

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ  
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

**КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА БАКАЛАВРА**

**на тему: ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ БІЙЦІВ  
ЗСУ ПІД ЧАС ФАНТОМНИХ БОЛІВ**

Виконала: студентка IV курсу,  
групи 6.0530-2з  
спеціальності 053 Психологія  
освітньої програми: Психологія  
Книш Олена Василівна  
Керівник: канд. психол. наук, доцентка  
кафедри психології Грандт В.В.  
Рецензент: Турбар Т.В., к.пед.н., доцент  
кафедри дошкільної та початкової освіти

Запоріжжя  
2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології  
Кафедра психології  
Рівень вищої освіти бакалаврський  
Спеціальність 053 Психологія  
Освітня програма Психологія

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри \_\_\_\_\_

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2024 р.

**З А В Д А Н Н Я**

**НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ**

Книш Олені Василівні

1. Тема роботи: «Особливості психологічної підтримки бійців ЗСУ під час фантомних болів»  
керівник роботи: Грандт В.В. кандидат психологічних наук, доцентка кафедри психології  
затверджені наказом ЗНУ від «05» 02 2024 року № 235—с
2. Термін подання студентом роботи.
3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого—педагогічної літератури.
4. Зміст розрахунково—пояснювальної записки: проаналізувати теоретичні підходи до розуміння поняття фантомних болів та її психологічні особливості в психологічній літературі; розкрити психологічні особливості прояву фантомних болів під час реабілітації ; розглянути основи психологічної підтримки при фантомних болях; обґрунтувати вплив надання психологічної підтримки бійцям ЗСУ; розробити програму психологічного супроводу військовослужбовців з фантомними болями.
5. Консультанти розділів роботи

6.Дата видачі завдання

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання Видав	Завдання Прийняв
Вступ	Грандт В.В., доцент		
Розділ 1	Грандт В.В., доцент		
Розділ 2	Грандт В.В., доцент		
Розділ 3	Грандт В.В., доцент		
Висновки	Грандт В.В., доцент		

**КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН**

№з/ п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	лютий 2024 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	березень 2024 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	квітень—травень 2024 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	травень 2024 р.	Виконано
6	Написання висновків	червень 2024 р.	Виконано
7	Передзахист	червень 2024 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	червень 2024 р.	Виконано

Студент \_\_\_\_\_ О.В. Книш

Керівник роботи \_\_\_\_\_ В.В. Грандт

**Нормоконтроль пройдено**

**Нормоконтролер** \_\_\_\_\_ А.О. Неманежина

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота бакалавра: 51 сторінок, 33 джерела, 2 додатка.

Об'єкт дослідження: фантомний біль, як психологічний феномен.

Предмет дослідження: особливості надання психологічної допомоги бійцям ЗСУ з фантомними болями.

Мета дослідження: обґрунтування особливостей психологічної підтримки бійців ЗСУ, які зазнають фантомних болів, з акцентом на виявлення найбільш ефективних методик ведення та підходів до психологічної реабілітації.

Гіпотеза дослідження: Комплексна психологічна підтримка, що включає когнітивно-поведінкову терапію, техніки релаксації та майндфулнес, емоційну регуляцію та соціальну підтримку, сприяє зниженню рівня фантомних болів, покращенню психічного стану та підвищенню якості життя військовослужбовців Збройних Сил України.

Методи дослідження: теоретичний аналіз сучасного стану проблеми креативності та творчого потенціалу; систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні (тестування за психодіагностичними методиками).

Наукова новизна полягає у впровадженні комплексного підходу до психологічної підтримки військовослужбовців з фантомними болями, що включає в себе не лише традиційні методи лікування, а й інноваційні стратегії, спрямовані на покращення психічного стану та якості життя цієї цільової групи.

Результати дослідження можуть бути використані у розробці програм психологічної реабілітації для військовослужбовців, удосконаленні методів та стратегій психологічної підтримки в контексті фантомних болів, а також у формулюванні політики та програм допомоги ветеранам і бійцям, які страждають від таких станів. Крім того, результати можуть служити основою для подальших досліджень у цій області та впровадження нових підходів у клінічну практику.

ВІЙНА, ЛОКАЛІЗАЦІЯ ,УКРАЇНЦІ, ФАНТОМ, БІЛЬ,  
ПСИХОЛОГІЧНА, РЕАБІЛІТАЦІЯ.

## **SUMMARY**

Knysh Olena. Peculiarities of Psychological Support for Ukrainian Armed Forces Soldiers Having Phantom Pains.

Object of research: phantom pain as a psychological phenomenon.

Subject of research: peculiarities of providing psychological assistance to the Ukrainian Armed Forces soldiers with phantom pains.

The purpose of the research: to substantiate the peculiarities of psychological support for the Armed Forces of Ukraine soldiers experiencing phantom pain, with an emphasis on identifying the most effective methods of management and approaches to psychological rehabilitation.

The hypothesis of the research: Comprehensive psychological support, including cognitive behavioral therapy, relaxation and mindfulness techniques, emotional regulation and social support, helps reduce phantom pain, improve mental health and improve the quality of life of the Armed Forces of Ukraine.

Research methods. Theoretical: theoretical analysis of the current state of the problem of creativity and creative potential; systematization and generalization of scientific literature on the research problem; empirical (testing according to psychodiagnostic methods).

A scientific innovation is to implement an integrated approach to psychological support for servicemen with phantom pain, which includes not only traditional methods of treatment, but also innovative strategies aimed at improving the mental state and quality of life of this target group. The use of an integrative approach that combines various methods and techniques from different fields of psychology, medicine, and rehabilitation is innovative in the context of research on psychological support for military personnel with phantom pain.

Research results can be used in developing psychological rehabilitation programs for military personnel, improving methods and strategies for psychological support in the context of phantom pain, and in formulating policies and programs to help veterans and soldiers suffering from such conditions. In addition, the results can serve as a basis for further research in this area and the implementation of new approaches in clinical practice.

**WAR, LOCATION, UKRAINIANS, PHANTOM, PAIN PSYCHOLOGICAL, REHABILITATION.**

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФАНТОМНИХ БОЛІВ.....	10
1.1. Поняття фантомного болю в сучасній психологічній літературі.....	10
1.2. Фізіологічні механізми фантомних болів.....	14
1.3. Вплив фантомних болів на психологічний стан особистості.....	17
РОЗДІЛ 2 ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПРИ ФАНТОМНИХ БОЛЯХ.....	24
2.1 Цілі та завдання психологічної підтримки бійця ЗСУ з фантомними болями.....	24
2.2. Роль психолога у роботі з бійцями, що страждають від фантомних болів.....	27
2.3. Методи психологічної підтримки військовослужбовця з фантомними болями.....	32
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ БІЙЦІВ ЗСУ З ФАНТОМНИМИ БОЛЯМИ.....	37
3.1. Етапи психологічної реабілітації.....	37
3.2. Програма психологічного супроводу військовослужбовців з фантомними болями.....	42
ВИСНОВКИ.....	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	48
ДОДАТКИ.....	52

## ВСТУП

Війна в Україні підняла актуальність проблеми збереження психологічного здоров'я військовослужбовців на принципово новий рівень. Адже участь у бойових діях практично завжди супроводжується стресовою реакцією організму, яка без відповідної своєчасної кваліфікованої допомоги може призвести до несприятливих наслідків, як для самого військовослужбовця, так і для суспільства в цілому. Психологічна травматизація особового складу стає причиною зниження ефективності виконання завдань за призначенням та збільшення небойових втрат. Також вона зумовлює виникнення труднощів із соціалізацією та погіршує якість життя військовослужбовців, створює тривалі соціальні, економічні та політичні проблеми для країни. У зв'язку з цим гострою є потреба в консультативній і психотерапевтичній допомозі різним категоріям травмованих осіб –військовослужбовцям, ветеранам, членам їхніх сімей, які переживають руйнацію звичного життя[9].

Фантомні болі — це феномен, коли людина відчуває біль або інші відчуття в ампутованій частині тіла. Це явище, яке може виникати у кожної другої людини після ампутації. В контексті воєнних дій та військових конфліктів, фантомні болі стають особливо актуальними через значне число бійців, які отримали ампутації внаслідок бойових травм. Збройні Сили України (ЗСУ), як і багато інших військових формувань світу, стикаються з цією проблемою, що вимагає не тільки медичного, але й психологічного втручання.

Дослідження фантомних болів і методів їх лікування має довгу історію, однак особливості психологічної підтримки у військовому контексті залишаються менш розробленими. Військовослужбовці, які стикаються з фантомними болями, потребують специфічного підходу, що враховує не тільки фізіологічний, але й психологічний аспект їхнього відновлення та адаптації до нових життєвих обставин.

Розуміння особливостей психологічної підтримки бійців ЗСУ в умовах фантомних болів відіграє важливу роль у їхньому фізичному та психічному

здоров'ї. Розглянемо, які аспекти цієї підтримки є ключовими для забезпечення їхньої повноцінної адаптації та відновлення.

Об'єкт дослідження: фантомний біль, як психологічний феномен.

Предмет дослідження: особливості надання психологічної допомоги бійцям ЗСУ з фантомними болями.

Мета дослідження: обґрунтування особливостей психологічної підтримки бійців ЗСУ, які зазнають фантомних болів, з акцентом на виявлення найбільш ефективних методик ведення та підходів до психологічної реабілітації.

Гіпотеза: Комплексна психологічна підтримка, що включає когнітивно-поведінкову терапію, техніки релаксації та майндфулнес, емоційну регуляцію та соціальну підтримку, сприяє зниженню рівня фантомних болів, покращенню психічного стану та підвищенню якості життя військовослужбовців Збройних Сил України.

Для досягнення мети необхідно виконати наступні завдання дослідження:

- Визначити суть поняття «фантомний біль» в сучасній науковій літературі та розкрити особливості їх виникнення;
- Охарактеризувати засоби психологічної підтримки при фантомних болях;
- Виявити вплив психологічної реабілітація бійців ЗСУ з фантомними болями;
- Розробити програму психологічного супроводу військовослужбовців з фантомними болями.

Методи дослідження: теоретичний аналіз сучасного стану проблеми креативності та творчого потенціалу; систематизація та узагальнення наукової літератури з проблеми дослідження; емпіричні (тестування за психодіагностичними методиками).

Наукова новизна полягає у впровадженні комплексного підходу до психологічної підтримки військовослужбовців з фантомними болями, що включає в себе не лише традиційні методи лікування, а й інноваційні стратегії, спрямовані на покращення психічного стану та якості життя цієї цільової групи. Використання інтегративного підходу, який об'єднує різноманітні методи та



техніки з різних галузей психології, медицини та реабілітації, є новаторським у контексті досліджень психологічної підтримки військових з фантомними болями.

Практична значущість полягає у розробці та впровадженні програми психологічного супроводу військовослужбовців з фантомними болями.

Структура кваліфікаційної роботи бакалавра. Складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 33 найменувань та 3 додатків. Загальний обсяг основного тексту 47 сторінок.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ФАНТОМНИХ БОЛІВ

#### 1.1. Поняття фантомного болю в сучасній психологічній літературі

Фантом – у перекладі з грецької означає "привид, уява". У медицині слово "фантом" належить до помилкового відчуття присутності втраченої частини тіла, найчастіше це стосується ампутованих кінцівок.

Фантомний біль - це тип болю, який відчувається у відсутності фізичної причини. Зазвичай це відчуття болю відсутніх або втрачених частин тіла, таких як кінцівки, після ампутації або травми. Однак фантомний біль може також виникати внаслідок інших фізичних або психологічних причин, таких як травми, хвороби, стрес або травми пам'яті.

Це явище пов'язане з тим, як мозок сприймає та обробляє сигнали болю. Навіть після втрати частини тіла нервова система може продовжувати надсилати сигнали болю до мозку, що може призводити до відчуття болю в тій області, яка фактично відсутня.

Фантомний біль може бути дуже реальним і викликати значний дискомфорт та страждання для людини, яка його відчуває. Лікування такого типу болю часто включає фізичну терапію, ліки для зменшення болю, а також психологічну підтримку для допомоги управляти емоційними аспектами болю.

Після ампутації мозок пацієнта пам'ятає – унаслідок поранення в кінцівці виник біль, тому ніби за інерцією продовжує його генерувати. Водночас, якщо людині з ампутованою кінцівкою поставили протез, то здебільшого фантомний біль припиняється – мозок отримує сигнал, що функція кінцівки відновилася.

Фантомна кінцівка – це термін, що вживається для позначення будь-якого відчуттєвого явища (крім болю), що спостерігається у відсутній кінцівці чи її частині. Відомо, що щонайменше 80% людей, які мали ампутацію, до певної міри відчувають фантомні відчуття в певний період свого життя. Деяких людей такий біль тією чи іншою мірою супроводжує до кінця їхніх днів.

Вперше термін "фантомна кінцівка" ввів американський невролог Сілас Вейр Мітчел у 1871 році [26]. Мітчел описував, що "тисячі примарних кінцівок полюють на стількох же хороших солдатів, регулярно катуючи їх". Проте ще в 1551 році французький військовий хірург Амбруаз Паре вперше задокументував фантомний біль, звітуючи, що "А щодо пацієнтів, довший час після ампутації ті кажуть, що досі відчують біль в ампутованій частині". Наприклад, якщо причиною, що викликала незворотні зміни в кінцівки і наступну операцію, був некроз пальців, то фантомний біль може розташовуватися там же. Результати одного з досліджень ампутацій нижніх кінцівок показали, що чим менша довжина кукси, тим частіше трапляється помірний або сильний фантомний біль.

Є кілька теорій, які намагаються пояснити причину фантомної кінцівки. Не так давно було поставлено простий і однозначний зв'язок між травмою і болем, але течія останніх думок поставила генезис фантомної кінцівки в мозок, оскільки когнітивні та афективні сфери втручаються.

Дослідження Рональда Мелзака вони породили теорія *neuroatrix*, в якій дифузія болю і його передача організмом пов'язані з комплексною системою, що включає різні області центральної і периферичної нервової системи, вегетативної нервової системи і ендокринної системи, безпосередньо під впливом різних психологічних, емоційних факторів, генетичні та соціальні. Ця теорія пояснює, що ми можемо відчувати відчуття болю в організмі, викликані нашим внутрішнім, тобто з нашого власного організму, і через цю систему ми можемо змусити ці відчуття збільшуватися, змінюватися або зменшуватися в певний час. Якщо ця матриця активується за відсутності периферичної сенсорної інформації (ампутованої кінцівки), це призведе до відчуття присутності кінцівки після втрати.

Іншим напрямком дослідження є вчений Рамачандран, що в його книзі "Привиди мозку", Дає дивовижне пояснення. Пацієнт з фантомною кінцівкою скаржився на свербіж на відсутній руці. Доктор Рамачандран, з ватним тампоном для вух, подряпав пацієнта в обличчя, звільнивши свербіж його руки. Яке це пояснення? Пояснення міститься в Гомункул Пенфілда. У п'ятдесяті

роки, Пенфілд і Расмуссен, продемонстрували існування кортикальної карти представлення тіла в двох аспектах: моторному і сомато-сенсорному [27].

Неврологічна карта має певні особливості: кожна частина тіла представлена відповідно до її сенсомоторного значення (наприклад: губи або руки мають більш кортикальне представлення, ніж тулуб, тому вони більш чутливі), тобто одне - це тіло, а інше - зображення тіла в мозку. Якщо людина втрачає ногу, руку або орган, то їхня репрезентація в гомункулусі Пенфілда припиняє отримувати інформацію від цього ефекторного органу, але тоді ця область карти може бути захоплена суміжним поданням. У випадку ампутованої руки, суміжне зображення - це обличчя. Таким чином, стимуляція на обличчі може зробити відчуття руки (привид).

До сьогодні чіткої версії, яка б пояснювала виникнення фантомного болю, немає. Проте вчені висувають багато теорій, і одна із них вважається найбільш правдивою. Зрозуміло, що втрачена кінцівка раніше функціонувала за допомогою певних нервів. Але після її ампутації нервові імпульси, що проходили по ним, значно змінюються та перетворюються у больові відчуття.

Також вважається, що фантомні болі можуть виникати внаслідок появи нервів у куксі кінцівки в процесі аномального росту нервових волокон.

Окрім цього, підґрунтям патології можуть стати й центральні механізми. Та ділянка мозку, яка отримувала сигнали від втраченої кінцівки, може приймати імпульси від інших ділянок тіла. Ці сигнали починають конкурувати між собою, в них додаються спотворені елементи, і всі ці фактори стають причиною фантомного болю.

Мозок людини починає сприймати кінцівку як наявну, але не такою, якою вона була раніше. Окрім цього, певні відчуття в одній частині тіла починають відчуватись як такі, що виникли у відсутній внаслідок ампутації.

Фантомний біль в своїй основі містить руйнівний вплив, який складно піддається розумінню. Військовослужбовці кінцівкою відчують співчуття з боку оточуючих, виражають глибоке почуття самотності, вважаючи себе відстороненими від більшої частини соціуму. Стан самотності подекуди призводить до своєрідної внутрішньої ізоляції військовослужбовця, яка на їх

думку, базується на впевненості, що реальність фантомного болю окрім них самих, не здатні відчутти, усвідомити й пережити ні медичний персонал, ні їхні родичі та близькі. На думку самих пацієнтів, саме невидима (ілюзорна, примарна) біль становить значно більшу небезпеку ніж справжня рана [29].

Фантомний біль катастрофізує військовослужбовця, формуючи в нього дезадаптивно-когнітивний стиль поведінки, що виражається в надмірній акцентуації на передчутті негативних результатів в майбутньому. Подекуди катастрофізація здатна посилити хронічний біль та активізувати пов'язані з цим порушення. Фантомний біль активізує «непрошені спогади», що призвели до травматизації військовослужбовця, й які в свою чергу породжують спектр тривожних переживань, які обмежують світогляд військовослужбовця, породжують постійний внутрішній дискомфорт й відсторонюють від світу [30].

Бойовий стрес, поранення, втрата частини тіла, втрата побратимів стрес для військовослужбовця це є політравма.

Для описання травматичної реакції на стрес та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) звернемося до міжнародної класифікації хвороб МКХ-10. Розділ (F43) «Реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації»: – F43.0 Гостра реакція на стрес, що може супроводжуватися "втечею" від реальності (аж до стану дисоціативного ступору – F44.2) або гіперактивністю, а також часткова або повна амнезія (F44.0) як реакція на стресову подію [5; 15]. Ще одним проявом гострої реакції на стрес є бойова і оперативна стресова реакція та бойова втома, що представляють нормальну реакцію особистості на ненормальний стрес бойових дій. – F43.1 Посттравматичний стресовий розлад Результат від термінованої або тривалої відповіді на стресову подію (короткий або тривалий) виключно загрозливого або катастрофічного характеру. Офіційний діагноз ставиться лише через півроку від пережитої стресової ситуації і відзначається, відповідно до МКХ-10.

Українськими науковцями з М.М. Матяш та Л.І. Худенко з Київського медичного університету УАНМ були проведенні дослідження особливостей посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції [13]. Показали: «маніфестація ПТСР у досліджуваних представлена у вигляді

таких варіантів: вторгнення-проникнення (з наявністю нав'язливих спогадів про обставини психічної травми (коли минуле «тримає»), тривожність, паніка, страхи); уникання-витіснення (намагання уникати будь-яких обставин, думок, спогадів, що нагадують ситуацію психічної травми (тригерів як частин минулого досвіду); гіперактивації (у клінічній картині переважали симптоми гіперактивації або гіперафект, з більш характерним для цього типу потягом до компульсивного (нав'язливого) переживання травматичних подій, несвідоме прагнення до повторного програвання травматичних ситуацій).

F43.2 Розлад пристосувальних реакцій, що є станом суб'єктивного дистресу і емоційного розладу з варіабельними проявами, зокрема: пригніченість настрою, настороженість або неспокій (або комплекс цих станів), відчуття нездатності впоратися з ситуацією, запланувати все заздалегідь, включає деяку ступінь зниження здатності діяти в повсякденному житті. Одночасно можуть приєднуватися розлади поведінки. характерною рисою може бути коротка або тривала депресивна реакція або порушення інших емоцій і поведінки [15].

Сутність вищесказаного зводиться до того, що фантомний біль у сучасній психологічній літературі визначається як болісні відчуття, що виникають у відсутній кінцівці або частині тіла після ампутації. Це складний феномен, який об'єднує фізіологічні та психологічні компоненти, і може суттєво впливати на психічний стан пацієнта. Сучасні дослідження підкреслюють необхідність комплексного підходу до лікування, включаючи медичні та психологічні інтервенції для полегшення симптомів фантомного болю.

## **1.2. Фізіологічні механізми фантомних болів**

Фізіологічні механізми фантомних болів є складними і частково розуміються. Основна концепція полягає в тому, що після ампутації або травми частини тіла нервова система продовжує генерувати сигнали болю до мозку, незважаючи на відсутність реальних стимулів болю.

Ампутація кінцівки не проходить безболісно. У військовослужбовця змінюється постава й як результат зростає напруга на інші ділянки тіла, зокрема здорову кінцівку, плечі, шию, верхню частину спини. Непоодинокі випадки, коли фізичний біль витісняється фантомним, який відчують від 50 до 80 % пацієнтів з ампутуваними кінцівками впродовж 25 років після ампутації. Проведені теоретичні та практичні дослідження показали, що проблема фантомного болю в ампутованій кінцівці є доволі поширеним явищем й привертає увагу не лише медиків, але й психологів, філософів, фахівців у сфері валеології та інших науковців. Феномен фантомного болю декодується в межах прототипу дилеми взаємодії «розум–тіло» є переживанням взаємозв'язку між теперішнім і попереднім досвідом особистості проявом вродженого комплексу.

Результатом індивідуального досвіду ситуацій, які інтеріоризуються завдяки властивостям пам'яті; невидимою ознакою втраченої ділянки тіла «нейронним патерном тіла», згідно з яким провідну роль як у когнітивному та емоційному сприйнятті дійсності, так і в усвідомленні болю відіграють нейронні мережі.

Встановлюючи особливості вираження болю через тіло і мовлення, подальшого дослідження набуває питання: наскільки сильно ці вираження пов'язані з фантомним болем. Адже переживаючи фантомний біль, військовослужбовець формує відповідний образ й тим самим переживає відчуття, притаманні непошкодженій кінцівці. Фантомний біль скріплює тіло, забезпечує його «тілесність» й тим самим сигналізує людині про те, що біль має тіло. Це своєрідне переживання, яке трансформує й змінює сприйняття військовослужбовцем самого себе, своєї поведінки й відношення до оточення.

Одним з можливих механізмів фантомних болів є "сплетення" нервів. Під час ампутації нерви, які колись іннервували втрачену частину тіла, можуть почати "сплітатися" з нервами, що залишилися, або стимулювати сусідні нервові шляхи. Це може призводити до відчуття болю в місці ампутації або в інших частинах тіла.

Крім того, зміни в центральній нервовій системі також можуть грати роль у виникненні фантомних болів. Після ампутації може відбутися перепрограмування мозку, що може призвести до зміни способу, яким мозок сприймає сигнали болю та реагує на них.

Дослідження в галузі фізіології фантомних болів тривають, і розуміння цих механізмів допомагає розробляти ефективніші методи лікування та управління болем для людей, які стикаються з цим складним станом. Вивчення фантомних болів здійснюються в галузі нейронауки, фізіології болю, психології та інших суміжних галузях. Науковці з різних країн і наукових установ активно працюють над розумінням фізіологічних та психологічних аспектів цього явища.

Наприклад, дослідження в галузі нейрофізіології дозволяють розглядати механізми передачі сигналів болю в нервовій системі і зміни, які відбуваються після ампутації або травми. Психологи та психіатри досліджують психологічні аспекти фантомних болів, включаючи психічні фактори, які можуть впливати на інтенсивність та сприйняття болю.

Вчені заявили про те, що люди, які втратили кінцівку, продовжують відчувати біль у вже відсутніх руках або ногах через те, що мозок намагається "перебудувати" роботу центру рухів після їхнього зникнення і робить при цьому помилки. Висновки вчених були опубліковані в журналі Nature Communications. У ході дослідження вчені провели експеримент, в рамках якого підключили кібер-руки і попросили навчитися ними користуватися десятиох добровольців, які відчували фантомні болі у результаті втрати кінцівки. На думку дослідників, такий обман мозку повинен був послабити больові відчуття.

Разом з тим, через деякий час вченим довелося припинити експеримент, оскільки прикріплення кібер-руки дивним чином призвело до різкого посиленню болю. Причому, чим більше учасники досвіду вчилися управляти рукою, тим сильнішим був біль. Цей результат здивував учених, оскільки підключення кібер-руки до мозку здорових людей ніколи не викликало таких наслідків. Намагаючись зрозуміти, чому так відбувається, вони змінили експеримент, підключивши кібер-маніпулятор до тієї частини мозку, яка керувала здоровою рукою. На цей раз результат був зворотним – коли добровольці навчилися



управляти протезом, біль магичним чином зник на якийсь час. Цей факт, як вважають автори статті, вказує на реальне джерело болю – так звану пластичність нейронів, здатність мозку "перепрофілювати" нервові клітини на рішення нових завдань.

За словами вчених, ампутація руки або ноги веде до того, що ті нервові клітини, які керували їхнім рухом, втрачають свою функцію. Мозок пристосовує їх для вирішення нових завдань, марно намагаючись "полагодити" непрацюючі кінцівки, і в деяких випадках це веде до розвитку фантомних болів через те, що між нейронами виникають неправильні зв'язки [3].

Зі сказаного раніше фізіологічні механізми фантомних болів включають складні взаємодії між периферійною нервовою системою, центральною нервовою системою та психічними процесами. Втрата кінцівки призводить до перебудови нейронних мереж у головному та спинному мозку, що може викликати болісні відчуття в місці ампутації. Нейропластичність, або здатність нервової системи змінювати свою структуру та функцію у відповідь на пошкодження, відіграє ключову роль у розвитку та підтриманні фантомних болів.

### **1.3. Вплив фантомних болів на психологічний стан**

Факт ампутації переживається, як важка особиста трагедія, що здійснює величезний руйнівний вплив на поведінку військовослужбовця. Ампутація кінцівки розцінюється військовослужбовцем, як крах усіх його життєвих перспектив, планів, надій і сподівань. Результати останніх досліджень засвідчили, що після повернення з війни ветеран, у якого ампутувана кінцівка, втрачає три основні речі: самоідентифікацію, мету і коло спілкування [14]. На поведінковому рівні це проявляється в переоцінці власного «Я», істотному зниженні рівня домагань, в пошуку соціальної ніші й подекуди – в утраті сенсу життя. Яким би психологічно підготовленим не був військовослужбовець, – факт ампутації сприймається ним як особиста катастрофа [25].

Огляд наукової літератури дає підстави стверджувати, що впродовж останнього десятиліття основний вектор досліджень щодо фантомних болів спрямовувався на встановлення нейропластичних змін, що відбувалися у мозку людини після ампутації [31]. Водночас, досить мало досліджень спрямованих на розкриття психологічних змінних, які обумовлюють фантомний біль у кінцівках й визначають стратегію поведінки військовослужбовця з ампутованою кінцівкою в цілому, що також посилює актуальність теми.

Військовослужбовці – учасники бойових дій часто вирізняються характерними особливостями, що виявляються у певних психічних станах, процесах, властивостях, поведінці. Це, насамперед, можуть бути підвищена драгівливість, схильність до поганого настрою, нетерплячість, підвищена реактивність, напруженість, ознаки депресії, підвищена стомлюваність, апатичність, тривожність, страх, фобічні реакції, почуття провини, синдром втрати, агресивність, гнів, образа, злість, гіперболізоване відчуття справедливості, а також фіксація на втратах, труднощі з засинанням, нічні кошмари, тремор, неможливість зняти напругу, в тому числі тілесну, постійне відчуття небезпеки тощо. Все це часто призводить до виникнення відчуття вираженого стомлення й нестачі енергії, підозрілості, ослаблення пам'яті, труднощів концентрації, захопленості спогадами про війну, симптомів посттравматичних стресових розладів, несприятливих особистісних змін, соціально-психологічної дезадаптації, обмеження комунікацій, асоціальної поведінки, проблем побутового, медичного та сімейного характеру, зловживання психоактивними речовинами (ПАР), міжособистісних конфліктів зі своїми чоловіком/дружиною, членами сім'ї, близькими друзями або колегами, невпевненості у майбутньому тощо. З усіма цими проблемами стикаються психологи під час консультації військовослужбовців – учасників бойових дій.

У наслідках переживання людиною травмуючих подій для психічного здоров'я можна виділити два аспекти. Перший – той, що на поверхні, – руйнівний, виражений, як правило, у вигляді «розладів, що пов'язані з травмою та стресором» (відповідно до DSM-5, серед яких найпоширеніші – «гострий стресовий розлад»(ГСР) і «посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР), а

також у вигляді інших розладів (ускладнене або травматичне горе, депресія, генералізований тривожний розлад, панічний розлад, дисоціативні розлади, розлади із соматичними симптомами, конверсійний розлад, короткі психотичні розлади, зловживання психоактивними речовинами). При цьому, за даними DSM-5, ризик мати коморбідний розлад (депресію та ін.) для тих, хто виявляє ознаки ПТСР, становить 80%. Перераховані розлади суттєво впливають на рівень психологічного благополуччя людини, якість її життя, стосунки з близькими людьми, часто призводячи до соціальної ізоляції та навіть інвалідизації, хронічних психопатологічних змін особистості та відстрочених реакцій на бойовий стрес [32].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): У деяких випадках фантомний біль може бути пов'язаний з травматичними подіями, такими як бойові дії або нещасні випадки, що може призводити до ПТСР. Симптоми цього розладу можуть включати нав'язливі спогади, нічні кошмари та надмірну реакцію на звуки або події.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – це психічний стан, який розвивається внаслідок переживання травматичних подій, що включають інтенсивний страх, шок або безпорадність. Фантомні болі, особливо ті, що виникають після травматичних подій, як-от бойові дії, нещасні випадки або ампутації, можуть бути пов'язані з ПТСР. Ось як фантомні болі можуть бути пов'язані з ПТСР і яким чином вони можуть взаємодіяти. Фантомний біль може виступати як тригер, який нагадує про травматичну подію, що призвела до втрати кінцівки або іншої травми. Це може спричинити спогади про подію, спалахи спогадів або нічні кошмари.

З'являється підвищена збудливість. Люди з ПТСР можуть відчувати підвищену збудливість і дратівливість. Фантомні болі, через їх непередбачуваність, можуть погіршувати ці симптоми, посилюючи відчуття тривоги та небезпеки. Військовослужбовці з ПТСР часто уникають ситуацій або людей, що нагадують їм про травму. Фантомний біль може змусити людину уникати соціальних контактів або діяльності, що, на її думку, може спричинити біль або нагадати про травму. Відчуття фантомного болю може спричинити

дисоціацію, коли людина відчуває себе відокремленою від свого тіла або оточення. Це може бути механізмом захисту від інтенсивного болю або стресу, але також може ускладнити адаптацію [24].

Другий аспект впливу травми – це те, що Дж. Брієр називає «зростанням». Воно виявляється тоді, коли людина здужала «пройти» через травму, пережити її. В результаті такого проживання якість життя людини також змінюється, але вже в інший бік – усе тепер усвідомлюється по-новому, змінюються й стають глибшими погляди на світ, на себе, на інших людей. Разом з тим, як подолати перший аспект, так і досягти другого, буває дуже складно, й допомога фахівця, психолога чи психотерапевта, є надзвичайно важливою.

Аналіз літературних джерел, що стосуються посттравматичних стресових станів військовослужбовців [7], дозволяє встановити їх характерні прояви, серед яких найбільш поширеними є такі: думки про самогубство, що в деяких випадках закінчуються реальним здійсненням суїциду; потреба мати при собі зброю та за її допомогою вирішувати проблемні ситуації; часткова або повна втрата сенсу життя, невпевненість у своїх силах; депресія, песимізм, відчуття занедбаності й непотрібності; недовіра до інших людей, нездатність відверто говорити про війну; відчуття нереальності всіх тих подій, що відбувалися на війні; розвиток відчуття нездатності реально впливати на хід подій; нездатність бути в спілкуванні з іншими людьми щирим та відкритим; надмірна тривожність; підсвідоме сприйняття того, що ти «загинув» на війні; спроба знайти відповідь на запитання: «Чому загинули твої Друзі, а не Ти?»; потреба зігнати на когось злість та проявити агресію за те, що ти брав участь у бойових діях і за все те, що там відбувалося; постійна потреба у високому адреналіні та отриманні гострих відчуттів; несприйняття ветеранів інших війн тощо [9, 11].

Окреме місце займають проблема фізичних травм, які військовослужбовці отримали, беручи участь у бойових діях, та проблема перебування в полоні, особливо в тих з них, хто зазнав катувань чи насильства. З усіма цими наслідками негативних обставин та подій воєнного часу стикаються практичні психологи при наданні психологічної допомоги даній категорії громадян.

Відчуття фантомного болю може бути хронічним і непередбачуваним, що призводить до підвищеного рівня тривоги та депресії. Постійний дискомфорт, або біль може викликати відчуття безнадійності, пригнічення та розчарування.

Фантомні болі можуть стати значним джерелом тривоги та депресії для тих, хто їх відчуває. Оскільки це тип болю, який виникає у відсутності фізичного стимулу або травми, він може бути важким для розуміння і лікування, що може призвести до емоційних та психологічних проблем. Тривога може виникати з різних причин, непередбачуваність фантомних болів можуть бути раптовими і непередбачуваними, що створює відчуття тривоги та небезпеки. Відчуття страху перед посиленням болю військослужбовці з фантомними болями можуть боятися, що біль посилиться або стане постійним, що підвищує рівень тривоги. Оскільки фантомні болі можуть бути незрозумілими для інших, люди, які їх відчувають, можуть хвилюватися про те, як їх сприйматимуть інші. В наслідок фантомних болів виникає депресія. Хронічний біль, постійний біль може призвести до відчуття безнадійності та пригнічення, що є характерними ознаками депресії. Зниження якості життя, фантомні болі можуть обмежувати фізичну активність, соціальні взаємодії та професійну діяльність, що може сприяти розвитку депресії. У випадках, коли фантомні болі пов'язані з ампутацією або втратою частини тіла, людина може відчувати сум та горе, що також сприяє депресії.

Порушення сну, дуже часто зустрічається, біль, особливо нічний, може призвести до безсоння або порушення режиму сну. Це, в свою чергу, впливає на загальний психологічний стан, посилюючи тривогу і депресію. Фантомні болі можуть суттєво впливати на якість сну, спричиняючи різноманітні порушення. Оскільки фантомні болі можуть бути непередбачуваними, тривалими та інтенсивними, вони часто заважають нормальному сну. Ось кілька основних способів, як фантомні болі можуть викликати порушення сну.

Безсоння. Люди з фантомними болями можуть відчувати труднощі із засинанням або часті пробудження вночі через біль. Це може призводити до хронічного безсоння, яке, в свою чергу, впливає на загальне здоров'я та функціонування протягом дня.

Фантомний біль може призводити до фрагментованого сну, коли людина часто прокидається протягом ночі. Це може зменшити якість сну, оскільки не відбувається повноцінного відновлення. Нічні кошмари. У деяких випадках фантомні болі можуть бути пов'язані з травматичними подіями, такими як війна чи нещасний випадок. Це може призводити до нічних кошмарів або повторюваних снів, які впливають на спокійний сон. Порушення циркадних ритмів. Постійний біль може змінювати звичний режим сну, впливаючи на циркадні ритми. Це може призводити до порушень у природному циклі сну та неспання, що, у свою чергу, впливає на загальний стан людини.

Зниження якості життя: Хронічний біль і пов'язані з ним психологічні наслідки можуть негативно вплинути на повсякденне життя, ускладнюючи виконання звичайних завдань, соціальні взаємодії та роботу.

Фантомні болі можуть істотно знизити якість життя, впливаючи на різні аспекти повсякденного функціонування і психічного благополуччя. Ось кілька основних способів, як фантомні болі можуть призвести до зниження якості життя. Обмеження фізичної активності. Біль може ускладнювати або робити неможливими фізичні заняття, які раніше приносили задоволення, такі як спорт, прогулянки чи звичайна робота по дому.

Це може призвести до втрати фізичної форми та енергії. Фантомний біль може викликати безсоння, фрагментований сон або ранні пробудження. Це впливає на денну продуктивність, концентрацію та емоційний стан, що погіршує загальну якість життя. Постійний біль може спонукати людину уникати соціальних взаємодій, оскільки біль або страх перед болем можуть бути тригерами стресу. Це призводить до відчуження, зниження соціальної підтримки та погіршення настрою.

Фантомні болі можуть спричиняти почуття тривоги, депресії, фрустрації та безнадійності. Такий емоційний тягар може впливати на взаємини з іншими та загальне психічне благополуччя. Через фантомні болі може знижуватися продуктивність на роботі, що впливає на професійну діяльність, кар'єру та фінансову стабільність. Люди з фантомними болями можуть ставати залежними від допомоги інших у повсякденних завданнях.

Це може знизити їхню впевненість у собі та відчуття автономії. Соціальна ізоляція та обмеження у повсякденній діяльності, спричинені фантомним болем, також можуть негативно впливати на якість життя людини. Це може призвести до зниження соціальної підтримки та посилення психологічних проблем [5].

Можна зробити висновок, що фантомні болі мають значний негативний вплив на психологічний стан пацієнтів, часто викликаючи тривогу, депресію та інші емоційні розлади. Пацієнти можуть відчувати безпорадність і відчай, що погіршує їхню здатність адаптуватися до нового фізичного стану. Психологічний стрес, спричинений постійним болем, може призводити до порушення сну та зниження якості життя. Комплексний підхід, що включає психологічну підтримку, є необхідним для зменшення впливу фантомних болів на психічне здоров'я пацієнтів.

## РОЗДІЛ 2

# ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ПРИ ФАНТОМНИХ БОЛЯХ

### 2.1 Цілі та завдання психологічної підтримки

Цілі та завдання психологічної підтримки спрямовані на забезпечення емоційного, психологічного та соціального благополуччя. В контексті фантомних болів психологічна підтримка є особливо важливою, оскільки цей стан може призводити до значного стресу, тривоги, депресії та інших негативних наслідків для психічного здоров'я. Основні цілі та завдання психологічної підтримки.

Психологічна допомога – це вид допомоги, яку надає кваліфікований психолог людині або групі людей з метою оптимізації психофізіологічних станів, пізнавальних процесів, поведінки, спілкування, реалізації індивідуальної та особливо групової діяльності.

Основною метою психолога, який проводить консультацію, є допомога військовослужбовцю в усвідомленні його проблеми та в пошуку шляхів і способів її якнайскорішого розв'язання.

Дійсною проблемою багатьох військовослужбовців, які звертаються за допомогою до психолога, є те, що вони практично не мають із ким поговорити відверто, розповісти не криючись про все, що їх тривожить і турбує у складних життєвих ситуаціях.

Уже те, що психолог може їх уважно вислухати й зрозуміти, є надзвичайно важливим, і саме по собі сприяє певним позитивним змінам. Крім того, спокійна і вдумлива розмова з фахівцем дає змогу військовослужбовцю довідатися й зрозуміти про себе і про оточуючих багато нового, що може слугувати йому основою для міркувань про себе і людей, сприяє розширенню уявлень.

Ефективність консультаційної роботи психолога багато в чому залежить від того, як він вислуховує військовослужбовця й розширює його уявлення про себе і власну ситуацію.



Для забезпечення результативності та ефективності психологічного консультування психологу слід дотримуватися таких його принципів:

1. Принцип доброзичливого й безоцінного ставлення до військовослужбовця. Передбачає вияв емоційної теплоти й поваги, вміння прийняти військовослужбовця таким, яким він є, не оцінюючи й не засуджуючи його норми і цінності, стиль життя і поведінку.

2. Забезпечення конфіденційності зустрічі. Цей принцип означає, що психолог зберігає у таємниці все, що стосується військовослужбовця, його особистих проблем і життєвих обставин (крім випадків, передбачених законом, про що військовослужбовець попереджається психологом).

3. Принцип добровільності. Військовослужбовець сам звертається до психолога, оскільки суб'єктивно відчуває труднощі у своєму житті та мотивований до сприйняття психологічної допомоги.

4. Принцип професійної вмотивованості консультанта. Означає, що психолог не бере бік жодного з учасників конфлікту, учасником якого може бути військовослужбовець, уникає упередженого ставлення.

5. Принцип відмови психолога від порад чи рецептів. Завданням є посилення відповідальності військовослужбовця за те, що з ним відбувається, спонукання його до активності в аналізі проблем, у пошуку виходу з кризи.

6. Розмежування особистих і професійних відносин. Психолог під час консультації не має права встановлювати з військовослужбовцем будь-які особисті (дружні) стосунки. Консультування передбачає виконання таких основних завдань:

1. Психолог має уважно вислухати військовослужбовця. Максимально терпляче вислуховування військовослужбовця не лише детально інформує психолога про нього та його проблему, а й допомагає військовослужбовцю краще усвідомити свою ситуацію, надає йому полегшення і великою мірою визначає ефективність консультативної роботи.

2. В процесі консультування психолог працює над розширенням уявлень військовослужбовця про себе, свою конкретну життєву ситуацію, про навколишню дійсність. Саме таким шляхом здійснюється корекційний вплив

психолога на військовослужбовця, внаслідок чого останній починає по-новому бачити й оцінювати свою ситуацію, формулює альтернативні варіанти своєї поведінки в ній.

3. Психолог проводить консультацію, і при цьому має на увазі, що його клієнт – здорова людина, яка самостійно відповідає за себе і свої стосунки з оточуючими людьми [1].

Досягти того, щоб сам військовослужбовець узяв на себе відповідальність за те, що з ним відбувається, – основне завдання психолога, оскільки ті, хто звернулися за психологічною консультацією, як правило, звинувачують у своїх життєвих труднощах когось іншого.

Військовослужбовці – учасники бойових дій часто вирізняються характерними особливостями, що виявляються певних психічних станах, процесах, властивостях, поведінці. Це, насамперед, можуть бути підвищена дратівливість, схильність до поганого настрою, нетерплячість, підвищена реактивність, напруженість, ознаки депресії, підвищена стомлюваність, апатичність, тривожність, страх, фобічні реакції, почуття провини, синдром втрати, агресивність, гнів, образа, злість, гіперболізоване відчуття справедливості, а також фіксація на втратах, труднощі з засинанням, нічні кошмари, тремор, неможливість зняти напругу, в тому числі тілесну, постійне відчуття небезпеки тощо.

Зменшення стресу та тривоги. Фантомні болі можуть бути джерелом постійного стресу та тривоги. Мета психологічної підтримки – допомогти знизити ці негативні емоції через релаксаційні техніки, терапевтичні бесіди та інші методи зниження стресу. Покращення емоційного благополуччя. Важливим завданням психологічної підтримки є покращення емоційного стану, зменшення депресивних симптомів і підвищення загального настрою. Це досягається через терапевтичні методи, які сприяють розвитку позитивного мислення та емоційної стабільності.

Підвищення якості життя. Психологічна підтримка повинна допомогти людям з фантомними болями відновити нормальне життя, включаючи фізичну активність, соціальні взаємодії та професійну діяльність. Це передбачає

розробку індивідуалізованих планів для покращення якості життя. Зміцнення соціальної підтримки. Психологічна підтримка спрямована на зміцнення соціальних контактів та взаємин з іншими людьми. Це допомагає зменшити ізоляцію та сприяє відновленню емоційного балансу. Зменшення відчуття самотності. Часто люди, які страждають від фантомних болів, відчують себе самотніми та ізольованими. Психологічна підтримка допомагає подолати це відчуття, надаючи людині відчуття, що вона не одна у своїй боротьбі. Навчання навичкам копінгу. Психологічна підтримка має на меті навчити людей ефективним методам справляння з болем, тривогою та травмою. Це включає розвиток здорових навичок копінгу, які допомагають ефективно керувати фантомними болями. Досягнення цих цілей сприяє комплексному підходу до лікування та забезпеченню психологічного благополуччя для людей з фантомними болями.

Можна зродити висновок, що основною метою психологічної підтримки військовослужбовців з фантомними болями є покращення їхнього психічного здоров'я та якості життя. Завданнями цієї підтримки є зниження рівня тривоги та депресії, розвиток навичок емоційної регуляції та стресостійкості, а також полегшення больових відчуттів через психологічні інтервенції. Важливим аспектом є також підтримка соціальної інтеграції та взаємодії, що допомагає бійцям краще адаптуватися до цивільного життя. Комплексний підхід до психологічної реабілітації сприяє більш ефективному подоланню психологічних та фізичних наслідків травм.

## **2.2. Роль психолога у роботі з бійцями, що страждають від фантомних болів.**

Професійний психолог повинен вміти розпізнавати патологічні прояви в мисленні, емоційній сфері, поведінці, міжособистісних відносинах, щоб не допустити помилки під час інтерпретації індивідуально-психологічних особливостей клієнта і не пропустити психіатричні розлади.

Така позиція, передбачає обізнаність психолога в питаннях феноменології психічних захворювань, а також чітке усвідомлення меж своєї професійної компетенції, а вже їх лікуванням повинен займатися фахівець з медичною освітою. Необхідність правильного розуміння зони своєї компетенції стає особливо актуально, коли мова йде про психічні розлади, коли клієнт стає об'єктом необґрунтованого і недоцільного втручання з несприятливими наслідками не тільки для стану хворого, але і для професійної самооцінки самого психолога.

До психолога ставляться досить високі вимоги: ерудованість, гнучкість мислення, допитливість, відкритість до нових знань, толерантність до невідомого. Ситуація невизначеності, в якій доводиться працювати психологу, часто перевантажує його тривогою і перевіряє на міцність його адаптивні можливості. Уміння справлятися з ситуацією невизначеності і виникаючою стосовно неї тривогою належить до числа професійних навичок психолога. Професійна зрілість психолога означає прийняття ним відповідальності за особистісні потреби, визнання їх існування, розуміння їх динаміки і має на увазі вміння тримати їх відносно ненав'язливими.

Компетенція психолога в роботі з бійцями, які страждають від фантомних болів, включає широкий спектр професійних навичок та знань. Ось деякі ключові аспекти компетенції психолога в цій області:

Знання про фізіологію та психологію болю. Психолог повинен мати глибоке розуміння фізіологічних та психологічних аспектів болю, включаючи механізми сприйняття болю, фактори, що впливають на його інтенсивність та тривалість, а також стратегії управління болем.

Емпатія та співчуття. Психолог повинен виявляти високий рівень емпатії та співчуття до бійців, які переживають фантомний біль, і вміти спілкуватися з ними в теплий та підтримуючий спосіб. Навички консультування та психотерапії.

Психолог повинен мати досвід у проведенні індивідуальних консультацій та психотерапевтичних сесій, включаючи застосування таких підходів, як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), прийняття та зміна підходу (АСТ), діалектично-поведінкова терапія (ДПТ) тощо.

Когнітивна психотерапія – психотерапевтичний метод, спрямований на поліпшення особистісної та соціальної адаптації клієнта через усвідомлення й корекцію неадаптивних розумових схем (переконань). Цей метод є найбільш популярним у світовому професійному співтоваристві, і одним із небагатьох напрямів психотерапії з науково доведеною ефективністю. Він пояснює психологічні проблеми як наслідок некоректного опрацювання інформації, що надходить у мозок.

На сьогоднішній день саме когнітивна психотерапія є високоефективним методом лікування розладів різного типу. Ряд проведених досліджень показали, що когнітивна психотерапія особливо високих результатів досягла в усуненні депресії.

Початок когнітивної терапії пов'язується з діяльністю Джорджа Келлі, який вирішив створити техніки для корекції неадекватних способів мислення. Він пропонував пацієнтам усвідомити свої переконання та перевірити їх. Дж. Келлі був одним із перших психотерапевтів, які намагалися безпосередньо змінювати мислення пацієнтів. Ця мета лежить в основі багатьох сучасних терапевтичних підходів, які об'єднуються поняттям когнітивна терапія.

Як самостійний метод когнітивна психотерапія сформувалася вже пізніше, у 60-ті роки, і являє собою розвиток поведінкової психотерапії, у якій емоційні реакції та психічні розлади розглядаються як опосередковані когнітивними структурами й актуальними когнітивними навичками, набутими в минулому, іншими словами, у якій проміжними змінними виступає думка (когніція).

У наш час когнітивна терапія застосовується в усьому світі як основний чи допоміжний вид терапії багатьох розладів, а саме: obsесивно-компульсивний розлад, посттравматичний стресовий розлад, розлади особистості, рекурентна депресія, хронічний больовий синдром, іпохондричний розлад та шизофренія.

Когнітивна терапія успішно застосовується не тільки в лікуванні психіатричних пацієнтів, але й у роботі з людьми, які відбувають покарання в місцях позбавлення волі, військовими, які втратили кінцівки, та багатьма іншими категоріями населення. Когнітивна терапія ефективна для пацієнтів незалежно від їх походження, рівня освіти й доходів.

Фахівець повинен бути готовий співпрацювати з медичними, психіатричними та іншими професійними командами для забезпечення інтегрованого та комплексного підходу до лікування та підтримки військових. В деяких випадках потрібно підтримати медикаментозно, але ліки призначаються лікарям-психіатром.

Психолог повинен постійно поповнювати свої знання в галузі психології болю, психотерапії, травматичної психології та інших суміжних областях через участь у професійних тренінгах, семінарах та навчальних програмах. Психолог повинен мати навички в роботі з різними соціальними групами та сім'ями бійців, які можуть бути важливими у процесі підтримки та реабілітації.

Ці компетенції допомагають психологові ефективно взаємодіяти з бійцями, які страждають від фантомних болів, та надавати їм необхідну психологічну підтримку та допомогу.

Роль психолога у роботі з бійцями, які страждають від фантомних болів, є багатогранною та надзвичайно важливою. Психологи відіграють ключову роль у забезпеченні комплексної підтримки та допомоги у справлянні з фізичним, емоційним і психологічним дискомфортом, пов'язаним з фантомними болями.

Ось основні аспекти ролі психолога: Оцінка психологічного стану. Психолог проводить первинну оцінку психологічного стану бійця, який страждає від фантомних болів, щоб зрозуміти його проблеми, страхи та емоційні виклики. Це включає виявлення симптомів тривоги, депресії, ПТСР або інших психологічних розладів, які можуть бути пов'язані з фантомними болями.

Психотерапія та консультування. Психолог проводить терапевтичні сесії, щоб допомогти бійцям справлятися з емоційними та психологічними наслідками фантомних болів. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із ключових методів, що використовується для зміни негативних думок і поведінки,

пов'язаних із болем. Також можуть застосовуватися методи терапії, орієнтованої на травму, особливо якщо фантомні болі пов'язані з травматичними подіями.

Навчання методам управління болем. Психолог допомагає бійцям розвивати навички управління болем і стресом. Це може включати техніки релаксації, медитацію, та інші стратегії, що зменшують інтенсивність болю та покращують емоційне благополуччя. Підтримка соціальних взаємин. Психологи заохочують бійців підтримувати соціальні зв'язки та брати участь у групах підтримки. Вони також працюють з сім'ями бійців, щоб забезпечити їхню залученість у процес лікування та підтримку вдома.

Робота з травмою. Якщо фантомні болі пов'язані з травматичними подіями, психологи використовують методи терапії, орієнтованої на травму, для обробки травматичних спогадів і зменшення їхнього впливу. Вони також допомагають бійцям розпізнавати тригери та розробляти стратегії для їхнього подолання. Розробка індивідуалізованих планів лікування. Психолог співпрацює з іншими фахівцями, такими як лікарі, фізіотерапевти та інші члени медичної команди, для створення індивідуалізованих планів лікування. Ці плани враховують унікальні потреби бійця та спрямовані на комплексне відновлення. Психоедукція та підтримка. Психологи надають інформацію про фантомні болі, їхні причини та способи лікування, щоб допомогти бійцям краще зрозуміти свій стан та навчитися з ним справлятися. Вони також сприяють розвитку навичок копінгю та інших методів самодопомоги.

Загалом, роль психолога у роботі з бійцями, що страждають від фантомних болів, включає комплексний підхід до забезпечення емоційної та психологічної підтримки, що допомагає зменшити негативний вплив фантомних болів та покращити якість життя бійців.

Характер, динаміка, своєрідність міжособистісних відносин клієнта і психолога, а також особисті якості психолога, відіграють визначальну роль у динаміці й дієвості психологічної допомоги. Найбільш складний і визначальний етап консультаційної взаємодії психолога з військовослужбовцем – встановлення психологічного контакту й довіри. Складність встановлення відносин з військовослужбовцем полягає в необхідності врахування певних

особливостей. Так, військовослужбовці в ситуації спілкування керуються правилами поведінки в бою. Питання довіри для них є дуже важливим. Щоб вижити в зоні бойових дій, військовослужбовець мав навчитися нікому не довіряти: краще вважати всіх ворогами, доки переконаєшся в протилежному.

Зважаючи на це, встановлення рапорту, заохочення клієнта до розповіді про свої проблеми та про себе, зниження опору може потребувати більше часу. Але вже перша зустріч, перша бесіда психолога з військовослужбовцем може виявитися вирішальною. Важливо вирішити задачу «полегшення» процесу комунікації. Не варто «тиснути» на військовослужбовця, намагаючись об'єктивувати його почуття в тих чи інших обставинах. Для військовослужбовця одним із найважливіших критеріїв оцінки роботи психолога чи психотерапевта стане відповідь на питання – «Чи відчув я полегшення після першої розмови?» [9].

Таким, чином психолог відіграє ключову роль у наданні комплексної підтримки військовослужбовцям, що страждають від фантомних болів, допомагаючи їм адаптуватися до нових фізичних та психологічних умов. Він проводить оцінку психічного стану пацієнта, виявляючи наявність тривоги, депресії або інших емоційних розладів, та розробляє індивідуальні плани терапії. Психолог також навчає бійців технікам релаксації, емоційної регуляції та стратегіям подолання болю, що сприяє зниженню стресу та покращенню якості життя. Крім того, психолог забезпечує емоційну підтримку, допомагає розвивати соціальні зв'язки та сприяє інтеграції ветеранів у цивільне життя.

### **2.3. Методи психологічної підтримки**

Основне завдання психолога – допомогти клієнту усвідомити можливість трансформації його кризового стану, побачити нові перспективи і можливості повернення до нормального життя. Перш за все психолог інформує клієнта про необхідність дотримання психологічної гігієни, пропонує змінити його установку по відношенню до інших людей: навчає відокремлювати особистість від поведінки. Психолог допомагає клієнту виразити свої відчуття, поглянути на



ситуацію з боку, завершити незавершене, знайти опору в собі. На наступній стадії йде робота над усвідомленням причин появи кризи і прийняттям відповідальності за свій стан самим пацієнтом. У результаті пацієнт приходить до розуміння того, що відбувається і до усвідомлення завершення кризи. Слабшає страх перед майбутнім. Таким чином, психотерапевт допомагає клієнтові трансформувати, змінити свій стан, навчитися не бути жертвою. Завершальна стадія роботи – це «кристалізація ідеї майбутнього», обговорення нових можливостей і нових дій, прийняття відповідальності за майбутні зміни, психологічна підтримка нових дій пацієнта. При роботі з ветеранами бойових дій добре зарекомендували себе такі напрями психотерапії, як гештальт-терапія, родинна терапія, нейро-лінгвістичне програмування, символдрама (кататимно-імагінативна психотерапія), метод EMDR десенсибілізації і перетворення рухами очей і ряд інших.

У загальному вигляді модель психологічної реабілітації містить наступні послідовні кроки:

1. Взаємна адаптація психолога та пацієнта.
2. Навчання пацієнта методам саморегуляції.
3. Катарсичний етап (повторне переживання).
4. Обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій).
5. Апробація нових способів поведінки через гру.
6. Визначення життєвих перспектив.

Методи психологічної підтримки при фантомних болях включають різноманітні терапевтичні підходи, техніки управління болем, та засоби зниження стресу. Вони використовуються для поліпшення психологічного благополуччя, зменшення болю та підвищення якості життя. Розглянемо основні методи психологічної підтримки:

**Психоедукація.** Метод психоосвіти включає інформування пацієнтів про природу фантомних болів, їхні причини та можливі методи лікування. Психоедукація допомагає пацієнтам краще розуміти свій стан і відчувати більше контролю над ним.

Терапія, орієнтована на травму. Цей метод використовується, коли фантомний біль пов'язаний з травматичними подіями, такими як бойові дії або нещасні випадки. Терапія, орієнтована на травму, допомагає пацієнтам обробляти травматичні спогади і зменшувати їхній вплив. Методи, такі як експозиційна терапія або EMDR (десенсибілізація і повторна обробка рухами очей), є ефективними в таких випадках [22].

Розглянемо метод EMDR – це психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей. Винайшла його Френсін Шапіро, далі проводились дослідження і метод удосконалювався. Наразі це один із дієвих способів подолання і опрацювання травми і як наслідок зниження симптомів ПТСР. Цей метод допомагає мозку опрацювати інформацію, яка пов'язана з травматичною подією. Змінити негативне переконання на позитивне. Завдяки цьому методу у пацієнта покращується настрій, зникає тривога, перестають снитися кошмари.

Військовослужбовці стикаються з унікальними труднощами та стресовими ситуаціями, що можуть залишити глибокий слід на їхній психіці та емоційному стані. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), тривожність, депресія та інші проблеми психічного здоров'я є поширеними серед ветеранів та активних військовослужбовців. Арт-терапія виявляється дієвим інструментом для зняття стресу та сприяння відновленню психологічного благополуччя цих людей.

У процесі арт-терапії військовослужбовці отримують можливість самовиразити свої почуття, думки та досвід у безпечному та некритичному середовищі. Мистецька творчість дозволяє їм відсторонитися від тривожних та болючих спогадів, зосередитися на творчому процесі та знайти нові способи сприйняття та вираження своїх емоцій. Це особливо корисно для тих, хто має труднощі зі словесним виразом або відчуває сором з прямим висловленням своїх почуттів.

У арт-терапії військовослужбовці можуть використовувати різні форми мистецтва, такі як живопис, малювання, ліплення, колажі тощо. Цей процес дозволяє їм відкрити нові способи сприйняття свого досвіду та переживань. Важливо зазначити, що в арт-терапії сам процес творчості має значно більше значення, ніж кінцевий результат. Вільне вираження емоцій та відчуттів через

мистецтво допомагає військовослужбовцям знайти внутрішню рівновагу та гармонію.

Крім того, арт-терапія сприяє розвитку творчих та рефлексивних навичок у військовослужбовців. Вони навчаються визначати свої емоції, розуміти їх корінь та вплив на їхні життя. Це дає змогу покращити самопізнання та саморегуляцію, що в свою чергу сприяє ефективній адаптації до стресових ситуацій та підвищує загальний рівень психологічної стійкості.

Арт-терапія також допомагає військовослужбовцям побудувати взаємодію та спілкування з іншими учасниками групи. В процесі творчої роботи над спільними проектами вони вчаться слухати один одного, співпрацювати та виражати свої ідеї. Це сприяє формуванню підтримуючого соціального середовища, яке може бути важливим фактором у подоланні травм та стресу.

У підсумку, арт-терапія виявляється надзвичайно цінним інструментом у роботі з військовослужбовцями для подолання стресу та травм, пов'язаних з їх професійною діяльністю. Вона дозволяє їм відновити психологічне благополуччя, знайти нові шляхи самовираження та виразити свої емоції без слів. Арт-терапія стимулює творчий потенціал військовослужбовців, допомагає їм відкрити нові горизонти самопізнання та побудувати підтримуючі взаємини з іншими учасниками групи.

Подолання стресу та травм у військовослужбовців - це важлива проблема, і арт-терапія дарує їм можливість знайти внутрішню силу та відновити гармонію у своєму житті. Вона відкриває двері до внутрішнього світу, де військовослужбовці можуть знайти вираз для своїх емоцій та почуттів. Завдяки арт-терапії вони можуть зазнати терапевтичного ефекту та знову стати міцними та стійкими, готовими до нових викликів, які вони зустрінуть у своєму професійному житті [20].

Групи підтримки. Участь у групах підтримки допомагає пацієнтам спілкуватися з іншими людьми, які мають схожі проблеми. Це зменшує відчуття ізоляції та сприяє емоційній підтримці. Групи підтримки також надають можливість ділитися досвідом і отримувати поради від інших.

Навчання навичкам копіngu. Психологічна підтримка також включає навчання пацієнтів ефективним стратегіям управління стресом і болем. Це може включати розвиток здорових звичок, технік релаксації, і методів самопомоги, які допомагають зменшити негативний вплив фантомних болів.

Методи релаксації. Релаксаційні техніки, такі як глибоке дихання, медитація, прогресивна м'язова релаксація, можуть допомогти зменшити напругу та покращити психологічний стан. Вони знижують рівень стресу і тривоги, що може допомогти в зменшенні інтенсивності фантомного болю.

Робота з сім'єю та близькими. Цей метод передбачає залучення сім'ї та близьких до процесу лікування. Робота з сім'єю допомагає забезпечити підтримуюче середовище вдома та знизити відчуття самотності. Психологи можуть навчати членів сім'ї способам допомоги пацієнту, які сприяють зменшенню стресу та поліпшенню якості життя.

Медикаментозна підтримка (спільно з лікарями). У деяких випадках психологи співпрацюють з лікарями для розробки медикаментозних планів лікування, що допомагають зменшити симптоми депресії, тривоги або хронічного болю. Це може бути частиною комплексного підходу до лікування фантомних болів.

Ці методи психологічної підтримки можуть бути використані окремо або в поєднанні, залежно від потреб пацієнта. Комплексний підхід, що враховує фізичні, емоційні та соціальні аспекти, зазвичай є найбільш ефективним у лікуванні фантомних болів.

## РОЗДІЛ 3

### ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ БІЙЦІВ ЗСУ З ФАНТОМНИМИ БОЛЯМИ

#### 3.1. Етапи психологічної реабілітації

Психологічна реабілітація включає кілька етапів, які спрямовані на відновлення психологічного благополуччя та адаптацію до нових життєвих обставин після травматичного досвіду. Ось загальний огляд етапів психологічної реабілітації:

Перший етап - оцінка психологічного стану та діагностика проблем. Психолог або травматолог проводять спеціалізовані оцінки, щоб зрозуміти ментальні та емоційні наслідки травми або іншої психологічної проблеми.

Оцінка та діагностика в рамках психологічної реабілітації бійців з фантомними болями є критичним етапом, що дозволяє зрозуміти їхні психічні та емоційні потреби. Вона включає в себе ряд процедур і інструментів для отримання повного обсягу інформації про стан особи та фактори, що впливають на її психологічне благополуччя. Ось деякі елементи цього етапу:

**Клінічне спостереження.** Психолог проводить спостереження за поведінкою, мовленням та емоціями бійця під час інтерв'ю та спілкування. Це дозволяє отримати перше уявлення про можливі проблеми та потреби особи. Проводиться інтерв'ю з бійцем для вивчення його історії, досвіду травми, симптомів, психічного стану та функціонування в повсякденному житті. **Психологічні тести та шкали:** Використовуються стандартизовані інструменти для оцінки психічного стану, такі як шкали тривоги та депресії, а також тестування на наявність симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психічних порушень.

**Анамнез.** Отримання детальної інформації про історію бійця, його психологічні та медичні аспекти, включаючи попередні травми, лікування та психічні стани. Співробітництво з іншими фахівцями має дуже важливий вплив.

Психолог співпрацює з лікарями, фізіотерапевтами, психіатрами та іншими медичними та психологічними фахівцями для отримання повного обсягу інформації та розробки індивідуального плану реабілітації.

Планування інтервенцій у психологічній реабілітації бійців з фантомними болями полягає в розробці індивідуального підходу для кожної особи, враховуючи її потреби, ресурси та конкретні обставини. Ось деякі ключові аспекти планування інтервенцій. Визначення конкретних цілей, врахування поточних проблем та обмежень особи. Формулювання конкретних та досяжних цілей, що можуть бути виміряні. Врахування індивідуальних потреб та уподобань особи. Використання ефективних методик, таких як когнітивно-поведінкова терапія, психодинамічна терапія, техніки майндфулнес тощо.

Розробка індивідуальних стратегій. Вивчення та розвиток унікальних стратегій управління болем та стресом. Розробка плану копінгу для використання в стресових ситуаціях. Підтримка для розвитку соціальних навичок. Тренування навичок спілкування та взаємодії з іншими. Розвиток навичок емпатії та сприйняття соціальної підтримки. Впровадження технік самокерування. Навчання методик релаксації, медитації та інших прийомів для саморегуляції. Розвиток внутрішньої підтримки та самопрощення.

Дуже важливо це створення безпечного середовища з врахування потенційних тригерів та факторів ризику. Розробка стратегій для запобігання рецидивів та підтримки навколишнього середовища.

Оцінка та корекція плану, постійне відстеження прогресу та адаптація плану відповідно до потреб особи. Зміна стратегій у випадку невдач.

Імплементация інтервенцій в рамках психологічної реабілітації бійців з фантомними болями включає реалізацію запланованих заходів і стратегій, спрямованих на покращення їхнього психічного та фізичного стану. Це ключовий етап, який вимагає ретельного підходу та координації з іншими спеціалістами. Це індивідуальна психотерапія, когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) допомагає пацієнтам змінювати негативні мисленнєві патерни та поведінкові реакції на біль. Терапія прийняття та зобов'язання (АСТ) спрямована на прийняття болю та інших негативних емоцій, з одночасною орієнтацією на

особисті цінності та цілі. Психодинамічна терапія досліджує несвідомі процеси та конфлікти, що можуть впливати на сприйняття болю.

Групова терапія, групи підтримки забезпечують платформу для обміну досвідом та емоційною підтримкою серед бійців з подібними проблемами. Терапевтичні групи, які використовують терапевтичні техніки для поліпшення психічного стану учасників. Техніки релаксації та міндфулнес, медитація та йога Навчання практикам, що допомагають зменшити стрес і покращити контроль над болем. Дихальні вправи, техніки глибокого дихання для зниження напруження та поліпшення самопочуття. Розвиток навичок самоконтролю для управління болем та емоціями.

Моніторинг і оцінка є важливими складовими процесу психологічної реабілітації, що дозволяють відстежувати прогрес пацієнтів, оцінювати ефективність інтервенцій та вносити необхідні корективи для досягнення оптимальних результатів. Ось детальний огляд цього етапу, регулярні оцінки стану пацієнта, планові зустрічі, організація регулярних зустрічей з пацієнтом для обговорення його стану, прогресу та будь-яких проблем, що виникають. Стандартизовані опитувальники та шкали, використання спеціальних інструментів, таких як шкали депресії (BDI, HADS), тривоги (GAD-7), [Додаток А] ПТСР (PCL-5) (Додаток Б) та інших, для об'єктивної оцінки психічного стану пацієнта. Розробка анкет для збору зворотного зв'язку щодо різних аспектів терапії, включаючи ефективність, комфорт, взаємодію з терапевтом тощо.

Оцінка ефективності інтервенцій, аналіз результатів для визначення ефективності застосованих методів та необхідності їх корекції.

Внесення змін до терапевтичного плану відповідно до індивідуальних потреб і реакцій пацієнта. Консультації з іншими фахівцями, регулярні зустрічі та обговорення з лікарями, фізіотерапевтами, психіатрами та іншими фахівцями для комплексної оцінки стану пацієнта та корекції лікування. Мотиваційна підтримка, надання емоційної підтримки та мотивації для пацієнта, особливо у випадках, коли прогрес є повільним або виникають труднощі.

Моніторинг і оцінка є ключовими для забезпечення ефективності психологічної реабілітації бійців з фантомними болями. Вони дозволяють вчасно виявляти проблеми, оцінювати прогрес і коригувати терапію для досягнення найкращих результатів у відновленні психічного здоров'я та якості життя пацієнтів.

Переорієнтація та підтримка є заключними, але не менш важливими етапами психологічної реабілітації бійців з фантомними болями. Ці етапи допомагають бійцям інтегрувати нові навички та стратегії в повсякденне життя, забезпечуючи довготривалий успіх у відновленні та адаптації. Детальний огляд цих етапів:

#### 1. Підготовка до завершення терапії:

-Формування плану завершення: Розробка чіткого плану завершення терапії, який включає поступове зменшення частоти сеансів та підготовку пацієнта до самостійного управління своїм станом.

-Обговорення очікувань: Обговорення з пацієнтом його очікувань та побоювань щодо завершення терапії, що допоможе уникнути можливих труднощів у майбутньому.

2.Самомоніторинг: Навчання пацієнтів веденню щоденників або журналів для відстеження своїх емоцій, рівня болю та стресу, що допомагає вчасно виявляти та вирішувати проблеми.

#### 3.Соціальна та професійна інтеграція:

-Повернення до активного життя: Сприяння пацієнтам у поверненні до активного соціального життя, включаючи роботу, навчання та участь у громадських заходах.

-Професійна реабілітація: Допомога в адаптації до нових професійних умов або перепідготовка для нових видів діяльності, що враховують фізичні обмеження пацієнта.

#### 4. Підтримка з боку сім'ї та близьких:

-Сімейна терапія: Залучення членів сім'ї до терапевтичного процесу, навчання їх підтримувати пацієнта та розуміти його потреби.



-Соціальна мережа: Сприяння створенню або зміцненню соціальної мережі підтримки, що включає друзів, родину та інші важливі зв'язки.

#### 5. Підтримуюча терапія:

-Періодичні сеанси підтримки: Продовження періодичних зустрічей з терапевтом навіть після завершення основного курсу реабілітації для підтримки досягнутих результатів та вирішення нових проблем.

-Доступ до ресурсів: Забезпечення пацієнтів інформацією про доступні ресурси та підтримку, такі як групи самопомоги, онлайн-ресурси та кризові лінії.

#### 6. Профілактика рецидивів:

-Розробка плану дій: Розробка плану дій у випадку виникнення рецидиву або загострення симптомів, що включає контактну інформацію для термінової допомоги.

-Навчання стратегіям попередження: Навчання пацієнтів стратегіям попередження рецидивів, включаючи виявлення тригерів та вчасне реагування на них.

#### 7. Підвищення якості життя:

-Збалансований спосіб життя: Заохочення пацієнтів до ведення здорового способу життя, що включає фізичну активність, правильне харчування та достатній відпочинок.

-Хобі та інтереси: Підтримка у розвитку хобі та інтересів, що можуть покращити емоційний стан та якість життя.

Ці процедури допомагають зрозуміти основні проблеми та потреби бійця з фантомними болями, що стане основою для розробки ефективного та індивідуалізованого плану психологічної реабілітації.

Таким, чином можна зробити висновок психологічна реабілітація починається з оцінки та діагностики, де визначаються специфічні потреби та стан військовослужбовця. Наступним етапом є планування інтервенції, що включає розробку індивідуального плану терапії, який враховує всі аспекти психічного та фізичного здоров'я. Імплементация інтервенцій передбачає застосування різних методів терапії, таких як КПТ, релаксація, та групова

терапія. Завершальними етапами є моніторинг прогресу та переорієнтація, де оцінюються результати лікування та надається підтримка для тривалої адаптації та інтеграції у суспільство.

### **3.2. Програма психологічного супроводу військовослужбовців з фантомними болями**

Створення програми психологічного супроводу військовослужбовців з фантомними болями на 10 сесій передбачає інтеграцію різноманітних терапевтичних підходів, спрямованих на полегшення болю, зниження рівня тривоги і депресії, покращення якості життя та розвиток навичок самоуправління (Додаток В). Ось детальний план програми:

Програма складається з 10 сесій.

Тривалість – 60 хв.

Частота занять – 2 рази на тиждень, протягом 1 місяця.

Учасники: військові, які отримали бойові поранення.

Мета програми: Встановлення довірливих стосунків з пацієнтом; проведення первинної оцінки психічного стану та рівня болю; визначення очікувань та цілей пацієнта.

Завдання:

1. Полегшення фантомних болів: Зниження інтенсивності та частоти фантомних болів. Вивчення та впровадження методів управління болем.

2. Покращення психічного стану: Зниження рівня тривоги та депресії. Покращення емоційної стабільності та здатності до саморегуляції.

3. Підвищення якості життя: Підвищення рівня функціонування у повсякденному житті. Відновлення соціальних зв'язків та участі у громадському житті.

Форма роботи: індивідуальна.

Критерії ефективності програми

Для оцінки ефективності програми психологічного супроводу військовослужбовців з фантомними болями важливо визначити конкретні критерії, які дозволять виміряти зміни в стані пацієнтів та загальний вплив програми:

1. Зниження інтенсивності та частоти фантомних болів
2. Поліпшення психічного стану. Зниження рівня тривоги та депресії:

Оцінка за допомогою стандартизованих шкал

3. Зменшення симптомів ПТСР: Використання шкал, таких як для (PHQ-9, GAD-7, PCL-5) оцінки змін у симптомах ПТСР. [Додаток Б].

Причини створення програми психологічного супроводу військовослужбовців з фантомними болями:

1. Висока поширеність фантомних болів серед ветеранів та військовослужбовців. Статистична реальність, фантомні болі є поширеною проблемою серед військових, які втратили кінцівки або зазнали важких травм під час бойових дій. За різними оцінками, від 50% до 80% ампутантів стикаються з фантомними болями. Зростаюча кількість постраждалих. Військові конфлікти, такі як війна в Україні, призводять до зростання кількості ветеранів з ампутаціями та іншими серйозними травмами, що збільшує поширеність фантомних болів.

2. Вплив фантомних болів на якість життя:

-Фізичне страждання, фантомні болі можуть бути надзвичайно інтенсивними та постійними, що значно ускладнює повсякденне життя постраждалих.

-Психічні проблеми, фантомні болі часто супроводжуються психічними розладами, такими як тривога, депресія та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

3. Ефективність психологічних інтервенцій:

-Науково обґрунтовані методики, існують ефективні психологічні методики, такі як когнітивно-поведінкова терапія, майндфулнес та релаксаційні техніки, які можуть значно зменшити інтенсивність фантомних болів та покращити психічний стан пацієнтів.

-Доказова база, дослідження показують, що комплексна психологічна підтримка може покращити якість життя та функціональність пацієнтів з фантомними болями.

#### 4. Підтримка реінтеграції військовослужбовців у цивільне життя:

-Соціальна адаптація, повернення до цивільного життя для військовослужбовців з фантомними болями часто є складним завданням. Психологічна підтримка допомагає полегшити цей процес.

-Покращення соціальних навичок, програма сприяє відновленню та зміцненню соціальних зв'язків, що є важливим для успішної реінтеграції в суспільство.

#### Структура психологічної програми

Програма складається з 10 сесій, на першій зустрічі відбувається становлення довірчих відносин між пацієнтом та психологом. Отримання комплексної інформації про стан пацієнта. Формулювання попереднього плану терапії, який відповідає потребам пацієнта. Підвищення мотивації пацієнта до участі у програмі. На другій зустрічі пацієнт отримує зрозумілу та чітку інформацію про фантомні болі. Зниження тривожності пацієнта щодо природи та причин фантомних болів. Підвищення обізнаності пацієнта про можливі методи лікування та управління болем. Пацієнт відчуває підтримку та впевненість у можливості контролювати свій стан.

Пацієнт ознайомиться з основними техніками релаксації та майндфулнес, самостійно виконувати базові техніки релаксації та майндфулнес, відчуває зниження рівня стресу та покращення емоційного стану після виконання вправ. Підвищується мотивація до регулярної практики релаксаційних та майндфулнес-технік.

Протягом наступних сесій є мета навчити пацієнта переформулювати негативні мисленнєві патерни у позитивні. Розвинути навички самостійного створення позитивних думок та переконань. Підвищити здатність пацієнта керувати емоціями та знижувати рівень стресу. Ознайомити пацієнта з концепціями емоційної регуляції та управління стресом. Навчити пацієнта

розпізнавати та керувати своїми емоціями. Розвинути навички ефективного управління стресом для поліпшення психологічного та фізичного стану пацієнта.

Завданням сесії підкреслити важливість соціальної підтримки у процесі психологічної реабілітації. Допомогти пацієнту розвинути навички ефективної взаємодії з оточенням. Розглянути стратегії залучення та утримання соціальної підтримки.

Ця програма спрямована на комплексне вирішення проблем, пов'язаних з фантомними болями, і допомагає військовослужбовцям повернутися до активного та повноцінного життя.

## ВИСНОВКИ

Згідно з проведеним дослідженням фантомного болю, як психологічного феномену та особливостей надання психологічної допомоги військовослужбовцям Збройних Сил України з даним станом дозволило підтвердити гіпотезу про ефективність комплексної психологічної підтримки. Цей підхід включає когнітивно-поведінкову терапію, техніки релаксації та майндфулнес, емоційну регуляцію та соціальну підтримку, які разом сприяють зниженню рівня фантомних болів, покращенню психічного стану та підвищенню якості життя військових.

У ході даного дослідження було обґрунтовано особливості психологічної підтримки бійців Збройних Сил України (ЗСУ), які зазнають фантомних болів. Фантомний біль, як складний психологічний феномен, вимагає ретельного розуміння не лише з медичної, але й з психологічної точки зору. Було визначено, що ефективна реабілітація таких пацієнтів вимагає інтеграції різних підходів та методик, які враховують індивідуальні потреби кожного бійця.

У рамках роботи використовувалися теоретичний аналіз сучасного стану проблеми, систематизація та узагальнення наукової літератури, а також емпіричні методи, такі як тестування за психодіагностичними методиками. Це дозволило обґрунтувати особливості психологічної підтримки бійців ЗСУ, виявити найбільш ефективні методики та підходи до їх психологічної реабілітації.

Аналіз теоретичних аспектів фантомного болю показав, що цей феномен має значний вплив на психоемоційний стан пацієнтів і може призводити до серйозних психологічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія та тривожні стани. Вивчення наявних методик надання психологічної допомоги дозволило виявити, що найефективнішими є ті підходи, які поєднують когнітивно-поведінкову терапію, методи релаксації, а також новітні технології, такі як віртуальна реальність та дзеркальна терапія.

Виявлено необхідність індивідуального підходу до кожного пацієнта, враховуючи його психологічні та фізіологічні особливості. Було визначено, що

для бійців ЗСУ, які зазнають фантомних болів, важливо створити підтримуюче середовище, де вони можуть отримати не лише медичну, але й комплексну психологічну допомогу.

На основі проведеного аналізу розроблено програму психологічного супроводу для психологів, які працюють з цією категорією пацієнтів. Запропоновано проведення спеціалізованих тренінгів та семінарів для підвищення кваліфікації фахівців, що дозволить забезпечити більш ефективну реабілітацію бійців ЗСУ з фантомними болями.

Таким чином, дане дослідження зробило вагомий внесок у розуміння та вдосконалення процесу надання психологічної підтримки бійцям, які зазнають фантомних болів. Впровадження отриманих результатів у практику дозволить значно покращити якість життя цих пацієнтів та сприятиме їх успішній інтеграції у суспільство після травматичного досвіду.

Наукова новизна полягає у впровадженні комплексного підходу до психологічної підтримки військовослужбовців з фантомними болями, що включає не лише традиційні методи лікування, а й інноваційні стратегії, спрямовані на покращення психічного стану та якості життя цієї цільової групи. Використання інтегративного підходу, який об'єднує різноманітні методи та техніки з різних галузей психології, медицини та реабілітації, є новаторським у контексті досліджень психологічної підтримки військових з фантомними болями.

Результати дослідження можуть бути застосовані для розробки програм психологічної реабілітації для військовослужбовців, удосконалення методів та стратегій психологічної підтримки в контексті фантомних болів. Вони також можуть служити основою для формулювання політики та програм допомоги ветеранам і військовослужбовцям, які страждають від таких станів. Крім того, результати мають потенціал для подальших досліджень у цій галузі та впровадження нових підходів у клінічну практику, що забезпечить поліпшення якості життя цієї цільової групи.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України: методичні рекомендації / Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н.А. Агаєв, О.Г. Скрипкін, А.Б. Дейко, В.В. Поливанюк, О.В. Еверт. Київ: НДЦ ГП ЗС України, 2016. 147 с.
2. Болтоносів, С.В. Особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України, що вживають алкоголь. *Архів психіатрії*. Том 24, № 2, 2018. С. 77–80.
3. Гапонов, К.Д. Особливості аддиктивних і афективних станів, асоційованих з розладами, пов'язаними із вживанням алкоголю, у хворих з різним рівнем психосоціального стресу. *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*, № 1. 2019. С. 40–52.
4. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору. Львів: Видавництва Старого Лева, 2015. 416 с.
5. Гостра реакція на стрес. Сучасна діагностика і лікування в психіатрії. Довідник Бібліотека «Здоров'я в Україні». URL: <http://www.dovidnyk.org/dir/25/136/1432.html>.
6. Дьоміна О.О. Клініко-психологічні особливості суїцидальної поведінки при гострій реакції на стрес. *Український вісник психоневрології*. Т. 10. 2002.
7. Євсюков О. П., Куфлієвський А. С., Лебедєв Д. В. та ін. Екстремальна психологія : підручник / за ред. О. В. Тімченка. Київ: ТОВ «Август Трейд», 2007. 502 с.
8. Кожина А.М. та ін. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. *Український вісник психоневрології*. 2015. Том 23. Вип. 2, № 83. С. 109



9. Кокурн О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Олійник В.О., Хоружий С.М., Ларіонов С.О., Сириця М.В. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ: 7БЦ, 2023. 175 с.

10. Кісарчук З.Г., Омельченко Я.М. Специфіка перебігу кризових станів, психотравми та посттравматичного стрессового розладу у дітей. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях: методи і техніки: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, І.М. Біла, Г.П. Лазос; за ред. З.Г. Кісарчук. Київ, 2016. 21 с..

11. Лесков В. О., Грязнов І. О. Сутність і причини виникнення нервовопсихічних розладів у військовослужбовців після проходження служби в умовах бойових дій. *Збірник наукових праць інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України*. Київ, 2006. Т. VIII. Вип. 3. С. 91–97.

12. Лазос Г.П. Психотерапія постраждалих внаслідок тортур: огляд сучасних досліджень та психотерапевтичних моделей. *Актуальні проблеми психології*. Том.3.: Консультативна психологія і психотерапія. Вип. 13. Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України; Вінниця: ФОП Рогальська І.О, 2017. С. 8–46.

13. Матяш М.М., Худенко Л.І. Український синдром: особливості посттравматичного стрессового розладу в учасників антитерористичної операції. *Український медичний часопис: актуальні питання клінічної практики*. № 6 (104) – XI/XII 2014 р. URL: <http://www.umj.com.ua/article/81802/ukrainskij-sindrom-osoblivosti-posttravmatichnogostresovogo-rozladu-v-uchasnikiv-antiteroristichnoi-operacii>

14. Манойленко, Т. С., Дорохіна, А. М., Циж, О. В., Ревенько, І. Л. та ін.. Стан здоров'я народу України та медичної допомоги третинного рівня: посібник.. Київ: Державна установа «Національний науковий центр «Інститут кардіології імені академіка М. Д. Стражеска». 2019.

15. МКХ 10 – Міжнародна класифікація хвороби 10-го перегляду. URL: <http://mkb-10.com/index.php?pid=4257>.

16. Мінко О.І. Алкогольна поведінка та її наслідки у ветеранів АТО і цивільного населення, постраждалого від гібридної війни / О.І. Мінко, І.В. Лінський, О.В. Бараненко. *Український вісник психоневрології*. Т. 25, вип. 1. 2017. 190 с.

17. Мюллер М. Якщо ви пережили психотравмуючу подію. Львів: Видавництво Українського католицького університету: Свічадо, 2014. 120 с.

18. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос, Л.І. Литвиненко, Л.Г. Царенко. Київ: ТОВ «Видавництво «Логос». 207 с.

19. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій: зб. статей Ін-т соціальної та політичної психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально- психологічний методичний реабілітаційний центр. Київ: Міленіум, 2015. 150 с.

20. Сабліна Н. АРТ-терапія у роботі з військовими та їх родинами. 2023.

21. Романчук О.І. Психотравма та спричинені нею розлади: прояви, наслідки й сучасні підходи до терапії. *NeuroNews*, 2012. С. 30–37.

22. Ф.Шапіро. Психотерапія емоційних травм за допомогою рухів очей (EMDR), 2018

23. Фрідман М. Дж. ПТСР – історія та загальний огляд М.Дж. Фрідман Публікація центру ПТСР Міністерства у справах ветеранів США. Переклад з англійської, 2016.

24. Юр'єва Л.М. та ін. Невротичні, соматоформні розлади та стрес. Дніпропетровськ, 2005. 96

25. Bushnell, M. C., Секо, М., Low, L. A. (2013). Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. *Nature Reviews Neuroscience*, Vol. 14, no. 7, 502–511.

27 Halligan, P. W. Phantom limbs: The body inmind. *Cognitive Neuropsychiatry*. 7 (3). С. 251-269. 2002. DOI:10.1080/13546800244000111. PMID 16571541.

28. Фантомна кінцівка і дзеркальна бокс-терапія. Психологія, філософія і роздуми про життя. URL: <https://ua.sainte-anastasie.org/articles/psicologa/el-miembro-fantasma-y-la-terapia-de-la-caja-espejo.html>

29. The scale of potential effects of climate change on neurological diseases is likely to be substantial. *The Lancet Neurology*. Volume 23, N 6. 2024. P. 545-648. URL: <https://www.thelancet.com/journals/laneur/home>

30. Flor, H., Elbert, T., Knecht, S., et al.. Phantom-limb pain as a perceptual correlate of cortical reorganization following arm amputation. *Nature*. 375(6531). 1995. P. 482–484. DOI: <https://doi.org/10.1038/375482a0>

31. Khmiliar O.(2020). The Diagnostics and Correction of the Mental States of the Serviceman, Who Are Experiencing Phantom Pains. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. No 1 (54). С. 179–185. DOI: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2020-54-1-179-185>.

33. Grinker R., Spiegel J. Men Under Stress. *Philadelphia*, 1945. P. 86–106.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## БАЗОВА ПСИХОЛОГІЧНА ОЦІНКА ІАРТ

Дата:

Ім'я:

Протягом останніх двох тижнів (або іншого узгодженого час) як часто вас турбували будь-які з наступних проблем?

<b>PHQ-9</b>		ніколи	кілька днів	більше половини часу	майже щодня
1	Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ	0	1	2	3
2	Поганий настрій, пригнічення чи безнадія	0	1	2	3
3	Труднощі із засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість	0	1	2	3
4	Відчуття втоми або зниження енергії	0	1	2	3
5	Поганий апетит або переїдання	0	1	2	3
6	Негативне відчуття щодо себе – що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину	0	1	2	3
7	Труднощі із концентрацією уваги, наприклад, під час читання новин або перегляду телевізора	0	1	2	3
8	Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна вам метушливість та активність	0	1	2	3
9	Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду	0	1	2	3
					Кількість балів =
<b>GAD-7</b>		ніколи	кілька днів	більше половини часу	майже щодня
1	Роздратованість, хвилювання або відчуття, що ви на «межі»	0	1	2	3
2	Постійне хвилювання, «переживання», яке ви не в змозі зупинити чи контролювати	0	1	2	3
3	Надмірні переживання за різні справи	0	1	2	3
4	Важко розслабитись	0	1	2	3
5	Ви настільки неспокійні, що навіть важко всідіти на одному місці	0	1	2	3
6	Підвищена дратівливість	0	1	2	3
7	Страх, ніби має статись щось жахливе	0	1	2	3
					Кількість балів =

## Інтерпретація PHQ-9

Кількість балів	Тяжкість депресії	Рекомендації
0-4	відсутня	
5-9	мінімальна, «м'яка»	Спостереження, повтор методики в динаміці
10-14	помірна	Психологічне консультування, подальше спостереження і/або фармакотерапія
15-19	середня	Активне лікування за допомогою фармакотерапії і/або психотерапії
20-27	важка	Негайний початок фармакотерапії. В разі поганої відповіді на лікування, прискорене направлення до психіатра і/або спільного лікування

## Інтерпретація GAD-7

Кількість балів	Тяжкість ГТР	Рекомендації
0-4	відсутня/мінімальна	
5-7	мінімальна, «м'яка»	Спостереження, повтор методики в динаміці
8-9	помірна	Спостереження, повторення GAD-7 через 4 тижні
10-14	середня	Клінічно значущі симптоми, подальше обстеження і/або направлення до спеціаліста з психічного здоров'я
15-21	важка	Обстеження психічного стану, активне лікування, моніторинг ефективності, повтор методики в динаміці

## ПЕРВИННИЙ СКРИНІНГ ПТСР

Ім'я: \_\_\_\_\_ Дата обстеження: \_\_\_\_\_

Нижче перераховані проблеми, з якими інколи стикаються люди, які пережили сильну стресову подію. Тримаючи в голові найгіршу подію, прочитайте кожну проблему та позначте, як часто вона вас турбувала **протягом останнього місяця**.

Будь ласка, спочатку коротко опишіть цю подію (якщо це викликає сильне занепокоєння, пропустіть цей пункт):

--

		зовсім не турбували	трохи	помірно	відчутно	дуже
1	Повторювані, хвилюючі та небажані спогади стресового досвіду	0	1	2	3	4
2	Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід	0	1	2	3	4
3	Раптові почуття або події, ніби стресовий досвід знову трапляється	0	1	2	3	4
4	Почуття засмученості, коли щось нагадує про стресові події	0	1	2	3	4
5	Сильні фізичні реакції, коли щось нагадує про стресовий досвід? (Наприклад, серцебиття, утруднене дихання або пітливість)	0	1	2	3	4
6	Уникнення спогадів, думок або почуттів, пов'язаних із стресовим досвідом	0	1	2	3	4
7	Уникання зовнішніх стимулів (людей, предметів, місць...), які нагадують про стресовий досвід	0	1	2	3	4
8	Важко згадати важливі моменти стресового досвіду	0	1	2	3	4
9	Негативні переконання щодо себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось не так», «нікому не можна довіряти»)	0	1	2	3	4
10	Самозвинувачення або звинувачення інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього	0	1	2	3	4
11	Сильні негативні емоції: страх, жах, злість, почуття провини або сором	0	1	2	3	4
12	Втрата інтересу до активностей, які раніше приносили задоволення	0	1	2	3	4
13	Відчуття віддаленості або відокремлення від інших людей	0	1	2	3	4
14	Проблеми у переживанні позитивних емоцій, наприклад, нездатність відчувати радість або любов	0	1	2	3	4
15	Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка	0	1	2	3	4
16	Ви робите речі, які можуть зашкодити собі або іншим людям	0	1	2	3	4
17	Відчуття, наче ви «на взводі» або «на сторожі»	0	1	2	3	4
18	Відчуття постійної напруги	0	1	2	3	4
19	Труднощі із зосередженістю	0	1	2	3	4
20	Важко заснути або нічні прокидання	0	1	2	3	4

## Інтерпретація PCL-5

Опитувальник *PCL-5* складається із 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів в залежності від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання по цій шкалі відображаються відповідні кластери симптомів ПТСР згідно із класифікацією DSM-5:

- **Критерій А** – опис травматичної події.
- **Критерій В**, симптоми інтрузії – від 1 по 5-те запитання.
- **Критерій С**, симптоми уникнення – 6 та 7 запитання.
- **Критерій D**, негативні думки та емоцій – від 8 по 14 запитання.
- **Критерій Е**, симптоми надмірної реактивності – від 15 по 20 запитання.

Мінімально можливий бал – 0, максимально можливий – 80. Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Є 2 підходи щодо інтерпретації результатів. Клінічно значущими симптоми вважаються, якщо:

1. Підрахунок по кластерах симптомів. Пацієнт відповідає на 2+ балів по одному запитанню із критеріїв **В** та **С**, та на два запитання – критеріїв **D** та **E**.
2. Підрахунок загальної кількості балів. Пацієнт загалом набирає 33 або більше балів.

## Програма психологічного супроводу військовослужбовців з фантомними болями

### Сесія №1: Вступна зустріч і оцінка стану

1. Привітання.

2. Мета сесії:

- Встановити контакт і довіру між психологом та військовослужбовцем.
- Провести початкову оцінку психічного та фізичного стану пацієнта.
- Визначити основні проблеми та потреби пацієнта.
- Сформулювати попередній план терапії.

Структура сесії:

1. Знайомство та встановлення контакту:

- Привітання та представлення.
- Обговорення мети та структури програми.
- Роз'яснення ролі психолога та очікувань від пацієнта.
- Забезпечення комфортної атмосфери для відкритого діалогу.

2. Збір основної інформації:

- Особисті дані пацієнта: вік, військовий досвід, сімейний стан.
- Історія медичних проблем: дата та обставини отримання травми, ампутації, інші фізичні проблеми.

- Попередній досвід лікування фантомних болів: методи, які використовувалися, їх ефективність.

- Поточний стан здоров'я: рівень болю, частота болісних епізодів, використання медикаментів.

3. Психологічна оцінка:

- Визначення рівня тривоги та депресії за допомогою стандартизованих опитувальників (наприклад, GAD-7).

- Оцінка симптомів ПТСР за допомогою PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5).

- Обговорення поточних емоційних проблем, пов'язаних з фантомними болями.



#### 4.Оцінка якості життя:

-Обговорення впливу фантомних болів на повсякденне життя, роботу, соціальні взаємодії.

#### 5. Визначення основних проблем і потреб:

-Виявлення основних проблем, які пацієнт хоче вирішити в рамках програми.

-Визначення потреб у медичній, фізичній та психологічній підтримці.

-Обговорення очікувань від терапії.

#### 6. Формулювання попереднього плану терапії:

-Узгодження основних цілей та завдань терапії.

-Визначення попередніх етапів і методів роботи.

-Обговорення розкладу наступних сесій та тривалості програми.

#### 7.Відповіді на питання пацієнта:

-Надання можливості пацієнту задати питання щодо програми.

-Роз'яснення будь-яких непорозумінь або сумнівів.

#### 8.Матеріали та інструменти:

- Опитувальники для оцінки тривоги (GAD-7),та ПТСР (PCL-5).

- Щоденник болю для подальшого відстеження інтенсивності та частоти болю.

#### 9.Очікувані результати:

- Встановлення довірчих відносин між пацієнтом та психологом.

- Отримання комплексної інформації про стан пацієнта.

- Формулювання попереднього плану терапії, який відповідає потребам пацієнта.

- Підвищення мотивації пацієнта до участі у програмі.

### **Сесія 2: Психосвіта про фантомні болі**

#### Мета сесії:

-Надати пацієнту знання про фантомні болі, їх причини та механізми.

-Знизити тривожність, пов'язану з незнанням і непорозумінням природи фантомних болів.

-Озброїти пацієнта інформацією про можливі методи лікування та самопомоги.

Структура сесії:

1.Привітання та огляд попередньої сесії:

-Коротке обговорення вражень та відчуттів пацієнта після першої сесії.

-Відповіді на питання, що виникли у пацієнта після попередньої зустрічі.

2. Вступ до психоосвіти про фантомні болі:

-Визначення фантомного болю: пояснення, що це болісні відчуття у відсутній частині тіла.

-Наголошення на тому, що фантомні болі є реальними і частими серед людей які втратили кінцівки.

3.Причини та механізми виникнення фантомних болів:

-Нейропатичні механізми: Пояснення ролі нервової системи, спинного мозку та мозку у виникненні фантомних болів.

-Центральна сенситизація: Розповідь про підвищену чутливість нервової системи до болю після ампутації.

-Роль мозкової карти: Пояснення, як мозок продовжує "бачити" ампутовану кінцівку.

4.Фактори, що впливають на інтенсивність фантомних болів:

-Психологічні фактори: стрес, тривога, депресія.

-Фізичні фактори: зміни у залишковій кінцівці, активність.

-Навколишні фактори: температура, положення тіла.

5.Методи лікування та управління фантомними болями:

-Медикаментозна терапія: Огляд ліків, які можуть полегшити фантомні болі (антидепресанти, антиконвульсанти, знеболюючі).

-Фізична терапія: Роль масажу, фізіотерапії, вправ для залишкової кінцівки.

-Психологічна терапія: Когнітивно-поведінкова терапія, методи релаксації, майндфулнес.

-Інноваційні методи: Дзеркальна терапія, віртуальна реальність, нейромодуляція.

#### 6. Самодопомога та управління болем у домашніх умовах:

- Ведення щоденника болю: запис інтенсивності, частоти болю, тригерів.
- Техніки релаксації: дихальні вправи, прогресивна м'язова релаксація.
- Підтримка здорового способу життя: важливість фізичної активності, правильного харчування, достатнього сну.

#### 7. Питання та обговорення:

- Надання можливості пацієнту задати питання щодо отриманої інформації.
- Обговорення будь-яких непорозумінь або додаткових питань.

#### 8. Підведення підсумків та план на наступну сесію:

- Підсумок основних тем сесії.
- Ознайомлення з темою наступної сесії.
- Надання пацієнту матеріалів для подальшого вивчення (буклети, статті).

#### Матеріали та інструменти:

- Інформаційні буклети про фантомні болі.
- Візуальні матеріали (діаграми, схеми) для пояснення нейрофізіологічних механізмів.
- Щоденник болю для пацієнта.
- Рекомендації щодо літератури та ресурсів для самостійного вивчення.

#### Очікувані результати:

- Пацієнт отримує зрозумілу та чітку інформацію про фантомні болі.
- Зниження тривожності пацієнта щодо природи та причин фантомних болів.
- Підвищення обізнаності пацієнта про можливі методи лікування та управління болем.
- Пацієнт відчуває підтримку та впевненість у можливості контролювати свій стан.

### **Сесія 3: Навчання технік релаксації та майндфулнес:**

Мета сесії:

- Ознайомити пацієнта з основними техніками релаксації та майндфулнес.
- Навчити пацієнта використовувати ці техніки для зниження стресу та контролю фантомних болів.
- Сприяти розвитку навичок саморегуляції та покращення емоційного стану.

Структура сесії:

1.Привітання та огляд попередньої сесії:

- Коротке обговорення попередньої сесії про фантомні болі.
- Перевірка, чи є у пацієнта питання або коментарі стосовно попередньої інформації.

-Обговорення поточних відчуттів та емоцій пацієнта.

2. Вступ до релаксаційних технік:

- Пояснення важливості релаксації для зниження стресу та болю.
- Обговорення фізіологічних ефектів релаксації: зниження м'язової напруги, зниження рівня кортизолу, покращення кровообігу.

3.Навчання технікам релаксації:

- Глибоке дихання:
- Пояснення техніки глибокого дихання.
- Демонстрація та практичне виконання разом з пацієнтом.
- Обговорення відчуттів під час і після виконання вправи.
- Прогресивна м'язова релаксація:
- Пояснення методу послідовного напруження та розслаблення різних груп м'язів.
- Демонстрація та виконання вправи разом з пацієнтом.
- Обговорення ефекту та вражень пацієнта.
- Візуалізація:
- Пояснення техніки використання візуальних образів для досягнення стану релаксації.
- Проведення короткої візуалізації разом з пацієнтом.

-Обговорення відчуттів і вражень.

#### 4. Вступ до майндфулнес

-Пояснення концепції майндфулнес: усвідомлене зосередження на поточному моменті без оцінок.

-Обговорення переваг майндфулнес для зниження стресу та покращення психічного здоров'я.

#### 5. Навчання технікам майндфулнес:

- майндфулнес-дихання:

-Пояснення техніки усвідомленого дихання.

-Практичне виконання вправи разом з пацієнтом.

-Обговорення відчуттів під час виконання техніки.

-Сканування тіла:

-Пояснення техніки сканування тіла.

-Проведення короткого сеансу сканування тіла разом з пацієнтом.

-Обговорення ефекту та вражень.

-Усвідомлене спостереження:

-Пояснення техніки зосередження уваги на відчуттях, звуках, запахах та інших стимулах навколишнього середовища.

-Практичне виконання вправи разом з пацієнтом.

-Обговорення відчуттів та вражень.

#### 6. Планування практики:

-Надання рекомендацій щодо регулярної практики релаксаційних та майндфулнес -технік вдома.

-Обговорення можливих перешкод та способів їх подолання.

-Визначення конкретних завдань для самостійної практики до наступної сесії.

#### 7. Питання та обговорення:

-Надання можливості пацієнту задати питання щодо технік релаксації та майндфулнес.

-Обговорення будь-яких непорозумінь або додаткових питань.

#### 8. Підведення підсумків та план на наступну сесію:

- Підсумок основних тем сесії.
- Ознайомлення з темою наступної сесії.
- Надання пацієнту матеріалів для подальшого вивчення та практики (інструкції, аудіозаписи медитацій).

Матеріали та інструменти:

- Інструкції та буклети з описом технік релаксації та майндфулнес.
- Аудіозаписи для практики майндфулнес та релаксації.

Очікувані результати:

- Пацієнт ознайомлений з основними техніками релаксації та майндфулнес.
- Пацієнт здатний самостійно виконувати базові техніки релаксації та майндфулнес.
- Пацієнт відчуває зниження рівня стресу та покращення емоційного стану після виконання вправ.
- Пацієнт мотивований до регулярної практики релаксаційних та майндфулнес-технік.

#### **Сесія 4: Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – Виявлення негативних мисленнєвих патернів.**

Мета сесії:

- Ознайомити пацієнта з основами когнітивно-поведінкової терапії (КПТ).
- Допомогти пацієнту виявити та розпізнати негативні мисленнєві патерни, пов'язані з фантомними болями.
- Підготувати пацієнта до зміни негативних мисленнєвих патернів у наступних сесіях.

Структура сесії:

##### 1. Привітання та огляд попередньої сесії:

- Коротке обговорення попередньої сесії про техніки релаксації та майндфулнес.
- Перевірка, чи є у пацієнта питання або коментарі стосовно попередньої інформації.

-Обговорення відчуттів та результатів самостійної практики пацієнта.

## 2. Вступ до когнітивно-поведінкової терапії (КПТ):

-Пояснення основних принципів КПТ: взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою.

- Огляд цілей КПТ у контексті роботи з фантомними болями.

## 3. Виявлення негативних мисленневих патернів:

- Пояснення негативних мисленневих патернів

-Пояснення, що таке автоматичні негативні думки.

-Приклади поширених негативних мисленневих патернів (катастрофізація, чорно-біле мислення, негативне самосприйняття).

-Обговорення впливу негативних думок на емоції та поведінку:

-Як негативні думки можуть посилювати біль та погіршувати емоційний стан.

-Приклади з життя пацієнта.

## 4. Вправи для виявлення негативних мисленневих патернів:

-Вправа "Ведення щоденника думок":

-Пояснення методики ведення щоденника думок.

-Демонстрація прикладів записів.

-Практичне виконання вправи разом з пацієнтом.

-Обговорення результатів вправи:

- Аналіз записів пацієнта.

- Виявлення основних негативних мисленневих патернів.

## 5. Робота з негативними думками:

-Вправа "Аналіз та обговорення негативних думок":

-Виявлення автоматичних негативних думок та їхніх тригерів.

- Обговорення реалістичності та логічності негативних думок.

-Створення альтернативних позитивних думок:

-Введення концепції альтернативних позитивних думок.

-Приклади переформулювання негативних думок на позитивні.

## 6. Планування практики:

-Визначення завдань для самостійної роботи пацієнта до наступної сесії.

- Пояснення необхідності щоденного ведення щоденника думок.

- Рекомендації щодо аналізу та переформулювання негативних думок у позитивні.

7. Питання та обговорення:

- Надання можливості пацієнту задати питання щодо КПТ та негативних мисленнєвих патернів.

- Обговорення будь-яких непорозумінь або додаткових питань.

8. Підведення підсумків та план на наступну сесію:

- Підсумок основних тем сесії.

- Ознайомлення з темою наступної сесії, яка буде присвячена роботі з позитивними мисленнєвими патернами.

- Надання пацієнту матеріалів для подальшого вивчення та практики (інструкції, шаблони щоденника думок).

Матеріали та інструменти:

- Шаблони щоденника думок.

- Приклади негативних та позитивних мисленнєвих патернів.

- Рекомендації щодо літератури та ресурсів для самостійного вивчення.

Очікувані результати:

- Пацієнт ознайомлений з основами КПТ та розуміє взаємозв'язок між думками, емоціями та поведінкою.

- Пацієнт здатний виявляти негативні мисленнєві патерни у своїх думках.

- Пацієнт починає аналізувати та переформулювати негативні думки у позитивні.

- Пацієнт мотивований до регулярної роботи з щоденником думок.

### **Сесія 5: КПТ – Розвиток позитивних мисленнєвих патернів**

**Мета сесії:**

- Навчити пацієнта переформулювати негативні мисленнєві патерни у позитивні.

- Розвинути навички самостійного створення позитивних думок та переконань.



- Підвищити здатність пацієнта керувати емоціями та знижувати рівень стресу.

Структура сесії:

1. Привітання та огляд попередньої сесії

- Обговорення результатів попередньої сесії та досвіду пацієнта з ведення щоденника думок.

-Перевірка, чи є у пацієнта питання або коментарі стосовно роботи з негативними мисленнєвими патернами.

-Аналіз прогресу та змін у стані пацієнта.

2. Пояснення важливості позитивних мисленнєвих патернів:

-Обговорення, як позитивні думки впливають на емоційний стан та поведінку.

-Пояснення принципу заміщення негативних думок позитивними.

-Приклади позитивних мисленнєвих патернів та їхнього впливу на життя.

3. Вправи для розвитку позитивних мисленнєвих патернів:

-Аналіз негативних думок і створення альтернативних позитивних думок:

- Вибір кількох негативних думок зі щоденника пацієнта.

- Колективний аналіз цих думок.

- Розробка альтернативних позитивних думок та їх запис.

-Практика створення позитивних думок:

-Пацієнт самостійно переформулює кілька негативних думок у позитивні.

-Обговорення результатів і коригування за необхідності.

4. Використання техніки "Переформулювання":

-Пояснення техніки "Переформулювання": як змінити негативну думку на позитивну.

-Практичне виконання техніки разом з пацієнтом.

-Обговорення відчуттів та результатів.

5. Робота з утвердженнями (аффірмаціями):

- Пояснення, що таке утвердження і як їх використовувати.

- Створення персональних утверджень для пацієнта.

-Практика використання утверджень: повторення, запис, використання в повсякденному житті.

#### 6. Планування практики:

-Визначення завдань для самостійної роботи пацієнта до наступної сесії.

-Рекомендації щодо щоденного ведення щоденника думок з фокусом на позитивні мисленнєві патерни.

-Практика використання утверджень у щоденному житті.

#### 7. Питання та обговорення:

-Надання можливості пацієнту задати питання щодо позитивних мисленнєвих патернів та утверджень.

-Обговорення будь-яких непорозумінь або додаткових питань.

#### 8. Підведення підсумків та план на наступну сесію:

-Підсумок основних тем сесії.

-Ознайомлення з темою наступної сесії.

-Надання пацієнту матеріалів для подальшого вивчення та практики (шаблони для утверджень, приклади позитивних мисленнєвих патернів).

#### Матеріали та інструменти:

- Інструкції та буклети з описом техніки переформулювання.

- Шаблони щоденника думок та утверджень.

- Приклади негативних та позитивних мисленнєвих патернів.

- Рекомендації щодо літератури та ресурсів для самостійного вивчення.

#### Очікувані результати:

- Пацієнт навчений переформулювати негативні мисленнєві патерни у позитивні.

- Пацієнт здатний самостійно створювати та використовувати позитивні думки та утвердження.

- Пацієнт відчуває покращення емоційного стану та зниження рівня стресу.

- Пацієнт мотивований до регулярної практики розвитку позитивних мисленнєвих патернів у повсякденному житті.

## **Сесія 6: Емоційна регуляція та управління стресом**

Мета сесії:

- Ознайомити пацієнта з концепціями емоційної регуляції та управління стресом.

- Навчити пацієнта розпізнавати та керувати своїми емоціями.

- Розвинути навички ефективного управління стресом для поліпшення психологічного та фізичного стану пацієнта.

Структура сесії:

1. Привітання та огляд попередньої сесії:

-Коротке обговорення попередньої сесії про розвиток позитивних мисленнєвих патернів.

-Перевірка, чи є у пацієнта питання або коментарі стосовно роботи з позитивними думками та утвердженнями.

-Аналіз прогресу та змін у стані пацієнта.

2. Вступ до емоційної регуляції:

-Пояснення концепції емоційної регуляції: що це таке і чому вона важлива.

-Обговорення різних стратегій емоційної регуляції.

-Вплив емоційної регуляції на фізичний та психічний стан.

3. Навчання технік емоційної регуляції:

-Техніка "Сканування емоцій":

-Пояснення, як розпізнавати та називати свої емоції.

-Практичне виконання разом з пацієнтом.

-Обговорення відчуттів та результатів.

-Техніка "Емоційний щоденник":

-Пояснення методики ведення щоденника емоцій.

-Демонстрація прикладів записів.

-Практичне виконання вправи разом з пацієнтом.

4. Вступ до управління стресом:

-Пояснення, що таке стрес і як він впливає на організм.

-Обговорення різних типів стресорів: фізичних, емоційних, когнітивних.

-Вплив стресу на фантомні болі та загальне самопочуття.

### 5. Навчання технік управління стресом:

-Техніка "Дихальні вправи для зниження стресу":

-Пояснення техніки глибокого дихання та її впливу на нервову систему.

-Практичне виконання разом з пацієнтом.

-Обговорення відчуттів та результатів.

-Техніка "Прогресивна м'язова релаксація":

-Пояснення методу послідовного напруження та розслаблення різних груп м'язів.

-Демонстрація та виконання вправи разом з пацієнтом.

-Обговорення ефекту та вражень.

-Техніка "Візуалізація та медитація":

-Пояснення техніки використання візуальних образів для досягнення стану релаксації.

-Проведення короткої візуалізації разом з пацієнтом.

-Обговорення відчуттів і вражень.

### 6. Створення плану управління стресом:

-Розробка індивідуального плану управління стресом для пацієнта.

-Визначення основних стресорів та стратегій їх подолання.

-Обговорення можливих перешкод та способів їх подолання.

### 7. Планування практики:

-Визначення завдань для самостійної роботи пацієнта до наступної сесії.

-Рекомендації щодо щоденного ведення емоційного щоденника та виконання дихальних вправ.

-Практика релаксаційних технік та візуалізації у повсякденному житті.

### 8. Питання та обговорення:

-Надання можливості пацієнту задати питання щодо емоційної регуляції та управління стресом.

-Обговорення будь-яких непорозумінь або додаткових питань.

### 9. Підведення підсумків та план на наступну сесію:

-Підсумок основних тем сесії.

-Ознайомлення з темою наступної сесії, яка буде присвячена роботі з когнітивними переконаннями та поведінковими техніками.

-Надання пацієнту матеріалів для подальшого вивчення та практики (інструкції, шаблони щоденника емоцій).

Матеріали та інструменти:

- Інструкції та буклети з описом технік емоційної регуляції та управління стресом.

- Шаблони емоційного щоденника.

- Аудіозаписи для практики релаксаційних технік та медитацій.

-Рекомендації щодо літератури та ресурсів для самостійного вивчення.

Очікувані результати:

-Пацієнт ознайомлений з техніками емоційної регуляції та управління стресом.

- Пацієнт здатний розпізнавати та керувати своїми емоціями.

- Пацієнт володіє навичками ефективного управління стресом.

- Пацієнт мотивований до регулярної практики технік емоційної регуляції.

## **Сесія 7: Соціальна підтримка та взаємодія**

Мета сесії:

- Підкреслити важливість соціальної підтримки у процесі психологічної реабілітації.

- Допомогти пацієнту розвинути навички ефективної взаємодії з оточенням.

- Розглянути стратегії залучення та утримання соціальної підтримки.

Структура сесії:

1. Привітання та огляд попередньої сесії:

- Коротке обговорення попередньої сесії про емоційну регуляцію та управління стресом.

- Перевірка, чи є у пацієнта питання або коментарі стосовно роботи з емоціями та стресом.

- Аналіз прогресу та змін у стані пацієнта.

## 2. Вступ до соціальної підтримки:

- Пояснення концепції соціальної підтримки та її ролі в реабілітації.
- Обговорення різних видів соціальної підтримки (емоційна, інструментальна, інформаційна, оцінна).

## 3. Оцінка наявної соціальної підтримки:

- Вправа "Карта соціальної підтримки":
- Пояснення методу створення карти соціальної підтримки.
- Практичне виконання вправи разом з пацієнтом.
- Аналіз наявної підтримки: хто є джерелом підтримки, як часто пацієнт звертається за допомогою, які види підтримки отримує.

- Обговорення результатів вправи.

## 4. Розвиток навичок ефективної взаємодії:

- Техніка "Активне слухання":
- Пояснення техніки активного слухання та її важливості для ефективної комунікації.

- Практичне виконання вправи разом з пацієнтом.

- Обговорення відчуттів та результатів.

- Техніка "Висловлення потреб та почуттів":

- Пояснення техніки асертивного висловлення потреб та почуттів.

- Практичне виконання вправи разом з пацієнтом.

- Обговорення ефекту та вражень.

## 5. Стратегії залучення та утримання соціальної підтримки:

- Обговорення способів залучення нових джерел підтримки (наприклад, групи підтримки, волонтерські організації).

- Поради щодо підтримки існуючих соціальних зв'язків (наприклад, регулярне спілкування, взаємна підтримка).

- Важливість взаємодії та підтримки з боку сім'ї, друзів, колег.

## 6. Планування соціальної взаємодії:

- Розробка індивідуального плану соціальної взаємодії для пацієнта.

- Визначення основних кроків для покращення та розширення соціальної підтримки.

- Обговорення можливих перешкод та способів їх подолання.

#### 7. Планування практики:

- Визначення завдань для самостійної роботи пацієнта до наступної сесії.

- Рекомендації щодо регулярного використання технік активного слухання та асертивного висловлення потреб.

- Практика залучення та утримання соціальної підтримки у повсякденному житті.

#### 8. Питання та обговорення:

- Надання можливості пацієнту задати питання щодо соціальної підтримки та взаємодії.

- Обговорення будь-яких непорозумінь або додаткових питань.

#### 9. Підведення підсумків та план на наступну сесію:

- Підсумок основних тем сесії.

- Ознайомлення з темою наступної сесії, яка буде присвячена розвитку копінг-стратегій та адаптації.

- Надання пацієнту матеріалів для подальшого вивчення та практики (інструкції, шаблони для карти соціальної підтримки).

#### Матеріали та інструменти:

- Інструкції та буклети з описом технік соціальної підтримки.

- Шаблони карти соціальної підтримки.

- Приклади технік активного слухання та асертивного висловлення потреб.

- Рекомендації щодо літератури та ресурсів для самостійного вивчення.

#### Очікувані результати:

- Пацієнт ознайомлений з концепцією соціальної підтримки та її роллю у реабілітації.

- Пацієнт здатний розпізнавати та оцінювати свою соціальну підтримку.

- Пацієнт володіє навичками ефективної взаємодії та комунікації.

- Пацієнт мотивований до активного залучення та утримання соціальної підтримки у своєму житті.

## Сесія 8: Робота з травмою та ПТСР

Мета сесії:

- Ознайомити пацієнта з поняттями травми та посттравматичного стресового розладу (ПТСР).
- Розвинути розуміння та навички для роботи з травматичними спогадами та симптомами ПТСР.
- Запропонувати ефективні стратегії для подолання симптомів ПТСР та покращення загального психічного стану.

Структура сесії:

### 1. Привітання та огляд попередньої сесії

- Коротке обговорення попередньої сесії про соціальну підтримку та взаємодію.
- Перевірка, чи є у пацієнта питання або коментарі стосовно роботи з соціальною підтримкою.
- Аналіз прогресу та змін у стані пацієнта.

### 2. Вступ до поняття травми та ПТСР

- Пояснення, що таке травма і як вона впливає на психічне здоров'я.
- Огляд основних симптомів ПТСР: нав'язливі спогади, нічні кошмари, уникання, гіпервозбудження, негативні зміни в мисленні та настрої.
- Розмова про те, як травма та ПТСР можуть взаємодіяти з фантомними болями.

### 3. Навчання технік роботи з травматичними спогадами:

- Техніка "Безпечне місце":
  - Пояснення та створення безпечного місця у уяві пацієнта, де він може відчувати себе спокійно та захищено.
  - Практичне виконання разом з пацієнтом.
  - Обговорення відчуттів та результатів.
- Техніка "Заземлення":
  - Пояснення техніки заземлення для зменшення впливу травматичних спогадів.
  - Практичне виконання вправи разом з пацієнтом.



- Обговорення ефекту та вражень.

#### 4. Опрацювання травматичного спогаду за допомогою EMDR

- Техніка "Переробка травматичних спогадів":

- Пояснення методу переосмислення та переробки травматичних подій.

- Вивчення, як змінити негативні переконання, пов'язані з травмою.

- Практичне виконання вправи разом з пацієнтом.

- Обговорення результатів.

Техніка "Використання щоденника переживань":

- Пояснення методики ведення щоденника, що допомагає фіксувати та аналізувати травматичні спогади та пов'язані з ними емоції.

- Практичне виконання вправи разом з пацієнтом.

- Обговорення ефекту та вражень.

#### 5. Стратегії подолання симптомів ПТСР:

- Обговорення стратегій уникання тригерів та ефективного управління реакціями на них.

- Використання методик релаксації та дихальних вправ для зменшення гіпервозбудження.

- Вивчення методів самопідтримки та догляду за собою для полегшення симптомів ПТСР.

#### 6. Планування роботи з травмою та ПТСР:

- Розробка індивідуального плану роботи з травматичними спогадами та симптомами ПТСР для пацієнта.

- Визначення основних кроків та стратегій для подолання симптомів ПТСР.

- Обговорення можливих перешкод та способів їх подолання.

#### 7. Планування практики:

- Визначення завдань для самостійної роботи пацієнта до наступної сесії.

- Рекомендації щодо регулярного використання технік "Безпечне місце" та "Заземлення".

- Практика ведення щоденника переживань та робота з травматичними спогадами у повсякденному житті.

## 8. Питання та обговорення:

- Надання можливості пацієнту задати питання щодо роботи з травмою та ПТСР.

- Обговорення будь-яких непорозумінь або додаткових питань.

## 9. Підведення підсумків та план на наступну сесію:

- Підсумок основних тем сесії.

- Ознайомлення з темою наступної сесії, яка буде присвячена розробці копінг-стратегій та адаптації.

- Надання пацієнту матеріалів для подальшого вивчення та практики (інструкції, шаблони щоденника переживань).

### Матеріали та інструменти:

- Інструкції та буклети з описом технік роботи з травмою та ПТСР.

- Шаблони щоденника переживань.

- Рекомендації щодо літератури та ресурсів для самостійного вивчення.

### Очікувані результати:

- Пацієнт ознайомлений з поняттями травми та ПТСР.

- Пацієнт здатний розпізнавати та працювати зі своїми травматичними спогадами.

- Пацієнт володіє навичками роботи з симптомами ПТСР.

- Пацієнт мотивований до регулярної практики технік для зменшення впливу травми та ПТСР у повсякденному житті.

## **Сесія 9: Інтеграція навичок самоуправління**

### Мета сесії:

- Закріпити отримані навички самоуправління та інтегрувати їх у повсякденне життя.

- Розробити стратегії для довгострокового підтримання психічного здоров'я.

- Підготувати пацієнта до самостійного використання навичок після завершення програми.

Структура сесії:

1. Привітання та огляд попередньої сесії:

- Коротке обговорення попередньої сесії про роботу з травмою та ПТСР.
- Перевірка, чи є у пацієнта питання або коментарі стосовно роботи з травматичними спогадами.

- Аналіз прогресу та змін у стані пацієнта.

2. Огляд та закріплення навичок самоуправління:

- Підсумок технік та навичок, які були вивчені у попередніх сесіях (релаксація, майндфулнес, КПТ, соціальна підтримка, емоційна регуляція).
- Обговорення, які техніки були найбільш корисними для пацієнта.
- Виявлення областей, які потребують додаткової уваги чи практики.

3. Інтеграція навичок у повсякденне життя:

- Створення плану самоуправління:
- Визначення щоденних, тижневих та місячних завдань для підтримання психічного здоров'я.
- Розробка плану дій для використання навичок у різних ситуаціях (стрес, конфлікти, кризові моменти).

- Розвиток здорових звичок:

- Обговорення значення фізичної активності, здорового харчування та достатнього сну для загального благополуччя.

- Планування включення цих аспектів у повсякденне життя.

4. Практичні вправи для закріплення навичок:

- Техніка "Щоденна рефлексія":

- Пояснення методики щоденного аналізу своїх думок, емоцій та поведінки.

- Практичне виконання разом з пацієнтом.

- Обговорення результатів та вражень.

- Техніка "Планування позитивних подій":

- Розробка плану включення позитивних подій та діяльностей у розклад пацієнта.

- Обговорення, як ці події можуть покращити психічний стан та самопочуття.

#### 5. Стратегії подолання труднощів та перешкод:

- Обговорення можливих труднощів та перешкод на шляху до інтеграції навичок.

- Визначення стратегій для їх подолання.

- Розвиток гнучкості та адаптивності у використанні навичок.

#### 6. Розробка довгострокового плану підтримки психічного здоров'я:

- Вправа "Цілі та досягнення":

- Встановлення довгострокових цілей для підтримки психічного здоров'я.

- Розробка конкретних кроків для досягнення цих цілей.

- Планування регулярних перевірок самопочуття:

- Визначення, як і коли пацієнт буде перевіряти свій психічний стан та прогрес.

#### 7. Планування практики:

- Визначення завдань для самостійної роботи пацієнта до наступної сесії.

- Рекомендації щодо регулярного використання технік рефлексії та планування позитивних подій.

- Практика планування та реалізації щоденних завдань для підтримання психічного здоров'я.

#### 8. Питання та обговорення:

- Надання можливості пацієнту задати питання щодо інтеграції навичок самоуправління.

- Обговорення будь-яких непорозумінь або додаткових питань.

#### 9. Підведення підсумків та план на наступну сесію:

- Підсумок основних тем сесії.

- Ознайомлення з темою заключної сесії, яка буде присвячена завершенню програми та плануванню майбутнього.

- Надання пацієнту матеріалів для подальшого вивчення та практики (інструкції, шаблони для щоденної рефлексії).

Матеріали та інструменти:

- Інструкції та буклети з описом технік інтеграції навичок самоуправління.
- Шаблони для щоденної рефлексії та планування позитивних подій.
- Рекомендації щодо літератури та ресурсів для самостійного вивчення.

Очікувані результати:

- Пацієнт ознайомлений з усіма навичками самоуправління та їх роллю у підтриманні психічного здоров'я.
- Пацієнт здатний інтегрувати отримані навички у своє повсякденне життя.
- Пацієнт володіє стратегіями для подолання труднощів та перешкод у процесі самоуправління.
- Пацієнт мотивований до регулярної практики та підтримання психічного здоров'я у довгостроковій перспективі.

### **Сесія 10: Завершення терапії та планування майбутнього**

Мета сесії:

- Підсумувати та закріпити результати терапії.
- Обговорити досягнення та виклики, з якими зіткнувся пацієнт протягом терапії.
- Розробити план підтримки та розвитку психічного здоров'я на майбутнє.
- Підготувати пацієнта до самостійного використання отриманих навичок.

Структура сесії:

1. Привітання та огляд попередньої сесії:

- Коротке обговорення попередньої сесії про інтеграцію навичок самоуправління.
- Перевірка, чи є у пацієнта питання або коментарі стосовно використання навичок у повсякденному житті.
- Аналіз прогресу та змін у стані пацієнта з моменту початку терапії.

2. Підсумок терапії:

- Огляд основних тем та навичок, які були опрацьовані протягом терапії.
- Аналіз досягнень пацієнта та його прогресу.
- Обговорення найбільших викликів та труднощів, з якими зіткнувся пацієнт, та способів їх подолання.

### 3. Розробка довгострокового плану підтримки психічного здоров'я:

-Вправа "Аналіз досягнень та цілей":

-Визначення основних досягнень пацієнта під час терапії.

-Встановлення довгострокових цілей для підтримання та розвитку психічного здоров'я.

- Обговорення конкретних кроків для досягнення цих цілей.

-Техніка "Підтримка у кризових ситуаціях":

- Пояснення методик та стратегій для самостійного подолання кризових ситуацій.

-Розробка плану дій на випадок рецидиву симптомів або виникнення нових викликів

### 4. Ресурси та підтримка:

- Надання пацієнту інформації про додаткові ресурси для підтримання психічного здоров'я (література, онлайн-ресурси, групи підтримки).

- Обговорення можливості продовження підтримки через інші форми терапії або участь у групах підтримки.

- Рекомендації щодо регулярних консультацій з психологом чи іншими фахівцями у разі потреби.

### 5. Практичні вправи для самостійної роботи:

-Техніка "Рефлексія та самоконтроль":

- Розробка плану для регулярного аналізу своїх думок, емоцій та поведінки.

- Практичне виконання вправи разом з пацієнтом.

- Обговорення результатів та вражень.

-Техніка "Планування позитивних подій":

- Підтримання практики включення позитивних подій та діяльностей у розклад пацієнта.

- Обговорення, як ці події можуть покращити психічний стан та самопочуття.

#### 6. Планування підтримки після завершення терапії:

- Розробка індивідуального плану підтримки для пацієнта після завершення терапії.
- Визначення основних кроків та стратегій для підтримання психічного здоров'я.
- Обговорення можливих перешкод та способів їх подолання.

#### 7. Питання та обговорення:

- Надання можливості пацієнту задати питання щодо завершення терапії та планування майбутнього.
- Обговорення будь-яких непорозумінь або додаткових питань.

#### 8. Прощання та завершення терапії:

- Підсумок основних тем та досягнень терапії.
- Висловлення підтримки та надання пацієнту позитивного зворотного зв'язку.
- Формальне завершення терапії та обговорення можливостей подальшої підтримки у разі потреби.

#### Матеріали та інструменти:

- Інструкції та буклети з описом технік підтримки психічного здоров'я.
- Рекомендації щодо літератури та ресурсів для самостійного вивчення.

#### Очікувані результати:

- Пацієнт ознайомлений з усіма навичками самоуправління та їх роллю у підтриманні психічного здоров'я.
- Пацієнт здатний інтегрувати отримані навички у своє повсякденне життя.
- Пацієнт мотивований до регулярної практики та підтримання психічного здоров'я у довгостроковій перспективі.

**Декларація академічної доброчесності**  
**здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ**

Я, Книш Олена Василівна, студентка 4 курсу, форми навчання заочна, факультету Соціальної педагогіки та психології кафедри психології, спеціальність 053 Психології, адреса електронної пошти lenokjj96@gmail.com, –підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота на тему «Особливості психологічної підтримки бійців ЗСУ під час фантомних болів» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомена;

–заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;

–згодна на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

Дата \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_ Книш О.В.

Дата \_\_\_\_\_ Підпис \_\_\_\_\_ Гранд В.В.



## **ВІДГУК**

наукового керівника на кваліфікаційну роботу

Книш Олени Василівни

### **«Особливості психологічної підтримки бійців ЗСУ під час фантомних болів»**

Актуальність досліджуваної теми зумовлена високою поширеністю фантомних болів серед військовослужбовців, які отримали травми під час конфлікту на сході України. Фантомні болі, складні для лікування традиційними медичними методами, часто супроводжуються тривогою, депресією та ПТСР, що значно погіршує психічний стан бійців. Ці болі можуть серйозно знижувати якість життя та здатність військовослужбовців інтегруватися в суспільство після служби. Належна психологічна підтримка є критично важливою для ефективного подолання цих проблем і забезпечення довготривалої реабілітації. Комплексний підхід до психологічної підтримки може значно покращити стан бійців та сприяти їхньому одужанню.

Теоретичне значення проведеного дослідження збагачує наукові знання про психологічні аспекти фантомних болів та ефективні методи їхньої терапії серед військовослужбовців. Воно сприяє розробці теоретичних моделей комплексної психологічної підтримки, які враховують специфіку військової служби та травматичних переживань.

Практичне значення проведеного дослідження дозволяє розробити ефективні програми психологічної підтримки для військовослужбовців, які страждають від фантомних болів, сприяючи їхній реабілітації та підвищенню якості життя. Результати дослідження можуть бути використані психологами та медичними працівниками для впровадження нових методик лікування, що враховують особливості психічного стану бійців. Практичні рекомендації, отримані в результаті дослідження, можуть стати основою для розробки політик та програм підтримки ветеранів на державному рівні.

Студентка виявила високий ступінь самостійності, активно досліджуючи тему та залучаючи різноманітні джерела для отримання необхідної інформації. Проявлена креативність у підході до розробки структури та змісту роботи свідчить про здатність студентки мислити аналітично та знаходити нестандартні

рішення. Вміння систематизувати інформацію та формулювати чіткі висновки підкреслюють його професійний підхід до наукового дослідження.

Робота виконана на високому рівні, демонструючи глибоке розуміння теми та здатність застосовувати теоретичні знання на практиці. Студентка показала дуже якісну роботу, креативності та аналітичного мислення, що відобразилося у чіткій структурі та аргументованих висновках роботи. З огляду на якість виконаного дослідження, рекомендується допустити цю роботу до захисту, оскільки вона відповідає вимогам наукової роботи та має практичне значення.

Науковий керівник

канд. психологічних наук,

доцентка кафедри практичної психології

Запорізького національного університету \_\_\_\_\_

Грандт В.В.

## **РЕЦЕНЗІЯ**

на кваліфікаційну роботу

Книш Олени Василівни

### **«Особливості психологічної підтримки бійців ЗСУ під час фантомних болів»**

Актуальність рецензованої роботи полягає в необхідності надання спеціалізованої психологічної підтримки військовослужбовцям, що страждають від фантомних болів, спираючись на їх поширеність серед бійців ЗСУ та пропонуючи ефективні методи психологічної реабілітації для покращення їхнього психічного стану та якості життя.

Теоретична і практична значущість рецензованої роботи полягає у внесенні вагомого внеску в розуміння та підходи до психологічної підтримки військовослужбовців з фантомними болями, що може сприяти подальшому розвитку наукових теорій у цій сфері та наданню практичних рекомендацій для покращення якості психологічної допомоги в цільовій групі.

Позитивні сторони рецензованої роботи включають глибокий аналіз проблеми фантомних болів серед військовослужбовців, чітке викладення методів психологічної підтримки та практичних рекомендацій, а також високий рівень самостійності та креативності в розробці та представленні матеріалу.

Серед недоліків рецензованої роботи можна відзначити обмежену кількість джерел та досліджень, що може обмежити повноту аналізу теми, а також можливу нестачу деталізації деяких аспектів дослідження, що може вплинути на глибину розуміння проблеми.

Загальні висновки та рекомендації стосовно використання пропонованих автором наукових рішень і розробка програми вказують на важливість подальшого дослідження в цій області та їхнього впровадження в практику психологічної підтримки військовослужбовців. Рекомендується розглядати ці рішення як основу для подальшого розвитку програм та методик психологічної реабілітації, а також використання їх у навчальних та практичних контекстах для підвищення якості допомоги військовослужбовцям, що страждають від фантомних болів.

Рецензент, к.пед.н., доцент

кафедри дошкільної та початкової освіти

Турбар Т.В.