



вул. Свенціцького 17, Львів, 70011, e-mail: i.cbt.org.ua@gmail.com, веб-сайт: www.i-cbt-org.ua

ДИПЛОМНА РОБОТА

*Застосування комплексного підходу у когнітивно
поведінковій терапії скерованій на реадaptaцію ветеранів
АТО/ООС.*

Юлія Кунта

Львів-2020

ЗМІСТ

ВСТУП: ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ.....	3
ПРЕДСТАВЛЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ВИПАДКУ	5
ДАНІ ПРО УЧАСНИКІВ ГРУПИ	6
ДІАГНОСТИЧНІ ДАНІ НА ПОЧАТКУ РОБОТИ.....	7
ПІДТРИМУЮЧІ ЦИКЛИ ПРОБЛЕМ.....	7
ПЛАН ТЕРАПІЇ.....	10
КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ СПРЯМОВАНИЙ НА АКТИВАЦІЮ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ЗМІСТОВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	11
Групи взаємопідтримки за принципом “рівний рівному”	11
Заняття з іпотерапії.....	13
Участь у тренінгах та семінарах у сфері власної справи та соціального підприємництва	15
Заходи у сфері спортивно психологічного відновлення	16
Участь у заходах соціально відповідальної сфери	17
ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОРОБЛЕНОЇ РОБОТИ	18
СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА ЗМІНИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ УЧАСНИКІВ ГРУПИ.....	24
ЗАКЛЮЧНІ РЕФЛЕКСІЇ ТА ОЧІКУВАНИЙ ПРОГНОЗ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РОБОТИ.	24
Бібліографія.....	27

ВСТУП: ОГЛЯД ПРОБЛЕМИ

Сьогодні Україна переживає складні часи – з 2014 року в країні триває військовий конфлікт, розпочатий російськими загонами, які вторглися у квітні 2014 року на територію українського Донбасу після захоплення Російською Федерацією Криму, серії проросійських виступів в Україні і проголошення «державних суверенітетів» ДНР та ЛНР. Юридично на сході України триває Антитерористична операція, яка з 2018 року має назву Операція Об'єднаних Сил.

До захисту суверенітету та цілісності була задіяна значна кількість громадян країни. Станом на 01.07.2019 за інформацією, що надійшла від відомчих комісій щодо надання статусу учасника бойових дій особам, які брали участь у проведенні антитерористичної операції, статус учасника бойових дій надано 369 451 особі – за даними Державної служби України у справах ветеранів та учасників антитерористичної операції. У своїй роботі осіб які приймали безпосередню участь у військових діях зазначатиму, як учасники АТО/ООС.

Військовий конфлікт входить до переліку подій які можна називати великими травматичними подіями, тобто подіяли у яких людина може зустрітися із травмою з великою букви. «Т»-травма - це події, які характеризуються небезпекою для життя, серйозного ураження тіла чи ж сексуального скривдження (DSM-IV). Особа може бути жертвою події, свідком, мати надмірну експозицію чи ж довідатися про травматичну подію, що сталася з рідними (зокрема смерть чи загроза життю).

Однозначно, що сама участь у військовому конфлікті не буде гарантувати наявності негативних наслідків вплив травматичних подій таких як: ПТСР, ГСР, залежності, депресія, спектр тривожних розладів, утруднене переживання втрати, розлади адаптації та ін. Проте досвід тривалого перебування у гострій стресовій ситуації може значно ускладнити якість життя людини.

Важливим етапом відновлення фізичного та ментального здоров'я учасника бойових дій є період повернення до мирного життя. Науковці від давна приділяли значиму роль етапу соціально-психологічної адаптації ветеранів. О.Г. Караяні, аналізуючи соціально-психологічну реадaptaцію учасників бойових дій, акцентує на тому, що в умовах екстремальної діяльності відбувається трансформація всієї системи ціннісних орієнтацій, рис характеру та темпераменту, способів соціальної взаємодії людини з суспільством і соціальним оточенням. Автор наголошує на необхідності соціально-психологічної реадaptaції – процесі організованого, поступового психологічного повернення учасників бойових дій з війни і безконфліктного, не травмуючого «вбудовування» їх у систему соціальних зв'язків і відносин мирного часу. Соціально-психологічна реадaptaція за висловлюваннями О.Г. Караяні є складовою психологічної реабілітації – різновиду психологічної допомоги в тій частині, в якій вона спрямовується на відновлення втрачених (порушених) психічних можливостей та здоров'я.

Заходи, що проводяться в цьому випадку, охоплюють:

- спеціальний період життєдіяльності частин і підрозділів, своє- рідний «психологічний карантин» («психологічну дезінфекцію»);
- створення реадaptaційного середовища навколо ветеранів бойових дій в сім'ї, підрозділі, частині;
- виявлення ветеранів із симптомами посттравматичного стресового розладу і проведення з ними заходів психологічної реабілітації.

Психологічна підготовка проводиться за всіма напрямками діяльності психолога, найбільш ефективними визнаються соціально-психологічні тренінги та заняття, присвячені підвищенню впевненості в собі, виробленню навичок раціонального вирішення конфліктних ситуацій, аутогенним тренуванням, прогресивній релаксації і ін.

У своїй праці я б хотіла зосередитися власне на процесі реадaptaції учасників АТО/ООС, оскільки думаю, що саме реадaptaція є важливою складовою до відновлення особистості в умовах, середовищі, які раніше були комфортними для людини проте через тимчасову відсутність можливості перебування у даному середовищі та новий стресовий досвід людині важко влитися у уже відомий перебіг життя.

Аналіз досліджень.

Зіставлення причин виникнення соціально-психологічної дезадаптації у ветеранів воєн у В'єтнамі і Афганістані виявило схожість ряду умов. Як ті, так і інші воювали тоді, коли рідна країна продовжувала жити мирним життям. Населення не мало інформації про реальну обстановку в районах бойових дій, що було причиною незрозуміння ветеранів представниками самих різних верств населення обох країн. Обидві війни на чужій території були непопулярними на Батьківщині, що негативно позначалося на післявоєнній адаптації ветеранів. У кращому разі після повернення додому вони потрапляли в атмосферу байдужості і замовчання справжніх реалій війни, а в гіршому - відверто ворожого відношення до її учасників.

Нерозуміння з боку суспільства, відсутність підтримки привело до того, що багато з ветеранів (передусім з числа афганців), несучи в собі заряд жорстокості, зіткнувшись з байдужістю у своїй вітчизні, встали на шлях злочинності. Відомо, що багато кримінальних структур було сформовано з афганців.

У бойових умовах формується специфічний комплекс провини. Нажитими змінами особи є загострене почуття справедливості, гіпотимія, тривожність, ранимість, афективна нестабільність, сторожкість, імпульсивність і підозрілість, схильність до самоти, почуття спустошеності, напруженість міжособистісних стосунків, постійна готовність до реактивних утворень, вибухів люті, само ушкодження. Можуть спостерігатися втрата уваги і зміна зовнішності, втрата ваги, швидке сп'яніння. Ці зміни трактуються як «синдром виживання», або апатична депресія.

Трансформація особистості може виникнути після першого вбивства ворога або після загибелі побратима. Первинна реакція на таку травму може бути зовні непомітною або супроводжуватися гострою психічною дезорганізацією. Після повернення з війни залишаються звичка оцінювати те, що оточує з точки зору потенційної небезпеки, і щонайменша провокація може несподівано викликати агресію. Часті дисфорії призводять до алкоголізації і зниження працездатності.

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР). Для позначення розладів, що виникають у осіб, що перенесли психічну травму, в 1980 р. поняття «Посттравматичні стресові розлади» було прийняте як виразна і обґрунтована діагностична категорія. Посттравматичні стресові розлади можна визначити як стан, який розвивається у людини, пережившої емоційний або фізичний стрес достатньої вираженості, здатний бути травматичним практично для будь-якої людини.

Дані отримані в результаті дослідження ветеранів афганської війни, яке проводили фахівці ХНПУ імені Г.С. Сковороди, підтверджують, що у частини ветеранів – від 12% до 24% проявляються симптоми ПТСР (залежно від виду), у 53% - 70% спостерігаються психічні розлади або прикордонні стани і лише близько 35% досліджуваних повністю змогли адаптуватися до умов мирного життя. У ході спостережень і отриманих експериментальним шляхом даних добре проглядається зв'язок проявів ПТСР з соціальними умовами ветерана.

Спостерігається тенденція до значного поліпшення якості життя та адаптованості ветеранів при залученні їх до суспільно-корисної діяльності. Це може бути ряд таких заходів, як зустрічі за круглим столом, де обговорюються нагальні проблеми, залучення ветеранів до зустрічей з молодшим поколінням (уроки мужності і патріотична діяльність, спортивно-масові заходи, просвітницька робота), до благодійних заходів і т.п. Результати дослідження підтверджують, що суспільно-корисна діяльність у рамках міської спілки ветеранів Афганістану надає свої позитивні результати на психологічний стан її членів. Ветерани які задіяні в суспільно-корисній діяльності і які займають активну соціальну позицію страждають ПТСР і психічними розладами набагато менше, ніж ті хто замкнувся на своїх проблемах, у собі. Досвід спілки ветеранів показує, що якщо не надавати своєчасну психологічну підтримку, без індивідуального підходу, реадaptaційних заходів, їх інтеграція в сучасне суспільство практично не можлива. Особливо якщо це стосується інвалідів, які обмежені в своїх фізичних можливостях і, як правило, замкнуті і обмежені в спілкуванні, ізольовані від суспільних відносин. Часом дуже важко розговорити таких людей (спочатку вони цьому дуже пручаються), організувати їм спілкування з іншими ветеранами, але якщо це вдається, то результати не змушують на себе чекати. Так, величезний вплив справляють на подальшу долю інваліда особистий приклад і досвід таких же інвалідів як і він сам, але більш активних, адаптованих. І коли відбуваються спільні зустрічі соціально-активних людей з пасивними, то і в других теж починає змінюватися світогляд: «ще не все втрачено, ще варто жити, можна займатися якоюсь корисною справою» і т.п. А якщо ще й є можливість виявити спрямованість і інтереси ветерана й надати посильну допомогу в його

зайнятості, прагненнях, то людина кардинально змінюється – немов «оживає».

У ході соціальної взаємодії ветерану набагато легше розкритися, виговоритися, переробити свій військовий досвід, отримати післявоєнний досвід інших таких же як і він ветеранів і, спільними зусиллями, вирішити свої соціальні та психологічні проблеми. А значить якісно поліпшити свій стан і своє життя, переосмислити прожите і знайти перспективи в майбутньому.

Діагностика психічних станів, рівня нервово-психічної діяльності, що проводиться психологами і психіатрами, має бути основним змістом роботи в ході медичного обстеження військовослужбовців після їх повернення з районів бойових дій. При цьому особлива увага має бути приділена проведенню групових і індивідуальних бесід, в ході яких необхідно зорієнтувати в проблемах, що виникають в процесі реадaptaції учасників бойових дій до звичайних умов життєдіяльності.

Інша статистика: в США, наприклад, вже давно підраховували, що ветерани в'єтнамської війни (тобто люди з ураженою психікою) вносять досить істотний відсоток в загальний рівень злочинності країни. І для держави виявилось дешевше займатися здоров'ям колишніх бійців, ніж підраховувати збитки від їх злочинів. Саме тому міністерство у справах ветеранів США детально зайнялося цією проблемою. В Америці працює близько двохсот клінік, де учасникам в'єтнамської війни виявляється психотерапевтична допомога. За даними вітчизняних фахівців, в структурі психічної патології серед військовослужбовців строкової служби, які брали участь у бойових діях під час локальних війн в Афганістані, Карабасі, Абхазії, Таджикистані, Чечні, психогенні розлади досягають 70 %; у офіцерів і прапорщиків цей показник децю нижчий.

У значній кількості військовослужбовців, які пройшли через збройні конфлікти, є хронічні посттравматичні стани, викликані стресом. А за даними на листопад 1989 р., 3700 ветеранів Афганської війни перебували у в'язницях; кількість розлучень і гострих сімейних конфліктів складало в сім'ях «афганців» 75 %; більше двох третин ветеранів не були задоволені роботою і часто міняли її з причини виникаючих конфліктів; 90 % студентів-«афганців» мали академічну заборгованість або погану успішність; 60 % страждали від алкоголізму та наркоманії; спостерігалися випадки самогубств або спроб до них; близько 50 % (а за деякими відомостями, до 70 %) готові були в будь-який момент повернутися в Афганістан.

Наслідки ПТСР (посттравматичних стресових розладів) призводять до зміни особистості, соціальної та професійної дезінтеграції, алкоголізації і наркотизації, суїцидів. Відсутність спеціальних медико-психологічних заходів з відновлення травмованої, деформованої психіки (психологічна реабілітація) веде до хронічного перебігу психічних розладів.

Щодо програм психологічної підтримки ветеранів у США, то вони включають різний комплекс заходів від індивідуальної психотерапевтичної роботи, групових терапевтичних занять до різноманітних заходів для сімей, родин та близького кола оточення ветеранів.

ПРЕДСТАВЛЕННЯ КОМПЛЕКСНОГО ВИПАДКУ

В основу своєї роботи я включаю когнітивно поведінкову терапію із ветеранами та додаткові заходи як елементи поведінкової активації у напрямку дослідження та розвитку цінностей особистості, які б сприяли покращенню ефективності процесу реадaptaції ветеранів АТО/ООС.

Працюючи з ветеранами я використовувала стандартизоване обстеження та побудову формулювання за Оксфордською моделлю опираючись на працю Д.Вестбрука, Г.Кеннерлі, Дж.Кірк "Вступ у когнітивно-поведінкову терапію", Львів, 2014.

Після проведення первинного інтерв'ю, я стала помічати, що в не залежності від віку, статі, роду військових формувань, терміну перебування у зоні проведення АТО/ООС, інтенсивності військового конфлікту велика частина звернень та запитів ветеранів крім основних скарг стосувалася відсутності сенсу життя, не розуміння ціннісних орієнтирів, що в результаті значимо впливає на перебіг реадaptaції після повернення у мирне життя.

З опису досвіду минулого пацієнти розповідали про те, що до перебування у зоні АТО/ООС кожен мав своє життя, свій стиль, свої пріоритети. Було розуміння куди рухатися, вимальований спектр руху у майбутнє. Далі відбулися зміни у країні і напрямок руху змінився, проте все ж він був чітким та

визначеним. Далі війна, виконання бойових завдань. Не зважаючи на рівень напруги, стресу на фізичного визначення єдине, що було визначено це вектор цінностей згідно яких люди формували як короткотермінові так і довготермінові цілі. І це давало відчуття стабільності, впевненості та значимості тих завдань та періоду перебування на сході країни.

А далі, зі слів пацієнтів, наступав найскладніший етап у цьому військовому досвіді, а саме етап повернення до мирного життя. Спочатку люди сповнені надії та очікування на зустрічі з рідними та відпочинку, проте далі наступав етап апатії, тоді й відбулася зустріч з великим викликом – невизначеністю, щодо майбутнього. Пацієнти висловлювали думки, для прикладу: “ тут складно, все не зрозуміло, чим я маю тут займатися. Усе чуже і не цікаве.”

У період з 2016 року по теперішній час я мала честь працювати із великою кількістю ветеранів та ветеранок війни на сході України. В індивідуальній терапевтичній роботі таких пацієнтів було близько 1000 осіб і близько 80% із них висловлювали ідеї щодо відсутності сенсу життя після повернення у мирне середовище і ці думки сприяли труднощам у відновленні нормального життя вдома. Часто виникали ідеї про повернення назад у зону бойових дій . Звичайно часто причиною звернення були і інші проблеми: елементи ПТСР, тривожні розлади, депресія, залежності, сімейні конфлікти та непорозуміння. Та попри основний діагноз пацієнтів дуже турбувала власне проблема реадaptaції після повернення з війни.

Вивчаючи досвід інших країн, проводячи різноманітні фокус групи з ветеранами та ветеранками для покращення якості психологічної підтримки учасників АТО/ООС, я розуміла важливість не лише якісної індивідуальної терапевтичної роботи, а й необхідність додаткових активностей, які б сприяли якісному процесу реадaptaції .

Моя ідея полягала у тому, щоб розподілити пацієнтів на невеличкі групи, які склалися із 5 осіб. Пріоритетом при формуванні груп було наявність однакового основного діагнозу та наявність однакової додаткової проблеми, а саме – відсутність сенсу життя, як складової проблем у реадaptaції.

У даній роботі я б хотіла представити опис випадку проробленої роботи із однією групою. В дану групу були відібрані учасники АТО/ООС із основним діагнозом : депресія помірного ступеня та додатковою проблемою- відсутність сенсу життя- утруднення процесу реадaptaції у мирному житті.

ДАНІ УЧАСНИКІВ ГРУПИ:

№	Найменування	Стать	Вік	Військове формування	Термін перебування в АТО/ООС	Сімейний статус	Соціальний статус
1	Пацієнт 01	Ч	26	Бат. ОУН	2014-2016р.р.	Не перебуває у стосунках	Не працює, студент
2	Пацієнт 02	Ч	32	24 бригада	2015-2016р.р.	Одружений, виховує 2 дітей	Працює, сфера виробництва
3	Пацієнт 03	Ч	44	СБУ	3 2014 по теперішній час (періодичні відрядження та ротації)	Одружений, виховує доньку	Діючий військовослужбовець
4	Пацієнт 04	Ж	26	Бат. “Правий сектор”	2014 -2016р.р.	Одружена	Не працює

5	Пацієнт 05	Ч	25	Бат . “Айдар”	2015-2017 р.р.	Не перебуває у стосунках	Не працює
---	------------	---	----	------------------	----------------	--------------------------	-----------

ДІАГНОСТИЧНІ ДАНІ НА ПОЧАТКУ РОБОТИ

Для діагностичних замірів у роботі з ветеранами я використовую наступні шкали:

- Шкала депресії PHQ-9;
- Шкала тривоги Бека;
- Шкала впливу подій;
- Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS)
- Суб'єктивна шкала відновлення стосунку із цінностями від 0 до 10.
- Суб'єктивна шкала покращення якості життя від 0 до 10.

Діагностика учасників групи на початок роботи :

Учасник групи	Шкала депресії PHQ-9	Шкала тривоги Бека	Шкала впливу подій	Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS)	Суб'єктивна шкала відновлення стосунку із цінностями від 0 до 10.	Суб'єктивна шкала покращення якості життя від 0 до 10.
Пацієнт 1	14	8	Уникнення- 1,75 Інтрюзія- 2 Гіперзбудження- 1,5	Робота - 7 Ведення дом. господарства - 7 Соц. дозвілля- 8 Особисте дозвілля- 8 Сім'я та стосунки- 8	1	1
Пацієнт 2	11	9	Уникнення-2,6 Інтрюзія- 2 Гіперзбудження- 1,8	Робота - 2 Ведення дом. господарства - 5 Соц. дозвілля -7 Особисте дозвілля -7 Сім'я та стосунки -4	3	2
Пацієнт 3	14	6	Уникнення – 2,6 Інтрюзія – 1,7 Гіперзбудження -1,5	Робота - 2 Ведення дом. господарства -2 Соц. дозвілля- 6 Особисте дозвілля- 6 Сім'я та стосунки - 2	2	1
Пацієнт 4	12	11	Уникнення-2,5 Інтрюзія-1,4 Гіперзбудження-2	Робота - 6 Ведення дом. господарства -5 Соц. дозвілля - 7 Особисте дозвілля - 7 Сім'я та стосунки – 2	2	1
Пацієнт 5	14	11	Уникнення -2 Інтрюзія-1,7 Гіперзбудження - 2	Робота - 8 Ведення дом. господарства - 7 Соц. дозвілля- 7 Особисте дозвілля- 7 Сім'я та стосунки - 8	1	1

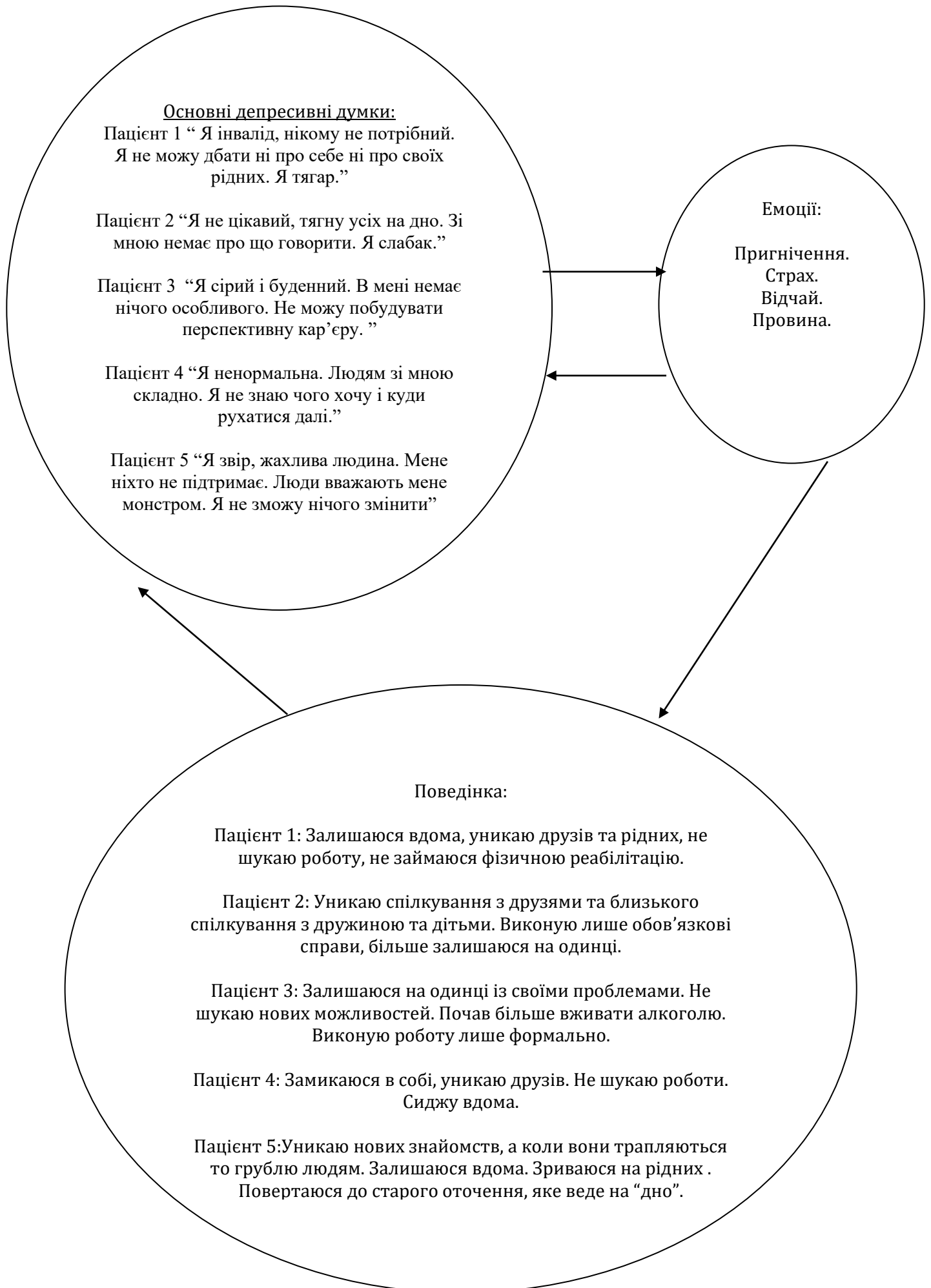
ПІДТРИМУЮЧІ ЦИКЛИ ПРОБЛЕМ.

У пацієнтів представлених у даній роботі у запиті було визначено 2 проблеми: депресія помірного ступеня та відсутність сенсу, я як підтримуюча складова труднощів у процесі реадaptaції. Відповідно у роботі представлені будуть 2 варіації циклів до кожної з проблем.

Підтримуючі цикли при депресії.

Депресивна симптоматика у пацієнтів даної групи була представлена у наступних проявах: депресивна румінація, зниження активності, зменшення кола спілкування. У кожного пацієнта дані прояви були виражені у різній мірі складності.

Демонстрація циклів:



Підтримуючий цикл до проблеми відсутність сенсу/утруднення процесу реадaptaції:

Основні думки:

Пацієнт 1 “Всі мої плани рухнули. Світ став байдужий, меркантильний і люди такі ж у ньому.”

Пацієнт 2 “Тут усе інакше. В мене немає нічого спільного із людьми які є тут. Тут мені нічого не цікаво”

Пацієнт 3 “Я прожив велику частину свого життя і в ньому немає нічого святого і важливого. Усе у сірому режимі робота-дім-робота-дім. ”

Пацієнт 4 “Люди всі байдужі і черстві. Світ не справедливий. У житті тут немає добра і щирості.”

Пацієнт 5 “ Цей світ призначений для страждань і використання одне одного. Все що я роблю не приносить радості. Ні в чому не бачу сенсу”

Емоції:

Пригнічення.
Відчай.
Байдужість

Поведінка:

Займаються однотипними справами, лише обов'язковими. Не цікавляться можливостями, перспективами, новими знайомствами. Залишаються на одинці із собою.
Не мріють.
Не будують планів.
Не прислуховуються до себе.

Наслідок:

Не відчувають стосунку із власними цінностями.
Виснаження.
Знецінення себе та інших.
Труднощі у побудові нових соціальних стосунків. Утруднення процесу реадaptaції.

ПЛАН ТЕРАПІЇ

Відповідно до запитів до запиту пацієнтів було підбрано оптимальний варіант терапії – КПТ. Адаже, згідно з актуальних протоколів терапії депресії (для прикладу див. Британський протокол та огляд досліджень щодо ефективності КПТ депресії у NICE (2004) с. 119-131) когнітивно-поведінкова терапія та фармакотерапія антидепресантами є двома основними методами терапії. При депресивному епізоді легкого або помірного ступеню ці два методи є рівно ефективні (при чому при КПТ редукуються усі симптоми депресії, включаючи біологічні). Від фармакотерапії пацієнти відмовилися, бажаючи спершу «перевірити» дієвість КПТ, мали достатню довіру до цього методу, так як, шукаючи терапевта, цікавились актуальними дослідженнями щодо терапії депресії у ресурсах Інтернету.

Етапи роботи:

1. На першому етапі терапія буде зосереджена на подоланні депресії:

- 1.1. Соціалізація в КПТ та психоедукація про депресію;
- 1.2. Техніка дистанціювання від думок;
- 1.3. Поведінкова активація з акцентом на використання приємних та змістовних активностей;
- 1.4. Робота з НАДАми – когнітивно та з допомогою ПЕ;
- 1.5. Робота з когнітивними фільтрами, типовими при депресії;
- 1.6. Техніка майндфулнес.

2. На другому етапі – робота із відновленням стосунку з цінностями.

- 2.1. Ідентифікація цінностей – когнітивна робота та робота в уяві (Вправи “Мій останній день народження”, “Мій нікролог”)
- 2.2. Техніка прийняття рішень, планування коротко- та довгострокових цілей в стилі SMART.
- 2.3. Тестування ключових наданих значень вербально та поведінковими експериментами

3. На третьому етапі робота із труднощами процесу реадaptaції. Комплекс заходів спрямований на активацію соціальної та змістовної діяльності.

- 3.1. Групи взаємодтримки за принципом “рівний рівному”;
- 3.2. Заняття з іпотерапії;
- 3.3. Участь у тренінгах та семінарах у сфері розвитку власної справи та соціального підприємництва.
- 3.4. Заходи у сфері спортивно психологічного відновлення;
- 3.5. Участь у заходах соціально відповідальної сфери (турбота про дітей із особливими потребами, догляд за людьми похилого віку, організація дозвілля для ветеранів з інвалідністю в наслідок військових дій, просвітницькі та патріотичні заняття для дітей та молоді);
- 3.6. Організація клубу розвитку здібностей побратимів.

4. На завершальному етапі – менеджмент стресостійкості

- 4.1. Перегляд здобутих навичок, ідентифікація зон ризику, провісників «рецидиву» та можливих дій у відповідь
- 4.2. Ідентифікація «валізки» ресурсів та знарядь самопомоги
- 4.3. Бустанерні сесії з поступовим збільшенням часу між сесіями.

Даний план терапії включав у себе 15-20 сесій індивідуальної когнітивно поведінкової терапії, а також додаткові організаційні зустрічі для втілення комплексного плану заходів соціальної та змістовної активації.

Перші два етапи терапевтичної роботи відбувалися згідно плану терапії. Надалі у своїй роботі я б хотіла зосередити увагу на третьому етапі роботи: робота із труднощами процесу реадaptaції.

КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ СПРЯМОВАНИЙ НА АКТИВАЦІЮ СОЦІАЛЬНОЇ ТА ЗМІСТОВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Поняття реадaptaція, як і процес, що йому відповідає, основну увагу зосереджують на психологічній функції учасника процесу, психологічних та емоційних змінах, пов'язаних з поверненням до цивільного життя, подоланням розладів. Поняття реадaptaція включає до себе багато аспектів: зайнятість, освіта, міжособистісні відносини, сфера здоров'я тощо, однак саме психологічні і емоційні зміни визначаються як рушійний фактор оволодіння новими цивільними ролями.

Усі ці активності входять до переліку технік поведінкової активації, яка є важливою при роботі із депресією.

У своїй роботі з ветеранами, крім основної індивідуальної когнітивно поведінкової терапії я застосовувала комплекс заходів спрямованих на активацію соціальної та змістовної діяльності. Їх метою є розвиток навичок, пов'язаних з розумовою, емоційною, фізичною стійкістю та підтримка психологічної стійкості побратимів та інших соціально вразливих верств населення. До комплексного підходу я включала наступні активності:

- Групи взаємодтримки за принципом “рівний рівному”;*
- Заняття з іпотерапії;*
- Участь у тренінгах та семінарах у сфері розвитку власної справи та соціального підприємництва.*
- Заходи у сфері спортивно психологічного відновлення;*
- Участь у заходах соціально відповідальної сфери (турбота про дітей із особливими потребами, догляд за людьми похилого віку, організація дозвілля для ветеранів з інвалідністю в наслідок військових дій, просвітницькі та патріотичні заняття для дітей та молоді).*

Далі детальніше розглянемо кожен із них.

Групи взаємодтримки за принципом “рівний рівному”.

Активно обговорюється і втілюється в життя запровадження «подібний до подібного» підходу у соціальній адаптації бійців. Важливо відзначити, що це стосується навіть такої делікатної сфери як психічне здоров'я та пов'язані з ним розлади. Наприклад, американські практики вказують на дві основні проблеми у роботі з колишніми бійцями, що страждають на ПТСР, а саме: багатомірність самого розладу та складності у залученні ветеранів до терапії. У контексті першої проблеми психіатр Джонатан Шей, який спеціалізується на роботі з пацієнтами, що страждають на ПТСР, навіть запропонував термін «моральна рана» для позначення психологічного, культурного і духовного аспектів бойової травми. «Вона руйнує здатність довіряти. Вона залишає по собі відчай, очікування, що тобі зашкодять, принизять або використають». Перша проблема породжує другу. Спеціаліст з ПТСР, доктор Шейлі Джейн, зазначає, що «сама природа розладу робить ветеранів зневіреними. Останньою особою, яку б вони хотіли бачити, це когось як я, хто сидить в офісі та належить до абсолютно іншого світу». Джонатан Шей констатує те ж саме і пропонує рішення. «Традиційна медична модель, терапія в офісі із зачиненими дверима, є останньою річчю, яка їм потрібна. Я переконаний, що саме тут потрібні приятелі (такі ж ветерани). Вони є незамінними. Це дозволяє залучити громаду до лікування цих ран». Підтримка приятелів дозволяє встановити контакт з ветеранами, з чим часто не справляються професіонали в сфері психічного здоров'я. Використовуючи різні засоби, телефон, особисті зустрічі, приятелі допомагають бійцям долати щоденні виклики та адаптуватися до цивільного життя. Важливо, що ці поради базуються на власному досвіді. Задача приятеля не

надавати психіатричні послуги, а допомагати долати бар'єри, які заважають ветеранам одержувати необхідну допомогу. Ефективність системи приятелів у роботі з ветеранами, що страждають на ПТСР, призвела до активного запровадження подібних програм в різних регіонах США. Наприклад, Школа медицини Стенфордського університету спільно з відділенням Департаменту у справах ветеранів у Пало Алто запровадили Програму приятельської підтримки. Протягом двох років до програми приєдналося близько 200 ветеранів, яких у звичайних умовах було б важко залучити до традиційної терапії. Сімдесят п'ять відсотків її учасників вважають, що отримали необхідну допомогу. Слід зазначити, що серед тисяч ветеранів, які знаходяться під опікою Департаменту у справах ветеранів та страждають на ПТСР, стрімко зростає популярність приятельської підтримки. Проведені дослідження вказують на те, що запровадження системи приятелів суттєво сприяє залученню ветеранів і до традиційної терапії. Ефективність системи приятелів не обмежується сферою психічного здоров'я. Група військових та ветеранів Національної гвардії Мічигану спільно з Університетом Мічигану та Університетом штату Мічиган запровадили волонтерську програму для ветеранів «Приятель приятелю». Волонтери набираються із учасників ветеранських організацій регіону. Після спеціальної підготовки, зокрема з навичок спілкування, використання ресурсів громади тощо, вони надають допомогу іншим ветеранам. Спектр послуг є доволі широким, а саме: консультування з фінансових і правових питань, одержання пільг, освіта, працевлаштування, проблеми психічного здоров'я та узалежнення. Також надається допомога тим ветеранам, хто вже бере участь в різноманітних реабілітаційних програмах, але потребує додаткової підтримки і мотивації.

Природність цього підходу до реабілітації ветеранів є настільки очевидною, що в багатьох містах України, часто на інтуїтивному рівні, колишні бійці починають його використовувати, а саме: переконують своїх товаришів долучитися до програм реабілітації, підтримують один одного у започаткуванні власної справи, вирішенні щоденних проблем тощо.

Оскільки вище представлені учасники групи, ветерани АТО/ООС, попередньо отримували лише індивідуальну когнітивно поведінкову терапію, то наступним етапом роботи було залучити їх у групову діяльність. Усвідомлюючи особливості роботи з ветеранами та важливість роботи за принципом "рівний рівному" я залучила до співпраці ветерана АТО/ООС, який попередньо мав досвід роботи у КПТ і на даний момент активно працює у сфері соціальних послуг для учасників бойових дій і являється наставником та підтримкою для банат'я побратимів. Спільно ми розробили програми для груп взаємодопоміжки, яка включала у себе психоедукацію, щодо стресу, травми та ПТСР, навчання технік стабілізації, вивільнення напруги та корисної роботи із злістю та агресією. Також теми для груп стосувалися психоедукації щодо когнітивних фільтрів та когнітивно поведінкову модель сприйняття. До участі у групах взаємодопоміжки були залучені не лише пацієнти, які отримували індивідуальну КПТ, а й інші охочі ветерани та ветеранки.

Особливістю даної роботи було те, що я як психолог теж була присутня на цих групах проте, активну роль ведучого брав на себе попередньо підготовлений учасник АТО/ООС, а психолог був у позиції модератора. Даний формат роботи виявився досить ефективним, оскільки учасники мали можливість поділитися власним досвідом перебування у зоні бойових дій, обговорити труднощі із якими зустрілися після повернення та на даному етапі життя, а також розповісти про власні способи справлятися із цими труднощами.

Ці заняття були сповнені відчуттям безпеки та прийняття, пацієнти давали позитивний відгук про дані групи: "Це так, як опинитися у своїй зграї, у якій ти знаєш, що тебе точно зрозуміють, бо мають рівний із тобою досвід; Це відчуття надії і віри, що ти не сам із своїми труднощами і якщо у когось є такі самі проблеми і людина з ними вчиться справлятися і їй це вдається- тоді і у мене все вийде".

Також даний досвід сприяв формуванню нових соціальних зв'язків, спілкуючись на групах учасники часом організовували зустрічі поза терапевтичним процесом, у них з'являлися відчуття підтримки і довіри до інших людей, а також вони змогли задовільнити власну потребу і важливості та значимості, бо і самі стали підтримкою і опорою для інших.

Як додатковим показником ефективності роботи даної групи можна відзначити збільшення запитів на індивідуальну КППТ, оскільки ті учасники які були у терапії ділилися цим досвідом із тими ветеранами, як не зверталися за психологічною підтримкою. Відповідно даний досвід добре спрацював і на подолання стигматизації щодо психічного здоров'я.

Заняття з іпотерапії.

Ще одним етапом активації ресурсної та змістовної активності був етап залучення учасників АТО//ООС до спортивно психологічних занять із спеціально адаптованими кінями для роботи з людиною.

Досліджуючи міжнародний досвід було виявлено позитивний вплив занять із адаптивної верхової їзди у процесі реадaptaції ветеранів. У Сполучених Штатах Америки на національному рівні працює програма з іпотерапії, що перекладається українською як "Коні для героїв". Фінансується вона коштом держави та благодійників. Ця реабілітаційна програма для американських ветеранів воєнних дій стала загальнонаціональним механізмом.

Програма реалізується завдяки співпраці спеціалізованих військових госпіталів з кінськими клубами. Послуги іпотерапії надаються колишнім солдатам на безоплатній основі. Взаємодія із тваринами, які подібно до людей мають свій характер, позитивно впливає на емоційний фон осіб у стані депресії, а в поєднанні з груповими заїздами сприяє соціалізації та реінтеграції у суспільство.

У сучасній Європі іпотерапія почала розвиватися в останні 30-40 років: спочатку в Скандинавських країнах, потім у Німеччині, Франції, Голландії, Швейцарії, Великобританії, Польщі та ін. Центри з лікувальної їзди верхи почали відкриватися в багатьох країнах. Так, у США працює понад 1000, а у Великобританії близько 700 груп іпотерапії, в яких оздоровлюється більш ніж 26000 людей із різноплановими патологіями. У Польщі працюють близько 60 подібних центрів.

На Україні застосування іпотерапії почалося з 1993 року в іпотерапевтичному центрі при Благодійному фонді Олени Петрусевич в місті Києві. На даний момент активно функціонують кілька центрів, що використовують в комплексі реабілітації метод іпотерапії в Києві, Донецьку, Львові, Одесі, Хмельницькому, Харкові. На сьогодні в 45 країнах світу діють центри лікувальної їзди верхи (ЛІВ) - самостійні або при клубах верхової їзди, що виділяють невеликі манежі й коней для реабілітації осіб з церебральним паралічем.

Принципова відмінність іпотерапії від всіх інших видів лікувальної фізкультури полягає в тому, що тут, як ніде більше, забезпечується одночасне включення в роботу практично всіх груп м'язів тіла вершника. Причому це відбувається на рефлекторному рівні, оскільки, сидячи на коні, рухаючись разом з ним і на ньому, пацієнт протягом всього сеансу інстинктивно намагається зберегти рівновагу, щоб не впасти з коня, тим самим спонукає до активної роботи як здорові, так і уражені хворобою м'язи свого тіла.

Іпотерапія впливає на організм людини через два могутніх чинники: психогенний і біомеханічний. Співвідношення питомої ваги цих механізмів в кожному окремому випадку залежить від захворювання і задач, що вирішуються за допомогою іпотерапії. Іпотерапія - це метод, що надає одночасний вплив на фізичний і психосоціальний статуси пацієнтів. Психогенний чинник складається зі спілкування з живим організмом конем, великою, темпераментною і сильною твариною, володіння і управління яким дарує хворому відчуття перемоги, покори йому такої величезної могутньої істоти, а також почуття переваги над навколишніми, що стоять внизу, на землі. Крім цього, необхідно враховувати враження, що викликаються незвично великим простором навколо людини, які дозволяють йому відчути себе вільним, розкряченим.

Терапія з залученням коней (equine-assisted therapy – ET), інакше кажучи – модель терапевтичної взаємодії «людина- кінь» (далі – ТВЛК), є міждисциплінарним методом, який складається з наступних напрямків, які ми пропонуємо в якості класифікації:

-іпотерапія – пасивна верхова їзда, яка застосовується в медицині/фізичної реабілітації. В основі саме рухи коня, вершник самостійно не керує конем;

-іповенція – основана на комунікації людини і коня, догляду за конем, роботі з конем переважно без верхової їзди, застосовується в психології/педагогіці;

-терапевтична та корекційно-розвиваюча верхова їзда, яка застосовується в

психології/педагогіці, включає в себе самостійне керування вершника конем та виконання спеціальних вправ;

-адаптована спортивна верхова їзда за програмами пара- та спеціальної олімпіади, а також за програмами неолімпійських видів кінного спорту;

-адаптивний кінний туризм.

Іноді можна зустріти помилкове тлумачення методу ТВЛК, яке зводиться виключно до іпотерапії/верхової їзди (що, безумовно, є ефективним напрямком роботи). Між тим, у практиці, особливо закордонної, важливою складовою методу є іповенція, яка орієнтована на психотерапевтичну взаємодію людини та коня, в результаті якої відбувається стимулювання самопізнання, гармонізація особистості. Особливістю іповенції є фокусування уваги на психологічних аспектах спілкування людини з конем (стан, думки, образи, почуття, враження, асоціації), які становляться предметом обговорення та аналізу. Іповенція складається з низки терапевтичних видів взаємодії, які можуть бути застосованими як окремо, так і в комплексі: спостереження за конем, чистка, годування, піша прогулянка з конем, випасання, взаємодія без додаткових засобів керування (так звані «м'які техніки» роботи з конем – вільні взаємини, ігри з кіньми, навчання коней без їзди верхи), арт-терапевтичні та фототерапевтичні техніки, психотерапевтичне навчання верхової їзди.

Робота з конем, яка побудована на принципах гуманності, сприяє подоланню проблем з комунікацією, реадaptaції, зниженню рівня можливої агресії, соціалізації, що в свою чергу сприяє підвищенню рівня соціальної безпеки. У з ветеранами АТО ми використовували модифіковані заняття з іпотерапії із акцентом на стосунок з конем.

Для занять з 5 учасниками АТО/ООС, які отримали індивідуальні сесії із когнітивно поведінкової терапії та занять у групах взаємопідтримки, я знайшла фахівців іпотерапевтів, які мають великий досвід у роботі із дітьми та дорослими із особливими потребами. Із розпалом військових дій в Україні ці фахівці децю змінили сферу своєї діяльності і розпочали роботу із ветеранами АТО/ООС спершу у м. Полтава, а з 2018 року у м. Львів. Це подружжя пара- Василь та Олександра, крім професійних навиків у заняттях із адаптивної верхової їзди, вони дуже влучно доповнювали заходи спрямовані на реадaptaцію ветеранів тим, що Василь сам є учасником АТО/ООС, а його дружина була активним волонтером і допомагала військовослужбовцям. Тому у роботі із даною групою осіб тренери теж відповідали принципу “рівний рівному”.

Кожен учасник групи зміг відвідати від 5 до 10 занять із адаптивними кіньми. Самі заняття були груповими та включали в себе не лише верхову їзду, а й навички догляду за твариною, вміння користуватися спорядженням, навички встановлення контакту за твариною. Оскільки самі коні, як тварини є досить норавливими і дуже відчують емоційний стан людини, то саме встановлення контакту було важливою складовою роботи. Часто люди які переживають певні емоційні труднощі можуть відчувати напругу, як емоційну так і фізичну. Тварини дуже реагують на напруження і не дозволяють собою керувати та виконувати вправи доки людина не буде у розслабленому та спокійному стані. Тому перше заняття зазвичай фркусувалося на встановленні довірливого стосунку.

Учасники АТО/ООС вчилися догляду, стосунку та відповідальності за власне тіло та емоційний стан. Заняття гарно доповнювали фізичними навантаженнями, які виникали під час їзди верхи. Самі заняття вдало доповнювалися міжособистісним спілкуванням, де учасники розповідали про себе, своє життя та своїх близьких і це також сприяло покращенню емоційного стану та навикам ефективної комунікації. Як додатковим заходом було залучення до занять рідних осіб ветеранів- дружин, дітей, чоловіка, друзів та подруг, такий формат допомагав відновлювати якісне спілкування та дозвілля із рідними, покращувати емоційний зв'язок. Це особливо важливо для пацієнтів, бо в усіх них одним із проявів депресивного стану було звуження кола спілкування та якості стосунку, а такі заняття із залученням близьких осіб сприяли і поглибленню близькості спілкування та і розширенню кола осіб та фокусом на нову можливість.

Відгуки учасників групи: - “Коні це суперфективний антидепресант, з ними спокійно, це найкраща техніка зосередженості на моменті тут і тепер- немає нічого, ні тривоги, ні переживань, є ти і жива істота і ти повністю у цьому стосунку. Це добра практика усвідомленості”. “Після занять з кіньми спиш як немовля, тіло наповнює тепло і розслаблення і глибокий спокій. Відчуваєш любов та відповідальність за час заняття, кінь тобі багато дає і ти віддаєш у відповідь”. “Заняття з кіньми стали дуже помічними бо відновили мені відчуття відповідальності за коня, за себе, за свої емоції. Це

все знову належить мені. Я знову відчуваю пристрасть до життя. ”

Участь у тренінгах та семінарах у сфері розвитку власної справи та соціального підприємництва.

У США частка ветеранів, що володіють бізнесом, лише в 1,2 раза перевищує показник пересічних громадян. Так, за словами ветеранів, вони вже розпочали чи планують розпочати власну справу через потребу бути незалежними; часто поштовхом стає неприємний досвід співпраці з роботодавцем. Також їх мотивує можливість втілювати власні ідеї та самостійно розпоряджатися власним вільним часом.

Після повернення додому учасники бойових дій зіштовхуються з психологічними проблемами, які необхідно подолати (або зменшити їхній вплив) для належної соціальної інтеграції. З іншого боку, необхідною передумовою є зростання економіки країни, що дозволяє «впоратися» з додатковим фінансовим навантаженням, викликаним необхідністю здійснювати соціальні виплати ветеранам та інвалідам бойових дій, підтримувати функціонування спеціальних організацій, що опікуються пов'язаними з ними питаннями тощо. Якщо йдеться про підприємництво, то очевидно, що його перетворення на дієвий механізм соціально-економічної адаптації і можливе лише за умови формування та реалізації послідовної та комплексної політики розвитку МСП.

Принципово важливим моментом є наявність відповідних ініціатив різних зацікавлених осіб (не лише держави), спрямованих на сприяння створенню та подальшому розвитку бізнесу ветеранів. У серпні 2017 року в США налічувалося близько 20,5 млн. ветеранів або трохи більше 8,3% від загальної кількості дорослого населення (віком від 18 і вище).

При цьому майже три чверті всіх ветеранів (близько 16 млн. осіб) проходили службу під час військових конфліктів. Оскільки близько половини ветеранів (10,2 млн. осіб) належать до працездатного населення (6,4% від загальної кількості працездатного населення країни), їх працевлаштування, зокрема через створення та ведення власної справи, є важливим питанням повернення до цивільного життя. При цьому близько 12% загальної кількості американських ветеранів мають власний бізнес. Окрім цього, чверть військовослужбовців, що служили в Іраку та Афганістані, висловили бажання започаткувати свою власну справу. За результатами дослідження «Veteran-Owned Businesses and Their Owners» (базується на даних опитування U.S. Census Bureau's Survey of Business Owners 2012), опублікованого в квітні 2017 року, 2,52 млн. американських бізнесів (99,9% з яких – малі) належали саме ветеранам, що становило 9,1% загальної кількості суб'єктів господарювання. Окрім цього, 10,3% від усіх власників бізнесу були колишніми військовослужбовцями, що дещо перевищує частку ветеранів серед працездатного населення. Таким чином, власний бізнес ветеранів відіграє вагомий роль в американській економіці.

Інформування військових про підприємницьку діяльність є необхідним ще на етапі служби, зокрема напередодні демобілізації. Наприклад, у США проводяться онлайн-курси та кількадевні стаціонарні тренінги для військових, що перебувають на службі. Подібний досвід реабілітації ветеранів є добрим прикладом синергії держави, суспільства та бізнесу, спрямованої на вирішення актуальних соціально-економічних проблем; програми стимулювання підприємницької діяльності ветеранів гарантують також рівні права і для колишніх військовослужбовців з обмеженими фізичними можливостями.

Питання зайнятості та працевлаштування є невід'ємною складовою процесу реадaptaції ветеранів та ветеранок. Це пов'язано як із забезпеченням базових фізіологічних потреб так і особистою професійною реалізацією. Спілкуючись з учасниками бойових дій вони часто висловлюють ідеї про те, що однією із вагомих змін яка відбулася після здобутого досвіду на війні є те, що ті нові знання, які вони здобули та змінений світогляд загалом сплинули на ставлення до своєї професійної зайнятості у майбутньому.

Ті хто були працевлаштовані до початку військових дій змінили своє відношення до зайнятості, якою займалися раніше і тепер зустрілися із новим викликом того, що ще не знають чим би вони хотіли займатися зараз. Ідея залучення ветеранів до розвитку та запровадження власної справи для мене полягає у тому, що ветерани здобули нові знання та навички, важливими з яких є - брати відповідальність і попри страх рухатися вперед. Також важливим навиком здобутим на війні, за моїми спостереженнями із спілкування з ветеранами, є те, що вони усвідомили значення командної,

управлінської роботи- діючи, як цілісний механізм задля досягнення спільної цілі. Розуміючи як функціонує бригада, батальйон із чітким усвідомленням функціоналу кожного члена команди та формуванням внутрішньої стратегії розвитку та руху уперед можна сміло реалізовувати свої ідеї.

Проте власне розуміння власних ідей, мрій та потенціалу- саме те, що було невідоме для учасників бойових дій з якими, я проводила комплексну програму реадaptaції. Відповідно виникла потреба у додаткових заходах, які б включали в себе дослідження здібностей, розвиток потенціалу та здобуття навиків ведення власної справи. Так сформувався новий додатковий елемент до якого долучилися ці 5 учасників АТО/ООС- “Школа лідерства”, які включали особистий коучінг, сесії стратегічного планування, менеджменту, маркетингу та дослідження бізнес ринку.

Із проведених занять ми отримали певні результати: в представленій у даній роботі групі було 2 ветеранів, які були працевлаштовані, а 3 осіб не працювали. Результатом залучення до даних начань було те, що 3 не працевлаштованих осіб визначилися із сферою своєї професійної діяльності і роблять кроки для до реалізації власних ідей. Двоє ж інших учасників, які є працевлаштованими, дають схвальний відгук даній активності, оскільки стали більше розуміти власний потенціал та власні професійні навички.

На мою думку вимір ефективність даного роду навчань полягає не у тому, що відкриють ветерани та ветеранки власну справу, а ефективність її полягає у роботі із деструктивними когніціями, які супроводжували ветеранів після повернення додому. Депресивні когніції звучали: “ Я не знаю чого хочу, я нічого не вмію, я не цікавий, в мене немає інтересів та здібностей. Я сіра маса без особливостей, нічого не зможу досягнути та ін..”. Відповідно наявність таких думок сприяла уникненню заходів розвитку та дослідження власного потенціалу. Залучивши ветеранів до семінарів та тренінгів вони отримали можливість дослідити власні здібності, навички та точки до зросту, що викликало відчуття надії та зацікавленості у особистому зростанні. І це шлях уперед.

Заходи у сфері спортивно психологічного відновлення.

Якщо говорити про лікування депресії, то фізична активність являється фактором, який амортизує депресію, або зменшує рівень депресії. Працюючи з пацієнтами я завжди намагаюся пацієнтів з депресією не залишити в спокої, лежачи на дивані, тим більше перед телевізором. Але вони і не дивляться телевізор, воно їм все одно яка картинка, вони просто не сприймають цієї картинки. Пацієнти з депресією перебувають у вимірі власних думок і потрапляють у пастку румінації, де думки впливають на емоційний стан, пригнічують його і людині важко вирватися із потоку цього кружіння.

Відповідно чудовим механізмом розірвання циклу румінації є поведінкова активація. До заходів активізації поведінкової активації відносять моніторинг власної активності, планування/організацію часу та призначення градуйованих завдань. Метою цих технік є насамперед сприяння виходу пацієнта з порочного кола депресії, при якому типовим є пасивність, уникання вирішення важливих завдань та проблем, що в свою чергу призводить до накопичення проблем і нового кола негативного мислення та афекту. Поведінкова активація сприяє підвищенню загального тону, зменшенню кількості часу, що пацієнт проводить у депресивній румінації, а також – виявленню негативних думок, які стають на заваді до поведінкових змін. Ці думки стануть фокусом наступної стадії когнітивних втручань. Організація власного часу, встановлення списку справ, їх організація в часі, «розбивання» на маленькі фрагменти також сприяє збільшенню шансів, що пацієнт зможе поступово вирішувати важливі справи, а це в свою чергу формує відчуття контролю над власною життєвою ситуацією, зменшує пригніченість та відчуття безпомічності. Техніки поведінкової активації подаються у формі домашніх завдань. Спосіб їх подачі такий, що виключає невдачу в процесі виконання. Пацієнта наперед готують до того, що неспроможність виконати певні завдання є також терапевтично цінною, оскільки дозволяє виявити ті думки/переконання, які блокують важливі поведінкові зміни. Важливою ціллю технік поведінкової активації є теж збільшення позитивних активностей, що сприяють позитивному настрою і є ресурсними для пацієнта. (матеріал використано із статті О.Романчука для *HeipNews*).

З метою підвищення рівня поведінкової активації та соціальної активності, пацієнтам, учасникам АТО/ООС було запропоновано крім занять із іпотерапії долучитися до занять з футболу та походів у гори. Дані види фізичного активності для ветеранів та ветеранок були обрані аргументуючись на важливість підтримки побратимів. Для цього було знайдено секцію футболу у якій займаються учасники бойових дій і відповідно залучено тих ветеранів, які попередньо отримували індивідуальну когнітивно поведінкову терапію. Важливість цього досвіду також полягала у 2 аспектах:

сама фізична активність, яка сприяє покращенню емоційного стану та соціальна взаємодія. Учасники групи змогли розширити кола знайомств, мати можливість якісного спілкування із людьми з “кола рівних”.

Теж саме стосувалося і походів в гори, оскільки серед учасників АТО/ООС віднайшовся інструктор по гірському туризмі, то це сприяло легкому формуванню групи. Здійснюючи походи в гори ветерани та ветеранки мали можливість отримати гарне фізичне навантаження, споглядання за природою та змістовні бесіди біля багаття.

Участь у заходах соціально відповідальної сфери (турбота про дітей із особливими потребами, догляд за людьми похилого віку, організація дозвілля для ветеранів з інвалідністю в наслідок військових дій, просвітницькі та патріотичні заняття для дітей та молоді).

Залучення учасників групи до попередньо описаних активностей принесло гарні результати у динаміці їхнього особистісного зростання та навчанні навиків долати депресивний стан та не потрапляти у нього більше. Проте проводячи організаційні та бустерні сесії із цими пацієнтами ми спільно виявили ще один аспект у якому можна зростати це не задоволення потреби у значимості та допомозі людям. Працюючи із ветеранами та ветеранками я часто зустрічалася із їхніми думками, щодо того, що перебуваючи у зоні бойових дій, оберігаючи цілісність і суверенітет нашої держави ви відчували на собі велике завдання і велику місію. Виконувати різні бойові завдання часом було дуже не просто та виснажливо від постійної напруги і невизначеності, проте усвідомлення важливості значення глобальної участі у військових діях якісно піднімала бойовий дух та додавала сил.

Повернувшись додому, у мирне життя ветерани часто зустрічаються із внутрішнім відчуттям не потрібності, яке зумовлене викривленими когніціями, які виникають із різних причин. Ветерани можуть відчувати не потрібність у власних домівках, бо рідні навчилися бути самозарадними і функціонал, який раніше виконував теперішній учасник АТО/ООС, перейшов до когось іншого. На роботі доводиться виконувати рутинні завдання і часом в яких не відчується змісту. Спілкування з друзями стало або віддаленим, або з'явилося багато уникнення не зручних тем, що теж вплинуло на близькість і цінність стосунку. І ветерани часто залишаються із відчуттям власної не потрібності, не значимості, не важливості.

Усвідомлюючи вплив таких думок на емоційний стан та поведінку людини у мене виникла ідея про продовження різновидів поведінкової активації з додаванням елементів тестування цих когніцій шляхом модифікованих поведінкових експериментів поєднаних із соціально відповідальними заходами.

Таким чином спільно з групою із 5 учасників АТО/ООС, які попередньо отримували індивідуальну КППТ, ми напрацювали ряд активностей в яких вони б могли перевірити власні гіпотези про не потрібність та не важливість. Попрацювавши над дизайном поведінкового експерименту ми спільно визначили майбутні завдання:

- Допомога особам похилого віку, як перебувають на приживанні у Львівському геріатричному пансіонаті;
- Організація дозвілля дітей з розумовими вадами;
- Організація дозвілля ветеранів АТО/ООС в наслідок війни;
- Просвітницькі та патріотичні заняття із дітьми та молоддю.

Організацію та проведення даних активностей взяли на себе самі учасники групи залучивши до співпраці інших ветеранів та ветеранок. У кожний вид діяльності учасники групи включали різні завдання, так відвідавши геріатричний пансіонат ветерани забезпечили мешканців подарунками, організували для них святкове дійство та мали бесіди із особами похилого віку в яких дізнавалися про їх труднощі та мали змістовне спілкування щодо цінностей життя.

Здійснивши візит до дітей із розумовими вадами ветерани організували для них товариський футбольний матч та мали вільний час для спілкування. Це було особливо важливо оскільки це був

інтернат для хлопців і їм часто бракує спілкування саме з чоловіками, як зразками батьківської турботи.

Важливим аспектом даної активності була організація дозвілля для ветерана, який пересувається за допомогою візка в наслідок отриманого поранення під час виконання бойового завдання. Учасники групи допомогли побратиму здійснити мрію- піднятися на г. Говерлу. А згодом і організували риболовлю для цього побратима.

Гарним досвідом також стали зустрічі із молоддю, де ветерани ділилися історіями з війни, своїми секретами, які допомагали їх вижити у складні часи, важливими цінностями та викликами сьогодення. Ділилися своїми роздумами щодо патріотизму та любові до країни та людей, яких оберігали і оберігають.

Провівши усі активності ми мали підсумкову зустріч на якій обговорили досвід здобутий у таких модифікованих поведінкових експериментах. Цінністю даних заходів було кілька аспектів, як те, що гіпотеза про не важливість та не потрібність точно не підтвердилася і навіть навпаки спілкування із вразливими категоріями населення стало справжнім викликом для ветеранів, їм доводилося бути гнучкими і приймаючими, вони могли проявляти свою чутливість коли цього потребувала ситуація і свою мужність коли потрібно було бути прикладом. Також цей досвід був важливим з аспекту стосунку з цінностями, учасники висловлювали думки про те, що у світі є багато людей які зустрілися із труднощами і часом проста розмова, простий час разом може дарувати відчуття радості та щастя. З'явилося бажання жити та турбуватися про тих то поруч і про себе, відбулося переосмислення пріоритетів та ціннісних орієнтирів.

ОПИС РЕЗУЛЬТАТІВ ПРОРОБЛЕНОЇ РОБОТИ

Загалом моя робота із даною групою тривала близько 8 місяців, вона була поділена на певні етапи, спершу надання індивідуальної когнітивно поведінкової терапії сфокусованою на подолання депресивного стану на навчання навиків не потрапляти у депресію знову, тобто стати сам собі терапевтом у майбутньому. І другий етап який включав у себе комплекс заходів спрямованих на поведінкову активацію, як важливу складову когнітивно поведінкової моделі при роботі з депресією і на мою думку ціннісною та не віде'мною складовою у процесі реінтеграції учасників АТО/ООС.

Щодо показників ефективності проробленої роботи, то вони включають два формати результати діагностики по шкалах, які учасники заповнювали до початку роботи та зміна оцінки якості життя кожного учасника групи.

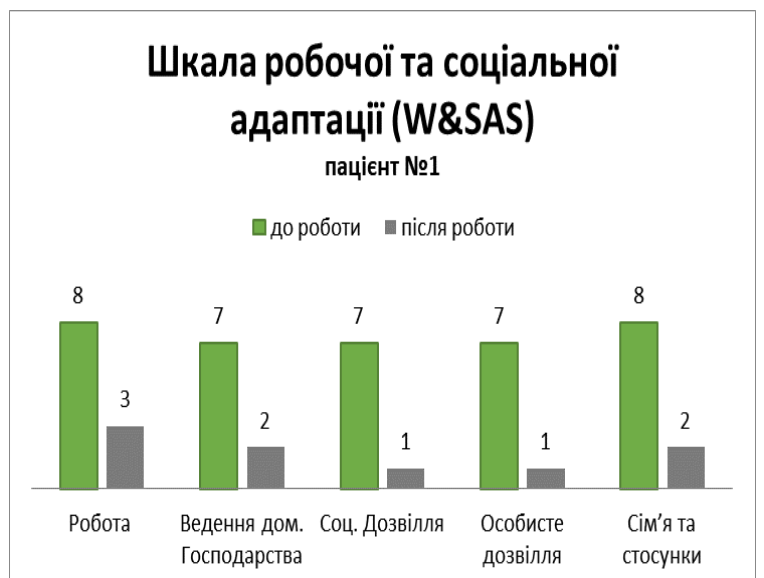
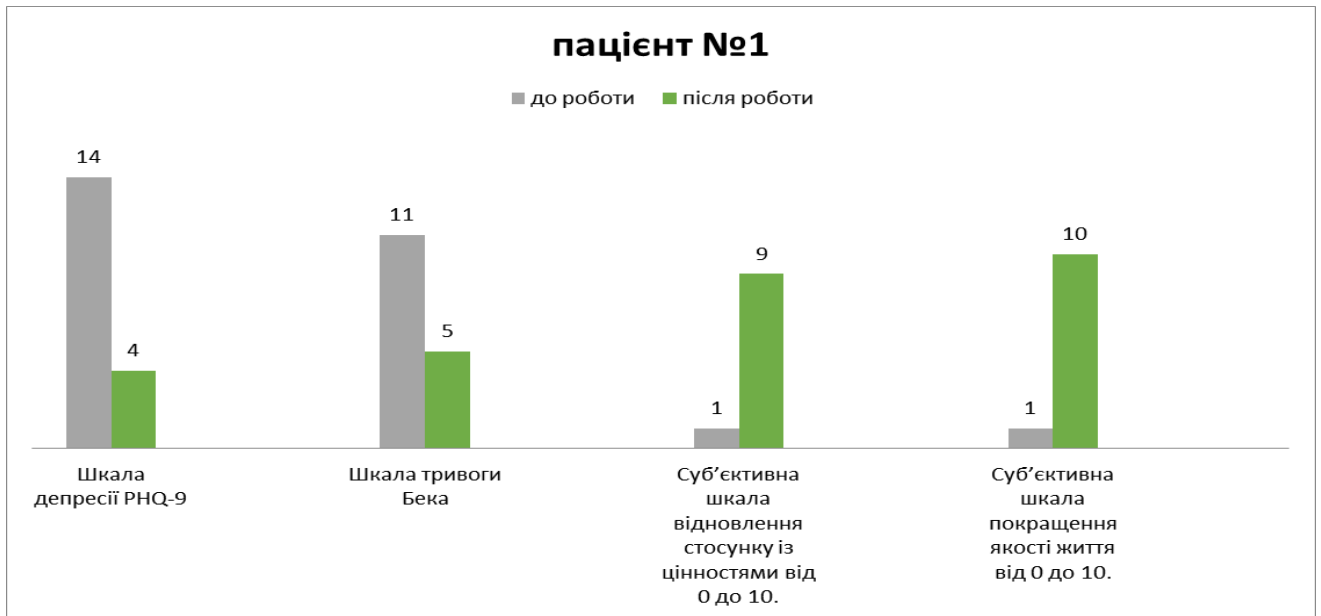
Діагностика учасників групи після проробленої роботи :

Учасник групи	Шкала депресії PHQ-9	Шкала тривоги Бека	Шкала впливу подій	Шкала робочої та соціальної адаптації (W&SAS)	Суб'єктивна шкала відновлення стосунку із цінностями від 0 до 10.	Суб'єктивна шкала покращення якості життя від 0 до 10.
Пацієнт 1	4	2	Уникнення- 1 Інтрюзія- 1 Гіперзбудження- 0,6	Робота - 2 Ведення дом. господарства - 3 Соц. дозвілля- 1 Особисте дозвілля- 1 Сім'я та стосунки- 3	8	10
Пацієнт 2	5	2	Уникнення-1,3 Інтрюзія- 1 Гіперзбудження-0,5	Робота - 2 Ведення дом. господарства - 2 Соц. дозвілля -1 Особисте дозвілля -2 Сім'я та стосунки -2	10	10

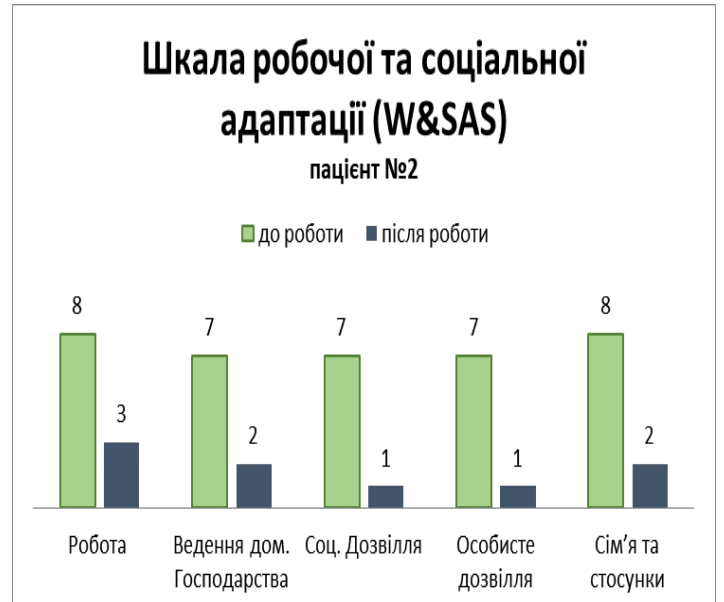
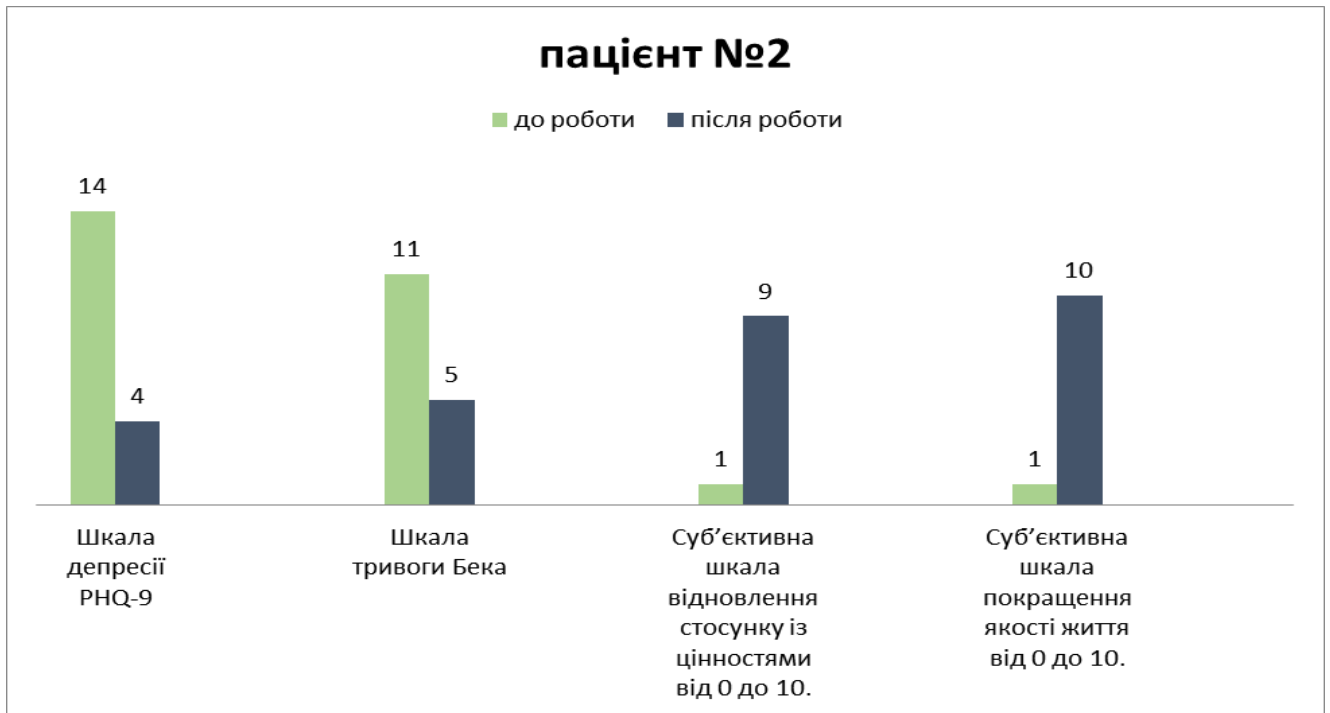
Пацієнт 3	3	3	Уникнення - 0,8 Інтрюзія - 0,7 Гіперзбудження - 1	Робота - 2 Ведення дом. господарства - 1 Соц. дозвілля - 1 Особисте дозвілля - 2 Сім'я та стосунки - 1	10	10
Пацієнт 4	3	5	Уникнення-1,8 Інтрюзія-0,6 Гіперзбудження-1	Робота - 3 Ведення дом. господарства - 2 Соц. дозвілля - 1 Особисте дозвілля - 1 Сім'я та стосунки - 1	9	10
Пацієнт 5	4	5	Уникнення - 1 Інтрюзія-1 Гіперзбудження - 1	Робота - 3 Ведення дом. господарства - 2 Соц. дозвілля - 1 Особисте дозвілля- 1 Сім'я та стосуки - 2	9	10

Візуалізація результатів:

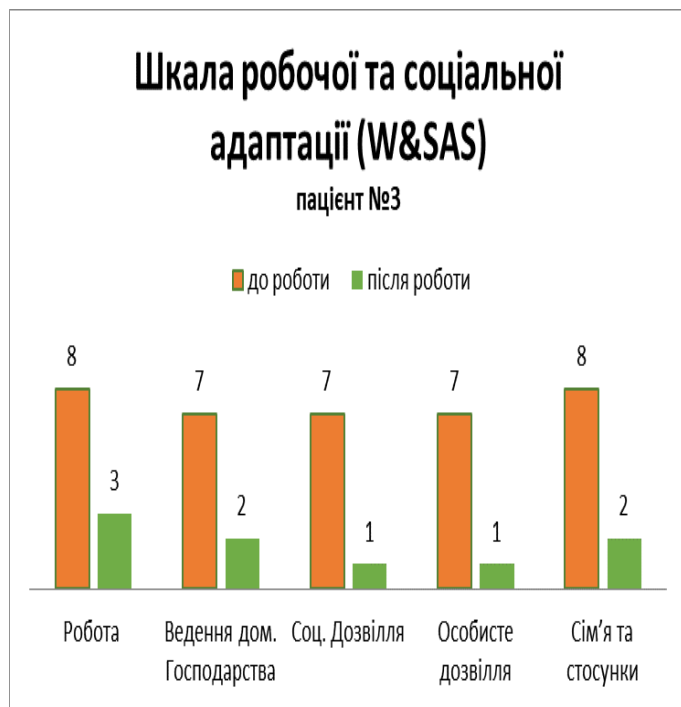
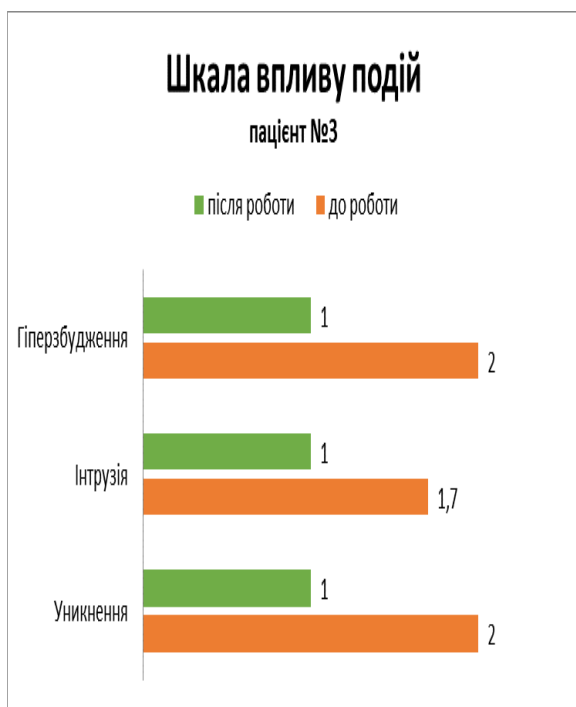
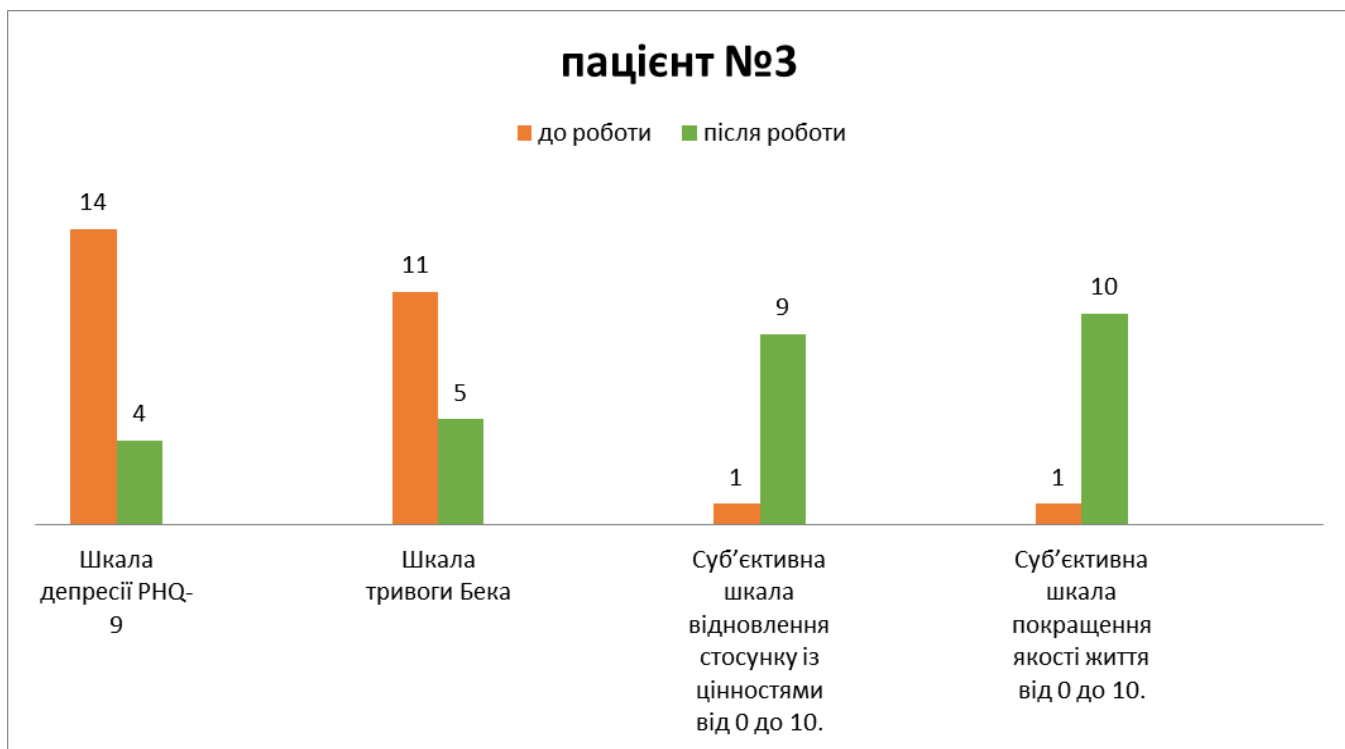
Пацієнт 1.



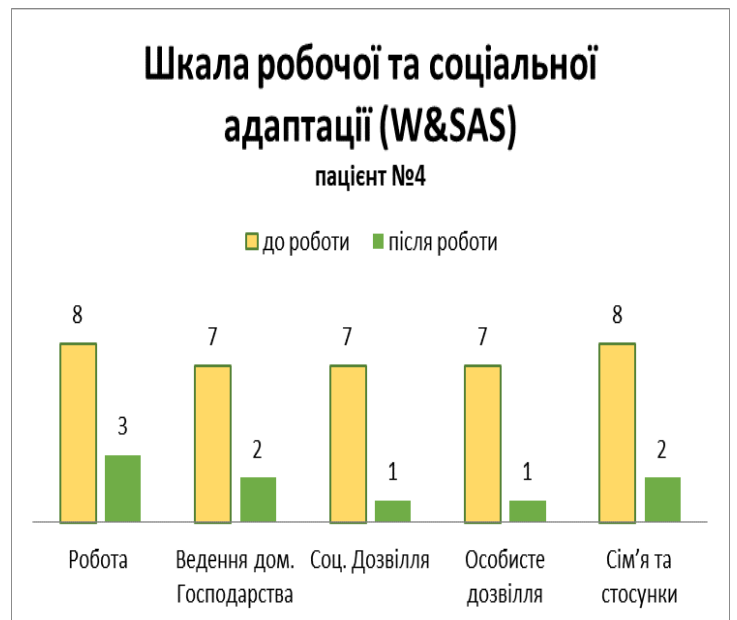
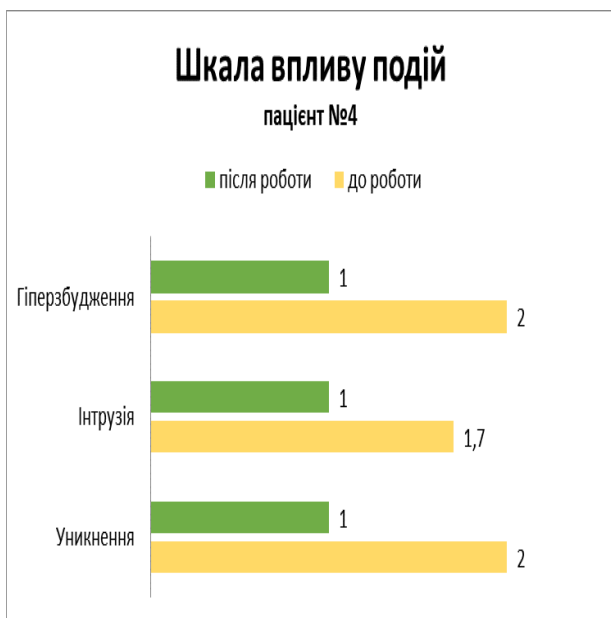
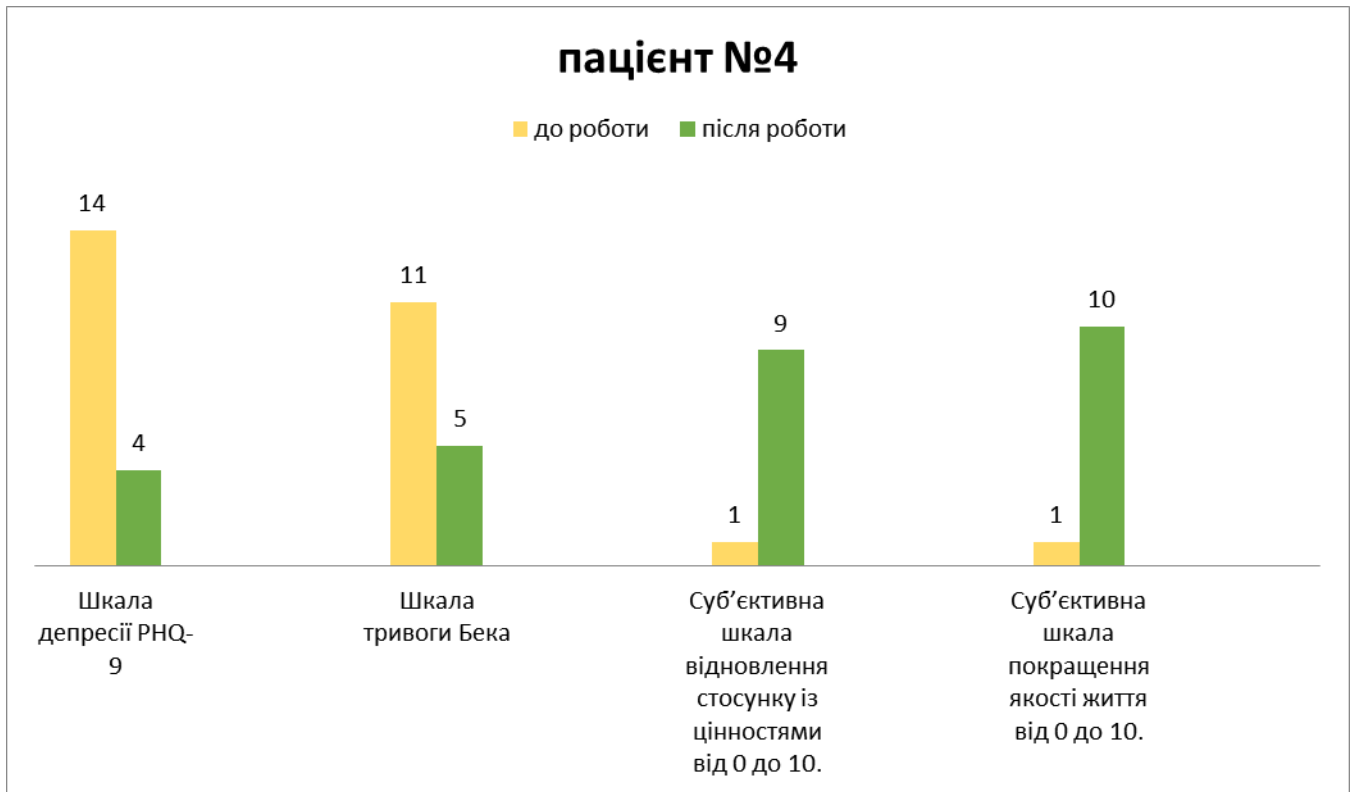
Пацієнт 2:



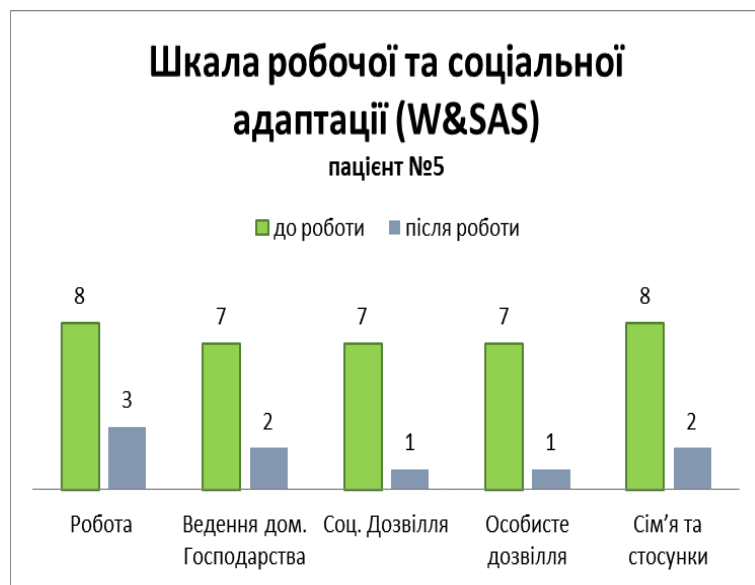
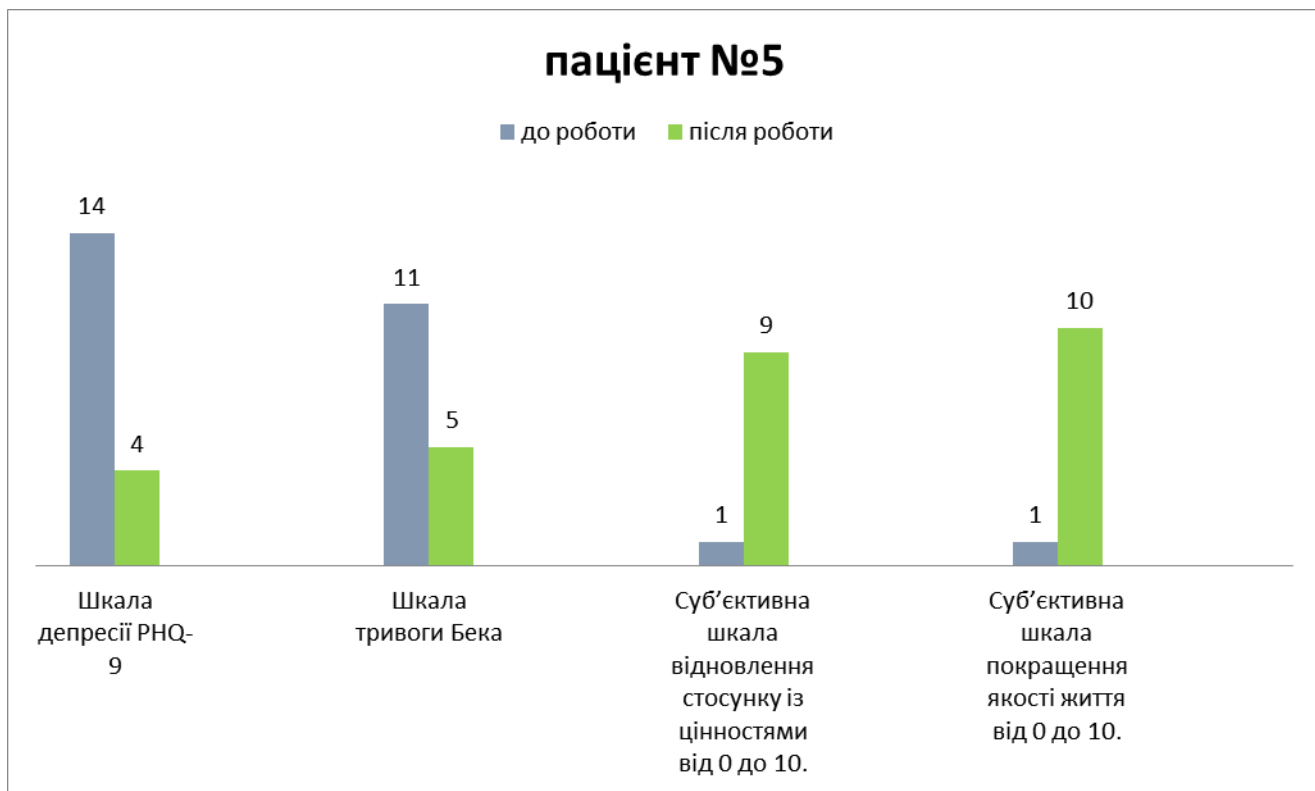
Пацієнт 3:



Пацієнт 4:



Пацієнт 5 :



СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА ЗМІНИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ УЧАСНИКІВ ГРУПИ.

Щодо даного критерію я пропоную коротко зазначити основний відгук від кожного пацієнта щодо проробленої роботи.

Пацієнт 1. “Для мене ця робота була поділена на 2 етапи теоретичні знання, які були поєднані із аналізом думок, які кружляли хаотично в голові, їх перевіркою і заміною. Тепер я вибираю про, що я можу думати. Для мене це була не проста робота- ділитися найсокровеннішим, проте я наважився і стало легше. І друга частина, яка особисто для мене була безцінною- це дія, я так часто прокрестинував, вигадув все, щоб не діяти, а тут я діяв і ці дії поєднувалися з новими поглядами у мисленні. Так, я знаю, що я маю інвалідність, але ні, я не інвалід і не обмежений. І все краще ще попереду.”

Пацієнт 2. “Терапія для мене, як прокинутися зі сну, вилізти з болота, яке засмоктувало. Ніби почати жити. І ніби нічого ззовні не змінилося- той самий дім, дружина, діти, робота, люди навколо, але інший я. Тепер я відчуваю, що я можу, можу не лише давати собі раду у житті, а й допомагати, служити іншим людям. Я хочу вчити своїх дітей любові і цінностей, раніше я і слова такого не знав, а тепер я відчуваю їх щодня. Тепер так легко жити, знаходити час для добрих справ, сім'ї, друзів і просто людей навколо, я став їх помічати”.

Пацієнт 3. “Я вижив, прожив всі кризи і на середині життя я зрозумів, що я живий. І це лише середина шляху і я потрібний, потрібний собі, потрібний сім'ї, в мене стільки планів. Я вирішив малювати, я про це не думав ніколи, але моя донька малює і я це люблю робити з нею. Може це моє, а як ні є це щось, що я можу дізнатися про себе.”

Пацієнт 4. “Мені смішно від того, що я раніше думала, я тільки ходила і думала про те, що люди весь про мене думають, про те, що я жінка і була на війні і я ненормальна.. А виявляється це не так. Я ціную свій вибір і інші поважать мене за це. А ще я хочу літати на дронах, це те, що я навчилася на війні, і тепер я започатковую свій бізнес – зйомка на дронах. І свята я хочу організувати і це нормально, що люди тут святкують... як то ви казали життя треба святкувати. ”

Пацієнт 5. “Терапія зі мною сталася у добрий час. Радикали, майдан, схід, тюрма- я просто думаю, що б було б наступним... певно наступного б не було, то як той некролог, який я писав- він був, двіжував і його не стало. І як мене занесло до вас?... Але добре, що так є. Я змінив середовище, я почав не боятися бути слабким, бути собою. Я спілкуюся з нормальними людьми і вони приймають мене. Я навіть подумую про роботу. А ще я хочу будувати стосунки, думаю в тому є сенс. Я ж зміг полюбити себе, то й з іншою людиною вийде .”

ЗАКЛЮЧНІ РЕФЛЕКСІЇ ТА ОЧІКУВАНИЙ ПРОГНОЗ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ РОБОТИ.

*Все, що мене не вбиває, робить мене сильнішим.
Фрідріх Вільгельм Ніцше*

Працюючи над своєю працею – Застосування комплексного підходу у когнітивно поведінковій терапії скерованій на реадaptaцію ветеранів АТО/ООС, я роздумувала про майбутнє і про минуле. Про ті образи ветеранів Афганістану, В'єтнаму та інших країн, які часто піддаються стигматизації та образу приреченої людини, хворого, залежного і а ж ніяк людини гідної поваги та шани. Я думаю у минулому держави і люди робили багато помилок, багато чого не знали і не враховували. Та зараз є ми, люди із можливостями досліджувати та знати більше і в наших силах докласти зусилля, щоб опираючись на досвід інших, дослідження і сучасні протоколи робити інші кроки і застосовувати нові стратегії у роботі з тими, хто забезпечує цілісність та суверенітет Держави в якій ми живемо і зростаємо.

Я б дуже хотіла, щоб той спосіб роботи із ветеранами і ветеранками приніс добрі результати і

зміни у їх житті. Виконуючи поставлені етапи в терапії та спілкуючись із учасниками АТО/ООС, я все більше думаю про той феномен, який зараз активно досліджується, а саме- "посттравматичне зростання".

Річард Тедескі (Richard G. Tedeschi) та Лоренс Калхоун (Lawrence G. Calhoun) дають наступне визначення посттравматичного зростання: "позитивні психологічні зміни, що виникли внаслідок боротьби з травматичними або дуже складними життєвими обставинами". Р. Тедескі зауважує, що психологічна травма є вираженням нашої "людськості" (*expression of our humanity*). Автор запитує чи буде вважатися, що людина має "хворі кістки", коли вони ламаються від удару автівки об стіну зі швидкістю шістдесят миль на годину. Боліти буде від того, що сталося, а не тому, що є якісь "розлади".

Перші наукові дослідження, присвячені проявам посттравматичного зростання серед військовослужбовців – учасників бойових дій, почали з'являтися у той же час. Новаторськими в цій царині були роботи американського психолога та соціолога Г. Елдера. Він одним із перших відзначив тогочасну тенденцію ігнорування позитивних наслідків травматичного досвіду учасників бойових дій, яка, на його думку, не давала змоги відповісти на питання "чи мають чоловіки з симптомами посттравматичного стресового розладу адаптаційні якості, породжені тим же досвідом". Учений був переконаний, що "умови війни можуть мати як негативні, так і позитивні наслідки для однієї й тієї ж особи".

Зокрема у 1989 р., Г. Елдер разом з Е. Клінн, у роботі "Combat Experience and Emotional Health: Impairment and Resilience in Later Life" провів ретельне та масштабне дослідження психологічного здоров'я ветеранів Другої світової війни та війни у Кореї. Під психологічним здоров'ям розумілося свідчення психологічного благополуччя та відсутності стресових симптомів (депресії, нав'язливі спогади, нічних кошмарів). Дослідження базувалося на аналізі архівних даних лонгitudного дослідження, що тривало з 1928 р. до 1985 р. Кінцева вибірка складалася зі 149 американських ветеранів.

За результатами аналізу було встановлено, що крім патогенних ефектів, бойовий досвід здійснює позитивний, розвивальний вплив на деяких військовослужбовців, і, як наслідок, може бути охарактеризований ними з позитивної сторони. Так, від 60% до 70% досліджених ветеранів відзначили такі позитивні аспекти свого досвіду участі в бойових діях, як підвищення рівня долаючої поведінки (копінгу), підвищення рівня самодисципліни, збільшення незалежності та розширення планів на майбутнє. Зокрема особи, які пережили особливо жорстокі бої, повернулися з війни впевненими у підвищенні власної майстерності долавання негараздів і переконаністю в тому, що ця навичка зміцнила їх перед майбутніми життєвими випробуваннями. Половина досліджуваних осіб констатували підвищення навичок співпраці з іншими та повідомляли про емоційно ближчі відносини з бойовими товаришами. Спостерігалися певні позитивні зміни у ставленні до власної родини та цінуванні неї.

Цікаві дані отримала Ш. Макгвен (Shira Maguen) з групою дослідників. У статті "Posttraumatic growth among Gulf War I veterans: The predictive role of deployment-related experiences and background characteristics" досліджено наявність посттравматичного зростання серед учасників війни у Перській затоці (83 ветерани). За результатами встановлено наявність значної частки посттравматичного зростання, яке проявилось в таких сферах, як поліпшення задоволеності життям і збільшення сили особистості. Також результати підтвердили кореляцію між перебування у ситуаціях загрози життю на збільшення цінування життя в подальшому ("the value of their own life upon returning from abroad and they appreciate each day to a greater extent as a result").

Найціннішим було, на мою думку, твердження про те, що рівень посттравматичного зростання залежить від рівня соціальної підтримки ветерана, що повернувся з зони бойових дій.

В Україні питання посттравматичного зростання описані у дослідженні Л.П. Ченіги, кандидата психологічних наук, доцента кафедри соціології та психології факультету Харківського національного університету внутрішніх справ. У дослідженні посттравматичного зростання в учасників бойових дій використовувався Опитувальник посттравматичного зростання Р. Тадешіта та Л. Калхаун в адаптації М.Ш. Магомед-Емінова і Шкала базисних переконань Р. Янофф-Бульман в адаптації О. Кравцової. Було опитано 60 учасників бойових дій, які брали участь в антитерористичній операції на Донбасі в 2014 -2016 рр. 53,3% опитаних мають вищу освіту, 46,7% – середня технічна. Середній вік випробовуваних склав 36,5 років. Результати дослідження свідчать, що 51,7% опитаних учасників бойових дій властивий помірний рівень посттравматичного особистісного зростання (ПТОЗ), і 48,3% –

високий (у Д.С. Зубовського: відповідно 70% учасників АТО повідомили про помірний рівень посттравматичного зростання, 20% учасників АТО продемонстрували значний рівень). При цьому, Л.П. Чепіга спостерігала відмінності в структурі компонентів посттравматичного зростання в учасників бойових дій з помірним і високим рівнем посттравматичного зростання.

Так, в учасників бойових дій з високим рівнем ПТОЗ достовірно вище виражені такі компоненти посттравматичного зростання, як "ставлення до інших". Іншими словами, учасники бойових дій з високим рівнем посттравматичного зростання стали більше розраховувати на інших людей у важку хвилину, відчувати більшу близькість з оточуючими. У них з'явилося більше співчуття до людей, вони стали витрачати більше зусиль на налагодження взаємовідносин з людьми, частіше визнавати, що мають потребу в інших людях, більше високо цінувати їх. Також учасники бойових дій з високим рівнем посттравматичного зростання відзначають, що у них з'явилися нові інтереси, нові можливості, які не були доступні раніше.

Вони готові змінити в своєму житті те, що потребує зміни. Крім того, вони стали відчувати більшу впевненість в собі, краще розуміти, що можуть справлятися з труднощами, виявили, що вони сильніші, ніж вважали.

Протокол роботи когнітивно поведінкової терапії із застосування комплексного підходу спрямованого на реадaptaцію ветеранів АТО/ООС може стати саме тою системою заходів яка сприятиме розвитку посттравматичного зростання серед ветеранів і можливо вплине на подолання стигматизації щодо ветеранів та формуванню позитивного образу захистника. І що найважливіше допоможе пацієнтам долати труднощі, зростати та творити своє життя.

Бібліографія

1. Караяни А.Г. Прикладная военная психология / А.Г. Караяни, И.В. Сыромятников – СПб.: Питер, 2006. – 480 с.
2. Решетников М.М. Адаптация и реадaptация как социально-психологическая проблема / М.М. Решетников, С.В. Чермянин, В.А. Корзунин // Философские науки. – 2005. – № 10. – С. 31–44
3. Александровский Ю. А. О психологической дезадаптации в условиях стресса // Психиатрическая эндокринология. - М.: Здоровье, 1988. - С. 10 – 11.
4. Александровский Ю. А., Щукин Б. П. Психические расстройства во время и после стихийных бедствий и катастроф // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. -1991. -№5. - С. 39 – 43.
5. Д.Вестбрук, Г.Кеннерлі, Дж. Кірк “Вступ у когнітивно-поведінкову терапію”, видавництво “Свічадо”, Львів 2014
6. Beck A., Freeman A., Davis D. Cognitive therapy for personality disorders. Guilford Press, New York, 2004
7. Beck A., Rush A., Shaw B. Cognitive therapy of depression. Guilford Press, New York, 1979 (с переклад на російську мову: Бек А. Когнитивная терапия депрессии. Санкт-Петербург, издательство «Питер», 2003)
8. Beck J. Cognitive therapy for challenging problems. Guilford Press, New York, 2005
9. О. Романчук, навчально-реабілітаційний центр «Джерело», м. Львів, стаття НейроNess
10. Beck J. Cognitive therapy: basics and beyond. Guilford Press, New York, 1995
11. Євсюков О. П. Специфіка особистісних змін, що відбуваються з людьми, які пережили психічну травму / О. П. Євсюков, В. П. Садковий // Проблеми екстремальної та кризової психології, 2010. Вип. 7. – С. 120 –128.
12. Постанова кабінету Міністрів України від 11 серпня 2014 р. № 326 Про створення Державна служба України у справах ветеранів війни та учасників антитерористичної операції. Електронний ресурс. Режим доступу: <http://zakon.rada.gov.ua/go/326-2014-%D0%BF>
13. Шевченко В.В. Психологічна реабілітація військовослужбовців, що перебували в миротворчому контингенті / В. В. Шевченко, А. А. Руденко // Науковий вісник Миколаївського державного університету імені В. О. Сухолинського. Серія : Психологічні науки. - 2014. - Вип. 2.12. - С. 239-243.
14. Ярошок Ю. В. Регуляція психічної напруженості військовослужбовців в екстремальних умовах службово-бойової діяльності : Дис... канд. психол. наук: 20.02.02 / Національна академія Прикордонних військ України ім. Богдана Хмельницького. — Хмельницький, 2000. — 165 с.
15. Cornum, R., Matthews, M., Seligman, M. (2011). Comprehensive Soldier Fitness. Building Resilience in a Challenging Institutional Context. American Psychologist. Retrieved from <https://www.apa.org/pubs/journals/releases/amp-66-1-4.pdf>

16. White, T. (2014). The buddy system. Veterans help veterans combat PTSD. Stanford Medicine, Balancing Act. The immune system. Retrieved from <https://stanmed.stanford.edu/2014fall/the-buddy-system.html#>
17. Buddy-to-buddy volunteer veteran program [Brochure]. (n.d.) Michigan: University of Michigan. Retrieved from https://www.research.va.gov/media_roundtable/B2B_Brochure.pdf
18. Дремова Г. В. Комплексное использование иппотерапии и спартианской программы в целях социальной реабилитации и интеграции инвалидов с ДЦП / Дремова Г. В., Соколов П. Л., Столяров В. И. // Спорт, духовные ценности, культура. - М., 1997. - Вып. 8
19. Штраус И. Иппотерапия. Нейрофизиологическое лечение с применением верховой езды: пер. с нем. – М.: Моск. конноспортив. клуб инвалидов, 2000.
20. Сербіченко О. Види анімалотерапії у соціальной реабілітації дітей, що постраждали от насильства. «Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний корекційний і медичний аспекти»: Всеукр. наук.-практ. конф. (2018; Полтава). Полтава: ТОВ «АСМІ», 2018. С. 197–199.
21. «Лошадь в психотерапии, иппотерапии и лечебной педагогике»: учебные материалы и исследования Немецкого кураториума по терапевтической верховой езде (в двух частях). М.: РБОО «МККИ», 2003.
22. Хандогіна О. В., Ірха В. П. Нові підходи до проблеми соціальної адаптації учасників бойових дій, що перебували в зоні АТО. Загальна і медична психологія. № 1. 2018. С. 110.
23. Хандогіна О. Перспективні напрямки розвитку адаптивного кінного спорту для осіб зі спеціальними потребами. Становлення особистості дитини в умовах сучасного розвитку суспільства: соціально-педагогічний, психологічний корекційний і медичний аспекти»: Всеукр. наук.-практ. конф. (2018; Полтава). Полтава: ТОВ «АСМІ», 2018. С. 223–226.
24. Біла книга. Політика розвитку МСП в Україні: як реалізувати потенціал малого та середнього підприємництва в Україні. Режим доступу: http://www.ier.com.ua/ua/sme_development/working_papers_sme?pid=5015
25. The Employment Situation – August 2017. Bureau of Labor Statistics. U.S. Department of Labor. Режим доступу: <https://www.bls.gov/news.release/pdf/empstat.pdf>
26. Veteran Population Projections 2017-2037. U.S. Department of Veteran Affairs. Режим доступу: https://www.va.gov/vetdata/docs/Demographics/New_Vetpop_Model/Vetpop_Infographic_Final31.pdf
27. The Employment Situation – August 2017. Bureau of Labor Statistics. U.S. Department of Labor. Режим доступу: <https://www.bls.gov/news.release/pdf/empstat.pdf>
28. Boldon, N. The State of Veteran Entrepreneurship Research: What We Know and Next Steps. / [N. Boldon, R. Maury, N. Armstrong, R. Van Slyke] – IVMF. Режим доступу: https://ivmf.syracuse.edu/wp-content/uploads/2017/09/ENTREPRENEUR_JPMC_PAPERFINAL-DIGITAL9.7.17.pdf

29. Gosselin C. Why America's Veterans Make the Best Entrepreneurs. Fortune. Nov 11th 2016. Режим доступу: <http://fortune.com/2016/11/11/veterans-day-leadership-ceo/>
30. Tedeschi R. G. The posttraumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma / R.G. Tedeschi, L. G. Calhoun // Journal of Traumatic Stress.– 1996

Інші інтернет джерела:

1. <https://www.researchgate.net/publication/256544938> The Herald of Free Enterprise disaster
2. <https://lindagraham-mft.net/bouncing-forward-transforming-bad-breaks-into-breakthroughs/>
3. [https://www.academia.edu/27537788/Combat Experience and Emotional Health Impairmentand Resilience in Later Life](https://www.academia.edu/27537788/Combat_Experience_and_Emotional_Health_Impairmentand_Resilience_in_Later_Life)
4. <https://www.researchgate.net/publication/247498311> Posttraumatic Growth Among Gulf War I Veterans The Predictive Role of Deployment-Related Experiences and Background Characteristics
5. [https://www.academia.edu/17179719/Psychosocial buffers of traumatic stress depressive symptoms and psychosocial difficulties in veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom The role of resilience unit support and postdeployment social support](https://www.academia.edu/17179719/Psychosocial_buffers_of_traumatic_stress_depressive_symptoms_and_psychosocial_difficulties_in_veterans_of_Operations_Enduring_Freedom_and_Iraqi_Freedom_The_role_of_resilience_unit_support_and_postdeployment_social_support)
6. <https://www.researchgate.net/publication/262876138> Post-traumatic growth among
7. [veterans in the USA Results from the National Health and Resilience in Veterans Study](#)
8. https://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2016/5_2016/6.pdf
9. <https://nuou.org.ua/assets/dissertations/diser/diser-zubovskyi.pdf>
10. <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2018/8/11.pdf>
11. <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2018/8/11.pdf>
12. http://dspace.univd.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/4597/Osoblyvosti%20posttravmatychnoho%20osobystisnoho%20zrostannia%20v%20uchasnykiv%20boiovykh%20dii_Chepiga_2018.pdf?sequence=1&isAllowed=y