

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Факультет психології

Кафедра психодіагностики та клінічної психології

Кваліфікаційна робота

**«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПТСР У
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПЕРЕБУВАННЯ В ПОЛОНІ»**

Студентки 2 року ОР Магістр
(спеціальність 053 «Психологія»,
освітня програма «Психологія», заочна
форма навчання)

Краснобокої Олександрі Леонідівни

Науковий керівник:

Доктор філософії у галузі психології,
асистент кафедри психодіагностики
та клінічної психології,

Молотокас Антоніна Андріївна

Роботу рекомендовано до захисту на ЕК №2

Протокол № ____ від _____ року

Завідувач кафедри психодіагностики та клінічної психології

_____ **Людмила КРУПЕЛЬНИЦЬКА**

Київ – 2023

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ОГЛЯД ПІДХОДІВ З ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОЛОНУ	6
1.1. Феномен впливу ПТСР на психічне здоров'я військовослужбовців та військовополонених.....	6
1.2. Психологічні особливості жертв сучасного військового полону.....	12
1.2.1. Методи підриву психіки в умовах сучасного військового полону.....	22
1.3. Психологічна допомога особам, що пережили полон та тортури.....	27
1.3.1. Робота психолога з військовополоненими, які піддавалися тортурам...30	
Висновки до розділу 1.....	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР У ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ	40
2.1. Характеристика вибірки та опис методів дослідження.....	40
2.2. Організація проведення емпіричного дослідження.....	50
Висновки до розділу 2.....	58
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ «ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПТСР У ВІЙСЬКОВОПОЛОНЕНИХ ПІСЛЯ ПОВЕРНЕННЯ З ПОЛОНУ»	61
3.1. Мета, завдання та організація формульованого етапу дослідження.....	61
3.2. Розробка тренінгово-рекомендаційної програми «Подолання психологічних особливостей впливу ПТСР у військовослужбовців після полону».....	68
Висновки до розділу 3.....	81
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВК	83
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	86
ДОДАТКИ	93

ВСТУП

Наразі в Україні триває російсько-українська війна, яка розпочалась з лютого 2014 року на сході України, будучи започаткованою силами сусідньої держави. Вона називалась Антитерористична Операція, але з 2018 року отримала інше найменування - Операція Об'єднаних Сил. Починаючи з 24 лютого 2022 року, збройний конфлікт переріс у широкомасштабне вторгнення на територію нашої держави, яке брало початок із довготривалого нарощування військової сили, що й призвело до зміни класифікації назви на російське повномасштабне вторгнення в Україну.

Саме військовослужбовці, які захищають суверенітет і цілісність кордонів держави, є найбільш уразливими жертвами цих подій. На них покладено значну відповідальність, яка полягає в небезпеці для життя та значних фізичних і психологічних травмах. У більшості випадків травматичні події супроводжуються ПТСР, ГСР, залежностями, депресіями, різними тривожними розладами та загальними проблемами з адаптацією до мирного життя. Багато бійців відчувають сильний вплив на своє психічне здоров'я після смерті побратима на полі бою. Ця втрата може призвести до тривалих переживань, які здебільшого бійці не можуть подолати в майбутньому, якщо вони не отримають допомоги кваліфікованих фахівців.

Більшість ветеранів стикаються з проблемою подолання психологічних проявів ПТСР після повернення до мирного життя з території бойових дій. Більшості військовослужбовців не вдається впоратися з проблемами, які виникають, що призводить до додаткових травм. Надалі моральний і психологічний стан бійця погіршується, а родина часто не знає, як допомогти, що призводить до негативних наслідків як для бійця, так і для його оточення.

Загострене почуття справедливості, підвищена тривожність, «вибухові» реакції, які періодично виникають у відповідь на будь-яке подразнення, депресія, сімейні конфлікти та проблеми з працевлаштуванням є психологічними наслідками участі в бойових діях у мирний час. Таким людям

не вистачає інтересу до суспільного життя та вони не беруть участі в вирішенні життєво важливих проблем.

Немає єдиної теорії, що пояснює причини посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Це пов'язано з різноманітністю посттравматичного стресу та його різноманітними адаптивними та дезадаптивними процесами. Отже, на основі різних гіпотез багато клініцистів і дослідників запропонували різні моделі психології, включаючи когнітивну, психодинамічну, психосоціальну, психобіологічну, умовно-рефлекторну та, останнім часом, яку досліджуватимемо ми – це мультифакторну модель ПТСР.

На сьогоднішній день, як у колі громадян нашої країни, так і в науці зросла зацікавленість до проблеми ПТСР у військовослужбовців, більша відсотковість яких має психологічні прояви синдрому, повертаються на мирну територію після ротації, демобілізації чи поранення, що видозмінює сприймання реалій життя, з якими вони зіткнулися, після повернення з фронту.

Як наслідок, наша мета полягає в тому, щоб дослідити та зрозуміти потреби в соціальній та психологічній підготовці учасника бойових дій після повернення із зони активної збройної агресії.

Таким чином, ми вирішили розглянути проблемні елементи та розробити спеціальний курс навчання для вирішення психологічного впливу ПТСР. Дослідження прояву синдрому ветеранів, які повернулись із місця бойових дій, має вирішальне значення. Наразі актуальною залишається необхідність проведення емпіричних досліджень, оскільки війна продовжує тривати на території України, а кількість ветеранів, які повертаються додому, продовжує зростати. Ми хотіли б присвятити своє дослідження психологічним особливостям прояву ПТСР, з якими стикаються ветерани на мирній території. Для подальшого вивчення цього питання та розробки методів і ресурсів щодо психологічної готовності це дасть можливість дослідити внутрішні переживання військових на фоні буденного їм життя.

Об'єктом є психологічні особливості ПТСР в учасника бойових дій.

Предметом є психологічні особливості ПТСР у військовослужбовців після перебування у полоні.

Метою роботи є розробка програми, яка попередить пагубний вплив ПТСР у буденному житті учасників полону, після повернення до звичної їм рутини.

Гіпотезою роботи є існування взаємозв'язку між рівнем психологічного впливу ПТСР на колишнього полоненого бійця та ступенем його адаптації.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретико-методологічне опрацювання літературних джерел щодо дослідження психологічних особливостей прояву ПТСР військовополонених.

2. Встановити зв'язок між рівнем психологічного ступеню у прояві ПТСР у полоненого бійця та рівнем його травматичного стресу шляхом проведення емпіричного дослідження.

3. Розробити програму профілактики, яка допоможе знизити рівень впливу ПТСР на життя ветерана після полону.

Методи дослідження:

- теоретичні (аналіз загальної та спеціальної соціально-психологічної літератури, що стосується теми дослідження);
- емпіричні: опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (І. О. Котеньова) та Шкала оцінки впливу травматичної події (Ies-r)
- статистичні: метод математичної статистики (Jamovi).

Вибірка дослідження:

Звільнені військовополонені.

Структура роботи складається зі вступу, трьох розділів, які містять 9 підрозділів, висновків, списку використаних джерел у кількості 54, додатків. Загальний обсяг роботи складає 99 сторінок, з яких основного тексту 80 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНИЙ ОГЛЯД ПІДХОДІВ З ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПОЛОНУ

1.1. Феномен впливу ПТСР на психічне здоров'я військовослужбовців та військовополонених

Після початку повномасштабного вторгнення яке відбулося 24 лютого на території України, громадяни країни пережили дуже велику кількість жахливих подій однак попереду їх ще спіткатимуть нелегкі випробування. Одне з таких випробувань - це можлива потреба в психологічній підтримці для військових та військовополонених через посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який часто тортує тих, хто пережив страшні події, такі як війна. Перевищений стрес і закріплення за травмою, коли психіка не може самостійно опрацювати та вбудувати травму, є основними факторами розвитку ПТСР.

Діагноз посттравматичного стресового розладу (ПТСР) був вперше введений у практику у 1980 році, а самі критерії захворювання останній раз переглядалися у 2013 році [48]. Воно розглядається в рамках загального концепту ПТСР [17]. Загалом стресовий розлад діагностується у різних категоріях людей, таких як військовослужбовці по завершенню війни, громадяни, котрі зіткнулись із подіями, а також діти, жінки і чоловіки, які бачили весь перебіг ситуації на власні очі[38].

Наразі, вчені, що досліджують ПТСР, в основному зосереджуються на військовослужбовцях і ветеранах США. Термін "Посттравматичний стресовий розлад" був введений М. Хоровіцем, який також розробив діагностичні критерії ПТСР. Ці критерії були взяті за основу при створенні Американської класифікації хвороб.

Відповідно до МКХ-10, основного діагностичного стандарту в європейських країнах, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може виникнути після травматичних подій, які перевершують звичайний людський досвід [32]. Це становить серйозну проблему для осіб, які брали участь у війні,

були свідками насильства, зазнали терористичних актів або зіткнулися з іншими травматичними подіями. У сучасну епоху, позначену численними країнами, які переживають збройні конфлікти, ПТСР стає все більш поширеним і актуальним явищем [32].

ПТСР є станом, що проявляється в підвищеній тривозі, страху та напрузі після пережитої травматичної події. Симптоми включають повторювані спогади про травму, кошмари, гіперактивність, соціальну ізоляцію, депресію та інші психологічні та фізичні прояви. Діагноз ПТСР може бути встановлений, якщо ці симптоми тривають понад місяць і значно впливають на психічне та соціальне благополуччя особи. Війна є однією з основних причин посттравматичних стресових розладів, особливо серйозно впливаючи на військових ветеранів через екстремальні умови бойових дій. Загрози смерті, військові операції, вибухи, насильство, поранення та інші травматичні події можуть глибоко впливати на психічну стабільність ветеранів, збільшуючи їхній ризик розвитку ПТСР [33]. Учасники тривалих воєн або повторюваних місій особливо схильні до цього розладу, стикаючись з постійною напругою та тривогою, що може спричинити постійне виснаження та втому. Розвиток ПТСР пов'язаний із змінами в різних частинах мозку, що відповідають за емоційні реакції та відповіді на стрес.

У людей із ПТСР спостерігається збільшена активність частини мозку, відповідальної за реакцію на страх, і знижена активність лобової кори, яка регулює емоційний стан та прийняття рішень [35].

За статистикою Мінветеранів на території України станом на 1 липня 2022 року за участь у захисті незалежності, суверенітету та територіальної цілісності України статус учасника бойових дій надано майже 820 тис. осіб [8]. У науковій літературі стверджується, що приблизно кожен п'ятий учасник бойових дій відчуває нервовопсихічні розлади навіть за відсутності фізичної травми. Крім того, через кілька місяців після повернення до звичайних умов життя у цих осіб можуть спостерігатися інші наслідки, наприклад різні психосоматичні захворювання [1, 36, 15, 53].

Важливо підкреслити, що серед клінічних проявів психічних розладів бойового характеру виділяється посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Цей розлад може виникнути у учасників бойових дій після невизначеного періоду після травматичної події, що триває від кількох місяців до кількох десятиліть. Відповідно до МКБ-10, посттравматичний стресовий розлад класифікується як психогенне захворювання, яке виникає внаслідок надзвичайного, екстремального стресу, здатного викликати стрес у будь-якої людини. Численні дослідження показують, що посттравматичні стресові розлади можуть становити від 10 до 50% усіх медичних наслідків бойових дій [2, 15, 52].

Військовослужбовці під час бойових дій можуть відчувати змінені психічні стани, включаючи реакцію психіки на військові події, знесилення організму ПТСР та побічні його прояви що представляють складні особливості психіатричної патології [36, 15]. Через значний негативний вплив бойових факторів близько 90% військовослужбовців потребують комплексної медичної реабілітації. Це стало пріоритетним напрямком державної соціальної політики та вирішальною складовою медичної реформи на сучасному етапі [10, 2, 3, 8].

Окремою підгрупою проблем психічного здоров'я, пов'язаних із бойовими діями, є посттравматичні стресові розлади (ПТСР), які можуть проявлятися через певний період. Цей синдром охоплює кластер психічних розладів, що виникають внаслідок несвідомих спроб суб'єкта «витіснути» зі своєї свідомості найбільш несприятливі епізоди.

Первинні ознаки ПТСР охоплюють різні аспекти, можлива навіть втрата інтересу до раніше до захоплюючих подій життя; відчуття «скороченого майбутнього» і втрата зацікавленості у житті в шлюбі. Уточнюючи вищевказане, хочемо навести класифікацію бойових психічних ушкоджень за мірою тяжкості: [4]

- 1) I - легкий ступінь : надмірна дратівливість, замкнутість, втрата апетиту, головні болі, швидка стомлюваність (короткочасні психологічні реакції);
- 2) II - середній ступінь: характеризується легкими істеричними реакціями, агресивністю, тимчасовою втратою пам'яті, депресією, підвищеною чутливістю до подразників, страхом;
- 3) III - важкий ступінь: порушення слуху, зору, координації рухів, психомоторні розлади від безглузких дій до розвитку ступору.

Фізичні втрати особового складу класифікуються як санітарні та безповоротні:
[5]

Санітарні втрати:

- 1) військовослужбовці, які отримали бойові психічні травми без тілесних ушкоджень
- 2) військові, поранені під час бойових дій.

Безповоротні втрати:

- 1) військовослужбовці з різних причин не можуть повернутися до своїх частин, у тому числі загинули в бойових діях;
- 2) особи, визнані військово-лікарськими комісіями непридатними до військової служби, наприклад особи з реактивними станами (реактивними психозами), ПТСР, тощо.

Говорячи про психологічні особливості впливу ПТСР на військовослужбовців та військовополонених, варто виокремити клінічні прояви, які у них спостерігаються:

1. Думки про небезпеку: людина прискіпливо стежить за своїм оточенням, помічаючи потенційні загрози навіть там, де їх взагалі немає.
2. Емоційна «вибухова» реакція: у відповідь на незначні несподіванки проявляються швидкі рухи, наприклад, падати на землю під час прольоту літака або «захищатись», коли до них наближаються ззаду.
3. Притупленість емоцій: деякі люди можуть майже на сто відсотків втратити здатність до прояву щирих емоцій, стикаючись із проблемами

- у формуванні близьких стосунків і відчуваючи радість, любов, творчий ентузіазм, грайливість і спонтанність.
4. Агресивність: може спостерігатися тенденція вирішувати виклики грубою силою.
 5. Забудькуватість та розсіяність: люди можуть зіткнутися з труднощами з концентрацією або пригадуванням інформації.
 6. Депресія: у рамках ПТСР стресу, депресія може сягати глибокої глибини відчаю, що призводить до почуття безглуздості, апатії та негативного погляду на життя, що супроводжується нервовим виснаженням.
 7. Загальне занепокоєння: фізіологічно занепокоєння може проявлятися болем у спині, спазмами в животі та головними болями, стресом, відчуттям вини.
 8. Істерики: багато пацієнтів повідомляють про збільшену частоту істерик, під впливом заборонених речовин.
 9. Зловживання психоактивними речовинами: у спробах полегшити посттравматичні симптоми деякі люди вдаються до вживання алкоголю, психотропних препаратів і наркотиків.
 10. Непрохані спогади: важливий симптом, що вказує на наявність посттравматичного стресового розладу, вмикає раптову появу тривожних сцен, пов'язаних із травматичною подією, у пам'яті пацієнта, що відбувається як під час сну, так і під час активності.
 11. Галюцинаторні переживання: підтип небажаних спогадів, коли яскравість спогадів робить поточні події менш реальними. Люди з галюцинаторним переживанням можуть поводитися так, ніби заново переживають минулу травматичну подію, причому ця інтенсивність часто посилюється під впливом наркотичних речовин.
 12. Безсоння: труднощі із засипанням і переривання сну через кошмари або страх знову пережити травматичні події уві сні. Відсутність сну

пов'язане з підвищеним рівнем тривоги, нездатністю розслабитися та перманентним відчуттям фізичного або психічного болю.

13. Суїцидальні думки: нав'язливі думки про самогубство або планування дій, які призведуть до смерті, як засіб уникнути травматичних ситуацій.

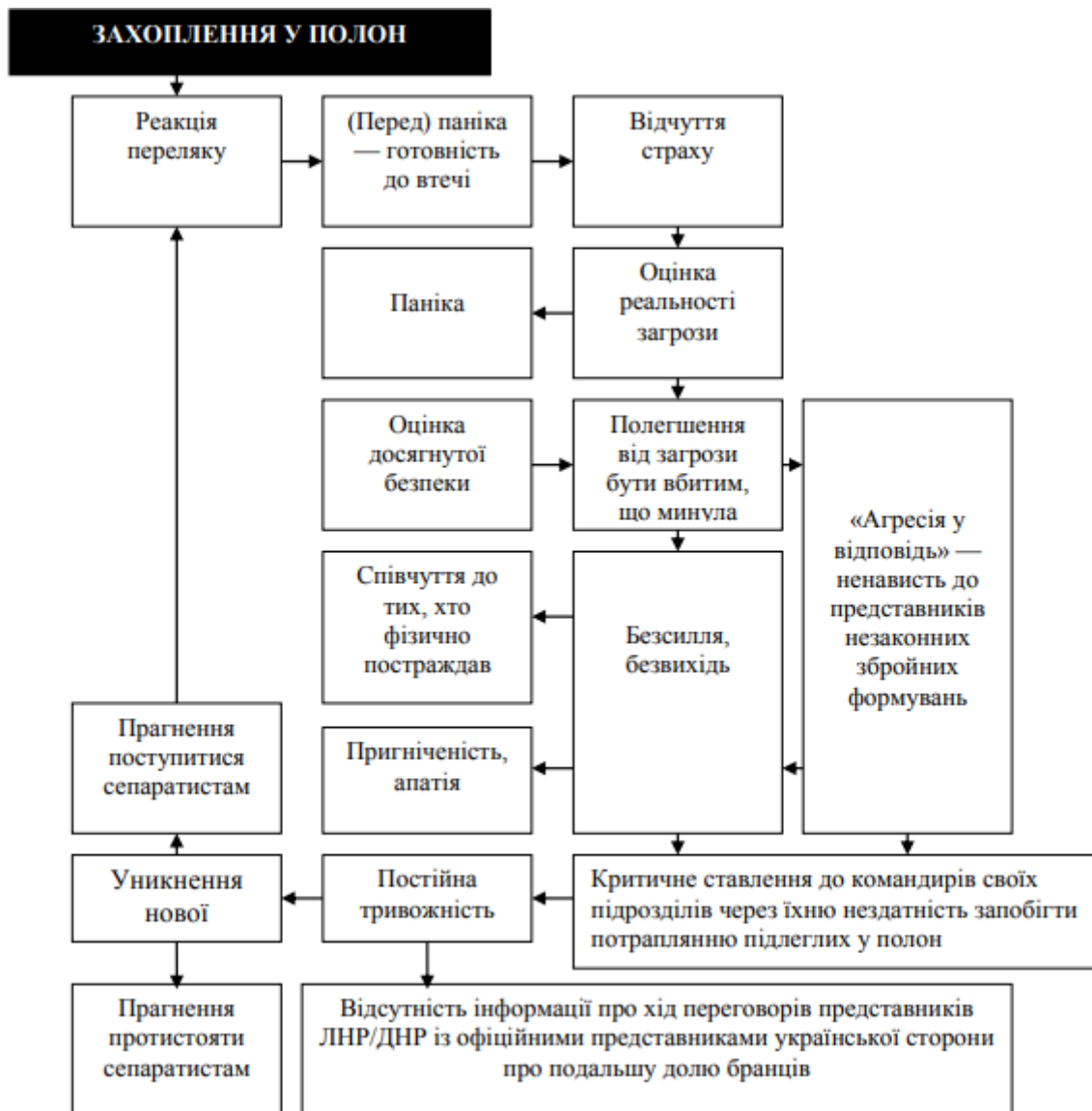
14. «Провина того, хто пережив»: почуття провини за переживання важких випробувань, які призвели до втрати інших, часто пов'язане з «емоційною глухотою» (нездатність відчувати радість, любов, співчуття тощо) [21].

Особи, які стали свідками смерті побратимів, їх катування або прямої загрози власному життю та життю товаришів, часто виявляють характерну поведінку уникання контакту з дорогими їм людьми. Тут також варто виокремити, що психологічний стан військовополонених різко погіршується, коли будь-хто пригадує їм пережиті події з травматичним характером.

1.2. Психологічні особливості жертв сучасного військового полону

На жаль, не всі військовослужбовці можуть уникнути можливості потрапити в полон у розпал війни. Стан військовослужбовців, які нещодавно звільнилися з полону, формується тривалими явищами гострих афективних шоків реакцій. У клінічному та психологічному плані це часто проявляється як впізнаваний патерн, відомий як адинамічна депресія, яка зазвичай позначається астеною, апатією та ангедонією [50].

Виникають характерні риси та симптоми посттравматичного стресового розладу, такі як відраза до перегляду минулого та сильне бажання «швидше повернутися додому, забути все та швидше повернутися до нормального життя». Заслуговує на увагу аспект — поширена тяга до швидкого «прибирання», особливо схильність «прийняти ванну», про що повідомляють численні звільнені військовослужбовці. Досвід полону сприймається як травматична подія, і на рівень травматизації військовослужбовців, які потрапили в полон, впливає кілька факторів. До цих факторів належать несподіваність захоплення, кількість жертв, ступінь жорстокості членів незаконних збройних формувань «під час» та «після» захоплення військовослужбовців ЗСУ, соціальна та фізична незахищеність військовополонених, елемент раптовості у відборі потенційних жертв та об'єктів для знущань з боку представників незаконних збройних формувань серед полонених військовослужбовців ЗСУ та узгодження вимог і мотивів цих представників з міжнародно-правовими нормами щодо поводження з військовополоненими. Військовослужбовці зазвичай демонструють «стандартну» реакцію на полон. (Рис. 1.1)



Дійсно, реакцію військовослужбовців на полон можна умовно розділити на три етапи: рефлексивний, психологічний і соціальний. На початковому рефлексивному етапі початкова нормальна реакція — миттєвий переляк — відразу переходить у готовність до втечі. Через мить почуття страху наздоганяє бійця, і виникає більш усвідомлена і концептуальна реакція: людина вже здатна оцінити реальність загрози і намагається це зробити. Залежно від результату реакції, втеча продовжується або замінюється відчуттям полегшення від минулої загрози бути вбитим.

Подальша стадія передбачає не рефлексивну, а психологічну реакцію на неволю. Залежно від типу особистості військовослужбовець може відчувати почуття безсилля та безнадійності та/або відповідну агресію до

представників незаконних збройних формувань, наприклад ненависть та бажання їх загибелі. Психологічно менш витривалий військовослужбовець може боротися з депресією та апатією. Наступний етап реакції на захоплення можна назвати соціальним. Психологічно стійкі військовослужбовці часто критично реагують на своїх командирів підрозділів через те, що вони не змогли запобігти захопленню. З іншого боку, психологічно слабші особистості коливаються в «апатично-тривожному маятнику», періодично переходячи від адаптації до тривоги і назад.

Постійний стан тривоги призводить до трьох поведінкових реакцій:

1. Психологічно стійкіші військовослужбовці мобілізуються та набираються сил для протистояння представникам незаконних збройних формувань.
2. Психологічно слабкі, але більш стійкі військовослужбовці шукають захисту, дистанціювавшись від інформації про полон та його наслідки.
3. Психологічно слабкі та нестійкі військовослужбовці виявляють готовність виконувати вимоги сепаратистів.

З точки зору цілей незаконних збройних формувань має місце особливо цікавий феномен: у військовополонених діє психологічний механізм, відомий як «петля страху». В умовах військового полону зазнає змін динаміка спілкування в'язнів. Спробуємо окреслити основні етапи розвитку такого спілкування. На початковій стадії ув'язнений начебто завмирає, ховається, уважно спостерігає за іншими ув'язненими та оцінює перспективи майбутніх взаємодій з ними. Ця фаза характеризується зниженням комунікативної активності, коли вербальне спілкування майже повністю припиняється. Однак особа продовжує спілкуватися, уважно спостерігаючи за поведінкою інших ув'язнених. Оцінка небезпеки з боку соціального середовища, спроби передбачити розвиток подій, визначення необхідності будь-яких негативних дій є невід'ємними аспектами цього етапу.

У переважної більшості військовополонених спрацьовує механізм психологічного захисту заперечення. Люди просто відмовляються вірити (і

часто не вірять), що така подія сталася з ними. Якщо умови утримання суворі, один із полонених може спалахнути за кілька годин, вступити в гостру суперечку з сусідами, можливо, навіть з близькими друзями. Ця агресія служить для «скидання» емоційної напруги, але водночас виснажує людину. Тривалість цього етапу спілкування може бути різною, становити кілька годин залежно від особистих особливостей і стану військовополоненого.

Переходячи до другої стадії, зростає інтенсивність окремих комунікативних проявів, інколи виявляють невластиву цим військовослужбовцям активність у повсякденних, нестресових ситуаціях. Актуальність ситуації порушує усталені стереотипні форми поведінки, змушуючи військовополонених поводитися не так, як у повсякденному житті. Цей етап передбачає розподіл ролей між ув'язненими, визначення лідерів, пасивних спостерігачів, «активістів» тощо. Водночас часто відбувається активний обмін інформацією, особливо коли інтелектуальний і мовленнєвий потенціали рівні. Солдати діляться буденною, але цікавою для них інформацією про себе, часто демонструючи надмірну емоційність. Деякі стають агресивними не лише до інших військовополонених, а й до представників незаконних збройних формувань. Ці військовослужбовці намагаються дистанціюватися від інших ув'язнених і можуть конфліктувати з «нешасними колегами», якщо порушується їх особистий простір.

На третьому етапі виникає більш тісне спілкування, якщо поблизу є військовополонений із фізичною хворобою, що часто передбачає догляд за хворою людиною. Одночасно порушується зональний поділ міжособистісної території між людьми.

Протягом тривалих періодів ув'язнення серед ув'язнених зазвичай виникає одна з двох форм соціальної організації, концепції, які зазвичай спостерігаються в ізольованих спільнотах, таких як бараки, експедиції, полон або в'язниці. Використовуючи тюремну термінологію, одну форму називають «законом», а іншу — «беззаконням». У першій формі суворо регламентовані норми, що регулюють стосунки, ієрархію, розподіл їжі і, головне, особисту та

колективну гігієну. Хоча ці норми можуть здаватися дещо ненормальними, вони в основному спрямовані на виживання солдата, ізольованого в ненормальних умовах. У другій формі соціальної організації на перший план виступають груба сила і нижчі інстинкти, які пробуджуються під час крайньої вимушеної ізоляції. Результат, який часто визначається у запеклій боротьбі, залежить від інтелекту, життєвого досвіду полонених, а також зовнішнього впливу з боку представників незаконних збройних формувань.

За розповідями звільнених військовослужбовців можна виділити три типи поведінки в умовах військового полону:

Регресія із «зразковою» інфантильністю та автоматизованим підпорядкуванням: цей тип включає регресію, що характеризується «зразковою» інфантильністю та автоматизованою підпорядкованістю, що супроводжується депресивними переживаннями страху, жаху та безпосередньої загрози життю. Це проявляється як апатія у своїй прямій та безпосередній формі.

Демонстративна слухняність: другий тип характеризується демонстративною слухняністю, коли ув'язнений прагне «випередити наказ і заслужити похвалу» від представників РНБО. Цьому типу більше притаманна депресивна, астенична активно-приспосувальна реакція.

Хаотичні акції протесту: третій тип поведінки передбачає хаотичні акції протесту, демонстрацію невдоволення та гніву, постійну відмову підкорятися, провокування конфліктів із сепаратистами.

Крім цих поведінкових відмінностей серед ув'язнених, окремо відзначалися специфічні психопатологічні феномени двох типів:

1. Ситуаційні фобії: перший тип феноменів включає ситуативні фобії. В умовах військового полону в осіб виникали агорафобічні явища, зумовлені ситуацією. Вони боялися підходити до вікон і дверей, ходили зігнувшись, уникали уваги сепаратистів. Після звільнення деякі колишні ув'язнені скаржилися на появу нав'язливої агорафобії (боязні відкритого простору) і схильність до обмежувальної поведінки, такої як страх

підходити до вікон, вхідних дверей, лягати спати, а також віддають перевагу спати на підлозі.

2. Спотворення сприйняття: Другий тип явищ включає різні спотворення сприйняття. Після звільнення деякі колишні в'язні висловлювали переконання в правильності дій сепаратистів, виправдовуючи їхню холодну жорстокість і нещадність. Ці заяви вважалися проявами травматичного синдрому, пронизаного афектом ворожої недовіри і не підлягали критиці. Подібні думки виникли лише після звільнення, оскільки особи, які демонстрували третій тип поведінки, описаний раніше, пов'язаний із хаотичними акціями протесту та конфліктами з сепаратистами, демонстрували ці спотворені уявлення.

Серед військовополонених значна частина, приблизно 30-50%, виявляють стан збентеження, що виражається моральною пригніченістю і психічним оглушенням. Це глибоке страждання має тенденцію долати всі інші емоції та перешкоджає спілкуванню. У таких випадках монотонне переживання страху і безпорадності в тяжких обставинах військового полону може супроводжуватися шизоїдними феноменами. Тяжкість і тривалість екстремальних умов у полоні прямо корелюють з глибиною психічного виснаження військовополонених, впливаючи на їх поведінку. У міру того, як полон продовжується, у деяких людей може розвинути емоційна прихильність до своїх викрадачів із Національних сил безпеки.

Спочатку мотивовані бажанням врятувати своє життя та уникнути насильства, ув'язнені можуть упокоритися, виявляючи смиренність, щоб зменшити агресію. З часом виникає травматичний синдром, пов'язаний з людиною, від якої залежить їхнє життя, може призвести до того, що військовополонений щиро співчуває своєму мучителю. Емоційна прихильність до того, хто представляв загрозу, але утримався від її виконання, є проявом травматичного стокгольмського синдрому (ТСР). Якщо військовополонених поділяють на підгрупи без можливості спілкування, ТСР має тенденцію до посилення.

Для формування ТСР у військовополоненого істотними вважаються такі обставини:

1. Психологічний шок і фактор раптовості в ситуації захоплення: елемент несподіванки і психологічний шок сприяють розвитку ТСР.
2. Тривалість полону: чим довший полон, тим більша ймовірність, що в'язні будуть піддані чужій волі, керуючись принципом психологічного захисту.

Військовополонені зазнають сильного психологічного тиску, а час працює на користь сепаратистів, збільшуючи ймовірність більшої покори з часом. ТСР тісно пов'язаний із механізмами психологічного захисту, подібно до того, як людина відчуває несправедливу образу та шукає захисту. Коли захист не знайдено, адаптація до кривдника стає, здавалося б, безпечними переговорами. Ця поведінкова трансформація служить формою психологічного захисту, і ті, хто проходить цю метаморфозу, часто надають підтримку іншим, допомагаючи в їхній адаптації та сприяючи їхнім психологічним ресурсам для виживання в неволі. Допомога іншим також відіграє важливу роль у реабілітації цих осіб.

Значна частина — 34 % військовослужбовців, які перенесли випробування полонем, повідомили, що в періоди, де переважала ворожнеча, формування негативного ставлення до нових стимулів відбувалося частіше, ніж формування позитивного. Ця тенденція сприяла ескалації ворожої поведінки. На думку більшості респондентів (83%), в основі формування ворожості лежить недовіра та підозра аудиторії. Після повернення з полону це вороже сприйняття світу стало стійкою характеристикою, що ускладнювало подальшу психологічну реабілітацію. У середовищі, яке характеризується широко поширеною недовірою, ворожість серед військовополонених проявляється як готовність або бажання завдати шкоди.

Найбільш небезпечною формою поведінки ув'язнених була відкрита агресія, за словами більшості військовослужбовців, які вижили в полоні (75,5%). Свідки стверджують, що агресивні в'язні могли бути розстріляні або тортурами з метою залякування. Свідчення таких жорстокостей сильно

вплинули на психіку та поведінку полонених. У 14% опитаних були негативні реакції, такі як заздрість і пов'язана з нею ворожість до жертв катувань. Це було особливо помітно у людей, які зазнали каліцтва, ампутації або кастрації. Ворожнеча, викликана заздрістю, характеризувалася як спроба досягти самодостатності за допомогою заздрісної сторони.

Враження, негативізм і заздрість визначили 49% військовослужбовців, які зіткнулися з погіршенням умов у полоні, як основу ворожнечі. Ця ворожнеча проявлялася у спробах встановити домінування над об'єктом заздрості. Почуття неповноцінності, особливо поширене серед ув'язнених, які зазнали важких фізичних травм, таких як тортури, згвалтування, сліпота, ампутація чи кастрація, призводило до інтенсивних депресивних настроїв і, в деяких випадках, до суїцидальних дій. Дві третини респондентів (67%) визнали, що апатичні стани є постійною рисою психологічного середовища військовополоненого. Однак ці періоди апатії перемежовувалися спалахами безпорадного гніву, і майже 30% відзначили, що стан апатії зберігався протягом усього часу перебування в полоні. Так, в умовах полону, де переважало почуття недобррозичливості з боку оточуючого світу та зберігалася негативна оцінка суб'єктивного майбутнього, ворожість проявлялася у вигляді депресивних настроїв.

Розглядаючи питання ПТСР, С. С. Макаренко та Н. М. Калка відзначають, що він може призвести до перебудови та зміни відносно стійких рис особистості [28]. Подібні зміни психіки військовослужбовців, які пережили ситуацію військового полону в умовах конфліктів на території нашої держави, викликають проблеми з наданням їм психологічної допомоги після повернення додому [51]. В умовах АТО, ООС та війни можуть спостерігатися різні форми та способи тримання військовополонених залежно від типу підрозділу, який захоплює військовослужбовця, та його спеціальності [31].

Опитування військовослужбовців, які пережили полон під час участі в антитерористичній операції на сході України, показують, що ворожі війська

можна умовно розділити на три типи: «військова частина», укомплектована діючими арміяцями сусідніх країн. країни, «професійних найманців» і «бандформувань», що складаються з осіб кримінальних кіл і місцевих жителів.

Психічний стан військовополонених відзначається значним психологічним напруженням, яке виникає через постійний страх бути вбитим або залишитися в полоні на невизначений термін. До цього стресу додається очікування фізичного та морального тиску з боку ворога, а також зусилля, які витрачаються на психологічну адаптацію до умов полону з боку різних підрозділів — військових, професійних найманців, бандформувань.

Сприйняття втрат залежить від типу підрозділу, де утримується військовополонений. Полонені «військовою частиною» зазначають, що найбільш травматичною подією стала втрата товаришів по службі через загибель під час бойових дій, транспортування та утримання. Це, у поєднанні з позбавленням сну, одягу, їжі та води, призвело до усвідомлення втрати впевненості в собі. На противагу цьому, військовослужбовці, які перебували в полоні професійних найманців і членів банд, підкреслюють, що відчуття втрати віри у власні сили було спричинене постійними погрозами розправи та позбавленням основних потреб. Почуття злиднів серед полонених було насаджено протиборчими силами за допомогою силових заходів. Особи, які пережили військовий полон у військовій частині, наголошують, що побиття часто були безглуздими діями, іноді без супроводу допитів.

Психологічний вплив тортур на ув'язнених є глибоким і далекосяжним. Стати свідком таких дій може завдати людям серйозних страждань, більшість також розповідають про жахливий досвід, коли бачили вбивство своїх товаришів під час допитів. Викликає занепокоєння те, що імітація стрілянини перед допитом була звичайною тактикою, коли ув'язнених підводили до стіни, а їхні викрадачі, перебуваючи під повним контролем, оголошували про свій намір стріляти і навіть стріляли в стіну. Така жорстока поведінка, яку часто організовували члени банди, викликала у військовослужбовців почуття сорому після повернення з полону.

Труднощі, з якими стикалися військовополонені, посилювалися постійними переміщеннями, транспортуванням у різні місця, переміщеннями з ям і підвалів, інсценованими стратами, недостатньою їжею під час переміщення, позбавленням сну та примусовою працею, яка включала такі завдання, як транспортування зброї, боєприпасів та участь у риття траншеї. Ці обставини викликали у полонених реакції дратівливості, безсоння, тривоги та глибокого виснаження.

Серед тих, хто пережив полон у психологічній динаміці «військової частини», після звільнення виникає почуття сорому та провини. Дехто зізнався, що співпрацював із ворожою стороною, додавши до свого непереборного почуття абсолютної безнадійності та відчаю в поєднанні з боротьбою адаптуватися до мінливого середовища. Навпаки, ув'язнені, утримувані професійними найманцями або членами банди, які зазнали тортур, згвалтувань, каліцтв і навіть кастрації, повідомили про важку депресію та суїцидальні нахили, що походять від глибокого почуття неповноцінності.

1.2.1. Методи підриву психіки бранців в умовах сучасного військового полону

Незалежно від рівня хоробрості та психічної сили, виявлених затриманим, перевага постійно буде надаватися тим, хто їх захопив. З точки зору психологічної стійкості, все, що пов'язано з діями НЗФ з українськими військовополоненими, зосереджено на методах, спрямованих на підрифт їх психічного благополуччя на всіх рівнях, зрештою спрямованих на повну деморалізацію. За даними Української Гельсінської спілки з прав людини, близько 80% осіб, які перебували в полоні під час збройного конфлікту в Україні, зазнали тортур. Перенесення таких мук і ув'язнення вимагає від затриманого міцного характеру та надії на остаточне звільнення. У контексті військового полону чітко визначені цілі та тверда рішучість вижити постають як вирішальні елементи, які можуть допомогти військовослужбовцю зберегти своє життя. У Декларації проти тортур, прийнятій Генеральною Асамблеєю ООН у 1975 році, чітко проголошено: «Жодна держава не повинна дозволяти або терпіти тортури чи інші жорстокі, нелюдські або такі, що принижують гідність, види поводження чи покарання»[25].

Конвенція проти тортур та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження чи покарання, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН 10 грудня 1984 року резолюцією 39/46, є ключовим міжнародним документом у боротьбі з тортурами. Стаття 1 Конвенції визначає «катування» як будь-яку навмисну дію, що заподіює сильний фізичний або психічний біль або страждання. Це робиться з наміром отримати інформацію чи зізнання, покарати осіб за скоєні чи підозрювані дії, або залякати, примусити чи дискримінувати їх чи третю сторону. Заподіяння такого болю чи страждань приписується державним службовцям або особам, які діють у офіційній якості, або за їх ініціативою, або з їх відома чи мовчазної згоди.

В українському законодавстві відсутні конкретні положення щодо визнання статусу та подальшої реабілітації жертв катувань. Зауважимо, що до переліку категорій громадян України, які мають право на безоплатне медичне

обслуговування та соціальну допомогу, не входять жертви катувань та їхні родичі [12]. Проте протиборча фракція в триваючому збройному конфлікті на сході нашої країни наполегливо вдається до тортур проти наших військовослужбовців. Існує кілька мотивів застосування незаконними збройними формуваннями держави-агресора тортур до українських військовополонених.

Основними цілями застосування тортур до українських в'язнів є:

1. Видобуток інформації: Майже 100% полонених українських військових піддавалися тортурам з метою вилучення інформації. Якщо надана інформація була неточною або не відповідала очікуванням катувальників чи їхнього начальства, тортури витримували.
2. Вимагання зізнань: під тортурами військовополонених примушували підписати письмові заяви зі зізнанням у ймовірних злочинах чи діях. Нерідко полонені підписували такі декларації, неправдиво зізнаючись у вчиненні неіснуючих правопорушень проти мешканців Донецької та Луганської областей, щоб уникнути подальших мук.
3. Вимагання зізнань з метою звинувачення та покарання інших. В окремих випадках військовополонених примушували підписати заяви, які містили наклеп на їхніх товаришів, Збройні Сили України чи керівництво країни.

Будь-яка форма тортур і насильства в контексті сучасного військового полону може призвести до фізичних, психічних та/або соціальних наслідків. Вважаючи розрізнення між методами фізичного чи психологічного катування непрактичним і навіть надуманим, для ясності та розуміння ми класифікуємо форми насильства та катування на три групи: фізичні; психологічні та/або «невидимі»; статевий.

Фізичні методи охоплюють насильницькі дії, які викликають біль, дискомфорт і дисфункцію в різних частинах тіла. Важливо визнати, що в контексті катувань основною метою часто є не негайна смерть військовополоненого. У результаті ті, хто виконує ці дії, разом зі своїми медичними співробітниками вживають запобіжних заходів, щоб гарантувати, що затриманий переживе

тортури, і щоб будь-які докази тортур залишалися прихованими під час ретельного огляду іншими. Незважаючи на ці профілактичні заходи, наслідки фізичних тортур постійно залишають помітні наслідки, які можна розпізнати та задокументувати. Важливо відзначити, що сьогодні розроблені та активно використовуються сучасні діагностичні методи та технології, які дозволяють ідентифікувати сліди фізичного впливу навіть через роки після поранень і катувань колишніх в'язнів. Найпоширеніші форми фізичних катувань включають ті, що викликають сильний біль, провокують сильний жах і/або негайну смерть, призводять до повного або крайнього виснаження, а також спричиняють каліцтва або довічну інвалідність. Психологічні та/або «невидимі» методи, які часто використовують представники незаконних збройних формувань, можна класифікувати на конкретні техніки, зокрема:

- Позбавлення:

Дії, що призводять до дезорієнтації, розгубленості, почуття самотності, страху, психологічного чи фізичного дискомфорту.

Позбавлення основних потреб, таких як світло чи звук, що включає тривалі періоди зав'язаних очей, ув'язнення в закритих кімнатах, відсутність їжі або обмежений доступ до основних потреб, таких як вода, одяг і медичне обслуговування.

- Примус:

Примушування військовополонених до вчинення дій або свідків подій, спрямованих на психологічний тиск.

Такі методи, як підписання неправдивих зізнань або представлення «неможливого вибору», де ув'язнений повинен вибрати між двома варіантами, обидва з серйозними негативними наслідками.

- Погрози та приниження:

Спрямування погроз і приниження військовополоненого, його родини чи близьких їм осіб.

- Ізоляція та обмеження зв'язку:

Ізоляція в'язнів та обмеження спілкування із зовнішнім світом.

Використання неправдивої, суперечливої, заплутаної або недостовірної інформації разом із застосуванням «зворотної психології».

- Вживання психотропних або інших наркотиків:

Введення таких речовин, як седативні, снодійні, психостимулятори, галюциногени, наркотики, або використання гіпнозу та інших подібних методів.

«Невидимі» тортури охоплюють методи, які не мають видимих слідів травми, але дають тяжкі наслідки, що призводять до психічного руйнування особистості військовополоненого. Ці методи, не виключаючи можливості фізичних тортур, мають на меті створити психосоматичні розлади або навіть спричинити смерть ув'язненого, викликаючи психоневрологічний дисбаланс, навіть якщо початковою метою було лише отримати зізнання.

Поширені методи «прихованого» катування, які застосовують особи з незаконних збройних формувань у східній частині нашої країни проти українських військовополонених, охоплюють: ізоляція в місцях позбавлення волі (сенсорні та соціальні розлади): реалізація станів, що призводять до галюцинацій, когнітивних порушень, нейровегетативних розладів та інших захворювань. «Знищення пам'яті»: застосування методів, спрямованих на знищення або погіршення пам'яті ув'язненого. Нестача сну, світла або повітря: Введення обмежень для перешкоджання доступу до сну, світла чи повітря. Симуляція розстрілу або стрільби: постановка сценаріїв або імітація страт чи стрілянини. Порушення статевих органів або жорстоке поводження: Піддавання ув'язненого різним формам насильства або жорстокого поводження з його статевими органами. Примус до принизливих дій або повне викриття: примушування затриманого до принизливих дій або повне оголення свого тіла. Введення інсуліну при гіпоглікемічному шоці: введення інсуліну для викликання гіпоглікемічного шоку. Електричний струм при м'язових спазмах або шоку: застосування електричного струму, щоб спровокувати м'язові спазми або викликати шок. Зневоднення або голодування, подані водою або їжею: відмова від води або їжі, щоб викликати зневоднення або

голодування. Використання оглушливого шуму: Піддавання ув'язненого інтенсивному шуму, наприклад, замикання його головою в металеву шафу (сейф), по якому б'ють молотками або іншими важкими залізними предметами.

1.3. Психологічна допомога особам, що пережили полон та тортури

Питання реабілітації осіб, які зазнали полону та/або тортур, залишається актуальним для багатьох країн світу. Amnesty International повідомляє про випадки тортур і жорстокого поводження щонайменше в 140 країнах світу. Ті, хто пережив травматичне випробування тортурами, продовжують боротися з довготривалими наслідками. Якщо це питання проігноровано, наслідки можуть зберігатися протягом усього життя людини і навіть поширюватися на покоління, завдаючи згубного впливу на суспільство в цілому.

Концепція полону набула популярності в 2014 році під час протестів на Майдані і з тих пір еволюціонувала у відповідь на ситуацію в Криму та східних регіонах Луганської та Донецької областей. Серед збройних конфліктів військовополонені стали одними з найбільш значних жертв у цій категорії. Міжнародне гуманітарне право (МГП) охоплює численні договірні та звичаєві норми, які окреслюють міжнародно-правову базу для військовополонених. Ці норми в сукупності складають інститут військового полону, регламентований Женевською конвенцією про поводження з військовополоненими [11].

За даними Української Гельсінської спілки з прав людини, приблизно 80% осіб, які перебували в полоні під час збройного конфлікту в Україні, зазнали тортур. Отже, у більшості випадків після захоплення наслідки тортур стають головною проблемою [34].

Фахівці з питань психічного здоров'я відіграють вирішальну роль не лише в лікуванні та реабілітації жертв катувань, але й у розслідуванні випадків катувань та вживанні профілактичних заходів шляхом психологічної оцінки ймовірних жертв. Документування та звітування здійснюються з метою використання результатів у відповідних судових процесах відповідно до Рекомендацій щодо ефективного розслідування та документування катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження та покарання, широко відомих як Стамбульський протокол [49].

Реабілітація осіб, які зазнали тортур, є невід'ємним аспектом компенсації та правом, закріпленим у міжнародних угодах з прав людини.

Конвенція ООН проти катувань передбачає, що держави повинні в рамках правової системи гарантувати відшкодування жертвам катувань. Це охоплює закріплене законом право на отримання справедливої та адекватної компенсації, включаючи фінансову підтримку, для комплексної реабілітації. У разі смерті потерпілого внаслідок тортур це право поширюється на осіб, які перебували на його утриманні [11].

Вкрай необхідно створити системи для оцінки ефективної реалізації реабілітаційних програм і послуг, включаючи відповідні показники та контрольні показники. Система реабілітації жертв катувань передбачає процедури аналізу та оцінки терапевтичних та інших індивідуальних потреб, а також проведення ефективних розслідувань і документування випадків катувань та інших форм жорстокого, нелюдського або такого, що принижує гідність, поводження та покарання [44].

З огляду на те, що тортури незмінно спрямовані на те, щоб зруйнувати людину, позбавивши її безпеки, стабільності та довіри до себе та світу, основні цілі реабілітації жертви включають:

1. Забезпечення основних потреб і стабілізація ситуації.
2. Відновлення сімейних і суспільних зв'язків.
3. Відновлення самоідентичності та сенсу життя.
4. Відновлення людської гідності.

Існують різні методика надання психологічної підтримки особам, які зазнали полону і тортур, у різних центрах застосовуються різні методи, адаптовані до конкретних потреб жертв тортур. Загальні терапевтичні підходи включають когнітивно-поведінкову терапію, орієнтовану на травму, психодинамічну терапію, поведінкову терапію, тілесно-орієнтовану терапію та експозиційно-розповідну терапію. Хоча індивідуальні сеанси є основним способом взаємодії, деякі програми об'єднують групову терапію, щоб зміцнити довіру та створити додаткову мережу соціальної підтримки.

Досліджуючи всесвітньо визнані моделі допомоги жертвам тортур [50], можна виділити дві визначні:

1) Короткострокова модель допомоги, розроблена в 1993 році в Данії в рамках притулку для біженців, спрямована на надання жертвам можливості відновити контроль над своїм життям. Ця терапія має на меті активувати вже існуючі ресурси та використовує комбінацію тривалого впливу, тілесно-орієнтованої терапії (на основі роботи Пітера Левіна) та методів управління реакціями організму, пов'язаними з травмою. Дослідження показують, що, навіть якщо значне зменшення симптомів не спостерігається, клієнти часто отримують нові ефективні способи впоратися з болем [13; 23].

2) Інтегративна модель передбачає співпрацю психотерапевтів, лікарів і психіатрів у рамках реабілітаційного центру. Фармакологічна терапія передуює використанню різних форм індивідуальної та групової психотерапії, вибраних з урахуванням освіти терапевтів, уподобань та унікальних характеристик пацієнтів. Додаткове навчання з когнітивно-поведінкових підходів і десенсибілізації та повторної обробки рухів очей (EMDR) пропонується в окремому терапевтичному центрі.

Незалежно від обраної концептуальної моделі, основна мета терапії посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у тих, хто пережив тортури, залишається незмінною. Це включає в себе зменшення симптомів втручання, інтерпретацію подразників як повторення травми, полегшення заціпеніння та уникнення, підвищення емоційного благополуччя, пом'якшення фізичних реакцій на травматичні спогади та мінімізацію імпульсивності або психотичних і дисоціативних симптомів, якщо вони присутні [30].

1.3.1. Робота психолога з військовополоненими, які піддавалися тортурам

Важливо підкреслити, що схильність українців звертатися за допомогою до психологів відносно низька. У суспільстві залишається поширеною помилкова думка, яка ототожнює такі терміни, як «психологія» і «психіатрія» або «психотерапевт» і «психіатр». Отже, люди можуть мати хибні переконання, що визнання психологічних труднощів і консультація з психологом означає стан «божевілля». Це хибне уявлення сприяє тому, що жертви тортур іноді мають неточні уявлення, змушуючи їх вважати, що звернення за психологічною допомогою означає певну форму психічної нестабільності. У результаті люди часто обирають медичну допомогу, соматичне лікування та лабораторні дослідження замість психологічної підтримки. Подолання таких упереджень потребує ефективної психологічної освіти та послідовних реабілітаційних зусиль.

Тортури представляють собою екстремальну ситуацію, яка незмінно призводить до тяжких психічних та емоційних наслідків, незалежно від психологічного стану особи до травмуючої події [16]. Психологічні наслідки тортур розгортаються в рамках особистого сприйняття, рівня розвитку особистості та різних соціальних, політичних і культурних факторів. Важливо визнати, що різноманітні форми катувань призводять до різних наслідків; наприклад, психологічний вплив симуляції смертної кари відрізняється від впливу сексуального насильства. Наслідки затримання для дорослих можуть не відображати наслідків для дітей. Незважаючи на це, серед тих, хто пережив тортури, постійно спостерігаються та документуються специфічні групи симптомів і повторювані психологічні реакції.

Примітно, що багато людей, які пережили тортури, виявляють страх і недовіру до владних осіб, зокрема лікарів і психологів. Цей аспект необхідно враховувати тим, хто займається організацією допомоги та реабілітації постраждалих. Поряд із цими симптомами жертви часто стикаються з проблемами у своєму професійному житті, сімейній динаміці та стосунках [44].

Незважаючи на численні спроби психотерапевтів визначити специфічний розлад, відомий як «синдром тортур», заснований на особистому досвіді, емпіричне підтвердження було невловимим. У науковій літературі про тортури та їх психологічні наслідки представлено різноманітні, іноді суперечливі концепції щодо ролі інтенсивності чи специфіки факторів стресу у розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [30].

Не було остаточно встановлено, що розлади, спричинені тортурами, принципово відрізняються від розладів, спричинених іншими психотравмуючими подіями. Проте катування виділяються своїм крайнім проявом насильства, яке охоплює як фізичні, так і психологічні елементи. Як правило, тортури мають певний соціальний і політичний контекст, часто з чітким політичним мотивом [41].

Хоча посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є найпоширенішим наслідком тортур, багато дослідників стверджують, що перелік симптомів посттравматичного стресового розладу не повністю охоплює всебічний ефект тортур [47]. Фахівці, які працюють з жертвами катувань, часто стверджують, що посттравматичний стресовий розлад не покриває всіх симптомів, які виявляються в клінічній картині жертв. Доктор Дж. Лансен запропонував діагностичну категорію «комплексний посттравматичний стресовий синдром», щоб охопити всі симптоми, пов'язані з екстремальними травмами, такими як тортури [24].

Незрозуміло жорстокі та такі, що принижують гідність, форми фізичних та психологічних катувань у поєднанні з фоном абсолютної невизначеності, глибокого відчуття безпорадності та відсутності контролю над подіями перешкоджають своєчасній обробці та свідомій інтеграції досвіду в історію життя жертви. . Такий досвід важко засвоїти в пам'яті та ідентичності жертви, що призводить до зміщення та фрагментації у сприйнятті травматичних подій. Отриманий досвід призводить до дисоціативних розладів і феноменів глибокої дезінтеграції, включаючи деперсоналізацію та формування чітких его-станів, що містять окремі когнітивні, афективні та поведінкові структури [45].

Потенційні наслідки катувань виходять за межі впливу на особистість жертви й впливають на її родину та суспільство в цілому. На особистому рівні катування є надзвичайно травматичною подією, яка викликає миттєві реакції паніки, перебільшеного страху смерті та відчуття втрати як фізичної, так і психологічної цілісності [44].

Переживання катувань глибоко впливає на людей, впливаючи на їхні когнітивні, емоційні та поведінкові аспекти. У таких ситуаціях звичайні соціальні стратегії поведінки можуть спровокувати додаткову агресію з боку кривдника, що зумовить необхідність розробки альтернативних стратегій виживання. Після звільнення з полону люди часто продовжують застосовувати стратегії виживання, набуті під час ув'язнення, що створює додаткові проблеми для їх реінтеграції в суспільство [37]. Поширеним наслідком тортур є втрата ідентичності та почуття приналежності до різних груп.

Цей психологічний симптом виникає внаслідок тривалих загроз, коли особистість стає мішенню для ворожості агресора та інструментом маніпуляції. Окремі особи можуть утримуватися від приєднання до певних груп, щоб мінімізувати ризики та вразливість [29]. Важливо відзначити різницю між посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) і розладами, пов'язаними з тортурами. Вирішальна відмінність полягає в унікальному міжособистісному компоненті тортур, який характеризується специфічними стосунками та ролями. Катування передбачає навмисні дії однієї особи проти іншої, при цьому катувальник зберігає абсолютну владу та контроль над жертвою, залишаючи її безпорадною без можливості для самозахисту [22].

Тортири представляють собою найогиднішу форму зла, яка запускає в жертві механізми, які підривають фундаментальну довіру до світу [40]. Заручники часто стикаються з «дилемою вибору» під час тортур, коли будь-яка дія або її відсутність може призвести до покарання. Отже, полонені, як правило, обмежують свої дії, щоб вижити в полоні, ускладнюючи процес соціалізації після звільнення. Через приниження та жорстокість, пережиті в полоні, жертви можуть несвідомо ідентифікувати себе з принизливими діями,

що вчиняються щодо них, перейнявши мислення типу «зі мною зробили щось погане, тому я теж поганий» (М. Індарт).

Підсвідомо жертви прагнуть відновити навіть хибне відчуття контролю над своїм життям. Більше того, у тих, хто вижив у полоні, розвивається «парадокс контролю». Під час неволі особини винаходять нові стратегії виживання, такі як контроль власних емоцій, дій і почуттів. Ці механізми зберігаються після звільнення, коли жертви намагаються стримувати свій гнів – стратегія, яка виявилася шкідливою для їхнього благополуччя під час ув'язнення.

Вирішуючи такі випадки, дуже важливо підтримувати клієнта в поступовому відновленні справжнього й конструктивного відчуття контролю над своїм життям. Загальна стратегія подолання наслідків тортур передбачає уникання близького спілкування та ізоляцію від суспільства. Жертва може плекати ілюзію, що це відкликання полегшить загоєння та запобіжить повторній травматизації. Проте вкрай важливо донести до жертви, що, оскільки травми були завдані людьми, справжнє зцілення може відбутися лише через контакт з іншими. Будь-яка взаємодія має бути з повагою до болю та почуттів людини, бути екологічною та зваженою, враховуючи психологічні потреби та нюанси жертви.

Примусове затримання може серйозно вплинути на родину жертви, вплинувши на близькі стосунки між подружжям, батьками та дітьми. Інші члени сім'ї також можуть зазнати травми і не завжди можуть надати підтримку, оскільки самі потребують допомоги. Близькі люди часто глибоко залучені в травматичну ситуацію і можуть намагатися підтримати інших. У сім'ї жертви ролі та стосунки можуть зазнати змін, що призведе до втрати довіри один до одного та до світу, викликаючи бажання надмірного контролю та опіки, іноді з боку обох подружжя. Хоча жертви можуть стати дуже чутливими та нетерпимими до будь-якого контролю, вони водночас прагнуть контролювати своїх родичів, зберігаючи контроль над ситуацією, що може призвести до додаткових непорозумінь. Пояснення сім'ї причин такої

поведінки має вирішальне значення, оскільки це допомагає зменшити тривогу та напругу.

Робота з подружжям, особливо на початкових етапах, істотно відрізняється від традиційної сімейної терапії. Дружину або чоловіка жертви тортур слід включити в терапію як союзника та ресурсу, хоча це не завжди можливо, враховуючи, що партнери жертв самі часто потребують психологічної допомоги. Членам сім'ї обов'язково необхідно усвідомити психологічну динаміку ситуації, навчитися артикулювати власний досвід, визначати тригери та ситуації, що сприяють додатковій травматизації, виробити стратегію подолання кризи, використовуючи наявний потенціал сім'ї.

Члени сім'ї часто борються з почуттям втрати. Очікуючи повернення коханої людини, вони відчувають хвилювання та очікування, вірячи, що звільнення з полону означатиме кінець їхнім бідам. Однак реальність часто виявляється інакше. Коли хтось перебуває в полоні, його близькі відчувають його фізичну відсутність, але відчувають його психологічну присутність [40].

Члени родини з нетерпінням чекають його повернення, і вся сімейна динаміка обертається навколо нього. Важливі сімейні події часто відкладаються до його повернення. Але коли людину звільняють з полону, перед рідними постають нові випробування. У багатьох випадках члени сім'ї говорять про фізичну присутність людини, але відзначають певну емоційну відсутність. Дружини жертв часто висловлюють почуття на кшталт: «Я з нетерпінням чекала його повернення, думаючи, що наше щастя відновиться, коли він повернеться. Тепер, коли він удома, я не відчуваю його присутності. Він часто мовчить, і здається, ніби його немає по-справжньому сам або подумки в іншому місці. Це неймовірно складно для мене; це так, наче я втратив його". У такі моменти дружина також може боротися з почуттям провини, думаючи: "Я повинна бути щаслива, що він вільний і живий, але я постійно сумую, наче втратила його назавжди» [39].

У цьому контексті психологічне керівництво стає найважливішим для

нормалізації та підтвердження цих емоцій. Зіткнення з надзвичайним насильством, жорстокістю, несправедливістю та приниженням викликає у жертв сильні агресивні та мстиві імпульси. Ці імпульси можуть суперечити моральним цінностям людини, що призведе до витіснення, розщеплення або проєктування цих емоцій назовні. Цей феномен може проявлятися під час роботи з клієнтами, які пережили тортури, особливо коли травматичний досвід тортур накладається на дитячі травми переслідування та несправедливості, що посилює бажання помститися. Така динаміка може створити згубний цикл, що перешкоджає зціленню жертви [43].

Висновки до розділу 1

Сьогоднішні умови збройного конфлікту на території України мають свій значний вплив на психологічний стан військовополонених з посттравматичним синдромом. Особливо це стосується саме військових, які на передових позиціях, коли підвищений рівень загальної соціально-психологічної тривоги серед побратимів накладає значний відбиток на увесь психічний стан та ситуацію в цілому. Слід виокремити, що значною і однією з найбільш впливаючих обставин на моральне почуття військового виокремлюється потенційна загроза через розташування позицій потрапляння в полон та безпосереднє вже захоплення заручниками.

Психологічну особливість ПТСР у військових після перебуванні в полоні вивчає широка ланка наук: психологія та соціологія, а також значний спектр інших суміжних дисциплін. Варто виокремити, що значний відсоток фахівців роблять акцент на травмівному досвіді солдат, досліджують практичний досвід бійців, беручи до уваги реальні історії та порівнюючи їх з кейсами міжнародного досвіду.

Орієнтуючись на затверджений стандарт діагностики, який прийнятий та погоджений усіма європейськими країнами - МКХ-10, то варто виокремити, що ПТСР зазначається, як стресовий розлад, котрий виникає після травматичних подій, що цілковито перевищують досвід звичайної людини.

У випадку із ПТСР, котрий прослідковується у кожного військовополоненого, необхідно зазначити, якими показниками він характеризується:

- 1) постійні думки, що розпочнеться катування;
- 2) надемоційні реакції на звичайні побутові події або моменти, коли хтось наближається ззаду
- 3) Відсутність емоцій або їхня млявість;
- 4) Прояв агресивної поведінки із застосуванням сили
- 5) Відсутність фокусу та часткова втрата пам'яті на деякий час

- 6) Наявність депресивного стану, з яким самотійно людина не в силах впоратись
- 7) Істерична поведінка при відчутті подразника душі і тіла
- 8) Зловживання психотропними речовинами, алкоголем та наркотиками
- 9) Раптовий прояв тривожного стану та сцен, котрі пов'язані із подією з травматичного досвіду
- 10) Безсоння та суїцидальні думки
- 11) Відчуття провини «пережитого» - відсутні позитивні емоції та відчуття і тд.

Однозначно, не завжди участь у військовому конфлікті являється точним гарантом того, що військовий потрапить до лав катівних місць держави-терориста, однак, досвід тривалої війни вказує на те, що дана ситуація дуже ймовірна.

У методичних зібраннях є й таке явище, як страх полону, адже воно являється одним із провідних та рушійних напрямків психологічного впливу під час війни, що супроводжується різноманітним натиском та впливом для того, щоб супротивник здався в полон.

Аналізуючи вищевказане, ми відобразили, що полонений, який потрапив в ізоляцію збройних формувань держави терориста, відчуває на собі всі можливі негативні психоемоційні стани: почуття страху, яке проявляється перманентно, постійне очікування тортур-як фізичних, так і моральних, відчуття знесилення від ситуації, котру він не може змінити, усвідомлення неможливості повернути час та скорегувати власні дії, різного виду знесилення через постійний голод та катування й імітацію вбивства. Зародження почуття знедоленості та відсутності навіть мінімального контролю над даною життєвою ситуацією, представниками збройних формувань ворогуючої країни формується внаслідок фізичних та психологічних тортур.

Насильницькі дії такого характеру є досить розгалуженими та різноманітними:

- 1) Розміщення в камері для однієї особи;
- 2) Перекриття до доступу світла, інколи повітря
- 3) Повноцінне позбавлення сну на значний проміжок часу
- 4) Постійне моделювання смерті бранця
- 5) Змушування до принизливих дій перед іншими полоненими
- 6) Перманентне моральне знування, розповідаючи військовому жахливі речі про родину
- 7) Сильне побиття з елементами знування – це найпоширеніший спосіб, який використовується зі спеціальними «інструментами»: мотузки, палки, електрошокери, ремені, ланцюги, залізне взуття.
- 8) Побиття окремих частин тіла – надзвичайно жорстокі побиття ніг, а саме ступні та рук із застосуванням різноманітних предметів: кийка, труби і тд. Дані дії не пройдуть безслідно ніколи і будуть в більшості випадків до кінця життя нагадувати про катування.
- 9) Підвішування під час якого застосовується фізична розправа у вигляді напуску хімічних речовин, шокового струму, побиття металевими палицями.
- 10) Заморожування - бійців виводять на холод без одягу та примушують стояти допоки не розпочинається обмороження кінцівок.
- 11) Змушування ходити по колючо-ріжучим предметам.
- 12) Тортури реакцій тіла – на «свіжу рану» насипають сіль, сок лимону, змушують вдихати гіркий мелений перець та дим від цигарок і тд.

Отже, період війни на території України, являється ситуацією, котра створює негативний досвід для військових, котрі відбули полон, так і для їхніх родин. Ветеранів не омине досвід ПТСР після визволення, оскільки переживши насильницьке утримання, тортури та катування їх чекає адаптація в нових умовах разом із родиною та оточуючими. Переважна більшість військовополонених відразу відчувають напругу механізмів психологічного захисту, які зазвичай мають негативний характер у рамках звичного життя.

Саме тому, ми робимо висновок, що постраждалим необхідно отримувати кваліфіковану допомогу в центрах реабілітації та ресоціалізації полонених за участю кваліфікованих психотерапевтів, психологів та за потреби із залученням психіатрів.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПТСР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПЕРЕБУВАННЯ В ПОЛОНІ

2.1. Характеристика вибірки та опис методів дослідження

Вибірка: у проведеному дослідженні взяли участь 68 осіб. Із них 18 жінок, котрі входять до лав Збройних Сил України та займають свою посади із моменту проведення АТО, ООС та 60 чоловіків, 40% з яких перебувають на посаді в добровольчих формуваннях НГУ та 60% - це військовослужбовці на контрактній основі загонів ЗСУ та НГУ. Вік досліджуваних респондентів сягає від 18 до 45 років. У даному емпіричному дослідженні брали участь тільки ті жінки та чоловіки, котрі добровільно потрапили до стін військових загонів, батальйонів та бригад, незалежно від того отримують вони грошову виплату/винагороду за безпосереднє включення до складу чи ні.

У дослідженні були використані наступні методи: проаналізовані літературні джерела, наявність анкетованих бланків, математична статистика. Також, були використані наступні методики: опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (І. О. Котеньова) та шкалу оцінки впливу травматичної події (IMPACT OF EVENT SCALE-R – скор. 1ES-R).

Аналіз результатів виконувався за допомогою математичної статистики, зокрема коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона та коефіцієнта детермінації R-квадрат. Усі отримані результати, були обраховані та пройшли обчислення за допомогою комп'ютерної програми Numbers for Pages.

Важливо відмітити, що протягом всього дослідження кожному респондентові були надані стандартизовані бланки з пустими полями, в яких розміщені методики. Для аналізу кожної окремої методики ми використовували числові показники, отримані від респондентів. Відповідні бланки із методиками представлені у додатках. У цьому розділі будуть відображені усі отримані числові показники, на основі яких буде проведено

аналіз психологічних особливостей ПТСР у військовослужбовців після перебування в полоні.

Для того, аби замотивувати військовополонених до участі в дослідженні, ми наголосили та запевнили їх, що це виключно добровільна основа без наявності жодних ознак примусу. Кілька разів було вказано та на моменті знайомства промовлено, що тестування має виключно анонімний характер, і учасники не повинні підписувати бланки відповідей своїм ім'ям, використовуючи будь-який псевдонім, символ або цифру, звісно якщо вони не захочуть цього в індивідуальному порядку. Також було відзначено як на початку, так і в кінці, що повністю всі результати являються конфіденційними, зазначивши, що випробувані можуть довіряти, що їхні результати не будуть розголошені третім особам.

Респонденти від самого початку мали інформацію про можливість отримання зворотного зв'язку щодо їхніх результатів упродовж трьох днів після тестування. Дослідження відбувалося як в індивідуальній, так і в груповій формі (за бажанням респондентів). Учасники емпіричного дослідження фіксували свої відповіді самостійно в реєстраційних бланках, ті хто не мав фізичної змоги цього робити-мав особистого помічника у вигляді соціального працівника. Інструкція щодо проходження методик була надрукована безпосередньо на бланку з питаннями, а також проголошена перед початком проходження тестів.

Отже, розглянемо методики, котрі застосовувались у нашому емпіричному дослідженні більш детально.

Опитувальник травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (І. О. Котеньова) (Додаток А)

Колективний досвід свідчить про доцільність врахування підходу І.О. Котеньова до розгляду психогенних розладів, спричинених травматичними подіями. Цей підхід користується популярністю серед фахівців в галузі військової психології (див. рис. 2.1). Автор концептуалізує формування посттравматичних порушень через наступні етапи, що відповідають стандарту

Американської психіатричної асоціації DSM-IV, котрий є затвердженим [26; 27].

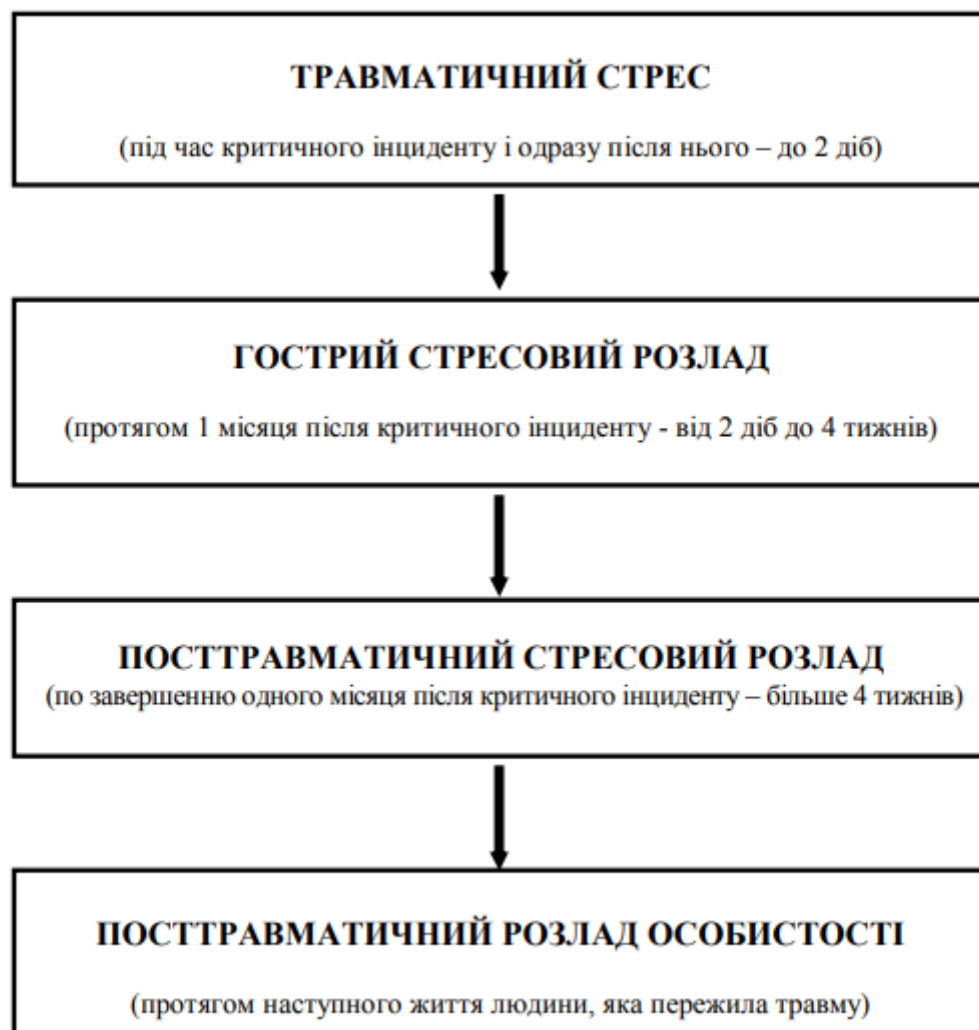


Рис. 2.1 - Стадії формування ПТСР

Дана шкала являє під собою наявність 110 шкал, котрі мають відповідь за цифровою градацією відповідно до стану військовослужбовця. У кожній графі на бланку відповідей під номером твердження необхідно виокремити цифру, що відображає відповідь згідно з персональними почуттями: 5 – "абсолютно правильно"; 4 – "здебільшого правильно"; 3 – "частково правильно, частково неправильно"; 2 – "здебільшого неправильно"; 1 – "абсолютно неправильно". Ураховуючи всі інструкції, досліджуваний не може залишити жодне поле пустим. Варто підкреслити, що вибір пунктів для тестування проводився шляхом прямого аналізу їхньої здатності визначати

осіб з різними типами ПТСР, що ґрунтуються на хронічному рівні. Тестування продовжується 30-60 хв.

Даний опитувальник призначений для вивчення стану людини після впливу надзвичайних факторів, зокрема - перебування в екстремальних умовах-війні. Опитувальник виявляє наявність у учасника бойових дій таких проявів посттравматичного синдрому, як немотивована перезбудливість та знесилення, вибухова реакція, агресивність, порушення пам'яті та концентрації уваги, депресія, тривожність, зловживання наркотичними і лікарськими засобами, галюцинації, проблеми зі сном (труднощі із глибокою фазою сну і переривчастий сон). Опитувальник включає не лише наявність 110 тверджень, але й співвідношення їх до 13 шкал. Респондент повинен вибрати відповідь, яка найкраще описує його стан або думки в даний момент.

Слід зазначити, що основними шкалами опитувальника є: немотивована пильність; вибухова реакція; притупленість емоцій; агресивність; порушення пам'яті та концентрації уваги; депресія; загальна тривожність; напади люті; зловживання наркотичними та лікарськими речовинами; страшні спогади і галюцинації; проблеми зі сном; "виживання та цілковите життя в провінції"; оптимізм.

У основу ПТСР зазвичай лягає соціально-психологічний стан індивіда та його невпевненість у майбутньому позитивному розвитку власного життя в усіх аспектах. Нерідко подібні переживання, які суперечать самосприйняттю, витісняються, що може проявитися у вигляді високого рівня психологічних проблем та тривоги. Ще одним із складників ПТСР є також відчуття безпорадності та нездатності впливати на хід майбутніх подій у власному житті, відсутності колишнього контролю над ситуаціями, котрі відбуваються та будуть відбуватись. Комбатант із усіма психологічними особливостями ПТСР, котрі в нього перелічуються зовсім не має необхідного рівня психологічної готовності до реалій мирного життя, незважаючи на те, який період часу та в яких саме умовах було його місцезнаходження в полоні-в

будь-якому випадку полон накладає негативні відбитки на психіку кожного військовослужбовця.

Опитувальник включає 110 сталих тверджень, які охоплюють загальне самопочуття, в родині та соціумі, з урахуванням соціальних, психологічних і фізичних аспектів. Його використання передбачає по чергове читання кожного висловлення та обрання відповіді, що найкраще відображає власні почуття та ставлення до конкретного аспекту. Інструкція вказує відповідати на питання без великого задуму, оскільки це сприяє отриманню більш достовірної інформації. Зазвичай опитувальний процес передбачає видавання респондентам карток з окремими питаннями, які не пов'язані між собою.

Слід зауважити, що даний опитувальник травматичного стресу І.О. Котеньова використовується в психологічних дослідженнях та практиці для оцінки психологічних наслідків травматичного стресу у людей, зокрема тих, хто пережив воєнні події, бойові дії, або інші травматичні ситуації. Цей інструмент дозволяє виявити різні аспекти посттравматичного синдрому та оцінити їх ступінь вираженості.

Опитувальник може бути корисним для

1. Вивчення психологічних наслідків травматичних подій.
2. Оцінки рівня стресу та його впливу на психічне здоров'я.
3. Психологічної підготовки та реабілітації людей, які пережили травматичні ситуації.
4. Дослідження ефективності психотерапевтичних втручань.

Застосування опитувальника допомагає психологам та дослідникам отримати більш об'єктивну картину впливу травматичних подій на психічне здоров'я та визначити напрямки подальшого втручання. Застосування опитувальника допомагає психологам та дослідникам отримати більш об'єктивну картину впливу травматичних подій на психічне здоров'я та визначити напрямки подальшого втручання.

Саме за допомогою кількості отриманих балів, можна відобразити рівень наслідків ПТСР - звичайно, більш високі бали надаються за відповіді,

які свідчать про більш виражені ознаки посттравматичного стресового розладу або інші психологічні наслідки травматичних подій. Це може включати такі аспекти, як тривожність, депресія, порушення концентрації, агресивність, проблеми зі сном і т. д.

Після збору відповідей від усіх опитаних осіб, проводиться підрахунок сумарних балів для кожного респондента, що дозволяє отримати оцінку ступеня вираженості психологічних наслідків травматичних подій. Такий підрахунок допомагає аналізувати та порівнювати результати дослідження. Спочатку сума балів підраховується окремо за кожною з 2-х субшкал. Після підрахунку балів за окремими шкалами обчислюється сума балів за узагальненою шкалою, на підставі чого робиться висновок щодо рівня ПТСР, а у нашому випадку, військовополонених, які знаходяться у формуваннях ЗСУ, НГУ та добровільних корпусах.

Однак, потрібно зауважити, що інтерпретація балів для жінок та чоловіків різниця. Роблячи загальний підсумок контрольних градаційних значень ПТСР та ГСР – різниці немає.

Методика «Шкала оцінки впливу травматичної події - (Impact of Event Scale – R-1ES-R). (Додаток Б)

Початковий варіант даного опитувальника був опублікований в 1979 р. Горовіцем та Horowitz, Wilner. Методика налічує в собі 15 пунктів, які мають на меті відобразити звіт особистості про себе та головним моментом є те, що він відображає присутність або відсутність систематики «уникання» або «вторгнення» й агресивного відсторонення він минулого та травмуючих ситуацій, які відбувались із респондентом.

Нав'язливі переживання, які повторюються та проникають у свідомість пацієнта, є одним із симптомів вторгнення при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). Це можуть бути кошмари, нав'язливі думки, образи або відчуття, пов'язані з травматичною подією. Людина з ПТСР може відчувати ці симптоми як «відновлення» травми.

Симптоми так званого «вторгнення» можуть бути такими: кошмари під час ночі: під час сну можуть виникати живі та страшні сцени, пов'язані з травмуючою подією, що призводить до прокинення з почуттям страху та тривоги. Нав'язливі думки: постійне відчуття, що думки про травмуючу подію не можна контролювати та видалити з голови. Образи та відчуття: відчуття, ніби подія повторилася, або відчуття, пов'язані з подією, можуть бути реальними. Ці симптоми можуть бути надзвичайно виснажливими та можуть вплинути на якість життя людини, яка їх відчуває.

Подальше дослідження виконане Д. Вейсом та його колегами (Weiss, Marmar, Metzler 1995) вказало на те, що Шкала оцінки впливу травматичної події (IES) може бути більш корисною, якщо вона здатна визначати не лише симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР), такі як вторгнення та уникнення, але й симптоми гіперзбудження, що входять до діагностичного критерію DSM – IV і представляють собою інтегральну частину психологічної реакції на травматичні події [18].

Згодом, була створена переглянута версія шкали (IES-R) з 22 пунктами, яка включає додаткові 6 пунктів для вимірювання субшкали «гіперзбудження». Ці нові елементи дозволяють більш повно оцінити реакції на травматичні події, враховуючи аспекти злості, дратівливості, труднощі з концентрацією, психофізіологічного збудження, обумовленого спогадами, та безсоння. Це розширення покращує можливості визначення широкого спектру психологічних реакцій на травматичні враження.

Доданий пункт, котрий став новим – «вторгнення» відображає стан людини, котрий є наближеним до дисоціативного. Варто зазначити, що дисоціативний стан - це психічний стан, при якому відбувається роз'єднання чи роз'єднування звичайного об'єднання елементів свідомості, пам'яті, ідентичності або сприйняття навколишнього середовища. Це може включати відчуття відсутності або втрати єдності свого тіла, реальності, емоційного стану чи пам'яті.

Дисоціативні стани можуть виникнути як захисний механізм від психологічного стресу або травматичного досвіду. Це явище може призводити до відчуття відокремлення від власних думок, емоцій або дій, інколи призводячи до втрати зв'язку з реальністю. Дисоціативні реакції можуть бути тимчасовими, але також можуть виникати у вигляді розладів, таких як дисоціативний розлад.

Це явище може виявлятися в різних формах, від легких епізодів відсутності до більш серйозних інстанцій, коли особа втрачає здатність свідомо сприймати чи ідентифікувати себе [18].

Тож, повернемося до симптоматики «нав'язливих станів» - страхітливі сни, відчуття провини та обвинувачення, зневіра, негативні думки. Симптоми у стані "уникнення" при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР) можуть включати:

1. Уникнення спогадів: Людина може намагатися уникнути навіть слабких нагадувань про травматичну подію. Це може включати уникнення розмов на тему події або намагання не надто докладно згадувати чи пригадувати подію.

2. Уникнення місць: Особа може уникати місць, пов'язаних із травматичною подією, навіть якщо це місце раніше було частиною їхнього звичайного середовища.

3. Уникнення людей: Зусилля уникнути людей, подій чи ситуацій, які можуть нагадувати про травматичний досвід.

4. Відчуття емоційного відсторонення: Людина може відчувати емоційне відсторонення від інших, уникати інтимних відносин або намагатися позбутися емоційного зв'язку.

5. Втрата інтересу: Втрата інтересу до звичайних занять, друзів чи розваг, які раніше надавали задоволення.

6. Емоційне відцентрування: Зосередження на інших справах або діяльностях, щоб уникнути розмов про травматичну подію.

Ці симптоми можуть впливати на якість життя і можуть виникнути як спроба самозахисту від болючих спогадів та емоційних реакцій, пов'язаних з травматичною ситуацією.

Симптоматика «гіперзбудження» відображається в проявах агресії, роздратованості на себе та оточуючих, перманентна реакція переляку на буденні речі, розфокусованість, відсутність сну та концентрації уваги.

Після інтерпретації, дане тестування містить в 22 пункти та 3 шкал: «вторгнення», «уникнення» та збудження фізіологічного характеру. Учасникові тестування-опитування необхідно уважно прочитати всі твердження, проаналізувати його самостійно, і лише після цих етапів обрати варіант відповіді, котрий найбільш точно описує його теперішній стан, відчуття та думки. Паралельно з відчуттями, їх необхідно перенести на папір, відобразивши у відповіді - «ніколи», «рідко» чи «інколи». Після збору відповідей здійснюється підрахунок балів, а результати аналізуються з використанням ключа для трьох вищезазначених шкал [49].

Обидві ці методики є важливими та достатніми для досягнення основної мети нашого емпіричного дослідження, якою є виявлення травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (І. О. Котеньова)-(результати будуть відображені за підрахунком відповідей з першого опитувальника), та «Шкала оцінки впливу травматичної події - Impact of Event Scale – R-IES-R - (результати будуть відображені за підрахунком відповідей з другого опитувальника).

Цей метод інтерв'ювання є сукупністю та аналізом інформації, отриманої через заповнені анкети та бланки відповідей респондентами. Ми зауважили всі події, які потрібно було подолати військовополоненим а цілком можемо проаналізувати їх психологічний стан, саме тому, відповідно до принципів Етичного кодексу, всі респонденти підписали інформовану згоду, що гарантує їхню анонімність та безпеку у використанні особистої інформації.

Для більшого розуміння та поінформованості життєвого шляху

військовослужбовців, їм було запропоновано відповісти на анкетні питання, які представлені у вигляді таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Питання анкети

№ з/п	Питання	Варіанти відповіді
1.	Вік респондентів	18-24\25-37\38>
2.	Стать	Ж\Ч
3.	Кількість років служби за контрактом	1-5\5-10\10-20\20>
4.	Наявність посвідчення УБД	Так\Ні
5.	Наявність посвідчення учасника АТО/ООС	Так\Ні

2.2. Організація проведення емпіричного дослідження

Інформація з перших вуст, а саме та, котра являється цілковито об'єктивною та містить дані про особисту історію та статус на місці несення служби – їхньої інтеграції в бойове коло за кількістю років перебування на полі бою учасників дослідження, була отримана нами, після проведеного анкетування та за допомогою підрахунку інформативних даних. Зібрана інформація сприятиме глибшому розумінню психологічних особливостей ПТСР у військовослужбовців після перебування в полоні. Також була визначена група осіб, які проявляють найбільшу схильність до психологічного стресу за рахунок пережитого досвіду. Отримані результати будуть відображені у таблицях 2.2. та 2.3.

Таблиця 2.2.

Аналіз вибірки

Вік респондентів	Чоловіки	Жінки
18-24	Ч - 21	Ж - 1
25-37	Ч - 26	Ж - 5
38>	Ч - 13	Ж - 2

Таблиця 2.3.

Наявність посвідчення учасника АТО/ООС

Вік респондентів	Чоловіки	Жінки
18-24	Ні – 21, Так - 0	Ні – 1, Так - 0
25-37	Так – 26, Ні - 0	Ні – 4, Так - 1
38>	Так – 13, Ні - 0	Ні - 2 Так - 0

Аналізуючи вищевказані результати можемо вказати, що 13 % опитаних респондентів – це жінки, а 87% - чоловіки. Усі опитувані віком від 18 до 24 років не являються учасниками АТО та ООС. Чоловіки віком від 25-38> мають

посвідчення учасниками АТО та ООС, що майже цілком відрізняється від опитаних жінок того ж віку -у 90% воно відсутнє.

Відобразимо отриману статистику у вигляді рисунків 2.1, 2.2, та 2.3.



Рис. 2.1. Розподіл респондентів

Під час проведення опитування, нами було зафіксовано, що чоловіки та жінки віком від 35 років найбільш проявляли неохоту в участі у емпіричному дослідженні - це може бути причино-наслідковим зв'язком через сприйняття травмованого досвіду, а отже наявний психологічний станом колишніх полонених. Ще одним моментом, яким ми хотіли б поділитись - це те, що респонденти були досить занепокоєні та в деякій мірі відчували тривогу через те що дослідження могло вийти за рамки аудиторного формату та не бути анонімним. Можна передбачити, що дана реакція пов'язана із тривогою стосовно отриманих результатів після проходження опитувальника, які можуть викликати як позитивні емоції, так і негативні настрої, котрий нагадає про пережиті жахи полону. Також, це цілковито може стати тригером для звільненого полоненого бійця. Що породить собою психологічні наслідки ПТСР. Варто виокремити, що жінки проявляли меншу стурбованість та завершували тестування першими.

Також, слід відзначити момент, що чоловіки віком до 24 років спочатку відмовились брати участь у емпіричному дослідженні, однак після отримання інформації про цілковиту конфіденційність – погодились. Нам вдалось

дізнатись причину такої реакції, вона полягала в тому, що бійці не хотіли розголосу про їхнє перебування в полоні. Можемо припустити, що дане покоління мають менший рівень довіри та хвилюються про свою репутацію значно більше іншої частини респондентів.

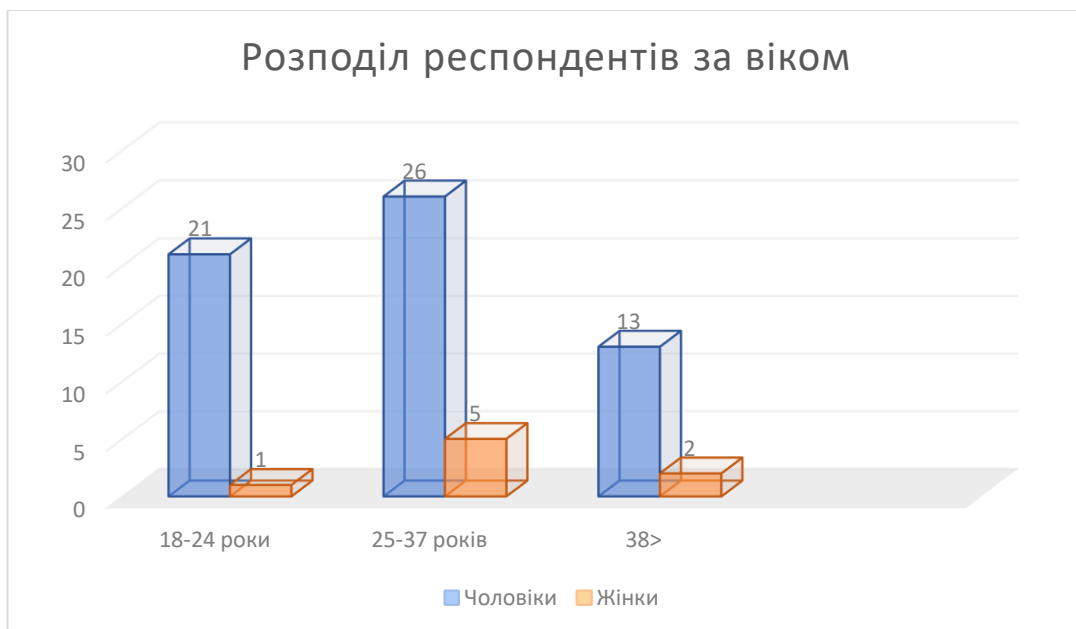


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за віком

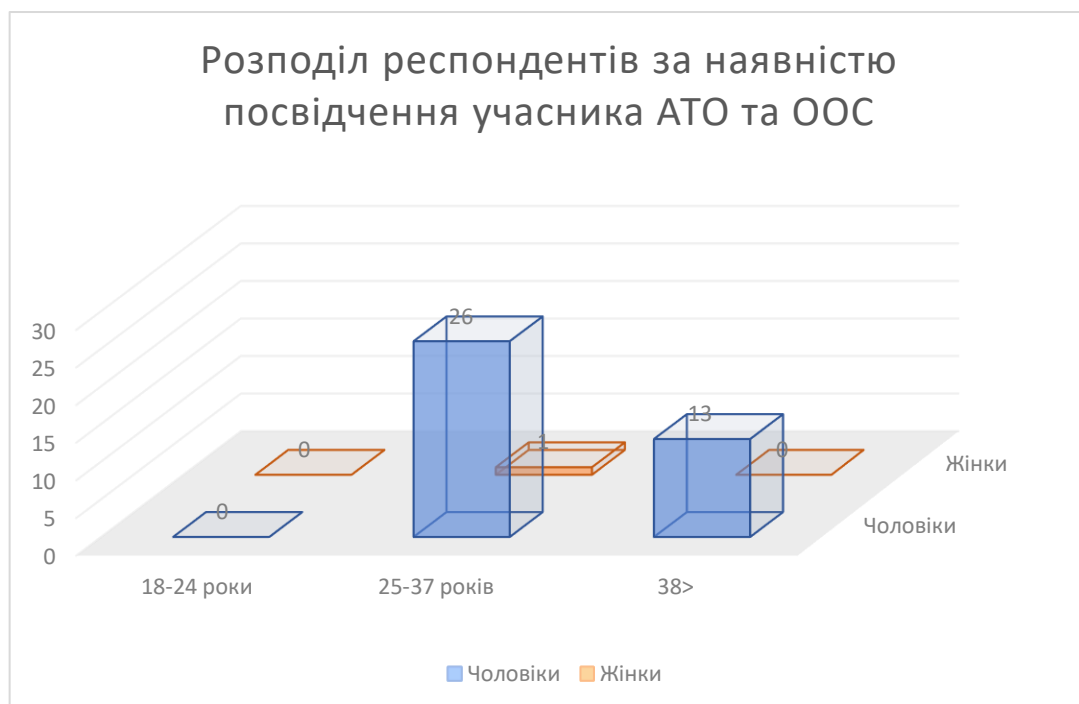


Рис. 2.3. Розподіл респондентів за наявністю посвідчення учасника АТО та ООС

Щодо проаналізованих даних на основі результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей посттравматичного синдрому у військовослужбовців після перебування в полоні - отримані у процесі опитування вихідні результати можна відобразити у вигляді таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Підраховані дані опитаних респондентів

№	Рівень травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків	Вплив травматичної події
1	3	IN - 27,40 AV - 22,50 AR - 77,40
2	3	IN – 25.00 AV - 22,80 AR – 88.00
3	4	IN – 25.00 AV - 22,30 AR - 79,90
4	4	IN - 27,40 AV - 26,50 AR - 77,49
5	4	IN - 25,40 AV - 32,50 AR - 77,50
6	2	IN – 25.00 AV - 22,30 AR - 79,90
7	4	IN – 28.00 AV - 22,50 AR - 74,40
8	5	IN - 20,40 AV - 15,50 AR – 50.00
9	5	IN - 27,40 AV - 22,50 AR - 77,40
10	5	IN – 25.00 AV - 22,70 AR - 79,60
11	4	IN - 27,40 AV - 22,50 AR - 77,50
12	4	IN - 27,40 AV - 22,50 AR - 73,40
13	2	IN - 15,40 AV - 22,50 AR - 77,40
14	3	IN - 22,40 AV - 26,50 AR - 78,30
15	4	IN - 25,30 AV - 28,50 AR - 77,40
16	5	IN - 28,40 AV - 26,50 AR - 81,60
17	5	IN - 31,40 AV - 22,50 AR - 82,50
18	4	IN - 27,90 AV - 23,50 AR - 70,40
19	4	IN - 45,40 AV - 22,60 AR - 77,90
22	4	IN - 22,60 AV - 22,70 AR - 78,40
21	4	IN - 27,00 AV - 16,50 AR - 72,40
22	3	IN - 27,60 AV - 22,50 AR - 72,30
23	3	IN - 28,40 AV - 25,50 AR - 76,40
24	5	IN - 29,50 AV - 28,50 AR - 77,40

25	2	IN - 25,40 AV - 28,50 AR - 77,40
26	5	IN - 26,40 AV - 26,50 AR - 78,50
27	5	IN - 22,40 AV - 26,50 AR - 70,40
28	4	IN - 28,40 AV - 29,50 AR - 72,10
29	4	IN - 24,40 AV - 29,50 AR - 73,40
30	5	IN - 25,40 AV - 27,50 AR - 73,40
31	5	IN - 27,40 AV - 24,50 AR - 71,50
32	4	IN - 27,40 AV - 22,50 AR - 71,40
33	4	IN - 27,50 AV - 22,50 AR - 73,40
34	5	IN - 27,40 AV - 22,50 AR - 77,50
35	5	IN - 28,50 AV - 24,50 AR - 77,60
36	3	IN - 27,80 AV - 21,50 AR - 77,40
37	3	IN - 25,40 AV - 21,50 AR - 77,40
38	4	IN - 26,40 AV - 26,50 AR - 73,50
39	5	IN - 26,40 AV - 28,50 AR - 76,10
40	4	IN - 26,40 AV - 28,50 AR - 79,40
41	4	IN - 21,90 AV - 22,50 AR - 77,40
42	4	IN - 15,60 AV - 28,50 AR - 79,70
43	5	IN - 13,70 AV - 22,50 AR - 77,80
44	5	IN - 22,70 AV - 22,50 AR - 77,80
45	5	IN - 27,70 AV - 22,50 AR - 77,50
46	5	IN - 25,50 AV - 22,50 AR - 77,40
47	4	IN - 29,50 AV - 27,50 AR - 76,40
48	4	IN - 33,30 AV - 27,50 AR - 77,40
49	4	IN - 33,10 AV - 28,50 AR - 77,40
50	3	IN - 27,20 AV - 24,50 AR - 78,40
51	3	IN - 27,50 AV - 24,50 AR - 75,50
52	4	IN - 27,40 AV - 26,50 AR - 68,20
53	4	IN - 25,40 AV - 30,50 AR - 76,20
54	4	IN - 25,70 AV - 30,50 AR - 77,20
55	4	IN - 23,80 AV - 12,50 AR - 76,50
56	4	IN - 23,90 AV - 22,80 AR - 7640
57	2	IN - 26,90 AV - 26,50 AR - 77,40
58	5	IN - 26,90 AV - 26,50 AR - 77,40

59	3	IN - 29,80 AV - 29,50 AR - 77,10
60	4	IN - 28,80 AV - 26,50 AR - 77,40
61	3	IN - 27,80 AV - 22,50 AR - 46,40
62	4	IN - 24,90 AV - 22,50 AR - 77,40
63	4	IN - 24,60 AV - 25,50 AR - 76,40
64	4	IN - 24,60 AV - 2,50 AR - 77,70
65	4	IN - 33,80 AV - 23,50 AR - 77,50
66	4	IN - 36,80 AV - 25,50 AR - 71,40
67	5	IN - 25,80 AV - 26,50 AR - 76,40
68	5	IN - 26,00 AV - 28,50 AR - 75,40

Згідно з обробкою результатів до табличних значень, акцентуємо увагу на всіх цифрових даних, що мають значення починаючи з 1 до 5 балів. У першій колонці рівня травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків позначаємо отримані результати таким чином: виділяємо градацію за числовими показниками. Виокремлення показникових значень ми підсумували так: «1» - це низький рівень травматичного стресу, якщо позначаємо як «2» - це теж низький рівень, при позначенні як «3» - середній (ближче до високого) рівень травматичного стресу, «4» - високий рівень травматичного стресу, а інтерпретація «5» - дуже високий рівень травматичного стресу у військовополонених. Незважаючи на те, що щоб підрахувати коректно результати нам потрібно взяти до уваги тринадцять характеристик, але ми прораховували за методом показника-якщо в будь-якій шкалі він був перевищений, то відповідно ми можемо виокремити що травматичний стрес наявний, градація оцінок відбувалась відповідно до кількості збільшених (перебільшених результатів). Це ми робимо для того, щоб обчислити кореляцію між двома значеннями обраних методик за допомогою програми Jamovi та відобразити взаємозалежність отриманих даних, співставивши їх.

Ми виконуємо аналогічні дії з результатами, отриманими за другим опитувальником. Значення, що дорівнюють або перевищують 5 балам за будь-якими з трьох шкал зазначаємо як «5» - дуже високий вплив травматичної

ситуації, а відповідно значення нижчі за «5» бали позначаємо по градації до «1» - дуже низький вплив травматичної ситуації на військовослужбовця.

Ми виконуємо аналіз за допомогою математичної процедури - кореляції "Paired sample t-test" у програмі Jamovi і, як результат, отримуємо статистичне підтвердження взаємозв'язку між значеннями цих двох опитувальників. Іншими словами, ймовірно, існує узгодженість між високим рівнем тривоги та низьким рівнем задоволеності сімейним станом, а також низьким рівнем тривоги та високим рівнем задоволеності стану в сім'ї, що відображено в таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Кореляційний зв'язок між рівнем травматичного стресу та впливу травматичних подій

	Низький рівень травматичного стресу	Високий рівень травматичного стресу	Усього
Низький рівень впливу травматичних подій	4	10	14
Високий рівень впливу травматичних подій	11	43	54
Усього	15	53	68

На рисунку 2.4 відображені дані кореляції $\chi^2 = 34$ та $p < 0.01$

Рис 2.4 Кореляція між отриманими значеннями

χ^2 Пірсона	Значення (value)	df	p
χ^2	34.0	1	<0.01
N	68		

В ході статистичного аналізу даних ми отримали значення $p < 0.01$, що вказує на високий позитивний зв'язок між рівнем травматичного стресу та впливом травматичних подій. Жінки та чоловіки, які були військовослужбовцями та пережили важкості полону, із підвищеним рівнем травматичного стресу, виявили себе соціально та психологічно неготовими до повернення та адаптації до життя, яке вони мали до потрапляння в полон.

У результаті цього колишні полонені висловлюють низький рівень задоволеності життя, хоча важливо зауважити, що, незважаючи на це, ті комбатанти, чий рівень травматичного стресу є низьким, також відзначаються низьким впливом травматичних подій на своє життя. Отже, за результатами дослідження можна відобразити, що 78% респондентів наразі живуть із підвищеним рівнем травматичного стресу та зазнали високий вплив травматичних подій, та у 22% з опитаних чітко виокреслюється кореляція з низьким рівнем травматичного стресу та зазнали високий вплив травматичних подій.

Тут варто зазначити, що проводячи паралель між розподілом за статтю – чоловіками та жінками, чітко відображається, що 80% із задовільними балами являються жінки. Даний факт, також, може проявлятися в даній ситуації через те, що жінки мають більше емоційних стресів впродовж життя, тому вони вміють «притупити» власну емоційну чутливість до травмуючих подій. Звісно, негативні наслідки можуть відобразитись згодом, однак при проведенні емпіричного дослідження нами, відсотковість позитивних балів присутня.

Варто виокремити, що лише 22% зовсім не знайомі із впливаючими факторами травматичних подій та у переважній більшості з даної цифри відсотковості, мають низький рівень травматичного стресу, що дає нам зрозуміти, що ПТСР їх спіткати не буде. Треба зазначити, що даний факт може бути тотожним до пережитого раніше досвіду даних полонених - їхня психологічна стійкість та витримка може давати свої результати під час полону, оскільки якщо психіка вже переживала багато травмуючих подій, то

вона може пристосуватись набагато краще, аніж та особа, котра не мала в досвіді зовсім або лише кілька подій, котрі нанесли травму її психіці.

Висновки до розділу 2

У проведеному емпіричному дослідженні була перевірена гіпотезу щодо взаємозв'язку між рівнем травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків та шкалою оцінки впливу травматичних подій. За допомогою математичної кореляції процедури, котра допомогла нам відобразити дані - "Paired sample t-test" у програмі Jamovi, був чітко відображений наявний взаємозв'язок рівнем стресу та ПТСР як в позитивному варіанті, так із даними, що несуть негативний характер змінної. Саме тому, можемо зробити висновки, що поставлена перед нами ціль роботи була виконана, а гіпотеза доведена.

Підсумовуючи проведене дослідження, можемо з цілковитою упевненістю стверджувати, що переважна більшість військовослужбовців, котрі повернулись з полону. Незалежно від терміну їх перебування там, мають високий позитивний зв'язок між рівнем травматичного стресу та впливом травматичних подій. Згідно з емпіричними даними, наразі, вони проживають не найкращі часи та періоди свого життя, адже їх постійно спіткає ПТСР урізних проявах:

1. Надмірна працьовитість.
2. Перебільшена реакція.
3. Зменшення виразності емоцій.
4. Агресивна поведінка.
5. Втрата пам'яті та проблеми з концентрацією уваги.
6. Стан депресії.
7. Загальний стан тривожності.
8. Прояви нападів люті.
9. Надмірне вживання наркотичних і лікарських препаратів.
10. Непрохані відомості та галюцинаційні враження.

11. Проблеми зі сном різноманітного характеру.

12. Відчуття провини за те, що вдалося вижити.

13. Стан оптимізму.

Саме тому, вони психологічно не готові повертатись до буденного життя без кваліфікованої допомоги психологів, адже наслідки ПТСР вони відчувають на собі щоденно. Вони втрачають інтерес до життя та стають емоційно віддаленими від реальної картини світу, незважаючи на те, що кожна особа може досвідчувати ці симптоми в різному обсязі та комбінаціях. Лікування та підтримка фахівців у сфері психічного здоров'я можуть допомогти зменшити вплив ПТСР та поліпшити якість життя.

Кваліфікована допомога при наявності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) є важливим з погляду покращення психічного здоров'я та якості життя осіб, які стикаються із цим розладом. Ось деякі ключові причини, чому потрібно лікувати ПТСР:

1. Покращення якості життя: лікування ПТСР може допомогти зменшити інтенсивність симптомів, таких як тривога, депресія, та повернути пацієнтам здатність вести повноцінне життя.

2. Сприяння функціонуванню в суспільстві: люди із значущими симптомами ПТСР можуть відчувати труднощі в міжособистих відносинах, на роботі та участі в загальних суспільних подіях. Лікування може полегшити ці труднощі та поліпшити соціальне функціонування.

3. Зменшення ризику інших проблем здоров'я: пацієнти з ПТСР можуть бути в більшому ризику розвитку інших проблем здоров'я, таких як захворювання серця, проблеми зі сном, алкогольні та наркотичні залежності. Лікування спрямоване на зменшення цих ризиків.

4. Сприяння пристосуванню до стресових ситуацій: люди із симптомами ПТСР можуть важко пристосовуватися до стресових ситуацій, особливо пов'язаних із травматичними подіями. Лікування надає інструменти та стратегії для ефективного управління стресом.

5. Збереження сімейних та міжособистих відносин: ПТСР може впливати на сімейні та міжособисті відносини. Лікування може сприяти покращенню комунікації та розв'язанню конфліктів.

6. Запобігання самогубству та іншим негативним наслідкам: у неконтрольованому вигляді ПТСР може призвести до серйозних наслідків, таких як самогубство або зловживання наркотиками. Лікування може зменшити ці ризики та допомогти виявити ефективні стратегії управління негативними думками та емоціями.

Загальною метою лікування ПТСР є поліпшення добробуту і якості життя тих, хто стикається з цим розладом, і забезпечення їхнього оптимального функціонування в суспільстві.

Однак, необхідно також приділити увагу на маленький відсоток тих військовополонених, доля яких не спіткала підвищення рівня травматичного стресу, а отже травматичні події не наклали значний відбиток на їхню психіку. Незважаючи на те, що наразі ситуація психологічного стану досить позитивна, однак таким комбатам-полоненим, варто час від часу відвідувати психолога. Задля того, аби контролювати свій стан та слідкувати за наявністю симптомів та ознак, що свідчили б про ПТСР.

Дане емпіричне дослідження, котре було проведене нами, дало змогу відобразити негативний вплив перебування в полоні на військовослужбовців, котрі несуть службу в добровольчих формуваннях, ЗСУ та НГУ, оскільки переважна більшість з них, мають ПТСР, з котрим живуть надалі та намагаються пристосуватись до звичного їм життя до війни. Особливу увагу потрібно приділити тому, що результати тестування у 90% мали сформовані бали на основі негативних показників психічного стану, що необхідно ліквідувати якомога швидше за участю кваліфікованих психологів.

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ ОТРИМАНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ «ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСТР У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПЕРЕБУВАННЯ В ПОЛОНІ»

3.1. Мета, завдання та організація формувального етапу дослідження

Проведене нами емпіричне дослідження психологічне дослідження відображення психологічних особливостей ПСТР у військовослужбовців, котрі перебували в полоні ворожої країни. Аналізуючи діагностичні критерії шкали оцінки впливу травматичної події на комбата, а також співставляючи її до рівня травматичного стресу, котрий і відображає психологічні наслідки. Саме за допомогою даних методик, ми змогли відобразити та виокремити наявність проблематичного аспекту після перебування полоненим: перевищені в кілька разів від норми, результати, котрі показують негативний вплив травматичної події та паралельно тримають високий рівень травматичного стресу, що за собою у 90% спіткає наявність ПТСР у подальшому житті. Виходячи з вищевказаного, наша розробка тренінгово-рекомендаційної програми має на меті зниження впливу травматичної події й стресу від неї, а саме перебування в полоні впродовж певного періоду часу та формування навичок у соціально-психологічній сфері, для того аби знизити вплив ПТСР в подальшому житті комбатанта поза межами військової служби та передових позицій ліній фронту.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є серйозним станом, і лікування його може включати різні методи, включаючи соціально-психологічні підходи. Ось деякі з них:

1. Психотерапія:

- Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): Цей підхід допомагає людям змінити шкідливі думки й поведінкові патерни, котрі відносяться до травми.

- ЕМДР (ED&R): ця форма терапії включає в себе рухи очей або інші форми стимуляції для обробки травматичних спогадів.

- Психодинамічна терапія: допомагає розуміти, як травма впливає на невідомі аспекти психіки і відносини.

2. Групова терапія:

- Групи ровесників: участь у групах з іншими людьми, які пережили подібні травми, може надати підтримку та зрозуміння.

3. Сімейна терапія:

- Залучення сім'ї у лікування: робота з членами сім'ї може допомогти вирішити проблеми міжособистісних відносин та створити підтримуючий оточення.

4. Соціальна підтримка:

- Підтримка близьких людей: розмови з родиною та друзями можуть бути важливим елементом відновлення.

5. Медикація:

- Анксиолітики та антидепресанти: ліки можуть бути використані для полегшення симптомів, таких як тривога та депресія.

6. Фізична активність:

- Спорт та рухова активність: фізична активність може допомагати знижувати рівень стресу та поліпшувати настрій.

7. Медитація та релаксація:

- Медитація та йога: допомагають зосередитися на моменті, знизити рівень тривожності та відновити розслаблення.

Лікування ПТСР може бути індивідуальним процесом, і важливо враховувати індивідуальні потреби та унікальність кожної ситуації. Це також може включати комбінацію різних методів лікування для досягнення оптимальних результатів. Якщо ви чи хтось інший потребує допомоги з проблемами ПТСР, важливо звертатися до професіонала здоров'я для отримання конкретної та адаптованої допомоги.

На сьогодні існують три основних методи соціально-психологічної підтримки у протистоянні посттравматичному стресовому розладу (ПТСР):

1. Пасивна участь:

Включає в себе сприйняття інформації за допомогою сприймання лекційного матеріалу, читання, запам'ятовування аудіоматеріалів та перегляд відеоматеріалів, де взаємодія обмежена до одностороннього сприйняття. Проте, варто зауважити, що в даному методі відсутня можливість проведення діалогу та задавання питань, що зменшує його ефективність в разі.

2. Активна участь:

Передбачає участь у дискусіях, перегляді відеороликів та обговоренні їх, а також власне висловлення своїх думок, розповідаючи про почуття, котрі бурлять всередині в даний момент. При використанні даного методу. Обов'язковий етап – це контакт та взаємодія із ведучим, що робить його більш ефективним.

3.Інтерактивна залученість:

Включає в себе практичне навчання новим навичкам, проведення практичних вправ та набуття досвіду. Цікавим моментом є те, що при стійкій та плідній роботі з наставником, другий в сою чергу може передати ланку керування на певний час в руки підопічному, що сприяє кардинальному сплеску психічних поведінкових реакцій та змінює патерни поведінки впродовж деякого часу, в тому числі заміну тренера. Таким чином, між тренером та пацієнтом відбувається більш тісне розуміння один одного, а у свою чорну контактна взаємодія збільшується та стає більш плідною. Тренер відіграє важливу роль у координації учасників, направляючи їх у правильне русло. Він допомагає вдосконалювати навички відповідно до визначеної послідовності та формату, а також при неправильних діях координує учасників.

Інтерактивна робота з тренером має численні переваги для військових, зокрема:

1. Персоналізований Підхід: тренер може адаптувати підхід до кожного військового, враховуючи його індивідуальні потреби, досвід та характеристики. Це дозволяє надавати ефективну допомогу, враховуючи особисті обставини та особливості кожного учасника.

2. Підтримка в адаптації: тренер може допомогти військовим адаптуватися до цивільного життя, вирішуючи питання, пов'язані з переходом з військового служіння в повсякденний цивільний режим.

3. Управління стресом та травмою: військові часто стикаються із стресом та травмою. Тренер може надавати інструменти та стратегії для управління стресом, покращення психологічного стану та подолання травматичних досвідів.

4. Розвиток навичок комунікації: тренер допомагає розвивати навички ефективної комунікації, що є важливим як у військовому, так і у цивільному середовищі.

5. Формування міцних сімейних відносин: тренер може працювати над покращенням взаєморозуміння та відносин в родині, надавати підтримку сім'ям військових, особливо при поверненні додому після військової служби.

6. Збільшення рівня самоусвідомлення: інтерактивна робота допомагає військовим розвивати самоусвідомлення, розуміння власних потреб та цілей, що сприяє покращенню особистої ефективності.

7. Сприяння професійному зростанню: тренер може надавати поради та напрямки для професійного розвитку, а також допомагати в розробці кар'єрних стратегій після військової служби.

Взаємодія із тренером може значно поліпшити якість життя військових, допомагаючи їм подолати виклики та досягати своїх цілей у військовому та цивільному житті.

Відповідно до вищевказаного нами, ми розробили тренінгово-рекомендаційну програму, яка Розроблена тренінгово-рекомендаційна програма має на меті полегшити і успішно виконати завдання щодо підвищення рівня соціально-психологічної готовності сімей до повернення

комбатанта в родину. Програма включає в себе сім етапів, кожен з яких спрямований на конкретний аспект підготовки та підтримки учасників. Давайте розглянемо ці етапи:

- Етап 1-6. Вправи: на цих етапах відбувається практичне навчання учасників через різноманітні вправи. Це може включати ролеві сценарії, групові дискусії, практичні завдання та інші інтерактивні методи. Основна мета - розвивати навички, необхідні для успішного взаємодії в сімейному середовищі.
- Етап 7. Ознайомлення з Рекомендаціями: на цьому етапі учасники ознайомлюються з рекомендаціями, спрямованими на поліпшення та формування стабільних сімейних відносин. Це може включати інформацію щодо комунікації, вирішення конфліктів, підтримки важливих життєвих рішень та інше.

Абсолютно кожен з етапів, котрий ми розгорнемо є надважливим при створенні реабілітаційної програми для військовополонених, котрі допоможуть побороти вплив ПТСР та полегшити адаптацію власного життя до подій, котрі оточують за межами несення служби.

Отже, ми виокремили вправи, котрі будуть входити до програми - вона є структурованою і охоплює ключові аспекти роботи з учасниками. Давайте розглянемо кожен етап більш детально:

1. Знайомство:

- Формулювання листа очікувань: розуміння очікувань учасників дозволяє враховувати їхні потреби та сприяє більш ефективній роботі.
- Що під собою являє програма: пояснення мети та структури програми допомагає учасникам краще розуміти, що вони можуть очікувати.
- Встановлені та дозволені правила: дотримання правил кожним учасником сприяє ефективній комунікації та груповому процесу.
- Гра з ітерацією: це допомагає залучити всіх до процесу і зробити тренінг більш інтерактивним. Загалом, вправи на знайомство мають за мету створити позитивне та відкрите співробітництво між учасниками, щоб

покращити ефективність тренінгу та підтримати позитивну групову динаміку.

2. Чим являється ПТСР, ГСР?:

- Цікаве відображення та формування термінів в завуальованій формі, допомагає учасникам краще розуміти сутність проблеми з якою вони зіткнулись або можуть зіткнутись в майбутньому житті та виокремити для себе необхідні критерії над якими варто буде попрацювати для їх урегулювання.

3. Стан соціальної та психологічної активності :

- Саме аналіз та відображення теперішнього стану учасників тренінгової кампанії визначає вихідну точку для подальших залучень до роботи та виокремлення необхідних підходів.

4. «Краще гірка правда, ніж солодка брехня»:

- Діалог щодо правдивого перебігу подій в житті колишніх військовополонених – це допомагає визначити точний набір негараздів, труднощі та викликів, з якими живуть учасники аналогічних тренінгових груп.

5. Відчуття та емоції після повернення із полону:

- Обговорення відчуттів та комунікація щодо почуттів інших, допомагає кожному комбатанту краще зрозуміти власні прояви емоцій, що сприяє їхній кращій керованості.

6. Зображення прикладу:

- Демонстрація ролика може викликати відгук, який буде забарвлений в певні емоції, переживання, страхи та сприяти глибшому розумінню теми.

7. Надання рекомендацій «Моя легка боротьба з ПТСР»:

- Надання конкретних порад та рекомендацій створює практичний план дій для подолання труднощів та формування подальшого життя без ПТСР.

Дана тренінгова програма для військовополонених є збалансованою, враховуючи різноманітні аспекти соціально-психологічного супроводу учасників.

Варто зазначити, що тренінгова програма по усуненню наслідків ПТСР у військовослужбовців, готувалась до проведення на базі Центру реабілітації та ресоціалізації військовослужбовців ЗСУ, НГУ та добровольчих формувань в смт. Головино, Черняхівського району, Житомирської області при військовій частині №46. Умови для проведення даних заходів були такими: подовженість у часі 4 годин з урахуванням 15-хвилинної перерви кожену годину. Кількість учасників тренінгу обмежувалася 10 особами, щоб у разі потреби була можливість надавати індивідуальний підхід та приділяти час кожній особі окремо.

3.2. Розробка тренінгово-рекомендаційної програми «Подолання психологічних особливостей ПТСР у військовослужбовців після перебування в полоні»

1. Знайомство

Вступна частина. Вправи на знайомство допомагають розірвати льоди та створюють невимушену, дружлюбну атмосферу. Вони сприяють зниженню напруги та страху перед невідомими людьми, сприяючи більш відкритій та комфортній обстановці. Дані вправи зазвичай повинні бути енергійними та захопливими, що допомагає підняти настрій та підняти енергію у групі. Це особливо важливо на початку тренінгу або семінару, коли потрібно залучити увагу учасників.

Основна частина. Учасники сідають в коло, кожен з них отримує картку або аркуш паперу та розпочинають гру «Карта інтересів»: учасники мають задачу створити "карту інтересів" з невеликими ілюстраціями або словами, які відображають їхні особисті або професійні інтереси. Це може бути все - від хобі та улюблених книг до навичок та мрій.

Подальші дії:

1. Після створення картки, учасники обмінюються ними випадковим чином з іншими членами групи.
2. Кожен учасник повинен спробувати знайти того, чий інтерес співпадає або схожий із його власним.
3. Коли пари чи групи знаходять спільні інтереси, вони представляють одне одному свої картки та обговорюють, чому це їх цікавить.

Варто також відзначити, що ця вправа сприяє побудові позитивного та дружлюбного атмосферного середовища в колективі. За допомогою "Карти Інтересів" учасники відкривають для себе нові аспекти та різноманіття в групі, що може зміцнювати їхні взаємні зв'язки. Це важливо для підтримки спільності та сприяння взаєморозумінню серед членів команди. Знання про інтереси одне одного може слугувати основою для подальших тісних відносин, співпраці та взаємопідтримки в групі.

Підбиття підсумків. Коли гра підходить до завершення – останній учасник поділиться власною інформацією перед колегами, то всі сідають в коло і намагаються завершити речення на позитивній ноті:

1. Коли я згадую про свою долю, мене переповнюють спогади про...
2. Коли я повернусь з тренінгу, я буду ...
3. Коли у мене все добре у сім'ї...
4. Коли я пройду реабілітацію...
5. Якщо потрібно буде працювати в груповій терапії...
6. Я дякую долі за ...

На висловленнях кожного учасника підбиття підсумків відбувається за допомогою оплесків.

Уточнення правил спілкування:

Правила спілкування під час тренінгу можуть варіюватися залежно від конкретного тренінгу та його мети, але ось декілька загальних правил, які можуть бути застосовані.

1. Активне слухання: учасники повинні намагатися активно слухати одне одного, виявляти інтерес та реагувати на інформацію.
2. Повага до інших: важливо ставитися з повагою до ідей, думок та досвіду інших учасників. Заборонено висловлювати образливі коментарі чи критикувати особистість.
3. Дотримання часових рамок: учасники та фасилітатори повинні дотримуватися визначених часових рамок для ефективного використання часу на тренінгу.
4. Безпека та конфіденційність: заборонено розголошувати особисту інформацію або інформацію, яка була розкрита під час обговорень без згоди власника цієї інформації.
5. Активна участь: учасники мають бути готовими активно брати участь у дискусіях, вправах та інших активностях.

6. Формулювання конструктивної критики: якщо виникає необхідність висловити критику, вона повинна бути конструктивною та спрямованою на поліпшення ситуації.

7. Відкритість до нових ідей: учасники повинні бути відкритими до нових ідей та підходів, навіть якщо вони відрізняються від власних думок.

8. Залучення всіх учасників: важливо створювати можливості для залучення всіх учасників, забезпечуючи рівний доступ до обговорень та активностей.

9. Управління Конфліктами: якщо виникають конфлікти, вони повинні вирішуватися конструктивно та спокійно для забезпечення продуктивного тренінгу.

10. Підтримка та Співпраця: учасники повинні сприяти позитивній атмосфері, підтримувати одне одного та співпрацювати для досягнення цілей тренінгу.

Ці правила допомагають створити ефективну та позитивну обстановку під час тренінгу, сприяючи якісній взаємодії між учасниками.

2. Чим являється ПТСР, ГСР?

Вступна частина. Цілком нормально, якщо відразу після звільнення з полону та повернення на Батьківщину, військовий полонений, може відчувати широкий спектр емоцій та переживань. Ось деякі можливі відчуття, які можуть виникнути відразу після звільнення:

1. Шок: особа може відчувати шок від раптового змінного становища та повернення до цивільного життя.
2. Страх та непевність: звільнений може відчувати страх перед майбутнім, оскільки звільнення може стати новим етапом життя, пов'язаним з невизначеністю.
3. Емоційне виснаження: відразу після визволення полонений може відчувати фізичне та емоційне виснаження від пережитого стресу.
4. Радість та вдячність: звільнений може відчувати радість та вдячність за повернення до вільного життя та з'єднання з рідними.

5. Сором та вина: деякі люди можуть відчувати сором або вину, особливо якщо вони відчують, що не зробили достатньо для своїх товаришів чи не виконали обов'язки, які вони визначали для себе під час полону.
6. Тривожність та депресія: перехід від умов полону до цивільного життя може викликати тривожність і депресію через адаптаційні труднощі.
7. Неспроможність відпочити: звільнений може мати труднощі з релаксацією та відпочинком через посттравматичний стрес.
8. Змішані емоції: звільнений може відчувати змішані емоції, оскільки це може бути комплексний та непередбачуваний період переходу.
9. Велике прагнення до свободи та автономії: після вільної звільнення людина може прагнути до більшої свободи та контролю над власним життям.

Важливо враховувати, що кожна людина унікальна, і реакції на звільнення можуть суттєво відрізнятися. Супровід та підтримка важливі для допомоги звільненим адаптуватися до нового етапу життя.

Однак, якщо пройшло вже кілька місяців, а всі вищезазначені стани не покидають бранця, а лише накопичуються та створюють проблематику для звичного життя, та у відносинах самим із собою та оточуючими, то необхідно залучити колишнього військовополоненого до реабілітації для зняття проявів ПТСР.

Основна частина. Потрібно, щоб кожен учасник тренінгу мав з собою засіб для записів та місце, де можна робити помітки, оскільки наступне завдання вимагає створення асоціативного ряду для понять «ПТСР» та «ГСР». Для успішного виконання цієї задачі важливо відразу фіксувати перші асоціації, які приходять на думку.

Питання можуть мати такий характер:

1. Якщо спостерігається чітка чи схожа симптоматика ПТСР та ГСР, то щодо переживань бійця можна сформулювати наступне:

- Щодо минулого (кульмінаційний розвиток подій): Які враження переживав боєць під час подій, які стали кульмінацією його досвіду, спричинивши схожу симптоматику ПТСР та ГСР?
- Щодо повернення на мирну територію: Які відчуття виникнуть у бійця, коли він повернеться на мирну територію, враховуючи наявну симптоматику та емоційний стан, пов'язаний із воєнними подіями?
- Щодо розвитку емоційної сфери у майбутньому: Як може вплинути на емоційний стан та добробут бійця його минулий досвід, особливо враховуючи схожість симптомів ПТСР та ГСР?

Уявимо, що ПТСР та ГСР - це почуття, опишіть які були в минулому і які зараз стали?... позитивні, негативні, сум, відраза, неспокій...).

Уявимо, що ПТСР та ГСР - це емоції, то опишіть їхні показники ... (відчуття провини, відчуття занепокоєння, відчуття болю, відчуття смутку, відчуття захопленості...).

Уявимо, що ПТСР та ГСР - це відтінок фарби, то це буде...(малиновий, коричневий, фіолетово-зелений, жовтобагряний, мутний, біло-синій, м'ятний...).

Уявимо, що ПТСР та ГСР - це найменування поезії, то це буде... («Війна і мир»; «Біблія», «Гордість і упередження»; «Енеїда»; «Танго смерті», «Маруся Чурай», «Кобзар»...).

Уявимо, що ПТСР та ГСР - це предмет, то це буде ...(мотузка, палка, тарілка, ванна, ніж, лампа...).

Підсумовування. Кожен, хто забажає може висловитись про те, що він відчував, коли писав асоціації із поставленими питаннями та може задати питання які з'явилися під час проходження даної тренінгової активності. Також зацікавлені учасники можуть пов'язати та відобразити поняття ПТСР та ГСР, так як вони його зрозуміли; надати свої твердження та розумові висловлення. Етапом яким завершується дана вправа є безпосередній виступ фасилітатора, котрий повинен розповісти чим насправді являється ПТСР та ГСР у житті військовополонених після повернення з полону; які наслідки; які

прояви впливи на буденне життя та на життя бійців у сімейних відносинах воно впливає та яким чином вони можуть попередити ПТСР та ГСР під час реадаптації відразу після полону.

Дана розповідь необхідна за для того аби відобразити бійцям їхні наявні реальні проблематики з якими вони можуть зіштовхнутись.

3. Стан соціальної та психологічної активності

Вступна частина. Дан активність передбачена на тренінгу, щоб можна було визначити безпосередньо тренерові: яка відсотковість учасників та хто саме має притупленість або ж навпаки гіперактивність соціально-психологічної сфери у розрізі ПТСР.

Основна частина. Назва вправи: «Crazy Face». За допомогою даної вправи можна розвивати навички вираження та розпізнавання емоцій через міміку обличчя, сприяти емпатії та взаєморозумінню за такими послідовностями (їх тренер озвучує для всіх учасників перед стартом):

1. Підготовка: підготуйте картки або малюнки обличчя з різними виразами (радість, смуток, гнів, здивування, страх і т.д.) та розмістіть ці картки на видимому місці для всіх учасників.

2. Обирайте емоцію: виберіть конкретну емоцію, яку учасники будуть виражати через свої обличчя.

3. Виразне обличчя: попросіть учасників виразно виражати обрану емоцію за допомогою свого обличчя та дозвольте їм експериментувати з мімікою, рухами бровами, очима та виразом губ.

4. Момент вгадування: на деякому етапі гри, дайте можливість іншим учасникам вгадувати, яка емоція виражена на обличчі конкретної особи. Обговоріть, на що саме вони звертали увагу при визначенні емоції.

5. Шеринг вражень: закінчіть вправу коротким обговоренням, де учасники можуть поділитися своїми враженнями та відчуттями під час виразного вираження емоцій.

6. Етап 2 – розслаблення під час відповідей на питання

Приклади питань.

1. Були моменти тривоги, коли залишались одні в будинку?
2. Ви колись читали про ПТСР чи дивились відео?
3. Вам вказували компетентні фахівці, що ви маєте соціально-психологічні відхилення?
4. Ви колись думали про те, що ПТСР – це невиліковна недуга і ви ніколи з нею не справитесь?
5. Ви вважаєте, що лікування ПТСР краще в команді чи індивідуально?
6. Ваші родичі звинувачували вас в тому, що ви руйнуєте їхнє життя?
7. Чи відчували ви колись сором, що були у полоні, і не змогли ліквідувати ситуацію потрапляння туди?;
8. Чи перестали ваші друзі спілкуватися з вами після того як дізнались, що ви були в полоні?
9. Чи знайоме вам відчуття слабкості на безпорадності при взаємодії з оточуючими ?
10. Вам доводилось приймати ліки, щоб заспокоїти свій нервовий стан?.

Підбиття підсумків. Щоб завершити тренінгові вправи та зробити висновки щодо їх ефективності, можна взяти за основу питання, які були передбачені тренером під час вступу.

4. «Краще гірка правда, ніж солодка брехня!»

Назва вправи: "Світло силових історій".

Мета вправи: сприяння психологічній стійкості полонених та виявлення їхніх внутрішніх ресурсів через творення позитивних наративів.

Введення для кожного учасника, яке тренер проголошує на початку:

1. Підготовка: створіть безпечний та конфіденційний простір для проведення вправи.

- Забезпечте, щоб всі учасники були комфортні та готові ділитися своїм досвідом.

2. Вступ: поясніть мету вправи: виявлення ситуацій, коли кожен з учасників виявив внутрішню силу та стійкість.

3. Інструкції для Учасників:

- Кожен учасник повинен вибрати одну ситуацію з свого минулого, коли він відчував внутрішню силу та стійкість.

- Спробуйте обрати ситуацію, пов'язану із виявленням влади над власними виборами, допомогою іншим чи прийняттям труднощів.

4. Творча Виразність:

- Прохання учасників розповісти свою історію за допомогою словесного опису, малюнків чи символів.

- Можливість виразити свою силу та стійкість у формі, яка їм найбільше підходить.

5. Поділ та Рефлексія:

- Після того, як усі учасники поділяться своїми історіями, проводиться коротке обговорення.

- Запитання, як ці історії впливають на їхнє самопочуття та як вони можуть бути застосовані у важких ситуаціях.

6. Позитивний Завершення: наголошення на тому, що ці історії свідчать про внутрішні ресурси кожного учасника, які можуть бути використані і в майбутньому.

Ця вправа сприяє позитивному переосмисленню власного досвіду та дозволяє полоненим зосередитися на їхній внутрішній силі та стійкості.

5. Відчуття та емоції після повернення із полону. Назва вправи: "Відчуття За Межами Меж".

Мета вправи: зблизити полонених з їхніми власними відчуттями та емоціями, сприяти самовизначенню та розумінню власного внутрішнього стану.

Інструкція повідомляється перед проходження тренінгової вправи:

1. Підготовка:

- тихе та спокійне середовище для проведення вправи.

- заохочення учасників взяти зручне положення сидячи чи лежачи.

2. Глибоке Дихання:

- бійці починають глибоко дихати, спрямовуючи увагу на вдихи та видихи.

3. Увага на Тіло:

- Поступово ведеться їхня увага від верхньої частини тіла до нижньої, звертаючи увагу на різні частини тіла.

- прохання відзначити будь-які відчуття або напругу, яку вони відчують.

4. Відкриття Досвіду:

- Питання, чи можуть вони визначити які-небудь конкретні емоції або відчуття, які вони відчують зараз.

5. Мовою Відчуттів:

- Підказує тренер учасникам висловити свої відчуття словами. Наприклад, "Зараз я відчуваю спокій в грудях" або "У мене є відчуття тепла в долонях".

6. Спільне Дослідження:

- Завершення вправу запитанням до групи: "Які відчуття ви виявили? Як вони можуть взаємодіяти з вашим емоційним станом?"

7. Обговорення:

- Проводиться коротке обговорення, сприяючи обміну враженнями та спостереженнями.

- Заохочення учасників визначати, як ці відчуття можуть служити їм в будь-який момент.

Ця вправа сприяє свідомому відчуттю власного тіла та емоційного стану, допомагаючи полоненим зосередитися на своєму внутрішньому досвіді та розвинути навички самоспостереження.

6. Медитаційний ефект

Програма медитації для полонених має бути спрямованою на зменшення стресу, поліпшення самопочуття та зосередження на позитивних аспектах.

Важливо враховувати те, що кожна особа може реагувати по-різному, тому рекомендації мають бути гнучкими. Нижче подано загальну програму на кілька годин, але вона може бути адаптована залежно від конкретних потреб та обставин групи:

1. Вступ: (15 хвилин)

- Вступне Дихання:

- Проводимо коротке вдихання та видихання, спрямоване на зняття напруги та підготовку до медитації.

2. Бодрість та Самоспостереження: (30 хвилин)

- Бодрість З Тілом:

- Проводимо вправу "Сканування Тіла", де учасники спрямовують увагу на кожную частину тіла, відчуваючи її вагу та енергію.

- Дихальна Медитація:

- Спрямовуємо увагу на дихання, використовуючи техніки глибокого та свідомого дихання.

3. Емоційна Стабілізація: (45 хвилин)

- Ласка та Прийняття:

- Медитація на ласку та прийняття для розслаблення та відкриття до власних почуттів.

- Метафорична Медитація:

- Використовуємо метафори або візуалізації для роботи з емоційним досвідом.

4. Обійми Природи: (30 хвилин)

- Медитація на Природу:

- Учасники уявляють природні пейзажі та спробують почувати зв'язок з природою.

5. Перерва на Відпочинок: (30 хвилин)

- Вільний Час:

- Дозвілля для самостійного відпочинку, прогулянки чи індивідуальної рефлексії.

6. Спрямованість на Здоров'я та Зцілення: (45 хвилин)

Метафорична Медитація на Зцілення:

- Робимо акцент на енергетичному зціленні та відновленні.

-Медитація на Здоров'я:

- Учасники відправляють позитивні енергії в тіло, фокусуючись на здоров'ї та самозціленні.

7. Завершення: (15 хвилин)

-Спільний Заключне Коло:

- Учасники діляться своїми враженнями та думками.

Ця програма медитації розроблена з урахуванням потреб полонених та спрямована на підтримку їхнього фізичного та емоційного благополуччя.

7. Надання рекомендацій «Моя легка боротьба з ПТСР»

Вступна частина. Більшість військовослужбовців котрій повернулись з полону, відчули на собі що таке ПТСР, однак вони не знають що саме потрібно робити та які заходи виконувати для того, аби побороти цю проблему. Родина та усі оточуючі колишніх в'язнів — полонених також не завжди знають як допомогти бійцеві впоратись із цією проблемою, тому тренер повинен надати рекомендації й поради, котрі сприятимуть легший реабілітації та ресоціалізації колишньому полоненому.

Основна частина.

Тренер зачитує чи розповідає список порад, коментує подробиці та при наявності питань до певних пунктів, надає відповідь:

1. Звертайтеся за психологічною допомогою:

- Записуйтеся на консультації з психотерапевтом чи психіатром, спеціалізованим на роботі з ПТСР.

- Вивчайте та впроваджуйте стратегії когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), емоційно-фокусованої терапії (ЕФТ) чи інших ефективних методик.

2. Практикуйте релаксацію та медитацію:

- Запроваджуйте в щоденне життя вправи глибокого дихання, прогресивної м'язової релаксації та інші техніки для зняття стресу.

- Медитація може допомогти зосередити увагу та знизити рівень тривоги.

3. Підтримуйте фізичне здоров'я:

- Займайтеся фізичною активністю, що може сприяти вивільненню ендорфінів та покращенню настрою.

- Дотримуйтеся збалансованого харчування та важливого режиму сну.

4. Розвивайте стратегії копіngu:

- Вивчайте ефективні методи копіngu, такі як позитивне переосмислення, активна релаксація та планування дій у важких ситуаціях.

5. Віддавайте час самому собі:

- Дайте собі можливість відпочити та відновити сили.

- Дозволяйте собі висловлювати емоції та визнавати, що вони є природними.

6. Залучайте підтримку родини та друзів:

- Розмовляйте з близькими про свої відчуття та досвід.

- Не бійтеся запитати допомоги та підтримки.

7. Уникайте алкоголю та наркотиків:

- Уникайте вживання речовин, які можуть підсилити тривожність та погіршити симптоми ПТСР.

8. Створюйте стабільну рутину:

- Заплануйте свій день, включаючи робочі обов'язки, відпочинок та час для власних занять.

Завдяки поєднанню цих стратегій ви можете створити комбінований підхід до копіngu з ПТСР, сприяючи своєму фізичному та емоційному благополуччю. Важливо пам'ятати, що професійна допомога може бути надзвичайно корисною, і варто звернутися за підтримкою фахівця.

Підбиття підсумків.

Питання на обговорення: На скільки відсотків ви погоджуєтесь із пунктами? Чи виконуєте ви зараз ці поради? Чи хтось давав вам вже схожі поради?

Підбиття загальних підсумків.

Питання на обговорення:

Що найбільше запам'яталось із тренінгу?

Які вправи були найцікавішими?

Чи занотувували ви собі якусь інформацію під час тренінгу?

Яких рекомендацій ви не чули раніше?

Чи змінилось ваше відчуття та психо-емоційний стан після тренінгу? Як саме, що ви відчували та відчуваєте зараз?

Висновок до розділу 3

Заходи, котрі сприяють підготовці до життя після полону - Розробка тренінгово-рекомендаційної програми «Подолання психологічних особливостей ПТСР у військовослужбовців після перебування в полоні» являється надзвичайно важливим елементом у сучасному житті під час війни.

Висновок після тренінгу для військовополонених з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) має бути спрямованим на підкреслення важливості допомоги, розвитку стратегій копіngu та позитивних змін у емоційному стані учасників. Впроваджений на території Центру реадптації та ресоціалізації для учасників травмівних подій війни був створений для того, щоб надати інструменти та стратегії, які допомагають подолати труднощі, пов'язані з ПТСР, і сприяти бійцівському емоційному відновленню.

У ході тренінгу військовополонені активно приймали участь у вправах, обговореннях та практичних завданнях, однак було зауважено, що процес відновлення може бути поступовим, і кожен з бійців подолає виклики на своєму шляху в унікальний спосіб. Відобразили та зацентрували увагу про взаємопідтримку, яка виникає від групової динаміки, та готовність шерингу своїм досвідом з оточуючими.

Варто зазначити, що надання рекомендацій відбулось у вигляді брошури, котрі учасники після кінця тренінгу забрали додому та зможуть користуватись нею, дивлячись на пункти, які там зафіксовані.

У нашому тренінгу ми використовували різноманітні методики та вправи, спрямовані на розвиток стратегій копіngu та зниження впливу посттравматичного стресового розладу. Ці методики покликані допомогти вам зосередитися на позитивних аспектах, змінюючи негативні переконання та реакції.

1. Емоційна Регуляція:

- Вправи на дихання та релаксацію дозволили вам вивчити ефективні техніки для зниження рівня стресу та тривожності.

- Метафоричні медитації створювали простір для емоційної відповіді та вираження почуттів.

2. Позитивне Переосмислення:

- Вправи на позитивне переосмислення допомагали вам переглядати минулі події через призму росту та вихід з труднощів.

- Спільні обговорення дозволили розділити власний досвід та отримати підтримку від інших учасників.

3. Стратегії Копінгу:

- Групові вправи та дискусії дозволили вам визначити та обговорити ефективні стратегії копінгу, які можна впроваджувати в щоденне життя.

- Рольові сценарії сприяли розвитку навичок вирішення проблем та адаптації до непередбачуваних ситуацій.

4. Групова Динаміка:

- Здорова групова динаміка створювалася через взаємопідтримку та спільне розуміння.

- Ви виявили силу спільного намагання та різноманіття досвіду, що призвело до взаємопідтримки та розуміння.

Ми також зауважили учасникам, що дану програму вони можуть повторювати та видозмінювати під себе самотужки, з друзями чи родичами, інтегруючи отримані знання та навички у своє життя. Потрібно пам'ятати, що сидячи на місці та не роблячи нічого – самотійно ситуація не зміниться, тож кожен повинен зробити індивідуальні кроки на шляху до зцілення!

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ

У сучасних умовах збройного конфлікту на території України, важливо визнати значний вплив психологічного стану військовополонених, особливо тих, хто перебуває на передових позиціях. Підвищений рівень соціально-психологічної тривоги та очікування тортур та полону негативно відбивається на їхньому емоційному стані та загальній ситуації.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у військових після перебування в полоні є складною психологічною особливістю, що вимагає комплексного підходу до дослідження. Фахівці різних галузей, таких як психологія, соціологія та інші, акцентують увагу на травматичному досвіді солдат, вивчаючи практичний досвід та порівнюючи його з міжнародним досвідом.

Діагностика ПТСР за стандартами МКХ-10 вказує на його наявність як стресового розладу, що виникає після травматичних подій, які перевищують звичайний досвід. Зазначені показники, такі як страх, надмірні емоційні реакції та інші, характеризують ПТСР у військових.

Методики вправ та підходи до допомоги військовополоненим, які стикаються з ПТСР, повинні бути спрямовані на емоційну регуляцію, позитивне переосмислення, розвиток стратегій копінгу та підтримку групової динаміки.

Аналізуючи страх полону, слід враховувати різноманітні методи насильницьких дій, які впливають на психічний та фізичний стан полонених. Врахування цього досвіду важливо при розробці програм реабілітації та психологічної підтримки для військових.

Саме тому, можна стверджувати, що військовополоненим, які пережили тортури та полон, необхідна кваліфікована психологічна допомога. Це може бути забезпечено у Центрах реабілітації та ресоціалізації за участю кваліфікованих фахівців, які здатні надати ефективну та індивідуалізовану підтримку ветеранам у їхньому процесі зцілення.

Дослідження свідчать про тісний зв'язок між рівнем травматичного стресу та психологічними наслідками, такими як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Застосування математичних методів аналізу, зокрема кореляційних процедур, і "Paired sample t-test" в програмі Jamovi, дозволило визначити значущий вплив травматичних подій на психічний стан військовослужбовців. Симптоми, такі як надмірна працьовитість, зменшення виразності емоцій, агресивна поведінка та інші, свідчать про серйозні виклики, з якими стикаються військовослужбовці.

Досліджуючи наявність взаємозв'язку між впливу травматичної події та рівня травматичного стресу у колишнього полоненого, котрий був звільнений та направлений на територію України, ми встановили чітку залежність між рівнями за вищевказаними субшкалами. Ми провели опитування, в якому приймали участь 68 осіб, з яких 8 – це жінки військовослужбовці, а 60 – чоловіки військовослужбовці та було визначено на основі розробленої методики опитувальника травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків (І. О. Котеньова) та Шкала оцінки впливу травматичної події, нам ми показали чіткий взаємозв'язок.

Отже, під фази нашого дослідження було виконано усі заплановані дії та отримано наступні висновки:

1. Здійснено теоретико-методологічне опрацювання літературних джерел щодо дослідження феномену впливу травматичної події та рівня травматичного стресу для діагностики ПТСР
2. Встановлено високий позитивний взаємозв'язок між рівнем отриманих значень з методик вищезазначених шкал (з $p < 0.01$), оскільки дослідження свідчить, що вплив полону на військовослужбовців може бути дуже серйозним, і його наслідки можуть виявлятися у різних аспектах життя. Індивідуалізований підхід до допомоги кожному ветеранові, з огляду на конкретні симптоми та потреби, стає надзвичайно важливим у вирішенні цього проблемного питання.

3. Відображена доцільність проведення індивідуалізованої та групової психотерапевтичної підтримки для ветеранів з ПТСР стає важливою висновковою ініціативою. Комплексні програми реабілітації та ресоціалізації повинні включати методи зменшення травматичного стресу, підвищення емоційної стабільності та підтримку ветеранів у їх зусиллях повернутися до повноцінного життя.
4. Підкреслено важливість надання кваліфікованої допомоги ветеранам із ПТСР, оскільки це може значно полегшити їхні страждання та допомогти їм знову знайти гармонію та здоров'я. Ураховуючи виявлені симптоми та наслідки, можна зробити висновок, що системна підтримка ветеранів є важливим етапом для їхнього успішного відновлення та відновлення психічного здоров'я.

Загальні висновки дозволяють підсумувати, що для вирішення цієї проблеми необхідно провести подальше дослідження та удосконалити заходи з профілактики і надання кваліфікованої допомоги військовослужбовцям, котрі повертаються з полону на високому рівні держави.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Закону України “Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту” Кабінет Міністрів України URL : [zakon.rada.gov.ua/laws/show/700-2019- %D0%BF#Text](http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/700-2019-%D0%BF#Text).

2. Про затвердження Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних сил України, які брали участь в антитерористичній операції, під час відновлення боєздатності військових частин (підрозділів) : наказ Міністерства оборони України від 09.12.2015 р. № 702 [Електронний ресурс] // Офіційний сайт Верховної Ради України. – Режим доступу : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16/card2#Card>.

3. Бриндіков Ю. Л. Травматичні стресові розлади у військовослужбовців як сфера реабілітаційної діяльності фахівців соціальних служб. Педагогіка та психологія: сучасний стан розвитку наукових досліджень та перспективи : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (Запоріжжя, 13-14 жовтня 2017 р.). Запоріжжя : Класичний приватний університет, 2017. С. 96–99

4. Блінов О. А. Групи бойових психічних травм у військовослужбовців О. А. Блінов // Матеріали Всеукр. наук.-теорет. конф. «Сучасні тенденції та перспективи розвитку освіти і науки у вищих павчальних закладах України» (12 травня 2006 року).- Хмельницький: Видавництво Національної академії. Державної прикордонної служби України імені Б. Хмельницького, 2006. - С. 173.

5. Блінов О. А. Методика прогнозування психогенних втрат: метод. посіб.- К.: ВГТ НАОУ, 2003, - С. 16

6. Боришевський М.Й., Шевченко О.В., Володарська Н.Д. та ін. Психологічні закономірності розвитку духовності особистості: монографія / За загальною редакцією М. Й. Боришевського. К.: Педагогічна думка, 2011. 200 с.

7. Боярова Д.І. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками бойових дій / Д.І. Боярова

8. Бріер Д., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів : Свічадо, 2015. 448 с.

9. Вітакер Д., Нейпір А. Сім'я у кризі. Досвід сімейної терапії однієї сім'ї, що перетворив усі їх життя. Пер з англ. М., "Когіто-Центр", 2005.

10. Голяченко А. О. Соціально-медичні та економічні аспекти організації системи медичної реабілітації в умовах реформування охорони здоров'я в Україні : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора мед. наук : 14.02.03 / А. О. Голяченко. – К., 2008. – 36 с.

11. Горбунова В.В., Карачевський О.Б., Клімчук В.О., Нетлюх Г.С., Романчук О.І. Соціально-психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для провідних груп. Львів :Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.

12. Грушко М. В. Становлення та специфіка міжнародно-правового режиму військовополонених : дис. ... канд. Юрид. наук: Одеса, 2015. 283 с.

13. Деревенченко Г., Саїдова Т. Дослідження системи надання реабілітаційних послуг жертвам тортур. ОФ "Правова ініціатива". Душанбе, 2015 року.

14. Екстремальна психологія: підручник / За заг. ред. проф. О.В. Тімченка. – Х.: УЦЗУ, 2007. – 502 с.

15. Єна А. І. Актуальність і організаційні засади медико- психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції / А. І. Єна, В. В. Маслюк, А. В. Сергієнко // Науко- вий журнал МОЗ України. – 2014. – № 1 (5). – С. 5–16.

16. Задорожній О. В. Катувань заборона // Українська дипломатична енциклопедія: У 2-х т. /Редкол.:Л. В. Губерський (голова) та ін. - К: Знання України, 2004 - Т.1 - 760с. ISBN 966-316-039-Х

17. З а р е ц ь к а Н. Н е р е с у р с , а а к т и в : з в і л ь н е н і з п о л о н у з н а ю т ь т е , ч о г о н е з н а ю т ь і н ш і / З а р е ц ь к а Н а т а л я [Е л е к т р о н н и й Р е с у р с]

Р е ж и м д о с т у п у : <https://novynarnia.com/2020/01/28/ne-resurs-a-aktiv-zvilneniz-polonu-znayut-te-chogo-ne-znayut-inshi/>

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

19. Ільїн Є. П. Психологія заздрості, ворожості, марнославства Санкт-Петербург, 2004. 370 с.

20. К а р п о в В. П о л о н е н н я т а р е п а т р і а ц і я К в а н т у н с ь к о ї а р м і ї (1945 - 1956 рр.). А в т о р е ф е р а т д и с е р т а ц і ї н а з д о б у т т я н а у к о в о г о с т у п е н я к а н д и д а т а і с т о р и ч н и х н а у к . : с п е ц . 20.02.22 -” в і й с ь к о в а і с т о р і я ” / К а р п о в В і к т о р В а с и л ь о в и ч . - К и ї в : Н А О У , 2004. - 24 с .

21. Кириленко Т.С. Психологічні проблеми переживань травмуючих ситуацій. Матеріали конференції “Психологія життєвої кризи особистості”. Журнал «Наукові студії із соціальної та політичної психології». Вип.4 (7). – Київ, 2000.

22. Клемме Гайнер (Майнц). Заборона катування у правовій державі з перспективи філософії І. Канта / Переклав з німецької Володимир Абашнік // Методологічні засади розбудови громадянського суспільства в Україні. Матеріали міжнародної міжвузівської наукової конференції (м. Харків, 5-6 жовтня 2012 р.) / За ред. проф. П.І. Орлова. – Харків: Харківський економіко-правовий університет. – 2012. – С. 10-31.

23. Комплексна реабілітація осіб, які пережили муки – змістовне посібник. Організація "Свобода від тортур", 2011.

24. Комплексна реабілітація осіб, які пережили муки. Творець та розробник програми: Тіна Песар. Жовтень 2005.

25. Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або принижуючих гідність видів поводження та покарання. Прийнято резолюцією 39/46 Генеральної Асамблеї ООН від 10 грудня 1984 року. Конвенції та угоди.

26. Котенєв І.О. Опитувач травматичного стресу для діагностики психологічних наслідків несення служби співробітниками органів внутрішніх справ в екстремальних умовах: Методич. допомога. - М.: Академія МВС РФ, 1996. - С. 3-27.

27. Котенєв І.О. Психологічні реакції працівників міліції у надзвичайних обставинах та постстресові стани: попередження та психологічна корекція // 163 Психопедагогіка у правоохоронних органах: Науково-практ. журнал. - Омськ: ОЮІ МВС РФ, 1996. - № 1 (3). - С. 76-84.

28. Макаренко С. С., Калька Н. М. Вплив негативних психоемоційних станів на професійну діяльність працівників правоохоронних органів // Актуальні проблеми сучасної психології та педагогіки вищих навчальних закладів МВС України: матеріали наук.-практ. конф. (Харків, 24 трав. 2013 р.)/МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків: ХНУВС, 2013. С. 23–26.

29. Маркович В. Російський піп бив полонених солдатів залізним хрестом - розповідь кіборга. Головні новини України. Зоко.net 16 квітня 2015 року. Режим доступу: http://www.3oko.net/2015/08/blog-post_77.html.

30. Мисула Ю. І. Ефективність методу EMDR у терапії посттравматичного стресового розладу // Клінічна психіатрія / Clinical psychiatry. 4 (79), 2014. С. 84–87.

31. Нікітін Ю. В. Антитерористична операція як необхідна форма протидії злочинності та забезпечення безпеки суспільства. Держава та регіони. Серія: Право. 2014. № 2. С. 132–136.

32. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.

33. Попелюшко Р.П., Боярова Д.І. Психологічні особливості переживання посттравматичного стресового розладу учасниками бойових дій / Р.П. Попелюшко, Д.І. Боярова // збірник наукових праць Запорізького національного університету та Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України / За ред. С.Д. Максименка, Н.Ф. Шевченко, М.Г. Ткалич. – Запоріжжя: ЗНУ, 2019. – № 2 (16) – С. 97-102.

34. Побідаш А.Ю. Психологічні особливості основних фаз піратського полону / Побідаш АндрійЮрійович. Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України., 2012. – 12 с.

35. Посттравматичний стресовий розлад: [навч. посіб. для студентів вищ. мед. навч. закл. МОЗ України / Венгер О. П. та ін.]; ДВНЗ «Тернопіль. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України». - Тернопіль: ТДМУ, 2016. - 260 с. - ISBN 978-966-673-278-4

36. Радиш Я. Ф. Медична реабілітація військовослужбовців як наукова проблема: теоретико-методологічні засади (за матеріалами літературних джерел) / Я. Ф. Радиш, О. М. Соколова // Економіка та держава. – 2012. – № 3. – С. 103–106.

37. Римарчук Р. М., Ільницький В. Я. Запобігання катуванню засуджених як один із напрямків протидії злочинності в установах виконання покарань / Р. М. Римарчук, В. Я. Ільницький // Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ. - 2008. - №3. - С. 1-11.

38. Романчук, О. І. «Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки та сучасні підходи до терапії.» [Архівовано 28 листопада 2016 у Wayback Machine.] // NeuroNews, 2012, с.30 — 37

39. Ророк Н., Запорожець О., Креймеєр Д. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/uk/project-coordinator-in-ukraine/430811>(дата звернення: 10.10.2020).

40. Савінцев В. Військова психологія та педагогіка: інноваційний підхід / Савінцев Ч.1. НУОУ, 2012.– 412 с.

41. Савченко О. В. Кримінальна відповідальність за катування в Україні та зарубіжних країнах: навч. посібник. Київ: Кондор, 2018. 240 с.
42. В. А. Смолій Велика війна 1914–1918 рр. та Україна. У 2-х кн. - Кн. 1: Історичні нариси / Упоряд. О. Ресент; ред. кол.: В. А. Смолій та інші, НАН України. Інститут історії України. - К.: ТОВ "Видавництво "КЛІО", 2014. - 784 с.
43. І. В. Срібняк Енциклопедія плену: українська Tuschola / І. В. Срібняк. – 2-ге вид., доп.і переробл. – Київ-Париж: Міжнародний науково-освітній консорціум імені Люсьєна Лютого, 2016. – Кн.1. - 156 с. ISBN 966-7443-52-3 (номер серії)
44. Стамбульський протокол. Керівництво з ефективного розслідування документування питок та інших жорстких, нелюдських або принижуючих гідність видів звернення та покарання. Організація Об'єднаних Націй, Нью-Йорк та Женева, 2004.
45. Телесніцький Г. М. Кримінальна відповідальність за катування: порівняльно-правове дослідження: автореф. на здобуття ступ. канд. Юрид. наук за спеціальністю 12.00.08 – кримінальне право та криминологія; кримінально-виконавче право / Г. Н. Телесніцький / Нац. акад. внутрішніх справ. - К., 2013. - 20 с.
46. Фодор, К. Е. . та ін. «Чи є глобальним вивчення травматичного стресу? Бібліометричне дослідження». Fodor, K. E. et al. «Is traumatic stress research global? A bibliometric analysis.» [Архівовано 14 вересня 2016 у Wayback Machine.] Eur J Psychotraumatology, Vol 5, 2014.
47. Туриніна О. Л. «Психологія травмуючи ситуацій» Київ ДП «Видавничий дім «Персонал» 2017 20. Особистісний вибір: психологія відчаю та надії / За ред. Т.М. Титаренко. - Київ: Міленіум, 2005. - 336 с.
48. Франкл У. Сказати життя «Так!»: психолог у концтаборі. - М: Альпіна Нон-фікшн, 2009. - С. 239.

49. Фрідман, М. Дж. «ПТСР — історія та загальний огляд.» [Архівовано 28 листопада 2016 у Wayback Machine.] // Публікація центру ПТСР Міністерства у справах ветеранів США. 2016. Переклад з англійсько

50. Шестопалова Л. Ф. Профілактика посттравматичних стресових розладів у жертв надзвичайних подій: медико-психологічні аспекти / Л. Ф. Шестопалова // Гуманітарний. . журнал. - 2005. - № 1. - С. 103-108.

51. Широбоков Ю.М. Військовополонені, як психологічний фактор вагомості перемоги над ворогом. Актуальні питання сучасних педагогічних та психологічних наук: Зб. наук. робіт уч. Межнар. наук.-практ. конф. (Одеса, 17-18 лют. 2017). Одеса, 2017. С. 55-56

URL: file:///C:/Users/User/Downloads/apsuh_2014_20_4_22.pdf

52. Широбоков Ю. М. Первинна психологічна допомога військовослужбовцям які перебували у військовому полоні // Педагогіка і психологія сьогодення: теорія і практика: зб. наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф. (20–21 січ. 2017 р., м. Одеса). Одеса: Південна фундація педагогіки, 2017. С. 46–47.

53. Meyers L. L. Service utilization following participation in cognitive processing therapy or prolonged exposure therapy for post-traumatic stress disorder / L. L. Meyers, T. Q. Strom, J. Leskela [et al.] // Military Medicine. – 2013. – Vol. 178 (1). – P. 95–99.

54. McNally R. J. Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam Combat veterans / R. J. McNally, L. M. Shin // Am. J. Psychiatry. – 1995. – No. 152. – P.936–938.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Інструкція: «Уважно читайте кожне твердження, вибирайте той варіант відповіді, який більше всього відповідає вашому зовнішньому стану, думці або настрою. У кожному рядку справа введіть тільки одну цифру, що означає Вашу відповідь: 5 - абсолютно правильно; 4 - швидше правильно; 3 - частково правильно, частково неправильно; 2 - швидше неправильно; 1 - абсолютно неправильно.

Текст опитувальника

№ п/п	Твердження
1.	Вранці я прокидаюся свіжим і відпочившим.
2.	Я добре координую свої рухи.
3.	Я відчуваю втому.
4.	Мені потрібне зусилля, щоб вникнути в те, що кажуть оточуючі.
5.	Раптом у мене буває сильне серцебиття.
6.	Я приймаю їжу машинально, не відчуваючи у це задоволення.
7.	Навколишній світ видається нереальним.
8.	Я здригаюся від раптового шуму.
9.	Я настільки жваво згадую окремі події, що при цьому ніби знову переживаю їх.
10.	Я абсолютно здоровий фізично.
11.	Мені приносить задоволення бути серед людей.

12.	Часто я дію так, ніби мені загрожує небезпека.
13.	Мені не можна дорікнути розсіяності.
14.	Я часто бачу той самий страшний сон.
15.	Безперечно, я винен перед людьми.
16.	Дрібниці дратують мене.
17.	Я намагаюся не дивитись телевізор, якщо показують хроніку драматичних подій
18.	Мені подобається моя робота.
19.	Я пережив серйозну втрату.
20.	Я добре висипаюся ночами.
21.	Я ніколи не бачу страшних снів.
22.	Іноді мені хочеться напиться.
23.	Мої близькі сильно турбуються через мою роботи.
24.	У мене буває відчуття, що час тече як би уповільнено.
25.	Іноді я звертаюся до лікаря лише тому, що хочу трохи відпочити.
26.	Багато речей втратили для мене інтерес.
27.	Без жодного приводу я можу вийти з себе.
28.	Мені слід би дотримуватися дієти.
29.	Я намагаюся уникати розмов на неприємні теми.
30.	Буває, що я забуваю речі.
31.	Іноді мені здається, що навіть близькі люди не розуміють мене.
32.	Мені потрібно краще контролювати емоції.
33.	Минулі події часом згадуються більше яскравіше, ніж те, що відбувається зараз.
34.	Мені іноді здається, що світ довкола мене втрачає фарби.
35.	Я прокидаюся від раптового страху.
36.	Мені варто великих зусиль працювати у минулому ритмі.
37.	Іноді я відчуваю озноб.
38.	Мені хочеться допомагати людям, які потрапили в халепу.

39.	Нещодавно мені довелося зіткнутися з дуже небезпечні обставини.
40.	Я почуваюся більш досвідченою людиною, ніж багато хто з моїх однолітків.
41.	Я засинаю насилу.
42.	Я відчуваю самотність.
43.	Мені буває важко згадувати те, що відбувалося зовсім недавно.
44.	Я відчуваю, що стаю іншою людиною.
45.	Мене радують часом незначні речі.
46.	Я відчуваю приплив сил.
47.	Вранці я прокидаюся з великими труднощами.
48.	Мої думки постійно повертаються до того, про що не хочеться думати.
49.	Я відчуваю сорому.
50.	Зазвичай я не звертаюся до лікаря, навіть якщо відчуваю, що не зовсім здоровий.
51.	Мій сон настільки міцний, що гучні звуки чи яскраве світло не можуть мені завадити.
52.	Мені кажуть, що я скрикую уві сні.
53.	Я часто думаю про майбутнє.
54.	Іноді я серджуся.
55.	Я боюся, що можу натворити щось всупереч своїм намірів.
56.	Буває, що я забуваю те, що хотів сказати чи зробити.
57.	Останнім часом мій настрій погіршився.
58.	Мені нема на кого покластися.
59.	Хотілося б, щоб моя сім'я приділяла мені більше уваги.
60.	Безперечно, я люблю ризикувати.
61.	Мені подобається "чорний гумор".
62.	Я у всьому покладаюся на себе.
63.	Я постійно відчуваю потребу що-небудь жувати, навіть не відчуваючи голоду.
64.	Іноді мені здається, що я заплутався у житті.

65.	Мені здається, що я не зумів зробити того, що від мене було потрібно.
66.	Я відчуваю інтерес та смак до життя.
67.	Мені весело та легко в компанії друзів.
68.	Я багато й плідно працюю.
69.	Часто я забуваю, куди поклав ту чи іншу річ.
70.	Я намагаюся ні з ким не обговорювати свої проблеми.
71.	Я ніколи не відчував страху.
72.	Мені було б корисно побути на самоті.
73.	Роблячи якусь справу, я часто думаю зовсім про другом.
74.	Моє життя різноманітне та насичене подіями.
75.	Я ніколи не робив вчинків, за які мені було б соромно.
76.	Чужі проблеми мало кого хвилюють.
77.	Я відчуваю себе набагато старше за свої роки.
78.	Мені здається, що на мене чекає щасливе майбутнє.
79.	У житті мені довелося випробувати таке, що краще не згадувати.
80.	Я гостро сприймаю чужий біль.
81.	Мені здається я втратив здатність радіти життя.
82.	Мене турбує головний біль.
83.	Легкі заробітки зазвичай пов'язані з порушенням закону.
84.	Я не проти підзаробити зайвого.
85.	Сторонні звуки відволікають мене.
86.	Я намагаюся не вступати в бійку, якщо справа не стосується.
87.	Я вірю в торжество справедливості.
88.	Моє серце працює як завжди.
89.	Іноді я приймаю таблетки.
90.	Є речі, які я не можу собі пробачити.
91.	Напевно, мені потрібен час, щоб прийти в себе.
92.	Алкоголь добре знімає будь-який стрес.

93.	Я не схильний скаржитися на здоров'я.
94.	Мені хочеться все трошити на своєму шляху.
95.	Більшість людей стурбоване лише власним благополуччям.
96.	Мені нелегко стримувати свій гнів.
97.	Я не вважаю, що правий той, хто сильніший.
98.	У мене ніколи не було неприємності.
99.	Мені слід навчитися уникати конфліктів.
100.	Я придбав у житті добрих друзів.
101.	Мене вважають урівноваженою людиною.
102.	Нервова напруга добре знімає сауна.
103.	Я відчуваю розгубленість.
104.	Часто мені здається, що мене чатує небезпека.
105.	Я працюю, не відчуваючи втоми.
106.	Я відчуваю сильне внутрішнє збудження.
107.	Часто я вчиняю мимовільні дії у відповідь на несподіваний звук чи рух.
108.	Мені важко зосередитися одночасно на кількох справах.
109.	Я почуваюся цілком упевненим.
110.	Мені є за що дякувати долі.

ДОДАТОК Б

	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1	2	3	4	5
1. Будь-яке нагадування про цю подію (ситуації) змушувало мене заново переживати все, що трапилося.				
2. Я не міг спокійно спати ночами				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати, що зі мною трапилося				
4. Я відчував постійне роздратування та гнів				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися, коли я думав про цю подію чи щось нагадувало мені про неї				
6. Я думав про те, що сталося проти своєї волі				
7. Мені здавалося, що все, що трапилося зі мною, ніби не було насправді чи все, що тоді відбувалося, було нереальним.				
8. Я намагався уникнути всього, що могло б мені нагадати про те, що сталося				

9. Окремі картини того, що сталося, раптово виникали у свідомості				
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене				
11. Я намагався не думати про те, що сталося				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють тяжкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робивши, щоб їх уникнути				
13. Я відчував щось на кшталт заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що трапилося, були ніби паралізовані				
14. Я раптом помічав, що дію чи відчуваю себе так, ніби все ще перебуваю в тій ситуації				
15. Мені було важко заснути				
16. Мене буквально захльостували нестерпно тяжкі переживання, пов'язані з тією ситуацією				
17 Я намагався витіснити те, що сталося з пам'яті				
18 Мені було важко зосередити увагу на будь-чому				
19 Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття - дихання збивалося, починало нудити, частішав пульс і тд.				
20 Мені снилися важкі сні, що сталося зі мною.				

21 Я був постійно насторожений і весь час сподівався, що станеться щось погане				
22 Я намагався ні з ким не говорити про те, що сталося.				