

Борисова О. О.

ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ ТА УЧАСНИЦЬ БОЙОВИХ ДІЙ

Навчально-практичний посібник

Одеса
2025

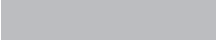
УДК 159.9:355/351.147(477)
Б82

Борисова О. О.

Б82 Психореабілітація учасників та учасниць бойових дій:
навч. посіб. / Борисова О. О. — Одеса, 2025. — 181 с.
ISBN

Навчально-практичний посібник «Психореабілітація учасників та учасниць бойових дій» — це комплексне методично-практичне видання, створене на основі унікального українського досвіду та викликів, з якими стикаються як військові після повернення з фронту, так і психологи, які надають психологічні послуги у сфері психореабілітації. Посібник поєднує в собі теоретичну базу, юридичний контекст, актуальні підходи й авторські техніки для практичної роботи з ветеранами й ветеранками. Особливу увагу приділено стратегіям психологічної допомоги за специфічних бойових травм: травми несправедливості, травми припинення життя, наслідків полону. Описано моделі першого контакту, опитування про психоемоційний стан, використання проєктивних методик, психоедукаційних моделей, різноманітних інструментів психологічного консультування в роботі з людьми, які є носіями особливого досвіду — захисту Батьківщини від ворога на полі бою.

УДК 159.9:355/351.147(477)



Цю книгу присвячено фахівцям допомагаючих професій.

Прагнемо бути гідним тилом.

Працювати професійно і людяно.

Разом.



На обкладинці розміщено фото Захисників і Захисниць України, які проходили курс психореабілітації та навчання в Олесі Борисової упродовж 2022–2025 років.

Підписи, починаючи з верхнього лівого променя:

1. Позивний «Чайка», снайперка, фото 2015 року, виїзд на позицію.
2. Позивний «Граніт», фото 2022 року, село Орловка, перед штурмом.
3. Позивний «Одеса», Серебрянський ліс, фото 2023 року.
4. Позивний «Атос», артилерист, бойовий досвід з 2014 року.
5. Позивний «Мерлін», фото 2015 року, Часів Яр.
6. Позивний «Стетхем», фото 2023 року, зроблено на східних околицях Костянтинівки.
7. Позивний «Буря», бойова медикія, військова психологиня.
8. Позивний «Док», фото 2015 року, с. Піски, у складі добровольчого батальйону.
9. Позивний «Решето», фото зроблено до поранення, після якого було втрачено ногу.
10. Позивний «Фотинія», фото 2025 року, зроблено на околицях Торецька.
11. Позивний «Директор», фото 2023 року, Донбас, на момент виходу книги перебуває в статусі зниклий безвісти.
12. Позивний «Док», бойова медикія, психологиня, фото 2022 року.

ЗМІСТ

Від авторки	7
Унікальність українського бойового досвіду	10
Юридичне регулювання сфери надання психологічної допомоги військовослужбовцям і ветеранам/ветеранкам в Україні	14
Психологічна реабілітація як психологічна допомога другого рівня	21
Чотири місця зустрічі військовослужбовця/військовослужбовиці, учасника/учасниці бойових дій із психологом.....	24
Фактори відмінності курсу психореабілітації учасників/ учасниць бойових дій від загального курсу психотерапії	29
Роль і місце психолога у відновленні військовослужбовця/ військовослужбовиці	41
«Мішечок з насінням» і терапевтичні паузи	44
Методика проведення першої бесіди психолога з учасником/учасницею бойових дій	47
Коморбідність психологічних проблем із лЧМТ.....	60
Методика опитування про психоемоційний стан «Три центри людини»	62
Проективна методика «Солдатський баул»	73
Розширений протокол техніки «Солдатський баул»	76
Техніка вправи в уяві «Східний базар»	82
Психоедукаційна модель «Чоловічок з камінням».....	86
Психоедукаційна модель «Архів пам'яті» (інформування про флешбеки при ПТСР).....	91
Психоедукаційна модель «Діамант самоцінності».....	97
Самоцінність і людська гідність.....	98
«Діамант самоцінності»	108

Методика опитування про флешбеки / Інтерв'ю про флешбеки...	113
Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).....	116
Інтерв'ю про флешбеки	120
Методика «Карта бойового досвіду»	124
Стратегії психологічної роботи з різними запитами.....	133
Що таке стратегія психологічної роботи	133
Приклад стратегії психологічної роботи	134
Стратегія психологічної роботи з людьми, звільненими з російського полону	135
Види реабілітаційних періодів	135
Чому важливо враховувати реабілітаційні періоди?	136
Структура реабілітаційних періодів	136
Як може проявлятися «зрив», або «накрило» у людини, звіль- неної з полону?	138
Схема «Темний квадрат, світлий контур».....	139
Стратегія психологічної роботи з почуттям тривоги.....	145
Діагностика: норма чи патологія?	147
Як працювати з патологічною тривожністю?	148
Кейс: Ветеран із генералізованим тривожним розладом (ГТР)	150
Стратегія психологічної роботи з травмою несправедливості.....	152
Відмінність травми несправедливості від моральної травми	153
Стратегія психологічної роботи	155
Стратегія психологічної роботи з травмою припинення життя ...	159
Принципи підходу до роботи з травмою припинення життя	162
Завдання психологічної роботи в цьому контексті.....	162
Стратегія психологічної роботи.....	162
Заключне слово.....	165
Опитувальник для студентів, складений на основі таксономії Блума	167
Список джерел	172

ВІД АВТОРКИ

Я дякую вам за увагу до цієї книги, особливо якщо ваш інтерес професійний, тобто ви навчаєтеся на психолога або вже здобули освіту і працюєте у сфері надання психологічних послуг. Робота з нашими людьми, які вертаються з фронту, — це найбільш розвивальний досвід для психолога/психологині, але разом з тим дуже відповідальний.

Розвивальний — тому що до повномасштабного вторгнення ми не бачили отримувачів/отримувачок послуг із психологічної допомоги, які б зазнали такого рівня навантаження, а правильно сказати — перевантаження фізичної і психічної систем. Ми не бачили такої високої коморбідності з численними черепно-мозковими травмами («контузіями»), втратами кінцівки або кінцівок та різноманітними додатковими обтяжливими обставинами, фактами та історіями. Окремим викликом і для людини, і для фахівців психологічної сфери є досвід російського полону, який мають тисячі наших співвітчизників, котрі утримувалися на території ворога в статусі військовополонених і цивільних заручників. Жодна країна світу не має такої кількості звільнених людей, велика частина з яких, на превеликий жаль, зазнали тортур.

Нам довелося навчатися на ходу, іти за запитами й скаргами, добирати знання із суміжних сфер. Адже щоб якісно й ефективно працювати з учасниками і учасницями бойових

дій, треба знати не тільки практичну, а й клінічну психологію: вміти проводити діагностику, знати патопсихологію і пропедевтику психіатрії, в ідеалі — розбиратися в нейропсихології. Не зайвим буде опанувати також кейс-менеджмент, тому що психолог/психологиня часто стає тією єдиною особою, з якою вдається налагодити контакт, і саме через нас люди можуть отримувати і додаткову важливу для себе інформацію, надання якої не є нашим прямим обов'язком за фахом, але приносить користь. Наприклад, контакти організацій, які надають юридичні та соціальні послуги, скерування до медичних закладів і лікарів, френдлі-спільноти та різні сервіси, які можуть бути корисними для наших Захисників і Захисниць.

Я пишаюся знайомством з багатьма моїми колегами, котрі весь цей час живуть у Харкові, Херсоні, Запоріжжі, Чернівцях, Сумах, Краматорську та інших містах України, витримуючи хронічний важкий стрес від постійних терористичних атак, бомбардувань і нальотів ворога, продовжуючи розвиватися, навчатися й працювати — з людьми і для людей. І ще більше пишаюся бути українкою. Тому що той подвиг, який щодня і щогодини вчиняють люди, котрі перебувають на передовій, у зоні бойових дій, фактично доводить існування незламного Українського Духу, який дістався нам від прашчурів.

Цей навчально-практичний посібник укладено так, щоб психологи й психологині могли почати застосовувати у своїй роботі певні ідеї, техніки, моделі та стратегії з нього якнайшвидше. Тут майже немає теорії, яку я, до речі, дуже люблю, адже мій шлях у науці починався саме з теоретичної спеціальності (12.00.01), і вважаю, що саме теорія якщо і не створює сенси (фактично їх створює досвід), то остаточно оформлює сенси в слова.

У цій книзі — практика прямо з кабінету, яка накопичувалася впродовж 2022–2025 років, оформлена в конкретні схеми й протоколи, покрокові послідовності. Я запрошую вас брати описаний тут досвід і інтегрувати його у свою роботу: адаптовувати, змінювати, доповнювати, створювати власні схеми й дорожні карти тощо.

Кожне нове покоління дослідників стоїть на плечах попередніх. Я працюю в тісному зв'язку, створеному вдячністю і увагою, з тими, хто навчав мене і навчався разом зі мною. Але найкращими вчителями для нас, на мою думку, стають люди, які приходять до наших кабінетів і приносять свій досвід. Це велика честь бути поруч із тим, хто пройшов пекло боїв, вижив у полоні, переніс досвід окупації. Важка, але важлива і світла робота, яку ми можемо робити завдяки саме цим людям — на своїй землі.

Дуже сподіваюся, що час, витрачений вами на читання цієї книги, не буде марним і принесе користь.

Слава Україні! Героям слава!

УНІКАЛЬНІСТЬ УКРАЇНСЬКОГО БОЙОВОГО ДОСВІДУ

Понад 10 років триває російсько-українська війна, з яких вже більше 3 років — невинні активні бойові дії на двох тисячах кілометрів фронту з використанням феноменальної кількості мін, артилерійських снарядів, ракет і різних видів бомб, ударних БПЛА. Тобто такої зброї, яка чинить найбільш руйнівний вплив на навколишнє середовище, наносить важкі ураження людському тілу й психіці.

Упродовж останніх років збільшення використання роботизованих систем і різних видів дронів робить цю війну найбільш технологічною та інноваційною в частині стратегічних і тактичних рішень. Що також створює додаткове стресове навантаження на психічний апарат людей, котрі воюють кілька років поспіль і не мають ясності щодо того, скільки часу буде тривати війна.

Унікальність українського досвіду полягає/відображається/фіксується в таких фактах і факторах:

- бойові дії відбуваються на Батьківщині бійців, на відміну від виїзних операцій, які здійснювали, наприклад, війська НАТО;

- бойові дії тривають цілий рік — як у літню спеку, так і в люті морози;

— бійцям невідомі терміни й строки, упродовж яких вони будуть воювати (відсутній механізм демобілізації під час дії воєнного стану, списання з лав ЗСУ можливе через обмежену кількість причин, найрозповсюдженіша наразі — у разі серйозного ушкодження здоров'я, наслідком якого, найімовірніше, стане інвалідність);

— ротації відбуваються не за чітким графіком (на відміну від стандартизованих ротацій в арміях НАТО);

— численні черепно-мозкові травми, спричинені дією вибухової хвилі («контузії»), які присутні в різноманітних кількостях (від 1–2 до 7–8, зі слів солдатів) в анамнезі 99% бійців із підрозділів піхоти, розвідки, десантно-штурмових сил, аеророзвідки, артилерії, танкових військ; а також серед особового складу підрозділів, що забезпечують логістику (підвезення палива, озброєння і т. д.), зв'язок, медична служба;

— ворог — найближчий сусід, з яким був культуральний та історичний зв'язок на різних рівнях і в різних контекстах, створений і культивований владним ресурсом упродовж десятиліть;

— в умовах активної інформаційно-психологічної операції (ІПСО), яку без упину проводить окупант;

— у військових можуть бути родичі, які мешкають на території країни-агресора;

— у військових можуть бути родичі, які перебувають в окупації;

— безпрецедентна кількість використання артилерії, при чому можливості противника в рази більші, наявність «снарядного голоду»;

— використання бойових дронів і дронів-камікадзе, що зробило небезпекі ризики не просто високими, а абсолютними;

— трапляються випадки, коли українські військові стають свідками зради місцевого населення (громадян України, які шпигують на користь ворога, спроби отруєння їжею) і підрозділи несуть втрати через це;

— в умовах масивних наступів ворога, який використовує численні людські ресурси, атакуючи піхотою, українські військові (наприклад, стрільці, кулеметники, гранатометники) отримують досвід масових ліквідацій окупантів, рахунок може йти на сотні осіб. У одній зі статей нами було розглянуто цей аспект і запропоновано термін «травма відняття життя», наразі в роботі з ветеранами і ветеранками під час консультування відбулася певна лінгвістична зміна, ми говоримо «травма припинення життя»;

— російська сторона не дотримується норм міжнародних договорів і конвенцій щодо поводження з військовополоненими, задокументовано велику кількість фактів катувань і каліцтв українських військових під час полону;

— до бойових психотравм додаються «травми несправедливості» — це емоційний біль через порушення законних прав людини, які трапляються під час військової служби й лікування, реабілітації. Наприклад, таке явище, як виведення поза штат, наслідком чого є позбавлення грошового забезпечення (люди можуть отримувати 500–800 гривень на місяць замість повноцінних посадових окладів і премій); нешанобливе ставлення командування; загублені рапорти про лікування; невчасні виплати; проблеми з документами та ін.). Так і під час проходження лікування після поранення в закладах охорони здоров'я, під час проходження ВЛК (військово-лікувальної комісії), під час спілкування з цивільним населенням тощо;

— у державі недостатньо добре функціонують соціально-побутові сервіси для ветеранів, за наявності нормативної бази і прописаних можливостей їх майже неможливо реалізувати на практиці; теоретично вони є, але гарантії їх реалізації відсутні. Особливо складна ситуація має місце поза територією великих міст, у селищах і територіальних громадах, де часто відсутні фахівці й матеріально-технічна база, потрібна для організації якісного фізичного та психологічного відновлення Захисників і Захисниць.

ЮРИДИЧНЕ РЕГУЛЮВАННЯ СФЕРИ НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ І ВЕТЕРАНАМ/ВЕТЕРАНКАМ В УКРАЇНІ

Варто зазначити, що станом на літо 2025 року сфера надання послуг із психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам і ветеранкам є найбільш юридично врегульованою. Постанова Кабінету Міністрів України «Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб» № 1338 від 29.11.2022 року зі змінами і доповненнями подає чіткий алгоритм послідовності надання психологічної допомоги, закріплює вимоги до фахівців, котрі прагнуть працювати з військовими, визначає принципи роботи й рівні психологічної допомоги.

Закон України «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні», прийнятий у 2025 році, надав хорошу теоретичну базу у вигляді визначень різних психологічних послуг. Проте цей закон майже не містить у собі норм процесуальних і процедурних, які б визначали послідовності запуску та перебігу важливих процесів фактичної роботи психологів і психотерапевтів різних сфер. Нам доведеться очікувати прийняття цілої низки підзаконних нормативно-правових актів, які мають врегулювати безпосередньо процес і сертифікації фахівців, і роботи в різних сферах, з різними категоріями отримувачів послуг.

Наразі можна запропонувати ознайомитися з тими визначеннями, які містять нормативні акти.

Психічне здоров'я — складова загального здоров'я та стан благополуччя, а не лише відсутність психічних і поведінкових розладів, за якого кожна особа може реалізувати власний потенціал, впоратися із життєвими труднощами, продуктивно й плідно навчатися та працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

Психологічне благополуччя — суб'єктивне відчуття особи щодо досягнення оптимального психічного функціонування, що включає відчуття задоволення якістю власного життя, цілеспрямованості та сенсу життєвих подій, вибір дієвих стратегій реалізації особистісного потенціалу, оптимальний рівень психологічної стійкості й адаптивності у подоланні життєвих труднощів.

Фахівці у сфері психічного здоров'я — фізичні особи, які надають допомогу у сфері психічного здоров'я, мають відповідну освіту, володіють необхідними для цього професійними знаннями й навичками, а також відповідають встановленим законодавством вимогам щодо атестації та/або сертифікації. Перелік професій фахівців у сфері психічного здоров'я затверджується Кабінетом Міністрів України.

Надавач послуг у сфері психічного здоров'я — фахівець у сфері психічного здоров'я, зареєстрований у встановленому порядку як фізична особа — підприємець або юридична особа незалежно від форми власності та організаційно-правової форми, з якою перебувають у трудових або договірних відносинах фахівці у сфері психічного здоров'я. До надавачів послуг також належать фахівці у сфері психічного здоров'я, які проходять військову (спеціальну) службу на посадах

у структурних підрозділах психологічної служби складових сектора безпеки та оборони України.

Психологічні втручання низької інтенсивності — це науково обґрунтовані короткострокові форми та методи допомоги у сфері психічного здоров'я, спрямовані на покращення окремих аспектів психічного здоров'я та психологічного благополуччя людини, що можуть супроводжуватися матеріалами й техніками для самопомоги.

Неформальна допомога у сфері психічного здоров'я може ґрунтуватися на особистому досвіді, взаємодії за принципом «рівний — рівному» або ініціативах на рівні громад і доповнює формалізовану допомогу, що надається фахівцями у сфері психічного здоров'я і в разі потреби супроводжується супервізією.

Психологічна допомога є комплексом заходів, спрямованих на розвиток соціально-психологічної компетентності осіб, зняття психоемоційної напруги та гармонізацію психічного стану, розвиток психологічної стійкості й здатності до соціальної адаптації особи або групи осіб. Психологічна допомога може надаватися у формі кризового психологічного втручання, психологічного консультування, психодіагностичних, психокорекційних і відновних заходів, а також «гарячих ліній» психологічної допомоги.

Рівні надання психологічної допомоги

Перший рівень — включає соціально-психологічну підтримку та надання соціальних послуг, зокрема соціального супроводу, соціальної адаптації, консультування.

Другий рівень — включає психологічну реабілітацію.

Третій рівень — включає комплексну медико-психологічну допомогу.

Рівень, на якому отримувачу послуг мають бути надані послуги із психологічної допомоги, визначається за результатами психологічної діагностики з урахуванням життєвих обставин отримувача послуг і стану його здоров'я, психічного стану.

Надання психологічної допомоги першого рівня має на меті сприяння соціальній адаптації (реадаптації) отримувачів послуг, їх соціально-психологічну підтримку й надання соціальних послуг, зокрема соціального супроводу, консультування, і передбачає сприяння психічному здоров'ю та психосоціальному добробуту, а також здійснення профілактичних заходів щодо груп, сімей та окремих осіб, які мають найвищий ризик потрапляння у складні життєві обставини через вплив несприятливих зовнішніх та/або внутрішніх факторів.

Соціально-психологічна підтримка надається надавачами соціальних послуг, зокрема фахівцями із соціальної роботи, соціальними працівниками, які не є фахівцями у сфері психічного здоров'я, але пройшли відповідну підготовку, у межах проведення соціальної роботи й надання соціальних послуг відповідно до законодавства.

Для надання психологічної допомоги першого рівня можуть залучатися особи, які не є фахівцями у сфері психічного здоров'я, але пройшли відповідну підготовку, зокрема члени громадських об'єднань ветеранів та осіб з інвалідністю, працівники закладів охорони здоров'я і закладів освіти, працівники органів військового обліку, зокрема центрів комплектування та соціальної підтримки, соціальних служб, інші громадські та благодійні організації відповідного напрямку діяльності, релігійні організації.

Психосоціальна допомога — це діяльність, спрямована на задоволення психологічних і соціальних потреб людей з метою покращення якості їхнього життя шляхом надання доступу до інформації про психічне здоров'я, розвитку навичок подолання стресу, психологічної стійкості і психологічного відновлення, підтримки, орієнтованої на зменшення почуття соціальної ізоляції, розвитку здатності до самовизначення і самозарадності.

Основні завдання психосоціальної допомоги:

- 1) оцінювання потреб і труднощів особи та визначення факторів, що сприяють дистресу, зниженню психологічного добробуту та якості її життя;
- 2) надання особам інформації про їхній психічний стан і доступні варіанти допомоги;
- 3) створення безпечного простору для осіб, в якому можна відкрито висловлювати свої емоції та перестороги;
- 4) навчання практичних навичок і стратегій психологічної стійкості, зокрема методів управління стресом, емоційної саморегуляції, релаксації, технік цілепокладання та вирішення проблем;
- 5) допомога особам у визначенні й вирішенні конкретних проблем чи викликів у їхньому житті, сприяння зв'язкам із мережами соціальної підтримки;
- 6) перенаправлення осіб у разі потреби для отримання інших видів допомоги або спеціалізованих послуг, забезпечення комплексної підтримки та безперервності допомоги.

Надання психологічної допомоги здійснюється з урахування таких принципів етичної та безпечної поведінки:

- 1) повага до прав людини, честі й гідності;

2) компетентність, наукова обґрунтованість застосування методів психологічної і психотерапевтичної допомоги;

3) добровільність, що передбачає неможливість надання послуг із психологічної допомоги без добровільної згоди отримувача послуг;

4) конфіденційність, що передбачає гарантування особистісної та соціальної безпеки отримувача послуг і збереження в таємниці всіх відомостей, отриманих під час надання психологічної допомоги.

Види послуг із психологічної допомоги:

1) кризове психологічне втручання — психологічна допомога людині, яка перебуває у стані кризи, що базується на принципах короткостроковості, реалістичності кризової допомоги та необхідності відновлення відчуття контролю над ситуацією;

2) психологічна діагностика — проведення оцінки актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних особливостей отримувача послуг, здійснення контролю за його психічним станом, визначення потреби та оптимальних методів надання психологічної допомоги;

3) психоедукація (психологічна просвіта та інформування) — проведення інформаційно-просвітницької роботи фахівцями з метою профілактики та запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів, формування загального розуміння про власне психічне здоров'я та навичок турботи про нього;

4) психологічне консультування — цілісне, свідоме та планомірне застосування науково-обґрунтованих методів надання психологічної допомоги особам, які перебувають

у складних життєвих обставинах, пережили надзвичайні події, мають емоційні, поведінкові проблеми, з метою підтримки їх нормального функціонування, розв'язання психічних, емоційних, поведінкових проблем та інших проблем психічного здоров'я, полегшення фізичних, психологічних, духовних страждань;

5) психотерапія — цілісне, свідоме та планомірне застосування науково-обґрунтованих методів психотерапії з метою профілактики та/або подолання психічних та поведінкових розладів, розв'язання особистісних та міжособистісних проблем, відновлення або компенсації порушених психічних функцій та покращення якості життя отримувача послуг;

6) групова робота — проведення психологічних тренінгів, психоедукація (психологічна просвіта та інформування), надання психологічної допомоги у групах підтримки із застосуванням стандартизованих процедур, спрямованих на саморозкриття учасників таких груп, актуалізацію наявного досвіду і пошук шляхів розв'язання власних психологічних проблем, формування навичок самопізнання та саморозвитку, опанування нових комунікативних і поведінкових стратегій.

Послуги із психологічної допомоги можуть надаватися у такій формі: індивідуальній — за відсутності сторонніх осіб; сімейній — разом із особами, що перебувають у родинних стосунках або проживають однією сім'єю; груповій — у групі з іншими отримувачами послуг у складі не більш як 10 осіб.

ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЯК ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ДРУГОГО РІВНЯ

На другому рівні психологічна допомога спрямована на розв'язання актуальних або специфічних психологічних проблем отримувача послуг, які виникли, зокрема, внаслідок психологічного травмування в екстремальних ситуаціях (участі у бойових діях, перебування у полоні, відбування покарання тощо), у надзвичайних ситуаціях (пожежі, руйнування будинків тощо), у кризових ситуаціях (розлучення, смерть близьких людей тощо).

Психологічна реабілітація спрямована на сприяння відновленню, покращення функціонування особи та якості її життя шляхом поєднання психологічної і психотерапевтичної допомоги, діяльності з розвитку соціальних навичок і соціальної підтримки, залучення ресурсів громади.

Основні складові психологічної реабілітації:

- 1) комплексне оцінювання особи — проведення ретельного оцінювання для визначення сильних сторін, потреб і цілей особи, що може включати оцінювання стану її фізичного й психічного здоров'я, соціальної підтримки, професійних навичок та інших чинників;
- 2) розроблення індивідуального плану допомоги відповідно до унікальних потреб і цілей особи;

3) виконання програми реабілітації особи та втручань, що ґрунтуються на фактичних даних і принципі доведеної ефективності;

4) надання особі можливостей розвивати й вдосконалювати свої навички у сферах спілкування, вирішення проблем, регулювання емоцій, соціальні та професійні навички;

5) надання особі соціальної підтримки й інтеграція в громаду — сприяння підтриманню зв'язків із соціальним оточенням, участі в громадських заходах і розвитку соціальних зв'язків;

6) надання особі допомоги в досягненні професійних цілей шляхом впровадження програм підтримки працевлаштування, професійного навчання, заходів з адаптації на робочому місці;

7) залучення членів сім'ї, законних представників, підтримувального соціального оточення до процесу реабілітації особи, щоб забезпечити додаткове заохочення, ресурси й соціальну підтримку, а також сприяти розвитку почуття причетності й спільності.

Про психореабілітацію учасників/учасниць бойових дій можна вести мову тоді, коли людина не перебуває в колі стресових обставин і прямих загроз життю, стосовно військовослужбовців — коли вони покидають зону бойових дій і потрапляють в обстановку більшої безпеки. Для відновлення порушених психічних функцій потрібні спеціально створені умови та розроблений план лікування/реабілітації. Психореабілітація має свою структуру та складається з різноманітних блоків психопослуг, кожен з яких наповнено спеціальними техніками й методиками, які застосовуються у вигляді інтервенцій низької, середньої та високої інтенсивності.



Рис. 1. Умови успішного й швидкого відновлення людини

Вище подано інфографіку, складену на підставі спостереження за динамікою роботи з отримувачами послуг упродовж кількох років. Умовами успішного й швидкого відновлення людини є: визнання самою людиною, що вона потребує допомоги й готовність звертатися по неї; задоволені базові потреби (є житло, одяг, їжа, ліки) та підтримувальне коло близьких людей; стабільна самооцінка особи.

ЧОТИРИ МІСЦЯ ЗУСТРІЧІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ/ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВИЦІ, УЧАСНИКА/УЧАСНИЦІ БОЙОВИХ ДІЙ ІЗ ПСИХОЛОГОМ

Розглядаючи шлях воїна, який бере участь у захисті Батьківщини від російських загарбників, можна умовно виділити кілька місць зустрічі військовослужбовця/військовослужбовиці із психологом/психологинею, а саме: у власному підрозділі (звернення до штатного психолога ЗСУ, МВС, НГУ, ДПСУ); під час проходження лікування після поранення — психологи лікарень і реабілітаційних центрів; психологи-волонтери, які надають послуги психосоціального супроводу й підтримки, або приватні психологи, які надають послуги психореабілітації. Також важливо звернути увагу на те, які завдання стоять перед психологами та які цілі психологічної допомоги, залежно від того, в якому місці психолог/психологиня працює чи служить. Адже можливості роботи будуть різними залежно від місця зустрічі фахівця/фахівчині й отримувача/отримувачки послуг із психологічної допомоги.

1. Військовий психолог/психологиня — штатний фахівець ЗСУ, НГУ, ДПСУ, який служить разом зі своїм підрозділом, може виїжджати в зону бойових дій як представник служби ППП (психологічна підтримка персоналу). Необхідний фах, який має бути опанований фахівцем/фахівчинею,

що працює на цій посаді, — кризова та екстремальна психологія. Завдання — втримати людину в стані боєздатності, стабілізувати у випадку гострої стресової реакції (ГСР), дати змогу розвантажитися, надати підтримку, навчити навичок саморегуляції, запобігти вигоранню. Робота з травматичним матеріалом (психотравмою), найімовірніше, здійснюватися не буде через відсутність безпеки й інших необхідних умов. Виняток — травми стосунків, що є частим запитом/скаргою від військових, та робота із симптомами ГСР, наприклад, методом EMDR (протокол ASSYST).

2. Психолог/психологиня закладу охорони здоров'я (ЗОЗ), куди захисник/захисниця потрапляє після поранення. Висока вірогідність, що буде мати справу з проявами ГСР, найчастіше саме в лікарнях люди проживають післяшоківі стани. Якщо особа зазнала ампутації чи множинних ампутацій — найбільш складний і «гарячий» період емоційної дезорганізації та дезадаптації припадає саме на період перебування в лікарні. Завдання психолога тут — діагностика, підтримка, стабілізація психоемоційного стану. Це завдання ускладнюється, якщо соціальний фон життя людини поганий (нещодавне розлучення, розрив стосунків, родичі на окупованій території, відсутність грошового забезпечення, службове розслідування, виведення поза штат, відсутність близької людини, яка може приїхати і дбати про пораненого/поранену та ін.). Постійний біль, обмеження рухливості, впливи хірургічних втручань — усе це напряму впливає на психоемоційну сферу й знижує або і взагалі унеможливорює проведення інтервенції будь-якої інтенсивності. Людина може фізично бути не в ресурсі витримувати бесіди, тому повноцінна психореабілітаційна робота часто під питанням. Важливо також,

якими є перспективи людини на момент перебування в лікувальних закладах: чи особа має знову повернутися на фронт і виконувати бойові завдання, чи вже списується з військової служби. Цей факт впливає на психічний контур і може заважати проведенню глибокої психологічної роботи, адже невизначеність майбутнього створює додаткове стресове навантаження, а контакт з травматичним матеріалом зазвичай викликає тимчасовий дистрес і потребує перебування особи в особливих умовах (щонайменше у спокійній, стабільній і безпечній обстановці).

3. Психолог/психологиня реабілітаційного центру зустрічає захисників/захисниць у кращому фізичному стані, що збільшує шанси для надання певного кола психологічних послуг або проведення курсу психореабілітації. Фіксований час перебування військових на відновлювальному лікуванні та в санаторіях — 14 / 21 день. Після місяців перебування в різних лікарнях ми точно можемо казати, що ГСР не зустрінеється, адже люди пережили травму більше ніж місяць тому. Наявність таких симптомів, як емоційне гіпер- або гіпозбудження, уникання в різних формах прояву, флешбеки, порушення сну та ін., буде вказувати на потенційний посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), у разі відсутності флешбеків — порушення адаптації (ПА) або різноманітні синдроми, розлади (від депресивного до дисфоричного), залежно від ансамблю представленої симптоматики. Завдання психолога в цьому місці зустрічі з учасником/учасницею бойових дій — зібрати анамнез, провести тестування, скласти план психореабілітації, спираючись на скарги людини та її побажання щодо покращення свого стану. Організувати й провести серію сесій, під час яких можлива робота з травматичним досвідом трав-

мафокусованими методами, рекомендованими протоколами МОЗ, які діють в Україні станом на 2025 рік.

4. Психолог/психологиня, що надає послуги із психологічної допомоги, працюючи на волонтерських засадах чи маючи контакти з громадськими організаціями, або психологи-ФОПи, включені в Реєстр надавачів психопослуг Міністерства у справах ветеранів України (Мінвет). За сучасним законодавством, Мінветеранів компенсує вартість 40 консультацій для однієї особи на календарний рік, що можна вважати повним курсом психореабілітації учасників та учасниць бойових дій. Таким чином, ми бачимо, що фахівці й фахівчині саме цього сегмента не обмежені 14 чи 21 днем у фактичному контакті з отримувачами послуг, на відміну від колег, які працюють у закладах охорони здоров'я. В цьому місці кількість сесій залежить насамперед від Захисників і Захисниць: скільки часу вони захочуть і зможуть приділити роботі, спрямованій на обробку й переосмислення свого бойового досвіду і того впливу, який війна та безпосередня участь людини в захисті Батьківщини чинить на особистість. Враховуючи наслідки фізичних поранень і психотравм, можливий досвід пережитого полону, втрату кінцівки/кінцівок, досвід знищення й ліквідації ворогів та багато іншого — усе це може потребувати роботи з «Я-концепцією», аналізу сенсів та цінностей, прицільної роботи із психотравмами. Саме в цьому місці можлива повноцінна, системна, глибинна робота з накопиченими враженнями й спогадами, які люди принесли з війни.

Слід зауважити, що працювати з учасниками/учасницями бойових дій у сфері психореабілітації можуть тільки фахівці й фахівчині, які відповідають встановленим законодавством

вимогам (повна освіта, практичний досвід, наявність документів про підвищення кваліфікації тощо).

Психологи-волонтери, або волонтери, які пройшли спеціальні курси з надання першої психологічної допомоги та психосоціальної підтримки, також можуть надавати психологічну допомогу першого рівня (психосоціальний супровід і підтримка) в тих місцях, які були описані вище, без проведення інтервенцій високої інтенсивності.

ФАКТОРИ ВІДМІННОСТІ КУРСУ ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЇ УЧАСНИКІВ/УЧАСНИЦЬ БОЙОВИХ ДІЙ ВІД ЗАГАЛЬНОГО КУРСУ ПСИХОТЕРАПІЇ

Оскільки психореабілітація є відносно новим терміном і явищем, яке все більше наповнює поле психологічної науки й практики, актуальним вбачається порівняння та аналіз психореабілітаційного процесу і процесу психотерапії.

Уперше термін «психотерапія» було введено наприкінці ХІХ ст. англійським лікарем Деніелом Хаком Тьюком. В опублікованій ним у 1872 р. книзі «Ілюстрації впливу розуму на тіло» одна з глав так і називалася: «Психотерапія». Термін «психотерапія» походить від двох грецьких слів: *psyche* + *therapeia* — і в перекладі українською означають «душа, дух» + «лікарський догляд» або «лікування». Загальноновживаним термін став лише у 90-ті роки ХІХ ст. у зв'язку з розвитком техніки гіпнозу. Психотерапія з'явилася як альтернатива психіатрії ХІХ століття, яка в той час не мала арсеналу ліків. Таким чином, психотерапевтичний напрям науки і практики формувався як лікування психічних порушень без ліків — як лікування вербальними засобами. Нині термін «психотерапія» використовується в кількох значеннях: 1) наука (медична й психологічна); 2) медична і психологічна практика лікування; 3) система лікувального впливу; 4) діяльність, спрямована

на позбавлення людини від проблем різного характеру; 5) метод лікування та ін.

Психотерапія як особливий вид міжособистісної взаємодії, предметом якої є питання відновлення здоров'я, досягнення зрілості, переживання страждання чи усвідомлення смислу, притаманна певним етапам розвитку будь-якого суспільства. Її виникнення і форми залежать від соціального запиту, зумовленого менталітетом людей і основними тенденціями розвитку суспільства.

Становлення психотерапії як науки і практики є результатом постійної взаємодії природничо зорієнтованої та гуманітарно зорієнтованої гілок знань, під час якої домінування однієї чи іншої з них зумовлюється знову ж таки особливостями розвитку суспільства та його потреб.

Показовою ілюстрацією цього процесу є послідовне виникнення, розвиток і взаємодія психоаналітичного, поведінкового та гуманістичного рухів в історії психотерапії. Зміцнення авторитету психотерапії у сучасному суспільстві, її популярність як професійної допомоги, побудованої на засадах партнерства, не тільки в медицині та психології, а й в інших сферах соціальної практики, зумовлюють її поступове виокремлення як самостійної наукової дисципліни й професії. Про це свідчать Страсбурзька декларація із психотерапії, а також інші суттєві тенденції в розвитку сучасної психотерапії: інтегративні процеси, пошук у галузі методології, теорії, методів дослідження тощо.

Існує Декларація із психотерапії, прийнята Європейською асоціацією психотерапії в Страсбурзі від 21 жовтня 1990 р., яка зазначає:

1) психотерапія є гуманітарною наукою, незалежною науковою дисципліною, практична діяльність в якій є незалежною та вільною професією;

2) психотерапевтична освіта потребує високого рівня теоретичної і клінічної підготовки;

3) процес психотерапії гарантує використання різноманітних психотерапевтичних методів;

4) освіта в області одного із психотерапевтичних методів має здійснюватися інтегрально; вона включає теорію, особистий терапевтичний досвід і практику під керівництвом супервізора, водночас набуваються широкі уявлення про інші методи;

5) доступність освіти можлива лише за умови широкої попередньої підготовки (гуманітарні та загальні науки).

Цікаво й широко поняття «психотерапія» представлено в роботі Мушкевича М. І. «Основи психотерапії», де наводиться багато визначень. Суть поняття психотерапії характеризується наявністю двох моделей: медичної та психологічної. У медичній моделі основна увага надається знанням нозології, синдромології, клінічній картині розладів. Основною мішенню такої моделі виступає симптом, його пошук і ліквідація причини. Активність пацієнта зводиться до мінімуму, проте зростає віра в лікаря та сам процес лікування. Лікар-психотерапевт у такій моделі психотерапії займає позицію експерта, який краще знає, краще розуміє пацієнта.

Поряд із медичною моделлю психотерапії існує і розвивається психологічна модель психотерапії. Психологічна модель психотерапії орієнтована на поширення психологічної культури і мислення у сферу допомоги хворим і людям, які мають психологічні проблеми. Характерною особливістю

психологічної моделі виступає переконання в тому, що за пацієнта/клієнта вирішити проблему ніхто не може. Психотерапевт лише супроводжує, допомагає людині знайти ресурс для змін і вирішення своїх проблем. Відповідно до психологічної моделі психотерапія — це зцілення душею, ціль якої полягає не в одужанні від психічних розладів, а допомога в процесі становлення свідомості й особистості, за якої психотерапевт є супутником хворого, його другом і наставником. Необхідними умовами, які б забезпечили успішність діяльності психотерапевта, є безоцінне ставлення до клієнта й прийняття його таким, яким він є, співчуття до нього, а також щирість і чесність у поведінці. Наслідком такого розуміння психотерапії є поширення її методів у педагогіці, соціальній роботі, прикладній психології і т. д.

А тепер приділимо увагу психореабілітації як психологічній допомозі другого рівня. Термін «реабілітація» запозичений із латинської мови і складається з префікса *re* — відновлення й іменника *habilitas* — спроможність. Таким чином, дослівний переклад цього терміну означає «відновлення спроможності». У професійному медичному середовищі цей термін з'явився всередині XX століття. В Англії та США після Другої світової війни було розроблено принципи реабілітації, які згодом стали основою концепцій реабілітації хворих і людей з інвалідністю у різних країнах світу.

Реабілітація — це використання різних можливостей для зменшення впливу чинників, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідизації; забезпечення особам із обмеженням життєдіяльності можливості досягти оптимальної соціальної інтеграції. Визначення поняття «реабілітація» змінилося наприкінці XX століття. Зараз під

реабілітацією розуміють систему державних, соціальних, медичних, професійних, педагогічних, психологічних та інших заходів, спрямованих на запобігання розвиткові патологічних процесів, що призводять до тимчасової або стійкої втрати працездатності.

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), реабілітація — це комбіноване й координоване використання медичних, соціальних і професійних заходів з метою підготовки та перепідготовки (перекваліфікації) індивідуума на оптимум працездатності, направлених на усунення й можливу компенсацію обмежень життєдіяльності, викликаних порушеннями здоров'я зі стійкими розладами функцій організму.

Важливо знати визначення поняття «стан здоров'я», адже реабілітація спрямована на відновлення здоров'я і вправного функціонування людини в суспільстві та своєму житті. Стан здоров'я — це загальний показник для хвороб (гострих і хронічних), розладів, пошкоджень або травм. Стан здоров'я також може охоплювати інші обставини, зокрема вагітність, старіння, стрес, вроджену аномалію або генетичну схильність. Стани здоров'я кодуються згідно з Міжнародною статистичною класифікацією хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*).

Реабілітація має основну мету: відновлення соціального статусу хворої людини, зокрема й людини з інвалідністю, досягнення нею матеріальної незалежності і соціальної адаптації.

Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» визначає реабілітацію як комплекс заходів, яких потребує

особа, яка зазнає або може зазнати обмеження повсякденного функціонування внаслідок стану здоров'я або старіння у взаємодії з її середовищем. Психічне здоров'я — стан благополуччя, за якого кожна особа може реалізувати свій власний потенціал, впоратися із життєвими стресами, продуктивно й плідно працювати, а також робити внесок у життя своєї спільноти.

Визначення поняття «психологічна реабілітація» можна знайти в ПКМУ «Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб» № 1338 від 29.11.2022 р., де зазначається, що це *діяльність, спрямована на відновлення та підтримку функціонування особи у фізичній, емоційній, інтелектуальній, соціальній та духовній сфері із застосуванням методів психологічної та психотерапевтичної допомоги у формі психотерапії, психологічного консультування або першої психологічної допомоги.*

Враховуючи наведене визначення, ми можемо виокремити **першу відмінність** психореабілітації від загального курсу психотерапії: курс психореабілітації слугує певній меті — відновити функціонування психічної системи, переосмислити досвід, стабілізувати психоемоційний стан отримувача/отримувачки послуг, який змінився після того, як людина отримала бойовий досвід, тобто воювала. Враховуючи екстремальність і разом з тим унікальність цього досвіду в контексті відсутності аналогів йому в межах мирного соціального життя, ми можемо стверджувати з високою впевненістю, що цей досвід впливає на особу в різних контекстах і сферах, на різні сторони її життя.

Зміна цілей і цінностей, перебування в полі постійної небезпеки й прямих ризиків втрати життя, каліцтва та потра-

пляння в полон, перенасичення важкими й гіркими враженнями, конфлікти моральних внутрішніх позицій і зобов'язань виконувати наказ та багато інших фактів — усе це трансформує внутрішні світоглядні орієнтири, якими людина керувалася раніше, до того, як взяла в руки зброю і стала на захист України та її народу, змінює сталу «Я-концепцію». З практичного досвіду можна зафіксувати стандартні фрази, які часто звучать у кабінеті психореабілітологів від учасників/учасниць бойових дій: «Я відчуваю, що змінився/змінилася, і ці зміни мене лякають», «Мені погано, і я не знаю, що зробити, щоб стало краще», «В мене погіршилася пам'ять, увага, постійно болить голова, я не сплю, висока дратівливість, став/стала часто плакати».

Курс загальної психотерапії, який обирає для себе людина, котра жила й живе в соціально безпечному та стабільному просторі (не воювала), може мати широке коло цілей, зокрема:

- особистісний розвиток у певному контексті;
- зміну рис характеру;
- покращення стосунків;
- зміну свого типу прив'язаності;
- робота з дитячими травмами;
- робота із самооцінкою і самоцінністю;
- багато чого іншого.

У контексті психореабілітації учасників/учасниць бойових дій ми заздалегідь знаємо, де і коли почалися великі зміни, що вплинули на людину. На лінії її життя можна відмітити початок і кінець часового відрізка, впродовж якого фізична й психічна системи зазнали важкого впливу обставин, ризиків та викликів. Відомо, що саме «просадило» якість роботи

психічних систем і порушило, у певній мірі, функціональність людини — участь у бойових діях.

Психологічна реабілітація є одним з видів реабілітації, що як процес передбачає у своїй суті «відновлення» функціонування психічної сфери, повернення до тих архітектурних контурів / меж / рамок / «Я-концепції», які забезпечують стабільність функціонування людини та її добре внутрішнє самопочуття/самосприйняття після участі у війні.

Друга відмінність полягає в тому, що практичні психологи й психотерапевти раніше не бачили клієнтів/отримувачів послуг, які б зазнали такого ступеню біологічного/фізіологічного навантаження. По-перше: бойовий стрес суттєво відрізняється від всіх інших видів стресу, який може отримати людина в мирному соціальному житті. По-друге: бойове функціонування людини передбачає життя в абсолютно ненормованих графіках сну, харчування й навіть реалізації природніх потреб. До цього додається також велике фізичне навантаження на тіло (військове спорядження та бойовий комплект мають масу від 20 до 50 і більше кілограмів, і їх люди мають носити із собою). По-третє: часті ураження центральної нервової системи мінно-вибуховою хвилею, черепно-мозкові травми, які люди часто називають «контузії», чинять прямий деструктивний вплив на центральну нервову систему. За відсутності знань психолог/психотерапевт може прийняти дратівливість чи агресію за самостійний симптом, якщо не проведе спеціалізоване опитування, враховуючи вплив лЧМТ на психічну сферу. Посткомоційний синдром часто приймають за постравматичний стресовий розлад (ПТСР), хоча між ними велика різниця — перший є наслідком органічного ураження головного мозку, другий — наслідком психотравми, а симпто-

мокомплекси можуть бути схожі, майже ідентичні, різниця — в анамнезі та такий специфічний ознаці ПТСР, як флешбеки (інтрузивні вторгнення епізодів минулої травматичної події). Робота з людьми, які воювали, потребує знань клінічної психології, пропедевтики психіатрії, нейропсихології, хоча б основ неврології, ендокринології, фармакології. Оскільки психологічна допомога часто надається паралельно з медичним лікуванням і фізичною реабілітацією, психолог має враховувати всі впливи, які отримує психічна система людини.

Приклад із практики. Отримувач послуг, який страждав на сильні головні болі та порушення сну, за рекомендацією психологині був спрямований на консультацію до лікаря, під час якої отримав призначення лікування фармакопротоколом. На сесії, котра відбулася заз тиждень, психологиня запитала, чи приймає він ліки і яке самопочуття зараз. Отримувач послуг повідомив: покращення немає, ліки він не приймає, тому що прийняв у перший день і «став від них як овоч, весь наступний день почувався слабким і втратив можливість думати». Фахівчиня не лишила це питання без уваги й попросила показати призначення, назвати препарати і дози, які прописав лікар. Після аналізу фактів виявилось таке: препарат було призначено в дозуванні 25 мг, а в аптеці чоловік придбав ці ліки в дозуванні 50 мг, не звернувши увагу на попередження фармацевта «приймати половину пігулки за раз». Прийняв цілу приблизно о 12-й годині ночі. Така схема прийому препарату була неправильною, що і спричинило негативний фізіологічний стан. Ситуацію вдалося виправити коригуванням дози і часу приймання ліків.

Психологи реабілітаційної сфери мають бути обізнані з цих питань і супроводжувати отримувачів послуг уважно та

якісно. Люди часто соромляться повторно перепитати лікаря про своє призначення, обурюються і відмовляються від лікування, якщо їм не підходить препарат. Хоча це є абсолютно нормальним — змінювати дозу, час приймання або сам препарат, оскільки індивідуальні особливості організму не можна передбачити заздалегідь. Психолог реабілітаційної сфери часто стає «посередником» між отримувачем послуг і лікарем-неврологом чи психіатром, знімаючи стигматизацію з цього питання.

Третя відмінність психореабілітації учасників/учасниць бойових дій від загального курсу психотерапії полягає в наявності широкого кола послуг, які можуть і мають бути надані особі під час проходження психореабілітаційного процесу. Згідно з пунктом 5 ПКМУ 1338 «психотерапія» — це одна із психологічних послуг, окрім неї є ще п'ять: перша психологічна допомога, психологічна діагностика, психологічна просвіта та інформування (психоедукація), психологічне консультування і групова робота (проведення психологічних тренінгів, занять із психологічної просвіти та інформування, надання психологічної допомоги у групах підтримки) тощо. А різниця між психотерапією і психологічним консультуванням, згідно з контекстом вказаного нормативу, визначається у формулюванні самих понять. Психологічне консультування — цілісне, свідоме й планомірне застосування науково-обґрунтованих методів психологічної допомоги особам, які перебувають у складних життєвих обставинах, пережили надзвичайні події, мають емоційні, поведінкові проблеми, що не відповідають діагностичним критеріям психічних розладів, а також можуть бути супутніми під час виникнення психічних розладів. Психотерапія — цілісне, свідоме й планомірне

застосування науково-обґрунтованих методів психотерапії з метою профілактики та/або подолання психічних і поведінкових розладів, розв'язання особистісних та міжособистісних проблем, відновлення або компенсації психічних функцій та покращення якості життя отримувача послуг. Таким чином, можна зробити висновок, що психотерапія може бути частиною психореабілітаційного процесу, а може і не бути, тому що для досягнення реабілітаційних цілей вистачить комплексу інших психологічних послуг, особливо якщо в людини не діагностовано психічного або поведінкового розладу.

Четверта відмінність — це доволі чітко визначена рамка психореабілітаційного процесу, завдана стандартом наявності мультидисциплінарних команд, де психологи працюють у тісній взаємодії з лікарями, орієнтуючись на стан людини та її потреби, враховуючи це у формуванні індивідуального плану реабілітації. Методичні рекомендації щодо надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються або звільнені з військової служби, з числа ветеранів війни, затверджені Наказом Міністерства у справах ветеранів у 2023 році, визначають рамку психореабілітаційного процесу, якій слідують надавачі послуг із психологічної допомоги, що надають послуги офіційно.

П'ята відмінність — наявність індивідуального плану відновлення, оформленого певним чином. Це свого роду новація у сфері психологічних послуг, абсолютно не властива психотерапевтичним школам до теперішнього часу. Такий план — це запропонований психологом перелік психологічних послуг і кількість годин, які разом дають людині уявлення про психореабілітаційний процес і стають орієнтиром, свого роду «дорожною картою» для отримувача послуг та фахівця.

Індивідуальний план створює структуру і дає ясність особі, котра, можливо, вперше звертається по психологічну допомогу, маючи внутрішні хвилювання перед абсолютно незнайомим їй полем психологічної роботи. Складання індивідуального плану є спільним завданням психолога і отримувача/отримувачки послуг та однією з умов проходження курсу психореабілітації у державній програмі.

Індивідуальний план складається за результатами психологічної діагностики і визначає послуги із психологічної допомоги, які повинні бути надані отримувачу послуг, із зазначенням кількості годин, необхідних для надання кожної послуги. Звісно, вся робота орієнтована на особу, яка проходить психореабілітацію, індивідуальний план коригується реальністю життя та обставинам, в нього вносяться зміни.

РОЛЬ І МІСЦЕ ПСИХОЛОГА У ВІДНОВЛЕННІ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯ/ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВИЦІ

Психолог/психологиня займає ключове місце у комплексній системі відновлення військовослужбовців, поєднуючи діагностику, психореабілітацію, підтримку сім'ї та соціальну інтеграцію. Український досвід, підтверджений науковими дослідженнями, доводить, що інтеграційний підхід значно знижує тяжкість наслідків і руйнівних впливів на психічний апарат людини досвіду участі в бойових діях, сприяючи успішній адаптації ветеранів до мирного життя. Проте варто зауважити, що і коефіцієнт вигорання фахівців психологічної сфери також не малий. Нижче наведено кілька рекомендацій для фахівців, які вже працюють або планують розпочати роботу у сфері психологічної реабілітації учасників/учасниць бойових дій.

1. Чітко визначте коло своїх можливостей: які теми ви витримуєте спокійно, а які викликають у вас хвилювання. Шукайте максимальну кількість інформації за тими напрямками, в яких ви почуваетесь поки що не дуже впевнено, адже ви обов'язково з ними зустрінетеся за законом діалектики (заперечення заперечення), а ліки від страху — підвищення компетенції. Хороша теорія — запорука хорошої практики.

2. Не лякайтеся досвіду людини, дивіться на силу людини, яка пройшла важкі випробування й витримала, зберегла здоровий розум і знайшла в собі ресурси звернутися до психолога. Ці люди вже експерти з виживання, усередині них є все для відновлення. Нам треба створити гарний і надійний простір, в якому сили людської вітальності зможуть активізуватися. Допомогти розчистити їм дорогу, впорядкувавши хаотичну масу внутрішнього матеріалу, який може перевантажувати когнітивний та емоційний апарати людини.

3. Люди часто не знають, що їм робити з тим досвідом, який отримали та пережили. А ми як фахівці — знаємо. Досвід треба десенсибілізувати (стишити емоційні реакції, закарбовані в ньому, дати їм проявитися і прожитися), переосмислити, прийняти, дати йому правильне місце в історії життя людини. Не допустивши ситуації, щоб минулий досвід (травматичний та болісний) панував у нинішньому житті люди, визначаючи її мислення і поведінку. Людина більша за її досвід, хай би яким він був.

4. Війна — аномальний контекст відносно унормованого соціального життя, працювати з травмами війни треба, усвідомлюючи цю різницю і тримаючись «поля війни». Хай би яка історія пролунала в кабінеті — не варто її жахатися, для війни це стандарт норми, на війні ось так. Розширюйте свій контейнер і «вікно толерантності» та шукайте сильних супервізорів, які візьмуть потім вас із цими історіями, якщо буде потреба.

5. Для роботи з учасниками/учасницями бойових дій недостатньо знань з практичної психології. Потрібні знання клінічної психології (особливо діагностика, патопсихологія, нейро), пропедевтики психіатрії. Щоб не плутати

ПТСР з генералізованим тривожним розладом або з постко-моційним синдромом.

6. Не треба плакати на консультаціях. Сльози фахівця відштовхують людей з бойовим досвідом. Вони сприймають це не як прояв емпатії/чуйності/співчуття, а так: «Людина не витримує мою розповідь. Краще нічого не розповідати, це ніхто з цивільних не вивезе».

7. Психолог має бути активним і завжди тримати ініціативу бесіди, щоб своїми запитаннями вести людину, змінюючи фокус уваги. Треба добре зібрати анамнез, щоб скласти хороший план психореабілітації. Дати людині «виговоритися» також треба, але не впродовж усієї сесії. Структуруйте час вашої зустрічі і завжди майте в голові план — що запитувати і для чого. Всі питання мають бути професійно обґрунтованими — фахівець може пояснити, для чого запитав по кожній позиції.

«МІШЕЧОК З НАСІННЯМ» І ТЕРАПЕВТИЧНІ ПАУЗИ

Метафора «Мішечок з насінням» народилася у 2023 році під час викладання на курсу «Психологічна допомога військовослужбовцям і їхнім близьким», на заняттях, темою яких було коло питань, як психологу підготуватися до роботи з учасниками та учасницями бойових дій. На думку авторки, у фахівця мають бути напрацьовані метафори, ідеї, різні переліки запитань, які будуть використовуватися під кожен запит і кожную ситуацію окремо. Разом з тим, під час зустрічі й роботи психолога з людиною, що повернулася з фронту, можуть бути і певні паузи.

Це важлива частина роботи — терапевтична пауза. Головне, щоб вона виникала не тому, що психолог розгубився і на знає, що казати / про що питати / куди вести людину далі. А свідомо дає час людині й собі побути в тиші, витримуючи свідому присутність відносно особи, її історії, емоційних реакції тощо. Терапевтична пауза — це навмисне мовчання або зупинка в розмові, яку психолог використовує під час консультації з метою поглиблення контакту, осмислення переживань клієнта або створення безпечного простору для емоційної реакції. Терапевтична пауза не є проявом байдужості чи втратою контакту, вона має бути усвідомленою та контекстуально обґрунтованою.

Основні функції терапевтичної паузи:

1. Осмислення сказаного. Клієнт/клієнтка має змогу обмірковувати свої думки чи почуття.
2. Створення безпечного простору. Пауза може сигналізувати: «Я тебе слухаю і підтримую, без тиску».
3. Підсилення емоційного усвідомлення. Мовчання може допомогти людині звернути увагу на внутрішні реакції або витіснені почуття.
4. Запрошення до саморефлексії. Часто після паузи клієнт починає говорити глибше або відкритіше.
5. Регуляція темпу бесіди. Пауза допомагає уникати поспіху, що важливо в роботі з непростим матеріалом війни.

Приклад. Після того як військовий ділиться важкою подією з фронту, психолог може не відповідати одразу, а залишити коротку паузу — це дає змогу клієнту «відчути» свої емоції, не відчуваючи осуду чи потреби негайно продовжити.

Але коли паузи завершуються — треба говорити. Метафора «Мішечок з насінням» запрошує психолога зібрати свій власний словник ресурсних і підтримувальних фраз, можливо — історій, цитат, притч, прикладів і навіть анекдотів, які мають своїм ядром життєствердні речі або позиції. У роботі з військовими було помічено, що люди часто згадують фрази, які почули від командира, лікаря, психолога підрозділу або інших осіб та запам'ятали. Періодично їх згадують у певному контексті, навіть спираються на них. Такі вислови можуть бути ресурсами і для отримувача послуг із психологічної допомоги, і для самого психолога. Наприклад, це фрази: «Ви відновитесь! Для цього потрібен час», «Так буде не завжди, адже все змінюється», «Життя — як оркестр, у різний час ми граємо

в ньому на різних інструментах», «Сльози — це не слабкість, а велика сила. Ознака людяності в тобі».

Нижче наведено перелік фраз, які готували групи для своїх «мішечків» під час навчання на курсі «Психологічна реабілітація учасників та учасниць бойових дій: український досвід, техніки 2 і 3 хвили КПТ».

— Ваш досвід важливий не тільки для вас, а й для інших людей. На нього можна спиратися.

— У людини можна забрати все, окрім останньої з людських свобод — це її ставлення до обставин. (В. Франкл)

— Якщо здатися зараз і тут — це буде означати, що ворог переміг. Ми не можемо цього допустити. Ми будемо боротися і переможемо разом.

— Твій досвід важливий не тільки для тебе. Він цінний для побратимів, для родини, для спеціалістів, які будуть працювати з військовими, і для тих, хто буде майбутнє нашої країни.

— Люди травмуються людьми, але й зцілюються — також людьми. Або в контакті з ними.

— Найтемніша ніч перед світанком. Треба пережити цей період достойно.

— Сльози — це не слабкість, а велика сила. Ознака великої людяності вашого серця.

— Ви можете пронести пам'ять про своїх побратимів у своєму серці, допомагаючи їхнім близьким по змозі. Вони б хотіли, щоб ви жили і пам'ятали їх.

— Мужність — це не відсутність страху, а здатність діяти всупереч страху.

— Сила не в тому, щоб ніколи не падати, а в тому, щоб кожного разу підніматися.

МЕТОДИКА ПРОВЕДЕННЯ ПЕРШОЇ БЕСІДИ ПСИХОЛОГА З УЧАСНИКОМ/УЧАСНИЦЕЮ БОЙОВИХ ДІЙ

Методика першої бесіди психолога/психологині і військовослужбовця чи ветерана або ветеранки має певну структуру, дотримання якої є бажаним, оскільки бесіда має певні завдання й цілі. Ми вбачаємо їх у такому: встановити контакт (рапорт) і зібрати певну інформацію про отримувача/отримувачку послуг, яка дасть змогу вже після першої зустрічі сформувати первинну оцінку психоемоційного і фізичного стану людини, а також почати формувати індивідуальний план психореабілітації.

Запропонована в цій статті структура першої бесіди складається з чотирьох блоків тематичних питань. Перший блок — «Привітання і знайомство», другий блок питань присвячено особистій історії учасника/учасниці бойових дій, третій блок питань стосується безпосередньо його/її військової історії, четвертий — питання психологічного змісту. Розглянемо ці блоки докладніше.

Перший блок «Привітання і знайомство». З практичного досвіду було зроблено висновок, що під час зустрічі з військовими, особливо з тими, хто перебуває на лікуванні в медичних закладах, краще не використовувати словосполучення «Добрий день (вечір/ранок)», тому що нічого «доброго»

людина в цей час може й не бачити, а погане самопочуття та гострий або хронічний біль саме в цей момент може спричинити страждання. Також не всім подобається, якщо з ними цивільні особи вітаються: «Бажаю здоров'я!» чи «Слава Україні!». Наша рекомендація — під час першої зустрічі казати «Вітаю», «Привіт» або «Мої вітання».

Після привітання психолог представляється, називаючи своє ім'я, і питає, як звертатися до співрозмовника. Третім кроком, на нашу думку, має бути подяка за службу і за захист Батьківщини, а також цивільного населення. Адже наша робота у тилу можлива тільки завдяки сміливості й силі духу Захисників і Захисниць України.

З моменту знайомства і надалі психолог бере на себе ініціативу пояснити формат і структуру спілкування, вказавши приблизний час, який піде на це. Варто звернути увагу, що бесіда має тривати стільки часу, скільки отримувач послуг зможе брати в ній участь без докладання зусиль. Психологу треба бути уважним до фізичного стану людини, скорочуючи протокол на свій розсуд у разі потреби.

Вбачається важливим повідомити отримувачу послуг про його право сказати «Стоп» або «Не хочу про це говорити» і не відповідати на запитання, яке йому не подобається. Це право може бути застосовано до будь-якого запитання і в будь-який момент.

Таблиця 1

Перший блок: «Привітання і знайомство»

№	Запитання або репліка психолога	Примітка
1	Вітаю Вас! Я — ..., психолог/ психологиня. Як вас звати? / Як до вас можна звертатися?	
2	Дякую вам за службу! Дякую, що нас захищаєте!	Моральний обов'язок всіх громадян України — дякувати людям, які встали на захист Батьківщини і населення
3	Дозвольте я візьму ініціативу нашої бесіди на себе і спочатку поясню, як ми можемо побудувати наше спілкування. Якщо не заперечуєте, я буду ставити вам запитання, щоб ми могли скласти загальну картину щодо того, як ви почуваєтеся і які факти мають місце зараз. Це допоможе нам краще зрозуміти ваш стан і, можливо, скласти план психореабілітації / подальших консультацій. Питання, які я буду задавати, стосуються вашого бойового досвіду, але ми також торкнемося вашого довоєнного життя, якщо ви не проти	Важливо повідомити, скільки часу може тривати ця бесіда і що все може бути скориговано для зручності отримувача послуг
4	Під час нашого спілкування існує правило «СТОП». Це означає, що ви маєте право відмовитися	Психолог розуміє, що відмова отримувача послуг

№	Запитання або репліка психолога	Примітка
	відповідати на будь-яке запитання і не пояснювати чому. В такому разі ми просто підемо далі за протоколом і це не буде проблемою	відповідати на певне питання може свідчити про наявність в нього напруження в цій темі
5	Піклування про зручність: Чи зручно вам в цьому приміщенні? Чи хочете води? Відкрити/закрити вікно?	Важливо забезпечити максимальний комфорт для отримувача послуг, надавши при цьому йому владу обирати обставини або, щонайменше, продемонструвати, що в нього є вибір і влада обирати

Другий блок питань «Особиста історія» учасника/учасниці бойових дій має бути побудована у формі діалогу, під час якого психолог не тільки ставить запитання, а й розповідає про себе деякі факти, щоб отримувач послуг міг скласти уявлення про людину, яка з ним спілкується.

Таблиця 2

Другий блок запитань: «Особиста історія»

№	Запитання або репліка психолога	Примітка
1	Звідки ви родом?	Де народилися та виросли
2	Де жили/навчалися/працювали?	Мається на увазі географія переміщень людини
3	Чим займалися до повномасштабного вторгнення 2022 року?	Де і ким працювала людина
4	Розкажіть кілька слів про свою батьківську родину (родина, в якій ви народилися). Чи є у вас власна родина (дружина/чоловік, діти)?	Родина може бути ресурсом, а може, навпаки, бути джерелом напруги і болю. Добре це виявити із самого початку
5	Як справи у членів родини (здоров'я, зайнятість)?	Чи є додаткове стресове навантаження на людину в цьому контексті
6	Ваші близькі зараз у безпеці?	Вони в Україні, за кордоном, чи на окупованій території?
7	Які у вас зараз стосунки? Чи є від рідних підтримка? Як проходить спілкування?	Психологу треба зрозуміти, тема стосунків/родини — це ресурс людини чи навпаки — зона дистресу
8	Хто ще входить у ваше постійне коло спілкування, окрім родичів? Як часто ви спілкуєтеся? Чи є складнощі у спілкуванні чи взаємодії? Якщо так — то чому, на вашу думку?	Друзі, побратими, волонтери

Третій блок запитань — «Військова історія». Найважливіший блок для аналізу психоемоційного стану отримувача/отримувачки послуг і бойового досвіду. Має значення кількість часу перебування людини в зоні бойових дій, адже існує прямий зв'язок: що довше — то більше бойового стресу, втоми й травматичного матеріалу. Також психологу важливо знати, в яких військах і які посади обіймав/обіймала отримувач/отримувачка послуг: чи був/була в прямому контакті з ворогом, ходив/ходила на штурми/зачистки, потрапляв/потрапляла в засідки та оточення, був/була в полоні та інше.

Таблиця 3

Третій блок запитань: «Військова історія»

№	Запитання або репліка психолога	Примітка
1	Скажіть, будь ласка, коли і як розпочалася ваша служба?	Доброволець, професійний військовий, мобілізований, контрактник?
2	Чи мали ви досвід участі в бойових діях до повномасштабного вторгнення 24 лютого 2022 року?	Можливо, перед психологом учасник АТО, а цей одразу дає багато інформації
3	В яких військах служите/служили? Який рід військ?	Сухопутні/повітряні/морські або інші сили, підрозділ та його фах
4	А на якій посаді?	Солдат/матрос/кулеметник/мінометник, сержант та ін.
5	Скільки часу провели в зоні бойових дій, виконуючи бойові розпорядження?	Мається на увазі безпосереднє перебування на нулі й виконання бойових виходів / бойових завдань

№	Запитання або репліка психолога	Примітка
6	Чи мали ви поранення? Якщо так — які саме?	Кількість госпіталізацій, якість наданих медичних послуг
7	Чи мали ви черепно-мозкові травми? Скільки? Чи проводилося лікування?	Накопичені й не ліковані належним чином черепно-мозкові травми можуть створювати картину, схожу на ПТСР та інші розлади
8	Де і як проходили лікування після поранень?	Лікування здійснювалося на місці чи було направлення в інші медичні заклади?
9	Де і як проходили реабілітацію?	Чи після основного лікування скеровували в реабілітаційні центри/санаторії?
10	Чи маєте досвід спілкування й роботи із психологами?	Окрім тестування, чи був досвід здійснення психокорекційної роботи, психологічних консультацій, психотерапії
11	Чи проходили курс психологічної реабілітації? Якщо так, коли, де і як довго тривала робота, а також які ваші враження від неї?	
12	Під час виконання бойових розпоряджень у вас був досвід штурмів, потрапляння в оточення, зачисток, потрапляння в засідку?	Досвід перелічених подій має високий потенціал травматичного впливу
13	Як ви оцінюєте свої відносини з командуванням вашого підрозділу?	Відносини з командиром — важливий і впливовий аспект військового життя

№	Запитання або репліка психолога	Примітка
14	Чи були у вас відпустки? Як часто?	
15	Чи потрапляли в полон? Якщо так, як довго перебували у полоні?	Робота з людьми, які пережили полон і тортури, потребує додаткової підготовки психолога
16	Чи маєте ви побратимів, які зараз у статусі зниклих безвісти або в полоні?	Відповідь на це запитання дає інформацію про наявність або відсутність додаткових стресових факторів у бойовій історії отримувача/отримувачки послуг

Четвертий блок запитань — «Питання психологічного змісту» — пропонується в скороченому варіанті, адже під час бесіди психолог мав змогу спостерігати за динамікою розмови, виділити ресурсні й проблемні зони в історії співрозмовника. Беручи до уваги фізіологічний стан отримувача/отримувачки психологічних послуг, його/її тілесні, вербальні, мімічні реакції та факти, які були повідомлені під час перших трьох блоків запитань, психолог має достатньо матеріалу для первинних висновків і складання приблизного плану психореабілітації для військовослужбовця/військовослужбовиці. Потребують уточнення буквально кілька моментів.

Таблиця 4

**Четвертий блок запитань:
«Запитання психологічного змісту»**

№	Запитання або репліка психолога	Примітка
1	Скажіть, будь ласка, як ви спите зараз і впродовж останнього місяця? Скільки годин триває ваш сон? Чи відчуваєте ви себе відпочилим/відпочилою, коли прокидаєтеся зранку?	У разі наявності порушень сну — консультація лікаря є обов'язковою
2	Яким є ваш настрій останнім часом?	Важливо почути, як отримувач/отримувачка послуг сам/сама оцінює стан. Часто відповідь може бути одним словом «Поганий» або «Не дуже». Варто поставити додаткові запитання, щоб визначити емоції та почуття, які присутні. Для цього було розроблено модель опитування про психоемоційний стан «Три центри людини». Див. далі по тексту
3	Чи помічаєте ви, що стали більш дратівливим/дратівливою?	Важливо знати, як сам отримувач/отримувачка послуг оцінює свій стан, чи демонструє критичність до власних проявів

№	Запитання або репліка психолога	Примітка
4	Чи помічали ви, що стали більш вразливим/вразливою? Наприклад, можете заплакати, хоча раніше вам це не було властиве?	Усвідомлення змін у своєму настрої і поведінці — важливий факт
5	Чи бувають у вас флешбеки? Спалахові спогади, які неочікувано втручаються в ваше теперішнє, немов захоплюють свідомість і вертають вас у травматичну подію, яка була в минулому?	У цьому місці варто уточнити, чи знає отримувач/отримувачка послуг, що таке флешбеки, чи інтуїтивно розуміє це поняття. <i>Флешбек — це не прості спогади і не еквівалент «нав'язливих думок» про минулу подію. Як зазначено в Протоколі МОЗ 2024 року, це повторне переживання травматичної події в теперішньому часі, коли подія не просто згадується, а переживається як така, що відбувається знову тут і зараз.</i>

Перша бесіда з військовослужбовцем має надати інформацію про загальний психоемоційний стан особи, висвітлити важливі факти життя й служби, сприяти встановленню контакту отримувача психологічних послуг і психолога. Після першої бесіди психолог повинен мати змогу планувати, до лікарів якої спеціалізації варто спрямувати людину додатково (невролог, психоневролог, психіатр, ендокринолог, нейропси-

холог тощо), які діагностичні методики і батареї тестів застосувати під час наступної зустрічі, виявити найбільш ресурсні і найбільш «складні» теми для отримувача/отримувачки послуг, а також — визначити характер та оцінити копінг-стратегії, які демонструються особистістю.

Таблиця «4 кластери»

КАРТКА
психологічного супроводження отримувача послуг
із психологічної допомоги

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ Міністерства у справах ветеранів України
14 грудня 2023 року № 331

Тілесні прояви:	Емоційний стан:
☐ головні болі	☐ підвищена тривожність, страх
☐ посилене серцебиття	☐ дратівливість або спалахи гніву, агресія
☐ підвищений чи понижений артеріальний тиск	☐ немотивована пильність
☐ потіння	☐ надмірні похливі реакції
☐ судом	☐ апатія, байдужість
☐ нудота	☐ відчуття туги, смутку, депресії
☐ запаморочення, непритомність	☐ втрата інтересу до життя, радощів
☐ тремтіння, поколювання в пальцях	☐ відчуття самотності
☐ відчуття напруги м'язів	☐ відчуженість
☐ підвищена втомлюваність	☐ почуття провини
☐ відчуття слабкості	☐ почуття образи
☐ неспроможність розслабитися	☐ власна неспроможність
☐ біль в різних частинах тіла	☐ проблеми переживання позитивних емоцій
☐ втрата/підвищення ваги	☐ незадоволення собою, оточуючими
Поведінкові прояви:	Когнітивні прояви:
☐ втрата апетиту, переїдання	☐ проблеми з пам'яттю, забудькуватість
☐ порушення сну, погані сни, кошмари	☐ повторне переживання подій («спалахи»)
☐ уповільнена/прискорена мова	☐ нав'язливі думки, спогади, флешбеки
☐ труднощі в спілкуванні	☐ перевага негативних думок
☐ підвищена конфліктність, імпульсивність	☐ порушення логіки
☐ уникнення думок і почуттів	☐ порушення абстрактного мислення
☐ уникнення всього, що нагадує про травму	☐ часті помилки, неуважність
☐ проблеми в сім'ї (спілкування, взаємодія)	☐ труднощі із концентрацією уваги
☐ соціальна самоізоляція	☐ самозвинувачення або звинувачення інших
☐ низька продуктивність діяльності	☐ роздуми про помсту
☐ сексуальна дисфункція	☐ роздуми про відновлення справедливості
☐ зловживання алкоголем, наркотичними засобами, психотропними речовинами чи прекурсорами	☐ втрата сенсу життя

КОМОРБІДНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНИХ ПРОБЛЕМ ІЗ ЛЧМТ

Фахівці, котрі працюють у сфері психологічної допомоги учасникам/учасницям бойових дій (УДБ), мають бути підготовлені до зустрічі — добре знати контекст і реалії військової служби, розуміти вплив лЧМТ («контузій») на тіло й психіку людини, уміти зібрати анамнез, проаналізувати скарги й зрозуміти, в чому корінь негативного стану, котрий демонструє людина: це наслідки фізичного ураження центральної нервової системи мінно-вибуховою хвилею (наслідки «контузій»), особливо якщо людина не отримала належного неврологічного лікування; чи наслідки психотравми (психотравм); має місце коморбідність (сполучення двох або більше захворювань, у нашому випадку — факторів); чи це наслідки бойового виснаження і перевантаження організму. Залежно від того, чим викликаний стан, різним буде і план психологічної реабілітації.

Також важливо наголосити: багато симптомів, які можуть прийматися за симптоми ПТСР (злість, тривожність, імпульсивність, апатія, паніка, плаксивість), можуть бути проявами саме органічного ураження нервової системи. Тому помилкова діагностика й початок винятково психотерапевтичної допомоги без корекції неврологічного стану не лише неефективні, а й можуть сприяти загостренню проблем.

У разі наявності в анамнезі лЧМТ потрібне залучення лікаря-невролога, проходження обстеження й призначення лікування, а також включення в план відновлення щонайменше 16 сесій роботи з нейропсихологом (курс нейродіагностики та нейрореабілітації). Це в ідеалі. Ми знаємо, що в реальному житті не так просто це організувати.

Головною проблемою в цьому контексті є відсутність юридичної фіксації «контузій» у медичних документах Захисників і Захисниць за фактичної наявності їх чималої кількості майже у кожної людини, яка служила в піхоті, розвідці, артилерійських військах та інших підрозділах, які мають прямий контакт з ворогом.

МЕТОДИКА ОПИТУВАННЯ ПРО ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН «ТРИ ЦЕНТРИ ЛЮДИНИ»

Запропонована нижче модель опитування людини про її актуальний внутрішній стан включає в себе комплексний підхід. Вона не тільки приділяє увагу аналізу емоційних реакцій, а й враховує когнітивні схеми мислення і, що найважливіше і відрізняє психореабілітацію від загальної психотерапії, — уважний аналіз фізіологічного стану.

Добре відомо про існування взаєпов'язаного впливу психоемоційного стану на фізичний, в результаті чого можуть маніфестуватися психосоматичні стани, розлади й хвороби. Але в контексті роботи з УБД ми найчастіше маємо справу з протилежною ситуацією — соматопсихічні порушення. Тобто органічне ураження головного мозку мінно-вибуховою хвилею створює каскад наслідків, серед яких виділяють наслідки першого й другого кола — від порушення цілісності нейрональних мереж і судин та локальних крововиливів до хронічного нейрозапалення, наслідками чого стає постійний сильний головний біль, порушення сну, суттєве погіршення роботи пам'яті та уваги.

Поганий фізіологічний стан провокує посилення дратівливості, імпульсивності, агресивності. Постійне активування

нервової системи через біль у тілі може провокувати емоційне пригнічення й формувати депресивний контур. Варто наголосити, що червоними нитками в цій тканині деструктивного психоемоційного стану найчастіше є саме примат фізичних проблем (порушень, розладів і хвороб), тож ансамбль емоційних негараздів є передовсім наслідком об'єктивного поганого фізичного самопочуття, а не наслідком психотравм.

З практичного досвіду можна зазначити, що після проходження неврологічного лікування учасники/учасниці бойових дій відзначають покращення свого емоційного стану в процесі повторного опитування, хоча прицільної психокорекційної роботи з емоційними схемами та травматичним матеріалом, доки тривало медичне лікування наслідків черепно-мозкових травм («контузій»), не проводилося.

«Три центри людини»

Умови застосування. На нашу думку, поняття «внутрішній стан» охоплює три рівні реакцій людського організму на події зовнішнього та/або внутрішнього впливу: когнітивний фон (мисленнєві схеми: про що саме і як людина думає), емоційний фон (емоційні реакції, їх динаміки і статичності), фізичний фон (контакт з тілом і усвідомлення тіла взагалі, відчуття тіла: болі, рухливість, оніміння, жар, холод та ін.). У побутовому контексті часто використовується слово «настрій», яке знайоме людям, але відповідь на запитання психолога: «У якому ви настрої сьогодні / на цьому тижні?» зазвичай обмежена одним або кількома словами на кшталт: «нормальний», «поганий», «як завжди», «звичайний». Така відповідь не є інформативною і потребує уточнення. Для цього і запропонована дана модель опитування.

Цілі застосування: 1) зібрати детальну інформацію про когнітивний, емоційний і фізичний стан людини для того, щоб правильно оцінити причинно-наслідкові зв'язки і впливи, визначити потреби; 2) допомогти сформуванню запиту (якщо замість нього тільки скарги); 3) навчити людину спостереження, аналізу, а в майбутньому — усвідомлення своїх внутрішніх процесів, оцінки власного когнітивного, емоційного й тілесного фону. Останнє передбачає по чергове спрямування уваги на ці рівні, здійснення шкалювання, порівняння та чимало інших внутрішніх когнітивних дій, що сприяє розвитку самоусвідомлення.

Опис техніки: Зараз я познайомлю вас із технікою «Три центри людини». Якщо ми явимо, що людина має три центри, які відповідають за думки, емоції та відчуття її тіла і називаються: інтелектуальний, емоційний, фізичний, то зможемо приділити увагу кожному з них. Інтелектуальний центр відповідає за наші думки, емоційний — за емоції, а фізичний — за тілесні відчуття.



Рис. 2. Схема «Три центри людини»

Інтелектуальний центр відповідає за наш когнітивний (мисленнєвий) процес, як і про що ми думаємо. Звертаючи увагу на нього, ми можемо визначити, про що саме розмірковуємо, в якому місці найчастіше перебувають наші думки: в минулому, теперішньому чи майбутньому? Чи є думки, які повторюються? Чи супроводжуються вони образами або картинками спогадів? Як ви почуваєтеся, коли думаєте про ті чи інші події/справи/людей, тобто як на вас впливають різні думки?

Можна застосувати техніку *«Ваги для думок»*. Психолог/психологиня просить людину умовно пригадати множину всіх своїх думок, які має впродовж дня, та розділити їх на дві частини: перша — думки або спогади позитивного контексту, тобто ті, які викликають усмішку, розслаблення в тілі або приємне збудження, надихають на певну діяльність, стимулюють/мотивують і т.д.; друга частина — думки, котрі викликають напругу в тілі, тривогу, страх, гнів, дратування, які

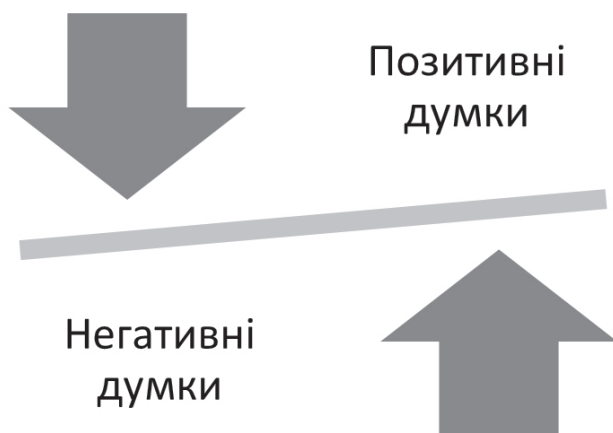


Рис. 3. Схема «Ваги для думок»

«псують настрій», викликають почуття власного безсилля, несправедливості, образу, провину та ін. Розділіть їх і покладіть на уявні ваги, де одна чаша — для думок зі знаком «+», інша — для думок зі знаком «-». Якась чаша переважить, чи вони будуть в балансі?

Друга техніка, яка також може бути корисною, — це «Минуле, сучасне, майбутнє». Намалюйте пряму горизонтальну лінію і розділіть її на три частини, кожна з яких відповідає відрізку життя: минуле, сучасне, майбутнє. Ми просимо людину знову пригадати множину своїх думок і здійснити їхній розподіл за цими сегментами. Наприклад: «Якщо взяти всі ваші думки впродовж дня за 100 відсотків, скільки відсотків з них присвячено минулому, скільки сучасному, скільки майбутньому?». Ця проста вправа дасть змогу швидко виявити фокус внутрішньої уваги. Чи є когнітивне «застрягання» в минулому? Або чи не втікає людина від реальності в майбутнє? Це дозволить психологу/психологині підготувати актуальну стратегію роботи для індивідуального плану психореабілітації.

Емоційний центр відповідає за наші емоційні реакції та почуття. Чи помічаєте ви зміни свого емоційного стану? Чи розрізняєте ви, яка саме емоція в конкретний момент є головною? Як часто змінюються ваші емоції? Допоміжною в роботі з цим блоком стане психоедукація про емоції взага-

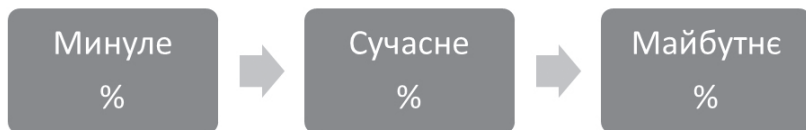


Рис. 4. Схема «Минуле, сучасне, майбутнє»

лі та емоційний інтелект і його вплив на якість життя людини в цілому і в процесі психологічної реабілітації. Прикладом поєднання психологічної просвіти та легкої практичної вправи є швидка техніка «Шкалювання базових емоцій», яку складено на основі методики «Диференційна шкала емоцій» Керрола Ізарда.

Переживання людини мають складну ієрархічну структуру. Проте в основу будь-яких переживань покладено базові емоції. Розподіл емоцій на первинні (базові) і вторинні характерний для прибічників дискретної моделі емоційної сфери людини. Серед дослідників не існує однозначного погляду на кількість базових емоцій. Виділяють від двох до десяти базових емоцій. Так, Пол Екман, вивчаючи експресію обличчя, виокремив шість базових емоцій: гнів, страх, відраза, подив, печаль, радість. Керрол Ізард виділив десять базових емоцій: інтерес, радість, подив, сором, провина, страх, горе, гнів, відраза, презирство. Роберт Плутчик вирізняв вісім базових емоцій: прийняття, страх, радість, гнів, горе, подив, інтерес, відраза.

Ідентифікація емоцій передбачає здатність до сприйняття емоційних станів (виявлення наявності емоції), розпізнавання конкретної емоції, що виникла, адекватного зовнішнього вираження переживань, а також уміння відрізнити щирі емоції від нещирих чи неавтентичних. Людина, яка перебуває у доброму контакті із власними емоціями та переживаннями, значно легше може ідентифікуватися з іншою людиною та зрозуміти суть її емоційного стану.

Техніка «Шкалювання базових емоцій» починається з невеликого психоедукаційного блоку про емоції як явище фізичного і психологічного життя людини. Ми пропонуємо

психологу/психологині підготувати готовий «скрипт» інформації, викладеної в максимально зрозумілій формі, наприклад: «Емоція — це фізіологічна реакція організму на події зовнішнього або внутрішнього світу. Вона виникає в результаті активації нервової системи на стимул: позитивні стимули (безпечні, приємні) активують викид гормонів окситоцину чи дофаміну, що викликає радість, розслаблення або збудження. Це такі стимули, наприклад, як зустріч із приємною людиною, хороша новина, контакт з близькими і родичами в безпечній обстановці, спогад про гарну подію і т. д. Негативні стимули (загрозливі) провокують виділення кортизолу, адреналіну та інших речовин, які створюють емоції страху, тривоги або агресії. Прикладами таких стимулів можуть бути негативні думки, погані новини, обстріли й ракетні загрози (якщо ви живете в Україні), невирішені проблеми, хвороби та ін. Ми розділяємо емоції на «позитивні» й «негативні» лише умовно, адже з біологічної точки зору всі вони природні й виконують важливу функцію — допомагають організму адаптуватися і вижити, всі емоції є «законними» проявами людської психіки.

Можливо, ви чули таке словосполучення — «емоційний інтелект», він означає здатність людини помічати свої емоції, спостерігати за ними, розуміти їхні причини. Розвиток емоційного інтелекту та вміння аналізувати свій емоційний стан допомагає підвищити якість життя, зміцнити стресостійкість і покращити стосунки. Емоції — це важливий сигнал нашого організму, і вміти їх розпізнавати, а завдяки цьому впливати на свій емоційний стан — дуже добре для нас.

Зараз ми візьмемо у фокус нашої уваги тільки чотири емоції — це гнів, страх, радість і сум. Чи знайомі вони вам? Давайте приділимо увагу кожній за допомогою невеликої таблиці,

Таблиця базових емоцій

№	Назва емоції	Шкалювання за двома показниками: 1) частота виникнення 2) сила прояву в обраний період часу (упродовж цього тижня /місяця/ року/ротації і т.д.	Шкалювання за тими самими показниками в інший період «до» або «після» вказаного в попередньому стовпці (щоб порівняти динаміку
1	Гнів		
2	Страх		
3	Радість		
4	Сум		

аналізуючи частоту виникнення та їхню інтенсивність, яку ви відчували впродовж обраного періоду часу.

Ми візьмемо зараз певний період, щоб було зручніше аналізувати свій емоційний стан, наприклад, — останніх* три дні/тижні/місяці (або будь-який інший зрозумілий людині період, на кшталт періоду перебування в лікарні / у відпустці / на посаді / в стосунках / в особливих обставинах та ін.) і запишемо в таблицю, як часто ви відчували ці емоції — це перший показник, другий показник — яким сильним був їх прояв.

1. Пригадайте, будь ласка, як часто ви відчували кожную з цих емоцій, за шкалою від 1 до 10, де 1 бал — дуже рідко, не щодня, 10 — відчував дуже часто, багато разів на день. Результати (цифри) заносимо в таблицю.

* Людина може мати негативні відчуття через слово «останні»; якщо таке матиме місце, психолог може замінити слово «останні» на «крайні», що не є правильним з лінгвістичної точки зору, але допустимо заради комфорту людини.

2. Пригадайте також, будь ласка, якою була інтенсивність цих емоцій: як сильно вони відчувалися вами на рівні тіла, за шкалою від 1 до 10, де 1 — у моєму тілі не було сильних проявів, 10 — у моєму тілі дуже сильні прояви: колотиться серце, я більше/менше рухаюся або завмираю, збивається дихання, пітніють долоні, напружуються/знесилюються м'язи, змінюється тон голосу, починає боліти голова і т. п.).

Зафіксуйте цифри в таблиці через «/», наприклад, у графі «гнів» показники «4/9» означають, що людина гнівається не часто, але інтенсивність її емоції в цей момент висока. Показник «8/3» свідчитиме про протилежну картину — людина часто гнівається, проте інтенсивність цієї емоції оцінює як невисоку.

Здійснивши таке ж шкалювання в іншому періоді й зафіксувавши дані в таблиці, можна буде побачити динаміку зміни емоційного стану людини залежно від обставин її життя і сформулювати певні висновки або припущення, котрі допоможуть скласти оптимальний індивідуальний план психологічної реабілітації

Варто зазначити, що перелік емоцій, обраних для шкалювання в прикладі, не є вичерпним або сталим. Психологи можуть складати власні переліки залежно від індивідуальних потреб, а також обирати різні критерії для другого часового відрізка, щоб порівняти стан особи в різні періоди чи за різних обставин.

Під час застосування цієї техніки в роботі з УБД оприявнюється така картина: бали оцінки частоти та інтенсивності трьох емоцій, вказаних в таблиці, суттєво відрізняються у різних людей, окрім однієї емоції — страху. Бали страху, які вказують учасники/учасниці бойових дій, — традиційно

низькі, особливо якщо оцінювати їх в контексті звичайного соціального життя. Люди висловлюються так: «Боятися мені вже нема чого, я бачив смерть і жив поруч з нею», «Страшно тільки на полі бою, більше в житті нічого страшного немає», «Страх у мене тільки перед виходом на позиції або коли готуюсь до виконання БРки (бойового розпорядження), коли виходжу — страху нема, бо приймаю той факт, що можу померти», «Більше майже не відчуваю страху». Оцінка частоти й інтенсивності страху в учасників/учасниць бойових дій зазвичай 1–3 бали.

Фізичний центр містить інформацію про наші відчуття тіла. В цьому місці варто поставити запитання про відчуття фізичного болю та/або дискомфорту, які можуть бути присутні після поранення, лЧМТ («контузій»), що може чинити й часто чинить прямий вплив на психоемоційний стан людини. Чи є десь в тілі відчуття важкості, напруги, холоду чи жару? Чи відчуває людина своє тіло взагалі та як ставиться до нього? Допоміжними в цьому контексті можуть стати запитання, котрі спираються на таблицю тілесних проявів, взяту із Картки психологічного супроводження отримувача послуг із психологічної допомоги. Затверджено Наказом Міністерства у справах ветеранів України № 331, від 14 грудня 2023 року.

Значна кількість відповідей «так» на запитання: «Чи маєте такі тілесні прояви?» та їх перелік, наведений у таблиці, свідчить про порушення в роботі нервової системи і потребу звернутися до лікаря-невролога.

Ми наголошуємо, що в роботі психолога з учасниками/учасницями бойових дій варто враховувати вплив фізіологічного перевантаження і ураження фізичних систем організму, насамперед — наслідки численних, накопичених і

Таблиця тілесних проявів

Тілесні прояви
☐ головні болі
☐ посилене серцебиття
☐ підвищений чи понижений артеріальний тиск
☐ потіння
☐ судоми
☐ нудота
☐ запаморочення, непритомність
☐ тремтіння, поколювання в пальцях
☐ відчуття напруги м'язів
☐ підвищена втомлюваність
☐ відчуття слабкості
☐ неспроможність розслабитися
☐ біль у різних частинах тіла
☐ втрата/підвищення ваги

не лікованих черепно-мозкових травм (лЧМТ, «контузій»), отриманих через плив дії мінно-вибухової хвилі, яка може завдати суттєвої шкоди безпосередньо центральній нервовій системі — вражається мозок людини. Картина збудженого емоційного стану може бути (і найчастіше є) передовсім наслідком не психологічної травми, а фізіологічного ураження ЦНС (розрив нейрональних ансамблів, ураження судин головного мозку, можливі крововиливи, нейрозапалення та ін.). Такий висновок побудовано на емпіричній базі й спостереженнях за динамікою лікування та реабілітації учасників/учасниць бойових дій: після проходження курсу лікування по лінії неврології скарги на постійну дратівливість, імпульсивність, збудливість суттєво знижуються.

ПРОЄКТИВНА МЕТОДИКА «СОЛДАТСЬКИЙ БАУЛ»

Наведена нижче авторська проєктивна методика була створена у 2024 році і може виконуватися в уяві як психологічна вправа. Рекомендується до застосування у випадках, коли людина почувається перевантаженою різними враженнями, досвідом, думками, емоціями, які пов'язані з бойовим досвідом, так би мовити «по гарячому», а також для аналітичної роботи з досвідом воювання.

Назва «Солдатський баул» склалася випадково, під час роботи групи курсу «Учасник бойових дій в кабінеті психолога» у червні 2024 року. Її запропонував Леонід Попов, людина з великим бойовим досвідом, який почався ще в часи АТО і триває на момент виходу книги. Як предмет військового побуту солдатський баул добре знайомий тим, хто був на війні. Ветерани/ветеранки та військовослужбовці знають, як він на вигляд і скільки важить чи може важити в реальному житті. Цей атрибут сам по собі займає важливе місце в досвіді військової служби, тому проблем із формування образу зазвичай не буває.

Психолог/психологиня застосовує спочатку психоедукацію, розповідаючи про нервову систему людини, психічний апарат, який обслуговує внутрішні процеси мислення та емоційного життя, пояснюючи, як впливає фізичне і психологічне

навантаження, а у разі людей, що воювали на фронті, — перевантаження всіх біологічних систем на психоемоційний стан.

Ми відзначаємо, що той досвід, який людина отримала під час захисту Батьківщини, — дуже важливий. Він суттєво відрізняється від досвіду звичайного соціального життя, має обтяження різного характеру, місцями може бути травматичним і болісним, гірким, важким. Проте разом з усім цим він має і цінність. Його не треба «забувати», відмовлятися чи відвертатися від нього. Він потребує переосмислення, впорядкування, опрацювання, зниження емоційного заряду, який закарбувався в епізодах та історіях. І все це буде зроблено поступово, з часом, упродовж психореабілітаційного процесу.

Виконання техніки має певні етапи.

1. Психоедукація та пояснення сенсу вправи. Перед початком роботи психолог/психологиня проводить коротке пояснення щодо наслідків хронічного психічного та фізіологічного перевантаження. Військові часто несвідомо «носять» у собі весь багаж пережитого, що викликає емоційну напругу, втому, апатію та/або роздратування. Психолог/психологиня пояснює, що мета вправи — тимчасово «відкласти» цей тягар, аби відчувати полегшення й знизити рівень психічної і фізичної напруги в моменті «тут і зараз».

2. Формування образу «Солдатського баулу». Отримувача/отримувачку послуг запрошують згадати свій реальний військовий баул або інший елемент екіпірування, який супроводжував його/її на фронті. Потім йому/їй пропонують уявити, що цей баул — це весь бойовий досвід, спогади, відчуття, емоції, біль і труднощі, які людина несла із собою постійно, через війну. Психолог/психологиня допомагає деталізувати образ, ставлячи запитання: якого кольору цей баул? Якої він

форми? Який його розмір? Скільки він важить? У разі труднощів із візуалізацією саме баула його можна замінити на рюкзак, валізу або будь-який інший предмет, який асоціюється у особи з війною і перебуванням у зоні бойових дій.

3. Усвідомлення ваги досвіду. На цьому етапі важливо зафіксувати почуття, які виникають від усвідомлення цього «тягаря»: що ви відчуваєте, коли уявляєте цей баул на своїх плечах? Чи можете ви йти з ним легко, чи він вас обтяжує? Які емоції він викликає у вас прямо зараз? Як він на вас впливає? Ця частина вправи допомагає клієнту/клієнтці усвідомити, скільки сил він/вона витрачає на носіння цього емоційного вантажу навіть у цивільному житті, повернувшись з війни до тилу.

4. Пропозиція поставити баул на землю. Людині пропонують зробити уявні дії: зняти баул зі спини й поставити його на землю поруч із собою; зрозуміти, що він нікуди не зникне, не знеціниться, але він більше не буде тиснути на плечі. При цьому психолог/психологиня наголошує на важливості й цінності бойового досвіду, хай би яким важким він був. Якщо клієнт відмовляється зняти баул, фахівець досліджує причини опору: «Хто ви без цього баулу?», «Як він впливає на вас?», «Чому його не можна зняти хоча б на хвилину?».

5. Фіксація змін після зняття баулу. Коли клієнт/клієнтка погоджується «покласти» баул, важливо звернути увагу на його/її фізичні та емоційні відчуття: чи стало легше дихати? Чи з'явилося відчуття свободи? Чи розслабилися плечі й спина? Клієнту/клієнтці пропонують ідею, що відпочинок від важкого емоційного навантаження не означає знецінення досвіду, а лише дає змогу відновити сили.

6. Завершення справи. Важливо закріпити отриманий досвід, підкресливши його цінність, але звернути увагу людини, що в неї є і вибір, як вчиняти з метафоричним солдатським баулом, який людина носить із собою, не знімаючи, стільки часу. Навчити людину впливати на свій стан. У цьому місці ми закріплюємо зв'язок із важливими ресурсами — силою свого внутрішнього рішення і владою робити власний вибір. Людина усвідомлює, що процеси всередині неї можуть відбуватися стихійно і тоді її стан і настрої залежить від них. Або є альтернатива — взяти владу собі й прийняти рішення зняти із себе доволі великий вантаж, звільнивши сили для відновлення та зцілення. Психолог/психологиня пропонує клієнту/клієнтці ще раз глянути на свій «баул» та усвідомити, що він більше не на плечах, а просто поруч.

Розширений протокол техніки «Солдатський баул»

1. Провести коротку психоедукацію про нервову систему та психічний апарат людини, який може страждати від кількісного і якісного перевантаження різними враженнями, думками, спогадами минулого. Поміряти й зафіксувати рівень внутрішньої напруги (суб'єктивної оцінки дистресу), яку відчуває людина зараз, усвідомлюючи вплив свого бойового досвіду або як тільки пригадує про свій бойовий досвід. Шкала вимірювання — від 1 до 10 балів, де 1 — майже не відчуваю напруги, 10 — відчуваю дуже сильну напругу. Зафіксувати бал.
2. Пояснити мету справи — зробити крок на шляху відчуття розвантаження психічного апарату, щоб звільнити більшу частину внутрішньої енергії для відновлення «тут і зараз». Отримати досвід внутрішньої роботи через метафо-

ру. Опанувати навички впливу на свій психоемоційний і фізичний стан.

3. Запитати про солдатський баул, яким він був у людини, коли вона несла службу, який мав вигляд, скільки важив, що там лежало.

4. Попросити уявити зараз на собі (на своїй спині, за своїми плечима) солдатський баул, в якому лежить увесь персональний бойовий досвід людини, якщо висловлюватися метафорично.

Допоміжні запитання: який саме на вигляд той баул, що ви уявили? Він новий чи старий, з якої тканини? Якого кольору? Якої форми? Скільки він важить? Вага може бути фантастично великою (сотні кілограмів, центнери, тонни), що корелюється зі сприйняттям важкості цього досвіду для самої людини.

5. Надати допомогу у формуванні образу, якщо це потрібно. Наприклад, замість баулу може бути рюкзак, дорожня сумка, валіза. Той предмет, який супроводжував людину під час служби або який вона хоче уявляти зараз.

6. Закцентувати увагу на стані людині тут і зараз, коли вона уявила цей баул. Допоміжні запитання: що ви відчуваєте зараз, коли бачите цей образ? Чи є якісь відчуття у вашому тілі? Можливо, народжуються якісь думки, коли ви в контакті з цим образом? Розкажіть про це. Можна трохи поговорити про те, як цей баул досвіду впливає на людину, якщо вона постійно відчуває його велику вагу. Це вам на користь? Чи хочете ви змінити нинішній стан речей? Адже у вас є влада, ви можете приймати рішення і обирати, що саме зробити для власного добробуту. Що для вас буде справді на користь?

7. Запропонувати людині зняти із себе баул, поставивши його на землю, поруч із собою. Оскільки прямо зараз ви вже на не фронті і вам не обов'язково носити із собою весь час і всюди ваш солдатський баул. Якщо відповідь «так» — знімайте й ставте його на землю. Допоміжні запитання: а ви хотіли б зняти із себе цей баул, який важить (повторити озвучену людиною вагу)? Чи варто продовжувати носити цей баул тут і зараз? Чи актуально зараз тримати на собі таке навантаження весь час? Чому це слугує? Чи на користь вам постійно носити цей баул зараз?

8. У разі, якщо людина відмовляється знімати баул, важливо зрозуміти, чому саме. Люди тривожного контуру часто хвилюються, що баул кудись зникне, його вкрадуть або з ним щось станеться. Люди, схильні до відповідальності, можуть казати, що вони не мають права його знімати, бо треба бути завжди наготові до будь-чого і вони мають його нести, це їхній обов'язок. Причина відмови знімати баул може бути в тому, що людина вже не пам'ятає себе без нього і не уявляє, як жити без цієї напруги. Коли вона з баулом — це дає підтвердження її сили. Зняти баул ще може бути страшно. Саме в цьому місці психолог/психологиня може отримати значну кількість терапевтичного матеріалу про отримувача/отримувачку послуг.

Для роботи із супротивом ми можемо завжди застосовувати психоедукацію, звертатися до здорового глузду та прямої логіки. Нагадати про перевантаження психічного апарату; наголосити, що зняти баул — не означає знецінити досвід, він нікуди не подінеться (ні баул, ні досвід), адже це частина вашого життя. Ми знаємо, що людина — більша за будь-який її досвід. Ваша особистість мала різний досвід до вашої участі

у війні, матиме різний досвід і після цього. Бойовий досвід — найбільш емоційний, особливо унікальний, проте він не має осліпляти своєю яскравістю і забирати увагу із сучасного на минуле. Ми просто пропонуємо зараз більше уваги зосередити в теперішньому часі й місці. Знявши баул, ви не станете іншою людиною. Ви можете бути тут і зараз не тільки перевантаженим, але й більш вільним від ваги минулого досвіду.

Допоміжні фрази та запитання: пропоную просто спробувати це зробити. Просто спробуйте зняти баул, щоб відчувати різницю. Ви завжди зможете повернути його на свої плечі, в будь-який момент, коли захочете це зробити. Це тільки ваше рішення. Тільки ви зараз можете вирішувати, продовжити бути під впливом ваги (назвати вагу) вашого бойового досвіду чи зняти його хоча б на хвилину або навіть кілька секунд. У вас є така влада. Вам треба вирішити, що для вас краще. Що буде, якщо ви продовжите носити цей баул, не знімаючи його із себе хоч інколи? Як це вплине на ваш психоемоційний стан? Як це вплине на процес вашої реабілітації? Як ви гадаєте, що насправді для вас більш корисно — продовжувати витрачати сили на тримання й носіння цього баулу чи просто зняти його і поставити на землю, щоб перепочити хоч трохи?

Розмова і робота в цьому місці може зайняти якийсь час. Як правило, звернення до здорового глузду, спокійний супровід і фокус на запитаннях: «Що вам на користь?» допомагає змінити сумніви чи страхи на згоду хоча б спробувати зняти із себе важкий солдатський баул.

9. Якщо людина згодна зняти із себе баул і робить це в уяві — стояти увагою в цьому місці, задаючи поточнювальні запитання про те, який стан після того, як цей вантаж знято зі спини. Допоміжні запитання і фрази: Після того як ви уявно

поставили баул на землю, що змінилося? Як почувається людина у вашій уяві? Розкажіть про це. Як ви почуваєтеся зараз у своєму тілі? Чи є якісь відчуття? Як вам зараз дихається? Не поспішайте, поспостерігайте трохи за своїм станом. Коли ви уявно поставили баул на землю, ви відчули якісь зміни? Коли він не на ваших плечах — вам так краще, гірше чи взагалі без змін? Якщо відповідь «гірше» — треба спокійно розпитати чому, проаналізувати відповідь, нагадати: ви завжди можете повернути баул собі на плечі, він поруч з вами і нікуди не зникне. Попросити трохи почекати, кілька хвилин все ж таки побути без відчуття напруги. «Можливо, ви до цього не звикли і тому зараз некомфортно без навантаження». Якщо відповідь «так краще», попросити описати, що саме краще, як це проявляється в тілі (можливо, легше стало дихати, з'явилося відчуття тепла в долонях, розслабилися м'язи в спині і т. п.).

10. Зняття баула й отримання відчуття полегшення, як правило, стає ресурсним для людини. Відповідь: «Стало наче трохи легше» або «Та якось дивно не відчувати тієї ваги» свідчить про вдале виконання вправи. Проте зрідка бувають випадки, коли людина спершу не фіксує жодних змін на фізичному та психоемоційному рівнях. Тоді психолог тримає фокус на когнітивно-аналітичному центрі, говорячи про те, що з погляду логіки, якщо зняти із себе щось важке — енергії в тілі для виконання інших завдань має стати більше, чи не так?

11. Завершення вправи відбувається через максимальне ресурсування людини силою цього досвіду, владою приймати внутрішні рішення щодо самого себе і можливістю впливати на свій стан через спрямування уваги та застосування різних технік. Ресурсним стає усвідомлення факту зміни свого стану, який відбувся завдяки виконанню вправи: застосуванню ува-

ги і метафоричного образу. Варто заякорити думку, що людина здатна регулювати свій психоемоційний стан, а не він просто «стається» з нею.

12. Заміряти рівень внутрішньої напруги зараз (суб'єктивної оцінки дистресу), після виконання техніки, зафіксувати бал. Порівняти з балом, який був на початку. Підбити підсумки.

ТЕХНІКА ВПРАВИ В УЯВІ «СХІДНИЙ БАЗАР»

Мета вправи:

- досягнути внутрішнього фізичного та психологічного заспокоєння;
- поглибити навички роботи в уяві шляхом фокусування уваги на образах, які будуть формуватися під час уявної мандрівки на східний базар;
- розвинути компетентність самоспостереження за зміною свого психоемоційного стану під час перебування в різних уявних умовах (внутрішній спостерігач);
- посилити навички відчуття свого тіла, звертаючи увагу на фізіологічні реакції та стани тіла, образи й змісти, які будуть змінюватися під час виконання вправи.

Опис техніки

Отримувачу/отримувачці психопослуг пропонується відвідати в уяві два місця, після чого знову повернутися увагою в те місце, де він/вона фактично перебуває під час сесії із психологом.

Перше місце — це торговельна площа великого східного базару в момент його найбільшої активності. Людині пропонується уявити себе посеред активного шумного натовпу, коли навколо відбувається одночасно чимала кількість різних процесів: укладаються угоди (вигідні й не дуже), розривають-

ся угоди, різні люди навколо проживають різні емоційні стани, відбувається чимала кількість подій навколо, які створюють впливи на різних осіб, і наш клієнт/клієнтка у цей момент є і свідком, і можливим потенційним учасником цього різноманіття життя. Він може обирати лише спостерігати за всім, що відбувається навколо, а може обрати активно включитися в різні процеси, ставати учасником якихось подій, взаємодіяти з іншими людьми. І кожен з варіантів матиме свої наслідки.

Друге місце — це велика простора тераса двоповерхового будинку, який стоїть трохи осторонь базару. Перебуваючи на терасі, людина все ще може чути звуки, які доносяться з торговельної площі, можливо — відчувати запахи, які приносить вітер, але не бачить своїми очима, що саме відбувається на площі, і не є учасником великої множини подій, які потенційно розгортаються на торговлиці. А життя на базарі триватиме й далі незалежно від присутності чи відсутності конкретної людини, усі процеси будуть відбуватися за своїми власними циклами і ритмами, у присутності свідків чи без них.

Інструкція перед початком

Психолог/психологиня інформує людину про мету вправу і просить слідкувати за своїм емоційним станом, фіксувати відчуття в тілі, під час роботи з різними образами, звертати увагу на думки, які виникають. Оскільки вправа триває не довго, до 10 хвилин, психолог/психологиня просить по змозі запам'ятати всі свої стани й розповісти про них одразу після завершення роботи.

Перед початком людині пропонується зайняти зручне для себе положення, бажано сидячи. Мати опору для спини, стопи ніг поставити на підлогу, відчувши заземлення. Вдихи

й видихи робити усвідомлено, вдихати і видихати із задоволенням, з видихом відпускаючи з тіла напругу, тривогу, думки і розслабляючись.

Супровід

А зараз ви можете уявити себе на великій торговельній площі східного базару, коли торговий день на піку своєї активності. І ви бачите й чуєте, як навколо вас вирує життя і відбувається велика кількість різних процесів.

Ви бачите, як поруч з вами два торговці радіють, тому що уклали вигідну для обох угоду. А прямо біля них дві інші людини посварилися, і от-от почнеться бійка. Ви встигли помітити, як злодій украв гаманець у жінки й збирається тікати в провулок. У вас є одна-дві секунди, щоб вирішити — включитися в цю ситуацію, заявивши про себе як свідка, чи промовчати й зробити вигляд, що ви нічого не бачили. І ваше рішення може вплинути на долю іншої людини. Ви чуєте звуки, відчуваєте дотик одягу до шкіри, розрізняєте різні запахи. Можете купувати товари чи просто гуляти, взаємодіяти з іншими людьми або уникати спілкування. Ваше спостереження за різноманітними процесами може переходити в активні дії впливу на ці процеси, а може залишатися на рівні їх мовчазного засвідчення.

І за хвилину ми залишимо цю площу й перейдемо в інше місце. Ви можете ще раз оглянути цю територію, і за кілька вдихів і видихів я запрошую вас переміститися на велику простору терасу двоповерхового будинку, який стоїть на певній відстані від базару.

На цій терасі комфортно й прохолодно, тут є зручні меблі, на яких можна сидіти чи лежати. Коли ви тут — площі не вид-

но, але сюди долітають звуки базару й деякі запахи. Ви можете все ще добре пам'ятати образ торговельної площі, на якій були нещодавно, але вас більше там немає. У цей час життя на площі не зупиняється, там вирує торгівля, і тепер вже інші люди беруть участь в різних процесах.

Ви наразі не спостерігаєте за ними, але вони відбуваються і поза вашою присутністю там. Можна пригадувати їх, можна уявляти, але реальність продовжить своє існування такою, якою її роблять різноманітні впливи багатьох фактів, факторів, обставин, учасників подій у тому місці, де вони зустрічаються. І ви можете трохи відпочити на цій терасі, де немає стільки інформації для ваших органів чуття, як на площі, де більш спокійно і можна подумати про щось своє. Або не думати ні про що.

І за хвилину ми залишимо і цю терасу, тому що час вертатися до свого звичного місця перебування, з якого ми починали нашу уявну подорож. Ви можете ще раз оглянути терасу, ще раз зробити вільний глибокий вдих і спокійний приємний видих, залишаючи її і вертаючись подумки в те місце, де ви зараз є. Для того щоб зробити це краще, зверніть уваги на свої стопи, як вони стоять на підлозі. Відчуйте опору за своєю спиною. Зробіть глибокий вдих і відчуйте запахи, які зараз навколо вас, у вашій кімнаті чи кабінеті.

Після завершення практики відбувається обговорення того досвіду, який отримав отримувач/отримувачка послуг, які емоції, думки, фізичні відчуття спостерігала людина, як вона їх інтерпретує, які ідеї могли б народитися з аналізу цих явищ?

ПСИХОЕДУКАЦІЙНА МОДЕЛЬ «ЧОЛОВІЧОК З КАМІННЯМ»

Психоедукаційна модель — це структурований короткий блок інформації про окреме явище психічного життя людини (або психофізіологічний процес, або іншого змісту), що містить у собі пояснення щодо того, як саме функціонує та чи інша система, роз'яснює зв'язок причин і наслідків та містить просту інструкцію, як вплинути на цей процес, щоб відновити (або покращити) психологічний (психоемоційний, психофізичний) стан людини. В ідеалі психоедукаційна модель має супроводжуватися метафоричним малюнком або схемою.

Психоедукаційна модель — це свого роду скрипт (*script*), що в перекладі з англійської мови означає «сценарій». У програмуванні це невелика програма, яка послідовно виконує перелік однотипних завдань.

Структура психоедукаційної моделі складається з таких складових:

1. Теоретична інформація, підібрана так, щоб найбільш чітко і зрозуміло описувати окреме явище людської психіки (наприклад, що таке психотравма і як вона утворюється, який вплив має на людину та якість її життя, як можна працювати з травматичним матеріалом, що таке посттравматичний стресовий розлад, що таке флешбек і т. д.).

2. Конкретні приклади, якими супроводжується теоретична інформація, на яких демонструється взаємозв'язок подій зовнішнього життя і реакцій людської психіки на них.

3. Супровід викладання інформації метафорою, яку можна зобразити на малюнку або схемі. Сприймання інформації через зорові центри є найбільш ефективним для більшості людей. Загально відомо, що 90 % інформації про навколишній світ людина отримує через зір, 8 % припадає на органи слуху. Тому доповнення матеріалу, що подається в усній формі, візуальним однозначно покращує його сприйняття і гарантує більш глибоке розуміння інформації.

Основними функціями психоедукаційної моделі є:

1) формування в отримувача психологічних послуг чіткого розуміння природи окремого актуального симптому/синдрому/розладу/стану;

2) розуміння причин і наслідків тих порушень, які спостерігаються на психологічному/поведінковому/біологічному рівні;

3) отримання змоги прогнозувати подальші тенденції та динаміки;

4) можливість планування індивідуального покрокового плану лікування/психокорекції/психореабілітації тощо.

Інформаційний текстовий блок психоедукаційної моделі «Чоловічок з камінням» складається з такого тексту. «Щоб краще пояснити вам, що саме являє собою посттравматичний стресовий розлад, я зараз на простій схемі продемонструю, як працюють наші внутрішні системи організму. Все внутрішнє життя людини формується та відбувається завдяки нашій нервовій системі. Вона складається з центральної нервової

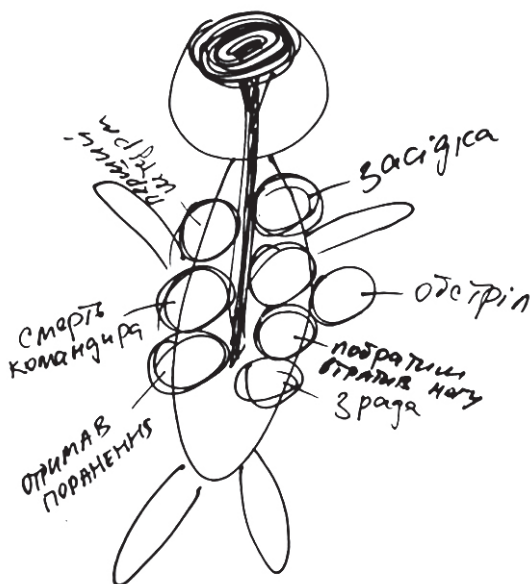


Рис. 5. Малюнок «Чоловічок з камінням»

системи, і ви точно знаєте її найважливіші структури: це головний мозок і спинний мозок, а також периферійна нервова система — нервові сплетіння, які пронизують все наше тіло. Завдяки нервовій системі ми все відчуваємо. Існує ще одна важлива біологічна система нашого організму, яка підпорядковується нервовій, — це ендокринна, вона керує гормонами. Саме завдяки гормонам ми відчуваємо емоції, можна сказати, що наші емоції створюються в тілі гормонами, коли ми реагуємо на події зовнішнього світу. Якщо ці події приємні для нас і безпечні — наша ендокринна система виділяє, наприклад, гормон окситоцин або серотонін, і тоді наші відчуття в тілі приємні, ми радіємо. Але якщо події нашого життя погані чи небезпечні — виділяються гормони адреналін та кортизол.

Ці гормони викликають напруження м'язів, вони переводять весь організм в інший режим роботи — «битися або втекти», тому що тіло знає — є ризик загинути. Тоді посилюється серцебиття, підвищується тиск, ми відчуваємо напруження м'язів.

У звичайному житті, як тільки небезпека минає, тіло починає розслаблятися. Але, беручи до уваги ваш досвід і те, що ви довго перебували в умовах великого стресу: під постійними обстрілами; в боях, атаках, зачистках і штурмах; стаючи свідками загибелі побратимів, та інші події війни, ваші нервова та ендокринні системи звикли працювати на «високих оборотах», а гормонів виділялося так багато, що тіло не встигало їх розчиняти й переробляти.

Метафорично висловлюючись, цей адреналіновий досвід обернувся на каміння, яке утворювалося під час кожної вражаючої та/або небезпечної для вас події. Ваше тіло ще ніколи не стикалося з таким великим стресом, ще ніколи раніше ендокринна система не продукувала таку велику кількість гормонів — адреналіну й кортизолу. Тому автоматично і самотужки внутрішні психічні системи не можуть їх переробити, щоб зняти напругу. Це каміння немов застрягло в тілі і заважає тепер, унеможливорюючи нормальну роботу нервової системи. Воно обтяжує ваш внутрішній простір і блокує багато життєвої енергії, яка мала б працювати на відновлення та зцілення. Але ми знаємо, що з цим робити, і можемо поступово прибрати це каміння, працюючи повільно й покроково з тим досвідом, який ви отримали, захищаючи Батьківщину, з тими слідами, які лишилися в тілі вашої психіки. Це полегшить ваш внутрішній стан і вивільнить чимало життєвої енергії, яка надалі буде працювати вам на користь».

Варто зазначити, що ця модель є добре зрозумілою отримувачам послуг, особливо в супроводі малюнка. Під час роботи з цим психоедукаційним блоком можна використовувати додаткові прийоми, наприклад — малювати чоловічка простим олівцем і після заповнення тіла «каміннями важкого досвіду», переходячи до інформації про перспективи сумісної роботи психолога й отримувача послуг, стерти камінці гумкою, очищуючи тіло чоловічка. Ця позитивна візуальна зміна (було/стало) може стати елементом натхнення й додатковим, хай і маленьким, стимулом продовжити (або розпочати) психореабілітаційний процес.

ПСИХОЕДУКАЦІЙНА МОДЕЛЬ «АРХІВ ПАМ'ЯТІ» (ІНФОРМУВАННЯ ПРО ФЛЕШБЕКИ ПРИ ПТСР)

У цьому підрозділі зосереджено увагу на інформуванні отримувачів послуг, які мають в анамнезі інтрузії у формі флешбеків, щодо витоків цього явища, пояснюється механізм виникнення захоплюючих інтрузивних епізодів (флешбеків). Пропонується до уваги цілісна психоедукаційна модель під назвою «Архів пам'яті», яка складається з трьох складових: теорія про психічні та біологічні процеси людського організму; метафора, яка візуалізується на схемі; приклад з реального кейсу.

На практиці ця модель застосовується в роботі з отримувачами психореабілітаційних послуг, які скаржаться на наявність флешбеків. Відзначимо, що флешбек є регресією в епізод окремої історії, в якій людині довелося зустрітися з важким стресом від екстремальних факторів, що несли пряму загрозу життю й супроводжувалися переживанням сильних емоцій — відчаю власного безсилля і жаху. Таким чином, можна припустити, що найбільш жакхливий епізод цього спогаду немов «відколюється» від цілісної послідовності подій, стаючи певним «уламком». Таке порушення цілісності спогаду робить неможливим внутрішню переробку психічною системою цього травматичного досвіду, заважаючи його переходу в «Архів пам'яті».

Наявність при ПТСР інтрузій у формі флешбеків пояснюється порушенням роботи механізмів пам'яті: найбільш екстремальні моменти загрозливих подій немов «відколюються» від історії (наративу) і спогад втрачає свою цілісність. Відсутня цілісна історія того дня чи ночі, тих обставин. У доступі для пригадування — один чи кілька найяскравіших епізодів, які «записані» на біологічному рівні гормонами — високими емоційними піками чи афектами. Слушним є і таке пояснення: «Порушення автобіографічної пам'яті полягають у розриві між системами наративної та сенсорної пам'яті. У цій моделі під час травматичного стресу інформація записується лише у сенсорному вигляді, а не вербально-наративному. Саме це призводить до характерних симптомів інтрузії — особи з ПТСР відчують симптоми вторгнення як перцептивні спогади із сильним відчуттям „теперішності“, а не пригадування спогадів як минулих у контексті наративу життєвої історії. Також існує чимало доказів того, що спогади щодо травми, як правило, фрагментовані та не мають зв'язного оповідання».

Враховуючи наведену вище інформацію, вбачається актуальним запропонувати текст та візуальне супроводження психоедукаційної моделі «Архів пам'яті», яку буде викладено у формі прямої мови, адресованої отримувачу/отримувачці психологічних послуг.

«Щоб запропонувати пояснення механіки внутрішнього психологічного процесу і дати відповіді на питання: „Що таке флешбеки і чому вони виникають?“, нам треба спочатку звернути увагу на таку психічну функцію, як пам'ять. Саме пам'ять забезпечує цілісність картину світу, яку має кожна психічно здорова людина, а також цілісність самої особистості завдяки запам'ятовуванню її історії життя.

Пам'ять фіксує весь наш досвід за допомогою спеціальних механізмів — запам'ятовування, зберігання й наступного відтворення інформації. Ці механізми певним чином впорядковані біологією організму, тобто вони зазвичай відбуваються за конкретними алгоритмами. І ми можемо говорити, що існує окрема система сприйняття, обробки й зберігання інформації всередині нашої пам'яті, яка зазвичай функціонує добре, дозволяючи нам викликати спогади тоді, коли ми цього бажаємо.

Ми можемо метафорично уявити, що існує „Архів пам'яті“ — таке собі сховище, в якому зберігаються спогади з усього нашого життя. І в цьому архіві є різні розділи: в одному зберігається інформація з далеких від сьогодення часів — спогади дитинства, юності. Ми називаємо це довготривалою пам'яттю. В іншому розділі будуть спогади про події, які відбулися нещодавно або навіть сьогодні. Це — короткочасна пам'ять. Класифікація цих розділів у сховищі також відбувається за іншими критеріями, наприклад, усвідомлені наші спогади, які стали частиною автобіографічної пам'яті, чи ні. В розділі „Автобіографічні спогади“ зберігаються цілісні спогади, свого роду історії якоїсь події або окремого дня. Ці історії є нам доступними для пригадування від початку і до кінця, ми можемо пригадати ланцюжок подій, немов прокрутити кадри на фотоплівці, а під час контакту з цією інформацією наш емоційний фон не буде змінюватися екстремально сильно. Так чітко в пам'яті записуються спогади подій, які не були для нас травматичними і які під час обробки на метафоричній „станції сортування спогадів“ система розпізнала як цілісні, спрямувавши на зберігання в сховище „Автобіографічні спогади“.

Якщо ми стали учасниками або свідками стресових, небезпечних обставин, перебували в екстремальних умовах, де була пряма загроза життю, тоді наше тіло реагувало на небезпеку високими показниками гормонів стресу, які створювали сильний емоційний відгук на подію. Ці процеси можуть впливати на якість запам'ятовування — система збереження інформації в такому разі не завжди спрацьовує добре. Спогад не буде цілісним, а найбільш емоційно „гарячий“ епізод може немов відколотися і лишитися окремішнім. Тоді цей інформаційний матеріал не зможе пройти внутрішню обробку, вбудовуючись в історію того дня, коли сталася подія. Він немов розіб'ється на скалки, в яких закарбуються емоції, що залишаються „гарячими“, як у момент реальної небезпеки. Такі спогади не потрапляють в „Архів пам'яті“, а можуть лишитися або навіть „застрягнути“, умовно кажучи, на „станції сортування спогадів“. Ось ці уламки спогадів і стають флешбеками — це епізоди стресових або небезпечних подій, які психіка не змогла переробити як цілісний спогад і перевести в Архів, зробивши частиною біографії життя.

Але ми можемо допомогти нашій пам'яті відновити цілісність такого спогаду, здійснивши певну когнітивну (мисленево-образну) роботу. Приділяючи увагу тій історії, епізоди (уламки) якої створюють флешбек, з часом вдасться „зібрати уламки“ в єдину цілісну послідовність — пригадати і розказати або записати всю історію і знизити високий емоційний заряд, що зберігався в окремих точках. Тоді цей ансамбль подій стане частиною життєвої історії і перейде в розділ автобіографічної пам'яті. Флешбек, або спогад, що захоплює свідомість, який є епізодом (уламком) екстремальної історії з минулого, більше не турбуватиме вас».

ЕКСПЛІЦИТНА ПАМ'ЯТЬ



ІМПЛІЦИТНА ПАМ'ЯТЬ

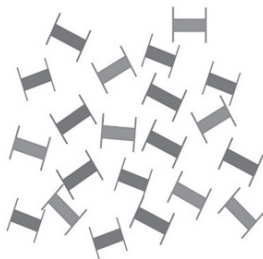


Рис. 6. Візуалізація: ліворуч — цілісний спогад, праворуч — спогад, розбитий на уламки.

Використовуючи візуальну схему, психолог/психологиня може пояснити, що тільки цілісні спогади можуть бути поміщені в «Архів пам'яті» і для цього треба зібрати розрізнені частини спогаду (епізоди), відтворивши цілісність історії, в якій відбувається флешбек. Під час роботи в цьому контексті можуть бути використані техніки травмофокусованої когнітивно-поведінкової терапії.

Як приклад можна навести матеріал реального кейсу. Отримувач послуг скаржився на флешбек, який здійснював активне вторгнення у свідомість, викликаючи завмирання та активацію регресії в епізод травматичної події — операція на річці Інгулець, під час якої боєць впав у воду, де було багато трупів. Тіла мали порушення цілісності, й людині довелося вибиратися через частки тіл. У процесі вторгнення епізоду спогаду відбувалося завмирання тіла, людина знову поринала у «криваве месиво», через яке довелося проплисти. Під час

роботи з історією того дня отримувач послуг пригадав повний ланцюг подій і багато подробиць, які раніше були поза фокусом уваги. Зібрані факти допомогли створити цілісну картину подій і когнітивно опрацювати всі контексти. Після завершення роботи, в процесі якої застосовувалися техніки травмафокусованої когнітивно-поведінкової терапії та десенсибілізації і переробки травматичних спогадів за допомогою руху очей (ДПРО), метод Френсіс Шапіро, інтрузивне вторгнення з цим епізодом більше не турбувало.

ПСИХОЕДУКАЦІЙНА МОДЕЛЬ «ДІАМАНТ САМОЦІННОСТІ»

Цю модель було створено під час роботи з людьми, які пережили російський полон, де, хоч і не завжди, але часто, наші люди зазнають тортур.

Страх військових щодо потрапляння у полон є доволі великим, а його підґрунтя створюється історіями та свідченнями звільнених осіб про жорстокість і тортури, яких вони зазнали в полоні. Перебування у полоні є глибокою психологічною кризою для будь-якої особистості. Психологічні наслідки, такі як сумніви, відчуття провини, злість на себе і оточення, відчуття несправедливості, власного безсилля, можуть супроводжувати людину все подальше життя. Полон завжди асоціюється з такими поняттями, як «страх» і «жах». За словом «полон» людина бачить приховане слово «смерть». Події полону мають екстремальний характер, виходять за межі звичних переживань людини й викликають інтенсивний страх (жах) за своє життя, породжуючи почуття безпорадності.

Наслідки перебування в російському полоні мають однозначно деструктивну картину для фізичного та психологічного стану українців через порушення країною-агресором усіх чинних міжнародних документів, що регламентують правила поводження з полоненими. Коло негативних наслідків охоплює не тільки людину, звільнену з полону, а й членів її родини,

друзів і знайомих, представників різних спільнот, до яких людина належала до полону.

У сфері самоідентифікації особи внаслідок тривалого й важкого стресу, яким є полон, втрачається відчуття цілісності, оскільки послаблюється зв'язок між Я-минулим, Я-теперішнім і Я-майбутнім. Може деформуватися ставлення до себе, відбутися зниження самоприйняття, виникають аутоагресивні стани. Високі потреби в наданні ефективної психологічної допомоги широкому колу осіб у цьому контексті ставлять певні завдання перед фахівцями багатьох сфер.

Відновлення людини після перебування в полоні — тривалий і непростий процес, який має супроводжуватися комплексною підтримкою суб'єктів — надавачів медичних, соціальних, психологічних, юридичних та інших послуг із застосуванням різних державних і громадських сервісів, за підтримки спільнот та громади.

Самоцінність і людська гідність

Проблематика самоцінності особистості початково розглядалася в ареалі проблеми самоставлення. Науковці переважно включають самоцінність до складу структури самоставлення, або Я-концепції особистості, при цьому зв'язки самоцінності з іншими складовими вбачаються по-різному різними авторами. Самоцінність виступає поняттям, взаємозамінним із «самооцінкою» — переживанням, що формується внаслідок оцінки особистістю самої себе, первинним поняттям щодо самоповаги або складовою емоційного самоставлення (аутосимпатії), чітко відокремленою від понять «самооцінки», «самоповаги» та «самоприйняття». Сформо-

ване почуття самоцінності є ресурсом особистості, необхідною умовою психологічного комфорту людини, її емоційної стабільності, розвитку та самореалізації. Несформованість самоцінності спричиняє негативні переживання, почуття невпевненості в собі, своїй здатності долати життєві труднощі й перешкоджає вибору особистістю адекватних способів взаємодії із собою та іншими.

Важливим елементом самоцінності є людська гідність. Існує чимало наукових підходів до розуміння поняття й сутності людської гідності: вона розглядається як одна з багатьох свобод людини. Гідність є позитивним правом. Право людини на гідність розуміється як засадниче щодо інших її прав, оскільки реалізується через одночасне застосування разом з іншими правами й свободами громадян. Право на людську гідність розглядається як абсолютне, тобто таке, що охороняється від усіх інших суб'єктів права, які у зв'язку з цим співіснують у певному правовому режимі.

Становлення особистості включає в себе становлення відносно стійкого образу «Я», тобто цілісного уявлення про самого себе. Образ «Я» — складне психологічне явище, що є не просто усвідомленням своїх якостей чи сукупності самооцінок, відображенням певних об'єктивних даних і незалежних від міри свого усвідомлення якостей, а соціальною установкою, ставленням особистості до самої себе, що складається з таких компонентів:

- пізнавальний (пізнання себе, уявлення про свої якості і риси);
- емоційний (оцінка якостей і формування самоповаги);
- поведінковий — практичне ставлення до себе на основі попередніх двох компонентів.

«Я-концепція» відображає прояв самосвідомості, динамічну систему уявлень дорослої людини про себе. Вона формується під впливом досвіду кожного індивіда. Ця система становить основу вищої саморегуляції людини, на базі якої вона будує свої стосунки з навколишнім світом. Самосвідомість у психологічній літературі розглядається як складне родове утворення в структурі психіки особистості, а образ «Я» — як видове. Образ «Я» — продукт самосвідомості, тобто вияву усвідомлення й оцінки індивідом себе як суб'єкта практичної та теоретичної діяльності, ідеалів, переконань, що мотивують його активність.

Самоцінність визначатиме вибори, які людина буде робити в житті; характеристики партнерів, які обиратиме собі для ділових відносин і приватних стосунків. Вона впливатиме на рівень доходів і рано чи пізно вплине також на стан фізичного здоров'я: маючи низьку, порушену або знищену самоцінність, людина стане толерантною до деструктивної та/або саморуйнівної поведінки, яка знаходитиме свій прояв, наприклад, у різноманітних залежностях і недоброзичливих стосунках. Саме самоцінність визначає, наскільки людина відчуває себе людиною, членом людської спільноти, вартою гідного ставлення до себе (поваги, врахування її інтересів та ін.), достойною розділяти і насолоджуватися здобутками цивілізації та різними ресурсами, які є в доступі. Насільки людина почувається в безпеці, маючи гарантії непорушення її приватних і соціальних кордонів, щодо відновлення свого порушеного права, якщо воно відбулося — залежить також від неї. Це поняття тісно пов'язано з поняттям «гідність».

Почуття внутрішньої гідності формується в процесі контакту з іншими людьми. Спочатку — з найближчими родича-

ми, батьками, опікунами, іншими членами родини, які мають ставитися турботливо і з повагою до дитини, її потреб та інтересів, не лишаючи її в постійних дефіцитах, почутті голоду, фізичного або тактильного, не створюючи загрозливих умов її безпеці, дозволяючи сформуватися правильним і здоровим кордонам особистості. Ставлення інших людей до дитини формує її внутрішній образ самої себе, як «можна» і як «треба» з нею поводитися. У перші роки життя найближче коло формує свого роду «стандарт цінності цієї людини», якого ставлення вона гідна, як можна і як не можна з нею поводитися. Якщо людина від народження не знає гідного й шанобливого відношення до себе як персони, її самоцінність може не сформуватися, тому що досвід буде навчати через факти поганого ставлення, приниження, насильства — «зі мною так можна» будуть фіксувати всі внутрішні системи, не маючи альтернативної картини.

Гідність формується завдяки існуванню в суспільстві гарантованої сукупності прав людини і захисту громадян від аморального та насильницького ставлення, порушення кордонів і меж, які передбачені законодавством як природні права людини, тобто такі, які вона має від народження, по факту свого життя. Людська спільнота пройшла чималий шлях культуральної та ціннісної еволюції, маркером якої є виникнення і розвиток такого феномена, як право взагалі та концепції прав людини.

Право являє собою сукупність певних правил поведінки, які встановлюються для врегулювання всього спектра відносин, що існують у суспільстві (економічні, господарські, трудові, медичні, у сфері освіти, у сфері податків і фінансів, науки й техніки та ін.).

Права людини — це не просто юридичні норми, а складна, багатогранна концепція, що протягом історії набувала різних вимірів. Її трактування еволюціонувало від релігійно-етичних і філософських ідей до сучасного політико-правового дискурсу. Шлях до утвердження прав і свобод людини був тернистим. Людство крок за кроком обмежувало всевладдя держави, розширюючи коло осіб, яким гарантується рівноправність. Цей процес супроводжувався запеклою боротьбою за нові й нові ступені свободи, яка нерідко ставала каталізатором масштабних суспільно-політичних змін. Еволюція формування і розвитку такого інституту, як права людини, має свою власну історію, періодичність та цикли.

Перше покоління прав людини — громадянські й політичні права. Вважається, що права першого покоління — це основа інституту прав людини, оскільки до них відносять: право на життя, право на свободу та особисту недоторканість, право на гідність особи та інші. Друге покоління прав людини — соціальні, економічні й культурні права (право на працю, відпочинок, соціальне забезпечення, медичну допомогу, захист материнства і дитинства та ін.) — сформувалося в процесі боротьби народів за покращення свого економічного становища та підвищення культурного статусу. Третє покоління прав людини можна назвати солідарними (колективними), тобто правами всього людства — правами людини, правами народів, правами нації, правами спільноти й асоціації: право на мир, безпеку, право на самовизначення народів тощо.

Наразі в юридичній літературі мова йде про виокремлення четвертого і навіть п'ятого покоління прав людини, до якого відносять право на: 1) використання віртуальної реальності, 2) доступ до інтернету, 3) право на зміну статі, 4) штучне

запліднення, 5) одностатеві шлюби, 6) трансплантацію органів та ін.

Але жодних прав людини не існує в місцях утримання наших людей, українців, у російському полоні. В класичному розумінні термінів полон — це обмеження свободи особи, що брала участь у військових діях, з метою недопущення її до подальшої участі в них.

Опинившись у полоні, людина безпричинно піддається катуванням і тортурам. Психологічний тиск вчиняється над особою через приниження особистих чеснот та якостей, брутальну лайку та постійне глузування. Голод і холод супроводжують людину протягом всього полону. Стан постійної психічної напруги зводить внутрішнє життя в'язня до примітивного рівня, а бесіди зазвичай точаться навколо їжі та думок про життя після звільнення. Єдиною втечею від такої дійсності є сон, коли надії полонених оживають. Численні свідчення ув'язнених показують, що пробудження є найжахливішою миттю протягом доби, тому що повертає їх у реальність полону.

Хроніки тортур беруть свій початок далеко в історії людства. Проте безпосередня мета тортур залишається універсальною, а саме: зумисне завдання шкоди й інтенсивних страждань. Опосередковані цілі, форми й легітимність тортур зазнали значних змін протягом недавнього минулого та сьогодення. До середини XVIII ст. тортури мали подвійну мету: а) змусити жертву зізнатися в чомусь; б) покарати злочинні вчинки. Головною метою тортур було продемонструвати могутність чинної влади та залякати населення, аби унеможливити заколот.

Наразі цілі тортур можуть варіюватися: тортури досі використовують як засіб тиску на політичних опонентів, щоб

спровокувати зізнання, але тортури також стали формою приниження або знищення небажаних осіб. Зазнаючи тортур, людина перетворюється на жертву, що загалом призводить до втрати відчуття її внутрішньої цілісності, інтимності й приватності. Такий досвід призводить до психічних метаморфоз і колапсу у парі з відчуттям дезорієнтації ідентичності та деперсоналізації, а також страху втрати самої своєї сутності, душі або духу.

Тортури — один зі способів посягання на найінтимніші межі людини. За таких обставин особи, що застосовують тортури, прагнуть не тільки до виведення полонених з ладу фізично, а й до руйнування особистості людини, намагаються знищити її гідність, щоб зменшити опір та помститися ворогові. Мета тортур — систематично «знищувати» особистість, не вбиваючи фізично. Кати намагаються знищити у жертв здатність усвідомлювати себе частиною сім'ї, суспільства, армії, а також убити їхні мрії, надії і плани на майбутнє. Особливого тиску зазнають патріотично налаштовані, ідейні воїни. Поняття «катування» містить у собі специфічний міжособистісний компонент з певними ролями — це щось, що чинить з людиною у більш безпорадній позиції інша людина, що перебуває в домінантній, контролюючій позиції. Катувannya є однією з найвищих форм людського страждання.

Тортури (катування) означають будь-яку дію, якою людині навмисне заподіюється сильний біль або страждання, фізичне чи моральне, щоб отримати від неї або від третьої особи відомостей чи зізнання, покарати її за дію, яку вчинила вона або третя особа чи у вчиненні яких вона підозрюється, а також залякати чи примусити її або третю особу; або такі дії, вчинені з будь-якої причини, заснованої на дискримінації будь-якого

характеру, якщо біль або страждання заподіюються державними посадовими особами чи іншою особою, що виступає в офіційній позиції, чи через їхнє підбурювання, чи з їхнього відома або мовчазної згоди. За даними УГСПЛ (Української Гельсінської спілки з прав людини) близько 80 % осіб, що були у полоні в період збройного конфлікту в Україні, піддавалися тортурам.

Досвід полону та тортур дуже впливає на психологічний стан особистості, глибоко змінює її. У людини втрачається відчуття базової довіри до світу, інших людей, порушується віра в себе. І щоб відновити здатність довіряти, можуть знадобитися роки й багато підтримки.

Якщо перебування в полоні було тривалим, це може вплинути на сприйняття часу й простору, особливо в найближчий час після звільнення. Часові рамки можуть бути викривлені, минуле плутається з майбутнім, важко розрахувати час і відстань. Надзвичайно порушені відчуття кордонів — психологічних, тілесних. Це створює відчуття втрати власної цілісності й цінності. Такі люди дуже чутливі до власних кордонів, або ж, навпаки, можуть їх не відчувати й не відслідковувати кордонів інших людей.

У тих, хто пережив тортури, довгий час може зберігатися відчуття абсолютної вразливості й незахищеності. Наприклад: «У мене таке відчуття, що в мене немає шкіри».

Унаслідок довготривалої травматизації можуть розвинути симптоми помірно-тяжкого депресивного розладу, тривожні розлади, надмірний страх смерті, панічні розлади, що супроводжуються панічними атаками, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР, кПТСР), психоз. Також часто виникають проблеми з пам'яттю, увагою, можуть розвивати-

ся амнезії, схильність до завдання собі шкоди, суїцидальні нахили, зловживання психоактивними речовинами задля уникання та заперечення травматичних спогадів. Труднощі з регуляцією емоцій, болючі спогади, жахіття. Душевний біль часто переходить у соматичні прояви і проявляється в різноманітних психосоматичних захворюваннях.

Фактори, що впливають на рівень травматизації людей, звільнених з полону:

- попередній досвід;
- рівень фізичної та психологічної підготовки, мотивація (якщо людина знає, заради чого, вона витримає будь-яке випробування);
- умови й термін утримання;
- вплив перебування в полоні на сім'ю;
- жорстокість і тривалість тортур;
- обставини звільнення;
- наявність або відсутність підтримки з боку інших людей;
- вік потерпілої особи.

Навесні 2024 року Кабінет Міністрів України прийняв Постанову № 296 «Про затвердження Порядку проведення відновлювальних (постізоляційних, реінтеграційних) заходів, заходів з адаптації, підтримки (супроводу) осіб, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України, після їх звільнення», яка закріплює таке: Міноборони, МВС, СБУ (за згодою), Управлінням державної охорони (за згодою), Службою зовнішньої розвідки (за згодою) визначаються центри для надання медичної, реабілітаційної та психологічної допомоги й проведення реінтеграційних заходів і заходів з відновлення звільнених оборонців України (далі — центри реінтеграції);

МОЗ визначаються заклади охорони здоров'я для надання медичної, реабілітаційної та психологічної допомоги звільненим цивільним особам; Мінсоцполітики визначаються надавачі соціальних послуг для задоволення потреб звільнених осіб у соціальних послугах; Міноборони затверджуються єдині типові протоколи реінтеграційних заходів, декомпресії (постізоляційної).

Також вказана Постанова містить вказівки щодо організації надання психологічної допомоги особам, звільненим з полону (пункти 22–29). Так, за її нормами психологічна допомога звільненим оборонцям України передбачає проведення первинного психодіагностичного обстеження; формування індивідуального плану психологічного супроводу, що базується на принципах постізоляційного відновлення; проведення декомпресії (постізоляційної); роботу з членами сімей звільнених оборонців України, зокрема встановлення контакту із сім'ями та близькими, інформування про їх роль і допомогу в процесі реінтеграції, отримання від них додаткової інформації щодо психологічних особливостей звільнених оборонців України; осмислення звільненими оборонцями України досвіду перебування в ізоляції, зокрема травматичного або потенційно травматичного досвіду; у разі наявності психологічного розладу — проведення терапевтичних втручань з використанням специфічних для конкретних проблем/розладів міжнародних стандартизованих інструментів обстеження та оцінки (шкали/тести/опитувальники) та/або визначення прогнозу за результатами психодіагностичного обстеження для переведення звільнених оборонців України до суб'єкта надання послуг, який надає психологічну допомогу іншого рівня; підготовку звільнених оборонців України до

повернення у сім'ї; підготовку звільнених оборонців України до спілкування з представниками медіа; проведення підсумкової діагностики та визначення за її результатами наявності психологічного або психічного розладу, що потребує спеціалізованого супроводу, а також рівня психосоціальної дезадаптації, можливості чи необхідності отримання психологічних послуг амбулаторно та/або дистанційно; визначення разом з лікарем-психіатром потреби у фармакотерапії та призначенні медикаментозного лікування психічних розладів; у разі потреби перенаправлення до фахівців із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки, які спеціалізуються на постізоляційному відновленні або травматерапії (відповідно до потреби) за місцем проживання (перебування) звільнених оборонців України або дистанційно.

Важливою частиною психореабілітаційного процесу є психологічна просвіта, або психоедукація як одна із психологічних послуг, що може надаватися під час постізоляційних, реінтеграційних заходів і відновлювального періоду.

«Діамант самоцінності»

Запропонована нижче психоедукаційна модель «Діамант самоцінності» складається з трьох елементів: лінгвістичний опис моделі, приклади, малюнок. У теоретичній частині психолог/психологиня пояснює отримувачу/отримувачці психопослуг суть поняття «самоцінність».

Ми пропонуємо уявити собі Діамант, кожна грань якого — це переконання/уявлення людини про себе. І добре, якщо сукупність цих переконань має позитивний сенс — підтверджує цінність людини у своїх очах. Людина «знає», що вона:

хороша, красива, добра, розумна, має підтримку інших людей, гідна всього найкращого в цьому житті, її люблять, поважають, слухають і захищають, про неї дбають. Людина знає, що вона — розумна жінка або хороший чоловік. Шанований та авторитетний спеціаліст, визнаний фахівець у своїй сфері. Або думає про себе, що доброзичлива, проте вміє дбати про власні кордони, не дасть себе ображати, а якщо так станеться — буде себе захищати.

Кожна грань Діаманту — важлива нота в мелодії нашої ідентичності. Людина — це багато чого, зокрема й те, що вона про себе думає, що про себе знає і як до себе ставиться. Самоцінність визначає якість життя людини — і внутрішнього, і зовнішнього, тому дуже важливо, щоб цей Діамант витримував впливи обставин життя, які «зустрічає» людина з досвідом зневаги й поганого ставлення до себе з боку інших людей або організацій, спільнот.

Такий негативний досвід може, образно висловлюючись, забруднити Діамант, притлумити його сяйво. Коли людина зіштовхується із систематичним позбавленням прав, з насильством щодо себе, з приниженням гідності, коли їй завдають фізичних ушкоджень, а сама вона не має жодного впливу на таку ситуацію, не може захистити себе, тому що взагалі не має влади над своїм життям, — вона стає Жертвою і потерпілим/потерпілою цих обставин і людей. Важко цінувати себе, коли тебе не цінують інші, ба більше — цілеспрямовано завдають шкоди. Виявляється, так можна робити... Людина може почати думати: «Якщо зі мною так можна, то чи я людина взагалі після цих знущань?».

У найгіршому випадку Діамант Самоцінності може не витримати жорстокого впливу і в якийсь момент розколотися

(зруйнуватися, розбитися). Втрата цілісності цієї психічної структури, на нашу думку, відповідає характеристикам і картині комплексного посттравматичного стресового розладу (кПТСР). Людина внутрішньо «розколюється» і перестає вважати себе рівною іншим, втрачає віру у свою гідність, ставиться до себе як до «брудної», «негідної», «взагалі більше не людина після того, що зі мною зробили», «я не маю право на гідне життя», «я не маю права бути», «не маю права на стосунки», «не маю права на щастя».

Це наслідки порушення глибинної, базової ідентичності, на рівні: «Я — Є. Я Є Я. Я Є ТАКИМ/ТАКОЮ, ЯК Я Є. І ЦЕ — ОК». Таке ураження ядра особистості буде потребувати тривалої роботи з покрокового відновлення цілісності, і ця робота не буде простою. Проте «складно» — не означає «неможливо»! Люди раняться, інколи навіть «ламаються» в деструктивних обставинах і контактах з іншими людьми (жорстокими, садистичними, психічно/морально порушеними й хворими), але для зцілення і відновлення потрібні також люди — уважні, турботливі, добрі, терплячі, дбайливі, шанобливі. Люди руйнують... І люди відновлюють. Зцілення ран від контактів з «поганими» можливе лише в контакті з «хорошими».

Самоцінність програмує ставлення людини до самої себе і формує контури тих можливостей, які особа вважатиме доступними для себе в житті. Чи вірить людина в те, що має право на доступ до різноманітних ресурсів? Чи дозволяє собі приймати допомогу від інших? Чи шукає можливостей розвитку й радіє новим перспективам? Чи навпаки, ігнорує та відкидає пропозиції, нехтує вдалимими моментами, відмовляється від допомоги й підтримки, упускає шанси, саботує власний успіх, робить грубі помилки, не аналізуючи свій досвід і



Лл. 7. «Діамант самоцінності»

не шукаючи можливості покращення якості свого життя, зовнішнього й внутрішнього, відмовляється від стосунків.

Нелюдське ставлення до людей у полоні й цілеспрямована атака на почуття гідності через постійне приниження, насильство, тортури можуть вплинути на глибинні психічні структури особистості, змінивши її самосприйняття й ставлення до себе як до персони, гідної хорошого життя й розвитку, змінити її «Я-концепцію». Культивуація почуттів приниженості, зламаності, безпорадності, безсилля — одна із цілей катів. Їхня мета — загнати свідомість людини в стан «Жертви» і залишити там назавжди. Однак фактичне звільнення людей з полону не гарантує їх внутрішнього звільнення від стану Жертви, люди можуть почуватися зламаними й переможеними, лишаючись у психологічному полоні надалі.

Відновлення самоцінності — одна з головних задач психологічної реабілітації після звільнення із полону цивільних осіб та оборонців України. Існує актуальна потреба досліджень у цій сфері, які дадуть змогу сформувати алгоритми роботи зі стабілізації психоемоційного стану і зцілення порушень в «Я-концепції» ядра особистості.

МЕТОДИКА ОПИТУВАННЯ ПРО ФЛЕШБЕКИ / ІНТЕРВ'Ю ПРО ФЛЕШБЕКИ

Інтрузії у вигляді флешбеків, або інтенсивні повторні переживання події минулого, на нашу думку, є ядерними (від слова «ядро») симптомами ПТСР, адже втручання болісного спогаду колишнього досвіду в течію мисленнєво-емоційних процесів теперішнього життя людини та захоплення свідомості необробленим психічним матеріалом чинить руйнівний вплив на всі біологічні й когнітивні процеси суб'єкта. Якщо флешбеки відсутні в анамнезі, тоді буде діагностуватися депресія, афективний розлад, розлад невротичного спектра, дисоціативний розлад — але не ПТСР.

Сам термін «інтрузія» перейшов у психологію з інших наук. Інтрузією називається процес проникнення (вторгнення) магми в товщу земної кори. В результаті інтрузії утворюються інтрузивні гірські породи. Також інтрузією називають геологічне тіло, яке утворилося внаслідок застигання магми в надрах Землі.

Як змінилося визначення ознак ПТСР у протоколі Міністерства охорони здоров'я України 2024 року відносно протоколу 2016 року.

У документі 2016 року ознаками ПТСР визначалося таке:

1) повторне переживання — нав'язливі тривожні спогади про травматичну подію; кошмари; інтенсивні психологічні

страждання або соматичні реакції, такі як пітливість, прискорене серцебиття та паніка, від згадки про травматичну подію;

2) уникнення й емоційне заціпеніння — уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; почуття відстороненості від інших;

3) надмірне збудження — безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Протокол 2024 року закріплює таке:

1) повторне переживання травматичної події в теперішньому часі, коли подія не просто згадується, а переживається як така, що відбувається знову тут і зараз;

2) свідоме уникнення нагадувань, які можуть призвести до повторного переживання травматичної події (подій);

3) стійке відчуття підвищеної поточної загрози, про що, наприклад, свідчить підвищена пильність або посилена реакція здригання на такі подразники, як несподівані звуки.

На нашу думку, перший пункт і є найкращим визначенням поняття «флешбек» — змістовним, актуальним, суттєвим. Флешбек — це не просто спогад, і це зовсім не нав'язливі думки, також це не соматичні реакції. Флешбек — це повторне переживання травматичної події в теперішньому часі, коли подія не просто згадується, а переживається як така, що відбувається знову тут і зараз.

Це «провал» із теперішнього життя в травматичну подію минулого, це фактично миттєва подорож назад, яку влаштовує поламана пам'ять. При цьому варто знати, що флешбек не можна називати галюцинацією. Згідно з МКХ (Міжнародна класифікація хвороб), галюцинація — це несправжнє

сприйняття, яке відбувається без зовнішнього подразника. Це означає, що людина відчуває щось, наприклад, бачить, чує, відчуває запах або дотик, але насправді цього об'єкта чи подразника в реальності не існує. Галюцинації можуть бути різними: зорові, слухові, нюхові, смакові та тактильні. Вони можуть бути як простими, так і складними. Флешбек — це особливе «ехо пам'яті», яка постраждала від травматичної події і «розбила цілісність спогаду», спричинивши поломку в роботі цієї важливої психічної функції (пам'яті).

Ми виділяємо кілька ознак флешбеку:

1. Це провал у травматичну подію минулого людини, яка була насправді. Людині ця травматична подія не наснилася, не примарилася, це не є іграми уяви — подія справді мала місце в житті раніше, це факт.

2. Флешбек завжди супроводжується візуальним або аудіальним матеріалом (найчастіше — візуальним), тобто людина бачить себе на місці важкої події, або споглядає окремі епізоди/моменти. Може відчувати запах, тепло, жар або холод, які дійсно були в умовах тієї події.

3. Під час флешбеку людина не може виконувати ту діяльність, якою була зайнята до флешбеку, — вести машину, грати в карти, робити покупки в магазині, вести розмову. Тому що інтрузивне вторгнення уламку спогаду «забирає людину із теперішнього». Усі її біологічні системи поринають в минуле разом зі свідомістю. В реальному житті людина під час флешбеку зупиняється, завмирає, замовкає, «зависає». Скільки часу триває флешбек — на такий проміжок часу людина і втрачає функціональність.

Наслідками вторгнень болісних спогадів минулого в нинішній стан особи буде висока тривожність і поява страхів,

фобій, можливі панічні атаки, нав'язливі думки, розбалансований емоційний стан, представлений обмеженим репертуаром емоцій, які відносять до спектра «негативних», активного чи пасивного прояву (дратівливість, агресія, туга, смуток, печаль та інші).

Значна кількість науковців та лікарів погоджуються з тим, що успішне подолання нав'язливих переживань травми проходить ряд послідовних стадій, таких як:

1) стабілізація, що складається з двох аспектів: інформування та ідентифікації пережитих почуттів через вербалізацію соматичних стану;

2) розрив умовно-рефлекторних зв'язків між травматичними спогадами та реакціями, що виникають;

3) переробка травматичного досвіду — створення послідовних схем травматичного досвіду;

4) відновлення існуючих надійних соціальних зв'язків і поліпшення навичок міжособистісного спілкування та взаємодії;

5) накопичення емоційних переживань, що дають змогу отримати відновлювальний ефект.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)

Результати нещодавніх досліджень у сфері нейропсихології містять данні про те, що в людей із ПТСР мозок обробляє травматичні події не як спогади, а як нинішні переживання, задіюючи не гіпокамп, а іншу ділянку мозку — задню поясну кору, яка зазвичай відповідає за внутрішньо спрямоване мислення, наприклад, самоаналіз або мрії. Задню поясну кору називають не областю пам'яті, а областю, яка займається

«обробкою внутрішнього досвіду». І що важчі симптоми ПТСР, то більшу активність виявляє задня поясна кора. Це означає, що тіло не ідентифікує інформацію як подію минулого, вона не стала «спогадом». Саме тому і відбувається вторгнення у свідомість образів, картинок, думок, відчуттів, пов'язаних із болісним досвідом колишніх подій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це непсихотична відстрочена реакція на травматичний стрес, здатна викликати ряд психічних і поведінкових порушень. Посттравматичний стрес як психічний стан є результатом складної взаємодії біологічних, психологічних і соціальних факторів. За даними вітчизняних і зарубіжних науковців, на характер стресу впливають також особистісні чинники: 1) генетична схильність — реакції людини на 30 % визначаються генами, отриманими від батьків; 2) ранній дитячий досвід — психотравмуючі переживання перших семи років життя дитини ускладнюють перебіг стресових реакцій у дорослому житті; 3) характер людини — дратівливі, песимістичні люди більше піддаються стресу, а відкриті, доброзичливі, навпаки, є більш емоційно- та стресостійкими. Наявність бойового досвіду та стресогенних ситуацій, пов'язаних з ним, не є основним фактором виникнення посттравматичного стресового розладу у комбатантів. Тобто ті комбатанти, які мали легкий і середній ступінь інтенсивності бойового досвіду, також проявляли деяку симптоматику ПТСР. І навпаки, ті, які мали високий ступінь інтенсивності бойового досвіду, не завжди мали прояви ПТСР.

Дослідження свідчать, що індивідуальна вразливість або стійкість — це ключові фактори в розвитку ПТСР. Цей розлад наразі розглядають як наслідок провокації зовнішніми

стресовими чинниками вже наявної схильності до травматизації. Вивчення близнюків виявило, що схильність до ПТСР на 40 % зумовлена спадковістю. До розвитку ПТСР та запивання його алкоголем найбільш схильні люди з особливостями в утворенні та сприйнятті нейромедіаторів і деяких гормонів.

Під час важкого стресу, який несе прямі ризики втрати життя для людини, травматична подія записується у вигляді імпліцитної пам'яті й не відбувається її інтеграція в автобіографічну наративну пам'ять. Це може бути спричинено як нейроендокринними реакціями у момент стресової події (зокрема, гіпотезується, що висока концентрація глюкокортикостероїдів може блокувати інтегративні процеси у гіпокампі — згідно з дослідженнями його об'єм у осіб з хронічним ПТСР є зменшеним), так і захисним «увімкненням» механізму дисоціації. Суть цього механізму полягає у «роз'єднанні» нейрональних мереж, що відповідають за різні складові свідомості людини. Таким чином, та мережа нейронів, яка береже записані у формі імпліцитної пам'яті спогади про травматичну подію та відповідний, пов'язаний з цією подією емоційний стан, відмежовується з «поля свідомості». Метафорично це можна порівняти з утворенням певної ширми у свідомості, яка відгороджує «звичну зону» від травматичного минулого, від якого хочеться «втекти і сховатися, бо воно надто болюче». Утворення цього дисоціативного «бар'єра» в системі пам'яті, який часто утримується надалі активним уникненням травматичного матеріалу у сподіванні, що якщо «намагатися не згадувати, то подія забудеться сама собою», призводить до того, що процес інтеграції травматичної пам'яті блокується, відповідно з цього походять симптоми ПТСР.

Переважає більшість дослідників і практиків сходяться на думці, що ядром розладу є збій в роботі такої вищої психічної функції, як пам'ять, а ПТСР за своєю природою є розладом інтеграції травматичних спогадів у автобіографічну пам'ять.

Аберації пам'яті (лат. *aberratio* — відхилення) займають центральне місце в клінічній феноменології ПТСР. Однією з характерних ознак цього розладу є посилення мимовільних спогадів, включаючи нав'язливе повторне переживання травми в теперішньому часі, яке є сенсорно деталізованим і яскравим. Парадоксально, але в той же час пацієнти страждають від порушення здатності самовільно повертатися до травматичних і нетравматичних спогадів. Запам'ятовування травматичних спогадів характеризується як фрагментоване та дезорганізоване. Було встановлено, що ця неузгодженість пам'яті є ознакою для передбачення тяжкості розладу на пізніх стадіях.

Нейробіологічні моделі посттравматичного стресового розладу стверджують, що контекстуальна пам'ять щодо травматичних подій порушується через дисфункцію системи гіпокампу, тоді як пам'ять про сенсорні деталі посилюється через вплив мигдалини на сенсорну кору. Якщо дисфункція системи гіпокампу є основною ознакою посттравматичного стресового розладу, то залежні від гіпокампа когнітивні функції, що не зазнали травми, такі як просторова обробка й пам'ять, також повинні бути порушені в осіб із посттравматичним стресовим розладом.

Інтерв'ю про флешбеки

№	Запитання психолога	Примітка/уточнення/ пояснення
1	Як часто стаються напади спогадів, які повністю захоплюють вашу увагу і свідомість?	Кілька разів кожного дня? Чи кілька разів на тиждень? Раз на місяць? Ще рідше?
2	Чи є тригер (зовнішній або внутрішній фактор, причина), що викликає активацію болісного спогаду?	Зовнішнім тригером може бути все що завгодно: сходи чи двері певної форми, колір одягу, картина на стіні, звук, мелодія, запах і т. д. Внутрішнім тригером може бути думка, відчуття тіла, емоція тощо
3	Як довго триває флешбек?	Скільки часу триває період захоплення свідомості спогадом? Кілька секунд чи кілька десятків секунд? Кілька хвилин? Кілька десятків хвилин?
4	Що саме відбувається з вами та вашим тілом під час флешбеку?	Спогад повністю захоплює свідомість і людина втрачає функціонал у цей період? Може «застигти» у просторі, зупинитися, замертти прямо посеред процесу, який виконувала (йшла по вулиці, керувала авто, спілкувалася), або продовжує виконувати дії, але внутрішньо переживає травматичну подію як частину теперішнього

№	Запитання психолога	Примітка/уточнення/ пояснення
5	Під час флешбеку ви усвідомлюєте (можливо, не одразу, а через деякий час), що це частина вашого минулого, не перероблений пам'яттю спогад, який тимчасово вторгається у свідомість? Чи переживаєте ситуацію як таку, що знову відбувається з вами тут і тепер?	Цим запитанням ми прояснюємо ступень захоплення свідомості. Якщо людина зберігає керованість своїм тілом і усвідомлює хоча б загальний контур того, що відбувається, — інтрузія частково контролюється
6	Під час флешбеку ви немов знову опиняєтеся на місці події? Чи бачите цю ситуацію зі сторони або на екрані?	Асоціація чи дисоціація має місце
7	Умовно кажучи, у нас є 4 ноти, з яких може складатися «мелодія флешбеку» — думка, емоція, фізичне відчуття, образ. Давайте проаналізуємо, які саме ноти звучать гучніше у вашому флешбеку? Який з цих чотирьох елементів представлено найяскравіше? Чи кілька з них? Або всі вони яскраві?	Цим запитанням ми можемо прояснити, який канал є провідним, і врахувати це під час вибору мішеней, працюючи зі спогадом методом EMDR, наприклад
8	Як саме флешбек припиняється/завершується?	Вас хтось або щось відволікає? Треба, щоб вас торкнулася інша людина, звернулася до вас? Чи флешбек «відступає» самотійно? Можливо, вам

№	Запитання психолога	Примітка/уточнення/ пояснення
		вдається самому/самій заспокоїти себе? Опишіть, як саме це відбувається
9	Як ви почуваетесь фізично й психологічно після завершення флешбеку?	Чи спостерігається зміна тиску, ритму серцебиття, чи болить потім голова, хочеться їсти чи спати? Наскільки зберігається функціонал людини і чи може вона виконувати дії соціальної активності?
10	Що ви думаєте про таку ситуацію і свій стан? Чи хочете ви щось із цим зробити? Чи вірите, що можна звільнитися від флешбеків? Чи хотіли б цього?	Є факт наявності флешбеків, і є те, що людина думає про це. Такі запитання дають змогу розототожити людину і її стан, наводять на думку, що з флешбеками можна щось зробити
11	Яким було б ваше життя, якби флешбеки зовсім зникли? Що б ви тоді робили? Як би відреагували на цю новину ваші близькі люди?	Моделювання майбутнього

Для того щоб флешбеки припинилися, потрібна психотерапевтична робота з травмою. Тому першою лінією допомоги при ПТСР є саме психотерапія, а не фармакологія. Медичні препарати призначаються тоді, коли людина не витримує процес психологічної роботи через погане соматичне почуття. Тоді є потреба спочатку стабілізувати людину за допомогою фармакотерапії, щоб вона могла витримувати

роботу з травматичним матеріалом. Але суто ліками ПТСР не вилікувати. Потрібні щонайменше три позиції: психотерапія травми, медичний супровід у разі потреби, матеріально-побутовий комфорт людини й перебування в безпечному місці. Впливовим допоміжним чинником часто стає підтримувальне та ресурсне середовище (добрі й надійні сімейні або партнерські стосунки).

МЕТОДИКА «КАРТА БОЙОВОГО ДОСВІДУ»

Цю методику було створено у 2023 році.

Психотравму (синонімічно також вживаються ще терміни «емоційний травматичний стрес», «емоційна травма») часто описують як переживання невідповідності між загрозливими факторами ситуації та індивідуальними можливостями їх подолання, яке супроводжується інтенсивним страхом, гострим відчуттям безпорадності й втрати контролю, змінами у способах регуляції афектів, що нерідко спричиняє тривалі фізичні, психічні й особистісні розлади. Військовослужбовець/військовослужбовиця, який/яка бере участь у бойових діях, зазнає екстремального за своєю природою психотравматичного впливу. На військовослужбовців, що опинилися в бойових умовах, діють різні психотравматичні чинники, які можуть викликати як безпосередні порушення психічної діяльності у вигляді реактивних станів, так і відтерміновані в часі, але глибинніші реакції.

Психотравматичні ситуації (загроза втрати здоров'я або життя) можуть набувати форми незвичних подій, вони суттєво порушують базальне почуття безпеки людини, її віри в те, що життя організоване відповідно до певного порядку й піддається контролю. Психологічна травматизація має місце у випадках, коли наслідком травматичної стресової події стають порушення у психічній сфері людини аналогічно до

порушень у соматичних процесах. Психотравма — це не сама зовнішня подія, а її психічна репрезентація.

У різних дослідженнях психічну травму / психотравму розділяють як: подію, патогенний вплив, зовнішній подразник, переживання безпорадності, гнітюче переживання, нестерпні руйнівні переживання; психологічний стрес; критичний стан; травма минулим. При цьому в науці висловлюються думки, що психотравму може викликати не обов'язково (й не тільки) подія, яке несе пряму загрозу життю. Травмувати може також і подія, яка з погляду стороннього спостерігача не є жахливою, але для певної особи може мати великий вплив на емоційно-моральну сферу й викликати стресову або навіть гостру стресову реакцію. А скласти повний і вичерпний перелік психотравматичних подій чи ситуацій не вважається можливим.

Вірність цієї позиції підтверджують численні історії, які звучать у кабінеті психолога й засвідчують унікальність сприйняття світу кожною окремою людиною залежно від її внутрішньої психічної конструкції, яку було сформовано сукупністю чинників — генетичних, біологічних, трансперсональних, соціальних, особистого досвіду тощо.

У процесі надання психологічних послуг військовим, які брали участь у бойових діях на фронтах упродовж 2022–2023 років, було виявлено/складено перелік фактів травматичного досвіду, про які отримувачі послуг розповідають під час психореабілітаційного процесу. Неодноразово фіксується емоційне й когнітивне перевантаження психіки бійців великою кількістю тяжких вражень, що створює у людей відчуття внутрішньої плутанини, знесилення, безсилля. Травматичні спогади з'являються у вигляді флешбеків і румінацій,

отримувачі послуг описують свій стан як «застрявання в урагані картинок різноманітних подій», які траплялися з ними під час перебування в зоні бойових дій.

Ми виявили, що корисний ефект, який проявляється в стабілізації психоемоційного стану отримувачів послуг і зменшенні рівня внутрішньої напруги, має аналітична інтелектуальна робота, що проводиться з метою впорядкування «архіву пам'яті». Ця методика має робочу назву «карта бойового досвіду» і здійснюється за таким алгоритмом.

Виконання методики відбувається у два етапи. На першому здійснюється психоедукація: психолог/психологиня надає чітку й зрозумілу інформацію про будову нервової системи, її вплив на ендокринні процеси й те, як гормони впливають на наш настрій, створюючи емоції. Також провадиться інформування щодо системи пам'яті людини, використовується метафора «архів пам'яті», в якому спогади мають займати своє конкретне місце, однак для цього вони мають бути певним чином класифіковані. Тоді ці спогади будуть краще доступні для роботи з ними під час психокорекційної та психотерапевтичної роботи, що сприятиме їхній швидшій переробці, десенсибілізації, десенсиטיзації.

На другому етапі психолог/психологиня пропонує отримувачу послуг скласти з його/її допомогою «карту бойового досвіду». Для себе ми розуміємо, що складовими цієї карти будуть травматичні події та враження/спогади, які зараз тримаються у фокусі уваги всіх мозкових систем, перевантажуючи їх. Психолог/психологиня керує процесом, ставлячи запитання щодо різноманітних сфер бойового життя, збираючи інформацію про важливі для отримувача/отримувачки послуг події, які мали на нього/неї вплив і які він/вона розпізнає як

важкі та/або травматичні. Відповіді записуються й оформлюються у вигляді певної схеми, яку пропонується метафорично розглядати як карту або як мішок, у якому в різних кишенях лежать різні спогади, класифіковані, наприклад, за різними темами.

Для роботи за цієї методики ми пропонуємо своєрідну класифікацію бойових травм, яка склалася під час практичної роботи. Зібраний перелік травматичних подій, про які розповідають учасники/учасниці бойових дій, наведено нижче.

Травма втрати побратимів і посестер — найбільш поширена. Абсолютно всі отримувачі послуг, з якими працювали члени мультидисциплінарної команди, відзначили як драматичну й болісну подію загибель бойових товаришів. Згадки про це найчастіше викликають емоційну реакцію, яка висловлюється через сльози, важке дихання, тремтіння в горлі. Є нагальна потреба в розробці ефективних протоколів психотерапевтичного лікування та/або супроводження таких травм. Військовослужбовці потребують зрозумілої та адаптованої спеціально для них моделі проживання втрати побратима/побратимів, розробленої із врахуванням обставин сьогодення: брак вільного часу (служба не чекає), відсутність вільного планування, фізичні навантаження або щільний графік фізичної реабілітації, можлива наявність постійного болю після фізичної травми чи поранення, повернення в зону бойових дій після відпустки чи лікування.

Травма припинення життя — так ми умовно називаємо комплекс болісних спогадів і когнітивно-емоційний реакцій, який супроводжує інформаційний матеріал про процес знищення ворогів під час зачисток або в боях. Варто зазначити, що переважна більшість отримувачів послуг були цивільними

людьми до початку повномасштабного вторгнення російської федерації, не проходили тривалої військової підготовки перед отриманням бойового досвіду і після його отримання проживали адаптацію до нових обставин свого життя самотужки. Під час роботи ми не використовуємо слово «вбивство» в контексті результатів виконання бойових завдань, ми кажемо про «ліквідацію» і «знищення» ворога. Оскільки в цивільному житті вбивство людини є злочином, за який передбачено покарання Кримінальним кодексом України, табування цього вчинку на психічному рівні здорової людини досягає максимального рівня. Але війна перевертає шкалу добра й зла, змушуючи людей робити те, чого вони не зробили б у мирному житті. Найчастіше про неприємні враження від знищення ворога говорять особи старшого віку (за 40 років).

Травма свідка. Отримувачі послуг чітко розрізняють поняття «мій близький друг/побратим» і «хлопець з нашої бригади», ранжуючи ступінь знайомства й цінність для себе людей свого найближчого кола та всіх інших. Травматичними стають враження від присутності особи під час масової загибелі одразу кількох осіб або кількох десятків українських захисників під час потрапляння в засідку, невдалого штурму, масованого обстрілу з боку агресора. Отримувачі послуг розповідають про жахливий запах, який утворюється через поєднання запахів тротилу й людської крові.

Зазначені травми відносяться до, так би мовити, класичних «травм війни», або бойових психотравм, але, на жаль, цей перелік не є вичерпним.

Травматичними часто є **стосунки солдата з командиром** свого підрозділу, в діях і наказах якого отримувачі послуг вбачають несправедливість, неповагу, погане ставлення

до себе чи інших солдатів, невиправданий ризик. Умовно цю сукупність травматичних вражень ми називаємо «Травма командирського ставлення». Відсутність допомоги в оформленні документів, які фіксують отримане бойове поранення, а іноді й відвертий саботаж, також викликають обурення й чинять істотний вплив на психоемоційний стан Захисників та Захисниць, викликаючи агресію і дратівливість, розчарування, відчуття безсилля й зустрічі з несправедливістю, що негативно впливає на бойовий дух і мотивацію.

У той же час, існує такий досвід, який відомий тільки командирам — особам, які здійснюють командування підрозділами і несуть відповідальність за особовий склад. **Командирська травма** — болісний досвід, який отримують люди, втрачаючи бійців свого підрозділу. Конфлікт цілей і цінностей — виконання наказу й зберігання людей, створює суттєву внутрішню напругу, яка накопичується пропорційно тому часу, який людина перебуває на війні.

Окремим видом психологічних травм можна назвати травми, отримані під час надання медичної допомоги, або **травми медичної сфери** — важкого змісту історії, які приносять у кабінет психолога отримувачі послуг, стосуються як надання первинної медичної допомоги на місці бою (медична допомога низької якості, відсутність необхідних засобів і препаратів, браковані турнікети), так і процесу надання медичних послуг у закладах охорони здоров'я (неуважне ставлення медичного персоналу, ігнорування скарг на погане самопочуття, недостатнє обстеження, відсутність вчасного призначення реабілітації, неекологічне спілкування та ін.). Існує невтішна тенденція — у медичних картках солдатів не фіксуються контузії. Якщо отримувач послуг проходив

лікування, наприклад, у травматології і під час перебування в стаціонарі неодноразово скаржився на головний біль, погіршення слуху й зору, запаморочення, суттєве погіршення пам'яті, лікування від невролога не призначалося.

Велике стресове навантаження військовослужбовці проживають в очікуванні **військово-лікувальної комісії**. Багато скарг на те, що комісії не дають часу відновитися після поранення повністю, а під час безпосередньої процедури огляду та бесіди військові не рідко чують на свою адресу необґрунтовані звинувачення в тому, що прикидаються і симулюють («косарь»), що абсолютно не відповідає дійсності. Такі ситуації продукують відчуття безсилля й несправедливості, провокують бажання відновити справедливість, викликають агресію, посилюють невротичні стани.

Також під час роботи ми зустрічаємося з **«травмами зради своїх»**. Особи, які демонстрували високий рівень резильєнтності до «звичайних», умовно кажучи, травм війни, пояснюючи це тим, що «війна є війна, на війні завжди і всюди відбувалося насильство, смерть людей», найбільш травматичним для себе досвідом вважали факти зради з боку українського населення. Здача позицій Збройних Сил України (далі — ЗСУ) ворогу, доноси, зіпсована чи отруєна їжа, яку бійцям ЗСУ пропонували українці на звільнених від окупантів територіях — ось ці спогади люди визначали як найбільш болісні. Сумним прикладом стала історія про «яскраві хустки» — у селі, яке було частково звільнено українською армією, кілька родин підтримували й працювали на росію. Бійці почали помічати стареньких бабусь, які в яскравих хустках (червоного, малинового кольору) ходили по селу, підходячи до будинків, в яких перебували наші Захисники і Захисниці.

Через короткий проміжок часу саме в ці будинки здійснюався точний удар російською артилерією. Імовірно, за переміщеннями бабусь слідкував ворожий дрон і таким чином виявлялися позиції, які будуть атакувати.

Травматичними для людей стають також випадки аморальної поведінки з боку представників офіцерського складу ЗСУ — **«моральні травми»**. Мова йде про епізоди прояву боягузтва (втеча командира з позиції, де залишилися солдати, або неприсутність у зоні ризику), віддання наказів, які є незаконними (зі слів отримувачів послуг), факти зловживання владою та прояви корупції (скарги, що командири вимагали від солдатів свого підрозділу частину бойової зарплати переводити на «господарські потреби», губили рапорти й оформлювали самовільне залишення частини (СЗЧ) бійцям, які перебували на лікуванні), факти мародерства й крадіжки.

Моральну травму можна діагностувати за чітким контуром: людина відчуває, що порушила свій моральний кодекс, вчинила «погано». Мораль — це про добро і зло, це набір внутрішніх переконань кожної окремої особи про те, що можна робити, тому що це «ок», а що робити вона не хоче і без екстремальних обставин робити не буде, бо для неї це «не ок». Коли людина робить те, що вважає аморальним, розплатою стає почуття провини й сорому. Це доволі чіткій «слід» моральної травми, коктейль саме цих двох реакцій.

Однак, виявивши їх, психологу/психологині варто уважно розібратися, наслідком чого саме є ці емоційно-когнітивні реакції. У разі моральної травми вони є наслідками саме того факту, що людина зробила щось, що суперечило її моральному кодексу. Якщо людина постійно відчуває провину і сором, які кореняться у фундаментальному переконанні, що

виникло багато років тому і висловлюється як «Я маю за все нести відповідальність» або «Я — поганий/погана. Соромно бути таким/такою, як я», то про моральну травму тут не йдеться. Це наслідок давньої травматизації, що вплинула на «Я-концепцію» людини, сформувавши відповідні когнітивні викривлення.

На думку авторки, від моральної травми треба відрізняти «Травму несправедливості», яка є наслідком накопиченого емоційного болю, що викликає порушення не внутрішніх моральних норм, а офіційно встановлених і загальновідомих юридичних норм права. Травма несправедливості виникає через порушення законних прав людини. Її наслідками у психологічному полі може також бути почуття провини й сорому, особливо у випадку, якщо людині вони добре знайомі, через ту саму «Я-концепцію», про яку йшла мова вище. Однак, найпоширенішою реакцією є злість, незгода, навіть агресія, що на поведінковому рівні викликають бажання помститися за неповажне відношення й відновити справедливість самотужки.

СТРАТЕГІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З РІЗНИМИ ЗАПИТАМИ

Наведені в підрозділі «Дорожні карти» руху психологічної роботи не є аксіомами або єдино можливими схемами, проте, можуть стати орієнтиром і джерелом ідей для фахівців, які ще не мають широкого досвіду в названих темах.

Що таке стратегія психологічної роботи

Стратегія психологічної роботи — це професійно сформований план дій, або «дорожня карта», яка визначає, як фахівець буде працювати з конкретним запитом клієнта або з його численними скаргами. Це цілісне бачення фахівцем проблеми отримувача/отримувачки послуг із психологічної допомоги в контексті життя людини та її різноманітних характеристик, які відомі психологу/психологині з професійного досвіду та базуються на теоретичних і емпіричних позиціях, професійній кваліфікації.

Стратегія психологічної роботи — це розуміння фахівця, який шлях треба пройти від актуальної проблеми до бажаного для людини результату з урахуванням її індивідуальних особливостей, контексту, ресурсу і цінностей.

Основні складові психологічної стратегії:

1. Формулювання запиту: що насправді турбує клієнта/клієнтку? Яка глибинна потреба/емоція стоїть за проблемою?

2. Цілі: що саме людина хоче змінити, відчувати або досягнути?

3. Діагностична гіпотеза: що саме «тримає» проблему — когнітивні викривлення, патерни прив'язаності, травма, емоційне уникнення тощо?

4. Логіка втручань. Наприклад: стабілізація → робота з особистою історією → робота з когнітивними схемами → робота з емоціями → робота з травматичним матеріалом → інтеграція.

5. План втручань. Що і на яких сесіях буде робитися? Наприклад: сесії 1–3 — діагностика та стабілізація, 4 — психоедукація, 5–10 — робота з ключовим досвідом, 11–13 — формування нової поведінки.

6. Оцінка ефективності. Увага до динаміки процесу психологічної роботи і динамік отримувача/отримувачки послуг: зменшення кількості чи якості проявів симптомів, зняття скарг, більше ресурсності, зменшення уникнення, відновлення контактів, відновлення функціональності. Корекція стратегії залежності від потреб клієнта/клієнтки.

Психологічна стратегія — це не жорсткий протокол, а гнучка, етична й цілісна структура, яка дає змогу фахівцю зберігати орієнтири, працюючи з людським болем, хаосом чи кризою. Вона поєднує знання, інтуїцію, досвід і емпатію і дає змогу не лише «реагувати», а системно вести клієнта/клієнтку до змін.

Приклад стратегії психологічної роботи

Запит: «Я не думаю, що зможу повернутися до нормального життя після служби — мені здається, я втратив себе».

Стратегія психолога/психологині, наприклад, у підході терапій прийняття та відповідальності може бути такою:

1. Встановити довіру, створити безпечний простір.
2. Допомогти клієнту розпізнати емоційне уникнення (наприклад, уникнення соціального контакту, емоцій, спогадів).
3. Впровадити техніки прийняття, дифузії й усвідомленості.
4. Дослідити цінності клієнта до, під час і після служби.
5. Скласти реалістичний план дій, що базується на його глибинних цінностях.

Стратегія психологічної роботи з людьми, звільненими з російського полону

Під час зустрічі й у роботі з людьми, які пережили полон і, можливо, тортури, важливо враховувати період часу, який минув після звільнення. У медичній сфері існує таке поняття, як «реабілітаційний період». Що таке реабілітаційний період? Це час після фізичної або психоемоційної травми, упродовж якого людина поступово відновлює здоров'я, адаптується до нових умов життя або функціонування. Це не просто «відпочинок», а фаза активної стабілізації, відновлення та інтеграції досвіду. Реабілітаційний період — це етап поступового повернення до цілісності. Саме через дбайливе супроводження на цьому шляху людина здатна не просто пережити травму, а й відновити себе в новій реальності.

Види реабілітаційних періодів

Медичний реабілітаційний період: 1) післяопераційний — загоєння, контроль ускладнень, зниження больового

синдрому; 2) постгоспітальний — фізіотерапія, повернення рухливості, зміцнення організму; 3) тривала реабілітація — у разі складних поранень, травм, інвалідизації.

Психологічний реабілітаційний період: 1) післястрессова стабілізація — нормалізація сну, заспокоєння тривоги, нормалізація поведінки; 2) інтеграція досвіду — поступове опрацювання травматичних спогадів; 3) соціальна адаптація — повернення до ролей, стосунків, життєвих цінностей.

Чому важливо враховувати реабілітаційні періоди?

Вони допомагають уникнути ретравматизації, адже занадто раннє «занурення» в травму може погіршити стан, забезпечують етичну, дозовану роботу з клієнтом. Професіонал не «лікує насильно» і не «приносить добро», він не «знає краще за клієнта», а супроводжує у відповідний момент згідно з тими потребами, які людина має в конкретний період часу.

Реабілітаційні періоди враховують індивідуальні ресурси й темп відновлення, які у кожного організму свої, дають фахівцю змогу коректно планувати втручання: коли підтримка, коли стабілізація, а коли — глибоке опрацювання.

Структура реабілітаційних періодів

Гостро-критична фаза (1–4 дні/тижні). Завдання на цьому етапі: екологічна присутність поруч, ненав'язлива підтримка, уникнення перевантажень нервової системи людини будь-якими стимуляціями, стабілізація фізичного або психоемоційного стану.

Стабілізаційна фаза (2–8 тижнів). Завдання на цьому етапі: підтримка фізіологічної та психічної стабілізації в но-

вих умовах, контроль за реакціями, «звикання до безпеки», формування довіри до світу. Відновлення почуття контролю над власним тілом, повернення влади робити вибір (що їсти, пити, що вдягнути, як проводити час, скільки і з ким спілкуватися та ін.). Формування опор — тілесних, психологічних, соціальних.

Терапевтично-реконструктивна фаза (6 тижнів — 6 місяців і більше). Завдання на цьому етапі: сфокусовано працювати з травматичними спогадами й наслідками важкого стресу, який пережили люди. В цьому місці і періоді робота із психотравмами має відбуватися в тому ритмі й темпі, які людині комфортні, методами і техніками, які підбираються індивідуально під отримувача / отримувачку послуг із психологічної допомоги. Ціллю є зцілення душевних ран і стишення «гарячих спогадів»; прийняття свого досвіду, хай яким він є; позбавлення від почуття провини й сорому; вихід з ролі жертви; оформлення власної Я-концепції; робота із сенсами і цінностями; повернення до життя; прийняття нової реальності.

З практичного досвіду роботи з людьми, звільненими з російського полону, ми спостерігаємо таку тенденцію: людина може добре триматися від початку повернення додому і демонструвати відносно стабільний психоемоційний стан упродовж багатьох тижнів чи місяців, що дає підстави її оточенню думати, що «з ним/нею все гаразд». Однак кризовий стан, який проявляється гострими емоційними проявами, з можливою різкою зміною поведінки, який люди найчастіше описуються терміном «накриває», майже напевно відбудеться упродовж першого року після повернення з полону. До цього треба бути готовим усім: і самій звільненій людині, і членам

родини, і фахівцям, які супроводжують процес відновлення. «Зрив» — це реакція нервової системи, яка втрачає здатність саморегуляції під тиском спогадів або тригерів.

Як може проявлятися «зрив», або «накрило» у людини, звільненої з полону?

1. Раптові емоційні сплески. Гнів, агресія, істерика без явної причини (може бути спровокована звуком, фразою, запахом). Плач, злам, зневага до себе — у відповідь на ситуації, де з'являється безсилля або тиск. Внутрішній шок — людина «вимикається», завмирає, перестає говорити, відмовляється від контакту.

2. Флешбеки або тілесна дисоціація. Раптова «перенесеність» у минуле: людина ніби знову «там». Втрата орієнтації у часі/просторі (короткочасна).

Тіло «реагує без свідомості»: тремор, нудота, різкий біль, приступи паніки без явної причини.

3. Суїцидальні або аутоагресивні стани. Думки про смерть, відчуття безглуздості існування. Висловлювання типу: «Мені тут нічого робити», «Краще було б залишитися там», «Уже запізно». Спалахи небезпечної поведінки (погулянки вночі, втягування себе у конфлікти). Тут може проявитися багато самозвинувачення і сорому: «Я не встояв/встояла», «Я щось підписав/підписала», «Я більше не той/та, що був/була раніше». Відмова приймати підтримку, приховування стану від близьких. Самоізоляція, небажання говорити про досвід — мовчання як стратегія виживання.

4. Гостра реакція на тригери (тригерні спалахи). Людина раптово стає вкрай тривожною/агресивною/закритою

через зовнішній подразник: форма, камуфляж, російська мова, сирена, звук замка/дверей, дотик або обмеження свободи руху.

Схема «Темний квадрат, світлий контур»

Ця схема є одночасно і стратегією психологічної роботи з людиною, звільненою з полону. Вона дає орієнтир психологу/психологині, як будувати спілкування, особливо на початку, під час перших зустрічей і встановлення рапорту.

Досвід перебування в полоні є стресом найбільшої інтенсивності, а тортури на рівні міжнародних документів визнано найбільшими стражданнями, з якими людина може зустрітися впродовж життя. Парадокс цього досвіду полягає в тому, що він впливає не тільки на людину, яка є його носієм, а й на тих осіб, які перебувають поруч. Підсвідомо і члени родин, і фахівці, які супроводжують звільненого/звільнену, можуть переносити цей досвід на себе, що викликає реакцію власної нервової системи — почуття страху, жаху й безпорадності можуть призводити до внутрішнього замирання та/або інших реакцій. Разом з тим цей досвід може викликати і певний інтерес. Прагнення знати, що сталося з людиною, і страх про це дізнатися будуть створювати внутрішню напругу та, можливо, розгубленість фахівця з психологічної допомоги. Тому авторка пропонує ознайомитися зі схемою «Темний квадрат, світлий контур».

Головна ідея, яку закладено в цю схему, звучить так: «Життя — більше за досвід. Хай яким він є». Навіть такий важкий досвід, як перебування в російському полоні, не має стати головною подією життя людини, «захопивши» таким

чином персону. Людина не має потрапити в рабство до цього досвіду. Він не має визначати особу, не має бути головною її характеристикою, щоб потім люди не казали: «Це та Настя, що була в полоні» або «Це той Дмитро, колишній полонений».

Не етично казати на звільнених з полону людей «полонені» або «колишні полонені». Правильно — «звільнені з полону», або «люди, які пережили полон». Порада психологам: коли дивитеся на людину, треба бачити всю її, а не тільки досвід полону. Адже в людини було життя ДО полону, в якому було чимало різного — і поганого і хорошого; якщо ви зустрілися з людиною — це означає, що з полону її було звільнено, і тепер у людини життя інше, вона вже поза цим досвідом. Умовно ми можемо говорити про три періоди: життя до полону, життя в полоні, життя після полону. Саме це і зображено на схемі «Темний квадрат, світлий контур»

Під час зустрічей зі звільненою з полону людиною ми не рекомендуємо починати спілкування з уваги до «темного квадрату», сконцентруйте увагу на більш світлих періодах — це життя до полону та після нього.

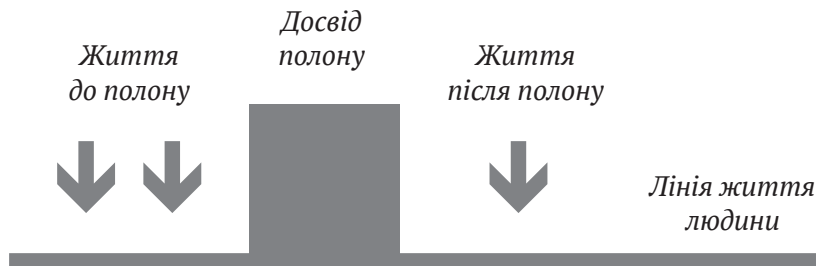


Рис. 8. Схема «Темний квадрат, світлий контур»

Не часто, але трапляється, що людина, звільнена з полону, може сказати: «В полоні було страшно, але не страшніше, ніж у моєму дитинстві!». У кожного різний досвід, він залежить від багатьох факторів: скільки часу людина провела в полоні, на якій території її утримували, хто допитував, яку українську військову посаду людина мала (якщо мова йде про військово-полонених), у чому саме звинувачували цивільну людину, яка має статус заручника.

Якщо людина сама відкриває тему свого перебування в полоні і хоче розказати, що і як там відбувалося — психолог/психологиня має бути готовий зустрітися з цим матеріалом. Його особливість — він про порушення прав людини, про жорстоке ставлення до людей, про великі страждання, які завдаються катами нашим людям навмисно й свідомо. У цей момент психолог/психологиня може відчути одразу кілька внутрішніх реакцій: біль, жах, безсилля, глибоке співчуття, жаль та інше. Сильна емпатія може зіграти недобру роль і збільшує ризик отримати вікарну травму (травму свідка). Контекст — аномальний для мирного соціального життя, тому до роботи з ним варто готуватись, кажучи професійною мовою — розширити і посилити свій внутрішній контейнер, щоб добре вміщати в нього ті процеси, які будуть відбуватись під час зустрічей.

Люди, які пережили полон, мають велику силу. Вони витримали те, що здатні витримати не всі. Але щоб відновитися, їм потрібно спиратися на сили іншої людини, яка буде їх супроводжувати. Бо неможливо бути на максимумі всіх показників нервової системи безкінечно. Тому психолог/психологиня має бути здатним/здатною витримувати напругу цього досвіду і, хай би якими були деталі, тримати зв'язок зі своїми

ресурсами, а висловлюючись метафорично — зі світлом. Людей тримали в темряві й робили все, що могли, аби зламати їх внутрішньо, розбити «ядро особистості», знищити людське «Я» і людський дух. Темрява наповнювала людей. Можливо, вона й досі в них. А протистояти темряві може тільки світло, яке є символом нашої терплячості, віри в відновлювальний потенціал людини, нашого зв'язку з колегами і вчителями, з нашими цінностями.

Коли я тільки починала працювати з людьми, звільненими з полону, мені було важко. Усвідомлення того, як сильно люди постраждали і яких страждань їм свідомо завдавали інші «гомо сапієнс», жахало, і якась частина мене не вірила, що це відбувається насправді. Те зло, яке робили людям, було настільки великим, що я відчувала його як океанську хвилю цунамі. Мені доводилося докладати багато зусиль, щоб утриматися на місці, аби ця хвиля не винесла мене геть з кабінету, образно висловлюючись, а висловлюючись професійно — щоб не впасти в дисоціацію, не заморозитися і не лишити людину саму під час нашого контакту. Моєї енергії вистачало на сесію, але після її завершення я «випадала» емоційно, а тілесна реакція проявлялася сильною м'язовою напругою. Залежно від того, наскільки важку історію я почула (які були тортури), тіло і психіка переробляли цей матеріал або довго, або дуже довго. Всі техніки самодопомоги, яким ми добре навчені на численних курсах, ставали в пригоді, але на 100% не рятували. В Україні не так багато супервізорів, які візьмуть запити з цією тематикою. Але з часом і досвідом, проведеною роботою з розширення контейнера, посилення зв'язку з власними цінностями і з колегами, які роблять цю роботу вже давно та сильні в цьому, я помітила, що хвиля

стала лякати менше, і зараз відчуття «я маленька перед цим» більше немає. Темна хвиля нікуди не поділася, вона є, але, тепер її зустрічаю не я сама, тепер її зустрічає інша хвиля.

Коли я їду в роботу з цим матеріалом — їду туди не сама. Разом зі мною йдуть усі ті, хто вижив, пережив і відновив своє життя. Разом зі мною в цей момент ті, хто працюють з цим самим контекстом в інших містах України й навіть в інших країнах, тому що на міжнародному рівні тема рабства і торгівлі людьми — актуальна, це все є. Разом зі мною і ті, хто тільки навчається і готується працювати зі звільненими. І ті, хто першими зустрічають, і ті, хто лікує. Люди не здалися, будучи в полоні. Не здалися ті, хто чекав. Тож і ми їх не підведемо. Усвідомлення цього створює іншу хвилю, світлу. Яка зустріне темну на рівних. І обов'язково її розчинить.

Мій найбільший ресурс і сила — усвідомлений зв'язок з іншими людьми.

Олеся Борисова

Якщо ви готуетесь до роботи з людьми, звільненими з полону, треба добре знати контекст. Обов'язковими до прочитання є книжки Віктора Франкла «Людина в пошуках справжнього сенсу», «Скажи життю Так»; Едіт Егер «Дар» і «Вибір». Роман Івана Багряного «Сад Гетсиманський». Книжки наших людей, які пережили полон, — Ігоря Козловського «Людина на перехресті. Роздуми про екзистенційний інтелект», Валерії Суботіної «Полон», Ігоря Михайлишина «Фуга 119. В тональності полону», Валерія Макеева «100 днів полону, або позивний „911“», Станіслав Асеев «The Torture Camp on Paradise Street» / «У ізоляції».

Життя більше за Досвід, навіть найбільш болісний з усіх можливих. Важливо не допустити, щоб людина, звільнена з полону фактично, потрапила в «полон власного досвіду». Тривала психологічна робота буде спрямована на те, щоб десенсибілізувати й допомогти нервовій системі людини повноцінно обробити всі події/факти/спогади цієї частини життя і зробити цей темний квадрат частиною людської історії. Важливою частиною, але не найголовнішою в житті.

СТРАТЕГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З ПОЧУТТЯМ ТРИВОГИ

Тривога — це емоційний стан, що характеризується напруженим очікуванням небезпеки, невизначеним страхом або передчуттям негативних подій. Це реакція організму на загрозу, яка не завжди є безпосередньо присутньою, але сприймається як можлива. Тривога є еволюційно сформованим механізмом, що сприяє виживанню, однак у деяких випадках вона набуває патологічного характеру.

Тривога є сигнальним механізмом самозбереження. Вона запускає фізіологічні реакції на стрес:

- викид адреналіну та норадреналіну;
- прискорення серцебиття, підвищення артеріального тиску;
- посилене дихання;
- посилене кровопостачання м'язів.

Таким чином, тривога, як і страх, активує інстинктивні протоколи безпеки: «БІЙ — БІЖИ — ЗАМРИ».

Як працює тривога:

1. Подразник



2. Тригери (спогади, уявлення, минулий досвід)



3. Тривожна думка («Зараз щось станеться», «Я не впораюся»)
↓
4. Фізіологічна реакція (тремтіння, пітливість, серцебиття)
↓
5. Поведінка уникнення або компульсія
↓
6. Тимчасове полегшення → укріплення тривожного шаблону

У психологічному полі найчастіше під тривогою розуміють внутрішній стан емоційного дискомфорту, який виникає у відповідь на суб'єктивно значущу загрозу. В медичній сфері тривога — це симптом або самостійний розлад, який супроводжується соматичними, емоційними та поведінковими проявами, такими як гіпервентиляція, прискорене серцебиття, напруження м'язів, порушення сну, постійне занепокоєння, відчуття страху, дратівливість, очікування негативних подій, зниження здатності до зорового контакту, тихе мовлення, хронічна втома, труднощі з концентрацією уваги та ін.

Тривожні розлади — найпоширеніший тип психічних захворювань у Європі, який виникає у 14 % осіб віком від 14 до 65 років. Як правило, жінки страждають удвічі-втричі частіше, ніж чоловіки. Перші ознаки таких розладів з'являються ще в дитячому та підлітковому віці.

Тривожний розлад / тривожно-фобічний розлад / психоневроз / невротичний розлад — група захворювань, в основі яких лежать тимчасові зворотні порушення психіки функціонального характеру, зумовлені перевантаженням основних нервових процесів — збудження та гальмування. У роботі психолога з людиною, яка скаржиться на високу тривожність, необхідно враховувати особливості нервової системи персони.

Тип вищої нервової діяльності — це сукупність вроджених властивостей нервової системи, які визначають, як людина реагує на подразники, адаптується до середовища та формує свій характер. Тип вищої нервової діяльності є фізіологічною основою темпераменту, це природжений конституційний вид нервової діяльності — генотип, який під різноманітними впливами навколишнього оточення перетворюється на фенотип, характер.

Основні характеристики:

— сила нервової системи — стійкість до тривалого впливу подразника як збудливого типу, так і того, що загальмовує (сила-слабкість);

— врівноваженість — співвідношення збудження і гальмування (врівноваженість-неврівноваженість);

— рухливість — швидкість виникнення або припинення збудження-гальмування (лабільність-інертність).

Цікавою є робота Карні Хорні, присвячена такому поняттю, як «базальна тривога», яке авторка створила під час власного аналітичного дослідження. Базальна тривога — це глибоке, хронічне почуття безпорадності, що виникає у дитини внаслідок нестабільних або проблемних стосунків з батьками (або іншими значущими дорослими). Цей тип тривоги може стати основою для розвитку невротичних форм поведінки в дорослому віці.

Діагностика: норма чи патологія?

Нормальні прояви тривоги	Патологічна тривога
Обґрунтовані, реалістичні	Надумані, перебільшені
Пов'язані з реальною загрозою	Пов'язані з низьким або уявним ризиком

Нормальні прояви тривоги	Патологічна тривога
Мобілізують, сприяють розв'язанню проблем	Виснажують, ведуть до уникнення ситуацій
Тимчасові, контрольовані	Хронічні, важко контрольовані
Не заважають життю	Порушують функціонування

Як працювати з патологічною тривожністю?

1. Якщо психолог виявляє ознаки патологічної тривоги — слід скерувати людину на консультацію до психіатра. У разі діагностованого тривожного розладу психіатр призначає фармакотерапію, яка відповідає затвердженним міжнародним або національним протоколам лікування (наприклад, МКХ-11, DSM-5, клінічні рекомендації МОЗ України).

Найчастіше застосовуються:

- антидепресанти (СИЗС / СИЗНС) — зменшують інтенсивність тривожних думок, нормалізують емоційний фон. Ефект розвивається поступово, протягом 2–4 тижнів;

- анксіолітики (транквілізатори) — діють швидше, але мають обмежений термін застосування через ризик звикання (наприклад, бензодіазепіни);

- атипові анксіолітики — наприклад, буспірон, який менш залежний і часто використовується для довготривалої терапії;

- ад'ювантна терапія — адаптогени, вітаміни групи В, засоби для покращення сну (мелатонін тощо).

Важливо: самостійне застосування медикаментів неприпустиме. Призначення здійснює лише лікар-психіатр після повного клінічного обстеження.

Комбінована терапія — сумісна робота людини з лікарем-психіатром і психологом або психотерапевтом. У такому разі основні цілі психологічної роботи полягатимуть у:

- виявленні й перебудові ірраціональних схем мислення або опануванні стихійних катастрофічних думок;
- формуванні реалістичніших переконань;
- роботі з поведінковими схемами уникнення;
- формуванні усвідомленості (майндфулнес). Розвиток усвідомленого ставлення до себе та навколишньої дійсності — ключовий ресурс у роботі з тривогою;
- розвитку навичок саморегуляції та самозаспокоєння, самостабілізації: релаксаційні методики (прогресивна м'язова релаксація Джекобсона, аутотренінг), різноманітні техніки керованого дихання, робота з тілом для зняття фізіологічної напруги м'язів — йога, фізична активність, масаж;
- застосуванні поведінкових протоколів безпеки: методика «План безпеки». Це один з дієвих інструментів у роботі з тривожними станами, що дає людині змогу відновити контроль і прогнозованість у стресових ситуаціях.

Компоненти плану безпеки:

- 1) тригери — що людину вибиває з рівноваги? Наприклад: звуки сирени, новини, критика, рішення керівництва і т. д.;
- 2) ознаки загострення — як людина розуміє, що стає гірше? Часто це соматичні реакції: збивається дихання, висихає у роті, напружуються м'язи, стискаються кулаки, сильно колотиться серце та ін.;
- 3) стратегії заспокоєння — що людині вже допомагає або може допомогти заспокоїтися? Перемикання уваги на щось інше, цілеспрямована дія: попити води, пройтися, дати фізичне навантаження, обійми або контакт з близькою людиною, якийсь власний ритуал;
- 4) люди/ресурси підтримки — до кого можна звернутися, якщо не спрацює попередній пункт: подзвонити другу,

фахівцю, представнику спільноти, на гарячу лінію кризової допомоги тощо;

5) мотивація — нагадати собі, чому треба впоратися з цими станами і здолати їх? Заради повернення до хорошої якості життя, заради досягнення якоїсь власної мети, заради своєї дитини або іншої людини і т. д.

Кейс: Ветеран із генералізованим тривожним розладом (ГТР)

Ім'я: Андрій, 34 роки, статус — учасник бойових дій, демобілізований рік тому.

Скарги: постійна тривога за майбутнє, безсоння, гіперуважність, уникнення скупчень людей, тому рідко виходить з дому, постійно перечитує новини, бо «треба бути в курсі того, що відбувається», але новини активують тривогу ще більше. Соматичні прояви — болі в грудях, напруга в тілі, дратівливість. Згідно зі скаргами проведено діагностику (шкала тривоги Бека), скеровано до лікаря-психіатра, призначено фармакологічне лікування — антидепресант, лікування 6 місяців.

Психологічна робота проводилася за напрямками: виявлення автоматичних негативних думок, які провокують активацію тривоги («новини дуже погані!», «скоро стане гірше», «я нічого не контролюю»). Усвідомлення зон свого впливу (що я можу контролювати) і зон свого безсилля (це я не можу контролювати). Складання «Плану безпеки» для «крайніх випадків» — когнітивне моделювання та аналіз на предмет співвіднесеності з реальністю (наскільки ймовірно, що населений пункт, де ви живете, захопить ворог? Враховуючи той факт, що він перебуває в глибокому тилу). Фокусування уваги на

першій зоні — на тому, що людина контролює. Ресурсування: переключення уваги на те, що людина любить, що їй цікаво, активація інтересу до життя в різних його проявах. Пошук хобі. Вправи релаксації і навчання методам саморегуляції. Зміна когнітивної звички «жити в майбутньому», перемикання уваги на «тут і зараз». Залучення соціальних ресурсів: відвідування місцевого Ветеран-Хабу, залучення до ветеранських заходів, спілкування в соцмережах у тематичних групах (мисливських і рибачьких спільнотах), допомога іншим — участь як волонтера в різних заходах.

Результат через 4 місяці: зниження симптомів, суттєве зменшення кількості скарг, стабілізація сну, повернення до соціального життя.

СТРАТЕГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З ТРАВМОЮ НЕСПРАВЕДЛИВОСТІ

Травма несправедливості — це комплекс психоемоційних та когнітивних реакції людини на події зовнішнього світу, які порушують її законні права і таким чином викликають емоційний біль.

Українські військові стикаються з численними порушеннями прав людини під час несення служби та перебування в зоні бойових дій. Це відбувається з різних причин, серед яких:

- неефективне командування (необґрунтовані накази, що призвели до втрат, відсутність відповідальності командирів за помилки через не проведення належного розслідування після трагедій, повна влада офіцерських посад над солдатськими та зловживання нею);

- дефіцити забезпечення (нестача амуніції, техніки, медикаментів, застаріле або несправне спорядження, що ставить під загрозу життя рядового складу, потреба витратити власні бойові зарплати на ремонт машин, купівлю дронів та іншого спорядження, необхідного для виконання бойових завдань);

- недостатня підтримка після поранення або демобілізації (байдужість до поранених з боку керівництва, неякісне та/або недостатнє медичне лікування й реабілітація, зневажливе ставлення до учасників/учасниць бойових дій під час проходження ВЛК, бюрократія у наданні статусу УБД та інвалідності, багатомісячні затримки виплат за інвалідність, поранення);

— виведення поза штат: найбільш несправедливе, при- низливе й аморальне явище, яке існує в системі ЗСУ: після втрати боєздатності людину не звільняють, а «виводять поза штат», у результаті чого людина не отримує повноцінне грошове забезпечення. Замість цього їх нараховується сума в розмірі 550–900 гривень на місяць. При цьому людина не може лікуватися чи проходити реабілітацію за рахунок держави, бо офіційно в цей період не має посади. Період перебування поза штатом може тримати чимало місяців. Люди називають це «рабством», адже не можуть поїхати додому або шукати іншу роботу, вони не вільні. Мають перебувати на пункті постійної дислокації (ППД) і далі виконувати функції військовослужбовців за 600 гривень на місяць. Який психо-емоційний стан такий фактаж створить у психічній системі особи?

Відмінність травми несправедливості від моральної травми

Порушення законодавчо встановлених процедур, процесів, термінів, а також законних прав людини: на якісну медичну допомогу; на повагу до гідності; на відпочинок; на оплату праці та ін., через які страждають люди, — це окремий контур психологічної реакції, що відрізняється від моральної травми. Норми моралі — неписані, юридично не закріплені й відносяться до внутрішнього поля кожної окремої особи, вони дуже суб'єктивні, адже створюються власними уявленнями людини про добро і зло. Моральний біль відчуває людина, коли сама змушена робити те, що вважає поганим. Наприклад, ліквідація ворога. Ось тут буде моральна травма. Її лінгвістична форма: «Я вчиняю погано, я — погана людина.

Мені за це соромно». Лінгвістична форма травми несправедливості: «Зі мною вчиняють погано, а я нічого не можу зробити. Це — несправедливо».

Наслідками моральної травми найчастіше стають дві емоційні ноти — це почуття провини і сором. Наслідками на когнітивному рівні можуть бути думки про втрату минулої «Я-концепції», в якій особа мала певну думку про себе як про «хорошу людину», а тепер начебто так себе назвати не може. Думки про самопокарання (за поганий вчинок має бути покарання) і пошук способів приглушити «голос совісті».

Наслідками травми несправедливості стає багато внутрішньої злості на автора несправедливості — чи це конкретна людина, чи установа, чи система. Ця злість може переходити в агресію і плани помсти або стимулювати відкриття окремого фронту — боротьбу за справедливість по відношенню до себе. Наприклад, людина може звернутися до адвоката і почати судитися з порушниками своїх прав. Але для такої боротьби потрібні ресурси (фінансові, часові), в яких часто обмежені ті, хто служить, воює або лікується після поранення. Що призводить до високої фрустрації — пригнічується потреба відновити справедливість. А коли фактів зневаги й несправедливості не один, а два/три/десять, вони засипають людину, немов гора каміння, породжуючи відчуття власного безсилля, неспроможності. Численні прояви несправедливості «заганяють» людину в стан жертви, що створює цілий ланцюг наслідків, які відбуваються в її психічній системі.

Якщо порівнювати скарги й запити, з якими зверталися учасники/учасниці бойових дій упродовж 2022, 2023, 2024, 2025 років, то травма несправедливості звучить все більше і має пряму кореляцію з кількістю років служби. У 2025 році її

значно більше, ніж у 2022–2023 роках. У людей суттєво більше негативного досвіду, пов'язаного з порушенням їхніх прав під час служби та лікування, звільнення та реабілітаційного процесу. Таким чином, пропонуємо розглянути узагальнений матеріал схематично.

Центральною особливістю травми несправедливості є психоемоційна реакція на порушення об'єктивних законних прав людини, а не лише моральних переконань, адже в цьому є елемент приниження людської гідності. Ключові прояви:

- емоційний біль, спричинений зневагою до гідності;
- злість, що переходить у фрустрацію та безсилля;
- накопичення досвіду системної зневаги провалює людину в стан жертви.

Стратегія психологічної роботи

Мета психолога/психологині — допомогти стабілізуватися та запобігти фіксації на позиції «світ — не ок» або «я — не ок» та закріпленні негативного світогляду після пережитих ситуацій несправедливості. Допомогти відновити внутрішню гідність особи, навіть якщо справедливість ще не відновлено юридично. Забезпечити можливість впливу — хоча б часткову автономію, знизити рівень фрустрації, апатії та вторинної травматизації.

Етапи втручання:

1. *Валідація досвіду, психоедукація.* Люди праві у своїх емоціях та почуттях, їм не здається, що їх образили. Факти підтверджують їхню правоту — на цьому місці будь-яка людина відчувала би те саме. Те, що з ними відбулося або відбувається, — справді несправедливо, а часто й незаконно. Важливо допомогти особі усвідомити, що вона переживає саме трав-

му несправедливості, а не «просто нервовий зрив». Техніки, які можуть використовуватися: пояснення різниці між моральною травмою і травмою несправедливості; приділення уваги внутрішньому ставленню людини й наголос на позиції «Зі мною вчинили несправедливо» ≠ «Я слабкий». Валідація та легалізація реакцій: «Ваш біль можна зрозуміти. Ви не перебільшуєте, ваша реакція — адекватна. Але не треба в ній „застрягати“».

2. *Емоційне розвантаження.* Щоб послабити внутрішню напругу, яка зростає від постійного ментального повторювання і «програвання в голові» тих подій, ситуацій, фактів, в яких особа стикалася з несправедливістю, треба дати людині висловитися й відрефлексувати в безпечному місці та не в деструктивній формі. На практиці часто відбувається таке: людина, розлючена та ображена фактами несправедливості, може всю годину розповідати про них, лаяти командування, лікарів ВЛК, владу, потрапляючи в замкнене коло цих історій. Серед чималої кількості такого матеріалу фахівець може відчувати розгубленість, адже людина права в усьому, однак прямого впливу на ситуації не має ні вона, ні психолог/психологиня. У цьому місці треба змістити фокус уваги із зовнішнього світу на внутрішній — Як це все вплинуло на вас? Що ви відчуваєте? Розкажіть про це більше. Цими питаннями можна перевести розмову про досвід у поле психологічної роботи. Якщо людина не знайома з навичками саморефлексії, варто застосувати психоедукацію і тренінг емоційного інтелекту.

3. *Робота із безсиллям та станом жертви.* Слід зменшити відчуття тотальної безвиході, яке чинить негативний вплив на психічний апарат людини. Зробити це можна через фіксацію уваги на позиції здорового глузду і прямої логіки за до-

помогою різноманітних технік. Наприклад, «Коло контролю». Це вправа, яка має на меті чітко побачити зони свого впливу і зони, на які людина впливати не може з об'єктивних причин. Як правило, у разі спокійного аналізу матеріалу починають проявлятися певні можливості впливу — куди можна звернутися за додатковою інформацією, або відкриваються кроки, які можна зробити для вирішення й виправлення ситуації, про які людина не знала раніше, про які забула чи які просто не помітила через свій стан розпачу.

Створення плану «малих справ» та опанування «мистецтва маленьких кроків». Паралельно з цим людина вчиться розпізнавати свій внутрішній стан і регулювати його — в пригоді стануть техніки тілесного заземлення для повернення контролю над тілом, відновлення опори.

1. Реставрація гідності. Якщо травма або травми несправедливості «просадили» самооцінку й відчуття самоцінності людини, поранивши почуття її гідності, важливо провести роботу для повернення внутрішнього «Я-образу» гідної людини. Техніки: побудова «шанобливого наративу»: як я вижив попри систему; робота з історією «я — проти хаосу», а не «я — жертва байдужості/нахабності/свавілля».

2. Допомога у зовнішньому вираженні протесту. Якщо внутрішній конфлікт не завершується, людині важно діяти в напрямі відновлення справедливості. У цьому місці ми застосовуємо кейс-менеджмент, адже ця робота не є суто психологічною. Допомога в пошуку додаткової інформації або консультантів, скерування до юристів/адвокатів, які спеціалізуються на правах військових, супровід в оформленні звернень, скарг (психолог/психологиня не виконує це, але підтримує емоційно). Доречним буде залучення до ветеранських

ініціатив і просторів, де людина точно зустрине «своїх» (спільні проекти, підтримка побратимів, ресурси спільноти).

3. *Специфіка підтримки у разі виведення «поза штат»*. Найглибше джерело травми несправедливості — це приниження через знецінення статусу й оплати. Тут важливо не нав'язувати «оптимізм», тому що достеменно невідомо, скільки буде тривати ситуація (за законодавством у певних випадках має виплачуватися грошове забезпечення впродовж перших двох місяців, але якщо людину не буде переведено на іншу посаду, то далі вона лишається без грошей, у стані обмеження й невизначеності). Обережно формувати власні межі й ролі: не обіцяти вирішити проблему, а бути поряд у цей найскладніший період, який доведеться прожити. Наша задача — зберегти людину, щоб психологічна напруга не зруйнувала її фізичне та психічне здоров'я.

Травма несправедливості у військових — не побічний ефект війни, а масова психологічна реальність, що потребує спеціалізованого підходу. Вона має не лише емоційні, а й соціальні, політичні, правові виміри.

Психолог — не супергерой і не має завдання напряму відновлювати справедливість, але може допомогти відновити суб'єктність, здатність відстоювати свої права; підтримати гідність людини, яку знецінила система або окремі владні персони; допомогти знайти внутрішні опори і сенси, навчити саморефлексії та саморегуляції психоемоційного стану; показати внутрішню силу, що не зламалася під вагою численних болісних досвідів.

СТРАТЕГІЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РОБОТИ З ТРАВМОЮ ПРИПИНЕННЯ ЖИТТЯ

Травма припинення життя — комплекс психоемоційних і когнітивних реакцій на досвід знищення живої сили ворога. Це моральна травма, суть якої не в самому факті дії, а в глибинному розщепленні цієї дії із внутрішньою системою цінностей особи.

Війна, як антагоніст миру і унормованого соціального життя, ставить перед людиною антагоністичні цілі й виклики, виконання яких є необхідним задля виживання самої людини. Якщо головною умовою співіснування в соціально мирному середовищі для суб'єкта є дотримання встановлених правил поведінки, ядром яких є збереження правопорядку і охорона головної цінності, проголошеної демократичним суспільством, — людського життя, то головним завданням для людини, яка потрапляє на війну, стає не охорона людського життя у звичному для нас сенсі й контексті, а знищення ворога, його фізична ліквідація. А це є порушенням одночасно всіх заборон, створених різними механізмами соціальної системи на рівні психічних, моральних та юридичних «табу» в умовах мирного життя, до яких людина звикла і які, найімовірніше, «проросли» всередині неї сильним стовбуром внутрішніх цінностей.

Опинившись на війні, людина має припиняти життя інших людей, адже це є прямим бойовим завданням, наказом, ціллю. Цей досвід створює велике навантаження на внутрішню систему і стає однією з найбільших моральних травм для багатьох воїнів. Ситуація ускладнюється ще й тим, що, повернувшись з війни в цивільне життя, людина не розуміє, як почати говорити про свої почуття з цього приводу: на війні це було «можна» і «треба», а в мирному соціумі припинення життя іншої особи — найважчий злочин за юридичним законом і найбільший гріх за релігійними нормами.

Залежно від того, в яких військах і на яких посадах служила людина, її досвід буде відрізнятися. Чи був прямий контакт із живою силою ворога? У піхоти, розвідки, штурмових підрозділів він буде, у артилеристів та дронщиків — можливо, ні. Але досвід дронщиків має свою особливість — вони все бачать через камери, процес знищення може бути зафіксовано. Чи можна назвати «прямим контактом» досвід снайпера/снайперки, які бачать ціль через оптику? Чи важливим фактором є кількість ліквідацій? Є люди, які ведуть рахунок, хоча б приблизний, коли це можливо. Є ті, хто уникає цифр, тому що вони можуть бути великі. Наприклад, у кулеметників, мінометників за роки служби і виконання бойових завдань можуть бути сотні ліквідацій. З досвіду кабінетної роботи варто зазначити, що під час служби людей це питання може не турбувати, але з плином часу не можна виключати можливість появи глибинної напруги, яка проявлятиметься через сни, зміну настрою, неочікувані роздуми й образи.

Травма припинення життя є моральною травмою, що проявляється почуттям провини й сорому, а її когнітивний профіль представлено думками: «Я — погана людина, яка робила

погані речі», «Хто я тепер, після всього того, що було і що я робив?» та ін. У будь-якому разі людям не зрозуміло, що робити з цим досвідом, як його «вбудувати» або вмістити у свій загальний життєвий досвід. Особливо якщо до участі в захисті Батьківщини особа ніколи не тримала в руках зброю, не проходила військову підготовку, була неконфліктною та віруючою людиною.

Психологам теж часто не зрозуміло, як про це розмовляти, адже тема дуже інтимна і табуйована, ховається за уникненням. Людям говорити про це може бути складно через сором, який в цьому випадку представлений ще більш складним механізмом, ніж зазвичай. У нього тут потрібне дно: соромно, що вчиняв певні дії і порушив власну «Я-концепцію»; соромно тепер говорити про те, що робив; соромно, що тобі соромно за знищення ворога.

Але говорити — треба, долаючи уникнення й бажання приховати цю тему чи відвернутися від неї через незручність. Усе вже відбулося, реальність така, яка вона є. Нам усім треба її витримувати. А для цього доведеться розширити свої власні внутрішні контейнери й вікна толерантності до тих розмірів, що здатні вмістити правду, яку люди приносять до нас у кабінет. Фахівцям психологічної сфери треба спокійно зустрічати цей матеріал і творити безпечний та комфортний простір, в якому людина, що прийшла на консультацію, може відкрити й розмістити будь-яку свою інформацію. При цьому психолог/психологиня не «підє в дисоціацію», не завмре від шоку, не отримає травму свідка, а збереже свою спокійну присутність і зможе вести людину через це складне поле до розвантаження й можливості осмислення цього досвіду. Психолог/психологиня має бути свого роду свідком, якого не лякає правда.

ПРИНЦИПИ ПІДХОДУ ДО РОБОТИ З ТРАВМОЮ ПРИПИНЕННЯ ЖИТТЯ

1. Нецензурованість реальності. Ми не пом'якшуємо факти, а зустрічаємося з ними такими, які вони є.
2. Невідкидання болю. Це біль, який заслуговує бути вираженим. Не знецінюється фразами «це війна», «ти просто виконував наказ», «не треба жаліти ворогів».
3. Емоційна стійкість фахівця. Психолог/психологиня має бути готовим/готовою почути й витримати правду, не замислювати, не здригнутися, не моралізувати.

Завдання психологічної роботи в цьому контексті

Допомогти інтегрувати цей досвід у загальну життєву історію особи, не витісняючи, не заперечуючи, не ховаючи його. Прийняти факт наявності в житті людини цього досвіду й прийняти самого/саму себе з цим досвідом. Дозволити собі мати цей досвід.

Стратегія психологічної роботи

1. **Створення безпечного простору** і терапевтичної присутності.
2. **«Сказати невимовне»** — дозвіл на висловлення, в якому є смерть, страх, сором, відраза, будь-що інше. Наприклад, наратив: «Моя історія на війні, яку ніхто не чув».

3. Робота з почуттям провини й сорому. Допоміжні ідеї: застосування технік з такого напрямку, як терапія прийняття та відповідальності (*Acceptance and Commitment Therapy*): «Ти не обирав війну, але ти витримав її». Робота з «Я-концепцією»: від «я — погана людина», до «я — людина, яка вижила у неможливому». Рефреймінг: «Твоя чутливість — це доказ того, що ти не втратив себе і людяність».

4. Інтеграція досвіду. Потребує створення внутрішнього «місце» для цього досвіду (припинення життя). Допоміжні техніки: діалог із самим собою до/після війни, створення «карти тіні» — яким/якою я став/стала зараз і що з цього мені потрібно взяти із собою в майбутнє, мовна репетиція: «Як я можу про це сказати іншим — або хоча б самому/самій собі».

5. Повернення до цінностей. Тут завдання психолога/психологині — допомогти людині повернутися до ціннісного поля не через заперечення вчиненого, а через прийняття складності свого досвіду й усвідомлення його важливості. Допоміжні техніки: визначення більшої цілі — захист рідної землі, побратимів, родини, цивільного населення; сенси попри біль — ці дії було вчинено в ім'я добра навіть у зруйнованому світі; формування нової/додаткової ідентичності: «Я воїн, який вижив і не втратив людяності».

Травма припинення життя — одна з найінтимніших і найтяжчих моральних травм війни, що вкорінюється в розриві між вимушеними діями на полі бою й глибинними цінностями особистості. Її не можна «пережити» швидко чи безболісно — вона потребує терплячої, делікатної і професійної роботи, в якій психолог/психологиня виступає не суддею, не рятівником, а живим і сильним свідком, здатним витрима-

ти правду, якою поділилися носії особливого досвіду. Лише в безпечному просторі, де не применшують біль і не засуджують, можна інтегрувати цей досвід у життєву історію людини, дозволити їй залишитися собою попри все. З пам'яттю, із чутливістю, з новим, але не втраченим обличчям людяності.

Варто зауважити, що якщо отримувач/отримувачка послуг із психологічної допомоги — людина віруюча та релігійна, тут буде корисно звернення до капелана або представника церкви. Тоді шлях до зцілення внутрішнього болю має містити в собі елемент каяття і самопрощення.

ЗАКЛЮЧНЕ СЛОВО

Психореабілітація учасників та учасниць бойових дій в Україні — це не просто набір методик чи окрема галузь психології, яка активно розвивається прямо зараз. Це також щоденна праця психологів у кабінетах лікарень та реабілітаційних центрів, у просторах ветеран-хабів і численних громадських організацій, на телефонних лініях і у приватній практиці. Це наша робота на перетині болю й сили, втрат і мужності, людяності та дисципліни. Робота з людьми, які пройшли війну, вимагає від фахівців не лише професійної компетентності, а й високої особистої стійкості, моральної витримки, просторого внутрішнього контейнеру — щоб зустрічатися з реальністю такою, якою вона є. Іноді надто гучною, іноді мовчазною, часто болісною і травматичною.

Головне, що має винести фахівець із цього посібника, — це розуміння цінності особистості, з якою він працює, а також своєї власної цінності. Навіть коли людина приносить у кабінет дуже важкий досвід, важливо пам'ятати: ця особа — не тільки носій болю, а й джерело гідності та сили. Людина — більше за її досвід, хай би яким він був.

Внутрішній потенціал до відновлення людини — вельми великий. Завдання психолога/психологині: знати про цей відновлювальний потенціал людської психіки й створити такий простір, у якому власний імпульс вітальності (сила Жит-

тя) зможе проявитися і прорости, як паросток із насіння, прихованого у глибині. Навіть глибокі рани можуть загоїтися.

Вірте в людину, в себе і свою роботу.

З повагою та вдячністю до всіх, хто працює з досвідом травм війни.

ОПИТУВАЛЬНИК ДЛЯ СТУДЕНТІВ, СКЛАДЕНИЙ НА ОСНОВІ ТАКСОНОМІЇ БЛУМА

Рівень 1. Знання (відтворення)

1. *Дайте визначення поняття «психологічна реабілітація».*
2. *Назвіть чотири місця зустрічі військового/ветерана із психологом.*
3. *Що таке «терапевтична пауза» і для чого вона використовується?*
4. *Які основні відмінності між моральною травмою та травмою несправедливості?*
5. *Назвіть основні етапи психологічної реабілітації учасників бойових дій.*
6. *Які функції виконує психолог у системі медико-психологічної допомоги військовим?*
7. *Що таке «Карта бойового досвіду» і для чого вона використовується?*
8. *Назвіть три головні завдання психоедукації у роботі з ветеранами.*

Рівень 2. Розуміння (пояснення)

1. *Поясніть, чому психореабілітація військових потребує окремих стратегій, відмінних від загальної психотерапії.*
2. *Опишіть значення метафоричних і проєктивних методик (наприклад, «Солдатський баул», «Карта бойового досвіду») у роботі з ветеранами.*
3. *Розтлумачте різницю між психоедукаційною моделлю та терапевтичною технікою.*
4. *Поясніть, чому «чотири місця зустрічі військового із психологом» мають принципове значення для організації допомоги.*
5. *Як впливають терапевтичні метафори на процес інтеграції травматичного досвіду?*
6. *Чому в роботі з ветеранами важливо враховувати коморбідність психотравми та фізичних ушкоджень?*

Рівень 3. Застосування (практика)

1. *Складіть приклад першої бесіди з ветераном, який щойно повернувся з фронту. На які аспекти варто звернути увагу?*
2. *Запропонуйте, як можна застосувати техніку «Східний базар» для зниження тривожності у військового.*
3. *Опишіть кроки допомоги людині, яка відчуває «замороженість» після травматичного досвіду.*
4. *Опишіть, як можна використати модель «Архів пам'яті» для інформування про флешбеки за ПТСР.*

5. *Наведіть приклад діалогу з військовим, який відмовляється від психологічної допомоги через недовіру.*
6. *Як практично застосувати техніку «Діамант самоцінності» для роботи з ветераном, що переживає втрату сенсу життя?*

Рівень 4. Аналіз

1. *Проаналізуйте фактори, що ускладнюють психореабілітацію військових із лЧМТ (контузіями).*
2. *Визначте, які ризики виникають у процесі «виведення поза штат» і який психологічний вплив це має на ветерана.*
3. *Розділіть прояви моральної травми й травми несправедливості за їх емоційними, когнітивними та поведінковими наслідками.*
4. *Проаналізуйте, які чинники можуть ускладнити проведення першої бесіди психолога з учасником бойових дій.*
5. *Які відмінності у симптоматиці мають ветерани з лЧМТ у порівнянні з тими, хто зазнав лише психологічної травми?*
6. *Визначте ключові емоційні наслідки перебування у російському полоні. Як вони впливають на процес реабілітації?*

Рівень 5. Синтез (створення)

1. *Розробіть власну міністратегію психологічної підтримки для військового, який втратив побратима.*
2. *Складіть план тренінгового заняття для групи ветеранів з використанням методик «Діамант самоцінності» та «Чоловічок з камінням».*

3. *Запропонуйте можливий алгоритм співпраці психолога з лікарем-неврологом у випадку коморбідності ПТСР та лЧМТ.*
4. *Розробіть приклад інтегрованого підходу до психореабілітації ветерана з ампутацією кінцівки та ПТСР.*
5. *Складіть план індивідуальної стратегії роботи з травмою несправедливості для військового, який переживає «виведення поза штат».*
6. *Створіть пропозицію нової психоедукаційної моделі, яка могла б пояснити феномен «бойового виснаження».*

Рівень 6. Оцінювання (критичне мислення)

1. *Оцініть сильні й слабкі сторони існуючої системи психологічної допомоги в Україні.*
2. *Наскільки ефективним є використання «стратегій психологічної роботи» як інструменту планування психореабілітації?*
3. *Висловіть власну думку: що є більш перспективним для роботи з ветеранами — індивідуальні чи групові формати психологічної допомоги? Аргументуйте.*
4. *Які напрями подальших наукових досліджень у сфері психореабілітації УБД ви вважаєте найбільш актуальними?*
5. *Оцініть сильні й слабкі сторони застосування групових методик (наприклад, психотерапевтичних груп) у роботі з ветеранами.*
6. *Чи можна вважати «стратегії психологічної роботи» аналогом клінічних протоколів? Аргументуйте свою думку.*

7. *Висловіть позицію: чи має бути уніфікований державний стандарт психореабілітації ветеранів, чи варто залишити індивідуальний підхід?*
8. *Прогнозуйте, які виклики постануть перед психологами України у сфері психореабілітації в найближчі 5 років.*

СПИСОК ДЖЕРЕЛ

Роботи авторки

1. *Борисова О. О.* Інтрузії у формі флешбеків як ядерний маркер посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки.* 2023. Випуск 18. С. 10–20. <https://doi.org/10.30970/PS.2023.18.2>
2. *Борисова О. О.* Застосування техніки ресурсування «Солдатський баул» в процесі психологічної реабілітації учасників/учасниць бойових дій». *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* Том 36 (75). № 2. 2025. С. 58-65. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2025.2/10>
3. *Борисова О. О.* Методика ведення першої бесіди психолога з учасниками/учасницями бойових дій. *Науковий журнал з соціології та психології «Габітус».* Випуск 55. 2023. С. 39-44. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.6>
4. *Борисова О. О.* Модель опитування про психоемоційний стан людини (настрій) в роботі з учасниками/учасницями бойових дій. *Наукові перспективи. Серія «Психологія».* 2025. № 1 (55). С. 1656–1670. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1\(55\)-1656-1670](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2025-1(55)-1656-1670)
5. *Борисова О. О.* Нариси з кабінету психореабілітації військових: методика «Карта бойового досвіду». *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія.* Том 34 (73). № 3. 2023. С. 1-6. <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2023.3/01>

6. Борисова О. О. Психоедукаційна модель «Діамант самоцінності» в роботі з людьми, які пережили полон і тортури. *Науковий журнал з соціології та психології «Габітус»*. Випуск 64. 2024. С. 111–117. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2024.64.19>
7. Борисова О. О. Психоедукаційні моделі в процесі психореабілітації учасників бойових дій: поняття та функції, приклад. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія: Психологія*. № 3 2023. С. 7–12. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2023.3.1>
8. Борисова О. О. Психоедукація в психореабілітаційному процесі учасників/учасниць бойових дій російсько-української війни: психоедукаційна модель «Архів пам'яті». *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 2. С. 9–16. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-2-1>
9. Борисова О. О. Психореабілітація учасників бойових дій в Україні: правові засади та практичні виміри. *Науковий журнал «Габітус»*. Випуск 49. 2023. С. 16–21. <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.49.2>
10. Борисова О. О. Психореабілітація учасників/учасниць бойових дій як психологічна допомога другого рівня в Україні. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 1. С. 9–17. <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-1-1>
11. Борисова О. О. Фактори відмінності курсу психореабілітації учасників/учасниць бойових дій від загального курсу психотерапії. *Наукові перспективи. Серія «Психологія»*. 2024. № 11(53). С. 1257–1273. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-11\(53\)-1257-1272](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2024-11(53)-1257-1272)
12. Baltian Vitalii, Manzhali (Christian) Elina, Volnova Lesia, Rohalya Yuriy, Olesia Borysova. Strategies For Improving Psychological Competence In Physical Rehabilitation. *Georgian Medical News*. 2024. 356 (11), PP. 42–49. https://www.geomednews.com/Articles/2024/11_2024/42-49.pdf

13. Korovynskyi I., Volnova L., Yuryk O., Borysova O., Manchuk V. Cognitive-Behavioral Therapy Methods In The Treatment Of Post-Traumatic Stress Disorder And Their Role In Mental Health Recovery. *Georgian Medical News*. 2025. № 5 (362). PP. 51–60. https://www.geomednews.com/Articles/2025/5_2025/51-60.pdf
14. Pryzvanska R., Borysova O., Mozgova G., Fedorenko A. Clinical cases and recommendations for post-traumatic rehabilitation based on EI. *Amazonia Investiga*. Vol 13. No 74 (2024). PP. 227–238. <https://doi.org/10.34069/AI/2024.74.02.19>
15. Rogozhan P, Borysova O, Volnova L, Pichurin V, Lobanov S. The Impact of Post-Traumatic Stress Disorder on the Psychological and Physical Health of Military Personnel. *Salud, Ciencia y Tecnología — Serie de Conferencias [Internet]*. 2025 Jan. 1 [cited 2024 Nov. 6];4:695. <https://doi.org/10.56294/sctconf2025695>

Навчальні посібники та підручники

1. Борисова О. О. Психореабілітація військових і членів їхніх сімей: навч. посіб. / Борисова О. О. Одеса, 2024. 342 с.
2. Карамушка Т. В., Полівко Л. Ю., Вісіч О. Ю. Психологічний супровід незламних : метод. рек. Київ : Ін-т психології НАПН України, 2023. 64 с. URL: <https://www.ukrainepfa.org/professional-ukr>
3. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О. та ін. Психологічна робота з військовослужбовцями — учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. Київ : МОУ, 2020. 178 с.
4. Кокун О. М., Мороз В. М., Лозінська Н. С., Пішко І. О. Психологічна профілактика психотравматизації військовослужбовців Збройних Сил України : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2021. 301 с.
5. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Олійник В. О., Хоружий С. М., Ларіонов С. О., Сириця М. В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та

- членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с.
6. *Косова А., Краєва О.* Психологічна підтримка життестійкості вихователів під час війни : практич. посіб. Київ : Всеосвіта, 2025. 80 с. URL: <https://vseosvita.ua/library/psykholohichna-pidtrymka-zhyttiistiikosti-vykhovateliv-pid-chas-viiny-praktychnyi-posibnyk-kosova-anhelina-kraieva-oksana-974697.html>
 7. *Левін Пітер А.* Зцілення від травми. Київ: Видавництво Ростислава Бурлаки. 2022. 156 с.
 8. *Маршал Е., Маршал М.* Логотерапія та екзистенційний аналіз в управлінні моральною травмою. Дніпро : Середняк Т. К., 2024. 246 с.
 9. *Мороз Р. А.* Психологія травмуючих ситуацій та надання психологічної допомоги : навч.-метод. посіб. Миколаїв : Іліон, 2017. 248 с.
 10. *Мушкевич О., Федоренко Р. та ін.* Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям : навч. посіб. Київ : МОН України, 2021. 212 с.
 11. *Навлик Н. В.* Психологічний супровід військовослужбовців, спрямований на психологічну реабілітацію постстресових психічних розладів : метод. посіб. Київ, 2020. 92 с. Бібліогр.: С. 90–92.
 12. *Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи.* Т. 1–3 / за ред. О. Кузьміної. Київ : ОБСЄ ; МСПУ, 2023. 480 с. URL: <https://www.ukrainepfa.org/for-professional-ukr>
 13. *Путівник у сфері ментального здоров'я військовослужбовців в умовах війни : метод. посіб.* Київ, 2024. 96 с. URL: https://www.reddit.com/r/reddit_ukr/comments/1gx14vh
 14. *Рекомендації для фахівців медичної сфери. Особливості роботи з пацієнтами, які пережили полон та тортури.* Київ : Центр «I Am Ukraine», 2023. 52 с. URL: <https://www.ukrainepfa.org/for-professional-ukr>

15. Цільмак О. М., Онішкевич А. Д. Технології психологічного консультування : підручник. Одеса : Астропринт, 2023. 212 с. DOI: <https://doi.org/10.32837/11300.28114>.
16. Чорна Л. Г., Горностай П. П., Вус В. І., Коробанова О. Л., Плетка О. Т. Психологія міжгрупової взаємодії у вимірах війни і миру : навч. посіб. Київ : Ін-т соц. та політ. психології НАПН України, 2022. 210 с. URL: <https://ispp.org.ua/category/elib-manual>

Наукові статті

1. Апальков В. В. Психологія поведінки військовослужбовця в умовах полону. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 2(55). С. 14–22. DOI: 10.33099/2617-6858-2020-55-2-14-22
2. Апальков В. В. Психологічні механізми регуляції поведінки військовополонених засобами символічної мімікрії : дис. ... доктора філософії (PhD) : спец. 053 «Психологія» (галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки») / В. В. Апальков ; Нац. ун-т оборони України ім. Івана Черняхівського. Київ, 2023. Держав. реєстр. № 0823U100459. URL: <https://uacademic.info/ua/document/0823U100459>
3. Блінов О. А. Психологія бойового стресу : автореф. дис. ... д-ра психол. наук : спец. 19.00.04 «Медична психологія» / Блінов Олег Анатолійович ; Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Київ, 2020. 45 с. Держ. реєстр № 0520U101728. URL: <http://repository.ldufk.edu.ua/handle/34606048/29984>
4. Бриндіков Ю. Л. Методологічні принципи реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій. *Педагогічні науки: зб. наук. праць. Херсонський державний університет. Херсон, 2017. Вип. LXXVII (77). Том 2. С. 149–153.*
5. Грибок А. О. Психічне здоров'я військовослужбовців Збройних Сил України як головний фактор успішного виконання

- бойових завдань в складних та екстремальних умовах. Актуальні проблеми психології. *Збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*. Київ, 2018. Том. XI : Психологія особистості. Психологічна допомога особистості. Вип. 18. С. 21–40.
6. Гульбс М. І., Кобець К. В. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців: концептуальний підхід. *Вісник Національного університету оборони України*. 2021. № 4(63). С. 107–113. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2021-63-4-107-113>
 7. Даценко О. А. Психологічний ресурс особистості як наукова парадигма. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*. Том 31 (70) № 4. 2020. С. 22–27. DOI: <https://doi.org/10.32838/2709-3093/2020.4/03>
 8. Інноваційні технології розвитку психологічних ресурсів особистості: колективна монографія / відпов. ред. Н. І. Тавровецька. Херсон : ФОП Вишемирський В. С., 2019. 354 с.
 9. Коваль І. А. Віддалені результати ефективності застосування медико-психолого-педагогічних прийомів при курації соматичних хворих з коморбідними межовими психічними розладами. *Збірник наукових праць. Психологічні науки*. Том 2. Випуск 10 (91). 2013. С. 156–160.
 10. Кіричевська Е. Психологічні стратегії військовослужбовців в континуумі військово-професійної діяльності ЗСУ. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 74(4). С. 72–78. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2023-74-4-72-78>
 11. Лазос Г. П. Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей. *Актуальні проблеми психології. Том. 3. Консультативна психологія і психотерапія*. Вип. 13. Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України; Вінниця : ФОП Рогальська І. О, 2017. С. 8–46.

12. Лебедева С. Ю., Овсяннікова Я. О., Похілько Д. С. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів та фахівців ризиконебезпечних професій: світовий досвід. Габітус. 2023. Вип. 45. С. 139–145.
13. Лукомська С. О. Ресурсний підхід до подолання особистістю кризових ситуацій. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. 2020. Вип. 1. С. 190–196. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2020-1-26>
14. Матейко Н. Зміст реабілітації в контексті допомоги учасникам АТО. *Knowledge, Education, Law, Management*. 2020. № 3(31). Vol 2. С. 90–94.
15. Музичко Л. Психологічна ресурсність особистості та її резильєнтність. *Журнал соціальної та практичної психології*. 2023. № 1. С. 28–33. DOI: <https://doi.org/10.32782/psy-2023-1-5>
16. *Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців / За заг. ред. К. Возніцина, Л. Литвиненко. Київ, 2020. 192 с.*
17. Ніколаєнко С. О. Особливості психологічної допомоги учасникам військових дій при посттравматичному стресовому розладі. *Світогляд – Філософія – Релігія*. 2014. Вип. 7. С. 51–61.
18. *Особливості роботи з пацієнтами, які пережили полон та тортури, сексуальне насильство пов'язане з конфліктом. Рекомендації для фахівців медичної сфери/ К. Возніцина, Т. Сіренко. Київ, 2023. 50 с.*
19. Розвадовський В. І. Людська гідність як конституційна цінність та принцип правової держави. Людська гідність і права людини як основа конституційного устрою держави: збірник тез наук.-практ. Конф. 19–20 жовтня 2018 р. Хмельницький : Хмельницький університет управління та права, 2018. С. 259–266.
20. Родченко Л., Друзь О., Руденко Л., Семенець-Орлова І., Вельган О. Розвиток емоційної стійкості особистості для подолання на-

- слідків військової травми. Наукові праці Міжрегіональної академії управління персоналом. Психологія. Випуск 5 (61). 2023. С. 18–24. DOI: <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2023.5.3>
21. Руснак Ю. Психологічна реабілітація ветеранів в умовах проведення АТО (ООС): правова складова. Вісник Національного університету оборони України. 2024. № 82(6). С. 125–133. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2024-82-6-125-133>
 22. Селюк О. В., Яковлева Н. В., Уварова О. С., Вовченко Н. В., Бублій Ю. С., Дячук Т. М., Балута Б. Ю., Погуляєва Т. М., Хубетова І. В., Тюрюміна О. М., Яблонь І. С. Сучасні методи лікування пацієнтів із черепно-мозковою травмою. Клінічний досвід лікарів України — застосування патогенетичної схеми Brainy. Український медичний часопис. 2023. № 2 (154). С. 77–83. DOI:10.32471/umj.1680-3051.154.242575
 23. Соболта Ю. Психосоматичне відреагування як виклик у роботі з учасниками бойових дій. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2020. Т. 4, № 2. Стаття e0402207. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/207>
 24. Хміляр О., Апальков В. Психологія життя військовослужбовця після полону. Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка. Військово-спеціальні науки. 2022. Т. 50, № 2. С. 54–59. DOI: 10.17721/1728-2217.2022.50.54-59
 25. Хміляр О., Апальков В. Психологія символічної мімікрії військовополоненого : монографія. Київ : Кондор, 2024. 204 с.

Нормативно-правові акти

1. Про систему охорони психічного здоров'я. Закон України від 15.01.2025. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4223-20#Text>
2. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» № 2961/IV від 6 жовтня 2005 р. (зі змінами і доповненнями). URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text>

3. Деякі питання надання психологічної допомоги ветеранам війни, членам їх сімей та деяким іншим категоріям осіб. Постанова Кабінету Міністрів України №1338 від 29.11.2022 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1338-2022-%D0%BF#Text>
4. Про затвердження Порядку проведення відновлювальних (постізоляційних, реінтеграційних) заходів, заходів з адаптації, підтримки (супроводу) осіб, стосовно яких встановлено факт позбавлення особистої свободи внаслідок збройної агресії проти України, після їх звільнення. Постанова Кабінету Міністрів України № 296 від 15.03.2024 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/296-2024-%D0%BF#Text>
5. Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. Наказ від 23.02.2016 № 121. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf
6. Міністерство охорони здоров'я України. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги. Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації. Наказ від 19.07.2024 № 1265. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbef633be/dn_1265_19072024_dod.pdf
7. Міністерство у справах ветеранів України. Методичні рекомендації щодо надання безоплатної психологічної допомоги особам, які звільняються чи звільнені з військової служби, — ветеранам війни, особам із особливими заслугами перед Батьківщиною, членам їхніх сімей, постраждалим учасникам Революції Гідності, членам сімей загиблих (померлих) ветеранів війни та Захисників України: наказ від 21.12.2023. № 340. URL: https://mva.gov.ua/media/1/NAKAZ_340.pdf

8. Конвенція проти катувань та інших жорстоких, нелюдських або таких, що принижують гідність, видів поводження і покарання. https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_085#Text

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines, typical of primary school writing paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

© 2006 The Authors
Journal compilation © 2006 Blackwell Publishing Ltd

This image shows a full page of primary-ruled paper. It features multiple sets of horizontal dotted lines spaced evenly down the page, providing a guide for handwriting practice. The paper is otherwise blank, with no margins or additional markings.

Навчальне видання

БОРИСОВА Олеся

ПСИХОРЕАБІЛІТАЦІЯ
УЧАСНИКІВ ТА УЧАСНИЦЬ
БОЙОВИХ ДІЙ

Навчально-методичний посібник

Редагування і верстка *Юлія Дворецька*

Facebook: @JDcreaspace

Підписано до друку 15.09.2025

Формат 60x84/16. Гарнітура PT Serif.

Ум. друк. арк. 10,69.