

Міжнародний гуманітарний університет

Бедан В.Б.

**ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ,
ЯКІ ОТРИМАЛИ ПСИХІЧНІ ТРАВМИ
ВНАСЛІДОК ВІЙНИ**

для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія.

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ

Одеса - 2024

Бедан В.Б. Конспект лекцій з дисципліни «Психологічна допомога особам, які отримали психічні травми внаслідок війни» (Галузь знань – 05; Соціальні та поведінкові науки; Спеціальність – 053 Психологія; Освітній ступінь – Бакалавр) / В.Б. Бедан; Міжнародний гуманітарний університет – О.: МГУ, 2024. – 52 с.

Рецензенти:

Поплавська Є.В. – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри педагогіки та психології Міжнародного гуманітарного університету.

Бикова С.В. – кандидат психологічних наук, доцент, доцент кафедри філософії, політології, психології та права Одеської державної академії будівництва та архітектури.

Конспект лекцій з дисципліни «Психологічна допомога особам, які отримали психічні травми внаслідок війни» затверджений на засіданні кафедри педагогіки та психології
(№ 1 від 29 серпня 2024 року)

Видання спрямоване закріпити та поглибити теоретичний навчальний матеріал з дисципліни «Психологічна допомога особам, які отримали психічні травми внаслідок війни»; містять методичні вказівки до структури курсу, перелік питань до заліку; список рекомендованих джерел та додатки в якому подані критерії оцінювання за дисципліною. Також важливим результатом методичного видання є систематизація теоретичного навчального матеріалу з метою підвищення рівня засвоєння навчального матеріалу.

ЗМІСТ

Вступ	4
Програма навчальної дисципліни «Психологічна допомога особам, які отримали психічні травми внаслідок війни»	5
Структура навчальної дисципліни «Психологічна допомога особам, які отримали психічні травми внаслідок війни»	7
 Зміст лекцій з дисципліни «Психологічна допомога особам, які отримали психічні травми внаслідок війни»	8
<i>Лекція 1.</i> Предмет вивчення психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їх родин	8
<i>Лекція 2.</i> Психологічна травматизація клієнтів військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей	13
<i>Лекція 3.</i> Психологічна допомога населенню в укриттях	20
<i>Лекція 4.</i> Особливості соціально-психологічного супроводу особистості, яка переживає втрату	25
<i>Лекція 5.</i> Сім'я та наслідки війни. Надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам і членам їхніх сімей.....	30
<i>Лекція 6.</i> Особливості та засоби психологічної реабілітації військовослужбовців	36
 Рекомендована література.....	43
 Додатки.....	46
Додаток А. Види та методи контролю	46
Додаток Б. Оцінювання здобувачів вищої та фахової передвищої освіти за навчальну дисципліну у Міжнародному гуманітарному університеті.....	46
Додаток В. Критерії загальних результатів оцінювання знань здобувачів	51

ВСТУП

Дисципліна «Психологічна допомога особам, які отримали психічні травми в наслідок війни» посідає важливе місце в структурно-логічній схемі підготовки фахівців вищого рівня освіти за спеціальністю 053 «Психологія» і буде корисна майбутнім фахівцям при формуванні у них системи теоретичних знань та прикладних навичок щодо основних аспектів психологічної реабілітації. Дисципліна охоплює всі тематичні блоки, що необхідні для формування у здобувачів сучасного професійного етичного мислення і системи спеціальних знань про базові поняття щодо фундаментальних основ академічної доброчесності та професійної етики в контексті психологічної реабілітації. Ця дисципліна тісно переплітається з філософією, логікою, соціологією, етикою та складає підґрунтя для адекватного розуміння змісту багатьох дисциплін.

Психологічна реабілітація – це комплекс заходів, спрямованих на відновлення та покращення психічного здоров'я та функціонування людини, яка пережила травму, стрес або інші психотравмуючі фактори.

Мета вивчення навчальної дисципліни «Психологічна допомога особам, які отримали психічні травми внаслідок війни»: формування у студентів фундаментальних теоретичних знань та практичних умінь щодо психологічної підтримки та реабілітації осіб, які зазнали психотравмуючих впливів у результаті екстремальних ситуацій. Курс передбачає глибоке дослідження психічних реакцій на екстремальні події, теоретичних аспектів переживання травматичного досвіду, а також розвиток компетентностей у сфері стрес-менеджменту, психодіагностики та надання психологічної допомоги. Особливу увагу приділено психологічному супроводу дітей, підлітків та родин, які зазнали травмуючого досвіду, а також допомозі внутрішньо переміщеним особам, ветеранам і особам, які пережили полон або тортури.

Передумови для вивчення дисципліни – оволодіння фаховими компетентностями, що формуються під час вивчення дисциплін: «Психофізіологія», «Загальна психологія», «Вікова та педагогічна психологія», «Основи психологічного консультування», «Теоретичні основи психологічної реабілітації»

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Тема 1. Предмет вивчення психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їх родин

Предмет вивчення психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їх родин. Особливості психологічного консультування військовослужбовців та ветеранів, які постраждали внаслідок травмівних подій. Травма та її наслідки для психічного здоров'я військовослужбовців. Психофізіологічний механізм реакції на травмуючу подію. Поняття психічної травми війни та її психологічні наслідки для населення.

Теорія стресу Г.Сельє. Війна як фактор стресу. Поняття психічної травми, психофізіологія психічної травматизації. Чинники психічної травми. Різновиди психічних травм. Колективна травма. Вторинна травматизація. Поняття резілієнтності та чинники її розвитку.

Тема 2. Психологічна травматизація клієнтів військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей

Поняття посттравматичний стресовий розлад. Симптоми ПТСР. Специфіка стосунків психолог - клієнт у ситуації надання психологічної допомоги. Рекомендації психологу. Перша психологічна допомога населенню з гострими реакціями на стрес під час воєнного стану. Поняття першої психологічної допомоги. Міжнародні протоколи з надання першої психологічної допомоги населенню. Принципи першої психологічної допомоги. Критерії визначення потреби населення у першій психологічній допомозі. Засоби першої психологічної допомоги. Специфіка першої психологічної допомоги дітям.

Тема 3. Психологічна допомога населенню в укриттях.

Специфіка війни в Україні та потреба перебування тривалий час в укриттях. Особливості психологічних та гострих стресових реакцій у населення при перебуванні в укриттях. Психологічна допомога різним групам населення в укриттях (дорослі, діти, хворі люди, вагітні жінки). Особливості психічної травми дітей під час війни та засоби психологічної допомоги дітям різного віку. Психологічні особливості дітей різних вікових груп. Особливості психічних реакцій дітей раннього молодшого, дошкільного, шкільного віку (підлітки, старшокласники) у відповідь на травмуючі фактори, що пов'язані з бойовими діями. Особливості надання психологічної допомоги дітям різних вікових груп.

Тема 4. Особливості соціально-психологічного супроводу особистості, яка переживає втрату

Втрата як невід'ємний атрибут нової соціальності в період переходу від війни до миру. Етапи переживання втрати. Критичні періоди переживання. Різновиди втрат населення в період трансформаційних змін. Способи підтримки осіб, що переживають втрату, і допомога таким особам. Картографія ресурсів під час переживання втрати. Теорія Елізабет Кюблер-Рос. Теорія Вamіка Волкана. Концепція переживання втрати А. Д. Пренд. Критичні періоди переживання горя. Фази горювання за Паркесом. Патологічне горе.. Форми ускладненого горя

Тема 5. Сім'я та наслідки війни. Надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам і членам їхніх сімей

Поняття бойового стресу, його візуальні ознаки («погляд на дві тисячі ярдів», «бойова посмішка». Поняття бойової травми. Види гострих психічних реакцій на стрес у військовослужбовців та особливості надання психологічної допомоги в бойових умовах. Міжнародні та вітчизняні протоколи психологічної допомоги військовослужбовцям ЗСУ. Синдром вижившого. Діагностика ризиків та психопрофілактика суїцидальної (гомоцидальної) поведінки у військовослужбовців.

Тема 6. Особливості та засоби психологічної реабілітації військовослужбовців.

Організація системи медико-психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій: мета, завдання, умови проведення. Психологічна реабілітація військовослужбовців: досвід армії Ізраїлю та США. Психопрофілактична робота з військовослужбовцями зі складу групи посиленої психологічної уваги (ГППУ). Показання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців. Протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців. Основні принципи та критерії діагностики посттравматичних стресових розладів. Психологічна допомога родинам військовослужбовців і ветеранів війни. Міждисциплінарний підхід до реабілітації військовослужбовців з тяжкими пораненнями. Інноваційні психотерапевтичні практики: EMDR, когнітивно-поведінкова терапія. Адаптація до мирного життя: формування нової ідентичності та сенсу. Соціальна підтримка військових: роль сім'ї, громади, волонтерів. Програми професійної переорієнтації та інклюзії в цивільне середовище. Мотиваційні та групові тренінги для підвищення життєстійкості військових. Психологічна допомога військовим з інвалідністю: бар'єри і можливості.

СТРУКТУРА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

[illegible]

ЗМІСТ ЛЕКЦІЙ З ДИСЦИПЛІНИ «ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПСИХІЧНІ ТРАВМИ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ»

Тема 1. ПРЕДМЕТ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ ТА ЧЛЕНАМ ЇХ РОДИН

Предмет вивчення психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їх родин.

Психологічна допомога військовослужбовцям та членам їхніх родин є важливою складовою системи психосоціальної підтримки в умовах воєнних дій, а також у періоди демобілізації, адаптації до мирного життя та соціальної інтеграції. Предметом вивчення цієї галузі є психологічні особливості впливу бойового стресу, наслідки перебування в умовах небезпеки, втрат і високої відповідальності, а також механізми психологічного реагування та адаптації військовослужбовців до екстремальних умов. Особлива увага приділяється вивченню посттравматичних стресових розладів, емоційного вигорання, реакцій тривоги, депресії, агресії та інших дезадаптивних станів, які можуть виникати як у самих військових, так і в членів їхніх сімей.

Психологічна допомога в цьому контексті охоплює як профілактичні, так і корекційні заходи, спрямовані на збереження психічного здоров'я, розвиток стресостійкості, формування конструктивних способів подолання кризових ситуацій, підтримку у відновленні внутрішніх ресурсів особистості. Вивчаються також особливості міжособистісних стосунків у сім'ях військовослужбовців, проблеми адаптації до зміни ролей після повернення з війни, труднощі у спілкуванні, подружні та батьківсько-дитячі взаємини. До предмета дослідження належить також розроблення психологічних інтервенцій, програм супроводу, групової роботи, психоосвіти, методик реабілітації та підтримки як військових, так і їхніх близьких. Вивчення особливостей психологічної допомоги передбачає глибоке розуміння соціального контексту, в якому перебувають ці категорії населення, і пошук ефективних способів забезпечення їхньої психологічної безпеки та відновлення.

Особливості психологічного консультування військовослужбовців та ветеранів, які постраждали внаслідок травмівних подій

Психологічне консультування військовослужбовців та ветеранів, які постраждали внаслідок травмівних подій, має низку специфічних особливостей, пов'язаних з унікальним характером їхнього досвіду, високим рівнем психоемоційної напруги, а також із труднощами адаптації до мирного життя. Основним завданням психолога в цьому випадку є створення безпечного, підтримувального середовища, де клієнт може відкрито говорити про свої

переживання, не побоюючись осуду або нерозуміння. Однією з головних особливостей консультування є робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР), який супроводжується флешбеками, нічними кошмарами, гіперзбудженням, униканням ситуацій, пов'язаних з травматичним досвідом, а також глибоким емоційним відчуженням.

Психолог повинен враховувати можливу наявність супутніх психічних станів, зокрема тривожних розладів, депресії, порушень сну, агресивних або саморуйнівних тенденцій. Важливо також бути готовим до проявів недовіри, емоційної закритості, труднощів із вербалізацією почуттів – особливо на початкових етапах роботи. Консультування таких клієнтів потребує гнучкого підходу, поєднання емпатійного слухання з чіткими структурними рамками, здатності витримувати сильні емоційні прояви з боку клієнта, не вдаючись до оцінювання.

У роботі з ветеранами особливе значення мають питання втрати (бойових побратимів, власного здоров'я, сенсу служби), екзистенційної порожнечі, складнощів у професійній або соціальній реінтеграції. Часто наявне почуття провини – як за вчинене, так і за пережите. Психологу важливо допомогти людині прийняти свій досвід, відновити внутрішню цілісність, усвідомити нові життєві орієнтири та знайти ресурс для подальшого розвитку.

Особливу увагу слід приділяти роботі з тілесними відчуттями, відновленням контакту з тілом, заземленням, а також методам стабілізації та саморегуляції. Ефективними можуть бути підходи когнітивно-поведінкової терапії, EMDR, наративного підходу, тілесно-орієнтованої психотерапії, методи символдрами, арттерапії. У консультуванні ветеранів важливо не лише працювати з травмою, а й підтримувати розвиток навичок життя після травматичного досвіду, зокрема соціальних зв'язків, професійної реалізації, родинної взаємодії.

Усе це потребує високого рівня професійної підготовки консультанта, його стійкості до травматичних історій, а також постійного проходження супервізій і психологічної підтримки для запобігання вторинній травматизації та професійному вигоранню.

Травма та її наслідки для психічного здоров'я військовослужбовців

Травма, отримана внаслідок бойових дій чи пов'язаних із війною подій, має глибокі й багатогранні наслідки для психічного здоров'я військовослужбовців. Військова травма зазвичай пов'язана з прямим зіткненням із загрозою життю, свідченням насильства, втратою побратимів, фізичним пораненням, а також моральними дилемами, що залишають глибокий слід у свідомості. Такий досвід виходить за межі звичних механізмів психіки щодо обробки інформації й породжує сильний дистрес, який, якщо не отримує

належної психотерапевтичної підтримки, призводить до стійких психічних порушень.

Одним із найпоширеніших наслідків є розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що характеризується тріадою симптомів: нав'язливе повторне переживання травматичної події (флешбеки, кошмари), уникання ситуацій, людей або думок, що нагадують про травму, а також симптомами гіпервозбудження (труднощі зі сном, підвищена пильність, дратівливість, агресивність). До цього додаються порушення афективної сфери, зниження настрою, втрата інтересу до звичних занять, відчуження від оточення, почуття провини або сорому. Часто психічна травма спричиняє розвиток депресії, тривожних розладів, соматизацію психоемоційного стану, проблеми з адаптацією до мирного життя.

Особливо небезпечним є накопичення невисловлених емоцій – гніву, страху, горя, відчаю, які можуть трансформуватися у внутрішній конфлікт, деструктивну поведінку або самознищення. Військовослужбовці нерідко зіштовхуються з почуттям втрати сенсу життя, ізоляції, а також труднощами у комунікації з цивільним середовищем, що не має досвіду пережитої ними реальності. У деяких випадках це може призводити до зловживання психоактивними речовинами, саморуйнівної поведінки або навіть до суїцидальних думок і дій.

Важливо розуміти, що реакції на травму можуть виникати не відразу, а з певною затримкою, коли військовослужбовець повертається до повсякденного життя. Саме тому необхідна системна психологічна підтримка не лише в бойових умовах, а й після повернення – у фазі адаптації та реінтеграції. Психічні наслідки травми вимагають комплексного підходу: психодіагностики, індивідуальної та групової терапії, підтримки з боку родини й соціального середовища, а також формування нових життєвих орієнтирів, які допоможуть особистості подолати наслідки травматичного досвіду й відновити внутрішній баланс.

Психофізіологічний механізм реакції на травмуючу подію

Психофізіологічний механізм реакції на травмуючу подію є комплексною відповіддю організму та психіки людини на екстремальний, загрозливий або шоківий вплив. У центрі цього механізму – активація системи "борися або тікай" (fight or flight), яка виникає внаслідок стимуляції гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової (ГГН) осі та симпатичної нервової системи. Коли людина стикається з потенційною або реальною загрозою життю чи благополуччю, її мозок, насамперед мигдалина, миттєво обробляє сигнал про небезпеку, запускаючи каскад фізіологічних і нейрохімічних змін.

Гіпоталамус подає сигнал до гіпофіза, який активує надниркові залози, що вивільняють гормони стресу – насамперед адреналін і кортизол. Адреналін

забезпечує миттєву мобілізацію тіла: підвищується частота серцевих скорочень, посилюється дихання, розширюються зіниці, підвищується рівень глюкози в крові, м'язи напружуються, а увага звужується до джерела загрози. Кортизол підтримує цей стан активації впродовж тривалішого часу, впливаючи на метаболізм, імунну систему та регуляцію настрою. Усе це дозволяє людині максимально ефективно діяти в критичних обставинах.

Однак, якщо травмуюча подія є надто сильною, тривалою або повторюваною, а також у разі відсутності можливості ефективного реагування (наприклад, втечі чи захисту), механізм травматичного реагування переходить у фазу дисфункції. У психіці можуть закарбовуватись фрагменти травматичного досвіду у вигляді образів, тілесних відчуттів або емоцій, які автоматично активуються при найменших асоціаціях з подією – це так звані тригери. Нервова система може «застрягати» в стані хронічного збудження або, навпаки, в ступорі (стан «замри»), що супроводжується емоційним онімінням, деперсоналізацією, дереалізацією.

Хронічне перевантаження нейрофізіологічних систем призводить до порушення регуляції емоцій, сну, когнітивних процесів, зниження імунітету, схильності до соматичних захворювань. Можуть з'являтися нав'язливі спогади, нічні кошмари, панічні атаки, порушення пам'яті та концентрації. У довготривалій перспективі такий механізм веде до розвитку посттравматичного стресового розладу, тривожних і депресивних станів, залежностей та інших порушень психічного здоров'я.

Отже, психофізіологічна реакція на травму є природною захисною відповіддю організму, проте в умовах високої інтенсивності або відсутності належного відновлення вона може трансформуватися у патологічний процес, що вимагає професійного психологічного або психотерапевтичного втручання.

Поняття психічної травми війни та її психологічні наслідки для населення.

Психічна травма війни – це глибоке психологічне порушення, що виникає внаслідок переживання або свідчення подій, пов'язаних із насильством, смертю, руйнуванням, втратою близьких, вимушеним переміщенням, окупацією, полоном чи іншими екстремальними ситуаціями, зумовленими бойовими діями. На відміну від окремих життєвих криз, військова травма має масовий, системний і тривалий характер, що значно підвищує рівень її деструктивного впливу на психіку як окремої людини, так і цілого суспільства.

Така травма торкається всіх рівнів особистості – **когнітивного, емоційного, поведінкового, тілесного, духовного**. Людина, яка опинилася в умовах війни, втрачає відчуття безпеки, цілісності й контролю над власним життям. Нерідко виникає втрата базових довіри до світу, зниження самооцінки,

відчуття безсилля, зневіри або емоційного оніміння. Залежно від індивідуальної вразливості та характеру пережитих подій, можуть розвиватися гострі стресові реакції або більш тривалі й тяжкі розлади, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, генералізований тривожний розлад, адаптаційні порушення.

У психічному житті населення військова травма проявляється різноманітно: у дітей – у вигляді затримок розвитку, тривожних і поведінкових розладів; у дорослих – через соматизацію, апатію, агресивність, порушення сну, фобічні реакції, зниження працездатності, емоційну дезорганізацію. Часто фіксується підвищення рівня міжособистісних конфліктів, алкоголізації, насильства в сім'ях, зниження загального психоемоційного фону в соціумі.

Особливо важкими є наслідки для осіб, які втратили дім, сім'ю або опинилися в умовах евакуації, окупації чи полону. Переживання травматичних подій закарбовуються у психіці як сильні образи, емоції або тілесні відчуття, які можуть тривалий час спонтанно активізовуватись (тригери) й порушувати повсякденне функціонування людини. Наслідки травми можуть зберігатися десятиліттями, впливаючи не лише на очевидну поведінку, а й на формування цінностей, переконань, соціальних сценаріїв і навіть на колективну ідентичність.

Таким чином, психічна травма війни – це не лише індивідуальна проблема, а й масштабний соціально-психологічний феномен, який вимагає системної відповіді: розгортання психологічної допомоги, програм реабілітації, психоосвіти, профілактики вторинної травматизації, формування культури підтримки та відновлення. Лише за умов раннього втручання, фахової допомоги та суспільної солідарності можна зменшити довгострокові наслідки війни для психічного здоров'я нації.

Тема 2. ПСИХОЛОГІЧНА ТРАВМАТИЗАЦІЯ КЛІЄНТІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ВЕТЕРАНІВ ТА ЧЛЕНІВ ЇХНІХ СІМЕЙ

Поняття посттравматичний стресовий розлад. Симптоми ПТСР.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психічний стан, що розвивається внаслідок переживання або свідчення надзвичайно травматичних подій, пов'язаних із загрозою життю, тяжким фізичним або психологічним стражданням, насильством, катастрофами, війною, полонем, терористичними актами чи серйозними аваріями. ПТСР є патологічною формою психічного реагування, при якій нормальні адаптаційні механізми не справляються з інтенсивністю та змістом пережитого досвіду. Травматичні події настільки вибивають з відчуття безпеки та контролю над життям, що психіка не здатна інтегрувати цей досвід у звичний спосіб.

Основними симптомами посттравматичного стресового розладу є:

1. Нав'язливе повторне переживання травми (re-experiencing). Особа з ПТСР постійно, мимоволі «переживає» подію знову у вигляді флешбеків (коротких епізодів, які відтворюються як реальні), нічних кошмарів, яскравих образів, тілесних відчуттів, емоційних станів, пов'язаних із травмою. Навіть нейтральні стимули – звуки, запахи, слова або ситуації – можуть запускати інтенсивну реакцію страху або паніки.

2. Поведінкове й емоційне уникання (avoidance). Людина намагається уникати всього, що пов'язане з травматичною подією – розмов, місць, людей, думок, які викликають спогади. Вона відгороджується від подій минулого, придушує емоції, обмежує соціальні контакти. Часто спостерігається емоційне оніміння, втрата інтересу до раніше значущих занять, почуття відчуження, «відключення» від реальності.

3. Симптоми гіпервозбудження (hyperarousal). Це постійна настороженість, підвищена збудливість, порушення сну, роздратованість, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна реакція на раптові звуки чи рухи (ефект «startle»). У деяких випадках можуть проявлятися агресивні спалахи, безсоння, фізичне виснаження.

4. Негативні зміни у когнітивній сфері та настрої. Особа може страждати від постійного почуття провини, сорому, безпорадності, депресивних думок, втраченого сенсу життя. Часто змінюється уявлення про себе і світ: виникає переконання, що «всі люди небезпечні», «немає майбутнього», «я винен у тому, що сталося». Знижується самооцінка, з'являється глибоке відчуття ізоляції.

ПТСР може виникати як відразу після травматичної події, так і через тижні або місяці після неї. Без належного втручання стан може ставати хронічним і

значно ускладнювати повсякденне життя людини, її професійну діяльність, сімейні стосунки та загальне функціонування.

Ефективне лікування ПТСР включає психотерапію (зокрема когнітивно-поведінкову терапію, EMDR, наративну терапію), медикаментозну підтримку, стабілізаційні техніки та системну психосоціальну допомогу. Надзвичайно важливим є вчасне виявлення розладу та створення безпечного простору для людини, яка пережила травму.

Перша психологічна допомога населенню з гострими реакціями на стрес під час воєнного стану.

Перша психологічна допомога населенню з гострими реакціями на стрес під час воєнного стану – це невідкладна, короткотривала, доступна форма підтримки, спрямована на стабілізацію психоемоційного стану людини, що щойно пережила або стала свідком травматичної події. Йдеться не про психотерапію чи лікування, а про гуманну, емпатійну допомогу, яку можуть надавати не лише фахові психологи, а й волонтери, медичні працівники, працівники соціальних служб, військові капелани, педагоги, а також підготовлені цивільні особи.

Гостра реакція на стрес може проявлятися у вигляді паніки, дезорієнтації, ступору, агресії, істерики, соматичних симптомів (задуха, тремор, біль у серці), або навпаки – в емоційній байдужості, «заморожуванні», відчутті нереальності того, що відбувається. Людина в такому стані часто не здатна мислити логічно, ухвалювати рішення, орієнтуватися в просторі й потребує зовнішнього стабілізуючого впливу.

Основними принципами першої психологічної допомоги є: безпека (створення фізично й психологічно безпечного середовища), спокій (емпатійна присутність, заспокійливий тон, уникання різких рухів чи фраз), підтримка (демонстрація готовності вислухати, бути поруч), нормалізація (пояснення, що стресова реакція є нормальною відповіддю на ненормальні обставини), орієнтація (допомога у поверненні до тут-і-зараз: «ви у безпеці», «я з вами», «ми вже не в підвалі, а на вулиці»).

Надання першої психологічної допомоги включає кілька важливих кроків: встановлення контакту з людиною (без тиску, з повагою до її стану), надання простору для висловлення емоцій або – якщо людина не готова – підтримка мовчанням, фізична допомога (вода, ковдра, організація відпочинку), надання короткої зрозумілої інформації про те, що відбувається навколо. У деяких випадках корисними є заземлюючі техніки: фокусування уваги на диханні, тілесних відчуттях, предметах у просторі (наприклад, попросити назвати п'ять речей, які людина бачить або чує).

У роботі з дітьми особливе значення має присутність значущих дорослих, тілесний контакт (якщо дитина не протестує), ігрові або творчі засоби розрядки. Дітям важливо дати прості й чіткі пояснення, що вони в безпеці, що дорослі поруч і знають, що робити.

Головна мета першої психологічної допомоги – не допустити поглиблення травматичного стану, підтримати внутрішні ресурси людини, допомогти їй повернути відчуття контролю, стабілізувати емоційний стан та у разі необхідності — направити до фахової психологічної або медичної допомоги. Такий вид підтримки особливо важливий у перші хвилини, години та дні після впливу стресового фактора, і є надзвичайно актуальним під час воєнного стану, коли велика кількість людей перебуває в умовах постійної загрози.

Міжнародні протоколи з надання першої психологічної допомоги населенню.

Міжнародні протоколи з надання першої психологічної допомоги населенню – це узагальнені стандарти і практичні настанови, розроблені провідними організаціями у сфері гуманітарної, медичної та психосоціальної допомоги для швидкого і ефективного реагування в умовах криз, катастроф, збройних конфліктів або масових травматичних подій. Їхня мета – забезпечити базову, негайну психологічну підтримку постраждалим з урахуванням принципів гуманності, культури, безпеки та доступності. Найвідомішими й найуживанішими є протоколи, розроблені Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), Міжнародною федерацією Червоного Хреста і Червоного Півмісяця, ЮНІСЕФ, а також посібники Міжурядового комітету з питань психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях (IASC).

Одним з ключових документів є **Посібник із першої психологічної допомоги: посібник для працівників гуманітарної сфери**, розроблений ВООЗ, ЮНІСЕФ та іншими партнерами (2011). Він визначає основні принципи першої психологічної допомоги (ППД) – «спокій, безпека, підтримка, надія» – і підкреслює, що допомога повинна надаватися із дотриманням поваги до гідності, культури, конфіденційності та права людини.

За міжнародними протоколами, ППД має ґрунтуватися на **трьох етапах втручання**:

1. **Налагодження контакту та безпечної присутності** – встановлення довіри, створення фізичної та емоційної безпеки, демонстрація доброзичливості та готовності допомогти без нав'язування.

2. **Підтримка основних потреб та захист** – забезпечення базових потреб постраждалого (їжа, вода, місце для відпочинку), інформаційна

орієнтація в тому, що відбувається, допомога в доступі до медичної допомоги або соціальних служб.

3. Надання емоційної підтримки та стимулювання адаптивних стратегій – вислуховування, нормалізація реакцій, заохочення до мобілізації внутрішніх ресурсів і соціальної підтримки, мотивація до поступового повернення до повсякденного життя.

У міжнародних протоколах акцентується на тому, що першу психологічну допомогу можуть надавати не лише фахові психологи, але й соціальні працівники, волонтери, рятувальники, учителі, медики – за умови проходження базового навчання. Це дає змогу розширити коло надавачів допомоги, особливо в надзвичайних ситуаціях, коли кількість фахівців обмежена.

Іншим важливим документом є **Інтер-агентський посібник IASC з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в надзвичайних ситуаціях** (IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, 2007). Він надає структуровану модель допомоги, що передбачає кілька рівнів підтримки: від базового забезпечення та соціальної підтримки – до спеціалізованої психотерапевтичної допомоги. ППД тут розглядається як перший щабель системної допомоги, яка має бути доступною для всіх верств населення, включно з дітьми, людьми з інвалідністю, представниками вразливих груп.

Важливо, що міжнародні протоколи не лише пропонують чіткі алгоритми дій, але й акцентують на етичних принципах – зокрема, на забороні примусу, оцінюванні без готовності допомогти, наданні недостовірної інформації чи нехтуванні культурними нормами.

У контексті війни в Україні ці протоколи активно впроваджуються міжнародними та національними гуманітарними організаціями, адаптуючись до потреб місцевих громад і специфіки культурного контексту. Дотримання цих стандартів гарантує не лише ефективність, а й гуманність психологічної допомоги постраждалим під час надзвичайних ситуацій.

Принципи першої психологічної допомоги.

Принципи першої психологічної допомоги (ППД) – це базові засади, яких необхідно дотримуватися при наданні негайної підтримки людям, що зазнали гострого стресу або перебувають у кризовій ситуації. Ці принципи розроблені з урахуванням гуманітарних, етичних, культурних та психологічних вимог, і вони лежать в основі міжнародних протоколів (зокрема, ВООЗ, IASC, ЮНІСЕФ, IFRC). Їх дотримання забезпечує ефективну, безпечну й підтримувальну допомогу особам у надзвичайних ситуаціях, зокрема під час війни, стихійних лих, техногенних катастроф чи терористичних актів.

До основних принципів ППД належать:

1. Принцип забезпечення безпеки. Передусім необхідно подбати про фізичну безпеку постраждалого. Людина має перебувати у захищеному місці, поза межами загрози для життя та здоров'я. Психологічна безпека також важлива – вона включає спокійне спілкування, відсутність тиску чи загроз, мінімізацію шуму, агресії, хаосу.

2. Принцип створення спокою. Постраждала людина часто перебуває у стані паніки, ступору або дезорієнтації. Завдання того, хто надає ППД, – бути стабільною, врівноваженою фігурою, яка своєю поведінкою та голосом передає відчуття контролю та впевненості. Спокійний голос, чіткі фрази, повільні рухи – важливі інструменти для стабілізації стану.

3. Принцип підтримки. Постраждалому потрібно дати відчуття, що він не один, що поруч є хтось, хто готовий вислухати, допомогти, бути поруч. Це може бути як вербальна підтримка («Я з вами», «Ви в безпеці»), так і невербальна (погляд, кивок, дотик – за умови, що це доречно).

4. Принцип поваги до гідності та автономії. Надання ППД має ґрунтуватися на безумовній повазі до особистості. Не можна змушувати людину розповідати про пережите, якщо вона не готова. Не можна засуджувати її реакцію або намагатися «виправити» її поведінку. Людина має відчувати, що її почуття – нормальні та мають право на існування.

5. Принцип надання практичної допомоги. Перша психологічна допомога не обмежується словами. Часто найважливішою дією є допомога в задоволенні базових потреб: надати воду, ковдру, допомогти знайти родичів, організувати медичну допомогу, супроводити до укриття. Це формує в людини відчуття контролю та турботи.

6. Принцип доступності. Допомога має бути надана всім, хто її потребує, незалежно від віку, статі, етнічної чи релігійної належності, соціального статусу. Важливо враховувати особливі потреби – зокрема, осіб з інвалідністю, дітей, людей похилого віку, вагітних жінок тощо.

7. Принцип інформування та орієнтації. У стані стресу людині важливо розуміти, що відбувається і що буде далі. Завдання надавача ППД – коротко, доступно та правдиво пояснити ситуацію, куди звернутися по допомогу, які є ресурси. Це допомагає зменшити тривогу та почуття невизначеності.

8. Принцип конфіденційності. Уся інформація, яку розповідає постраждалий, має залишатися приватною. Порухення конфіденційності може спричинити додаткову травматизацію та втрату довіри до системи допомоги.

9. Принцип недіагностування і невтручання вглиб особистості. Перша психологічна допомога – це не психотерапія. Її мета – стабілізація, підтримка, орієнтація. Не варто намагатися з'ясувати глибокі причини переживань, проводити діагностику або використовувати складні терапевтичні методи.

Дотримання цих принципів є запорукою ефективної, етичної та безпечної допомоги в кризових умовах. Вони забезпечують збереження психічного ресурсу людини та створюють основу для подальшого відновлення.

Критерії визначення потреби населення у першій психологічній допомозі.

Критерії визначення потреби населення у першій психологічній допомозі (ППД) ґрунтуються на виявленні ознак дезадаптації, дезорієнтації та гострої психоемоційної реакції, які свідчать про те, що людина не справляється з ситуацією самотійно та потребує негайної підтримки. Визначення таких потреб є важливою умовою для своєчасного й ефективного втручання, особливо в умовах надзвичайних ситуацій – війни, евакуації, катастроф, терактів чи масового насильства.

До основних критеріїв належать:

1. Поведінкові ознаки дезорієнтації чи шоку. Людина не орієнтується в часі, просторі, не впізнає знайомих, не може відповісти на прості запитання, проявляє загальмованість або, навпаки, безцільну активність. Поведінка може бути хаотичною, дезорганізованою, або ж вона перебуває в стані ступору.

2. Сильна емоційна реакція, що виходить за межі контролю. Істерика, крик, паніка, нестримний плач, афективна агресія або емоційне «завмирання» свідчать про те, що людина не може самотійно впоратися з інтенсивними переживаннями. Також до цього критерію належить відчуття безнадії, виражене відчуження, апатія, знижений контакт із зовнішнім світом.

3. Вербальні сигнали про кризу або небезпеку. Скарги на втрату сенсу життя, фрази на кшталт «я не витримаю», «мені байдуже, що буде далі», «краще б я помер(ла)» можуть бути сигналами про гострий емоційний біль або навіть суїцидальні тенденції.

4. Психофізіологічні прояви стресу. Підвищена напруга в тілі, тремор, блідість або почервоніння, задуха, нудота, серцебиття, головний біль, запаморочення, порушення сну або апетиту. Ці реакції свідчать про сильну фізіологічну активацію, яку людина не здатна самотійно врівноважити.

5. Ознаки безпорадності або вразливого стану. Людина не може впоратися з побутовими діями (не знає, куди йти, як знайти воду, одяг, дітей, не може ухвалити просте рішення), не має доступу до близьких, залишається наодинці з травматичним досвідом. Особливу увагу слід приділяти дітям без супроводу, людям похилого віку, особам з інвалідністю, вагітним жінкам.

6. Соціальна ізоляція або втрата контакту з оточенням. Якщо людина уникає спілкування, замикається в собі, не реагує на звернення або навпаки – тривожно, хаотично шукає допомоги, але не може пояснити, що сталося, це є показником гострої психологічної дезадаптації.

7. Ситуації, пов'язані з втратою. Особи, які щойно втратили близьких, дід, соціальний статус або перебувають у стані очікування трагедії, автоматично належать до груп ризику та потребують уважної присутності й підтримки.

8. Попередній травматичний досвід або психічна вразливість. Якщо відомо, що людина вже мала психічні розлади, залежності, перебувала в складних життєвих обставинах, або пережила повторну травматизацію – вона потребує додаткової уваги.

Ці критерії не є діагностичними, але дозволяють оперативно визначити, кому ППД потрібна насамперед. Особливість ППД полягає в тому, що її можна і треба надавати ще до появи патологічних симптомів, як превентивний захід – тому важливо реагувати навіть на ранні ознаки дистресу. Завдання фахівця або волонтера – швидко розпізнати потребу, стабілізувати стан людини, допомогти повернути базове відчуття контролю й безпеки, а при необхідності – направити до спеціалізованої психологічної або медичної допомоги.

Тема 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА НАСЕЛЕННЮ В УКРИТТЯХ

Особливості психологічних та гострих стресових реакцій у населення при перебуванні в укриттях

Перебування населення в укриттях під час бойових дій або повітряної тривоги є типовою екстремальною ситуацією, що викликає гострі стресові реакції. Такий досвід часто супроводжується почуттям загрози життю, невизначеністю, фізичним дискомфортом, ізоляцією від зовнішнього світу, а також страхом за близьких. Психологічні реакції на перебування в укриттях мають свої особливості, пов'язані з умовами простору, тривалістю перебування, попереднім травматичним досвідом та загальним психоемоційним станом людини.

Однією з найхарактерніших реакцій є **інтенсивне почуття страху** – як раціонального (за власне життя та життя рідних), так і ірраціонального (страх обвалу, задушення, замкненого простору, неможливості вибратися). Це часто супроводжується симптомами тривожності: серцебиттям, тремором, утрудненим диханням, пітливістю, відчуттям здавленості в грудях. У деяких випадках спостерігаються **панічні атаки**, що виникають на тлі гіперзбудження нервової системи та відчуття безпорадності.

У замкненому просторі з високою концентрацією людей зростає рівень **психологічної напруги, дратівливості, конфліктності**. Люди можуть ставати агресивними, вимогливими, демонструвати нетерпимість до шуму, поведінки інших, навіть запахів. Часто виникає **ефект «групового емоційного зараження»**, коли емоційний стан тривоги або паніки поширюється від однієї особи до інших.

У частини людей проявляється **реакція ступору або «емоційного оніміння»** – це тимчасовий стан психічного “відключення” або відчуження, коли людина наче не відчуває, що відбувається, не реагує на запитання, не виявляє емоцій. Це свідчить про перевантаження психіки і є формою захисту від надлишку емоцій.

Особливо вразливими в укриттях є **діти, люди похилого віку, особи з інвалідністю, вагітні жінки**, а також ті, хто вже має досвід травматичних подій. У дітей можуть проявлятися реакції регресу (відкат у розвитку), плач, істерика, прив'язаність до дорослого, порушення сну. Дорослі в умовах тривалого перебування в укриттях можуть відчувати **виснаження, апатію, відчуття безсенсовості та ізоляції**, що знижує їхню здатність до адаптації.

Психологічно складним є також **повторюваний досвід укриття**, коли людині доводиться багаторазово повертатися до стану очікування небезпеки. Це сприяє **накопиченню хронічного стресу**, що проявляється в розладах сну,

тривожності, зниженні працездатності, проблемах з апетитом, емоційній нестабільності.

Таким чином, психологічні та гострі стресові реакції в укриттях вимагають уважного ставлення, мінімалізації тригерних чинників, забезпечення умов хоча б базового комфорту, інформаційної підтримки, а за можливості – психологічної присутності фахівця або підготовленого волонтера. У подальшому важливим є надання першої психологічної допомоги, стабілізаційних інтервенцій, а в окремих випадках – перенаправлення до фахової психотерапевтичної підтримки.

Психологічна допомога різним групам населення в укриттях (дорослі, діти, хворі люди, вагітні жінки).

Психологічна допомога різним групам населення в укриттях має бути диференційованою, чутливою до вікових, фізичних, емоційних та соціальних особливостей кожної категорії людей. Умови перебування в укриттях – замкнений простір, відчуття небезпеки, обмежений доступ до ресурсів, тривожне очікування – створюють гостре навантаження на психіку. Завдання психологічної допомоги в таких ситуаціях полягає в стабілізації емоційного стану, зниженні рівня тривожності, підтримці базового почуття безпеки та відновленні контролю над поведінкою. Розглянемо особливості допомоги для різних груп.

1. Дорослі люди. Для дорослих характерним є високий рівень відповідальності за інших – дітей, батьків, партнерів – що підвищує рівень напруги, тривоги, почуття провини за те, що не можуть забезпечити безпеку. Психологічна допомога полягає у вербалізації почуттів, нормалізації реакцій («це нормально боятися», «ви робите все можливе»), коротких стабілізуючих вправах (дихальні техніки, фокусування на тілесних відчуттях), заохоченні підтримки між людьми. Потрібно дати людині «вихід» із тривоги: включити в просту дію (приготувати чай, роздати воду, допомогти іншим), що повертає відчуття контролю.

2. Діти. Дитяча психіка надзвичайно чутлива до стресу, і без дорослої підтримки дитина швидко втрачає орієнтацію, контроль, відчуття безпеки. Важливо, щоб поруч була значуща доросла особа. Допомога дітям включає створення ритуалів безпеки (однакова фраза під час тривоги, обійми), залучення до ігор, читання книг, малювання – все, що повертає до звичного світу. Необхідно говорити з дітьми простими словами, пояснювати ситуацію без залякування, підтримувати контакт тілесно (за згоди дитини), створити відчуття «я тут, я з тобою». У разі сильного плачу – обійняти, посадити поруч, давати чіткі інструкції, спокійним голосом.

3. Хворі люди та люди з інвалідністю. Ці особи часто переживають не лише стрес, а й фізичний дискомфорт або страх перед загостренням стану,

нестачею ліків, відсутністю медичної допомоги. Психологічна підтримка має бути поєднана з уважним ставленням до їхніх фізичних потреб. Важливо забезпечити фізичний комфорт (місце для сидіння або лежання, тепла вода, ліки), підтримати почуття гідності, не залишати в ізоляції. Говорити спокійно, по можливості включати в соціальну взаємодію – наприклад, запропонувати поспілкуватися з кимось, допомогти словом або порадою.

4. Вагітні жінки. У період вагітності підвищується емоційна чутливість, тривожність, а також фізіологічна вразливість. Важливо створити для вагітної жінки максимально спокійне середовище, посадити зручніше, надати воду, їжу, теплі речі. Супроводжувати словами підтримки: «ви не самі», «ми тут, щоб допомогти». За можливості – організувати доступ до медичного персоналу або евакуацію в безпечніше місце. Добре працюють заспокоїливі дихальні техніки, обійми близьких, зоровий контакт і підтримуючі слова.

Загальні рекомендації. У всіх випадках необхідно бути уважним до індивідуальних реакцій. Не нав'язувати допомогу, а запропонувати її з повагою. Спостерігати, хто проявляє дезадаптивні реакції: ступор, паніку, агресію або повну відстороненість – ці люди потребують особливої підтримки. Позитивно впливає будь-яка структура: створення розкладу дій, розподіл ролей, спільні справи (навіть прості, як прибирання укриття), що формують відчуття контролю. Дуже важлива інформаційна підтримка – коротка, чесна, спокійна: «повітряна тривога триває, ми зараз у безпечному місці», «я вас чую», «разом буде легше».

Психологічна допомога в укриттях – це не лише техніка, а прояв людяності, емпатії, присутності. Її сила – у простих діях, які повертають людині гідність, спокій і надію.

Особливості психічної травми дітей під час війни та засоби психологічної допомоги дітям різного віку

Особливості психічної травми дітей під час війни полягають у глибокій вразливості їхньої психіки, що не має достатньо сформованих механізмів захисту. Діти не здатні повністю усвідомити й логічно пояснити, що таке війна і чому вона відбувається, тому події воєнного характеру сприймаються ними не раціонально, а емоційно – через страх, безпорадність, паніку. Це спричиняє порушення базового відчуття безпеки, оскільки втрати дому, школи, родини або звичного середовища руйнують фундаментальну довіру до світу, який раніше здавався захищеним і передбачуваним. Додатковим чинником, що підсилює травматизацію, є надмірна чутливість дітей до стану дорослих. Вони часто несвідомо переймають емоційні реакції батьків або інших значущих осіб – тривогу, розпач, агресію – навіть якщо ці емоції не виражаються словами. Це створює атмосферу постійної напруги та внутрішнього страху.

Психічна травма у дітей може мати серйозні наслідки для розвитку. Часто спостерігаються регресивні реакції: діти, які вже опанували певні навички, втрачають їх (починають мочитися в ліжку, бояться темряви, відмовляються говорити). Можуть виникати затримки в мовному, емоційному або когнітивному розвитку, труднощі з концентрацією, порушення поведінки. Особливо важливо усвідомлювати, що симптоми травматизації проявляються у дітей по-різному залежно від віку. У молодших дітей це можуть бути зміни в грі, малюнках, сні, у поведінці або в соматичних скаргах (наприклад, болі в животі, головний біль). Діти часто не мають змоги вербалізувати свій біль, тому їхні переживання проявляються опосередковано – через поведінку, тіло або уяву. Травма війни в дитинстві – це не лише глибоке емоційне потрясіння, а й потенційна перешкода для гармонійного розвитку, соціалізації й формування психічної цілісності особистості.

Засоби психологічної допомоги дітям різного віку повинні враховувати їхні вікові особливості, рівень розвитку, емоційну чутливість та типові реакції на стрес. У дітей раннього віку (від народження до трьох років) психотравматичний досвід виявляється через частий плач, порушення сну, зміни апетиту, тривожну прив'язаність до дорослого, соматичні симптоми. Допомога таким дітям передбачає тілесний контакт, обійми, погойдування, стабільну й спокійну присутність турботливої дорослої фігури, ритмічні дії, колискові, м'яке мовлення та чіткий режим дня, який створює відчуття безпеки.

У дошкільному віці (від трьох до шести років) психічна травма часто проявляється у вигляді страху темряви та гучних звуків, агресивної або регресивної поведінки, замкнутості, повторюваної гри на військову тематику. Ефективною допомогою є ігрова терапія, малювання, робота з пластиліном, використання терапевтичних казок, участь у творчих заняттях. Дитині важливо надати стабільність через ритуали, звичний розпорядок дня, спокійні пояснення подій доступною мовою, читання казок і обговорення емоцій, що виникають у процесі.

У дітей молодшого шкільного віку (від шести до десяти років) реакції на травму часто включають труднощі з концентрацією, емоційну нестабільність, соматичні скарги, замкнутість або порушення поведінки. У цьому віці доцільно застосовувати елементи когнітивно-поведінкової терапії, зокрема техніки дихання, візуалізацію емоцій, ведення щоденника емоцій. Важливу роль відіграє соціальна взаємодія, підтримка дружніх зв'язків, залучення до груп за інтересами, використання арттерапії та надання можливостей для контролю над власним середовищем через активності.

Підлітки (від одинадцяти до сімнадцяти років) реагують на війну агресією, замкнутістю, депресивними проявами, почуттям провини або зневіри, порушенням сну, іноді – цинізмом і відчуттям безвиході. Психологічна допомога

для цієї вікової групи полягає в індивідуальних бесідах, групових обговореннях, наданні правдивої та зрозумілої інформації, техніках саморегуляції – таких як медитація, фізична активність, дихальні вправи. Підліткам варто надати можливість діяти: бути корисними, допомагати іншим, брати участь у волонтерських ініціативах, що сприяє формуванню їхньої суб'єктності. Також ефективною є підтримка ідентичності через творчі засоби – відеоблоги, написання особистих історій, малювання, ведення щоденника. Усі ці підходи мають спільну мету – повернути дитині контроль над власним життям, зменшити тривогу, відновити емоційну стабільність та сприяти її поступовому відновленню.

Загальні принципи допомоги дітям у війні ґрунтуються на глибокій емпатії, стабільності та повазі до дитячого досвіду. Насамперед важливо забезпечити емоційну присутність дорослого, який спокійно і послідовно демонструє безумовну підтримку. Дитина має відчувати, що її не залишили, що поруч є хтось, хто її чує, розуміє і приймає. Особливо значущим є визнання емоцій дитини — необхідно дати їй право боятися, сумувати, злитись, бути безпорадною, не намагаючись змінити ці емоції або применшити їхню значущість. Просте й щире звернення «Ти маєш право боятися», «Я розумію, що тобі важко» створює підґрунтя для довіри та внутрішнього розрядження.

Необхідно надавати дітям доступну інформацію про те, що відбувається, пояснюючи події зрозумілою для їхнього віку мовою, без зайвого залякування або неправдивих обіцянок. Дитині важливо знати, чому вона зараз у безпечному місці, хто поруч, що буде далі. Важливим чинником стабілізації є створення передбачуваності та структури: збереження режиму дня, повторюваних дій, звичних ритуалів (навіть у тимчасових умовах), які надають відчуття нормальності.

Ще один ключовий принцип – забезпечення відчуття контролю над ситуацією. Дитині слід дозволяти робити вибір у межах доступного – яку гру грати, де сидіти, чим зайнятися. Це допомагає послабити відчуття безпорадності та сприяє відновленню внутрішніх ресурсів. Окремо варто підкреслити необхідність уникнення повторної травматизації: не можна змушувати дитину розповідати про події, які її травмували, малювати чи грати «терапевтичні» ігри без її згоди. Допомога має відбуватись делікатно, ненав'язливо, із дотриманням гідності та особистісних меж дитини, що є основою її психологічного захисту та відновлення в умовах війни.

Тема 4. ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ОСОБИСТОСТІ, ЯКА ПЕРЕЖИВАЄ ВТРАТУ

Втрата як невід’ємний атрибут нової соціальності в період переходу від війни до миру. Етапи переживання втрати.

Втрата як невід’ємний атрибут нової соціальності в період переходу від війни до миру є глибинним психологічним і соціокультурним феноменом, що визначає спосіб життя, сприйняття себе та інших, перспективи майбутнього. У контексті воєнних дій втрата набуває багатовимірного характеру: це не лише втрата близьких людей, фізичного здоров’я чи майна, а й руйнування життєвих планів, цінностей, віри в безпеку, передбачуваність і сталість світу. Перехід від війни до миру не означає миттєвого зцілення – навпаки, саме в умовах припинення бойових дій активізуються процеси осмислення, усвідомлення та глибокого переживання втрат.

У період після завершення бойових дій суспільство опиняється у фазі колективного горювання, переосмислення ідентичності, пошуку нових сенсів. Втрата стає структурним елементом нової соціальності – станом, який об’єднує значну частину населення та визначає потребу в психосоціальній підтримці, гуманітарних інтервенціях і культурній трансформації. Люди змушені жити з відчуттям порожнечі, болю, втраченої довіри до державних інститутів, до людяності як такої. Часто втрата стає екзистенційним досвідом, що спонукає до переоцінки цінностей, перегляду ролей, зміни життєвих стратегій. З іншого боку, саме через глибоке переживання втрати можуть формуватися солідарність, нові форми суспільної згуртованості та взаємної підтримки.

Переживання втрати, незалежно від її природи – особистої чи колективної, фізичної чи символічної – проходить через певні етапи, які, хоча й не завжди мають чіткі межі, все ж відображають загальну динаміку психічного реагування. Найвідомішою моделлю є **п’ятиетапна модель Елізабет Кюблер-Росс**, що описує послідовність внутрішніх станів, через які проходить людина у процесі горювання.

Першим етапом є заперечення – психіка блокує прийняття болісної реальності, захищаючи людину від шоку. Людина може поводитися так, ніби нічого не сталося, уникати згадок, говорити про подію з холодністю або недовірою.

Другим етапом є гнів, який може бути спрямований на себе, на інших, на Бога, долю або навіть на загиблого. Це емоційний вибух, у якому проявляється глибоке розчарування, безсилля та внутрішня боротьба.

Далі настає етап торгу – спроба знайти «якби»: «якби я вчинив інакше», «якби вона не поїхала», «якби ми зупинили його» – людина шукає спосіб повернути втрачене або уявити інший розвиток подій.

Четвертим етапом є депресія – глибокий сум, відчуття безнадії, емоційне виснаження, коли втрата усвідомлюється повністю. Саме в цей період людина переживає свою вразливість, приймає реальність болю і, водночас, намагається знайти в собі сили жити далі.

Завершальним етапом є прийняття – не у значенні «змиритися», а радше як інтеграція втрати в особисту історію. Людина не забуває втрату, але вона перестає бути травмою, що визначає все життя; з'являється можливість говорити про неї спокійно, повертатись до звичайного функціонування, будувати нові стосунки та плани.

Ці етапи не завжди проходять у лінійній послідовності – людина може повертатися до попередніх фаз, «застрягати» на певному рівні або переживати їх непослідовно. Але в будь-якому випадку, усвідомлення структури цього процесу дозволяє фахівцям – психологам, соціальним працівникам, педагогам – надавати більш ефективну допомогу, підтримуючи людину на кожному етапі переживання. У контексті повоєнного суспільства така підтримка стає основою не лише індивідуального, а й колективного зцілення.

Способи підтримки осіб, що переживають втрату, і допомога таким особам.

Підтримка осіб, що переживають втрату, є важливою складовою психологічної, соціальної та гуманітарної допомоги у кризових ситуаціях, зокрема у контексті війни. Людина, яка втратила близьких, дім, здоров'я чи сенс життя, потребує делікатного, емпатійного підходу, який базується на глибокому розумінні процесів горювання, безпечному середовищі та довірі. Допомога у переживанні втрати не полягає у спробах «утішити» або «виправити ситуацію», а в тому, щоб бути поруч, витримувати біль іншої людини та підтримувати її на шляху інтеграції втрати в особистий досвід.

Насамперед важливо забезпечити **емпатійну присутність**. Особа, що горює, має відчуття, що її не залишили наодинці з болем. Прості фрази – «Я з тобою», «Мені шкода», «Я поруч» – іноді мають набагато більший ефект, ніж спроби дати поради або знайти раціональне пояснення. Важливо **вислуховувати без осуду і поспіху**, дати людині можливість висловити свій біль, гнів, страх, розпач – усе, що вона переживає, не намагаючись це змінити чи знецінити. Присутність і прийняття є базою для стабілізації емоційного стану.

Психологічна допомога має бути **гнучкою та індивідуалізованою**. Одні люди потребують тиші й простору для себе, інші – постійного контакту й підтримки. Важливо запитувати людину про її потреби, не нав'язувати спілкування, але й не зникати. У період гострого горя доцільно уникати фраз на кшталт «час лікує», «все буде добре», «він/вона тепер у кращому місці» – вони

можуть звучати як знецінення втрати. Замість цього краще просто бути поряд, підтримати рукою, поглядом, мовчанням.

Одним зі способів підтримки є **створення безпечного емоційного простору**, у якому людина може переживати свій біль без страху осуду або поспішного «виправлення». Іноді це може бути бесіда з психологом, участь у групі підтримки, написання листа до померлого або ведення щоденника. У деяких випадках допомагає **ритуалізація прощання** – створення власного способу вшанування пам'яті: запалити свічку, посадити дерево, написати вірш, поділитися спогадом.

Особливу роль відіграє **психоосвіта** – роз'яснення того, що відчуття порожнечі, болю, провини, гніву чи безнадії є нормальними реакціями на втрату. Людину важливо підтримати в розумінні, що вона має право переживати ці почуття й що їхнє поступове згасання — не зрада пам'яті, а природна частина зцілення. Якщо є ризики затяжного горювання або патологічних форм переживання (глибока депресія, самоушкодження, втрата функціонування), необхідне залучення фахівців – психолога, психотерапевта або психіатра.

Додатковим способом допомоги є **залучення до дії** – повернення до повсякденних справ, фізична активність, участь у волонтерстві, піклування про інших. Це поступово відновлює відчуття контролю, повертає структуру життя, формує відчуття значущості. Але такий етап можливий лише після того, як пройдена фаза гострого болю.

Для дітей, які пережили втрату, підтримка має включати **просту і правдиву інформацію**, постійний контакт із близьким дорослим, гру, малюнок, ритуали прощання. Дитина має право на емоції та на свої способи горювання – не варто змушувати її «бути сильною» або «не плакати». Для підлітків важливо підтримувати їхній пошук сенсу, дозволяти висловлювати складні почуття, говорити про смерть і втрату відкрито, без табу.

У широкому соціальному контексті до засобів підтримки також належить **створення середовища, що вшановує пам'ять про втрати** – меморіали, публічні заходи пам'яті, мистецькі проєкти, які дають змогу суспільству колективно пережити біль і трансформувати його у змістовні форми. Це сприяє не лише індивідуальному, а й національному психологічному відновленню після травматичних подій.

Теорія Ваміка Волкана – це психоаналітична концепція, яка пояснює психологічні механізми колективної травми, міжетнічних конфліктів, тривалого горювання та ідентичності великих груп. Її автор – **Вамик Волкан**, американський психіатр і психоаналітик турецького походження, знаний фахівець у галузі психодинамічного розуміння масових конфліктів, національних ідентичностей та наслідків міжгрупових травм. Його роботи

лежать на перетині психоаналізу, соціальної психології, політики та міжнародних відносин.

У центрі теорії Волкана – поняття **"велика група"** як колективної психологічної одиниці, члени якої ідентифікують себе з певною етнічною, релігійною, національною або культурною спільнотою. За Волканом, така група має спільну **"велику групову ідентичність"**, яка формується історично та передається між поколіннями. Ця ідентичність зберігає не лише цінності та міфи, але й **колективні травми**, які, будучи неопрацьованими, продовжують впливати на сучасну поведінку, політику і навіть готовність до конфлікту.

Одним із ключових понять теорії є **"спільна травма великої групи"**, або ж **"психологічна резонансна точка"**, що виникає в результаті історичних принижень, геноциду, втрати територій, колонізації чи вигнання. Якщо така травма не була опрацьована в міжпоколінному діалозі, вона фіксується в колективній пам'яті як **"незавершене горювання"**. У наступних поколіннях ця пам'ять не тільки зберігається, а й часто посилюється, стаючи джерелом ворожості до **"іншого"**, страху втратити ідентичність або бажання помсти.

Важливим інструментом, за Волканом, є **"символи спільної ідентичності"** – це можуть бути прапори, могили, меморіали, релігійні артефакти, історичні наративи, які акумулюють у собі як гордість групи, так і її біль. Під час міжетнічних чи національних конфліктів саме ці символи стають об'єктами маніпуляції й емоційного напруження.

У своїй практиці Волкан також описує феномен **"вкладеного об'єкта"** – коли представники великої групи внутрішньо **"вкладають"** у себе образ ворога, приниження чи образу, і починають діяти так, ніби травма досі триває, навіть за її фізичної відсутності. Це підтримує колективний стан **"замороженого горювання"**, не дозволяє групі рухатися далі та відновити нормальні міжгрупові стосунки.

Теорія Волкана також розглядає **роль лідерів великої групи** у збереженні чи подоланні травми. Лідери можуть або використовувати історичні болі для політичної мобілізації (часто – через образ ворога), або сприяти психосоціальному **"опрацюванню"** минулого через діалог, ритуали примирення, створення наративів, які дозволяють групі вийти з травматичного циклу.

У практичному вимірі Волкан займався медіацією конфліктів у зонах протистояння: на Кіпрі, в Ізраїлі та Палестині, у Боснії, у Грузії. Його підхід передбачає довготривалу психоаналітичну роботу з представниками ворогуючих груп для виведення на рівень свідомості травм, пов'язаних із колективною пам'яттю, і поступової їх трансформації.

Отже, **теорія Ваміка Волкана** пояснює, чому окремі народи, етноси чи нації можуть довгий час залишатися в пастці історичних образ, як колективна травма передається між поколіннями та як через психологічні процеси можна як

загострювати, так і вирішувати міжгрупові конфлікти. Вона має особливу цінність у контексті поствоєнного суспільного відновлення, національної консолідації та формування діалогу пам'яті.

Концепція переживання втрати А. Д. Пренд (A.D. Prend) є сучасним психотерапевтичним підходом до розуміння процесу горювання та подолання втрати. Цей підхід акцентує увагу не лише на клінічних або психоаналітичних аспектах, а й на екзистенційних, емоційних і тілесних вимірах горювання, розглядаючи його як процес глибокої внутрішньої трансформації, що впливає на ідентичність, здатність до зв'язків і сенс життя людини.

У центрі концепції – ідея про те, що втрата не зникає, а змінює форму. На відміну від традиційних моделей, які зосереджуються на етапах прийняття та "відпускання", Пренд говорить про інтеграцію втрати як частини особистого досвіду, пам'яті та зв'язку з померлою чи втраченим. Людина не повинна "забути" або "перестати сумувати", навпаки – вона має навчитися жити з втратою, не дозволяючи їй зруйнувати життя, але й не заперечуючи її значущості. Важливою частиною концепції є тілесний вимір горя. Пренд наголошує, що переживання втрати живе не лише в думках і емоціях, а й у тілі – у диханні, м'язовій напрузі, голосі, поставі. Люди часто несвідомо "носять" біль втрати у своєму тілі: в спазмах, здавленому диханні, заціпенінні, втомі. Тому в терапевтичному процесі важливо звертати увагу на тілесні сигнали, включати практики усвідомлення тіла, дихання, тілесної присутності, які допомагають відновлювати контакт із собою та реальністю.

Концепція також підкреслює значення автентичного вираження емоцій, особливо таких складних як гнів, провина, сором, туга, безсилля. Пренд вважає, що уникання болю або спроби "триматися" лише поглиблюють страждання, тоді як дозвіл собі бути вразливим, говорити про втрату, ділитися своїм болем у довірливому середовищі – це шлях до зцілення. Терапевт у цьому процесі виступає не як експерт, що "веде", а як свідок і супутник у подорожі крізь горе.

Окрему увагу Пренд приділяє символічному діалогу з втраченим – це можуть бути листи до померлого, внутрішні діалоги, творчі практики, збереження символічних об'єктів, які допомагають людині підтримувати зв'язок, не втрачаючи себе. Такий зв'язок не розглядається як патологічний, навпаки – він може бути джерелом сили, пам'яті, любові.

Таким чином, **концепція А. Д. Пренд** пропонує глибокий, гуманний і тілесно-емоційно залучений підхід до проживання втрати. Вона визнає біль як природну частину людського досвіду, стверджуючи, що завдання горювання – не позбутися болю, а перетворити його на джерело глибшого зв'язку з життям, собою і світом, знайти новий сенс у зміненій реальності та відновити здатність до любові, радості й відкритості.

Тема 5. СІМ'Я ТА НАСЛІДКИ ВІЙНИ. НАДАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ, ВЕТЕРАНАМ І ЧЛЕНАМ ЇХНІХ СІМЕЙ

Поняття бойового стресу, його візуальні ознаки («погляд на дві тисячі ярдів», «бойова посмішка»).

Бойовий стрес – це інтенсивна психофізіологічна реакція організму на надмірне емоційне і фізичне навантаження, пов'язане з участю у бойових діях або перебуванням у зоні підвищеної небезпеки. Він виникає як відповідь на безперервну загрозу життю, втрату побратимів, постійне напруження, збудження симпатичної нервової системи та виснаження адаптаційних ресурсів. Бойовий стрес може мати як короткотривалий, так і кумулятивний характер, накопичуючись до критичної межі і викликаючи порушення у психічній сфері – від реактивних станів до посттравматичних розладів.

Однією з характерних рис бойового стресу є його **візуальні ознаки**, які можуть сигналізувати оточенню про критичний стан бійця навіть без слів. Однією з найбільш відомих є так званий **«погляд на дві тисячі ярдів»** ("thousand-yard stare"). Це метафоричний термін, який описує порожній, відчужений, ніби «виведений» погляд людини, що перебуває у глибокому психологічному виснаженні або шоківому стані. Такий погляд свідчить про емоційну відстороненість, втрату контакту з оточенням, перебування у внутрішньому переживанні подій, які психіка не встигає або не здатна обробити. Людина з таким поглядом зазвичай мовчазна, загальмована або, навпаки, автоматично діє без емоційної залученості.

Іншою візуальною ознакою бойового стресу є **«бойова посмішка»** ("combat smile"), яка проявляється як неадекватна усмішка в умовах екстремального стресу, страху або безпосередньої загрози. Така реакція є **парадоксальною** і часто несвідома – вона може бути захисним механізмом психіки, спробою «відключитися» від реальності, зняти внутрішню напругу, подолати жах за допомогою гримаси, що зовні нагадує усмішку. Бойова посмішка – це не радість, а швидше прояв емоційної дисоціації, своєрідного «замороження» почуттів, коли людина не може адекватно виразити справжні емоції через надмірний рівень напруги.

Крім цих знакових ознак, бойовий стрес також проявляється у поведінці: різкі рухи, гіперпильність, неспокій, імпульсивність, агресія або, навпаки, загальмованість, втрата здатності ухвалювати рішення, неусвідомлене виконання дій, плач, апатія, вербальна неадекватність (повторення фраз, беззмістовна мова), порушення орієнтації в часі і просторі.

Таким чином, бойовий стрес – це крайній стан напруження, який сигналізує про перевантаження психіки. Його візуальні ознаки – як «погляд на дві тисячі ярдів» або «бойова посмішка» – є зовнішніми індикаторами

внутрішньої кризи, що потребує негайної підтримки, стабілізації стану та, за потреби, психіатричної або психотерапевтичної допомоги. Вчасне розпізнавання цих сигналів може зберегти не лише бойову ефективність, а й психічне здоров'я людини.

Види гострих психічних реакцій на стрес у військовослужбовців та особливості надання психологічної допомоги в бойових умовах.

Гострі психічні реакції на стрес у військовослужбовців – це раптові, інтенсивні емоційні, когнітивні та поведінкові порушення, що виникають у відповідь на сильний психотравмувальний вплив бойової обстановки. Такі реакції є природним проявом перевантаження психіки, що стикається з граничним рівнем загрози життю, втратами побратимів, пораненнями, постійною небезпекою та відсутністю відпочинку. Ці стани не завжди свідчать про психічне захворювання, але можуть бути потенційно небезпечними для самого військовослужбовця та його оточення і вимагають негайного реагування.

Серед **основних видів гострих психічних реакцій** на бойовий стрес виділяють такі:

1. Реакція «ступору» або «емоційного завмирання» – стан різкого пригнічення свідомості, рухової активності та мовлення. Людина ніби «відключається» від реальності, не реагує на команди, не виконує дій, її погляд відсторонений. Це реакція перенавантаження, психічного шоку, коли психіка "заморожується", захищаючи себе від надмірного емоційного болю.

2. Гіперактивна реакція – проявляється у вигляді неконтрольованої моторної збудженості: біганина, крики, безладні дії, агресія до себе чи інших, спроби втекти з місця події. Військовослужбовець може втратити зв'язок із реальністю, діяти імпульсивно, з ознаками паніки або гострого страху.

3. Істероїдна реакція – яскраві емоційні вибухи, сльози, крики, театралізована поведінка, заціпеніння або демонстративне виявлення безпорадності. Може супроводжуватися паралічем, втратою голосу, руховою дискоординацією.

4. Агресивно-афективна реакція – вибух гніву, неконтрольованої агресії, фізичне насильство, ворожість до командира, побратимів, іноді до мирного населення. Часто є способом розрядки внутрішнього напруження через зовнішню дію.

5. Дисоціативні стани – зниження здатності усвідомлювати себе в ситуації, відчуття «нереальності» подій, часткова або повна амнезія, відчуття «від'єднаності» від власного тіла, що є захисною реакцією на психотравму.

6. Панічна атака – гострий епізод страху з вираженими соматичними симптомами: серцебиття, тремтіння, задуха, відчуття смерті, втрата контролю.

Може виникати як безпосередньо в бойових умовах, так і в період очікування небезпеки.

7. Соматоформна реакція – порушення слуху, зору, мови, координації рухів, що не мають фізіологічного підґрунтя, але є наслідком психічного потрясіння.

Надання психологічної допомоги в бойових умовах має бути швидким, цілеспрямованим, з урахуванням обмежених ресурсів і високої динаміки бойової обстановки. Основним завданням є стабілізація психоемоційного стану, відновлення орієнтації у реальності та повернення функціональності військовослужбовця.

Ключовими є принципи "**ППСВ**" (**Психологічна Перша Стабілізаційна Взаємодія**), яка включає:

- **Безпека** – переміщення бійця в умовно безпечне місце, де знижено ризик повторної травматизації;
- **Заспокоєння** – спокійна, впевнена присутність поруч, нормалізація дихання, уникнення гучних слів і рухів;
- **Просте спілкування** – короткі фрази, чіткі вказівки, без моралізування; важливо відновити контакт із реальністю, називаючи ім'я людини, час, місце;
- **Надання сенсомоторної підтримки** – іноді ефективними є прості дії: напиться води, тримати за руку, заземлитися через тілесне відчуття;
- **Активне слухання** – коли військовослужбовець здатен говорити, важливо дати йому можливість висловити емоції, не перериваючи й не оцінюючи;
- **Розмежування зони відповідальності** – пояснення, що з ним сталося, що він у безпеці, хто поруч, і що від нього не очікують негайного повернення в бій.

У складніших випадках застосовуються методи **екстреної психологічної стабілізації**: дихальні техніки, прості рухові вправи, техніки заземлення (наприклад, зосередження на п'яти предметах у полі зору, або на дотику до поверхонь), а також медикаментозна допомога (при згоді та наявності лікаря).

Ефективність допомоги значно зростає, якщо її надають підготовлені фахівці – психологи підрозділів, військові психіатри, медики, а також побратими, які пройшли тренінги з основ ППД. Головна мета – не допустити переходу гострої реакції в хронічний посттравматичний стан, зберегти психічне здоров'я військовослужбовця та бойову здатність підрозділу.

Синдром вижившого (також відомий як *синдром провини вижившого*) – це психологічний стан, який виникає у людей, що пережили ситуацію масової загибелі інших людей (війна, катастрофа, геноцид, терористичний акт), але самі

залишилися живими. Особа, яка зберегла життя в таких умовах, може відчувати глибоку провину, сором, зніяковіння через те, що вижила, тоді як інші – часто рідні, друзі, побратими – загинули. Цей синдром є складною формою психоемоційного реагування на втрату і часто супроводжується симптомами посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Людина з синдромом вижившого може постійно ставити собі запитання: «Чому я вижив, а вони – ні?», «Що я зробив (або не зробив), щоб заслуговувати на життя?», «Можливо, я мав бути з ними?». Цей внутрішній конфлікт між фактом власного порятунку та втратою інших призводить до емоційної дезорієнтації, самозвинувачення, депресії, а також до відчуття моральної неспроможності радіти життю. Людина може відчувати, що її життя більше не має сенсу, втратити інтерес до майбутнього, ізолюватися від суспільства, уникати контактів або ситуацій, які нагадують про пережите.

У військовому контексті синдром вижившого є досить поширеним серед ветеранів, які повернулися з бойових дій після загибелі побратимів. Він особливо загострюється у випадках, коли виживання сприймається як несправедливе, випадкове або "за рахунок" когось іншого. Подібний стан спостерігався також серед жертв Голокосту, в'язнів концтаборів, рятувальників, які не змогли врятувати всіх, а також серед цивільного населення після авіаударів, обстрілів або евакуацій.

Симптоматика синдрому вижившого може включати:

- Хронічне почуття провини, навіть за обставин, які не залежали від самої людини;
- Тривожність, пригніченість, суїцидальні думки, постійне внутрішнє самозвинувачення;
- Ізоляція, уникання контактів з родичами загиблих, відмова від підтримки, знецінення власного життя;
- Невротичні або соматоформні розлади, порушення сну, апетиту, труднощі в емоційній регуляції;
- Супутній ПТСР, з флешбеками, нічними кошмарами, гіпервозбудженням.
- Психологічна допомога при синдромі вижившого має на меті нормалізацію реакції горя, зниження рівня патологічного самозвинувачення, відновлення відчуття цінності власного життя.

Важливу роль відіграють психотерапевтичні підходи, зокрема:

- **Когнітивно-поведінкова терапія**, яка допомагає змінити деструктивні переконання («я не мав права вижити») на більш адаптивні;
- **Тілесно-орієнтована терапія** – робота з тілесними блоками, які утримують психотравму;
- **Метод наративної терапії** – переосмислення власної історії виживання через створення нового сенсу;

- **Групова терапія** або участь у спільнотах, де люди діляться схожим досвідом, що допомагає зняти відчуття самотності.

Ключовим у подоланні синдрому є визнання цінності життя не як провини, а як ресурсу, що може бути використаний для збереження пам'яті про загиблих, продовження їхніх справ, підтримки інших. Перетворення болю втрати у сенс – шлях до відновлення цілісності особистості.

Діагностика ризиків та психопрофілактика суїцидальної (гоміцидальної) поведінки у військовослужбовців

Діагностика ризиків та психопрофілактика суїцидальної (гоміцидальної) поведінки у військовослужбовців є критично важливим напрямом у системі психологічного забезпечення Збройних Сил, особливо в умовах війни, тривалого бойового стресу, втрат та психологічного виснаження. Військові належать до групи підвищеного ризику щодо аутоагресивної та гетероагресивної поведінки через поєднання екстремального психоемоційного навантаження, посттравматичних розладів, доступу до зброї, замкненого середовища та стигматизації проявів психологічних труднощів.

Діагностика ризику суїцидальної та гоміцидальної поведінки

Ефективна діагностика базується на виявленні психологічних, поведінкових, емоційних та соціальних індикаторів. До основних ризик-факторів належать:

- **Психологічні ознаки:** виражена депресія, апатія, емоційне оніміння, тривожність, відчуття безнадії, провини, внутрішньої пустоти, утрата сенсу життя;
- **Поведінкові сигнали:** ізоляція від побратимів, прощання з близькими, роздаровування особистих речей, самознищувальна поведінка (ризиковані дії, відмова від їжі або лікування), агресивні спалахи;
- **Вербальні маркери:** висловлювання про смерть («краще б я помер», «все одно нема виходу», «я не витримаю»), натяки на завершення життя, спроби іронізувати над самогубством;
- **Соціальні чинники:** втрата побратимів, ізоляція від родини, проблеми в особистому житті, відчуття покинутості, негативне сприйняття себе як «тягаря»;
- **Наявність ПТСР або інших психічних розладів,** особливо приєднання зловживання алкоголем чи психоактивними речовинами.

Додатковим ризиком для гоміцидальної поведінки є накопичене відчуття ворожості, гнів, бажання помсти, відсутність навичок конструктивного опрацювання агресії, порушення сну та імпульсивність.

Для діагностики ризиків у військовому контингенті використовуються: – клінічні бесіди та структуровані інтерв'ю,

– швидкі скринінг-опитувальники (наприклад, шкала депресії Бека, шкала тривоги Гамільтона, шкала суїцидального ризику Columbia),

– психодіагностичні методики з фокусом на емоційну регуляцію, імпульсивність, тривожність, ступінь соціальної адаптації.

Оцінювання здійснюється у динаміці й у співпраці з командирами, медиками, психологами частин.

Психопрофілактика суїцидальної та гоміцидальної поведінки

Профілактика має бути багаторівневою й інтегрованою в усю систему підготовки й забезпечення особового складу. Вона включає:

1. Первинна профілактика:

- формування культури психологічної грамотності в армії,
- регулярні тренінги з емоційного самоконтролю, стрес-менеджменту, розпізнавання психічних симптомів,
- створення довіри до військових психологів, подолання стигми звернення по допомогу,
- навчання командирів розпізнаванню небезпечних змін у поведінці військовослужбовців.

2. Вторинна профілактика (цільова робота з групами ризику):

- індивідуальна підтримка осіб, які зазнали втрати, мають ПТСР або раніше переживали спроби самогубства,
- кризове консультування в періоди максимального навантаження, ротації, поранення, адаптації до нових умов
- включення в реабілітаційні програми (психотерапія, групи підтримки, духовна допомога).

3. Третинна профілактика (після спроби або епізоду):

- інтенсивна індивідуальна психотерапевтична допомога,
- медичний супровід (за потреби – психіатричне лікування),
- робота з найближчим соціальним колом (підрозділ, родина),
- підтримка у поверненні до служби або адаптації до нового статусу.

Особливості надання допомоги в бойових умовах. У зоні бойових дій допомога має бути швидкою, адресною, максимально мобільною. Основна мета – стабілізація стану: створення безпечного простору, нормалізація фізіологічних функцій, заспокоєння, підтримка зв'язку з реальністю. Використовуються методи психологічної першої допомоги, короткострокові деескалаційні техніки, дихальні вправи, методи заземлення. Якщо виявлено гостру суїцидальну або гоміцидальну загрозу, **необхідна** евакуація до безпечного місця та обов'язкове медичне втручання.

Успішна профілактика потребує **командної взаємодії** – командири, медики, психологи та самі військовослужбовці мають бути залучені до створення середовища підтримки, де життя, гідність та психічне здоров'я є цінністю.

Тема 6. ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗАСОБИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Організація системи медико-психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій: мета, завдання, умови проведення.

Організація системи медико-психологічної реабілітації військовослужбовців-учасників бойових дій є ключовим елементом комплексної підтримки осіб, які зазнали психофізичних та емоційних втрат унаслідок бойового досвіду. Метою такої реабілітації є відновлення психічного, фізичного та соціального функціонування військовослужбовця, зниження наслідків травматичного стресу, формування стресостійкості та адаптація до нових умов життя – як у військовому середовищі, так і в цивільному суспільстві. Йдеться не лише про повернення до служби або до мирного життя, а й про збереження людської гідності, здатності відчувати, діяти, будувати стосунки, жити повноцінно.

Завдання системи реабілітації охоплюють широкий спектр діяльності. Насамперед це виявлення психоемоційних порушень через діагностику, психологічне спостереження, психодіагностичне тестування, медичне обстеження. Водночас важливо забезпечити доступ до психокорекції та психотерапії, яка може включати як кризове консультування, так і глибокі терапевтичні інтервенції, спрямовані на подолання ПТСР, тривожних і депресивних розладів, агресивної поведінки, проблем з адаптацією. Медичний компонент передбачає лікування як соматичних, так і психічних порушень, включно з фармакотерапією, при необхідності – з урахуванням особливостей бойової травми.

Особливе місце в системі займає психоосвіта: військовослужбовцям і їхнім родинам надається знання про механізми стресу, типові реакції на втрату, симптоматику травми, методи самодопомоги. У межах реабілітації відбувається відновлення особистісної цілісності, самооцінки, мотивації, здатності до емоційного реагування та спілкування. Це включає і роботу з родиною, що є важливою умовою повернення військовослужбовця до повноцінного соціального життя. Залучення близьких до процесу реабілітації допомагає зменшити відчуття ізоляції, підтримує відновлення міжособистісних зв'язків, формує базу довіри.

Процес реабілітації передбачає дотримання певних умов. Вона має бути поетапною, безперервною, розпочинатися вже під час служби й тривати після завершення бойових дій. Її ефективність залежить від мультидисциплінарного підходу – взаємодії медиків, психологів, психотерапевтів, реабілітологів, капеланів, соціальних працівників. Не менш важливо забезпечити безпечний,

стабільний простір для роботи, де військовослужбовець зможе відчувати захищеність, впевненість, підтримку. Обов'язковою умовою є добровільна участь у процесі, дотримання етичних норм, конфіденційності, поваги до особистісного простору та ритму людини. Підхід має бути індивідуалізованим, гнучким, з урахуванням особистого досвіду, психотипу, бойової ситуації, потреб та очікувань.

У структурі реабілітації важливим є компонент підготовки до зміни соціальної ролі – переходу від військового стану до цивільного життя або адаптації до нових умов служби. Військовослужбовець повинен отримати допомогу у пошуку нового сенсу, формуванні життєвих цілей, професійній орієнтації. Це сприяє не лише його психічному зціленню, а й ефективній інтеграції в соціум. Таким чином, система медико-психологічної реабілітації має бути не ізольованим напрямом медичної допомоги, а цілісною стратегією, спрямованою на довготривале відновлення, зміцнення психологічної стійкості та запобігання повторній травматизації. Вона виконує не лише лікувальну, а й профілактичну, соціально-культурну та гуманістичну функцію, відображаючи суспільну відповідальність перед тими, хто захищає країну.

Психопрофілактична робота з військовослужбовцями зі складу групи посиленої психологічної уваги (ГППУ)

Психопрофілактична робота з військовослужбовцями, які належать до складу групи посиленої психологічної уваги (ГППУ), є одним із пріоритетних напрямів діяльності психологічної служби в Збройних Силах. До цієї категорії належать військовослужбовці, що мають підвищений ризик психоемоційної дезадаптації, психологічного виснаження або девіантної поведінки, а також ті, хто пережив бойову травму, має ознаки посттравматичних реакцій, виявляє емоційну нестабільність, міжособистісні конфлікти, проблеми з дисципліною, схильність до саморуйнівних дій чи залежностей. Основна мета такої роботи полягає у своєчасному виявленні ризиків, зниженні їхнього впливу, запобіганні розвитку кризових станів і забезпеченні адаптації до умов служби та бойового середовища.

Робота з військовослужбовцями ГППУ передбачає комплексний підхід. Першим етапом є виявлення таких осіб на основі спостереження, індивідуальних бесід, психодіагностики, а також за інформацією командирів, медиків і побратимів. Важливу роль відіграє оцінювання емоційного стану, мотивації до служби, наявності конфліктів, рівня тривожності, фрустрації, депресивності, ступеня соціальної підтримки. Надалі відбувається постановка на психологічний облік з веденням відповідної документації, формування індивідуального плану психопрофілактики.

Серед основних методів психопрофілактики використовуються індивідуальні консультації, під час яких створюється безпечний простір для емоційного вираження, корекції деструктивних установок, навчання навичкам саморегуляції, технікам зниження тривожності, управління гнівом і стресом. Ефективною є також робота в малих групах, де військовослужбовці мають змогу розвивати комунікативні навички, працювати з емоціями, отримувати підтримку. За потреби застосовуються психотерапевтичні методи (когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтовані практики, арттерапія), а також проводиться психоосвітня робота, що дає змогу краще усвідомити власні реакції, розуміти природу стресу, навчитися його контролювати.

Особливе місце займає формування мотивації до звернення по допомогу та подолання стигми, що часто супроводжує військове середовище. Робота ведеться з урахуванням специфіки військової культури: короткий формат зустрічей, довіра до фахівця, конфіденційність, залучення командирів до створення сприятливих умов. У разі виявлення серйозних психоемоційних порушень або ризиків для життя (суїцидальні думки, психотичні епізоди, залежності) військовослужбовець скеровується до медичних закладів для спеціалізованої допомоги.

Психопрофілактика у роботі з ГППУ також включає моніторинг динаміки стану, повторні обстеження, зворотний зв'язок з командуванням, навчання керівного складу основам психологічної грамотності та алгоритмам дій у кризових ситуаціях. Така діяльність дає змогу не лише запобігати зривам адаптації, а й сприяти формуванню психологічної стійкості, підвищенню згуртованості колективу та зниженню ризику бойових і побутових інцидентів. Таким чином, психопрофілактична робота з військовослужбовцями зі складу ГППУ виконує функцію своєчасного втручання, підтримки та збереження психологічної боєздатності особового складу.

Протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців

Протипоказання до проведення психологічної реабілітації військовослужбовців визначаються як тимчасові або постійні стани, за яких проведення реабілітаційних заходів є неефективним, обмеженим або навіть потенційно шкідливим для психічного чи фізичного здоров'я особи. Вони ґрунтуються на медичних, психіатричних, соматичних або поведінкових критеріях, що унеможливають активну участь військовослужбовця у процесі відновлення. Визначення таких протипоказань є важливою умовою безпечного та обґрунтованого призначення реабілітаційних втручань і передбачає обов'язкове попереднє обстеження та міждисциплінарну оцінку.

Серед основних медико-психологічних протипоказань першочерговими є гострі психотичні стани, що супроводжуються дезорганізацією мислення, галюцинаціями, маренням або тяжкою агресивною поведінкою. У таких випадках особа не здатна адекватно сприймати реальність, оцінювати свої дії чи взаємодіяти з іншими, що робить неможливою участь у психотерапевтичному процесі. Аналогічно, суїцидальні кризи з високим ризиком реалізації намірів вимагають насамперед стабілізації стану в умовах психіатричного або інтенсивного нагляду, а не негайного включення в реабілітаційну програму.

До протипоказань також належать гострі соматичні захворювання або ускладнення, що потребують невідкладної медичної допомоги, перебування в реанімаційному або постопераційному стані, коли будь-яке психоемоційне навантаження може зашкодити фізичному відновленню. Психологічна реабілітація потребує хоча б мінімального рівня енергетичного та когнітивного ресурсу, тому виражена фізична або когнітивна виснаженість, делірій, тяжкі наслідки черепно-мозкових травм або порушення свідомості є тимчасовими протипоказаннями.

Окрему категорію становлять виражені розлади поведінки з ознаками деструктивної або девіантної активності, що унеможливають перебування особи в груповому або відкритому середовищі – наприклад, системне порушення дисципліни, загроза іншим, неконтрольована агресія, активна залежність із відмовою від лікування. У таких випадках спочатку необхідна індивідуальна робота з фокусом на стабілізацію, мотивацію до участі, дотримання режиму та відповідальність.

Також до тимчасових протипоказань може належати відкрита відмова військовослужбовця від участі в реабілітації, особливо якщо вона супроводжується запереченням проблеми, ворожим ставленням до фахівців або відсутністю мінімальної внутрішньої мотивації. Примусова участь в реабілітації не лише є неефективною, але й може призвести до загострення симптомів або формування негативного ставлення до допомоги в майбутньому.

Таким чином, протипоказання до проведення психологічної реабілітації потребують чіткої фахової оцінки з боку медиків, психіатрів, психологів і мають враховуватись у контексті конкретної ситуації. У більшості випадків вони є не абсолютними, а тимчасовими, і після стабілізації стану військовослужбовець може бути знову включений до реабілітаційної програми. Головне – діяти поступово, відповідально, із пріоритетом на безпеку, ефективність і гідність особи.

Міждисциплінарний підхід до реабілітації військовослужбовців з тяжкими пораненнями

Міждисциплінарний підхід до реабілітації військовослужбовців з тяжкими пораненнями є інтегрованою моделлю допомоги, яка об'єднує зусилля фахівців різних галузей задля досягнення спільної мети — максимального відновлення функціонування, психічної стабільності, соціальної адаптації та якості життя пораненого. Такий підхід визнає складність наслідків тяжких бойових поранень, які охоплюють не лише фізичні травми, а й глибокі психологічні, когнітивні, соціальні й духовні наслідки. Ефективна реабілітація можлива лише за умови системної взаємодії медичних працівників, психологів, фізичних терапевтів, соціальних працівників, психотерапевтів, фахівців з ерготерапії, реабілітологів, а також, за потреби, духівників і волонтерів.

Основу міждисциплінарного підходу становить команда, яка не працює паралельно, а координує зусилля на кожному етапі: від моменту стабілізації стану у медичному закладі – до повернення військовослужбовця до цивільного життя або його повторного залучення до служби. Центральною постаттю в цій системі є сам військовослужбовець – суб'єкт процесу, чиї потреби, можливості й ресурси визначають пріоритети допомоги. Команда спільно формує реабілітаційний план, враховуючи медичні показники, психоемоційний стан, рівень мотивації, родинне середовище, соціальні умови.

Після етапу невідкладної медичної допомоги розпочинається процес активної реабілітації, у якому фахівці з фізичної терапії допомагають відновити рухові функції, зменшити больовий синдром, покращити самостійність у побуті. Водночас психолог або психотерапевт працює з емоційними наслідками травми: гострою реакцією на стрес, страхом, соромом, гнівом, тривожністю, депресивними тенденціями. Особливу увагу приділяється роботі з тілесним образом, прийняттям змін, втратою автономії чи частини тіла. Це складна сфера, яка потребує емпатії, безоціночності й тонкого індивідуального підходу.

Фахівці з ерготерапії залучають військовослужбовця до цілеспрямованої діяльності, яка має практичне значення – навчання навичкам самообслуговування, адаптація побутового простору, відновлення професійних умінь. Соціальний працівник забезпечує супровід у питаннях документального оформлення пільг, допомоги родині, повернення до громади. Усе це відбувається у тісному контакті з медичними працівниками, які спостерігають за фізичним станом, контролюють медикаментозне лікування, коригують плани відповідно до змін у здоров'ї.

Міждисциплінарний підхід передбачає постійне обговорення стану військовослужбовця, регулярні зустрічі команди, внесення змін до індивідуального плану реабілітації, координацію ресурсів. У процес активно включається сім'я: з нею проводиться психоосвіта, консультації, терапевтична

робота з переживанням змін у структурі родини, способах спілкування, розподілі ролей.

Важливою складовою міждисциплінарного підходу є підтримка **психосоціальної ідентичності пораненого**. Реабілітація не завершується фізичним відновленням – її завданням є повернення людини до життя з гідністю, у своїй спільноті, з відчуттям цінності та сенсу. Часто в цьому процесі значну роль відіграють участь у ветеранських спільнотах, волонтерстві, професійній переорієнтації, творчій або публічній активності. У тяжких випадках – з незворотними втратами, паралічем або ампутацією – команда також має допомогти у формуванні нової життєвої перспективи.

Таким чином, міждисциплінарна реабілітація – це не лише медична, а комплексна, цілісна відповідь на виклик травми. Вона базується на взаємоповазі, партнерстві з пораненим військовослужбовцем, єдності зусиль і спільній меті – відновленні не лише тіла, а й особистості, що зазнала болю, втрати та випробування.

Адаптація до мирного життя: формування нової ідентичності та сенсу

Адаптація до мирного життя після участі у бойових діях – це глибокий, багатоетапний процес, який передбачає не лише повернення до побутових умов, цивільних ролей і функцій, а й перебудову внутрішнього світу військовослужбовця, його ідентичності, ціннісної системи, способу взаємодії зі світом. У центрі цього процесу лежить формування нової ідентичності та сенсу життя, які допомагають не лише вижити в мирному середовищі, а й віднайти в ньому свою роль, значущість, опору та перспективу.

Участь у війні істотно змінює особистість. Людина проживає досвід граничної напруги, втрати, ризику, часто – морального болю і душевної розгубленості. Повертаючись до мирного життя, вона зустрічається з новою дійсністю, що здається незрозумілою, чужою або такою, що знецінює її бойовий досвід. Звичні моделі поведінки – мобілізація, самоконтроль, швидке реагування – вже не працюють у цивільному житті або навіть сприймаються як загрозливі. Це створює внутрішню розщепленість між «тим, хто я був на війні» і «тим, ким я маю стати зараз».

Формування нової ідентичності починається з визнання змін, які відбулися в особистості, тіла, психіки, цінностях. Важливо не намагатися повернутися до «попереднього себе», а прийняти факт того, що теперішній досвід — частина особистої історії. Замість намагання забути чи витіснити минуле, йдеться про інтеграцію травматичного досвіду як джерела сили, вивчених уроків, внутрішньої зрілості.

Один із ключових елементів адаптації – це пошук нового сенсу. Військовослужбовець, який повертається до мирного життя, часто втрачає

зовнішні орієнтири, які давали відчуття значущості: місію, бойову задачу, команду, чіткий порядок. У мирному житті важливо знайти або створити нову мету, яка буде резонувати з особистими цінностями. Це може бути служіння іншим – через волонтерство, громадську діяльність, участь у підтримці побратимів, наставництво для молоді; або творення – у формі сімейних стосунків, професійного розвитку, мистецтва, підприємництва.

Становлення нової ідентичності потребує підтримки з боку спільноти. Особливо важливим є безпечне середовище, де особа може відкрито говорити про свій досвід, ділитися переживаннями, бути почутою і визнаною. Позитивну роль тут відіграють ветеранські об'єднання, групи підтримки, психологічне консультування, участь у ритуалах вшанування пам'яті, публічні історії про подолання труднощів.

У деяких випадках потрібна професійна психотерапевтична допомога – для опрацювання симптомів ПТСР, відчуття провини, втрати сенсу, страху майбутнього. Залежно від стану людини можуть бути застосовані когнітивно-поведінкові, екзистенційні, нарративні або тілесно-орієнтовані підходи, які допомагають відновити зв'язок із собою, тілом, часом і простором.

Таким чином, адаптація до мирного життя – це не повернення до «нормальності», а створення нової особистісної цілісності, де бойовий досвід не є прокляттям, а одним з етапів життєвого шляху. Формування нової ідентичності – це процес самопізнання, прийняття й трансформації, який вимагає часу, ресурсу та підтримки. Сенс – це не те, що надається зовні, а те, що людина відкриває у собі через дію, взаємини, творення і співчуття. І саме він стає джерелом стійкості, надії та майбутнього.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Бойко Г. М. Реабілітаційна психологія : посібник [для студ. вищ. навч. закл.]. Полтава: АСМІ, 2010. 240 с.
2. Бочелюк В.Й., Турубарова А.В. Психологія людини з обмеженими можливостями: навчальний посібник. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 264 с.
3. Волошина П. В., Марути Н. О. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) / за ред.: Харків: Строков Д.В., 2016. 335 с.
4. Групові форми роботи в системі психосоціальної допомоги дітям і сім'ям, що опинились у складних життєвих обставинах внаслідок військових дій (досвід упровадження) / [авт. кол. В. В. Байдик, Ю. С. Бондарук, Ю. П. Гопкало, Т. Б. Гніда, І. О. Корнієнко, Н. В. Лунченко, Ю. А. Луценко, Р. А. Мороз, І. І. Ткачук]; заг. ред. В. Г. Панка, І. І. Ткачук. Київ : Ніка-Центр, 2020. 122 с.
5. Екстремальна психологія: підручник / за заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Київ: ТОВ «Август Трейд», 2007.
6. Євдокимова Н. О., Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Особистість у кризових ситуаціях: огляд сучасних психодіагностичних методик: навч. посіб. Миколаїв: Іліон, 2016. 341 с.
7. Коkun О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Корня Л.В. Психологічна оцінка суїцидального ризику у військовослужбовців. Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2019. 206 с.
8. Коkun О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В. Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.
9. Коkun 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. К.: 7БЦ, 2023. 175 с.
10. Організація психотерапевтичної допомоги в системі реабілітації хворих та інвалідів з психічними та поведінковими розладами, кризовими станами і потерпілих в результаті техногенних аварій і катастроф в умовах реформування охорони здоров'я. методичні рекомендації. Донецьк, 2013. 83 с.
11. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. Київ, 2018. 208 с.
12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 2. Київ, 2018. 240 с.
13. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 3. Київ, 2018. 236 с.
14. Панграцці А. Допоможи мені сказати прощай: Взаємодопомога в жалобі

- за померлим та при інших втратах / пер. Наталії Чернявської; за ред. Романа Скакуна. Львів: Видавництво Українського католицького університету, 2015. 144 с.
15. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко... Царенко Л. Г.; за ред. З. Г. Кісарчук. К.: ТОВ "Видавництво "Логос". 207 с.
 16. Регіональний психологічний проєкт «Завжди поруч»: кращі практики (з досвіду роботи). [у 2-х ч.]. Ч. 1 / Уклад. І.В.Марухина, Л.О.Кондратенко. Суми : НВВ КЗ СОІППО. 2023. С.64
 17. Сабліна Н. В. Психологічна допомога та робота психолога з військовими та їх родинами у дні війни. Військова психологія. Навчально-терапевтичний посібник. Вінниця: ТВОРИ, 2023. 228 с.
 18. Седих К. В. Основи психотерапії: навч. Посібник. Київ: Академвидав, 2016. 191 с.
 19. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос [та ін.]; за ред. З. Г. Кісарчук. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
 20. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. К.: ДП Вид. дім "Персонал", 2017. 160 с.
 21. Хоружий С.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О., Олійник В.О., Сириця М.В. Практикум з індивідуального психологічного консультування військовослужбовців, ветеранів та членів їхніх сімей: навч.-метод. посіб. К.: ТОВ «7БЦ», 2023. 90 с.
 22. Черненко М.І., Аршава І.Ф. Медико-соціальна і психологічна реабілітація хворих та інвалідів. Дніпропетровськ, 2007. 606 с.
 23. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: [монографія] / А. Г. Шевцов. К.: НТІ «Інститут соціальної політики», 2004. 239 с.

Додаткова:

1. Александров Д. О., Левенець О. А. Психологічна допомога працівникам ОВС, які виконують службові обов'язки в екстремальних умовах діяльності. Навч.-метод. Посібн. Київ. Національна академія внутрішніх справ, 2015. URL: https://www.naiu.kiev.ua/files/kafedru/up/pidrych_psuxol-zabezp9.pdf
2. Ауто- та гетероагресивна поведінка у структурі посттравматичних психічних розладів у учасників АТО / І. Я. З. Пінчук, В. Я. Пішель, М. Ю. Полив'яна [та ін.] // Архів психіатрії. 2016. № 3. С. 6–11. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_3_3
3. Військова психологічна підготовка та реабілітація/від. військ.-соц. роботи соц.-психол. упр. Голов. упр. по роботі з особовим складом Збройних Сил

- України. Київ: Вид. Філюк, 2015. 495 с.
4. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
 5. Горбунова В. В., Карачевський А. Б., Климчук В. О., Нетлюх Г. С., Романчук О. І. Соціально психологічна підтримка адаптації ветеранів АТО: посібник для ведучих груп. Львів: Інститут психічного здоров'я Українського католицького університету, 2016. 96 с.
 6. Давидова О. В. Майндфулнес-технології регуляції стресостійкості в роботі практичного психолога з учнями юнацького віку. Кременчук, 2022. 56 с.
 7. Єгорова О. Б. Реабілітаційна психологія: курс лекцій. Навчально-методичний посібник для студентів другого (магістерського) рівня вищої освіти спеціальності 053 Психологія. Слов'янськ: Вид-во Б.І. Маторіна, 2018. 132 с.
 8. Іванова О. Л., Пінчук І. Я., Хаустова О. О., Степанова Н. М., Чайка А. В., Пінчук А. О. Методичні рекомендації щодо надання першої психологічної допомоги сім'ям з дітьми, дітям, які перебувають/перебували у зоні збройного конфлікту. Підтримка реформи соціального сектору в Україні /за ред. О. Л. Іванової. URL: <http://www.mvk.if.ua/cssm/29453>
 9. Калініченко Я.О. Використання метафоричних асоціативних зображень «НОТІУМ (Найвідоміші Образи Та Істоти Української Міфології)» при наданні психологічної допомоги постраждалим у період воєнних дій. Хорол: ОЗ «Хорольська гімназія», 2022. 36 с.
 10. Соціально-психологічна реабілітація дітей, вилучених із ситуацій торгівлі дітьми та інших найгірших форм дитячої праці: узагальнення досвіду організацій Центральної та Східної Європи: навч.-метод. посіб. Акад. пед. наук України, Укр. наук.-метод. центр практ. психології і соц. роботи; ОБСЄ, Координатор проектів ОБСЄ в Україні. Київ: Час Друку, 2007. 116 с.

Інформаційні ресурси

1. Бібліотека Міжнародного гуманітарного університету: офіційний сайт. URL: https://mgu.edu.ua/science_library
2. Бібліотека Університету Ушинського: офіційний сайт. URL: <https://library.pdpu.edu.ua>
3. Міністерство освіти і науки України: офіційний сайт. URL: <http://www.mon.gov.ua>
4. Національна бібліотека України імені В.І.Вернадського: офіційний сайт. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/>
5. Одеська національна наукова бібліотека: офіційний сайт. URL: <http://odnb.odessa.ua/>

ДОДАТКИ

Додаток А

ВИДИ ТА МЕТОДИ КОНТРОЛЮ

Види контролю	Складові оцінювання	
	Для екзамену	Для заліку
поточний контроль , який здійснюється у ході: проведення практичних (лабораторних) занять, виконання самостійної роботи, індивідуальних завдань, дослідна робота здобувача тощо.	50%	100%
підсумковий контроль	50%	

Методи діагностики знань (контролю)	фронтальне опитування; наукова доповідь, реферати, усне повідомлення, індивідуальне опитування; робота у групах; ділова гра, розв'язання ситуаційних завдань, кейсів, практичних завдань, екзамен(залік)
--	---

Додаток Б

**ОЦІНЮВАННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ТА ФАХОВОЇ ПЕРЕДВИЩОЇ
ОСВІТИ ЗА НАВЧАЛЬНУ ДИСЦИПЛІНУ У МІЖНАРОДНОМУ
ГУМАНІТАРНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

*(поточний контроль, підсумковий контроль, загальний результат
оцінювання)*

ЕКЗАМЕН

<i>Поточний контроль</i>			
Види роботи	Планові терміни виконання	Форми контролю та звітності	Максимальний відсоток оцінювання
Систематичність і активність роботи на практичних (лабораторних) заняттях			
1.1. Підготовка до практичних (лабораторних) занять	Відповідно до робочої програми та розкладу занять	Перевірка обсягу та якості засвоєного матеріалу під час практичних (лабораторних) занять	30
Виконання завдань для самостійного опрацювання			
1.2. Індивідуальне тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою	Відповідно до робочої програми та розкладу занять	Розгляд відповідного матеріалу під час аудиторних занять або ІКР ¹ , перевірка конспектів навчальних текстів тощо	10
Виконання індивідуальних завдань, дослідна робота здобувача			
1.3. Інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовка наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо.	Відповідно до робочої програми та розкладу занять	Обговорення результатів проведеної роботи під час аудиторних занять, наукових конференцій та круглих столів.	10
Разом балів за поточний контроль			50
Підсумковий контроль екзамен			50
<i>Загальний результат оцінювання</i>			100

¹ Індивідуально-консультативна робота викладача зі здобувачами

Поточний контроль знань здобувачів освіти при формі контролю **екзамен** (максимум 50 балів) оцінюється за шкалою («2», «3», «4», «5»), з обов'язковим переведенням балів за кожний вид роботи таким чином:

- за підготовку до аудиторних занять (максимум 30 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості практичних (лабораторних) занять, для переведу балів за підготовку до аудиторних занять середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 6;
- за виконання завдань для самостійного опрацювання (тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою) (максимум 10 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості програмного матеріалу, що виноситься на самостійне вивчення, для переведу зазначених балів середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 2;
- за інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовку наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо (максимум 10- балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості інших видів індивідуальних завдань, для переведу балів за підготовку середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 2.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗА ПОТОЧНИЙ КОНТРОЛЬ

- «2» - виставляється за неправильну відповідь (письмову роботу), яка не відповідає змісту теми та свідчить про нерозуміння її основних положень;
- «3» - виставляється за відповідь (письмову роботу), яка відповідає змісту теми, але є неповною і неточною у визначенні понять, свідчить про неповне розуміння основних положень навчального матеріалу, свідчить про те, що знання студента мають фрагментарний, поверховий характер;
- «4» - оцінюється правильна і обґрунтована відповідь (письмова робота), з якої видно, що студент знає й розуміє теоретичний матеріал в обсязі навчальної теми, володіє необхідними навичками, не допускає суттєвих помилок.
- «5» - оцінюється повна, правильна, ґрунтовна відповідь (письмова робота) на запитання теми, що передбачає логічність і послідовність викладу матеріалу, володіння термінологією, показує вміння повно й глибоко використовувати теоретичні знання в практичній площині.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ПІДСУМКОВОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ ЗДОБУВАЧІВ ЗА ЕКЗАМЕН (максимум 50 балів)

Рівень знань оцінюється:

- від 40 до 50 балів - студент виявляє особливі творчі здібності, вміє самостійно знаходити та опрацьовувати необхідну інформацію, демонструє знання матеріалу, проводить узагальнення і висновки;
- від 30 до 40 балів - студент володіє знаннями матеріалу, але допускає незначні помилки у формуванні термінів, категорій, проте за допомогою викладача швидко орієнтується і знаходить правильні відповіді;

- 20 - 30 балів - студент відтворює значну частину теоретичного матеріалу, виявляє знання і розуміння основних положень, з допомогою викладача може аналізувати навчальний матеріал, але дає недостатньо обґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки.
- 10 - 20 балів - володіє навчальним матеріалом на середньому рівні, допускає помилки, серед яких є значна кількість суттєвих;
- 0 - 10 балів - володіє навчальним матеріалом на рівні, вищому за початковий, значну частину його відтворює на репродуктивному рівні, на всі запитання дає необґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки.

ЗАЛІК

Поточний контроль			
Види роботи	Планові терміни виконання	Форми контролю та звітності	Максимальний відсоток оцінювання
Систематичність і активність роботи на практичних (лабораторних) заняттях			
1.1. Підготовка до практичних (лабораторних) занять	Відповідно до робочої програми та розкладу занять	Перевірка обсягу та якості засвоєного матеріалу під час практичних (лабораторних) занять	60
Виконання завдань для самостійного опрацювання			
1.2. Індивідуальне тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою	Відповідно до робочої програми тарозкладу занять	Розгляд відповідного матеріалу під час аудиторних занять або ІКР ² , перевірка конспектів навчальних текстів тощо	20
Виконання індивідуальних завдань, дослідна робота здобувача			
1.3. Інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовка наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо.	Відповідно до робочої програми тарозкладу занять	Обговорення результатів проведеної роботи під час аудиторних занять, наукових конференцій та круглих столів.	20
Разом балів за поточний контроль			100
Загальний результат оцінювання			100

² Індивідуально-консультативна робота викладача зі здобувачами

Поточний контроль знань здобувачів освіти при формі контролю **залік** (максимум 100 балів) оцінюється за шкалою («2», «3», «4», «5»), з обов'язковим переведенням балів за кожний вид роботи таким чином:

- за підготовку до аудиторних занять (максимум 60 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості практичних (лабораторних) занять, для переведу балів за підготовку до аудиторних занять середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 12;
- за виконання завдань для самостійного опрацювання (тестування, завдання, підготовка реферату (есе) за заданою тематикою) (максимум 20 балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості програмного матеріалу, що виноситься на самостійне вивчення, для переведу зазначених балів середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 4;
- за інші види індивідуальних завдань, в т.ч. підготовку наукових публікацій, участь у роботі круглих столів, конференцій тощо (максимум 20- балів) здобувачу освіти необхідно мати не менше 1/2 оцінок від загальної кількості інших видів індивідуальних завдань, для переведу балів за підготовку середньоарифметична оцінка множиться на коефіцієнт 4.

КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ ЗА ПОТОЧНИЙ КОНТРОЛЬ

- «2» - виставляється за неправильну відповідь (письмову роботу), яка не відповідає змісту теми та свідчить про нерозуміння її основних положень;
- «3» - виставляється за відповідь (письмову роботу), яка відповідає змісту теми, але є неповною і неточною у визначенні понять, свідчить про неповне розуміння основних положень навчального матеріалу, свідчить про те, що знання студента мають фрагментарний, поверховий характер;
- «4» - оцінюється правильна і обґрунтована відповідь (письмова робота), з якої видно, що студент знає й розуміє теоретичний матеріал в обсязі навчальної теми, володіє необхідними навичками, не допускає суттєвих помилок.
- «5» - оцінюється повна, правильна, ґрунтовна відповідь (письмова робота) на запитання теми, що передбачає логічність і послідовність викладу матеріалу, володіння термінологією, показує вміння повно й глибоко використовувати теоретичні знання в практичній площині.

Додаток В**КРИТЕРІЇ ЗАГАЛЬНИХ РЕЗУЛЬТАТІВ ОЦІНЮВАННЯ ЗНАНЬ
ЗДОБУВАЧІВ****(для іспиту / заліку)**

Рівень знань оцінюється:

- «відмінно» / «зараховано» А - від 90 до 100 балів. Студент виявляє особливі творчі здібності, вміє самостійно знаходити та опрацьовувати необхідну інформацію, демонструє знання матеріалу, проводить узагальнення і висновки. Був присутній на лекціях та семінарських заняттях, під час яких давав вичерпні, обґрунтовані, теоретично і практично правильні відповіді, має конспект з виконаними завданнями до самостійної роботи, презентував реферат (есе) за заданою тематикою, проявляє активність і творчість у науково-дослідній роботі;
- «добре» / «зараховано» В - від 82 до 89 балів. Студент володіє знаннями матеріалу, але допускає незначні помилки у формуванні термінів, категорій, проте за допомогою викладача швидко орієнтується і знаходить правильні відповіді. Був присутній на лекціях та семінарських заняттях, має конспект з виконаними завданнями до самостійної роботи, презентував реферат (есе) за заданою тематикою, проявляє активність і творчість у науково-дослідній роботі;
- «добре» / «зараховано» С - від 74 до 81 балів. Студент відтворює значну частину теоретичного матеріалу, виявляє знання і розуміння основних положень, з допомогою викладача може аналізувати навчальний матеріал, але дає недостатньо обґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки. При цьому враховується наявність конспекту з виконаними завданнями до самостійної роботи, реферату та активність у науково-дослідній роботі;
- «задовільно» / «зараховано» D - від 64 до 73 балів. Студент був присутній не на всіх лекціях та семінарських заняттях, володіє навчальним матеріалом на середньому рівні, допускає помилки, серед яких є значна кількість суттєвих. При цьому враховується наявність конспекту з виконаними завданнями до самостійної роботи, рефератів (есе);
- «задовільно» / «зараховано» E - від 60 до 63 балів. Студент був присутній не на всіх лекціях та семінарських заняттях, володіє навчальним матеріалом на рівні, вищому за початковий, значну частину його відтворює на репродуктивному рівні, на всі запитання дає необґрунтовані, невичерпні відповіді, допускає помилки, має неповний конспект з завданнями до самостійної роботи.
- «незадовільно з можливістю повторного складання» / «не зараховано» FX – від 35 до 59 балів. Студент володіє матеріалом на рівні окремих фрагментів, що становлять незначну частину навчального матеріалу.
- «незадовільно з обов'язковим повторним вивченням дисципліни» / «не зараховано» F – від 0 до 34 балів. Студент не володіє навчальним матеріалом.

Таблиця відповідності результатів контролю знань за різними шкалами

100-бальною шкалою	Шкала за ECTS	За національною шкалою	
		екзамен	залік
90-100 (10-12)	A	Відмінно	зараховано
82-89 (8-9)	B	Добре	
74-81(6-7)	C		
64-73 (5)	D	Задовільно	
60-63 (4)	E		
35-59 (3)	FX	незадовільно	не зараховано

Методичне видання

Бедан Вікторія Борисівна

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ОСОБАМ, ЯКІ ОТРИМАЛИ ПСИХІЧНІ ТРАВМИ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ

для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузі знань 05 Соціальні та поведінкові науки
за спеціальністю 053 Психологія.

КОНСПЕКТ ЛЕКЦІЙ