

***Rozwitek psychoterapeutycznych technologii,
rehabilitacja ta konsultowania uczestników
operacji Ob'jednanych sil – zвіт pro
dosлідницький проект***

**Ч. 2: Розроблення технологій психотерапії та реабілітації внутрішньо
переміщених осіб та учасників ООС**

Катерина Островська (Kateryna Ostrovska)

Ivan Franko National University of Lviv

<https://orcid.org/0000-0002-5891-2542>

katerynaostrovska@gmail.com

Леся Музичко (Lesya Muzychko)

Hetman Petro Sahaidachnyi National Ground Forces Academy (Lviv)

<https://orcid.org/0000-0001-6814-5968>

lesya.muzychko@gmail.com

Богдана Андрейко (Bohdana Andreyko)

Ivan Franko National University of Lviv

<https://orcid.org/0000-0002-1359-7630>

bohdana.andreyko@lnu.edu.ua

**Rozwitek technologii psychoterapeutycznych i rehabilitacja
osób z oświadczeniami przeżyć traumatycznych PTSD**

Raport z projektu badawczego „Rozwitek technologii psychoterapeutycznych,
rehabilitacji i poradnictwa uczestników operacji Sił Połączonych”, cz. 2
(grant Ministerstwa Szkolnictwa Wyższego i Sił Zbrojnych, nr DZ/74-2019)

W tej części raportu autorzy omawiają problematykę PTSD w kontekście badań empirycznych, uwzględniając modalności psychoterapeutyczne. Psychoterapia skoncentrowana na rozwiązaniu i sięga swoimi korzeniami do koncepcji Elisa, który opracował nie tylko sposoby wsparcia osób doświadczających

kryzysów egzystencjalnych, ale i borykających się z zaburzeniami wynikającymi z przeżyć traumatycznych. Traumatoterapia to modalność odwołująca się do metod i technik prowadzących do równowagi klienta, któremu nie jest obce ekstremalne przeżycie. Psychoterapia skoncentrowana na możliwości (psychoterapia możliwości) zakłada, zdaniem jej twórcy, budowanie klimatu terapeutycznego, który prowadzi do twórczej współpracy z klientem, a w konsekwencji buduje atmosferę psychicznego komfortu i bezpieczeństwa, w której klient zaczyna „uwalniać” i realizować potencjał swojego prawdziwego „ja”. To właśnie ta atmosfera przyspiesza proces upodmiotowienia i akceptacji prawdziwego obrazu siebie i innych.

Słowa kluczowe: psychoterapia; badania; PTSD; traumatoterapia; psychoterapia skoncentrowana na rozwiązaniu; psychoterapia skoncentrowana na możliwości (psychoterapia możliwości)

Development of psychotherapeutic technologies and rehabilitation of people with traumatic PTSD experiences

Report from the research project „Development of psychotherapeutic technologies, rehabilitation and counseling of participants of the Joint Forces operations”, part 2 (Grant of the Ministry of Higher Education and the Armed Forces, No. DZ/74-2019)

In this part of the report, the authors discuss PTSD in the context of empirical research, taking psychotherapeutic modalities into account. Solution-oriented psychotherapy has its roots in the concept of Elisa, who not only developed ways to support people with existential crises, but also people who have to struggle with disorders that result from traumatic experiences. Traumatotherapy is a modality that refers to methods and techniques that lead to the balance of the client who is familiar with extreme experiences. Possibility-focused psychotherapy (psychotherapy of possibilities), according to its creator, requires the creation of a therapeutic climate that leads to creative cooperation with the client and consequently creates an atmosphere of psychological comfort and security in which the client begins to “to free” and realize the potential of his true self. It is this atmosphere that speeds up the process of empowerment and acceptance of the true picture of yourself and others.

Keywords: psychotherapy; research; PTSD; traumatherapy; solution-oriented psychotherapy; possibility focused psychotherapy (psychotherapy of possibilities)

2.1. Аналіз технологій психотерапії осіб з ознаками посттравматичного стресового розладу

2.1.1. Психотерапевтична робота з внутрішньо переміщеними особами з зони ООС та учасниками ООС з використанням короткотермінової терапії, сконцентрованої на розв'язанні

В нашій роботі з внутрішньо переміщеними особами з зони ООС та учасниками ООС ми використовуємо основні принципи та техніки короткотермінової терапії, сконцентрованої на розв'язок

Короткотермінова терапія сконцентрована на розв'язок (далі КТР) (Centrum terapii krotkoterminowej, member of European Brief Therapy Association) проводиться, як і в групі так і індивідуально.

В нашій роботі з внутрішньо переміщеними особами з зони ООС та учасниками ООС ми використовуємо основні принципи та техніки КТР.

Основні поняття концепції

- Короткотерміновість – робити тільки те, що потрібно, сконцентруючись на розв'язанні.
- Розв'язання – спосіб, який звільнить клієнта від проблеми. Проблема розглядається у контексті певної ситуації. Позбутись проблеми — вийти за межі цієї ситуації і в цій новій життєвій ситуації почати конструювати життя в якому проблема себе не проявляє через виставлення нових, конкретних цілей та поступову їх реалізацію. Наприклад, питання: “Як буде виглядати твоє життя, коли ти будеш спокійний, чи щасливий” – допомагає актуалізувати уявлення про інше майбутнє і шукати разом з психотерапевтом способи реалізації такого майбутнього. Ці способи, конкретні дії, зміна поведінки клієнта стають вирішенням проблеми, яка проявлялась у попередньому житті без спокою і щастя.
- Клієнт змінив мислення і сам змінив свої проблеми.

Термін «короткотерміновість» означає робити тільки те, що потрібно, сконцентрованість на будіванні розв'язку. Розв'язок – спосіб, який звільнить клієнта від проблеми і допоможе йому конструювати життя, в якому нема проблем [62, 63].

Робота в цьому напрямку є досить проста та ефективна. КТР відрізняється від інших підходів тим, що вона не концентрується на проблемі (діагнозі клієнта), оскільки це не лише не допомагає, але, часом і створює перешкоди клієнтові у поступі до вирішення цієї ж проблеми.

Перспектива психотерапевтичної роботи скерована на теперішнє та майбутнє. Якщо впливає досвід минулого, то його використовується на користь досягнення певних цілей у вище згаданих перспективах.

Центральна філософія КТР дивує своєю простотою. Проте, застосування таких простих правил вимагає від спеціалістів, які цей метод застосовують, самодисципліни та докладання чималих зусиль.

Основна філософія

- Якщо не зіпсувалося – не ремонтуй.
Не потрібно змінювати того, що приносить очікувані результати та допомагає. Якщо ми бачимо, що щось відбувається в житті людини, певна поведінка приносить полегшення, допомагає в конструюванні клієнтом позитивних рішень, то ми цього не змінюємо.
- Якщо дізнаєшся, що допомагає – роби це частіше, повторюй це.
Це твердження вказує на те, що потрібно повторювати ті дії, які ми відзначаємо як ефективні і такі, які провадять до конструктивних рішень. Якщо помічними є розмови, концентрація на роботі, слухання музики і це допомогло в певній ситуації, то варто використати це.
- Якщо щось не допомагає – не роби цього більше. Роби щось інше.
Це твердження базується на свідомості та вмінні окреслити те, що не допомагає. Це дозволяє виключити дії, які не допомагають і йти в пошуку нових рішень, які допоможуть досягти змін. На думку автора роботи [61], багато людей мають помилкове переконання, що якщо проблема є серйозною та важкою, то її вирішення теж має бути таким ускладненим і важко втілюваним в життя. Це виглядає логічно, але насправді є мало ефективним. Тому варто шукати прості рішення, які допомогатимуть в конкретній ситуації чи в її контексті.

Основні принципи роботи

- Мінімалізм – працюємо з тим, що є. Варто не ускладнювати ситуації і не шукати додаткових перешкод до її вирішення. Спрацьовує гасло: “Будь простим”.
- Правило: “Не залишай слідів в житті клієнта”. Клієнт змінює життя, психотерапевт тільки підтримує переконання клієнта в тому, що він сам зможе впоратись з проблемою.
- Правило: “Слухай клієнта”. Важливо вміти почути, слухати вербально і невербально.
- Усвідомлення того, що ми (люди) можемо чогось не знати;
- Запитуй: чого хоче клієнт? Кожен клієнт є вмотивований, він прийшов сам, опору нема, лиш мотивація... до щасливого життя, до того, щоб позбутись проблеми/м.

Немає простих рішень і перевірених схем, які підходили б усім клієнтам. Цей принцип вказує на те, що навіть, якщо людина, яка має такі самі проблеми і потреби як і інший клієнт, не буде трактуватись так само (шаблонно), а до неї буде застосовано індивідуальний терапевтичний підхід, який передбачено лише для неї. Він повинен підходити до її унікальних потреб.

Існує багато способів бачення однієї ситуації і багато її вирішень. Чим більший список рішень, тим більші шанси на пошук і застосування клієнтом такого рішення, яке приведе до змін.

Концепція опору не сприяє терапії. Опір трактується як брак готовності до співпраці до змін. Натомість, в даному підході, опір – це певний сигнал для того, щоб перестати робити те, що не допомагає і шукати нові шляхи вирішення, які будуть відповідати клієнтові.

Зміна в процесі терапії є неминучою. Віра психотерапевта в можливості клієнта є вирішальним чинником позитивних змін.

Вистачить малої зміни, щоб ініціювати розв'язок. Часто, перешкодою на дорозі змін є високі очікування, які ставлять як клієнти так і психотерапевти. Тому важливо є пам'ятати про «маленькі кроки», які згодом приведуть до великих змін. Завданням спеціаліста є ініціювати малі зміни.

Клієнти мають ресурси необхідні для змін. Концентрація на ресурсах, а не на проблемах і слабкостях, допомагає клієнту почуватися в безпеці і більш компетентним у вирішенні своєї ситуації.

Знання деталей проблеми не є необхідним, для того, щоб проблему вирішити. Переконавання, що очікуване вирішення не є тісно пов'язане зі самою проблемою, є найбільш несподіваним принципом даного методу.

Краще дивитися вперед, ніж оглядатися назад. Якщо людина не знає куди вона має йти, то вона ніколи туди не дійде. Щоб окреслити цілі клієнта, не обов'язково заглиблюватися в його минуле і вияснювати звідки він прибув, оскільки це дуже виснажує. Звертання до минулого є лише у випадку пошуку «винятків» або способів вирішення проблеми, які були успішними.

Клієнти здатні окреслити цілі терапії і знайти вирішення, хоча про це не знають. Кожен клієнт може окреслити і вибрати те, що є для нього добре. Завданням терапевта є допомогти окреслити, сформулювати та вербалізувати потреби клієнта.

Зміна має перманентний характер – все змінюється. В житті клієнта є такі моменти, дні, тижні, коли труднощі, з якими він бореться, проявляються в меншій мірі, або не проявляються взагалі, коли найгірша реальність виглядає трохи краще. Терапевт мусить зосередитися на таких «винятках», які можуть стати джерелом вирішення проблеми [63].

Сесія (основні етапи роботи)

Сесія та етапи роботи практично не змінні протягом останніх років і беруть основу із напрацювань Інсу Кім Берг та Стів Де Шейзер [43-45, 61, 71]. Отже Сесія (основні етапи роботи) складаються з таких кроків:

- *Розмова вільна від проблем;*
- *Очікування:*
 - З'ясування проблеми;*
 - Формулювання мети;*
- *Запитання про винятки;*
- *Запитання про чудо;*
- *Запитання про винятки;*
- *Оцінювання, шкалування;*
- *Перерва;*
- *Зворотна інформація:*
 - Компліменти;*
- *Обґрунтування;*
- *Домашнє завдання.*

У підході, сконцентрованому на рішенні, терапія розпочинається з „Розмови вільної від проблем”. Вона є нагодою для пацієнта представити себе з позитивного боку, а також забезпечує блискавичну інтеграцію з іншими членами групи. Терапевт «стежить», щоб характер висловлювання залишився позитивним, а що найістотніше – «відтягує» пацієнта від проблеми, не дозволяючи його очікуванням розмовляти тільки про життєві проблеми. Пацієнт вірить, часто з огляду на знання, отримані від інших і власне уявлення про психотерапію, що це матиме для нього лікувальну цінність. Тож, в цілому, для нього це чимала несподіванка, що в цьому підході від нього не тільки не чекають розмови про проблему, а відводять від цього. Для терапевта висловлювання пацієнта на цьому першому етапі є скарбницею знань про його ресурси і нагодою підкреслити ці ресурси компліментами [56, с. 22-23].

Відгук терапевта на основі проведеної бесіди щодо ситуації клієнта – це обдуманий комплімент, який підкреслює ресурси, сильні сторони і реалізовані зміни, зауважені впродовж консультації, що повинні допомогти пацієнтові досягти поставленої мети. Якщо це робота в групі, то клієнти обмінюються відгуками, складеними під час перерви. Терапевт у відгуку підкреслює якості і досягнення клієнта/ів, які можуть мати значення з точки зору пошуку або реалізації мети. Для клієнта/ів відгук є підбадьоренням на закінчення терміну терапевтичної сесії. Відгук мусить бути позитивним і стосуватись конкретних ситуацій, про які клієнт розповідав протягом сесії [56, с. 15-16].

Концепція проведення короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку у відкритих групах (тижневий розклад)

Польський психотерапевт та дослідник Марек Гжиб (Grzyb, 2014-2015), розробив та апробував авторську програму для роботи у відкритих групах, на основі короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку [56, 73]. П'яти тижневий опис короткотермінової терапії у відкритих групах представлено у роботах Марка Гжиба [56, с. 19-21].

Засади короткотермінової терапії сконцентрованої на розв'язку досить прості, проте пов'язані вони із дотриманням основної філософії цієї терапії, а саме чітко встановленої схеми, якої так наполегливо шукав Стів де Шазер у своїх практичних працях. В терапевтичній роботі він прагнув створити дійсно науковий і структурний комплекс засад. Створюючи авторську терапевтичну програму, допасовану до умов клієнта, автор був вірним і не змінював етапи і схему класичної роботи. Програма повністю заснована на структурі першої терапевтичної сесії КТР, де має місце розмова вільна від проблем, натяк на проблему, пошук винятків, формулювання цілей, терапевтична перерва та зворотна інформація. Згідно засадам, авторська терапевтична програма передбачена на процес тривалістю в 5 тижнів. Кожен тиждень зустрічей відповідає наступному етапу першої сесії КТР, збагаченої помічними інструментами в праці з людьми враховуючи філософію до цієї моделі. Перший і другий тиждень присвячений – будівництву відносин, знайомству та інтеграції груп. Третій і четвертий тиждень це – робота над формулюванням мети. П'ятий тиждень – готує до закінчення терапії, де пацієнт створює карту на вихід з остаточно сформульованою метою [56, с. 21-23]. Із спостережень, які висловлював Марек Гжиб у своїй науковій праці, виникає умовивід, що найважчим для терапевтів є дотримання цієї схеми, структури психотерапевтичної сесії.

Під час терапевтичного процесу пацієнт отримує: в груповій терапії 4 годин терапевтичних занять протягом тижня, зустрічі два рази в тиждень.

Заняття кожного дня закінчуються *зворотною інформацією*, якій передує *терапевтична перерва*. Програма передбачає що кожен наступний день з терапевтичних занять пацієнта, ми починаємо з масштабних питань: що пацієнту вдалось *зробити доброго для себе* по відношенні до конкретного місця на якому він був. У випадку коли пацієнт перебуває понад 2-х тижнів у процесі терапії, заняття починаємо перевіркою, що змінилось в кращу сторону, від моменту прийняття рішення про групову психотерапію. Далі проводяться відповідні терапевтичні заняття, під час яких пацієнти працюють індивідуально по відношенні до групи і не дають один одному зворотних інформацій під час терапії. Це наступний важливий елемент, який відрізняє цю модель терапії від моделі традиційно використаної до тепер.

Терапевт в моделі КТР є лише *експертом в розмові*. Керує нею, розвиває її і відповідальний за одночасне заохочення до висловлювання декількох пацієнтів. Відповідно до центральної філософії моделі КТР: *пацієнт – це експерт* у своєму житті. Терапевт, проводячи розмови, прямує за пацієнтом і не залишає слідів у його житті. Пацієнт після розмови з терапевтом повинен вийти з переконанням, що лише собі завдячує змінам.

Терапевт, проводячи розмови з пацієнтом у групі, застосовує інструменти і питання КТР. Робота терапевта полягає в заохочуванні декількох пацієнтів, які перебувають на схожому етапі реалізації програми.

Розпочинаючи терапію пацієнти вже на першому тижні могли з легкістю спостерегти, яких змін досягли пацієнти з четвертого чи п'ятого тижня. Це було мотивацією для прийняття власних рішень і візії власних змін. Наважившись на проведення терапії в цій моделі у відкритих групах, де практично кожного дня до групи доєднується і йде з групи щонайменше один пацієнт, це рішення вимагало чималих організаційних змін і взаємної співпраці терапевтів, що ведуть групу. Крім того, в структурі відкритих груп, кожен з пацієнтів є на іншому етапі реалізації авторської терапевтичної програми. Щоб удосконалити проведення терапії і обмін інформацією про реалізацію окремих етапів роботи пацієнта, для кожного запровадили "Індивідуальний листок пацієнта", який включає етапи реалізації програми і залишається для ознайомлення терапевтом [56, с. 15-16]. Терапевт знайомиться з листком кожного пацієнта перед початком кожного дня занять. Читає про те, що вдалося зробити і на якому етапі є пацієнт. Таким чином, клієнти мають збережену безперервність терапевтичного процесу. Вся терапевтична робота відбувається у групі і пацієнти не отримують завдань для виконання у вільний час.

I і II тиждень

Будування стосунків і взаємне пізнання – інтеграція групи

1. Презентація «Програми Терапії» і представлення принципів роботи в цій програмі (вище описано).
2. Будування довіри – розмова вільна від проблеми.
3. Самодіагноз і розширення знань на тему порушення розвитку у дитячому віці.
4. Очікування пацієнта стосовно терапії – *«лист до друга»*.

III тиждень

Робота над формулюванням мети

1. Робота над мотивацією до зміни – звернення до проблеми.
2. Робота над уривками – *«добре життя»*.

3. «Листок ресурсів».
4. Дзвінок до сім'ї – «Що я повинен був би змінити в собі за допомогою терапії, щоб ти побачив/побачила, що терапія принесла результат?».
5. «Аркуш мети».

IV тиждень

Формулювання мети

1. Аркуш індивідуальної мети.
2. Налагодження стосунків – як підкріплення мети.
3. Робота над «дивом».
4. Переформулювання і остаточне формулювання мети пацієнта.

V тиждень

Підготовка до закінчення терапії

1. Робота над уривками з минулого.
2. Опрацювання кроків для реалізації мети.
3. План на вихід.
4. Створення «листка на вихід»:
 - а) *Мета*,
 - б) *Кроки*,
 - с) *Шкалювання* [56, с. 19-21].

Після короткотермінової терапії учасники ООС розуміють необхідність організації свого життя саме поетапно і маленькими кроками. Завдяки технікам та етапам роботи короткотермінової терапії вони вже знають, що можна зробити ще, чого вже не потрібно робити, з ким необхідно порадитись. За допомогою такої техніки як шкалювання (пропозиція розмістити себе на шкалі від 1 до 10) проблеми, вони бачать де є зараз, що саме зробили, а що ще можна зробити. Клієнти переносять свої слова, мрії та уявне почуття щастя на поведінку, що є ключовим аспектом терапевтичної роботи. Вони відчують цілковиту мить спокою, щастя, емоційної рівноваги, сімейного взаєморозуміння. Важливий аспект такої психотерапії це – розуміння самостійності у вирішенні своїх проблем, а головне, мотивації до вирішення, до успіху у вигляді проходження усіх стадій адаптації до нових умов мирного життя.

Концепція психотерапії можливостей

Розробник напрямку психотерапії можливостей – Якуб Бартошевський [41-42] стверджує, що ефективна терапевтична допомога сконцентрована на пошук ресурсів, можливостей клієнта, які були б орієнтирами у подоланні

психотравмуючої ситуації. Метою психотерапії є усвідомлення та розуміння ролі внутрішніх механізмів чи міжособистісних процесів у соціальному середовищі та їх дисфункції на рівні поведінки чи порушення особистості. Модель психотерапії можливостей зосереджена на компетенціях психотерапевта та передбачає такі етапи:

- Застосування маєвтичного діалогу, що зосереджується на формулюванні чітких, запитань;
- Фокусування на дії та мотивації, щоб досягти переосмислення сценаріїв та ефективно переформулювати їх для вирішення проблем;
- Активне використання методів і технік (зокрема, фізичної реабілітації та рухової активності), що сприяють подоланню деструктивності травм [42].

В основу психотерапії можливостей покладені ідеї і практичні підходи Карла Роджерса та В. Франкла та когнітивної психології Дж. Брунера. К. Роджерс стверджував, що в організмі людини від природи закладені позитивні сили, які сприяють здоров'ю, розвитку і вдосконаленню.

Згідно Дж. Брунера, пізнання світу людиною має, перш за все, сенсорно-моторний характер, тобто ніщо не може стати осмисленим, не пройшовши спочатку кризь наші відчуття і рухову активність.

Вирішальну роль в житті і розвитку людини К. Роджерс надає Я-концепції, тобто його уявленню про самого себе. Саме ця Я-концепція (уявлення про самого себе) і визначає поведінку і вчинки людини в тих чи інших ситуаціях.

У свідомість людини спочатку не закладена об'єктивна оцінка власного Я. Однак така необ'єктивність в значній мірі компенсується життєвим досвідом, який постійно вносить корекцію в самооцінку особи, дозволяючи краще відчутти свої можливості, а також сприйняття себе іншими людьми.

Важливим провідним механізмом в об'єктивізації самооцінки і своєї поведінки є почуття усунення (або ослаблення) внутрішнього конфлікту, що змінюється внутрішнім задоволенням, яке наступає (або підвищується) у міру самореалізації.

Психотерапевт вважає, що передумовою до більш автентичного і більш легкого прийняття інших є прийняття особистісної самості, тобто об'єктивізація самооцінки. У свою чергу, прийняття особи іншими сприяє процесу прийняття нею самої себе в цьому ж виді. Можна сказати, що суть процесу особистісного зростання і складається з постійно вдосконалюваного зворотного зв'язку, який здійснюється як одночасний процес коригування своїх відносин з іншими і своєї Я-концепції.

Зідно концепції психотерапії можливостей, прагнення людини до пошуку і реалізації сенсу життя є вродженою мотиваційною тенденцією, властивою усім людям, і є основним двигуном поведінки і розвитку особистості.

Проте людське прагнення до реалізації сенсу життя може бути фрустрованим, і ця екзистенціальна фрустрація здатна привести до неврозу. Унікальний сенс життя (або узагальнені цінності, що виконують ту ж функцію) може бути знайдений людиною в одній з трьох сфер: творчості, емоційних переживань, свідомому прийнятті тих обставин, що людина не в змозі змінити.

Роль психотерапевта. Головне завдання психотерапевта у психотерапії можливостей – встановлення дружньої творчої співпраці з клієнтом і створення такої атмосфери психологічного комфорту і захищеності, в якій клієнт сам почне «вивільняти» і реалізовувати потенційні можливості свого істинного «Я». Саме така атмосфера прискорює процес об'єктивізації і прийняття реального образу самого себе і інших. Я. Бартошевський пропонує рекомендації щодо роботи з клієнтом у напрямку психотерапії можливостей:

- Визначення основних психотерапевтичних цілей, що допоможе структурувати терапевтичну роботу;
- Вміння вислухати клієнта, оскільки цінним є все, що говорить клієнт. Важливо спостерігати за невербальною комунікацією, при цьому використовуючи елементи маєвтичного діалогу.
- Застосування емпатії. Раціональна аргументація знижує прагнення клієнта до психотерапії, тому емпатія та прийняття клієнта є ключовими у психотерапії можливостей.
- Проведення оцінки ефективності терапевтичних послуг після кожної сесії. Це сприятиме вдосконаленню фахових компетенцій психотерапевта [18, 30].

Психотерапевт, що працює у напрямку психотерапії можливостей керується принципом, що ключі до одужання знаходяться у самого клієнта, і окрім професійних навичок він повинен володіти особистісними якостями, які допоможуть клієнту користуватися цими ключами. І ці сили будуть ефективними, якщо терапевт зможе встановити з клієнтом достатньо теплі стосунки прийняття і розуміння.

Узгоджена інтегративна методологія лікування травми згідно концепції інтегративної методології (KIM)

Норкросс з співавт. [65, 68] визначив низку взаємодіючих факторів, які обґрунтовують тенденцію до інтеграції психотерапії:

- 1) тенденція до збільшення кількості окремих концепцій психотерапії;
- 2) зростання кількості та значення короткотермінових, цілеспрямованих психотерапій;
- 3) неспроможність окремої психотерапії або групи психотерапій продемонструвати більшу ефективність порівняно з іншими видами психотерапій;

- 4) неспроможність кожної окремої концепції психотерапії адекватно пояснити та передбачити патологію, особистісні зміни або поведінку особи;
- 5) більш широке спілкування між клініцистами та науковцями, що призвело до збільшення готовності та можливостей для терапевтичних експериментів;
- 6) втручання в консультативну практику третіх сторін, які забезпечують соціально-економічну підтримку для традиційних довготермінових психотерапій, що супроводжуються підвищеним попитом на підвітність та документацію щодо ефективності всіх медичних та психологічних методів терапії;
- 7) виявлення споріднених факторів у всіх психотерапіях, які досягають успішного результату;
- 8) розвиток професійних організацій, мереж, організація щорічних конференцій та створення періодичних журналів, які присвячені обговоренню та вивченню інтеграції психотерапії.

Одним із способів відповіді на посттравматичні стресові розлади, отримані внаслідок воєнних дій, є концепції інтегративної методології (KIM).

Згідно концепції KIM травма – це:

- у медицині: пошкодження;
- у психіатрії: причинно-наслідковий випадок;
- у психології: досвід, який порушує цілісність людини.

Травма згідно МКБ 10 (Міжнародна класифікація хворіб) – це стресова подія або ситуація меншої чи більшої тривалості з винятковою загрозою чи катастрофічним характером, яка викликає майже у всіх глибокий відчай.

Природна реакція на травматичні переживання:

- підвищений рівень збудження / надмірної реакції;
- передчуття нової небезпеки, жахливості, безсоння;
- внутрішній відступ – емоційна байдужість, втрата відчуттів, вимкнення з відкритого, вираженого життя;
- зовнішній вихід із спільноти, щоб уникнути „подібного”, як захист від тригерів, які можуть викликати спогади;
- збереження особистої ідентичності шляхом приховування, роз’єднання, витіснення шкідливого досвіду сприйняття.

Травма впливає на людину в цілому, при травмі порушуються:

- особиста ідентифікація;
- самооцінка;
- самовпевненість.

Людина стає невпевненою та вразливою.

Формування симптомів

Найкращим рішенням для людини на даний момент є збережувальна симптоматика природної реакції. Симптом має цінну захисну функцію, він створює безпеку, яку людина може відчутти своїми силами. «Симптом бере на себе функцію збереження власної системи». Шуман, 1995. Однак, симптом виконує функції, що підтримують життя, лише у відкритих системах, які організовані у відповідному загальному сенсі. У закритій системі, де втрачається орієнтація в загальній ієрархії сенсу, симптом перекручується. На стінці закритої системи *circulus vitalis* симптом перетворюється на порочне коло і призводить до втрати функції системи [70].

Вихід з травми – це:

- не тільки лікування симптомів: як флешбек, обтяжливі думки тощо, але
- лікування всієї людини, спираючись на власні життєві ресурси, свої знання та свої емоції.

Терапія травм за допомогою узгодженої інтегративної методики КІМ включає:

- Інтегративний образ людини
- Цілісне розуміння наслідків травми
- Теорія та практика принципу розвитку активності
- Активізація сил самолікування та самоорганізації
- Дотримання принципу інтеграції в лікуванні
- Робота з ресурсно-орієнтованими екстерналізаціями
- Робота з вільною уявою
- Метамоделі: функціональний потік для розвитку
- Принципи терапії, що сприяє розвитку

Концепція інтеграційної методології:

1. Сили самолікування

Лікувати може терапевт або лікар

Зцілити людина може лише себе сама

2. Гарний супровід / терапія та допомога, яка знову приносить зрозумілість, керованість та осмисленість світу

Концепція інтеграційної методології – це прагматична психо-соціально-терапевтична концепція (описується Рис. 2.1)

- гуманістична / системна;
- особа як відкрита система;
- зміст посилання дає значення;
- інтеграція як основа життєдіяльності та розвитку.

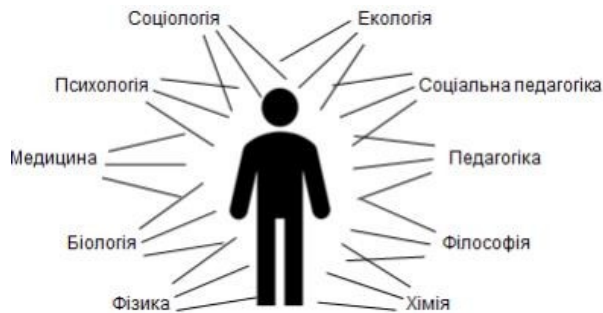


Рис. 2.1. Інтегративний (цілісний) образ людини за версією Шуманн Г. [70].

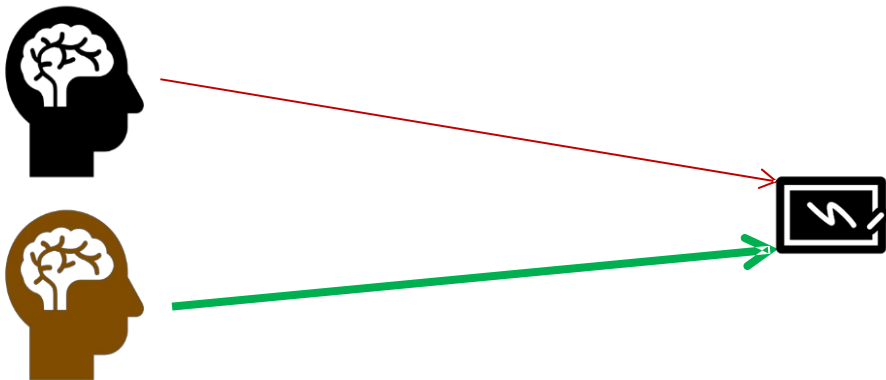


Рис. 2.2. Фокус уваги клієнта у концепції інтеграційної методології.

Фокус уваги

Мозок людини перебуває в напруженому стані при одночасному спокої (див. Рис. 2.2).

Ефект

Розслаблено, відстань надає безпеку та огляд:

- Звільняє сили самоорганізації
- Мотивує – активує стійку динаміку рішення
- Дозволяє власні творчі рішення

KIM забезпечує функцію розслаблення при травмі з одночасним інтегруванням у „ситуацію”. KIM можна порівняти з методом EMDR для ефекту без рухів очей. Спільним для цих двох методів є використання подвійної уваги – рухів очей та експозиції лише під час десенсибілізації та переробки очних рухів для посттравматичного стресового розладу. В EMDR двостороннє стимулювання відбувається в чергуванні образної уяви та мови. У KIM використовується робота із ситуацією та імагінація. При застосуванні методу EMDR основна роль відводиться психотерапевту. У методі KIM психотерапевтична робота відбувається через розвантаження в Я-Ти комунікації. При цьому клієнт може керуватися своїм станом, а консультант відіграє роль спостерігача. Крім того, клієнт отримує більше свободи від відгуків консультанта.

Роль консультанта

- Консультант може зосередити увагу на ситуації і таким чином її зрозуміти, а не формувати мудру теорію;
- Відмовитись від влади, щоб створити умови для розвитку клієнта.

Основним станом клієнта повинно бути:

- прийняття, безпека, свобода оцінок та інтерпретацій;
- клієнт має прерогативу інтерпретації.

Мозковофізіологічна і психологічна організація досвіду і знань

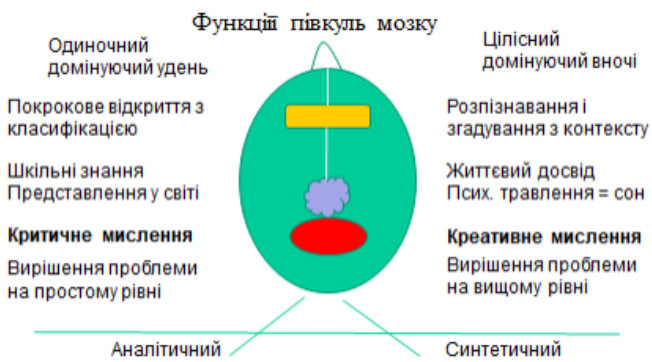


Рис. 2.3. Функції півкуль головного мозку.



Рис. 2.4. Реакція на небезпеку.

- Як відбувається вихід із кризи?
- Як виникають нові думки? Як – нові почуття?
- Нові класифікації? Нові пізнання?
- Як ми відкриваємо нове в собі? Що залишається від старого?

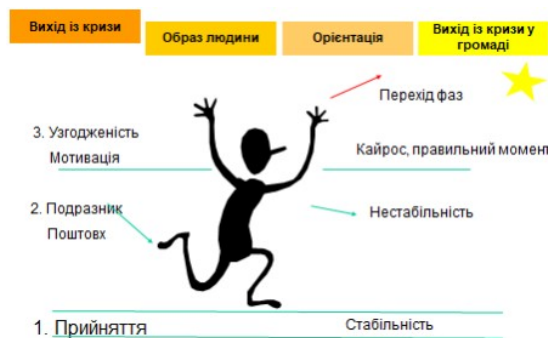


Рис. 2.5. Прийняття нового досвіду.

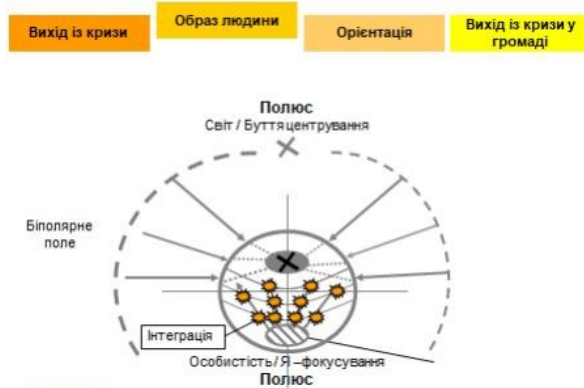


Рис. 2.6. Інтеграція як принцип для оформлення життя в розвитку між двома полярними вимірами.

Злагоджена інтегративна робота з вільними уявами/імагінаціями Симптом, який потрібно вирішити, зовнішньо уявляється і перетворюється на індивідуальне!! біполярне поле, розміщене між власним «Я» та почуттям узгодженості.

Наше аналогове мислення та образне бачення/імагінація дозволяє нам використовувати ресурси цілісного змістовного існування для активізації ресурсів та вирішення проблем. Перший крок – екстерналізація матеріальних ресурсів. Проста форма – це вільна імагінація/фантазія благополучного ландшафту (лише природа), в якому пацієнт шукає безпечне місце, де він дуже сильно відчуває себе в хороших руках.

Внутрішня дія та внутрішні процеси рішення мають модельний характер. Це те саме для нашого мозку, що «насправді». Клієнт виходить із ролі жертви і розглядає себе як діючий суб'єкт. Це перекреслює безпорадність і створює нове усвідомлення дії.

Після того, як ресурси знайдені, навіть зовнішні симптоми можуть помітно, відчутно вплинути на ресурси. Дотик запускає динаміку рішення. Клієнт при цьому спостерігає.

Висновки

- Вихід із кризи відбувається через інтеграцію.
- Інтеграція відбувається фізично кожної секунду в кожній клітині.
- Інтеграція нових імпульсів вимагає психологічного балансу безпеки та роздратування.
- У процесі інтеграції старе піднімається у новій якості.



Інтеграція відбувається через створення відповідних умов.

Висновки

На основі проведених наукових досліджень розроблено та апробовано технології терапевтичної корекції симптомів посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС, зокрема, – методи короткотермінової психотерапії, психотерапії можливостей та узгодженої інтегративної методології травматерапії.

2.2. Наукові основи розроблення технологічної карти ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС

2.2.1. Основи соціально-психологічної реабілітації

У країнах Заходу «реабілітація» передбачає комплекс заходів, пов'язаних з відновленням здоров'я хворої людини або «соціального здоров'я» індивіда, і поверненням його до громадської та професійної діяльності. При цьому дуже важливим є положення про безперервність реабілітації: медична повинна починатися в процесі лікування, професійна – відразу ж після закінчення медичної. Не менш важливою у цьому зв'язку є соціально-психологічна складова реабілітації.

Д-р психологічних наук Кудермінова О.І. [18] констатує прикру практику розповсюдження та популяризацію у засобах масової інформації думки, що вітчизняні психологи-фахівці не мають достатнього рівня знань, вмінь та навичок, щоби впоратися із ситуацією, що склалася стосовно реабілітації учасників ООС. За свідченням Кудермінової О.І. [18] такі погляди породжують потворну практику «тягнути» все, що можливо із зарубіжного досвіду та є результатом притаманного українцям комплексу «меншовартості». Водночас, у здобутку вітчизняних фахівців напрацьовані наукові підходи, що розглядають зміст, структуру й особливості поняття психологічної допомоги та психологічної реабілітації у різних аспектах:

- військово-психологічний (Р.А. Абурахманов, В.У. Березовец, В.Д. Булавцев, В.Е. Попов та ін.), орієнтований на відновлення психічного здоров'я людини після діяльності в екстремальних умовах;
- медичний (Ю.А. Александровский, А.В. Белінський, А.Н. Глушко, В.А. Долініна, М.М. Кабанів, Б.Д. Карварсарский, Е. В. Решетнікова та ін.), спрямований на відновлення соматичного здоров'я і працездатності хворих;
- загально-психологічний (К.А. Абульханова-Славская, Л.І. Божович, Б.З. Братусь, Б.В. Зейгарнік, О.А. Конопкін, Д.В. Ольшанский та ін.), який розглядає реабілітацію як відновлення психічної рівноваги і комплексу психічних реакцій, адекватних вимогам навколишнього життєвого середовища;
- соціально-психологічний (А. Я. Анцупов, Т. В. Золотарьова та ін.), що підходить до реабілітації як до відновлення системи взаємин пораненого і соціального середовища [18].

Постанова Кабміну України від 5 грудня 2018 р. № 1021 «Про затвердження Державної цільової програми фізичної, медичної, психологічної реабілітації та соціальної і професійної реадaptaції учасників антитерористичної

операції» передбачає комплекс заходів, спрямованих на підвищення ефективності програм реабілітації учасників ООС. У відповідності до цього розроблені та впроваджуються **етапи організації психологічної роботи у військовому госпіталі:**

- 1 етап: кожен пацієнт, який госпіталізується на лікування в госпіталь проходить обов'язковий скрінінговий психологічний тест та зустріч з психологом; Мета першої консультації: проведення тестування, визначення стану клієнта, визначення обсягу необхідності надання психологічної допомоги; проведення психоедукації; складання плану реабілітації. У разі відсутності потреби в психологічній допомозі – написання відмови від психологічного супроводу та консультування;
- 2 етап: Проходження курсу медико-психологічної реабілітації. Мета етапу: проведення серії психологічних консультувань та заходів з психологічної реабілітації, абілітації, соціалізації тощо (індивідуальна та групова робота); запрошення на планову профілактичну зустріч з психологом (за місцем проживання).
- 3 етап: Робота з психологічного консультування та психологічного супроводу в індивідуальному форматі, після виписки з госпіталю (за потребою):
 - проведення заходів та відповідного навчання серед районних фахівців з надання медико-психологічної допомоги;
 - забезпечення методичними матеріалами;
 - виїзди психологів центру в райони області за потреби;
 - щомісячні звіти від районних психологів за проведену роботу;
 - гнучка міжвідомча взаємодія за індивідуальною потребою.

У відповідності до Наказу Мінсоцполітики від 01.06.2018 № 810 “Про затвердження Стандарту психологічної діагностики та форм документів з організації психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції та постраждалих учасників Революції Гідності”, послуги із психологічної реабілітації надаються відповідно до індивідуального плану психологічної реабілітації отримувача послуг.

2.2.2. Програма відновлення життєвих сил учасників ООС

Оскільки основною проблемою учасників ООС є відсутність фізичного ресурсу, ресурсу життєвих сил, емоційна виснаженість, загострення хронічних хвороб або поява нових, основним завданням реабілітації є поповнення ресурсів на усіх рівнях особистості.

1. Ефективність елементів програми.

Реабілітаційна робота зосереджується на максимальному відновленні життєвих сил. Учасникам ООС пропонується досить розгорнута програма з високим рівнем емоційної насиченості, але для тих, хто повертається в зону бойових дій, рівень емоційної насиченості корегується і змінюється в кожному окремому індивідуальному випадку. Певна частина військовослужбовців також потребує моральної підтримки, яка формулюється в питанні “За кого та за що ми воюємо?”. Відновлення життєвих сил відбувається досить ефективно за допомогою:

- ритмічної діяльності,
- створення захищеного простору довіри,
- якісної свіжої домашньої їжі,
- перебуванні на природі,
- контакті з тваринами,
- тілесних та водних процедур тощо.

Підтвердження цінності захисту України на передовій отримується, в першу чергу, у взаємодії з місцевим населенням, яке висловлює свою вдячність та повагу; в спілкуванні зі школярами та представниками армії УПА, які мешкають в регіоні. Важливим для деяких учасників ООС є спілкування зі священником та відкриття для себе церковного життя як потенційного ресурсу.

2. Вплив тривалості програми.

Тривалість стандартного реабілітаційного заїзду – 10 днів (законодавством передбачено не більше 18 днів). Іноді трапляється так, що діючі військові вимушено скорочують перебування, оскільки мають бажання відвідати рідних чи друзів під час відпустки, побути вдома тощо. Існує також така категорія військових, які не мають ні житла, ні можливості зустрітися з рідними – вони лишилися на окупованій території. Слід зазначити, що скорочення перебування у реабілітаційному заїзді значно зменшує його ефективність.

3. Вплив комбінованого складу групи. У групі з 8-12 осіб, які приїжджають на реабілітаційні заїзди, зазвичай є як діючі військові, так і демобілізовані, звільнені з полону, військові з відпусткою після лікування в госпіталі, військові виведені з зони бойових дій. Таке комбінування є досить позитивним явищем, адже в такій різноманітній за складом групі відбувається взаємобмін, взаємокорекція та потужна взаємопідтримка. Зазвичай на кожен заїзд припадає 2-3 “важких” особи, які потребують особливої підтримки та допомоги від групи. Для більшості демобілізованих є важливим контакт з тими, хто повертається на службу, це своєрідний місток, що з’єднує їх з військовою, яка стала найсильнішим враженням їхнього життя та найважливішим

його етапом. А діючі військові мають можливість побачити власні перспективи після закінчення служби. Учасники заїзду разом з фахівцями та волонтерами є певною ідеальною моделлю суспільства, яким би воно могло бути.

3. Пропозиції щодо перспектив роботи у майбутньому.

- потреба у збільшенні кількості осередків та кількості реабілітаційних заїздів;
- потреба кожного діючого військового раз на рік під час служби пройти відновлення впродовж мінімум 10 днів за програмою та обов'язково після завершення служби (одразу чи через 3-4 місяці після звільнення).

Колектив авторів В.Л. Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан [12] глибоко проаналізували механізми поведінки особи в кризових ситуаціях та запропонували способи виходу.

Алгоритм роботи з втратами

Алгоритм роботи включає в себе:

- а) визнання і усвідомлення свого стану, пов'язаного із втратою;
- б) визнання і усвідомлення тих потреб, які були задоволені в клієнта за допомогою людини (ситуації), яку втрачено;
- в) визнання безповоротності втрати, символічне “відпускання” втраченого;
- г) визнання необхідності задоволення цих потреб, незважаючи на втрату;
- д) прийняття інших людей і іншого способу задоволення своїх потреб.

Метафорична символіка “за водою” передбачає відпускання “човна із втраченим” за течією, що може бути здійснено в арт-практиці, в медитації чи при взаємодії із реальною водоймою.

Таблиця 2.1

Програма групових зустрічей на тему самоорганізації особистості

Самоорганізація особистості як відображення саморуху матерії, як єдність процесів саморозвитку та саморегуляції, як внутрішній зміст діяльності	Когнітивний блок: “Що я можу знати?”	Самоспостереження; Самопізнання; Самоусвідомлення; Самовизначення.
	Практичний блок: “Що я мушу робити?”	Самообмеження; Самовповноваження; Самопрограмування; Самовдосконалення; Самоактуалізація.
	Корекційний блок: “На що я можу сподіватися?”	Самореалізація; Самоаналіз; Самооцінка; Самоконтроль; Самоврядування.

Для групової профілактичної роботи можна використовувати дані дослідження Колісніченко О.С. з співав [17], згідно з якими **підвищення ймовірності розвитку ПТСР сприяють:**

- підвищені показники інтернальності у сфері невдач, як основа схильності до самозвинувачень;
- використання заперечення і заспокійливих в якості ведучих копінг-стратегій;
- страх прояву справжніх почуттів, тобто відхід від переживання ситуації;
- зайва відкритість соціальному світу, вразливість.

Знижують вірогідність ПТСР:

- розвинена ціннісно-смилова регуляція діяльності, формування волі на основі ціннісно-смилової сфери;
- здатність контролювати ситуацію спілкування, як з товаришами, так і з оточуючими, компетентність у спілкування, дипломатичність, здатність йти від конфліктних ситуацій;
- здатність самостійно приймати рішення;
- вміння в уяві програвати стресові ситуації, ситуації неуспіху;
- впевненість у собі та своїх цінностях і в правильності своїх дій, оптимізм, вміння проявляти свої почуття

Дослідження співробітників лабораторії соціальної психології особистості Інституту соціальної та політичної психології НАПН України свідчать, що найважливіші аспекти реабілітації в умовах масивної та пролонгованої травматизації, викликані переживанням подій війни, це:

- оперативне відновлення індивідуально-психологічних, особистісних і соціально-психологічних ресурсів життєздатності;
- регенерація частково зруйнованої ціннісно-смилової структури та активізація тимчасово недієвих ресурсів заради підвищення самоефективності;
- навчання проблемної молоді майбутній професії, стимуляція професійної активності, створення сім'ї, робота у групах взаємодопомоги;
- використання арт-терапії у роботі з внутрішньо переміщеними особами з метою відновлення втраченої особистісної цілісності та неперервності;
- апробація спеціальних реабілітаційних програм для телефону чи планшету, які сприятимуть підвищенню саморегуляції, кращому осмисленню досвіду, побудові планів на майбутнє, залученню до спільнот взаємодопомоги;
- залучення до психологічної реабілітації великих груп людей плейбек-театру як методу покращення самоприйняття, реконструюванню ідентичності, інтеграції травматичного досвіду у цілісну життєву історію.

Справжнім дороговказом на шляху до реабілітації та реадaptaції учасників ООС є розроблена Т.М. Титаренко дорожня карта психологічної реабілітації учасників ООС [34, 35, 74].

Дорожня карта соціально-психологічної реабілітації

Соціально-психологічна реабілітація є не пасивною реадaptaцією, поверненням людини до колишнього життя, яке було в неї до травматизації. Це радше активізація здатності життєтворення, тобто здатності перепроектувати власне життя та втілювати, реалізовувати ці оновлені проекти в сімейній, особистій, професійній та інших сферах.

Процес реабілітації особистості складається з **підготовчого, базисного та підтримувального етапів**.

Технології, які доцільно використовувати на **підготовчому етапі** реабілітації:

- а) технологія подолання недостатньої, чи навіть негативної мотивації щодо власного психологічного здоров'я (техніки активізації бажання самозмін, активізації позитивних спогадів, стимуляції позитивним прикладом);
- б) технологія вибудови нових ефективних мотиваторів (техніки мрій про бажане майбутнє, активізації ресурсу подолання перешкод; перших кроків, активізації підтримки оточення)
- в) технологія виявлення та активізації сліпих зон уваги стосовно можливостей досягнення психологічного благополуччя (техніки опису власного дня; активізації бажання самозмін);

Технології, які доцільно використовувати на **базисному етапі** реабілітації:

- а) технологія відновлення творчого проектування власного майбутнього за допомогою зважених і відповідальних життєвих виборів (техніки підтримки бажання самозмін, підвищення відповідальності за власне життя, відтермінування задоволень, підвищення інтересу до нового, роботи зі страхами, тренування гнучкості, зміни фокусу автобіографування);
- б) технологія апробацій оновленого життєвого проекту за допомогою актуальних і оперативних життєвих завдань (техніки первинного структурування майбутнього, оцінювання наявних обмежень, зваження майбутніх зусиль, своєчасного самоозадачування, редагування власного життєпису, моделювання межі, зміни адресатів, діалогового пошуку подієвих зв'язків);
- в) технологія успішної реалізації поставлених завдань за допомогою все більш успішного перепристосування до мирного життя, компетентного практикування (техніки подолання калейдоскопічності Робота

з травмами війни. Український досвід 120 спогадів, зміни масштабів пережитого, спільного бачення життєвої ситуації).

Технології, які доцільно використовувати на **підтримувальному етапі**:

- а) технологія переінтерпретації травматичних спогадів (техніки наративно-ментативного аналізу власного життя, зміни ракурсу, порівняння версій Я-чуттєвого і Я-рефлексивного, фрагментації життєвої історії);
- б) технологія вироблення нового ставлення до травми як до ресурсу (техніки психоедукації, інформування про ймовірність посттравматичного зростання, позитивної переоцінки ситуації, перетворення енергії стресу, покращення контактування з оточенням, відновлення здатності до сенсотворення, поглиблення уваги до себе);
- в) технологія опосередкованого впливу на особистість через організацію більш екологічного, комфортного, естетичного середовища життєдіяльності (техніка активізації взаємодії людини з природою; техніка зниження тривоги, десенсибілізації, посилення самоконтролю; техніка покращення умов існування).

Реабілітаційні впливи розгортаються у 4-векторній – персонально-інструментально-просторово-часовій площині, в межах якої всі чотири напрями реабілітації мають взаємопідсилювальний вплив:

- у напрямі персонального вектора зусилля спрямовано на відновлення частково втраченої цілісності особистості, її збалансованості, самоврегульованості;
- у напрямі інструментального вектора роботу зосереджено навколо відновлення втраченої самоефективності особистості, її здатності самореалізовуватися у різних видах діяльності;
- у напрямі просторового вектора увагу спрямовано на підвищення комунікативної компетентності особистості, налагодження стосунків, подолання почуття відчуження від оточення, конструктивне розв'язання конфліктів;
- у напрямі часового вектора увагу сконцентровано на ціннісно-смісловій сфері особистості, переоцінці цінностей, активізації пошуку нових життєвих орієнтирів, нових сенсів.

Ресурсами, що забезпечують підтримку і оновлення психологічного здоров'я, виступають:

- 1) здатність до відновлення втраченої цілісності, вибудови нових життєвих перспектив;

- 2) здатність до інтенсифікації ціннісно-смиислового пошуку особистості як енергетичного двигуна змін;
- 3) здатність до підвищення самоефективності;
- 4) здатність до збереження і відновлення значущих стосунків;
- 5) розвиток вміння приймати і надавати допомогу.

2.2.3. Розроблення технологічної карти ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС

Організація реабілітаційної діяльності з військовослужбовцями була об'єктом дослідження в дисертаційних роботах. Так, у роботі Гайди І.М. [6] обґрунтовано, розроблено та апробовано інтеграційно-координаційну модель удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України – учасників бойових дій на регіональному рівні; розроблено науково методологічні підходи до функціонування моделі удосконаленої системи медичної реабілітації військовослужбовців ЗС України, що дало змогу обґрунтувати структуру медичного реєстру учасників бойових дій, які потребують медико-соціальної допомоги; дістало подальшого розвитку обґрунтування функціональноорганізаційної структури відділень відновлювального лікування (госпітального та амбулаторно-поліклінічному етапів) для реабілітації учасників бойових дій. В. Лесков [19] проаналізував соціально-психологічні аспекти реабілітації військовослужбовців із районів військових конфліктів. Для дослідження процесу організації та здійснення комплексної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь у бойових діях, у дисертаційній роботі Бриндікова Ю.Л. [4] було застосовано системний підхід, що передбачав розробку відповідної системи та експериментальну перевірку її ефективності. Ця система реалізується через спеціальні підсистеми – взаємопов'язані блоки, які забезпечують основу для її організації та впровадження. Виокремлено методологічний, змістовий, процесуальний, результативний блоки, між якими встановлено тісний взаємозв'язок. Методологічний блок охоплює мету, моделі реабілітації (психосоціальна модель реабілітації Н. Сарджвеладзе зосереджена на відновленні нормального соціального і побутового функціонування людини, її духовного світу; психосоціальна модель розвитку стійкості М. Еувема зосереджена на «стійкості», що дає змогу запобігати, мінімізувати або долати згубні наслідки проблем людини; модель ненасильницького спілкування М. Розенберга ґрунтується на ідеї розуміння людиною власних потреб і потреб людей, які її оточують), методологічні підходи (системний, комплексний, мультидисциплінарний, технологічний) і принципи (загальнонаукові та специфічні); змістовий – реабілітаційні установи різного рівня, профілю й функціональної

спрямованості, які реалізують заходи медичної/фізичної, психологічної, соціальної та педагогічної реабілітації та забезпечують здійснення реабілітаційних заходів із військовослужбовцями-учасниками бойових дій; процесуальний – технологія реабілітації військовослужбовців з виокремленими етапами; комплекс арт-терапевтичних, ігрових, тренінгових технологій, сімейної терапії та інноваційних методів і прийомів реабілітації; результативний – компоненти (мотиваційний, стресостійкісний, поведінковий), рівні реабілітованості військовослужбовців (низький, середній, достатній, високий) і результат – позитивна динаміка реабілітованості військовослужбовців-учасників бойових дій.

Відповідно до завдань соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників АТО, нами визначено комплекс заходів, які необхідно здійснювати у три основні етапи, а саме:

- 1) психодіагностичний;
- 2) профілактично-корекційний – спрямований на оптимізацію функціонального стану в учасників ООС (самопочуття, настрою, активності) та проведення з ними профілактичних заходів щодо попередження проявів девіантної поведінки (алкоголізму, наркоманії, правопорушень тощо);
- 3) професійно-відновлювальний етап спрямований на відновлення, підтримання та вдосконалення у військовослужбовців – учасників ООС професійно важливих якостей у пізнавальнокогнітивній, перцептивній та комунікативній сферах особистості. Основними психолого-педагогічними технологіями, які доцільно здійснювати на цьому етапі соціально-психологічної реабілітації, можуть бути різноманітні тренінги. У процесі яких також важливо мотивувати військовослужбовців на підвищення свого професійного рівня та подальший розвиток особистості (формувати реальні уявлення про себе, як професіонала, свої здібності, навчати сучасним прийомам і методам ефективної взаємодії тощо).

У відповідності з вище наведеними етапами запропонована технологічна карта ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС (Таблиця 2.2).

На основі проведених досліджень щодо соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців – учасників АТО, нами визначено комплекс заходів, які необхідно здійснювати у три основні етапи, а саме: психодіагностичний; профілактично-корекційний; професійно-відновлювальний. Основними психолого-педагогічними технологіями, які доцільно здійснювати на цьому етапі соціально-психологічної реабілітації, можуть бути різноманітні тренінги. У процесі яких також важливо мотивувати військовослужбовців на підвищення свого професійного рівня та подальший розвиток особистості

(формувати реальні уявлення про себе, як професіонала, свої здібності, навчати сучасним прийомам і методам ефективної взаємодії тощо). У відповідності з вище наведеними етапами нами була запропонована технологічна карта ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС.

Таблиця 2.2

Технологічна карта ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС

Етапи	Послідовність дій	Тривалість
1	2	3
1. Загальні відомості про особу	Систематизація даних про особливості симптоматики особи на момент дослідження та особливості найближчого оточення особи та її ролі стосовно цілісного процесу її психічного здоров'я	№.5 год
2. Діагностичні дані на особу.	Вивчення особливостей інтелектуальної та емоційно-вольової сфер у контексті наявності ознак ПТСР внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС.	1-2 тижні (залежно від наявності ознак ПТСР в особі)
3. Оздоровчий маршрут особи (необхідне медичне втручання, заход щодо підтримки фізичного тону)	Визначення медичних втручань, послідовність їх застосування, кількість препаратів/процедур, тижнева кількість годин, що відводяться на процедури;	Протягом 1-2 місяців (залежно від ступеня ураження)
4. Абілітаційний, корекційний, реабілітаційний, психотерапевтичний маршрут особи (заняття, необхідні для покращення та підтримки психічного здоров'я особи).	Визначення переліку абілітаційних, корекційних, реабілітаційних, психотерапевтичних послуг, послідовність їх надання, тижневу кількість годин, що відводяться на кожну послугу, місце проведення.	Протягом пів року
5. Сітка зайнятості	Визначення послідовності введення внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС у професійну діяльність; у сітці враховуються курси перекваліфікації за вибором, факультативи тощо.	Протягом року
6. Моніторинг	Невід'ємною складовою процесу реадaptaції та професійної реалізації внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС є оцінка динаміки позитивних змін показників їх інтелектуальної та емоційно-вольової сфер, збирання відомостей про їх успіхи у професійній, суспільній та особистій сферах.	Протягом року
7. Рекомендації щодо роботи з сім'ями	Залучення членів родини до розробки та подальшої реалізації індивідуальної програми реабілітації, реадaptaції та професійної реалізації	Протягом року

2.2.4. Апробація технологічної карти ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС

Апробація технологічної карти психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС здійснювалася у ресурсних центрах ГО «Справа Кольпінга в Україні» (м. Львів, м. Ужгород, м. Івано-Франківськ)

та у Львівському обласному госпіталі інвалідів війни та репресованих ім. Ю. Липи. У дослідженні брало участь 100 осіб віком від 25 до 38 років: 50 учасників ООС та 50 внутрішньо переміщених осіб.

В межах груп учасники ООС за наданою психотерапевтичною допомогою були поділені ще на три групи:

- 16 осіб були залучені до психотерапії можливостей;
- 17 осіб були залучені до короткотермінової психотерапії;
- 17 осіб були залучені до інтегративна методологія лікування травми (КИМ).

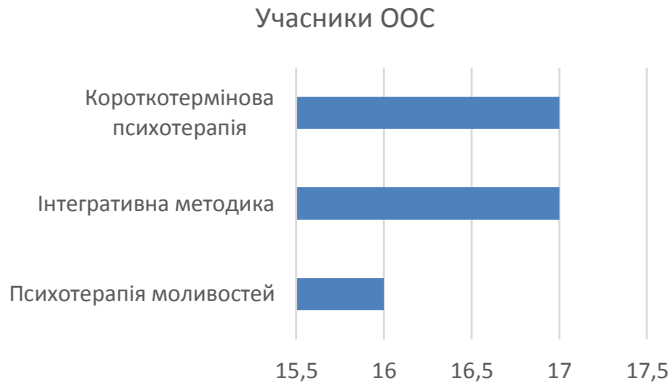


Рис. 2.7. Група учасників ООС.

Внутрішньо переміщені особи за наданою психотерапевтичною допомогою були також поділені ще на три групи

- 16 осіб були залучені до психотерапії можливостей;
- 17 осіб були залучені до короткотермінової психотерапії;
- 17 осіб були залучені до інтегративна методологія лікування травми (КИМ).

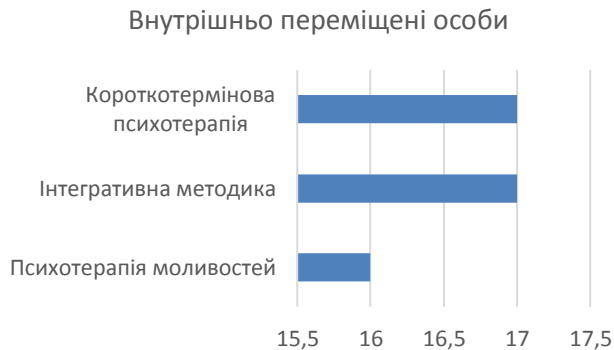


Рис. 2.8. Група учасників ВПО.

Перед сеансами психотерапії всі учасники проходили сеанси розслаблюючого масажу з використанням придбаного обладнання: масажні столи, масажери, ширми, які використовувалися для зонування приміщення для комфортного самопочуття пацієнтів. При цьому для кожного учасника склалися індивідуальні секвенційні програми масажу з урахуванням даних ЕЕГ, медичних протипоказів тощо.

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що в учасників ООС експериментальної групи знизився показник фізіологічної збудливості (з 23,9% до 23%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження курсу із психотерапії можливостей стали більш врівноваженими. Знизився рівень емоційної лабільності з (24% до 23,1%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії можливостей стали більш емоційно стійкими до впливу стресових факторів. Також знизився рівень реактивної агресії (з 22,5% до 23%) та дратівливості (з 22,4% до 23,2%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це сприяє покращенню їх взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 22,4% до 23,2%), прояв спонтанної агресивності (з 22,3% до 23,2%) учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії можливостей стали більш оптимістичними та емоційно врівноваженими. Знизився рівень невротичності з (з 22,3% до 23,1%), невротизації (22,3% до 22,9%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 22% до 21%), рівня ПТСР (з 21% до 19%), почуття провини (з 23% до 21,9%), це свідчить про те, що після проходження тренінгу із психотерапії можливостей в учасників ООС знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.9.

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що в учасників ООС експериментальної групи знизився показник фізіологічної збудливості (з 24% до 23,8%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження психотерапії із імагінативнативної методології стали більш врівноваженими. Знизився рівень емоційної лабільності з (22,4% до 21,6%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії можливостей стали більш емоційно стійкими до впливу стресових факторів. Також знизився рівень реактивної агресії (з 23% до 22,1%) та дратівливості (з 24% до 22,9%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це сприяє покращенню їх взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 23,8% до 23,1%), прояв спонтанної агресивності (з 23,4% до 23%) учасники ООС після проходження

психотерапії із імагінативної методології стали більш оптимістичними та емоційно врівноваженими. Знизився рівень невротичності з (24% до 22,9%), невротизації (23,6% до 23,1%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 22% до 11,9%), рівня ПТСР (з 21% до 12,1%), почуття провини (з 23% до 22,2%), це свідчить про те, що після проходження психотерапії із імагінативної методології в учасників ООС знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.10.



Рис. 2.9. Динаміка показників до та після проведення психотерапії можливостей.

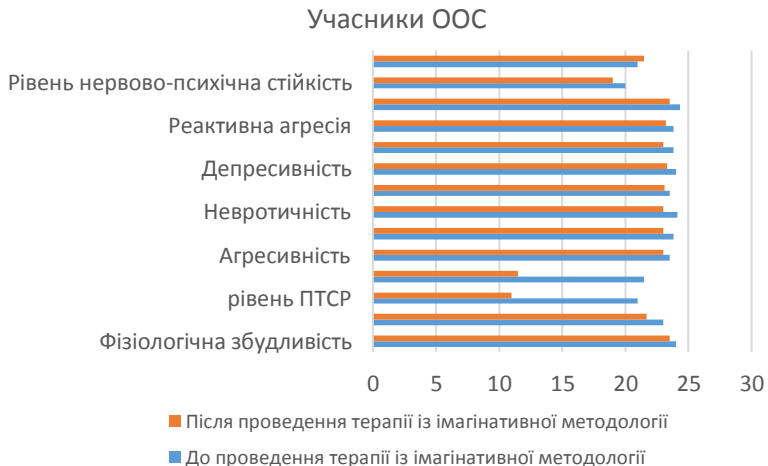


Рис. 2.10. Динаміка показників до та після проведення психотерапії із імагінативної методології.

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що в учасників ООС експериментальної групи знизився показник фізіологічної збудливості (з 24% до 23%), що свідчить про те, що в учасники ООС після проходження короткотермінової психотерапії стали більш врівноваженими. Знизився також рівень емоційної лабільності з (22,4% до 21,3%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження тренінгу із психотерапії можливостей стали більш емоційно стійкими до впливу стресових факторів. Також знизився рівень реактивної агресії (з 24% до 23,1%) та дратівливості (з 23,6% до 22,8%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження короткотермінової психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це сприяє покращенню їх взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 23% до 22%), прояв спонтанної агресивності (з 23,4% до 23%) учасники ООС після проходження короткотермінової психотерапії стали більш оптимістичними та емоційно врівноваженими. Знизився рівень невротичності з (24% до 23,1%), невротизації (23,6% до 22,8%), що свідчить про те, що учасники ООС після проходження короткотермінової психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 23,5% до 19,1%), рівня ПТСР (з 23,6% до 19%), почуття провини (з 23% до 22,1%), це свідчить про те, що після проходження короткотермінової психотерапії в учасників ООС знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.11.

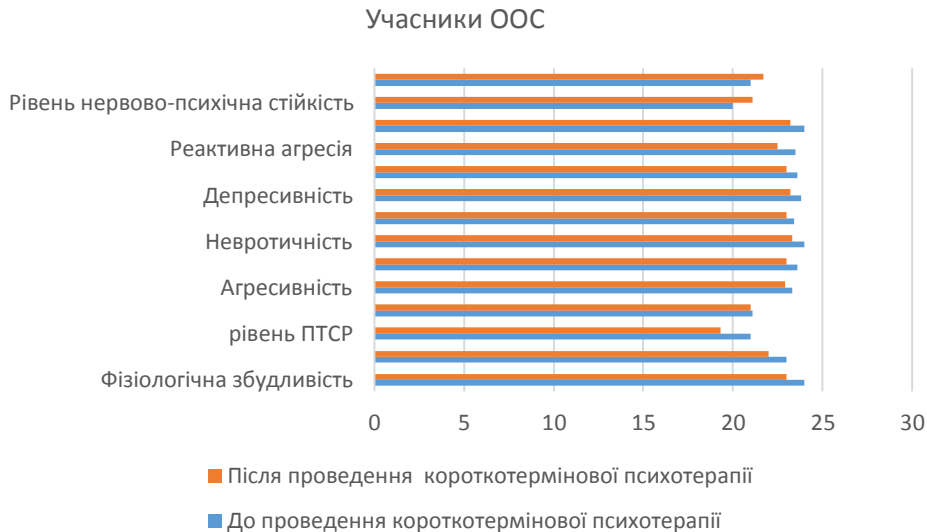


Рис. 2.11. Динаміка показників до та після проведення короткотермінової психотерапії.

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що у внутрішньо-переміщених осіб експериментальної групи знизився показник фізіологічної збудливості (з 24% до 23,5%), що свідчить про те, що внутрішньо-переміщені особи після проходження курсу із короткотермінової психотерапії стали більш врівноваженими. Знизився також рівень емоційної лабільності (з 24% до 23,7%), що свідчить про те, що внутрішньо-переміщені особи після проходження короткотермінової психотерапії стали більш емоційно стійкими до впливу стресових факторів. Також знизився рівень реактивної агресії (з 24% до 23%) та дратівливості (з 24% до 23%), що свідчить про те, що внутрішньо-переміщені особи після проходження короткотермінової психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це сприяє налагодженню взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 24,1% до 23%), прояв спонтанної агресивності (з 23,8% до 23%) внутрішньо-переміщені особи після проходження тренінгу із короткотермінової психотерапії стали більш емоційно врівноваженими. Знизився рівень невротичності (з 25% до 16%), невротизації (24,5% до 15,5%), що свідчить про те, що у внутрішньо-переміщених осіб після проходження короткотермінової психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 22% до 20%), рівня ПТСР (з 20% до 19%), почуття провини (з 23,5% до 22,5%), це свідчить про те, що після проходження психотерапії можливостей у внутрішньо-переміщених осіб знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.12.



Рис. 2.12. Динаміка показників до та після проведення короткотермінової психотерапії.

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що у внутрішньо-переміщених осіб експериментальної групи знизився показник фізіологічної збудливості (з 24% до 23,8%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії із імінативнативної методології стали більш врівноваженими. Знизився рівень емоційної лабільності (з 24,3% до 23%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії можливостей стали більш емоційно стійкими. Також знизився рівень реактивної агресії (з 24% до 23,6%) та дратівливості (з 24% до 21%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це позитивно впливає на їх взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 23,8% до 23%), прояв спонтанної агресивності (з 23,4% до 23%) внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії із імагінативної методології стали більш оптимістичними та емоційно стабільними. Знизився рівень невротичності (з 24% до 23%), невротизації (23,6% до 23%), що свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб після проходження психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 23% до 9%), рівня ПТСР (з 22% до 10%), почуття провини (з 24% до 23%), це свідчить про те, що після проходження психотерапії із імагінативної методології у внутрішньо переміщених осіб знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.13.



Рис. 2.13. Динаміка показників до та після проведення психотерапії із імагінативнативної методології.

Згідно із результатами повторної діагностики після проведення впроваджувальних психотерапевтичних технологій встановлено, що у внутрішньо переміщених осіб експериментальної групи знизився показник фізіологічної збудливості (з 24% до 23%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження курсу із психотерапії можливостей стали більш врівноваженими. Знизився також рівень емоційної лабільності з (22,4% до 21,5%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії можливостей стали більш емоційно стійкими до впливу стресових факторів. Також знизився рівень реактивної агресії (з 24,1% до 23,2%) та дратівливості (з 23,6% до 23%), що свідчить про те, що внутрішньо переміщені особи після проходження психотерапії стали менш схильними до прояву агресії та дратівливості. Це сприяє налагодженню взаємин з оточуючими. Знизився прояв депресивності (з 24,6% до 23%), прояв спонтанної агресивності (з 23,4% до 23%) внутрішньо переміщені особи після проходження тренінгу із психотерапії можливостей стали більш емоційно врівноваженими. Знизився рівень невротичності з (24% до 23,8%), невротизації (23,6% до 23%), що свідчить про те, що у внутрішньо переміщених осіб після проходження психотерапії знизився прояв невротизації. Також знизився рівень наявності стресового розладу (з 9% до 22%), рівня ПТСР (з 8,5% до 22%), почуття провини (з 23% до 21,9%), це свідчить про те, що після проходження психотерапії можливостей у внутрішньо переміщених осіб знизився рівень наявності стресового розладу, рівня ПТСР та почуття провини. Див. Рис. 2.14.

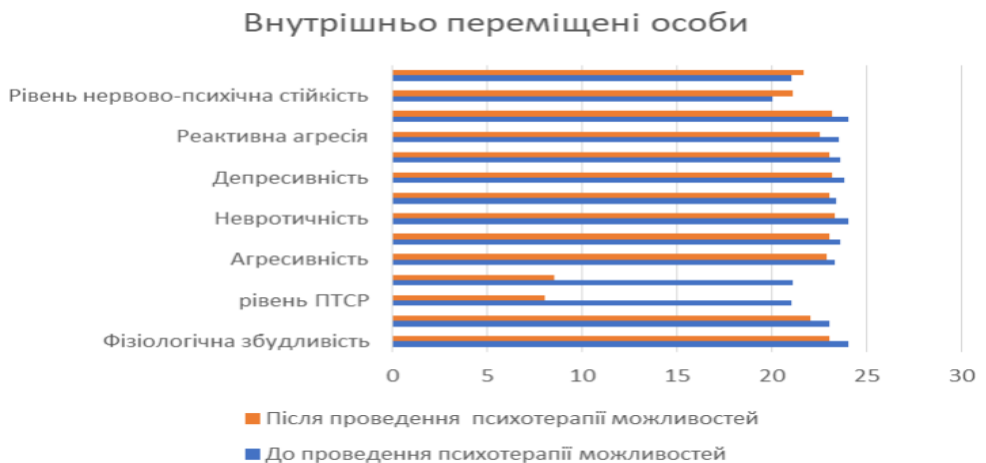


Рис. 2.14. Динаміка показників до та після проведення психотерапії можливостей.

Було проведено порівняльний аналіз у групі внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС за допомогою t-критерія Альфа Кромбаха. Після впровадження психотерапевтичних технологій статистично значуще знизились рівні таких показників як наявність стресового розладу ($t = 2,482$ при $p \leq 0,05$), рівень посттравматичного стресового розладу ($t = 2,268$, при $p \leq 0,05$), невротизації ($t = 2,432$, при $p \leq 0,05$), ригідності ($t = 2,527$, при $p \leq 0,05$), дратівливості ($t = 2,341$, при $p \leq 0,05$), агресивності ($t = 1,373$, при $p \leq 0,05$), невротичності ($t = 2,592$, при $p \leq 0,05$), почуття провини ($t = 2,429$, при $p \leq 0,05$), реактивної агресії ($t = 2,081$, при $p \leq 0,05$), емоційної лабільності ($t = 2,527$, при $p \leq 0,05$), фізіологічної збудливості ($t = 2,396$, при $p \leq 0,05$), фрустрації ($t = 2,483$, при $p \leq 0,05$), депресивності ($t = 2,584$, при $p \leq 0,05$). Це свідчить про те, що після проходження курсу психотерапії у внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС знизився рівень стресового розладу, емоційної лабільності, ригідності, дратівливості, невротичності, знизилася почуття провини, прояв агресії, збудливості, розчарування при нездійсненній меті, морального дискомфорту. Див. Рис. 2.15.

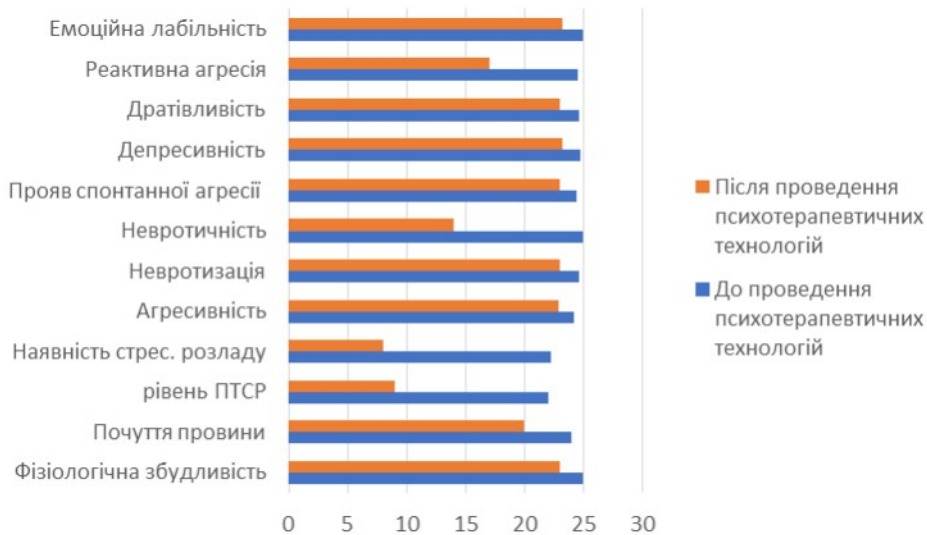


Рис. 2.15. Динаміка показників до та після впровадження психотерапевтичних технологій серед внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС

З'явилась тенденція до зростання рівня нервово психічної стійкості ($t = 2,076$, де $p \leq 0,05$), моральної нормативності ($t = 2,338$, при $p \leq 0,05$), це свідчить про те, що після проходження курсу психотерапії у внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС підвищився рівень нервово психічної стійкості, схильності до самоконтролю та моральної нормативності. Див. Рис. 2.16.

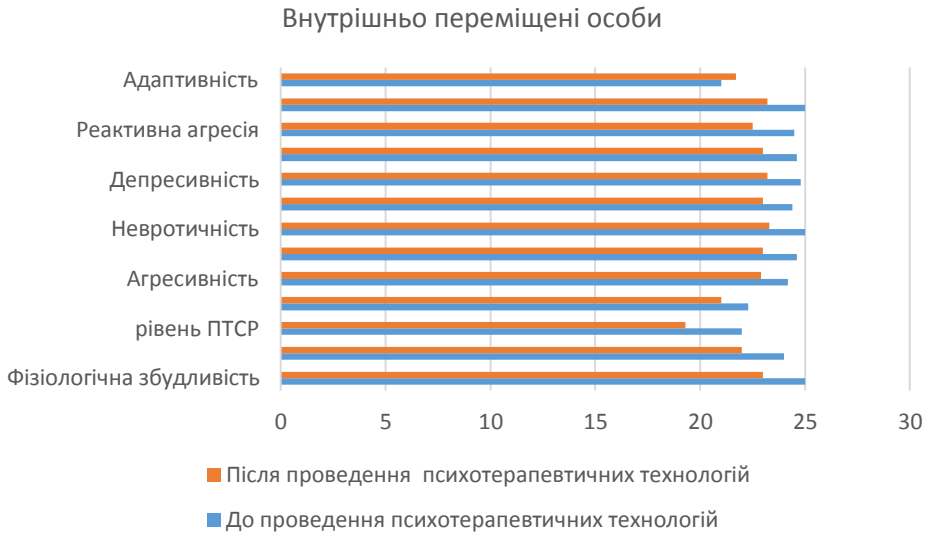


Рис. 2.16. Динаміка показників до та після впровадження психотерапевтичних технологій серед внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС.

Можна зробити висновки про те, що після впровадження психотерапевтичних технологій знизився рівень посттравматичного стресового розладу, невротизації, ригідності, дратівливості, агресивності, невротичності, почуття провини, реактивної агресії, емоційної лабільності, фізіологічної збудливості, фрустрації, депресивності та підвищився рівень нервово психічної стійкості, схильності до самоконтролю та моральної нормативності.

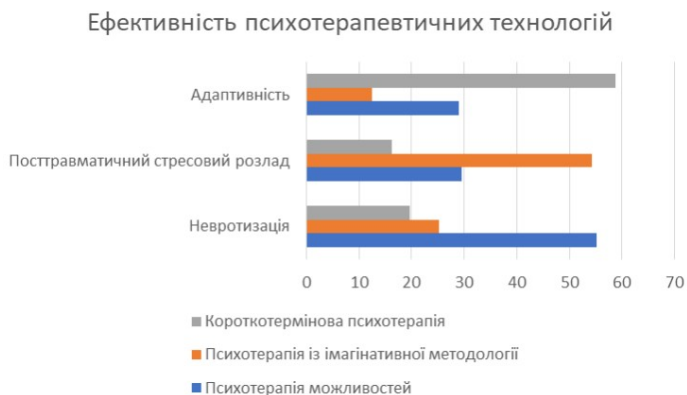


Рис. 2.17. Ефективність психотерапевтичних технологій.

Проаналізувавши ефективність впровадження психотерапевтичних технологій (Рис. 2.17) ми дійшли висновку, що короткотермінова психотерапія

найбільш ефективна у роботі із підвищенням адаптативності, впевненості у власних силах, стійкості до дії стресових факторів та соціальних впливів. Психотерапія можливостей ефективно працює у випадку емоційних порушень, почуттям провини. Психотерапія інтегративної методології успішно справляється у роботі із травмою, посттравматичним стресовим розладом, використовуючи методи роботи з увагою та пошуком внутрішніх ресурсів особистості.

З допомогою *багатофакторного аналізу* емпіричних даних, отриманих у групі учасників ООС виділено три фактори:

- Фактор 1 пояснює 14,5% дисперсії і має назву «Моральна нормативність». Представлений такими шкалами як: посттравматичного стресового розладу ($r = -0,893$, $p = >0,5$), нервово-психічна стійкість ($r = 0,680$, $p = >0,5$), моральна нормативність ($r = 0,781$, $p = >0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали моральна нормативність. А найменше притаманне шкалі наявність посттравматичного стресового розладу. Це можна пояснити тим, що високий рівень моральної нормативності та нервово-психічної стійкості сприяє зниженню посттравматичного стресового розладу в учасників ООС.
- Фактор 2 пояснює 12,8% дисперсії і має назву «Невротичність». Представлений такими шкалами як: невротичність ($r = 0,846$, $p = >0,5$), реактивна агресивність ($r = 0,785$, $p = >0,5$), емоційна лабільність ($r = 0,656$, $p = >0,5$), схильність до ризику ($r = -0,887$, $p = >0,5$), нервово-психічна стійкість ($r = -0,741$, $p = >0,5$), агресивність ($r = 0,517$, $p = >0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали невротичність. А найменше притаманне для шкали схильність до ризику. Це можна пояснити тим, що невротичність, реактивна агресивність, емоційна лабільність пов'язані із схильністю до ризику та нервово-психічною стійкістю в учасників ООС.
- Фактор 3 пояснює 9,5% дисперсії і має назву «Емоційна лабільність». Представлений такими шкалами як: емоційна лабільність ($r = -0,630$, $p = >0,5$), дратівливість ($r = -0,573$, $p = >0,5$), врівноваженість ($r = 0,987$, $p = >0,5$), невротизація ($r = -0,932$, $p = >0,5$), спонтанна агресивність ($r = -0,737$, $p = >0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали врівноваженість, а найменше притаманне для шкали дратівливість. Це можна пояснити тим, що врівноваженість сприяє зниженню дратівливості, невротизації, спонтанної агресивності.

З допомогою *багатофакторного аналізу* емпіричних даних, отриманих у групі внутрішньо переміщених осіб виділено три фактори:

- Фактор 1 пояснює 17,4% дисперсії і має назву «Нервово-психічна стійкість». Представлений такими шкалами як: посттравматичний стресовий розлад ($r = -0,784$, $p = >0,5$), нервово-психічна стійкість ($r = 0,980$, $p = >0,5$).

- = >0,5), моральна нормативність ($r = 0,644$, $p = >0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали нервово-психічна стійкість. А найменше притаманне шкалі наявність посттравматичного стресового розладу. Це можна пояснити тим, що високий рівень нервово-психічної стійкості та моральної нормативності сприяє зниженню посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб.
- Фактор 2 пояснює 14,7% дисперсії і має назву «Адаптивність». Представлений такими шкалами як: невротичність ($r = -0,546$, $p = >0,5$), адаптивність ($r = 0,785$, $p = >0,5$), емоційна лабільність ($r = 0,656$, $p = >0,5$), схильність до ризику ($r = 0,687$, $p = >0,5$), нервово-психічна стійкість ($r = 0,741$, $p = >0,5$), агресивність ($r = -0,517$, $p = >0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали адаптивність. А найменше притаманне для шкали агресивність. Це можна пояснити тим, що високий рівень адаптивності та нервово-психічної стійкості сприяє зниженню невротичності, агресивності та емоційної лабільності.
 - Фактор 3 пояснює 10,4% дисперсії і має назву «Почуття провини». Представлений такими шкалами як: емоційна лабільність ($r = -0,630$, $p = >0,5$), дратівливість ($r = -0,573$, $p = >0,5$), почуття провини ($r = 0,987$, $p = >0,5$), невротизація ($r = -0,932$, $p = >0,5$), рівень ПТСР ($r = 0,737$, $p = >0,5$). Найбільше факторне навантаження характерне для шкали почуття провини, а найменше притаманне для шкали дратівливість. Це можна пояснити тим, що рівень ПТСР пов'язаний із емоційною лабільністю, дратівливістю, почуттям провини та невротизацією.

Можна зробити висновки про те, що згідно із результатами факторного аналізу у групі учасників ООС, високий рівень моральної нормативності та нервово-психічної стійкості сприяє зниженню посттравматичного стресового розладу. Невротичність, реактивна агресивність, емоційна лабільність пов'язані із схильністю до ризику та нервово-психічною стійкістю. Високий рівень врівноваженості сприяє зниженню дратівливості, невротизації, спонтанної агресивності. У групі внутрішньо переміщених осіб високий рівень нервово-психічної стійкості та моральної нормативності сприяє зниженню посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб. Високий рівень адаптивності та нервово-психічної стійкості сприяє зниженню невротичності, агресивності та емоційної лабільності, рівень ПТСР пов'язаний із емоційною лабільністю, дратівливістю, почуттям провини та невротизацією.

Опираючись на результати Рис. 2.17 та висновки багатфакторного аналізу емпіричних даних, можна запропонувати алгоритм реалізації п.4 технологічної карти ефективної психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС (Таблиця 2.3)

Таблиця 2.3

Організація психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС

Основні етапи організації психотерапевтичної допомоги	Назва методу	Ціль етапу	Результат
Первинна психотерапевтична допомога	Психотерапія можливостей	Досягнення стабілізації у постраждалих ВПО та учасників ООС, зменшення рівня дистресу	Зниження показників невротизації
	Коротко термінова психотерапія, сконцентрована на розв'язку (КТР)	Задоволення основних потреб, надання допомоги у вирішенні основних проблем і відновленні контролю над ситуацією. За потреби – забезпечення постраждалим доступу до інших ресурсів	Підвищення рівня адаптивності
Поглиблена психотерапевтична допомога	Концепція Інтегративних Методик (КИМ)	Формування позитивних образів у постраждалих, створення образів-процесів, із пошуку свого місця в житті	Зниження рівня посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Висновки

Можна зробити висновок про те, що у внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС після впровадження психотерапевтичних технологій знизився рівень посттравматичного стресового розладу, невротизації, ригідності, дратівливості, агресивності, невротичності, почуття провини, реактивної агресії, емоційної лабільності, фізіологічної збудливості, фрустрації, депресивності та підвищився рівень нервово психічної стійкості, схильність до самоконтролю та моральної нормативності.

Отримані результати, за підсумками проведення формувального експерименту, дозволяють стверджувати, що впровадження психотерапевтичних технологій – короткотермінової психотерапії, психотерапії можливостей, психотерапії інтегративної методології травмотерапії ефективно сприяють подоланню посттравматичного стресового розладу, невротичних симптомів, емоційній нестійкості та сприяють підвищенню рівня адаптивності внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС.

Висновки до частини 2

1. На основі проведених наукових досліджень розроблено та апробовано технології терапевтичної корекції симптомів посттравматичного стресового розладу внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС, зокрема, - методи короткотермінової психотерапії, психотерапії можливостей та узгодженої інтегративної методології травматерапії.
2. Встановлено, що короткотермінова психотерапія найбільш ефективна у роботі із підвищенням адаптивності, впевненості у власних силах, стійкості до дії стресових факторів та соціальних впливів. Психотерапія можливостей ефективно працює у випадку емоційних порушень, почуттям провини, переживанням неконструктивних. Психотерапії із імагітивнативної методології успішно справляється у роботі із травмою, посттравматичним стресовим розладом, використовуючи методи роботи з уявою та пошуком внутрішніх ресурсів особистості.
3. Розроблена технологічна карта ефективної терапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС. Результати апробації технологічної карти у ресурсних центрах для підтримки внутрішньо переміщених осіб та учасників ООС ГО «Справа Кольпінга в Україні» (м. Львів, м. Ужгород, м. Івано-Франківськ) та у Львівському обласному госпіталі інвалідів війни та репресованих ім. Ю. Липи свідчать про позитивні зміни показників їх інтелектуальної та емоційно-вольової сфери, зникнення ознак посттравматичного стресового розладу у 30 % реабілітованих осіб, що вказує на необхідність впровадження технологічної карти ефективної терапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС в Україні.

Бібліографія

1. Антонюк В.П., Проблеми економічної активності та зайнятості ВПО, шляхи та способи їх вирішення / В.П.Антонюк, Л.В. Щетініна // Ринок праці та зайнятість населена. – № 3(56). – 2018. – С. 5-13.
2. Багаторічна стратегія захисту та пошуку рішень із залученням багатьох партнерів. Україна, 2018. – 2022 рр. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.unhcr.org/ua/wp-content/uploads/sites/38/2018/06/Multi-Year-Multi-Partner-Protection-and-Solutions-Strategy-2017_2020_UKR.pdf
3. Борис І.З., Подолання психологічних травм війни засобами арт-терапії / І.З. Борис, Л. О. Костюк, І. В. Сулятицький. – В кн. Психосоціальна підтримка осіб з травмою війни: міжнародний досвід та українські реалії: збірник матеріалів, доповідей Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Маріуполь, 28 лютого 2018 р. – Маріуполь: ДонДУУ, 2018. – 322 с.
4. Бриндіков Ю.Л., Теорія та практика реабілітації військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. педагог. наук : 13.00.05 «Соціальна педагогіка» / Ю.Л. Бриндіков. – Т. : 2019. – 40с.
5. Васильєв В.В., Соціальна адаптація особистості до професійної діяльності / В.В. Васильєв // Вісник Дніпропетровського університету. – 2006. – Вип. 14. – С. 215-221.
6. Гайда І.М., Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи медичної реабілітації військовослужбовців на регіональному рівні: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : 14.02.03 «Соціальна медицина» / І.М. Гайда. – У. : 2018. – 24 с.
7. Горбунова В.В., Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у рамках когнітивно-поведінкової терапії / В. В. Горбунова // Зб. статей. Ін-т соціальної та політичної психології. – К. : Міленіум, 2015. – С. 26-35.
8. Грись А.М., Практика роботи психологів із військоослужбовцями, що повернулися із зони АТО: досвід та перспективи / А.М. Грись, С.Д. Максименко. – Актуальні проблеми психології. – 2017. – Т.15 (11). – С. 102 –113.
9. Діяльність УВКБ ООН в Україні у сфері захисту [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.unhcr.org/ua/%d0%b7%d0%b0%d1%85%d0%b8%d1%81%d1%82>
10. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо посилення соціального захисту внутрішньо переміщених осіб» № 245 – VIII від 5 березня 2015 р. – Відомості Верховної Ради (ВВР), 2015, № 21, ст. 140.

11. Звіт національної системи моніторингу ситуації з внутрішньо-переміщеними особами. Червень 2020 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://ukraine.iom.int/sites/default/files/nms_round_17_ukr_web.pdf
12. Зливков В.Л., Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях / В.Л.Зливков, С.О. Лукомська, О.В. Федан. – К. : Педагогічна думка, 2016. – 219 с.
13. Інформаційний бюлетень кластеру захисту, вересень 2020 року [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://cutt.ly/kgBJVAY>
14. Кластер з питань захисту [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.humanitarianresponse.info/operations/ukraine/protection>
15. Кластери з питань захисту та з питань житла УВКБ ООН в Україні [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.unhcr.org/ua/%D0%BA%D0%B%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B8>
16. Кокун О.М., Психологічна робота з військовослужбовцями-учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник/ О.М. Кокун, Н.А. Агаєв, І.О. Пішко, Н.С. Лозінська, В.В. Остапчук. – Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. – 282 с.
17. Колісніченко О.С., Пархоменко О.О., Можливості прогнозування тяжкості гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців НГУ // Матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції «Робота з травмами війни. Український досвід» / за ред. С.Д. Максименка. – XIV. – Част. 7 – К. : 2018. – С. 67.
18. Кудерміна О.І., Чинники здійснення психологічної допомоги та психологічної реабілітації учасників АТО в сучасних умовах // Матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції «Робота з травмами війни. Український досвід» / за ред. С.Д. Максименка. – XVI. – Част. 8 – К. : 2018. – С. 54.
19. Лесков В.О., Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. псих. Наук : 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / В.О. Лесков. – Х. : 2008. – 22 с.
20. Литвиненко Л.І., Інтегративна модель у роботі з проявами ПТСР у ветеранів та військовослужбовців / О.І. Литвиненко // Актуальні проблеми психології. – Т. III: Консультативна психологія і психотерапія, 2018. — Випуск 14. – С. 77-98.
21. Музальов О., Теоретико-методичні засади професійної адаптації особистості у навчально-виховному процесі / О. Музальов // Педагогіка і психологія професійної освіти. – 2007. – № 6. – С. 130–139
22. Музичко Л.Т., Психокорекційна допомога молоді із посттравматичними порушеннями емоційно-вольового розвитку / Л. Т. Музичко// Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія, 2016. – Вип. 32. – С. 246-251.

23. Музичко Л.Т., Подолання посттравматичного стресового розладу у військово-вслужбовців / Л.Т. Музичко // Актуальні питання корекційної освіти. – Кам'янець Подільський, ПП «Медобори – 2006», 2018. – Вип.10 – С. 289-299.
24. Ніколаєнко С.Л., Особливості психологічної допомоги учасникам бойових дій при посттравматичному стресовому розладі / С.Л. Ніколенко // Світогляд – Філософія – Релігія. Збірник наукових праць, 2014. – Випуск 7. – С. 51-61.
25. Островська К.О., Особливості прояву посттравматичного стресового розладу в соціальному просторі / К.О.Островська // Проблеми сучасної психології. Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету ім. І. Огієнка, 2018. – Випуск 40. – С. 295-306.
26. Офіційний сайт Закарпатського обласного центру зайнятості. Аналітична та статистична інформація Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zak.dcz.gov.ua/analitics/71>
27. Офіційний сайт Івано-Франківського обласного центру зайнятості. Аналітична та статистична інформація Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ifr.dcz.gov.ua/analitics/66>
28. Офіційний сайт Львівського обласного центру зайнятості. Аналітична та статистична інформація Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://lviv.dcz.gov.ua/analitics/65>
29. Офіційний сайт Міністерства з питань реінтеграції тимчасово окупованих територій / розділ «Внутрішньо-переміщені особи» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://mtot.gov.ua/ua/vnutrishno-peremischeni-osobi-vpro>
30. Постанова Кабінету Міністрів України «Про затвердження Порядку здійснення заходів сприяння зайнятості, повернення коштів, спрямованих на фінансування таких заходів, у разі порушення гарантій зайнятості для внутрішньо переміщених осіб» від 8 вересня 2015 р. № 696.– [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/696-2015-%D0%BF#Text>
31. Посттравматичний стресовий розлад адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_AKN_PTSR.pdf
32. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти. Методичний посібник / Упор. : Д.Д. Романовська, О.В. Ілащук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
33. Сидоренко О.Ю., Психологічна профілактика й нейтралізація дезадаптивних станів за допомогою ДПРО-терапії / О.Ю. Сидоренко // Науковий вісник Херсонського державного університету. – 2015. – Випуск 3-2. Том 2. – С. 223-226.
34. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та

- політичної психології ; [за наук. ред. Т.М. Титаренко]. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. – 80 с.
35. Титаренко Т.М., Дорожня карта соціально-психологічної реабілітації особистості, що постраждала від воєнної травматизації // Матеріали Першої всеукраїнської науково-практичної конференції «Робота з травмами війни. Український досвід» / за ред. С.Д. Максименка. – XIV. – Част. 6 – К. : 2018. – С. 114.
36. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_972_GenDysfor/2016_972_YKPMDD_GenDysfor.pdf
37. УВКБ ООН. адвокація [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.unhcr.org/ua/en/advocacy>
38. Черговий міф Кремля зруйновано: як ставляться до внутрішньо переміщених осіб на Заході [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://news.24tv.ua/ru/chergoviy_miv_kremlya_zruynovano_yak_stavlyatsya_do_vnutrishno_peremishhenih_osib_na_zahodi_n1320131
39. Чехович С.Б., Елементарний курс міграційного права України : Конспект лекцій : Навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. — К. : МАУП, 2004. – 213 с.
40. Banerjee, A., et al., A Multifaceted Program Causing Lasting Progress for the Very Poor: Evidence from Six Countries. *Science* 348 (6263), 2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://science.sciencemag.org/content/348/6236/1260799>
41. Bartoszewski J., Psychoterapia możliwości: 12 kroków «praca ze sprawcą przemocy domowej» cz. I. – Wspólne tematy, 2016. – 192 p.
42. Bartoszewski J., Psychotherapy of possibilities: the basic components of the system theoretical and practical approach // *European Journal of Social and Human Sciences*. – 2015. – Vol (6), Is.2. – 75 p.
43. Berg I. K., Miller S.D., Terapia krótkoterminowa skoncentrowana na rozwiązaniu. – 2000, Łódź. – 150 p.
44. Berg I.K., Reuss N.H., Rozwiązania krok po kroku. – Łódź, 2013. – 150 p.
45. Berg I.K., Reuss N.H., Solutions Step by Step: A Substance Abuse Treatment Manual. – Norton, 1997 – 192 p.
46. Cloitre M., Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique // *CNS Spectrums*. – 2009. – Vol. 14, No 1. – P. 32-43.
47. Cluster Approach (IASC) UNHCR [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://emergency.unhcr.org/entry/61190/cluster-approach-iasc>
48. Commission on Human Rights, Forty-ninth session, Chapter 33, E/CN.4/1993/35, 21 January 1993. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.refworld.org/pdfid/45377b620.pdf>

49. Commission on Human Rights, Report of the Representative of the Secretary-General, Mr. Francis M. Deng, submitted pursuant to Commission resolution 1997/39, E/CN.4/1998/53/Add.2, 11 February 1998, UN. Addendum: Guiding Principles on Internal Displacement [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://goo.gl/GJU2Sz>
50. Definitions of «Critical Thinking». Critical Thinking of the Web [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.austhink.org/critical/pages/definitions/>
51. DiClemente C.C., Corno C.M., Graydon M.M., Wiprovnick A.E., Knoblach D.J., Motivational interviewing, enhancement, and brief interventions over the last decade: A review of reviews of efficacy and effectiveness // Psychology of Addictive Behaviors. – 2017. – Vol. 31, Is. 8. – P. 862.
52. Ehlers A., Clark D.M., Hackmann A., Grey N., Liness S., Wild J. et.al., Intensive cognitive therapy for PTSD: A feasibility study// Behavioural and Cognitive Psychotherapy. – 2010 – Vol. 38, No. 4. – P. 383-398.
53. Emergency handbook. UNHCR, 2020, 11 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://emergency.unhcr.org/>
54. Employment needs assessment and employability of internally displaced persons in Ukraine summary of survey findings and recommendations [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---sro-budapest/documents/publication/wcms_457535.pdf
55. Forcibly Displaced: Toward a Development Approach Supporting Refugees, the Internally Displaced, and Their Hosts. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/publication/supporting-refugees-and-internally-displaced-through-development>
56. Grzyb M., Autorski Program Terapeutyczny BSFT – krótkoterminowa terapia skoncentrowana na rozwiązaniu // Parzymiechy. – 2010. – Vol. 1, No. 3. – P. 37-45.
57. Guidelines on Negotiations with Armed Groups, G. McHugh and M. Bessler, United Nations, January 2006 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.who.int/hac/techguidance/hbp/HBP_Guidelines_on_Humanitarian_Negotiations_%20Jan2006.pdf?ua=1
58. Handbook for the Protection of Internally Displaced Persons, 2006, 533 pp. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.unhcr.org/4c2355229.pdf>
59. Humanitarian Negotiations: A Handbook for Securing Access, Assistance and Protection for Civilians in Armed Conflict, M. Mancini-Griffoli and A. Picot, Centre for Humanitarian Dialogue, Geneva, October 2004 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.hdcentre.org/wp-content/uploads/2016/07/Humanitarian-Negotiations-A-handbook-October-2004.pdf>
60. Inter-Agency Standing Committee (IASC) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://interagencystandingcommittee.org/iasc>

61. Jong P., Berg I.K., *Rozmowy o rozwiązaniach: podręcznik dla trenerów*, Wydawnictwo: Księgarnia Akademicka; Kraków, 2007. – 192 p.
62. Kienhuis J., Świtek T., *Klient ekspertem. Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach i jego zastosowanie w Polsce*. Wydawnictwo: Kraków, 2007. – 200 p.
63. Kosman T., *Założenia terapii skoncentrowanej na rozwiązaniach*, *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki społeczne*, 1/2013 / Kosman T. [Elektronnyy resurs]. – Reżym dostępu: http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-118f75d9-84af-407e-8f46-b256177ef2f1/c/Kwartalnik1_2013_1.pdf.
64. *Leaving it Behind: How to Rescue People from Deep Poverty – and Why the Best Methods Work* // *Economist*. 2015, December 12, 2015/ [Elektronnyy resurs]. – Reżym dostępu: <https://www.economist.com/search?q=Leaving+it+Behind+%3A+How+to+Rescue+People+from+Deep+Poverty%E2%80%944and+Why+the+Best+Methods+Work>
65. Norcross J.C., Goldfried M.R., *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University Press, 2005. – Vol. 5, No. 4. – P. 174-186.
66. Ostrovska K., *Discourse about decision making in crisis situation: Psychotherapy context* // *Konińskie Studia Społeczno-Ekonomiczne*. – 2017. – Vol. 3, No. 3. – P. 183-190.
67. *Primal Leadership: Realizing the Power of Emotional Intelligence*, D. Goleman, R. Boyatzis, and A. McKee, Harvard Business School Press, USA, 2002 [Elektronnyy resurs]. – Reżym dostępu: https://www.researchgate.net/publication/230854764_Primal_Leadership_Realizing_the_Power_of_Emotional_Intelligence
68. Prochaska J.O., Norcross J.C., *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Oxford University Press, 2018. – 128 p.
69. *Resolution adopted by the general assembly [on the report of the Third Committee (A/53/620)] 53/125*. Office of the United Nations High Commissioner for Refugees [Elektronnyy resurs]. – Reżym dostępu: <https://undocs.org/en/A/RES/53/125>
70. Schumann H.E., Schumann W., *Das Konzept Integrativer Methodik*. Verlag Institut KIM. Hannover, 1995. – 250 p.
71. Shazer S. *Kiedy słowa były magią*. Wydawnictwo: CTK Solutions Now; Łódź, 2013. – 150 p.
72. Sharry J., Madden B., Darmody M., *W poszukiwaniu rozwiązania. Przewodnik po terapii krótkoterminowej*. Wydawnictwo Galaktyka; Łódź, 2007. – 220 p.
73. Świdorska O., *Podejście skoncentrowane na rozwiązaniach*, 2013. [Elektronnyy resurs]. – Reżym dostępu: <http://http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=674>

74. Tytarenko T.M., Socio-psychological rehabilitation of persons who suffer from military aggression // Український психологічний журнал. – 2018. – Vol.1, No.7. – P. 151 –160.
75. Technical Report on Statistics of Internally Displaced Persons [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/9316015/KS-GQ-18-003-EN-N.pdf/2f5996ce-c15f-42a2-b659-ed1b843a596e>
76. Transformative agenda (IASC) UNHCR [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://emergency.unhcr.org/entry/41612?lang=en_US
77. UNHCR 2014. Global Strategy for Livelihoods: A UNHCR Strategy 2014–2018. Geneva: UNHCR [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/81186/UNHCR%2C+Global+Strategy+for+Livelihoods+2014-2018/bbf30250-c485-49f6-9944-2fe9f3c0f97f>
78. UNHCR. Ukraine. Registration of internal displacement persons, 2020 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrljoiY2RhMmExMjgtZWVMS00YjcwLWlOMzktNmEwNDkwYzdmYTMOliwidCI6ImU1YzZM3OTgxLTY2NjQtNDEzNC04YTJjLTY1NDNkMmFmODBiZSIsImMiOjh9>
79. Where Internally Displaced People Live & Three Ways To Support Their Economic Success. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.cgdev.org/blog/where-do-internally-displaced-people-live-and-what-does-mean-their-economic-integration>
80. Working with the internally displaced [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.unhcr.org/4565a8302.pdf>