питання відновлення роботи вегетативної нервової системи відіграє основну роль у психотерапевтичному процесі. Програма реабілітації військовослужбовців включала певний алгоритм: психофізіологічна стабілізація вегетативної нервової системи (застосування «маски Корпана» та базових технік стресменеджменту), врегулювання емоційного балансу (застосування технік тілесної терапії, гештальт терапії для зміни деструктивних захистів на конструктивні), відновлення когнітив-

них пізнавальних процесів та набуття конструктивних копінг-стратегій опанування стресом (методи КПТ), поновлення життєвих смислів (методи КПТ, смислотерапії), які надають можливість пережити кризовий період життя. Застосування алгоритму «психофізіологічна сфера-емоційно-вольова сфера-когнітивно-сміслова сфера» в процесі реабілітації військовослужбовців надало ефективні результати комплексного лікування військовослужбовців. Вдалося набутися психофізіологічної стабілізації, врегулювання емоційного балансу, трансформації підсвідомого змісту проблемних симптомів, відновити функціонування деяких когнітивних процесів та набутися конструктивні копінг-стратегії, які надають можливість пережити кризовий період життя.

Перспектива подальших розробок полягає у розробці та апробації програм реабілітації для відновлення дітей, жінок, цивільних чоловіків, що постраждали від війни в Україні.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Вінтоняк, В., Рибчук, О., Недвига О. Теоретико-методологічний аналіз феномену бойової психічної травми: сучасні підходи. *Вісник Національного університету оборони України*. Вип. 4 (68). 2022, С. 29–36.
2. Когут О. О. Психологія стресостійкості особистості. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора психологічних наук за спеціальністю 19.00.07 – педагогічна та вікова психологія. Інтернет-ресурс :<http://ephsheir.phdrp.edu.ua/xmlui/handle/89898989/5911>
3. Колесніченко О. С. Засади бойової психологічної травматизації військовослужбовців : монографія. Харків : ФОП Бровін О.В. 2018. 488 с.
4. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001. Vol. 16, № 9. P. 606–613. DOI: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
5. МКХ 10 – Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду. URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4257>.
6. Menning D., Ridzhuev N. *Praktika kognitivno-povedencheskoy terapii*. [Practice of cognitive-behavioral therapy]. Київ : Dialectics-Williams, 2020. 178 p.
7. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. За загальною редакцією Л. Царенко. 2018. Том 2. Київ: 240 с.
8. Пилипенко Н. М. Психологічна допомога та підтримка постраждалим внаслідок війни в Україні. *Вісник Національного університету оборони України*, 6 (70). 2022, С. 142–148. <https://doi.org/10.33099/2617-6858-22-70-6-142-148>.
9. Суспільство для психічного здоров'я особистості: взаємодія родини, освіти, громади : Збірник наукових праць [за матеріалами Міжнародної науковопрактичної інтернет-конференції (Україна, Житомир, 24 листопада 2022 р.)]. Редакційна колегія: Г. Пирог, Н. Портницька, І. Тичина. Міністерство освіти і науки України, Житомирський державний університет імені Івана Франка, соціально-психологічний факультет. Житомир, Видавництво ЖДУ імені Івана Франка, 2023. 172 с.
10. Serhieienkova O., Kalishchuk S., Kohut O., Dobrenko I. & Suyusanov, L. Behavioral Analysis of Individuals in Crises. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 12(4), 2021. 94-106. <https://doi.org/10.18662/brain/12.4/240>
11. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006. Vol. 166, № 10. P. 1092–1097. DOI: <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
12. Figueroa R. A., Cortés P. F., Marín H., Vergés A. & etc. The ABCDE psychological first aid intervention decreases early PTSD symptoms but does not prevent it: results of a randomized-controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 13 (1). 2022. P. 2–14. <https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2031829//>
13. Zlivkov V. L., Lukoms'ka S. O., Fedan O. V. *Psikhodiagnostika osobistosti u krizovikh zhittevykh situatsiyakh*. [Psychodiagnosics of special features in crisis life situations]. Київ : Pedagogical opinion, 2016, 219 p.