

Вищий навчальний заклад “Український католицький університет”
Факультет наук про здоров’я

Магістерська робота

**ОСОБЛИВОСТІ ПОДРУЖНІХ СТОСУНКІВ УЧАСНИКІВ АТО В
ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Виконала студентка 6 курсу
спеціальності 053 Психологія
освітньої програми «Клінічна
психологія з основами
психодинамічної терапії»

Наливайко О.І.

Керівник **Компанович М.С.**

Рецензент

Львів — 2021

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ I ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДРУЖНІХ СТОСУНКІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ....	7
1.1 Задоволеності шлюбом в сім'ях військовослужбовців.....	7
1.2 Психологічна дизгармонізація подружніх стосунків в стресових ситуаціях.....	13
1.3 Психологічні особливості реабілітаційного процесу в сім'ях військовослужбовців	21
1.4 Теоретична модель.....	30
Висновки до першого розділу.....	31
РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДРУЖНІХ СТОСУНКІВ УЧАСНИКІВ АТО В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ.....	32
2.1 Дизайн дослідження.....	32
2.2. Опис методичного інструментарію.....	35
2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	39
Висновки до другого розділу.....	52
ВИСНОВКИ.....	54
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	55
ДОДАТКИ.....	62

Вступ

Актуальність дослідження. Українське суспільство переживає важкі часи, які мають значний вплив на психічне здоров'я, фізіологічний та емоційний фон громадян України. Створюється ситуація постійної напруги, тривоги, фрустрації. Особливої уваги заслуговує проведення на території України антитерористичної операції, яка за своєю повномаштабністю та людськими втратами прирівнюється до справжньої війни. Складність даної ситуації полягає саме в тому, що за швидкістю та не підготовленості мобілізованих бійців, були досить багато людських втрат. Особливо на початку періоду розгортання боїв на Сході України. Саме тому, що ситуація була непередбачуваною та «молоді» бійці не мали спеціальної підготовки (фізичної, психічної, емоційної та військової) та часу для адаптації в кризових ситуаціях, загинуло дуже багато людей. Саме ці та інші чинники, сприяли до того, що більшість бійців, повертаючись із зони антитерористичної операції, отримували на передовій травматичний стрес, як затяжна або відстрочена реакція на загрозу життю або здоров'ю. Так як населення та самі військові були не підготовлені до реальних військових подій на території України, велика кількість військовослужбовців, які повертались із АТО мали стресовий розлад або розлад адаптації, з яким було і залишається, досить складно впоратись самотійно. Але додатковою складністю в даному випадку є саме те що це впливає не тільки на військових але й на їх сім'ю та близьких також. Бо не мають відповідної підготовки та знань, як їм спілкуватись, поводитись та вести себе в подібних ситуаціях. Особливо тільки після повернення додому.

До вивчення даного феномену зверталися як зарубіжні, так і українські вчені, серед них Р. Волошин, Л. Китаєв-Смик, Р. Лазарус, чий науковий доробок стосується вивчення механізмів розвитку травматичного стресу, його

симптоматики, фаз та причин розвитку; В. А. Доморацький, Н. Е. Крилов, А. Л. Пушкарьов, котрі досліджували особливості корекції посттравматичного стресового розладу в учасників військових дій; І. Котенев, В. Лисенко, О. Морозов, В. Омелянович, Н. Тарабріна, О. Тімченко, С. І. Яковенко, які значним чином впровадили в психологічну практику технології діагностики та подолання стресових розладів; І. Малкіна-Пих, в своїй праці про психологічну допомогу в кризових ситуаціях; Г. Сельє, дослідив теоретичні основи поняття про ПТСР та загальний адаптаційний синдром; Ф. Шапіро, у вивченні психотерапії емоційних травм. Та багато інших провідних дослідників та психологів, які займалися цим питанням починаючи з Першої світової війни. Вони не тільки аналізували вплив травматичних подій на формування психологічної травми, утворення захисних механізмів, але й розробляли певні методики допомоги в стресових ситуаціях та в ситуаціях загрози життя.

В сучасних українських умовах та реаліях психологів, які знають та вміють працювати з подібною проблематикою виявилось досить мало. Також актуальність дослідження цієї теми зумовлена тим, що на даний момент в регіоні гостро постає питання діагностики, корекції та психологічної допомоги бійцям, що повернулись із зони АТО, пережили емоційні потрясіння та характеризуються яскраво вираженими ознаками ПТСР.

Саме те, що вивчення особливостей переживання психологічної травми учасниками АТО в Україні є новою темою для вітчизняних психологів і потребує детального аргументованого аналізу, і спонукало нас до розробки проекту «Психологічна допомога учасникам АТО та їх дружинам» за підтримки «Ліги українських жінок Канади», реалізацію якого ми почали на рівні міста Моршин, який поступово набрав обертів і переріс у проект обласного значення.

Мета роботи: дослідити особливості подружніх стосунків учасників АТО в процесі реабілітації.

Об'єкт дослідження: подружні стосунки учасників АТО.

Предмет дослідження: особливості подружніх стосунків учасників АТО, які проходять реабілітацію.

На початку роботи нами були висунуті наступні **гіпотези:**

1. Припускаємо, що для подружніх пар учасників АТО, які отримували необхідну медико-психологічну допомогу та мали складні та напружені стосунки в особистій комунікації «Чоловік – дружина», після тренінгу вони значно покращаться.
2. Імовірно що тільки в комплексному підході (медична реабілітація, групова та індивідуальна психотерапія) можливо покращення стосунків «чоловік – дружина».
3. Припускалося, що пари які мали групову, індивідуальну та парну психотерапію значно якісніше покращили стосунків та комунікацію в подружніх стосунках ніж ті які мали тільки групову психотерапію.

Завдання дослідження

1. Встановити, дослідити та описати особливості подружніх стосунків учасників АТО в процесі реабілітації;
2. Виміряти показники задоволеність шлюбом, любові та симпатії, розуміння, емоційна привабливість, авторитетність - подружніх пар – до та після участі в тренінгу
3. Визначити та проаналізувати вплив медико – психологічної реабілітації на стосунки подружніх пар після участі в програмі
4. Визначити та проаналізувати вплив та ефективність індивідуальної та парної психотерапії, крім медико – психологічної реабілітації, на покращення подружніх стосунків в часі.
5. На основі отриманих наукових даних, розробити рекомендації щодо проведення психокорекційної та психоконсультативної програми для наступних учасників психореабілітаційної програми.

Група досліджуваних: в дослідженні взяли участь 9 подружніх пар учасників АТО з різних міст України, для участі в медико-психологічній реабілітації.

У роботі використані такі *загально наукові* методи як аналіз, синтез, індукція, дедукція та моделювання; *емпіричний* метод проведення дослідження – групова та індивідуальна психотерапія. Тести, та *математико-статистичні* методи опрацювання результатів дослідження

Методики дослідження: психодіагностика емоційних стосунків між партнерами в шлюбі, за допомогою тестів – опитувальників:

- 1) «*Задоволеність шлюбом*» (В. В. Столін, Т. Л. Романова, Г. П. Бутенко).
- 2) «*Розуміння, емоційна привабливість, авторитетність* (та повага партнерів в шлюбі)» (РЕА) (А. Н. Волкова, модифікація В. И. Сліпкової).
- 3) «*шкала Любові та Симпатії*» (З. Рубін, модифікація Л. Я. Гозмана та Ю. Е. Альшиної).

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДРУЖНІХ СТОСУНКІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

1.1 Задоволеність шлюбом в сім'ях військовослужбовців

Вперше на наслідки військових подій та вплив війни на психіку людини та стосунки в сім'ї, звернули увагу після Першої світової війни. Коли протягом 4 років було зруйновані міста, суспільство, сім'ї – це дуже сильно вплинуло на психіку людини та її реакцію на трагічні події в таких великих масштабах, до яких людина того часу була не готова, ні фізично, ні морально.

Вперше на цей феномен звернув увагу британський психолог Ч. Маєрс, спостерігаючи та досліджуючи перших хворих військових після повернення з війни. Але згодом британські військові психіатри дали цьому явищу назву «травматичний невроз», «бойовий невроз». Але згодом почали помічати, що на такі симптоми почали звертатись звичайне цивільне населення та медичний персонал, який допомагав та був задіяний у відновлення та реабілітацію військових. Так згодом, через деякий час це явище стали називати «Посттравматичний стресовий розлад» (ПТСР).

З часом, після завершення Першої світової війни про ПТСР забули, хоча симптоми та реакції в багатьох людей тривали протягом всього їх подальшого життя [57]. Але з початком Другої світової війни питання та інтерес до ПТСР знов починає набирати обертів. Проте наслідки війни вплинули не тільки на здоров'я та психіку людину. Значні зміни відбулись і в стосунках в сім'ї, між чоловіками їх дружинами та дітьми.

Причиною таких змін стало те що за роки війни, в той час поки чоловік перебував на фронті, жінка змушена була сама нести відповідальність, турботу та безпеку за всю сім'ю. Але після завершення війни, і повернення чоловіків назад додому, і нібито як полегшення та щастя повинні були відчувати обидва партнери. Але все відбувалось навпаки. Це приносило їм тільки розчарування та складність стосунків. Покалічений, змучений, хворі, виснажені чоловіки, не здатні були до роботи. І це додавало жінкам інших турбот та зобов'язань, бо чоловік був ніби то як ще однією дитиною. Так само і жінки вже не були такими, як до війни. За роки війни вони значно постаріли, від перевантажень як фізичних так і психологічної перевтоми, це вплинуло не тільки на її світосприйняття, але на характер та нервову систему в цілому. Це призводило до ще більших розчарувань та роздратувань в сім'ї, а згодом і до розлучень. Стосунки між дітьми і батьками також були складними та напруженими.

Діти так само не впізнавали своїх батьків після повернення з фронту або полону. Молодші їх взагалі ніколи не бачили або не впізнавали бо були ще зовсім малими, коли вони йшли на фронт. Старші діти, за часи відсутності батька, брали на себе відповідальність за молодших братів та сестер, турботу та забезпечення необхідним, що колись виконував батько. Але коли батьки повертались з війни, старші діти вже не могли і не хотіли передавати цю владу назад батькові. Часто батьки застосовували до них фізичну силу, що не могло не вплинути на їх взаємодію. Діти часто тікали з таких сімей на вулицю до таких саме дітей або були більш прив'язані до матерів.

На державному рівні, в той час Радянському Союзі, це також регулювалось і ставились до жінки за вимогами навантажень та вимог праці так само як до чоловіків. Роль чоловіка звелася до доповнення жінки, як трудового ресурсу і до «захисника батьківщини». Сексуальне життя подружжя часто було спрямована лише на репродуктивну функцію, народити здорову дитину, та було під пильним наглядом суспільства в цілому. Контролювалось та регулювалось дуже пильно. Введення таких стимулюючих впроваджень, які

б спонукали жінку до більшого народження дітей. Було прийнято Указ Президії Верховної Ради СРСР «Про збільшення державної допомоги вагітним жінкам, багатодітним і самотнім матерям, посилення охорони материнства та дитинства, про встановлення почесного звання «Мати-героїня» і заснування ордена «Материнська слава» та медалі «Медаль материнства», одним з істотних нововведень цього Указу стало визнання юридичної сили лише за зареєстрованими в органах РАЦСу шлюбами»

Втручання офіційних інстанцій в інтимну сферу життя громадян стало нормою. Що в подальшому вплинуло не тільки на ставлення подружжя одне до одного, але й також ставлення дітей до своїх батьків. Згодом, в подальшому, дорослому житті мало вагоме значення на порозуміння в стосунках у власній сім'ї [58].

В напрямку терапії пар зараз відбуваються великі зміни [29; 28]. Різноманітні спостереження та результати досліджень стали поштовхом для розвитку та вдосконалення терапії пар. За останніми дослідженнями, які були присвячені подружньому дистресу та задоволеності шлюбом, було з'ясовано який мають вплив негативні та позитивні стосунки на їх якість життя та на стан здоров'я людей. Всі ці дослідження також пов'язані з вивченням природи дорослих любовних стосунків. Всі отримані результати на різних рівнях та в різних дослідженнях, узгоджуються між собою та об'єднуються в єдину зв'язну картину. Наше розуміння важливості близьких стосунків і того, як вони можуть зруйнуватись, наша здатність заздалегідь запланувати процес змін та обрати правильні втручання та пояснити процеси, коли дорослі любовні стосунки досягли критичної точки. Подружня терапія постає перед нами, як мистецтво і наука. Існуючі патерни подружнього дистресу, які отримані емпірично та є орієнтирами в сфері дорослої прив'язаності, допомагають терапевту рухатись разом з парою в покращенні їх стосунків від неблагополуччя до більш стабільних та гармонійних стосунків [28, с. 21].

У ХХІ столітті у терапевтів, завдяки сучасним дослідженням, з'являється більше інформації та розуміння про виникнення подружнього дистресу: коли у кожного з подружжя негативних емоцій, якими мають своє коріння з дитинства, та як навчена, негнучка форма взаємодії [30; 28, с. 22]. У терапевтів з'являється більше літератури з подружньої терапії, в якій описані технології змін, представлені в формі емпірично підтверджених терапевтичних інтервенцій [31; 32; 33; 28].

Продовжують з'являтися нові публікації, професійна література, про природу дорослих любовних стосунків [34; 35; 36; 28] та його феномена, та була «прихована» від терапевтів, які працюють з подружньою парою [37]. Крім того, стали доступні для більш широкого кола розробки, які стосуються важливих аспектів терапії пар – роль емоцій в процесі змін [38; 39] та значущих інтервенцій для досягнення зміни [40].

Терапія пар як окремий напрямок починає активно розвиватись та мати запит серед клієнтів [41]. Терапія пар або сімейна терапія стає все більш популярною та набирає вагомих результатів в ході терапії навіть коли мова йде про «індивідуальну» симптоматику – депресії, тривожних розладів, хронічних захворювань [42; 43; 44]. Завдяки останнім дослідженням, які показали зв'язок між якістю близьких стосунків, соціальної підтримки та індивідуальним фізичним та психологічним благополуччям, за рахунок більш ефективного функціонування імунної системи та зменшення наслідків стресу і травм [45]. Міцні любовні стосунки асоціюються з узгодженим позитивним сприйняттям себе, і сприяють особистісному зростанню та самоактуалізації [46; 47]. Фактично, з'являється все більше підтверджень того, що «дбайлива турбота», яку можливо отримати завдяки близьким стосункам, захищає нас від фізичних та емоційних хвороб та підвищує стресостійкість [48]. На основі цих досліджень можна зробити наступні висновки, наприклад, що емоційна ізоляція для людини шкідлива більше, ніж куріння [56] так і більш специфічні висновки, наприклад, що здатність покладатися на інших позитивно впливає

на стан серцево-судинної системи, запобігаючи віковим порушенням [49]. З'являються дослідження нейробиології близьких стосунків, в яких вдається ідентифікувати специфічні регуляторні механізми – такі як рівень гормону – окситоцину, на – званого «гормоном обіймів» який має здібності захищати нас від хвороб [50].

В галузі психічного здоров'я – подружня терапія все частіше звертається за допомогою та визнається основною з напрямків психотерапії в покращенні стосунків та благополуччі сім'ї в цілому. Подружня терапія допомагає у вирішенні негативного впливу соціального оточення та запобіганню розлучень [51; 52] як наслідок соціального явища сучасного світу та динамічності відбувається скорочення інших джерел сумісності [53].

Зростаючий рівень депресій та тривожних розладів в різних культурах виникає як наслідок втрати «соціального капіталу» [54]. Залежність від наших партнерів за прив'язаністю стосунків як джерело підтримки та відчуття єдності, напевно один із тих явищ, які допомагають виживати в складних та стресових умовах сучасного світу.

Виходячи з цього можна зробити припущення, що якість близьких стосунків в житті людей має все більше значущості. В спробах відновити подружні та сімейні стосунки, серед населення зростає усвідомлення цінності консультацій і професійної допомоги. Дорослі любовні стосунки починають розглядатися як процес, який можна зрозуміти, на який можна вплинути і який можна налагодити. Шлюбне партнерство все частіше обирається як кероване та залежне від самих учасників [28], а ніж щось з області потойбічного (езотеричного) [28, с. 21 – 24]. Та прийняття людей такими, якими вони.

Якщо партнери знаходяться під впливом дистресу, це не означає, що їх слід вважати дефіцитарними. Багато психотерапевтів приходять до думки, що проблеми в подружніх стосунках слід розглядати виключно як відображення того чи іншого впливу зовнішнього середовища, та недостатньої кількості внутрішнього ресурсу подолати стрес.

Потреби партнерів, їх бажання і первинні емоційні реакції вважаються в цілому здоровими та адаптивними. Проблема може виникати тоді, коли базові потреби не задовольняються, а бажання виражаються, з урахуванням відчуття вразливості та небезпеки в стосунках.

Як зауважив З. Фройд, «ми ніколи не буваємо настільки беззахисні, як тоді, коли кохаємо». Коли емоційні реакції заблоковані, заперечуються або спотворені – це призводить до дисфункції. Терапевт швидше підтверджує переживання і реакції клієнта, ніж вчить його діяти по-іншому. Клієнти розглядаються як люди, які застрягли в певних «поглинаючих» емоційних станах і самопідтричуючих циклах взаємодії, а не як порушені в цілому. Подружжя зациклюються на певних способах, якими вони переробляють, організують і регулюють свої емоційні переживання, а також на певних способах взаємодії один з одним. Передбачається, що, якщо взяти до уваги наявний у них досвід, подружжя будуть поводитись послідовно; у них є вагомі причини для того, щоб обмежувати свої переживання та їх вираження в контакті з партнером. І це завдання терапевта побачити «приховану раціональність» за реакціями подружжя, які можуть виглядати деструктивно та іраціонально [28, с. 34 – 35; 29].

1.2 Психологічна дизгармонізація подружніх стосунків в стресових ситуаціях

Сім'я є одним з основних інститутів суспільства та основою кожної держави. Маючи свої механізми й закономірності, систему унікальних духовних і матеріальних цінностей, свій власний неповторний психологічний мікроклімат, структурно-функціональні виміри, завдяки яким сприймається весь світ. Де разом із навколишнім світом по-своєму розвивається та видозмінюється, реагуючи на вимоги часу. Саме в сім'ї людина робить перші

кроки до соціалізації, відповідаючи на громадські потреби, які також сама і створює [1].

Кожна людина все своє життя, стикається з різними кризовими ситуаціями, як в особистому так і в подружньому житті. В якому кожна сім'я по-різному протистоїть кризам та життєвим складнощам. Для одних сімей наслідок несприятливого впливу кризових ситуацій буде лише посилювати сімейні проблеми: часткова або повна відсутність задоволення подружнього життя, зростання конфліктів, різні види насилля, аб'юз, хвороби, розлучення тощо. Для інших буде навпаки, під впливом зовнішніх або внутрішніх чинників стресу, для подолання кризи та збереження сім'ї, будуть посилювати свою згуртованість та зусилля. Здібності справлятися з життєвими труднощами та діяти конструктивно за будь-яких обставин, буде відповідати саме тип сім'ї, а саме – 2 типи сім'ї: сім'ї нормально функціонуючі та сім'ї дисфункціональні [2].

«Нормально функціонуюча (гармонійна) сім'я» – це сім'я, яка функціонує відповідно до норм, створеними нею самою або запозиченими з навколишнього соціуму. При цьому норма – це не оцінка, яку дає зовнішній спостерігач, а характеристика сім'ї, що відображає всі аспекти її життєдіяльності. У нормально функціонуючій сім'ї задовольняються базові потреби її членів (в безпеці та захищеності, в прийнятті та схваленні, в зростанні і зміні, в самоактуалізації). Це, з одного боку, забезпечує взаємну підтримку, а з іншого – автономію членів. Всі родичі пов'язані теплою емоційною прихильністю один до одного, їх ролі в родині не конкурують, а доповнюють один одного. Ніхто не узурпує собі функції іншого і не ігнорує свої обов'язки. У середині сім'ї відсутні стійкі підгрупи, об'єднання одних членів проти інших. В таких умовах всі вікові труднощі, всі особливості різних типів акцентуацій особистості значною мірою згладжуються і не ведуть до соціальної дезадаптації. Гармонійна сім'я сприяє виробленню свого роду «психологічного імунітету» до несприятливих впливів середовища, більш

високої резистентності до дій психічних травм. Проте однієї внутрішньої сімейної гармонії мало. Сім'я не може бути визнана нормально функціонуючою, якщо вона сама знаходиться в конфлікті з найближчим оточенням, ізолює себе від суспільства і навіть протистоїть йому» [2].

«Дисфункціональна (негармонійна) сім'я» – виявляється порушенням, внаслідок чого передумови для виникнення горизонтальних і вертикальних стресорів. Горизонтальні (нормативні) стресори – це критичні точки проходження сім'єю стадій життєвого циклу. Вертикальні стресори мають на увазі формування, фіксацію та передачу патернів емоційно-поведінкового реагування від представників одних поколінь представникам інших. У деяких випадках їх дія сприяє диференціації функціонування сім'ї, а в інших є патологізуючим сімейне наслідування. Прояв горизонтальних і вертикальних стресорів у дисфункціональних сім'ях, як правило, посилює їх порушення. Виражена дисфункція формує сімейну роль «носії симптому», яку приймає на себе член сім'ї, який має найменший соціальний статус внаслідок різноманітних фізичних або психологічних причин. У ролі «носія симптому» ця людина виступає важливою ланкою в нервово-психічному складному механізмі патологічної адаптації індивіда розладом, загалом» [2].

Визначення та діагностика порушень сім'ї є непростим завданням для психолога (психотерапевта), коли різні обставини можуть вплинути на цей процес, а саме:

1. складність сім'ї, як соціальної та психологічної системи. На формування яких впливає: соціально-економічні умови проживання; культурні норми, звичаї, традиції; особистісні особливості її членів; характер її соціального оточення тощо [2];

2. відсутність єдиного підходу до дослідження сім'ї і єдиного розуміння її сутності [2];

3. предметом вивчення психології та психотерапії сім'ї є та область соціального життя, яка схильна до впливу соціальних стереотипів. Коли звичайний досвід впливає на формування уявлень про сім'ю [2];

4. скритність (інтимність) багатьох подій ,які відбуваються в сім'ї, а також їх мінливість і відсутність чітких меж [2].

Три групи завдань стоять перед фахівцями, які вивчають психологію і психотерапію сім'ї, а саме:

1. виявлення основних параметрів сім'ї, які необхідно враховувати при її психологічному аналізі;
2. вибір методів для отримання необхідної інформації про сім'ю яка має психологічний вплив на неї;
3. визначення показань до сімейної діагностики та психотерапії, коли потрібно звертатися до аналізу сім'ї [2].

Протягом усього життєвого циклу, сім'я постійно стикається з різними важкими ситуаціями, деякі з них об'єктивно порушують життєдіяльність людини / сім'ї, суб'єктивно, людина не може подолати самотійно бо сприймаються як складні [2; 3; 4]. Інколи це є результатом дії горизонтальних та вертикальних стресорів, інколи як наслідок несприятливого впливу соціальних процесів.

До несприятливого впливу соціальних процесів відносять такі фактори [2]:

1. глобальні: війни, тероризм, екологічні катастрофи, природні лиха (землетрус, повінь), техногенні катастрофи (вибухи, пожежі, аварії тощо);
2. макросоціальні: національні та етнічні протиріччя, економічні кризи, культурне протистояння, міграція і відрив від рідного середовища;
3. мікросоціальні: конфліктні відносини виробничими установами, армією, правовими інститутами [2].

До горизонтальних і вертикальних стресорів -відносять [2]:

1. труднощі, що виникають при переході від однієї стадії життєвого циклу до іншої (укладання шлюбу і пристосування до спільного життя, налагодження відносин з родичами, поява дитини та її виховання, догляд дітей з сім'ї та ін.);

2. труднощі, викликані з необхідністю паралельного рішення відразу багатьох проблем на певній стадії життєвого циклу (одночасне ведення домашнього господарства, виховання дитини, завершення отримання освіти, освоєння професії і вирішення житлової проблеми);

3. труднощі, пов'язані з несприятливими варіантами життєвого циклу (відсутність в сім'ї одного з членів, поява вітчима, народження позашлюбної дитини, наявність хворого члена сім'ї тощо).

Знаючи ці умови, можна визначити приблизне коло сімей, які будуть мати потребу в отриманні психологічної допомоги [2].

Сім'я, яка проживає в деструктивному районі (локального збройного протистояння, соціальних або етнічних конфліктів, екологічного, економічного неблагополуччя, яке постраждало від стихійного лиха, техногенної катастрофи тощо) [2].

Численні труднощі, які виникають перед сім'єю та загрожують її життєдіяльності, за силою та тривалістю свого впливу поділяються на гострі і хронічні (смерть одного з членів сім'ї, звістка про подружню зраду, раптові зміни в долі, матеріальному чи соціальному статусі – арешт одного з членів сім'ї, велика майнова втрата, втрата роботи, несподіване важке захворювання). Хронічні труднощі до яких відносять надмірне фізичне та психічне навантаження в побуті і на виробництві, складності при вирішенні житлової проблеми, тривалий і стійкий конфлікт між членами сім'ї, неможливість мати дитини та ін. [2].

Вплив складних життєвих ситуацій на сім'ю зачіпає різні сфери її життєдіяльності та призводить до порушень її функцій (виховної, господарсько-побутової, сексуально-еротичної та ін.) [2]. Які впливають на

благополуччя членів сім'ї, заважаючи їм задовольняти свої потреби, викликають дискомфорт та стан внутрішньої напруги. Що в подальшому може призвести до соматичних, нервово-психічних та поведінкових розладів, гальмуючи розвиток особистості. В залежності від довгостроковості цих наслідків, буде залежити, як сім'я та кожен її член буде надавати значимість ситуації в цілому [2].

Долаючи життєві труднощі для кожної сім'ї це буде по-різному. Для одних наслідки несприятливих впливів та подій, будуть загострювати та порушувати комунікацію, наростаючи порушенню конфліктності, зниження задоволеності сімейним життям. Інші ж, навпаки, для збереження сім'ї та подолання кризи, збільшать свою згуртованість і примножать зусилля. Пояснення різності неоднакової стійкості сімей до складнощів полягає в певних внутрішньосімейних копінг-стратегіях подолання криз, та вміють впоратися з проблемою і забезпечують досягненню успіху. Однією з перших робіт в цій області була монографія Р. Хіла [5], в якій автор описав модель сімейної кризи в період тривалої відсутності батька і концепцію сімейного копінг-подолання сімейним стресом. Згідно АВСХ моделі Хіла, Сімейне кризи (Х) залежать від наступних факторів: стресора (А), сімейних ресурсів (В) і суб'єктивної інтерпретації стресора в сім'ї (С). До особливих сімейних ресурсів, які їй дозволяють легше пристосуватися до несприятливих умов,-відносяться: гнучкість взаємовідносин між родичами, середня ступінь рольових очікувань, згуртованість сім'ї, відкритість в сприйнятті навколишнього світу [6]. Психологічні дослідження і психотерапевтичний досвід підтвердили, що здатність сім'ї справлятися з будь-якими труднощами та підготовка до них, підвищують її стійкість до стресу. У той же час конструктивне рішення проблем залежить не тільки від інтелектуальних можливостей членів сім'ї, але також від її особистісних особливостей: здатності до самообмеження, зменшення рівня споживання, готовність брати

на себе великі навантаження, вольові якості, прагнення до взаємодії та компромісів [2].

В подальшому послідовники теорії Р. Хіла розвинули та вдосконалили її. Так неможливість подолання первинного стресору, який виникає як наслідок дисфункціонального копінгу – (наприклад, з такою подією, як розлучення), може спровокувати нові складності (безсонні ночі, почуття самотності, тривогу за майбутнє дітей, що залишилися без одного з батьків), викликають нові процеси когнітивної оцінки ситуації, нові емоції і подальші копінг-відповіді [7; 8; 11]. Більшість дослідників стверджують, що сімейний стрес це є порушення гомеостазу сім'ї на критичну життєву подія. Така подія вимагає змін сімейної системи та більш довготривалих зусиль для пристосування. Однак для збереження сім'ї цілісною, сімейний стрес можна розглядати як послідовність щоденних фруструючих подій, з якими людина повинна впоратись в повсякденному житті [5; 11].

Для розуміння причини наступних стратегій сім'ї у важких життєвих ситуаціях, необхідно врахувати, які саме механізми подолання певного роду стресів будуть використовуватись в тій або іншій ситуації (наприклад, в групах сімей, мікростресорами для кожного члена сім'ї будуть різні чинники: для чоловіків – сварки з дружиною, дітьми, колегою по роботі; для матерів власна хвороба, сварка з дитиною, їх власне майбутнє; для їх дітей – сварки з батьками, братом чи сестрою, другом або подругою. В групі сімей здорових осіб: для чоловіків – недолік грошей, сварка з дружиною, поточна робота; для матерів надлишок виробничих обов'язків; для їх дітей – сварки з батьками, друзями, надлишок шкільних домашніх завдань. При цьому саме тип сім'ї (а не невроз) визначав вибір конструктивної копінг-поведінки «вирішення проблем». Тобто сім'ї які мають збалансований рівень згуртованості та адаптації, оберуть стратегію гнучкого типу прив'язаності. Отриману закономірність можна пояснити, використовуючи поняття латентного сімейного порушення [2; 9].

«Латентне сімейне порушення – це таке порушення, яке не надає істотного негативного впливу на життя сім'ї в звичайних умовах, проте відіграє значну роль у важких життєвих ситуаціях, визначаючи нездатність сім'ї їм протистояти» [2, с. 35]. За будь яких обставин (буденне життя чи криза) члени сім'ї спілкуються в звичайних умовах, але в складних життєвих ситуаціях має велике значення здатність сім'ї протистояти їм. Комунікація між членами сім'ї, почуття одне до одного, розподіл між собою прав та обов'язків та чи здатні виконувати різноманітні функції в сім'ї. У звичайних умовах певні порушення (помірна конфліктність, знижена здатність членів сім'ї вимог один до одного) цілком припустимі та не будуть негативно впливати на життя сім'ї.

Однак у важких ситуаціях та стресостійкості сім'ї цього виявляється не достатньо. Саме реакція сімей на проблеми має значення та буде їх відрізнити між собою. У сім'ях, де латентні порушення відсутні або вони мінімальні, відбувається внутрішня мобілізація. Там, де є порушення, це важко здійснити. В результаті формуються передумови до виникнення сімейно-обумовлених психотравмуючих станів: глобальної сімейної незадоволеності, «сімейної тривоги», почуття провини, складні нервово-психічні та фізичні напруження [9; 10].

Знання про латентні порушення допомагає зрозуміти особливості функціонування сім'ї в кризових ситуаціях. Важкі умови сімейного стресу не просто виступають як фактор, що порушує ті чи інші сторони життєдіяльності сім'ї, а визначають, які саме сімейні копінг – стратегії будуть обрані для подолання проблеми.

Латентні сімейні порушення можуть бути обумовлені дією двох сил [2]: особливостями внутрішньо сімейних стосунків та індивідуально-психологічні особливості членів сім'ї.

У першому випадку в якості латентних можна виділити наступні ускладнення внутрішньосімейних стосунків [2]:

- порушення уявлень родичів про сім'ю та особистості одне одного;

- порушення міжособистісної комунікацій в сім'ї;
- порушення механізмів інтеграції родини;
- порушення структурно-рольового аспекту життєдіяльності сім'ї.

У другому випадку в їх основі будуть лежати [2]:

- сексуальна дисгармонія подружжя;
- психологічна несумісність (протиріччя темпераментів, акцентуації характеру, емоційних відносин);
- несумісність рівня духовності (відмінність в ціннісних орієнтирів, рівню освіти, соціального походження, культурних норм, традиціях тощо) [2].

Всі перелічені явища дають нам зрозуміти, яким складним, багаторівневим та диференційованим повинен бути підхід до вимірювання благополуччя та розуміння сім'ї [2].

В сімейному житті поведінка всіх членів сім'ї взаємозумовлена. У зв'язку з чим можна сказати, що задоволеність сімейними стосунками (є важливою) в ставленні один до одного та пов'язана з взаємо заохочувальною поведінкою членів сім'ї. В дисгармонійних сім'ях негативних проявів взаємодії між членами сім'ї більше, ніж позитивних. А в позитивному прояві та ставленні до сторонніх осіб набагато більше, ніж до власної сім'ї.

Не залежно від того який тип сім'ї, благополучний чи дисгармонійний, проблеми виникають однакові, різниця полягає тільки в тому, чи буде переважати в сімейних взаєминах, наявність зрілої взаємо позитивної поведінки в ситуаціях для розв'язання проблем [1].

1.3 Психологічні особливості реабілітаційного процесу в сім'ях військовослужбовців

Для кожної родини, не залежно від країні проживання, підписання контракту чи призив на військову службу членів сім'ї завжди є стресом. Кожен член сім'ї відчуває дуже різні почуття та емоції, у зв'язку з чим

виникають різні наслідки, яких вона не обирала та не погоджувалася [12]. Щодня приходиться мати справу з цими переживаннями, боротьби та значних жертв, до прикладу [12]:

- сім'я функціонує без одного з батьків (чоловіка чи жінки) тривалий час у період підготовки або виконання бойового завдання;
- сім'ї часто не вистачає військовослужбовця у свята, дні народження і спеціальні події, на яких він не може бути присутнім, перебуваючи далеко на навчанні або виконуючи бойове завдання;
- якщо військовослужбовець навіть живе з родиною, то його робочий день невнормований;
- сім'я налаштована на сприйняття військової служби понад усе і на функціонування за умов відсутності одного з її членів;
- кожний член сім'ї переживає дистрес, тому що близька людина може не повернутися з війни чи з бойового завдання, або повернутися змінена – психологічно і / або фізично [12].

Специфіка терапії з такими родинами вимагає зауважень певних умов та потреб роботи з усією сім'єю. Військовослужбовці США після участі в бойових діях в Афганістані та Іраку мають певні умови та рекомендації, ще до початку терапії з сім'єю, тримати всю сім'ю у фокусі терапії, проводити терапію родини як цілісної системи [12; 13]. Відомо, що сім'я, то є маленька система яка пов'язана та має вплив на всіх членів родини. Тому для ефективності та кращих змін необхідно працювати зі всіма членами сім'ї. Де основну увагу терапії треба зосередити на сім'ї загалом, динаміці її життя, проблемі адаптації до життя після війни, на її і на справжньому її зціленні від труднощів. Ефект терапії є двостороннім: здорова сім'я допомагає зціленню військовослужбовця, і навпаки. Така природа сімейних систем, як елемента будь – якої системи, особливо сімейної, завжди взаємопов'язані, функціонування та вплив одного з елементів на всіх інших [14].

У США розроблено ціла низка програм, протоколів і динамічних моделей, спрямованих на допомогу ветеранам в індивідуальній терапії [12; 15]. Незважаючи на те, що в багатьох дослідженнях незмінно демонструють вплив психотравми на всіх членів сім'ї [12; 16], все одно спостерігається брак даних щодо якоїсь однієї універсальної схеми терапії родин військових. У деяких дослідженнях висвітлено підсистеми чоловіка чи батька [12; 17] або пари [18], але тільки в декількох роботах подано дослідження терапії сімейної системи в її цілісності [12].

На задоволення подружнім життям та сімейну динаміку які мають вплив, розглянемо такі чинники терапії. Вплив на людину, після повернення з бойового завдання або військової служби, не залежно від того чоловік чи жінка, вносить вагомі зміни як фізично так й емоційно. І це вже зовсім інша людина за своїм внутрішнім сприйняттям світу та цінностей. Яку важко зрозуміти членам сім'ї. Будь-які тілесні ушкодження, (множинні ампутації, черепно-мозкові травми, важкі травм обличчя тощо [19]) які сталися з військовослужбовцем під час війни, в поєднанні з невидимими моральними травмами, (від споглядання наслідків війни, стресів пов'язаних із службою у збройних силах [12; 21] мають великий вплив на його психіку [20]. Професійні обов'язки, до яких входить відрядження, для виконання бойових чи службових завдань військової служби, має додатковий стрес для всієї сім'ї. Повсякденне спілкування, через розлуку позбавляє членів сім'ї, робити це у звичайному режимі. Але це не обов'язково впливає негативно на загальне задоволення або якість подружніх стосунків.

На задоволеність подружнім життям, для пар, які були роз'єднаних через військові конфлікти або просто служив в армії, перебуваючи вдома: рівень задоволення подружнім життям, відданості подружжя одне одному; рівень впевненості, що шлюб може зберігатися тривалий час; кількість розлучень або насильство в сім'ї – було з'ясовано, що все це не має істотних відмінностей в стосунках.

Було встановлено, що у випадку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовця або в одного з членів пари у якого був ПТСР, значно частіше впливає на істотні відмінності та конфлікти в родинях, ніж в інших сім'ях, а рівень задоволення сімейними стосунками та рівень впевненості у шлюбі нижчий. Отже, на якість сімейних стосунків не так розлука має негативний вплив, після повернення військовослужбовців додому з бойової місії, як симптоми ПТСР [12].

Як показали дослідження: чим ближче в часі було бойове завдання, тим більше ймовірність того, що розвиток симптоматики (ПТСР), пов'язані зі стресом. Як наслідок в подальшому це призводило до низького рівня задоволення подружнім життям. Багато досліджень підтверджують, що симптоматика ПТСР має великий вплив на загальне здоров'я та самопочуття людини; сон, дисоціації, серйозні сексуальні проблеми, все це значно знижує рівень задоволеності подружнім життям [12]. Здатність до емоційної відкритості та доступності для членів родин та інших людей, стає дуже обмеженою або неможливою (для того хто має ПТСР) із-за високого рівня інтенсивності симптомів травми.

Домашнє насильство також є важливим напрямом терапії сім'ї. Доведено, що в сім'ях військових досить часто спостерігаються серйозні форми домашнього насильства, які не завжди мають відношення до наявності стресових чи інших розладів у військовослужбовців [12; 22]. Так само, що участь у бойових діях не є визначальною та має вплив на домашнє насильство, про що свідчать дослідження. Але за свідченнями дружин солдатів та ветеранів, (особливо у перший рік після повернення додому [12]), повідомляють про значну кількість випадків насильства з боку військовослужбовців та ветеранів, після повернення з бойових завдань чи війни [12; 23].

Тому можемо зробити деякі припущення, що для запобігання та подальшого розвитку насильства в сім'ї, приділяти як можна більше уваги

молодим парам та сім'ям, після повернення військовослужбовця зі службового відрядження, ще у перший рік .

Наступним важливим кроком в сімейній терапії є робота з дітьми. В нових дослідженнях було виявлено вплив на самопочуття та інтенсивність переживання стресових життєвих подій саме дітьми, в сім'ях, де в одного з батьків є симптоми ПТСР [12; 25]. Такі додаткові стресори не дають дитині змоги успішно навчатися в школі та впливають на поведінку та емоційні почуття безпеки, спокою та комфорту в сім'ї.

Реінтеграція – є однією з суттєвою проблемою, яка пов'язаною з військовою службою та впливає на сімейну динаміку. Тому що під час тривалої розлуки військові і їхні сім'ї живуть різним життям. А тривалість розлуки, рік чи більше, закріплює ці «різні» способи життя.

«Відокремлений від родини військовослужбовець (солдат, офіцер) вчиться функціонувати як особистість і піклуватися про себе та безпеку бойової команди. В цей час його дружина справляється з робочим навантаженням, яке раніше розподілялося на двох. Було встановлено, що риса, яка допомогла дружині впоратися без чоловіка, а саме – незалежність, стає тим руйнівним чинником, що спричиняє найбільші проблеми при возз'єднанні сім'ї. Отже, конструктивний механізм в умовах тимчасової відсутності чоловіка стає деструктивним механізмом після його повернення і спроби реінтегруватися в родину» [12; 24].

Але інколи все відбувається навпаки, у зв'язку з тим що розлука буває дуже часто в сім'ях військовослужбовців, і для них це стало вже нормою. За результатами деяких дослідження є данні, які показують, що розлука здатна допомагати сім'ям ставати стійкішими, загартованішими та творчими у підходах до подолання відстані між один з одним [12; 24]. Було також встановлено, що під час службового чи бойового відрядження щоденне спілкування, допомагають зміцнити стосунків в парі [12; 24].

Спілкування може відбуватися електронною поштою або веб-камери чи мобільного телефону. За умови частих відряджень, звичка до регулярного спілкування, загартовує характер та стає його частиною.

Родини, які вміють долати труднощі разом є й резерв до стійкості. Отримуючи досвід життя під час розлуки, допомагають військовослужбовцям в адаптації після повернення чи демобілізації [12, с. 80 – 82]

З самого початку армія делегувала рішення про лікування військовослужбовців медичним закладам. І ця практика використовується майже в усіх країнах світу. Одна з найефективніших стала програма по відновленню під назвою «Експериментальна програма оцінювання здоров'я військовослужбовців» (SWAPP — Soldier Wellness Assessment Pilot Program), застосована в Порт Льюїсі, штат Вашингтон [27, с. 427] (додаток 18.1).

«Експериментальна програма оцінювання здоров'я військовослужбовців»

Експериментальна програма оцінювання здоров'я військовослужбовців, розроблена у Форт Льюїсі, штат Вашингтон, на основі Програми циклів підтримки і відновлення (DCSP), стала однією з найефективніших і найпопулярніших з подібних програм. Вона має на меті [27]:

- створити стандартні методи оцінювання здоров'я солдатів до та після військової служби;
- сформулювати більш широке визначення поняття «здоров'я», яке містило б фізичні, емоційні, духовні аспекти, фінансові та правові потреби;
- зробити інформацію доступною для командування та медичного персоналу;
- забезпечити кожного військовослужбовця можливістю індивідуальної зустрічі з фахівцем.

Програма реінтеграції військовослужбовців загалом виконуються таким чином, що якщо у солдата виявляють якісь психологічні чи фізіологічні проблеми за ним закріплюють соціального працівника. Ця людина стежить, щоб солдатів призначили необхідне лікування та усі необхідні рекомендації

були виконані. Термін лікування погоджуються з командуванням. В разі якщо солдат потребує продовження лікування, для нього призначають медичного працівника, який стежить за ходом його лікування, з метою повного одужання та повернення до військової служби. Так само це стосується тих військовослужбовців, які мають проблеми з психічним здоров'ям, отримують допомогу від медичних закладах [27].

Військові, які мають проблеми з психічним здоров'ям, як правило звертаються за допомогою до місцевих психіатричних закладів. Для тих, хто відправляється на бойове завдання, місцеві клініки пропонують широкий вибір різних методів лікування. В яке також входить психотерапевтичне лікування, яке включає в себе такі напрямки: індивідуальна, когнітивна, поведінкова або психоаналітична психотерапія. Також дуже широко застосовуються групові методи лікування військовослужбовців із схожими проблемами, які страждають від депресії, адаптації до військового життя, орієнтованих на практичні навички управління гнівом. В терапії сімейних проблем також використовують різні підходи та методи допомоги. В окремих випадках можливе застосовують лікарські засоби. Лікування ПТСР відбувається відповідно до затверджених протоколах роботи з даною проблемою [27].

В лікуванні підтримується оптимістичний настрій військовослужбовця, та робиться акцент на його здатність до відновлення, підбадьорення є важливим елементом для багатьох військовослужбовців. Лікар має донести до пацієнта таку думку: «Те, що Ви відчуваєте зараз, є очікуваним наслідком участі у воєнних діях. З часом Вам стане краще. Деякі методи можуть також пришвидшити одужання...» [27].

«Програма психологічної підготовки Battlemind» була розроблена з метою нормалізації поведінки військовослужбовців під час виконання бойових завдань та повернення додому. Ця програма також допомагає військовослужбовцям через навчання практичним навичкам, керувати власними психологічними реакціями під час служби. «Психологічна

підготовка солдата» — це загартованість характеру та його готовність боротись із негараздами і страхом під час бою. Програма спрямована на розвиток психічної стійкості та впевненості в собі та своїх діях. Але ці корисні військові навички можуть завадити після повернення до нормального цивільного життя. «Психологічна підготовка військовослужбовця» — це метод підготовки до нормального життя після фронту.

Основними принципами програми є [27]:

- солдат може страждати від воєнних «ушкоджень» (наприклад, мати неадекватну реакцію на ситуацію, яка раніше була для нього небезпечною, але зараз проявляється, як нездатність пристосувати бойові навички до повсякденного життя);
- просити про психологічну підтримку не значить бути слабким;
- потрібна мужність, щоб звернутися по допомогу;
- здатність керівництва надати необхідну допомогу кожному військовослужбовцю [27].

Перед демобілізацією обов'язковим є спочатку відвідування короткого вступного курсу, в якому приділяється увага основним концептам підготовки до повернення в цивільне життя. Через 3 та 6 місяців, під час повторного тренінгу, військовослужбовцям показують підготовлені відеоролики, які відтворюють випадки найтипівіших проблемних ситуацій, з якими стикаються демобілізовані солдати. Особлива увага приділяється методам, які допомагають впоратись із проблемними ситуаціями.

Психологічний тренінг або «BATTLEMIND»

«BATTLEMIND» — це аббревіатура складових тренінгу військовослужбовців [27]:

Buddies — бойова згуртованість, дружні стосунки

Accountability — відповідальність

Targeted Aggression — стримування агресивності

Tactical Awareness — тактична обізнаність і недоцільність надзвичайної настороженості

Lethally Armed — усвідомлення недоцільності очікування смертельної небезпеки вдома

Emotional Control — контроль емоцій

Mission Operational Security — правила безпеки у військових операціях

Individual Responsibility — особиста відповідальність

Non-Defensive (combat) Driving — стримування агресивного стилю водіння

Discipline and Ordering — дисципліна і безконфліктність [27].

З метою попередження криз та покращення зв'язку між військовослужбовцями та їхніми родинами, застосовують ці стандартизовані та опрацьовані практично з метою, пом'якшення страждань та прискорення одужання після стресу.

При включенні цих програм мають враховуватися такі міркування [27]:

- фахівці мають залучити родини військових і самих військових до запланованого відновлення та реінтеграції.
- негативний стрес є очікуваним на цьому етапі і не потребує медикаментозного втручання.
- опісля повернення зі служби солдати мають отримати доступ до консультацій професійних психологів.
- навчання родин військовослужбовців та їх інформування про доступні ресурси. Це є також важливим, як і підготовка самих військових. Послуги для членів родин військових мають бути легкодоступними, можливо, навіть більше, ніж під час служби. Родини з гострою потребою в психологічній допомозі часто мають ще більші потреби, і вони мають бути задоволені, як і потреби тих, хто не намагається отримати психологічну допомогу. Громада зазвичай не може надати достатньої або адекватної інформації навіть у багатонаселених містах.

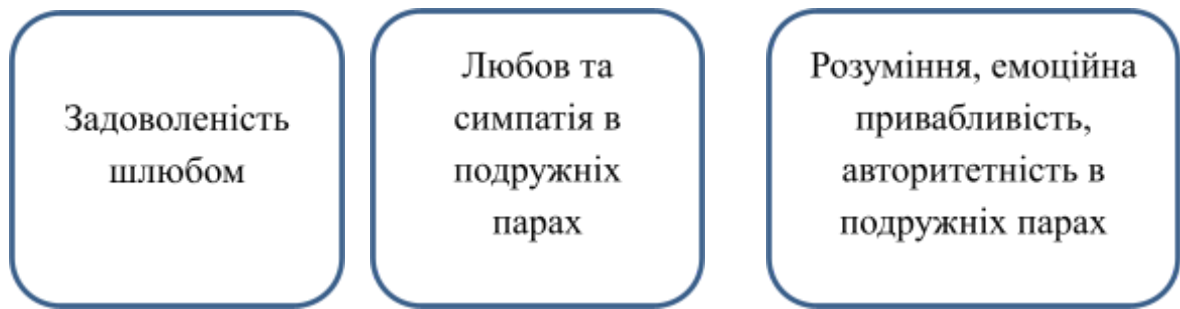
Родини солдатів, які проходили дійсну військову службу, можуть стати значним випробуванням для фахівців. Наприклад, за 2001 рік кількість звернень по психологічну допомогу до клініки Мадіган Армійського медичного центру амбулаторної психіатрії становила 8000 випадків, а це стільки ж, скільки за 6 місяців 2005 року [27, с. 428 – 429].

Після військових операцій, відповідальність за відновлення психіки солдатів та їхню реінтеграцію порівну лягає як на саму армію так і на родину військовослужбовців та суспільство, які мають об'єднатися для їх підтримки [27].

1.4. Теоретична модель

Узагальнюючи теоретичний частині нашого дослідження та підсумовуючи отриману інформацію з наукових джерел за темою особливості : подружніх стосунків учасників АТО в процесі реабілітації, представляємо дослідницьку теоретичну модель , яка зображена та рис.1





Висновки до першого розділу

В першому розділі нами було розглянуто особливості подружніх стосунків та їх зміну під впливом стресових, дестабілізуючих ситуацій. Історично ми торкнулися цього питання, починаючи з Першої світової війни, що змінилось за цей час, в редакції, поведінці людини та взаємин в середині сім'ї та подружжя. Як держава вплинула не тільки на загальні соціальні явища, але й сім'ю та її правил та взаєморозуміння в цілому.

Проаналізувавши праці різних досліджень, наукових праць та отриманого досвіду як радянських так і закордонних колег. Ми бачимо, що з кожним наступним поколінням та соціальними змінами, правилами, законами в суспільстві та бажанні допомогти людині, військовослужбовцям та їх сім'ям адаптуватися та знайти ресурс та здорові коріння-стратегії для подальших здорових взаємин, як в сім'ї так і в соціумі.

Дякуючи американським дослідженням та сучасним теоріям сімейних стосунків, ми маємо припущення. Що для допомоги та ефективної програми реабілітації, задля запобіганню негативних впливів на стосунків в парі та сім'ї, необхідно виконувати реабілітаційну програму – до відправлення в зону бойових дій, під час та після. Як індивідуально, з військовослужбовців так і з їх дружинами та дітьми. Під час перебування, робота виконується із сім'єю, та

після, як адаптація до цивільного життя, в тому числі групові родинна реабілітація.

РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПОДРУЖНІХ СТОСУНКІВ УЧАСНИКІВ АТО В ПРОЦЕСІ РЕАБІЛІТАЦІ

2.1. Дизайн дослідження

Емпірична частина роботи присвячена опису результатів дослідження впливу реабілітаційної програми на покращення подружніх стосунків. Визначити та проаналізувати вплив та ефективність індивідуальної та парної психотерапії, одночасно з медико – психологічною реабілітацією, на покращення подружніх стосунків в часі. Та чи допомагає це покращити якість подружнього життя та рівень самоствалення і самооцінки.

В дослідженні для кількісного аналізу було використано діагностичні методики, які виміряли рівень задоволеність шлюбом, любові та симпатії один до одного, розуміння, емоційна привабливість, авторитетність- до та після участі в реабілітаційній програмі.

Проект сімейно-психологічної реабілітації «Найрідніші», було проведено в період з 08.12.19 по 21.12.19 на базі Центру реабілітації ветеранів ОУН-УПА «Говерла».

В проєкті приймали участь 9 подружніх пар учасників АТО з різних міст України, загальна кількість – 18 досліджуваних. У дослідженні брали участь військовослужбовці та їх дружинами з різних міст України, які мали складні стосунки в подружніх парах. Та контрольна група 9 цивільних подружніх пар – загальна кількість 18 досліджуваних з різних міст України.

Всього в дослідженні взяли участь 18 осіб: 9 подружніх пар. Вік досліджуваних – 25 – 57 років.

Для кількісного аналізу всі учасники дослідження, заповнювали індивідуально паперові бланки – опитувальники з підібраними трьома тестовими методиками до та після проходження групової та індивідуальної психотерапії, з 09.12.2019 – 21.12.2019 р.

Під час проведення програми з психологічно-тренінгової реабілітації, було проведено:

- психодіагностика емоційних стосунків між партнерами в шлюбі, за допомогою тестів – опитувальників :

- 1) «Задоволеність шлюбом» (В. В. Столін, Т. Л. Романова, Г. П. Бутенко)

- 2) «Розуміння, емоційна привабливість, авторитетність (та повага партнерів в шлюбі)» (РЕА) (А.Н. Волкова, модифікація В.И. Сліпкової)

- 3) «Шкала Любові та Симпатії» (З. Рубін, модифікація Л. Я. Гозмана та Ю.Е. Альшиної)

- індивідуальні та сімейні психотерапевтичні сесії , які були спрямовані на відновлення комунікації та взаємопорозуміння між подружжям.

9 подружніх пар, які брали участь в проєкті. За допомогою на сімейну та індивідуальну психотерапію звернулись 6 пар, з яких три пари отримували консультації кожного дня, терапевтичні сесії відбувались за різним ступенем інтенсивності, у вільний час від ранкових та вечірніх занять йогою та спільними груповими заняттями.

Кожна сесія з 1 парою тривала 90 хвилин, індивідуальні 60 – 90 хвилин.

Теми з якими звертались пари: взаємопорозуміння та повага один до одного; насилля в сім'ї (психологічні /фізичне); тривога та депресія та інше.

На початку та наприкінці участі в проекті, для збору даних психоемоційних подружніх стосунків у шлюбі, було проведено анкетування всіх учасників проекту.

Комплексна Медико- психологічна програма (Додаток Г) включала в себе:

- санаторно-курортні процедури направлені на фізичне відновленні процедури.

Психологічна програма включала:

Від Ірини Улезко (медичний психолог) використовувала в своїй роботі авторські семінарські заняття та психодіагностичні методики за допомогою шкали PCL та HADS.

- 1.Психологічні заняття (групова психотерапія та арт-терапія через гру).
- 2.TRE- терапія.
- 3.Вечірні обговорення.

Психодіагностика за допомогою шкали PCL та HADS.

Marisa Raquin (ерготерапевт)

- 1.Ранкові та вечірні заняття з йоги.

2.2. Опис методичного інструментарію

В нашому дослідженні було використано наступні методики, за допомогою яких ми вимірювали у подружніх пар; задоволеність шлюбом, любові та симпатії один до одного, повагу в шлюбі (розуміння, емоційна привабливість, авторитетність). Проективна методика «Емоції ,які живуть в моєму тілі», та напівструктуроване інтерв'ю з учасниками програми (для якісного дослідження (одразу після закінчення реабілітаційної програми, через місяць та через 1,5 роки).

Методика діагностична опитувальник РЕА

(розуміння, емоційна прив'язаність, авторитетність) (Додаток А)

Автор методики – А. Н. Волкова. Опитувальник призначений для оцінки ступеня розуміння, емоційної привабливості та поваги партнерів у шлюбі. Опитувальник складається з 45 тверджень, які стосуються взаємовідносин між партнерами в шлюбі. У текст опитувальника закладено три шкали, відображені в назві самої методики: розуміння, емоційне тяжіння і авторитетність (повагу). Кожна шкала включає по 15 запитань-тверджень [59, с. 330 – 331].

Методика діагностична опитувальник «Любові та симпатії» (Додаток Б)

Автор методики – З. Рубін, модифікація виконана Л. Я. Гозманом і Ю. Є. Альшиною.

Мета методики з'ясувати, що переважає у взаєминах: любов або симпатія. Спочатку шкали любові і симпатії З. Рубіна представляли собою 2 набори тверджень, в кожен з яких входило 13 пунктів, потім з часом вдосконалюючи методику, кількість тверджень було зменшено до 9. Зокрема, важливими для вимірювання є компонента шкали любові: прив'язаність, турбота і ступінь інтимності відносин.

Шкала симпатії реєструє: ступінь поваги, ступінь захоплення і ступінь сприйманого подібності об'єкта оцінки з респондентом [59, с. 332 – 333].

Методика «Задоволеності шлюбом» (Додаток В)

Призначення методики експрес-діагностика ступеня задоволеності-незадоволеності шлюбом у кожного з подружжя, а також збігу або розбіжностей отриманих оцінок. Автори даної методики – В. В. Столін, Т. Л. Романова та Г. П. Бутенко.

В основі опитувальника знаходяться уявлення про задоволеність шлюбом як на досить стійкому емоційному стані, в яке входить, перш за все, почуття, узагальнені емоції, генералізовані переживання, раціональну оцінку успішності шлюбу за тим або іншим параметром, яке може проявлятися як

безпосередньо в емоціях, які виникають в різних ситуаціях, так і в різноманітних думках, оцінках порівняннях. Пропонований опитувальник може бути використаний всюди, де необхідна експрес-діагностика задоволеності шлюбом: при проведенні наукового дослідження в області психології сім'ї, при психопрофілактичних обстеженнях, при роботі з розлученими в рагах та судах, а також в сфері сімейного консультування і психотерапії. Опитувальник задоволеності шлюбом можна з успіхом застосовувати для діагностики кризового подружньої підсистеми на будь-якому етапі життєвого циклу сім'ї [59, с. 318 – 319].

Проективна методика «Емоції, які живуть в моєму тілі» (Додаток Д)

Метою тесту «Емоції, які живуть в моєму тілі» є виявлення індивідуально-психоемоційних почуттів та відчуття власного тіла. Та як діагностичний та психотерапевтичний метод роботи з синдромом деперсоналізації особистості.

Характеристика методик дослідження та психореабілітаційної програми.

Проект «Найрідніші» включав в себе психологічну та медичну програми для сімей учасників АТО (Додаток Г).

Психологічна програма включала:

1. Психологічні заняття (групова психотерапія та арт-терапія через гру).
2. TRE- терапія.
3. Вечірні обговорення.
4. Ранкові та вечірні заняття з йоги.
5. Психодіагностика за допомогою шкали PCL та HADS.
6. Індивідуальна психотерапія.

Медична програма включала санаторно-курортні процедури направлені на фізичне відновлення.

В ході роботи з сім'ями було створено психологічно-комфортну атмосферу. Психологічні заняття були спрямовані на відновлення комунікації в сім'ї та взаєморозуміння, включали в себе такі теми:

- ПТСР: причини і механізм виникнення, симптоми, методи лікування ПТСР;

- особливості реагування жінок та дітей на стресові ситуації;
- навчання навичкам взаємо-та самопомоги в стресових ситуаціях;
- дитина як відображення сім'ї;
- потреби чоловіка і жінки;
- алкоголь і стрес;
- довіра в родині;
- конфлікт в родині;
- цілі родини;
- взаємо-розвиток подружжя;
- ресурсні техніки активації спогадів та ін.

Перед початком роботи було проведено анкетування для збору психологічних показників учасників проекту, які включали в себе дані про наявність ознак ПТСР (шкала PCL), тривоги та депресії (шкала HADS), стан стосунків в родині.

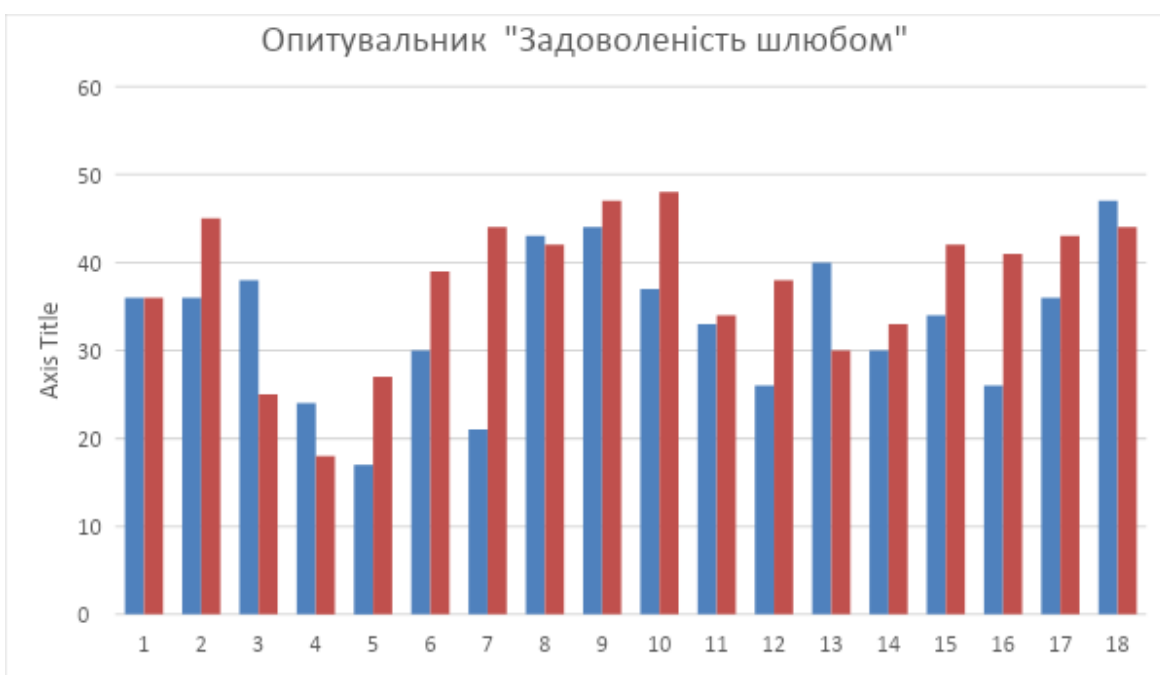
Для оцінювання стосунків в парі учасники в анкеті відповідали на запитання про те, як їх стосунки в родині змінилися після повернення чоловіка з зони АТО. Їм необхідно було вибрати як саме змінилися їх стосунки – покращилися, погіршилися, без змін (такі, як були і до подій АТО) і є на даний момент, а в кінці проекту оцінити як стосунки змінилися протягом проекту.

Після закінчення проекту було знову проведено анкетування тими ж інструментами. Обрахування проводилося в програмі Excel, окремо чоловіків і окремо жінок. В результаті отримали такі дані.

2.3. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

В емпіричній частині нашого дослідження основною частиною якого є вивчення чи є вплив на покращення стосунків у подружніх парах військовослужбовців участь в реабілітаційній програмі чи ні?

Отримані первинні дані від учасників заносились в електронну таблицю Excel, в якій відбувалася їхня подальша обробка.



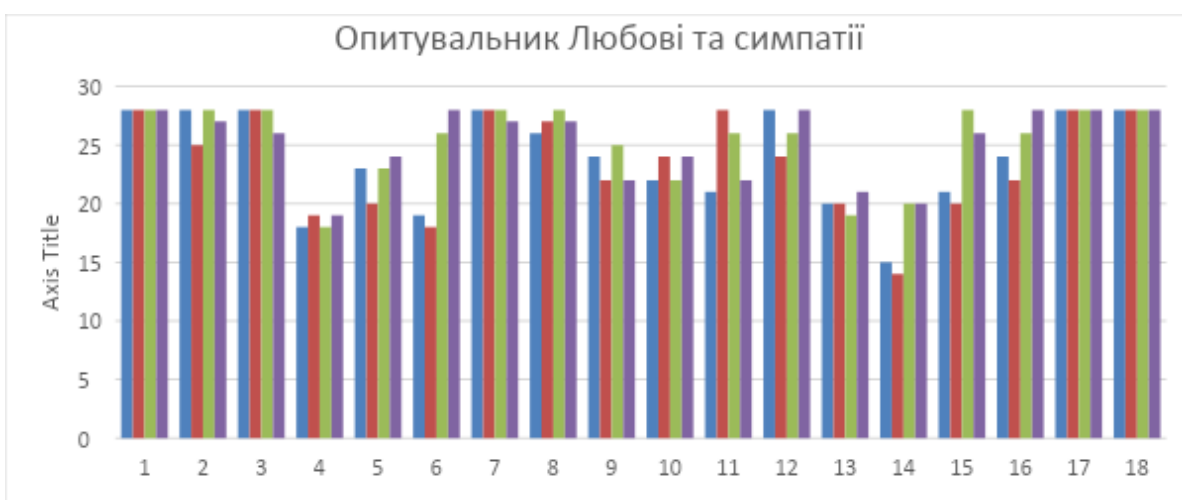
Графік 1. Показники опитувальника «Задоволеність шлюбом»

За результатами даних опитування даного тесту «Задоволеність шлюбом» ми можемо спостерігати за змінами, які відбулись до та після проведення реабілітаційної програми, для подружніх пар, які проходили додатково індивідуальну та сімейну психотерапію. А саме знизилась претензії одне до одного, та покращилось прийняття та порозуміння



Графік 2 Показники опитувальника «РЕА»

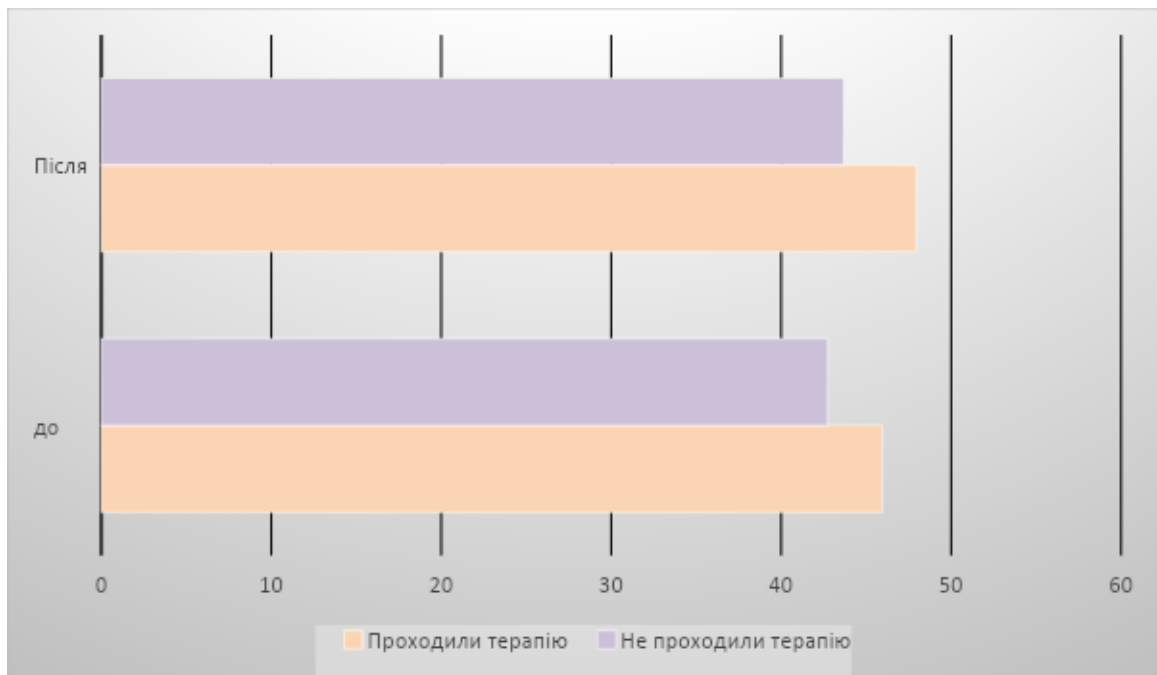
За результатами даних опитування даного тесту «РЕА» ми можемо спостерігати за змінами, які відбулись до та після проведення реабілітаційної програми, які відбулись саме у тих учасників, які проходили додатково індивідуальну. А саме більше з'явилося розуміння та емоційної прив'язаності за рахунок переусвідомлення та зміни минулого травматичного досвіду



Графік 3 Показники опитувальника «Любові та симпатії»

За результатами даних опитування даного тесту «Любові та симпатії» ми можемо спостерігати за змінами, які відбулись до та після проведення реабілітаційної програми, які відбулись саме у тих учасників, які проходили додатково індивідуальну. А саме за шкалою любові – це прив'язаність,

емоційну та інтимну близькість. За шкалою симпатії – про повагу та захват в партнері зовнішніх та внутрішніх якостей.



Графік 4 - Порівняльні показники пар по всім тестам, які проходили та не проходили терапію

За даними порівняльних показників подружніх пар які проходили, та які не проходили сімейну психотерапію. Ми можемо бачити значні зміни в тих парах, які додатково проходили індивідуальні та сімейні психотерапію разом з груповою терапією. За результатами даних проведених тестів-опитувальників, було виявлено, що стосунки покращились та відбулись значні зміни саме у тих учасників групи, які проходили індивідуальні та групові психотерапевтичні сесії. У інших учасників групи відбулись незначні зміни (або залишились на тому ж рівні) за показниками тестів.

Додаткове обстеження яке проводила медичний психолог та тренер групової роботи Ірини Улезко – це тести ознак ПТСР (шкала PCL), тривоги та депресії (шкала HADS), стан стосунків в родині.

Чоловіча група

Таблиця 1. Середні показники для чоловічої групи.

№	Назва	Показник до (середнє значення)	Показник після (середнє значення)
1.	ПТСР	37,3	27,2
2.	Тривога	6,4	4,7
3.	Депресія	5	3,1

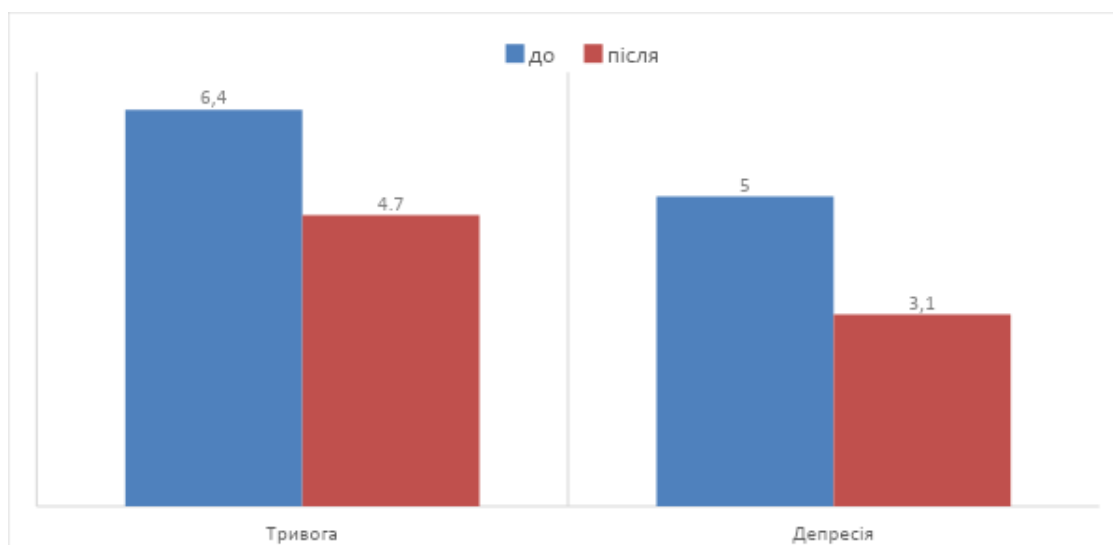


Рис.1. Графічне зображення зміни показників тривоги та депресії у чоловічій групі.

У чоловічій групі середній показник рівня тривоги знизився на 26,5%, середній показник рівня депресії знизився 38%.

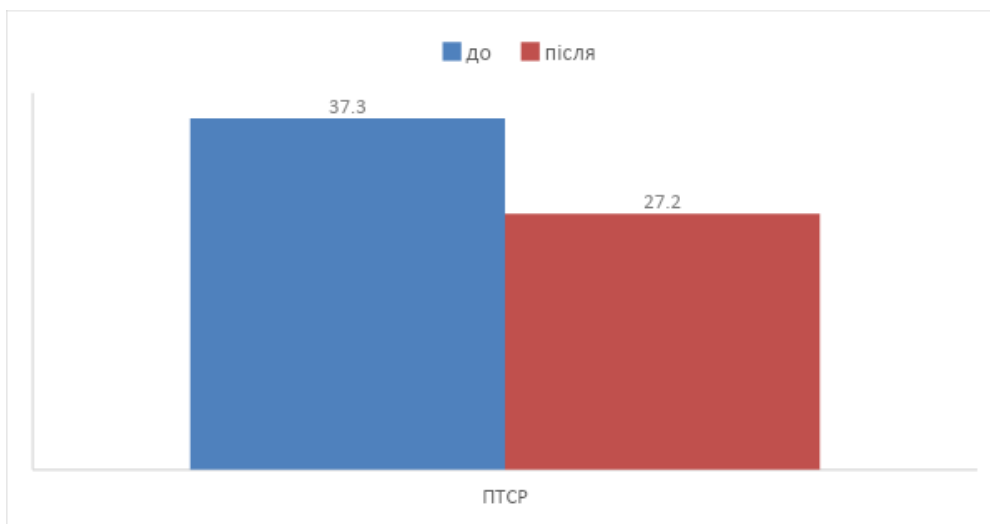


Рис.2. Графічне зображення зміни показника ПТСР у чоловічій групі.

У чоловічій групі середній показник ПТСР знизився на 27%.

Таблиця 2. Стосунки в родині, чоловіча група.

№	Показник	До проекту	Після проекту
1.	Стосунки погіршилися	5	0
2.	Стосунки покращилися	2	8
3.	Стосунки без змін	2	1

З отриманих даних видно, що з погляду чоловіків, їх стосунки в родині покращилися в 8 пар, залишилися стабільними без змін у 1 пари.

Жіноча група

Таблиця 3. Середні показники для жіночої групи.

№	Назва	Показник до (середнє значення)	Показник після (середнє значення)
1.	ПТСР	40,4	27,8
2.	Тривога	8,2	4,5

3.	Депресія	5,1	2,8
----	----------	-----	-----

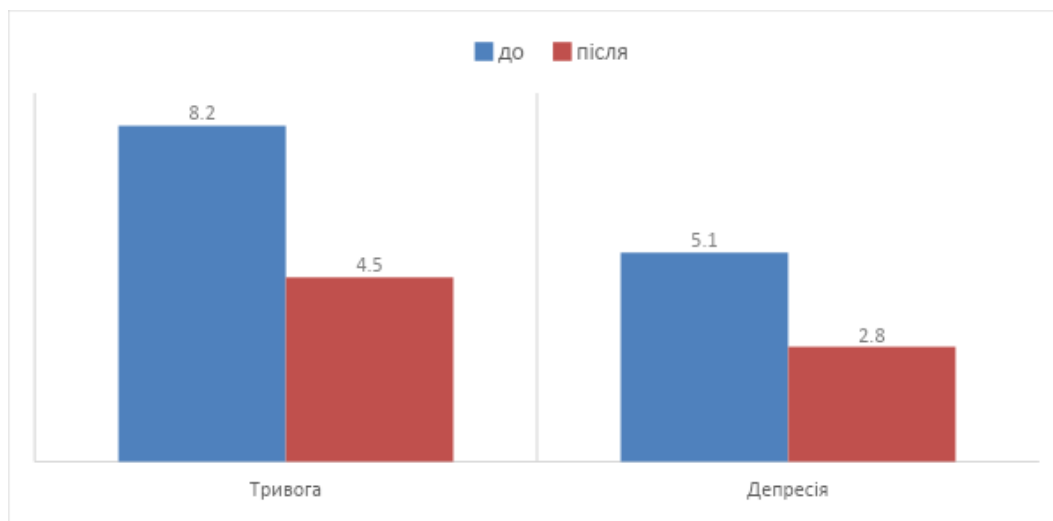


Рис.3. Графічне зображення зміни показників тривоги та депресії у жіночій групі.

У жіночій групі середній показник рівня тривоги знизився на 45,1%, середній показник рівня депресії знизився на 45,1%.

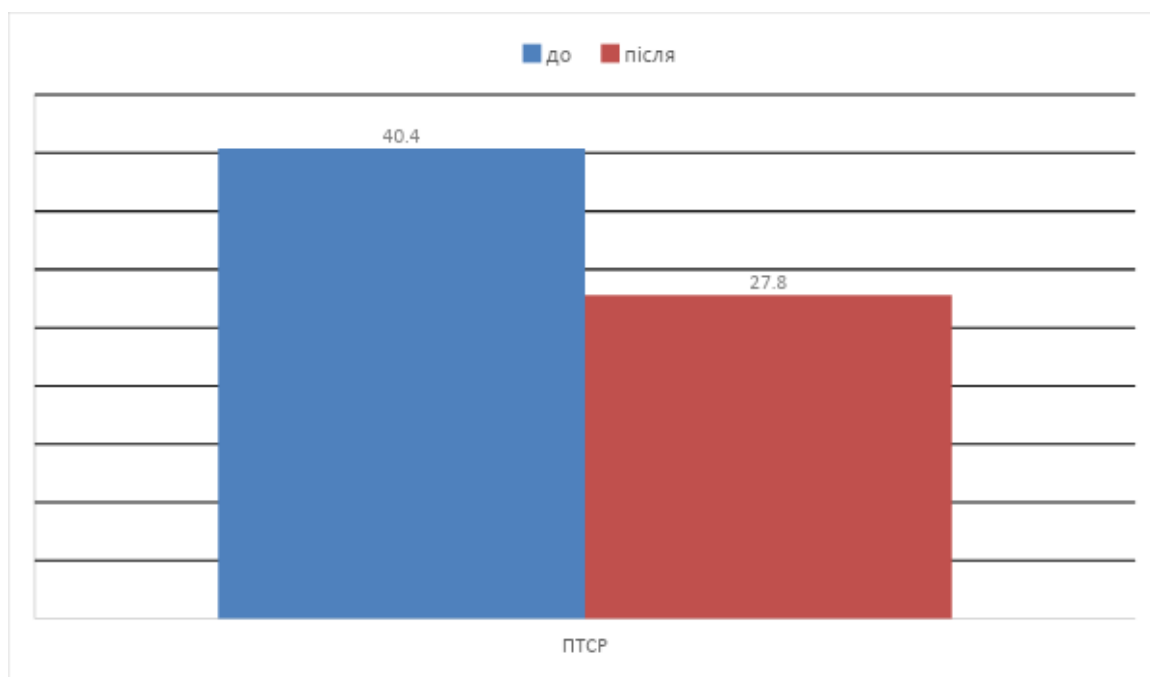


рис.4. Графічне зображення зміни показника ПТСР у жіночій групі.

У жіночій групі середній показник ПТСР знизився на 31,1%.

Таблиця 4. Стосунки в родині, жіноча група.

№	Показник	До проекту	Після проекту
1.	Стосунки погіршилися	6	0
2.	Стосунки покращилися	1	6
3.	Стосунки без змін	2	3

З отриманих даних видно, що з погляду жінок, їх стосунки в родині покращилися в 6 випадках, залишилися стабільними без змін у 3 пар.

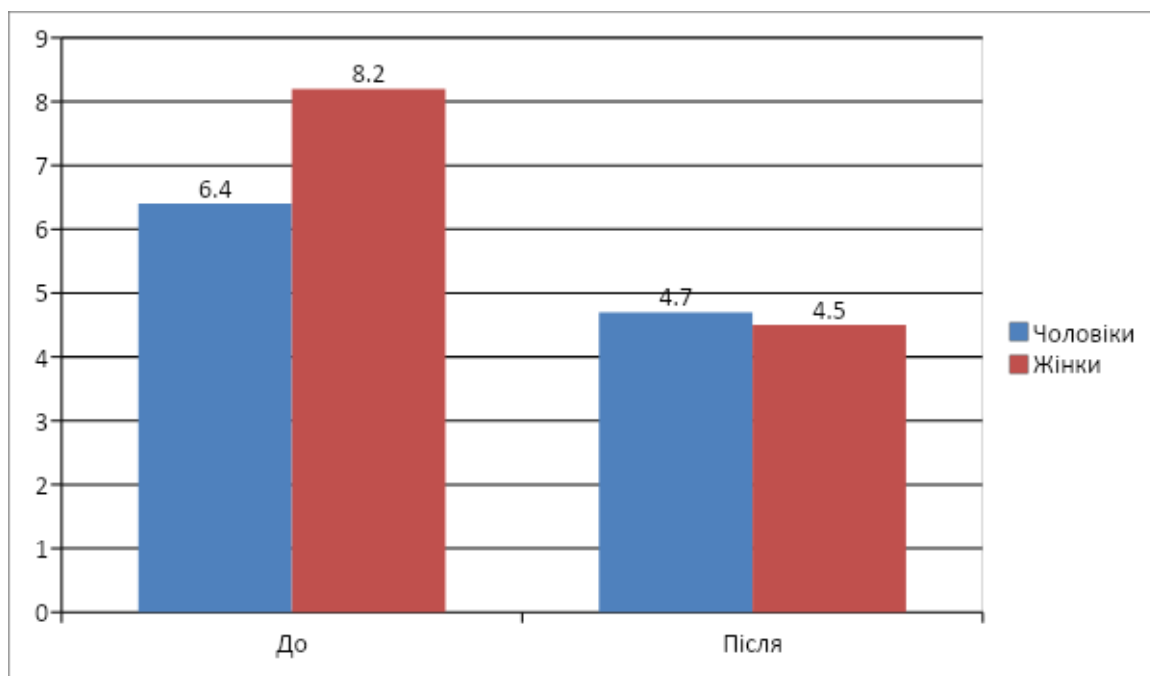


Рис. 5. Порівняння середніх показників рівня тривоги у чоловіків та жінок у групі.

З малюнку видно, що жінки мали вищий рівень тривоги на початок проекту, ніж чоловіки на 21,9%, а після проходження проекту рівень тривоги у жіночій і чоловічій групах знизився і знаходиться майже на одному рівні.

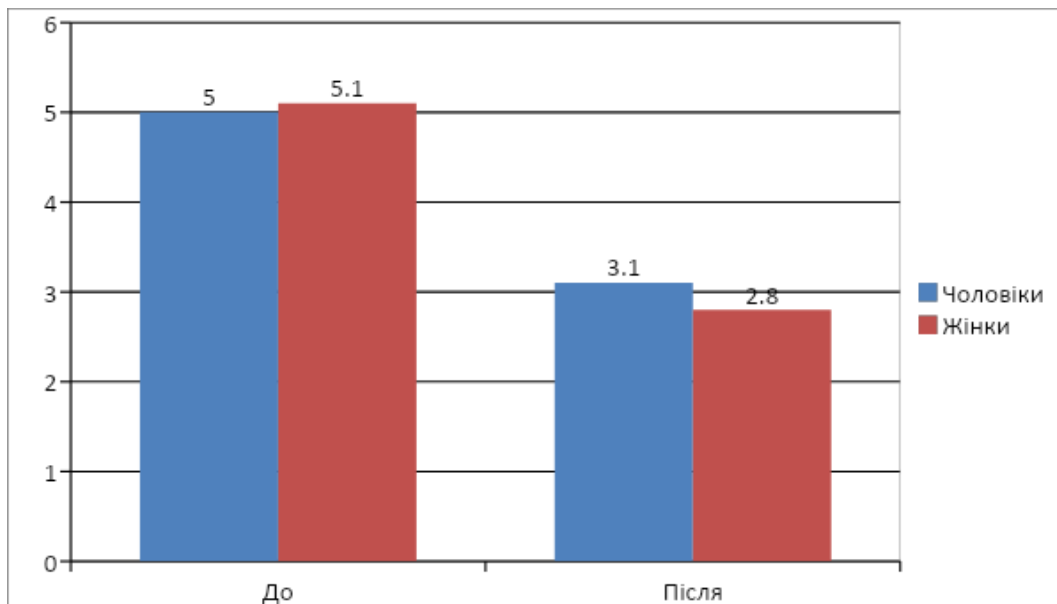


Рис.6. Порівняння середніх показників рівня депресії у чоловіків та жінок у групі.

З рис.6 видно, що жінки і чоловіки мали майже однакові показники рівня депресії на початку, а після проходження проекту рівень депресії у жіночій і чоловічій групах знизився, але у жіночій групі цей показник знизився нижче чоловічого показника на 9,6%.

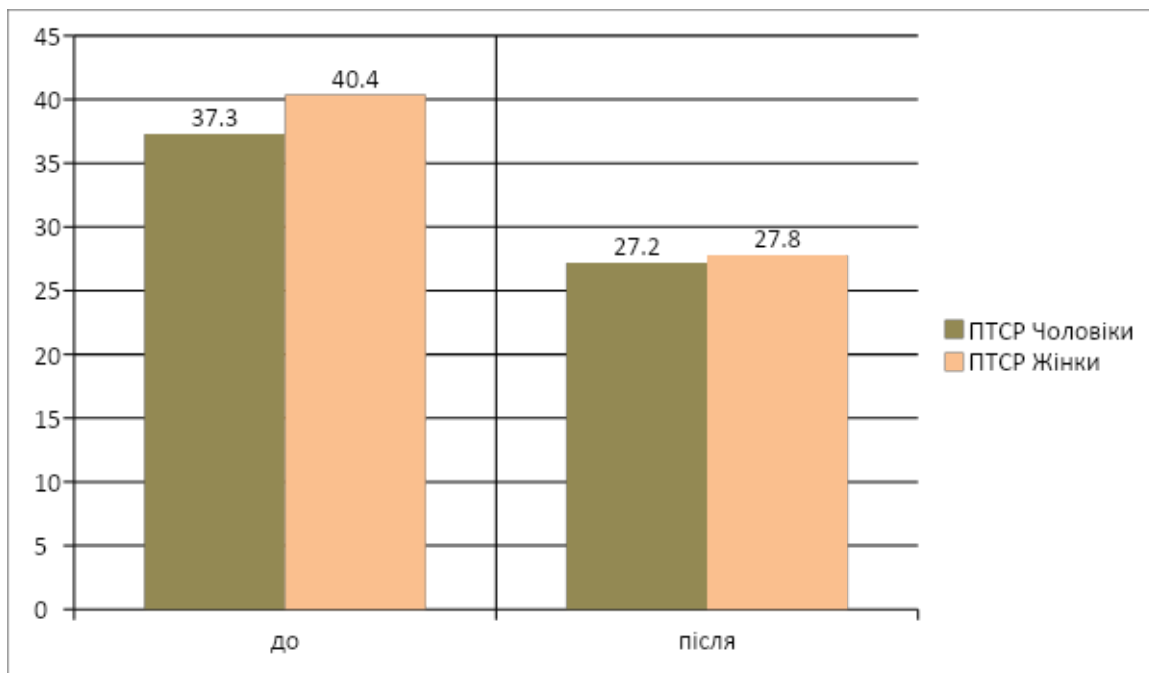


Рис. 7. Порівняння середніх показників рівня ПТСР у чоловіків та жінок.

З малюнку видно, що у чоловіків та жінок рівень показника ПТСР є майже однаковим на початку проекту, а саме 37,3,6 у чоловіків і 40,4 у жінок. В кінці проекту цей показник знизився до одного рівня - у жінок 27,8 і у чоловіків до 27,2.

Таким чином, спостерігаючи за динамікою групи та даними показників на початок і кінець можна зробити висновок, що жінки мають не менше психологічних проблем, ніж чоловіки, які пройшли бойові події в зоні АТО. З отриманих даних ми можемо бачити, що показник ПТСР та показник депресії у чоловіків та жінок майже однакові, що видно з рис.6 та рис.7, а показники тривоги у жінок є більш вираженими в порівнянні з чоловіками (рис.5).

Також необхідно відзначити позитивну динаміку змін психоемоційного стану у чоловіків та жінок проекту «Найрідніші», а саме:

- зниження рівня ПТСР у чоловіків на 27% та у жінок на 31,1%;
- зниження рівня тривоги у чоловіків на 26,5% та у жінок на 45,1%,%;
- зниження рівня депресії у чоловіків на 38% та у жінок на 45,1%.

В результаті роботи отримали покращення подружніх відносин, що видно з таблиць 2 та 4. Отримані дані показують хорошу динаміку групи та кожної сім'ї окремо, а також вирівнювання психоемоційного стану кожного учасника проекту. Тож реабілітація всієї сім'ї є необхідною і має позитивну динаміку для відновлення гармонійних стосунків в родині.

В ході групової роботи з учасниками АТО та їх дружинами, було проведено 1 заняття в якому була використана проєктивну методику «Емоції які живуть в моєму тілі».

Кожен з учасників отримав бланк (Додаток Д) на якому йому потрібно було розфарбувати різними кольорами, в якій частині знаходяться ті або інші емоції. Робота виконувалась в групі, одночасно з усіма учасниками.

В ході роботи після того як завершили позначати де та які емоції знаходяться, розпочалось обговорення почуттів, емоцій та думок, які виникли

в ході цієї вправи з переосмислення отриманого досвіду (так як до цього на попередніх групових заняттях основна увага була спрямована на психоедукацію, ніж на терапевтичні проживання).

Отже, коли чоловіки військові почали говорити про свої почуття та емоції які вони намалювали в своєму тілі, то для деяких це було самоусвідомлення взагалі того, що вперше в житті вони замислились про те що емоції можуть відчуватись тілесно. Більш того, це була більш аналітична робота для всіх учасників групи, ніж попередній їх груповий досвід. І відкритись перед усіма про свої почуття, було дуже не просто. Потім почали по черзі говорити жінки, дружини які були разом з чоловіками в зоні бойових дій. Вони почали розказувати, як їм було страшно коли починалися обстріли з гранатометів, як трусило їх тіло і вони нічого не мого з цим зробити. Далі вже активніше почали підключатися інші учасники і вже почали говорити чоловіки, про те що їм було страшно і як вони це відчувати. По черзі, а потім вже починаючи переживати один одного говорити про війну, про свої переживання, про свої емоції та думки, які вони відчували, але при всій цій відвертості відчувалась довіра та прийняття один одного, а саме найголовніше, що відчувалась сприйняття, що не один. Що є підтримка, що іншим було так само і це нормально відчувати страх та біль, в екстремальних та небезпечних для життя умовах. Під час цієї вправи включились в обговорення навіть ті хто мовчав раніше взагалі.

По власним відчуттям були переживання теплоти та прийняття їх з усіма їх почуттями, інколи підступали сльози та ком в горлі, але намагалась стримувати себе щоб не заплакати. Це було настільки живе та емоційно відверте обговорення, що відчуватись внутрішнє так ніби я тримаю кришталеву вашу в руках. І треба дуже обережно, із нею поводитись щоб, не дай Боже, її не розбити, для мене це про те як відверто та з довірою розповідали для всіх про себе, про щось особисте важливе та відверте.

Після цієї вправи всі учасники пішли на перерву. Але повернувшись в групу, вже зовсім по іншому сприймалось їх ставлення один до одного. Відчувалось більше довіри, тепла та дружнього ставлення один до одного. В подальшому всі учасники з кожним днем більше ставали більш дружніми та емоційно відвертими один з одним. Після завершення програми всі учасники продовжили спілкування, та приходили в гості один до одного, в різні міста України.

Для якісного дослідження також, був обраний контент-аналіз. Для цього в нашому дослідженні було проведене напівструктуроване інтерв'ю з учасниками реабілітаційної програми (18 осіб) через один місяць та через 1.5 роки після дослідження (з 19 – 25 травня 2021 р.)

Час витрачений на одного учасника 20 – 30 хвилин.

Питання:

1. Які у Вас були стосунки з чоловіком / дружиною одразу після закінчення участі в програмі? Через місяць, 6 місяців, 1 рік, на даний час?
2. Що саме змінилось у Вас в подружніх стосунках після участі в програмі?
3. Що найбільше запам'яталось з участі в програмі та чим користуєтесь зараз? (досвід, вправи, отримана інформація)
4. Чи є щось, що Ви вважаєте потрібно змінити в самій структурі програми?
5. Чи могли б Ви рекомендувати іншим подружнім парам участь в цій програмі?
6. Чи прийняли б Ви участь знов в подібній програмі?

Кількісний аналіз групи учасників Ато та їх дружин, які приймали участь в психореабілітаційній програмі з 09 – 21.12.2019 року, на території пансіонату «Говерла» м. Моршин.

Група закрита, з повним «зануренням» протягом 2 тижнів, відбувалась на окремій території, за межами їх звичайного життя та побутових умов. Коли протягом 2х тижнів кожна подружнім пара, мала можливість та час не тільки

на відпочинок та лікувальні процедури, а також це був час, для налагодження стосунків та взаєморозуміння один одного. Для цього всі пари приймали участь в груповій роботі, яка була більш спрямована на освітні семінарські заняття, окремий заняття на фізичне відновлення, які були обов'язковими для всіх учасників. Також за бажанням, учасники мали можливість скористатися індивідуальними та парними психотерапевтичними консультаціями.

З 9 подружніх пар, цією можливістю скористались 6 подружніх пар, 3 одноразове, і 3 пари інтенсивної терапії, майже кожного дня.

3 пари, які були в інтенсивній індивідуальній терапії мали найбільші показники в кількісних показниках, дані яких були отримані в тестах опитувальниках, до та після участі в програмі. У цих трьох парах спостерігались найбільші напруження в парній комунікації, ставленні один до одного та проявленні своїх почуттів. Кожна з цих 3-х пар, які були в індивідуальній психотерапії, зазначили в себе значні зміни, як в ставленні один до одного та покращенні комунікації між собою, а також покращення самопочуття та навичок саморегуляції та відновленні власних ресурсів. Саме ці три пари були найбільш вмотивовані в роботі над покращенням подружніх стосунків. З усіх опитаних учасників, саме вони приїхали на тренінгові програму для покращення стосунків. Всі інші приїхали були більш налаштовані на відпочинок та на медико-лікувальні процедури ніж на психологічну реабілітацію.

Опитування подружніх пар які приймали участь в групові реабілітації, було проведено одразу після закінчення тренінгової програми, через 1,5 місяця та через 1,5 роки. В опитуванні яке було проведено одразу після завершення програми, зі всіма учасниками, відгуки були позитивними і кожен був в підписаному та гарному стані та настрої, задоволенні своїм самопочуттям та змінами які відбулись.

Результати опитування, через місяць після завершення, були в тих парах які проходили інтенсивну індивідуальну психотерапію, в інших парах все

повернулись або в декого залишилось, як і раніше, до участі в програмі. Через 1,5 роки після проведення програми, мною було ще раз проведено опитування, напівструктуроване інтерв'ю. Саме ці три пари які перебували в інтенсивній терапії дали зворотній зв'язок, що саме індивідуальні консультації дали можливість їм прийняти цей досвід у своє власне та подружнє життя. В одній парі, народилася дівчинка. В другій парі покращились подружні стосунки, та комунікація з дітьми. Третя пара, розлучилася, але при цьому залишились між собою в доброзичливих та товариських стосунках та комунікації між собою.

ВИСНОВКИ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

Для вивчення особливостей подружніх стосунків учасників АТО в процесі реабілітації та визначення впливу медико-психологічного впливу на покращення їх стосунків та взаєморозуміння було сплановане дослідження, яке тривало з 09.12.2019 р. – 21.12.2021 р. підібрано групу досліджуваних для перевірки наших гіпотез, а саме що тренінг допомагає налагодити комунікацію та порозуміння в парі. Кожен з учасників дав згоду на обробку його даних інформації. Та заповнили бланки опитувальник до та після участі в реабілітаційній програмі.

Таким чином, спостерігаючи за динамікою групи та даними показників на початок і кінець можна зробити висновок, що жінки мають не менше психологічних проблем, ніж чоловіки, які пройшли бойові події в зоні АТО. З отриманих даних ми можемо бачити, що показник ПТСР та показник депресії у чоловіків та жінок майже однакові, а показники тривоги у жінок є більш вираженими в порівнянні з чоловіками.

За результатами даних проведених тестів-опитувальників, було виявлено, що стосунки покращились та відбулись значні зміни саме у тих учасників групи, які проходили індивідуальні та групові психотерапевтичні сесії. У інших учасників групи відбулись незначні зміни (або залишилися на тому ж рівні) за показниками тестів, а саме, зменшились показники тривоги та депресії, (за даними тестів ПТСР (шкала PCL), тривоги та депресії (шкала HADS), стан стосунків в родині) у пар які відвідували індивідуальні та сімейна

психотерапевтичні сесії є важливою складовою частиною в процесі реабілітаційної програми подружніх пар учасників АТО / ООС та їх дружин.

Враховуючи навантаження фізичних та емоційних змін для кожного учасника проекту під час реабілітації, пропоную включити в програму декілька індивідуальних та сімейних психотерапевтичних сесій, до початку виїзної програми на базі Центру реабілітації ветеранів ОУН-УПА «Говерла» м.Моршин.

Тому реабілітація всієї сім'ї, в яку входить індивідуальна та сімейна психотерапія, є необхідною та має позитивну динаміку для відновлення гармонійних стосунків в родині в подальшому, більш стабільною та в часі)

Додатковим результатом нашого дослідження, яке вдалось з'ясувати та відокремити завдяки опитуванню через 1, 5 роки. Це власне мотивація самих подружніх пар до кращих змін та взаємопорозуміння в родині. Саме отримані відгуки дають додатковий висновок, що тільки вмотивовані пари, які приходили на групові, індивідуальну та сімейну психотерапію мають найкращий стабільний результат в часі. Коли усвідомлення отриманого власного досвіду стало для них постійним та ресурсним.

ВИСНОВКИ

За даними теоретичної та отриманим дослідженням нашої практичної частини можна сказати, що зовнішні фактори, які є екстремальними та загрозовими для життя людини, завжди будуть мати непередбачувані реакцію та поведінку людини. Ще більший вплив цих змін відчувається в сім'ї, де окрім власних емоцій та переживань існують переживання та емоції членів нашої сім'ї. Але як показують дослідження іноземних та радянських психологів, і наше також, що тільки в комплексі, спільно та згуртовано всією сім'єю, можливо подолати ті або інші перешкоди. Навіть в таких умовах як війна. І якщо брати до уваги програму реабілітації яку проходять військовослужбовці в інших країнах яка фінансується та підтримується на державному рівні та враховувати реалії та різницю як це відбувається в Україні. То різниця все ж таки відчувається. Бо всі витрати та зацікавленість у психічному здоров'ї та реабілітації в основному лягає на саму сім'ю, а це не завжди є можливим, як з фінансової так і з психоемоційної сторони.

Єдине, що залишаться для українських військовослужбовців та їх сімей, це мати більш свідомий підхід до власного психічного здоров'я та займатись додатково самоосвітою в сфері психічного здоров'я, та знання елементарних чинників які допомагають відновлювати психічне здоров'я та сили після отримання досвіду в екстремальних та непередбачуваних умовах. І все ж таки намагатись впроваджувати на державному рівні важливість впровадження програм для військовослужбовців та їх сімей, як це існує вже багато років в США та інших країнах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Федоренко Р. П. Психологія сім'ї [Текст]: навч. посіб. / Раїса Петрівна Федоренко. Луцьк : Вежа-Друк, 2015.- 364 с.
2. Эйдемиллер Э. Г., Добряков И. В., Никольская И. М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. Изд. 2-е, испр. и доп. -СПб.: Речь, 2006, 352 с,
3. Бойко В. В., Копитенкова О. І. Соціально захищені і соціально незахищені сім'ї в змінюється Росії.- СПб .: Пані, 1999.242 с.
4. Эйдемиллер Е. Г., Юстицкис В. Психологія та психотерапія сім'ї. - 1999. 656 с.
5. Hill R. Families under Stress.-N.Y., 1946.
6. Reiss D. E. The Family's construction of reality.-Cambridge, Mass: Harvard University press, 1981.
7. Burr H. Klein S R Reexamining Family Stress. New Theory and Research — London 1994
8. McCubbin II. J., Patterson J. K. Family Transitions: Adaptation to stress//Stress and Family. Vol. 1: Coping with normative Transitions.-N.Y., 1983.-P. 5-25.
9. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи.- СПб.: Питер, 1999. 656 с.
10. Эйдемиллер Э. Г. Психотерапия в современном культурном контексте России/Вопросы психического здоровья детей и подростков. —No 2. 2002. С. 13-18.

11. Абабков В. А., Перре М., Плапшерел Б. Систематическое исследование семейного стресса и копинга // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева*. -1999. 2. С.4-8.
12. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Навчальний посібник. Том 1. – Київ, 2018. – 208 с.
13. Sheppard, S., Malatras, J., & Israel, A. (2010). The impact of deployment on U.S. military families // *American Psychologist*, 65, 6, 599–609. DOI: 10.1037/a0020332.
14. Henry, C. S., Sheffield Morris, A., & Harrist, A. W. (2015). Family Resilience: Moving into the Third Wave. *Family Relations*, 64(1), 22–43. DOI:10.1111/fare.12106.
15. Ghaffarzadegan, N., Ebrahimvandi, A., & Jalali, M. S. (2016). A Dynamic Model of Post-Traumatic Stress Disorder for Military Personnel and Veterans. *Plos ONE*, 11(10), 1–17. DOI: 10.1371/journal.pone.0161405.
16. Nash, W. P., & Litz, B. T. (2013). Moral Injury: A Mechanism for War-Related Psychological Trauma in Military Family Members // *Clinical Child & Family Psychology Review*, 16(4), 365–375.
17. Sories, F., Maier, C., Beer, A., & Thomas, V. (2015). Addressing the Needs of Military Children Through Family-Based Play Therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 37(3), 209–220. DOI: 10.1007/s10591-015-9342-x.
18. Blow, A., Curtis, A., Wittenborn, A., & Gorman, L. (2015). Relationship Problems and Military Related PTSD: The Case for Using Emotionally Focused Therapy for Couples. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 37(3), 261–270. DOI:10.1007/s10591-015-9345-7.
19. Geiling, J., Rosen, J. M. & Edwards, R. D. (2012). Medical Costs of War in 2035: Long-term care challenges for veterans of Iraq and Afghanistan. *Military Medicine*, 177, 11, 1235–1244.

20. MacGregor, A., Shaffer, R., Dougherty, A., Galarneau, M., Raman, R., Baker, D., Lindsay, S.P., Golomb, B. A., & Corson, K. (2009). Psychological correlates of battle and nonbattle injury among Operation Iraqi Freedom veterans // *Military Medicine*, 174(3), 224–231.
21. Waller, M., Treloar, S. A., Sim, M. R., McFarlane, A. C., McGuire, A. L., Bleier, J., & Dobson, A. J. (2012). Traumatic events, other operational stressors and physical and mental health reported by Australian Defence Force personnel following peacekeeping and war-like deployments // *BMC Psychiatry*, 12(1), 88–98. DOI: 10.1186/1471-244X-12-88.
22. Trevillion, K., Williamson, E., Thandi, G., Borschmann, R., Oram, S., Howard, L., & Howard, L. M. (2015). A systematic review of mental disorders and perpetration of domestic violence among military populations // *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 50(9), 1329 – 1346. DOI: 10.1007/s00127-015-1084-4.
23. Newby, J., Ursano, R., McCarroll, J., Liu, X., Fullerton, C., & Norwood, A. (2005). Postdeployment domestic violence by U.S. Army soldiers // *Military Medicine*, 170, 8, 643–647.
24. Merolla, A. (2010). Relational maintenance during military deployment: Perspectives of wives of deployed US soldiers // *Journal of Applied Communication Research*, 38, 1, 4–26. DOI: 10.1080/00909880903483557.
25. Smith, P., Perrin, S., Dyregrov, A. & Yule, W. (2002) Principal components analysis of the Impact of Event Scale with children in war. *Personality and Individual Differences*, 16, 685–691.
26. Tinney, G., & Gerlock, A. A. (2014). Intimate Partner Violence, Military Personnel, Veterans, and Their Families // *Family Court Review*, 52(3), 400–416. DOI: 10.1111/fcre.12100.
27. Охорона психічного здоров'я в умовах війни / пер. з англ. Тетяна Семигіна, Ірина Павленко, Євгенія Овсяннікова [та ін.]. — К. : Наш формат, 2017. — 1068 с.

28. Джонсон С.М. ПРАКТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНО-ФОКУСИРОВАННОЙ СУПРУЖЕСКОЙ ТЕРАПИИ. СОЗДАНИЕ СВЯЗЕЙ /Перевод с англ. Х.М. Воскановой; науч. ред. К.В. Ягнюк, Л.Л. Микаэлян.-М: Научный мир, 2013.-364 с.
29. Johnson, S. M., Whillen, V. (2003), *Alachmen processes in cople and family therapy* . New York: Guilford Press.
30. Gottman J.M. (1994). An agenda for marital therapy. In S.M. Johnson & L.S. Greenberg (Eds.), *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy* (pp. 256-296). New York: Brunner-Mazel.
31. Snyder D.K., & Wills R.M. (1989). Behavioral versus insight oriented marital therapy: Effects on individual and interspousal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 39-46.
32. Johnson S.M., Hunsley J., Greenberg L.S., & Schlinder D. [1999). *Emotionally focused couples therapy: Status and challenges*. *Clinical Psychology Science and Practice*, 6, 67-79.
33. Jacobson N.S., Christensen A., Prince S., Cordova J., & Eldridge K. (2000). *Integrative behavioral couples therapy*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 351-355.
34. Sternberg R.J., & Barnes M.L. (1988). *The psychology of love*. New Haven, CT: Yale University Press.
35. Hazan C, & Shaver P. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships: Target article. *Psychological Inquiry*, 5, 1-22.
36. Feeney J.A. (1999). Adult romantic attachment couple relationships. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 355- 377). New York: Guilford Press.

37. Roberts T.W. (1992). Sexual attraction love: Forgotten variables in marital therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 18, 357-364.
38. Jonson S.M., & Greenberg L.S. (Eds.) (1994). *The heart of the matter: Perspectives on emotion in marital therapy*. New York: Brunner-Mazel
39. Johnson S.M., Maddeaux C., & Blouin J. [1998]. Emotionally focused family therapy for bulimia: Changing attachment patterns. *Psychotherapy*, 35, 238-247
40. Bradley B., & Furrow J. (2004). Toward a mini-theory of the blamer softening event: Tracking the moment by moment of Marital and Family Therapy, 30, 233-246
41. Johnson S.M., & Lee A. [2000]. Emotionally focused family therapy: Restructuring attachment. In C. E. Bailey [Ed.], *Children in therapy: Using the family as a resource* [pp. 112-136]. New York: Guilford Press.
42. Johnson S.M., & Boisvert C. (2002). Treating couples and families from the humanistic perspective: More than al symptoms—more than solutions.
43. Kowal, Johnson & Le, 2003; Dessaulles, Johnson & Denton, 2003).
44. Kowal J., Johnson S.M. & Lee A. (2003). Chronic illness in couples: A case for emotionally focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29, 299-310.
45. Burman & Margolin, 1992; Kiecolt-Glaser & Newton, 20013B Pennebaker, 1990.%; B Whisman, 1999).
46. Ruvolo A.P., & Jobson Brennen, C. (1997). What's love got to do with it? Close relationships and perceived growth. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 814-823.
47. Mikulincer M. (1995). Attachment style and the mental representation of self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1203-1215.

48. Taylor S.E., Cousino Klein L., Lewis B., Gruenewald T, Regan A., Gurung R., & Updegraff I.A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend and befriend, not fight and flight. *Psychological Review*, 107, 411-429.
49. Uchino B.J., Cacioppo I., & Kiecolt-Glaser J. (1996). The relationship between social support and psychological processes. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
50. Taylor S.E., Cousino Klein L., Lewis B., Gruenewald T, Regan A., Gurung R., & Updegraff I.A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend and befriend, not fight and flight. *Psychological Review*, 107, 411-429.
51. Cummings, E. M., & Davis, P. (1994). *Children and marital conflict*. New York: Guilford Press
52. Hetherington M., & Kelly J. (2001). *For better or for worse: Divorce reconsidered*. New York: Norton. Hofer, M. A. (1984). Relationships as regulators: A psychobiologic perspective on bereavement. *Psychosomatic Medicine*, 46, 183-197
53. Putnam R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. New York: Simon & Schuster. Roberts, L.J., & Krokoff, L.J. (1990). A time-series analysis of withdrawal, hostility, and displeasure in satisfied and dissatisfied marriages. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 95-105
54. Twenge J.M. (2000). The age of anxiety? Birth cohort change in anxiety and neuroticism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1007-1021
55. Douherty W.J. (2001). *Take back your marriage*. New York: Guilford Press
56. White M. (1993). Deconstruction and therapy. In S. Gilligan, (Eds.), *Therapeutic conversations* (pp. 22-61). New York: Norton. White M., & Epston D. (1990).

Narrative means to therapeutic ends. New York: Norton. Wile, D. (1981).
Couples therapy: A traditional approach. New York: Wiley.

57. Психологічна травма та шлях до видужання: наслідки насильства - від знущань у сім'ї до політичного терору [Текст]: Д-р Джудіт Герман; переклад з англ. Оксана Лизак, Оксана Наконечна, Олександр Шлапак. - Львів : Видавництво Старого Лева, 2015. 416 с.
58. «Вплив Другої світової війни на шлюбно-сімейні стосунки та розвиток психологічних знань про сім'ю» стаття - Посвістак Олеся Анатоліївна кандидат історичних наук, доцент кафедри філософії і політології Хмельницький національний університет, ISSN 2304–1609. Вісник ОНУ ім. І.І. Мечникова. Психологія. 2016. Т. 21. Вип. 1 (39).
59. Терапія сімейних систем / Н. І. Оліфірович, Т.Ф. Велента, Т.А. Зінкевич-Куземкіна.- СПб. : Мова, 2012.-570с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Опитувальник РЕА

(розуміння, емоційна привабливість, авторитетність)

ПІБ _____

Інструкція : В цьому опитувальнику надані висловлювання , як Ви розумієте вашого чоловіка / дружину. На ці питання можна відповісти :

- 1-Так (згоден, це так)
- 2- Ні (не згоден ,це не так)
- 3- не знаю (важко відповісти)

Оберіть та напишіть відповідь біля кожного питання

1. Я легко читаю її (його) думки.
2. Я насилу вгадую її (його) настрій.
3. Я розумію її (його) без слів.
4. Мені важко передбачити, як вона (він) буде себе вести в тій або іншій ситуації.
5. Я добре знаю її (його) звички та смаки.
6. Мені важко передбачити її (його) думку з будь якого питання.
7. Я знаю , чого вона (він) хоче, до чого прагне.
8. Мені здається, я погано її (його) розумію.
9. Вона (він) часто дивує мене вчинками яких я від неї (нього) не очікувала.
- 10.Я добре знаю її (його) достоїнства і недоліки
- 11.Її (його) внутрішні переживання залишаються для мене таємницею.
- 12.Я знаю на що вона (він) спроможна (спроможний), а на що ні.
- 13.Я знаю , що для неї (нього) є важливим в житті.

14. Часто з'ясовується , що я невірно зрозумів її (зрозуміла його).
15. Мені важко сказати, що саме її (його) може засмутити або порадувати.
16. На мене благотворно діє просто її (його) присутність
17. Мені подобається слухати її (його) голос, дивитись на її (його) обличчя.
18. Мене дратують її (його) манери
19. У неї (нього) неприємне обличчя.
20. Мені подобається спостерігати , як вона (він) ходить, сидить, працює ...
21. Мені неприємні її (його) поцілунки , дотики (прикосновения) , ласка.
22. Мені подобається її (його) сміх , посмішка.
23. Я важко переношу розлуку з нею (з ним).
24. Щось в її (його) зовнішності мені не подобається.
25. Поряд з нею (ним) я відчуваю себе легко і розкуто.
26. В її (його) присутності в мене покращується настрій.
27. Поряд з нею (з ним) я легко втомлююсь, дратуюся, виходжу з себе.
28. Я готова (готовий) відкласти всі важливі справи , аби тільки побути з ним (з нею) поряд.
29. Часто в мене з'являється бажання відпочити від неї (нього).
30. Я почуваюся краще , коли вона відсутня (він відсутній).
31. Я заходжу в ній (в ньому) багато особистісних достоїнств, за які я її (його) поважаю як людину.
32. Серед моїх знайомих та близьких вона (він) – сама авторитетна для мене людина.
33. Коли мені важко щось вирішити, я частіше за все раджусь з нею (ним).
34. Вона (він) легко може мене переконати .
35. Я вважаю , що вона (він) розумний.
36. Я цікавлюсь тими книгами та фільмами , які справили на нього враження.
37. Вона (він) цікава людина, я з нею (ним) не скучаю.
38. Я часто критикую її (його) дії та висловлювання.
39. Часто вона (він) висловлює мені цінні та розумні думки.
40. Її (його) погляди на більшість речей неприйнятні для мене
41. Для мене цінна її (його) думку про мене .
42. Я пишаюся тим , що вона (він) мій друг.
43. Я рідко погоджуюсь з її (його) думками та оцінками.
44. Іноді мені здається , що вона (він) нерозумна людина.
45. В ній (ньому) я бачу такі якості, які хотів (хотіла) б бачити в собі.

Додаток Б

Опитувальник «Любові та Симпатії»

ПІБ _____

Інструкція: Вам надається наступні твердження , які стосуються вашої дружини (вашого чоловіка).

До кожного питання необхідно написати той варіант відповіді , який найбільш відповідає вашим відносинам з ним (нею).

1. Так, це так
2. Можливо це так
3. Навряд чи це так
4. Це зовсім не так.

Не затримуйтеся подовгу на відповідь над питаннями. Пам'ятайте, що тут немає правильної або неправильної відповідь.

1. Я відчуваю, що можу довірити їй (йому) абсолютно все.
2. Коли ми разом , у нас завжди однаковий настрій.
3. Я можу сказати , що вона (він) належить тільки мені.
4. Він (вона) розумна людина
5. Для неї (нього) я готова абсолютно на все.
6. В більшості випадків він (вона) подобається людям майже одразу після знайомства.
7. Коли мені погано , то хочеться поділитися тільки з ним (нею)
8. Я думаю, що ми з нею (з ним) внутрішньо подібні одне до одного.
9. Я відчуваю , що я відповідаю за те, щоб їй (йому) було добре.
10. Мені хотілося б бути схожим на неї (на нього).
11. Мені подобається , що він (вона) довіряє мені більше за інших.
12. Він один з найбільш привабливих чоловіків , яких я знаю

Вона одна з найбільш привабливих жінок, яких я знаю.

13. Мені було б дуже важко, як би прийшлося жити без неї (нього).

14. Я впевнена (впевнений), що він (вона) добре до мене ставиться.

Додаток В

ТЕСТ-ОПИТУВАЛЬНИК "ЗАДОВОЛЕНІСТЬ ШЛЮБОМ" (В. Столін, Т. Романова, Г. Бутенко)

Інструкція опитуваному. Уважно читайте кожне твердження і вибирайте один з трьох запропонованих варіантів відповідей. Намагайтеся уникати проміжних відповідей типу "важко сказати", "важко відповісти".

Текст опитувальника

1. Коли люди живуть так близько, як це спостерігається в сімейному житті, вони неминуче втрачають взаєморозуміння і гостроту сприйняття іншої людини:
 - а) правильно;
 - б) важко сказати;
 - в) неправильно.

2. Ваші подружні відносини приносять вам:
 - а) скоріше занепокоєння і страждання;
 - б) важко відповісти;
 - в) скоріше радість і задоволення.

3. Родичі і друзі оцінюють ваш шлюб:
 - а) як удалий;
 - б) щось середнє;
 - в) невдалий.

4. Якби ви могли, то змінили б щось у характері свого чоловіка (дружини):
 - а) багато чого;
 - б) важко сказати;
 - в) нічого.

5. Одна з проблем сучасного шлюбу полягає в тому, що все набридає, у тому числі й сексуальні стосунки:
 - а) правильно;

- б) важко сказати;
 - в) неправильно.
6. Коли ви порівнюєте своє сімейне життя із сімейним життям друзів і знайомих, вам здається, що ви:
- а) більш нещасливі, ніж інші;
 - б) важко сказати;
 - в) щасливіші від інших.
7. Життя без сім'ї, близької людини — надто дорога ціна за цілковиту свободу:
- а) правильно;
 - б) важко сказати;
 - в) неправильно.
8. Ви вважаєте, що без вас життя вашого чоловіка (дружини) було б неповноцінним:
- а) так;
 - б) важко сказати;
 - в) ні.
9. Сподівання більшості людей щодо шлюбу якоюсь мірою не справджуються:
- а) правильно;
 - б) важко сказати;
 - в) неправильно.
10. Тільки безліч різних обставин заважає подумати вам про розлучення:
- а) правильно;
 - б) важко сказати;
 - в) неправильно.
11. Якби повернути час, коли ви одружувалися, то вашим чоловіком (дружиною) міг би стати:
- а) хто завгодно, тільки не теперішній чоловік (дружина);
 - б) важко сказати;
 - в) можливо, що саме теперішній чоловік (дружина).
12. Ви пишаєтеся, що така людина, як ваш чоловік (дружина), поруч з вами:
- а) правильно;
 - б) важко сказати;
 - в) неправильно.
13. На жаль, недоліки вашого чоловіка (дружини) часто переважають його (її) достоїнства:

- а) правильно;
- б) важко сказати;
- в) неправильно.

14. Основні перешкоди для щасливого подружнього життя найімовірніше криються:

- а) у характері вашого чоловіка (дружини);
- б) важко сказати;
- в) скоріше у нас обох.

15. Почуття, з якими ви одружувалися:

- а) підсилювалися;
- б) важко сказати;
- в) ослабли.

16. Шлюб знижує творчі можливості людини:

- а) правильно;
- б) важко сказати;
- в) неправильно.

17. Можна сказати, що ваш чоловік (дружина) має достоїнства, що компенсують його (її) недоліки:

- а) так;
- б) важко сказати; а) ні.

18. На жаль, у вашому шлюбі не все гаразд з емоційною підтримкою один одного:

- а) правильно;
- б) важко сказати;
- в) неправильно.

19. Вам здається, що ваш чоловік (дружина) часто робить дурниці, говорить невлад, недоречно жартує:

- а) правильно;
- б) важко сказати;
- в) неправильно.

20. Життя в сім'ї, як вам здається, не залежить від вашої волі:

- а) правильно;
- б) важко сказати;
- в) неправильно.

21. Ваші сімейні відносини не внесли в життя порядку й організованості, на які ви очікували:

- а) правильно;
- б) важко сказати;
- в) неправильно.

22. Помиляються ті, хто вважає, що саме в сім'ї людина найменше може розраховувати на повагу:

- а) правильно;
- б) важко сказати;
- в) неправильно.

23. Як правило, товариство вашого чоловіка (дружини) є для вас приємним:

- а) правильно;
- б) важко сказати;
- в) неправильно.

24. Щиро кажучи, у вашому подружньому житті немає і не було жодного світлого моменту:

- а) правильно;
- б) важко сказати;
- в) неправильно.

Додаток Г

Розклад заходів для учасників тренінгу

9 грудня 2019 року

8.00-8.20 йога

8.30 – 9.00 Сніданок

9.00 – 12.00 Процедури

13.00 – 14.00 Обід

15.00 – 18.00 група

18.30 – 19.00 вечеря

20.30 -21.30 йога

10 грудня

8.00-8.20 йога

8.30 – 9.00 Сніданок

9.00 – 12.00 Процедури

13.00 – 14.00 Обід

15.00 – 18.00 група

18.30 – 19.00 вечеря

20.30 -21.30 йога

21.30 – 22.30 -№(31) (1сесія)

11 грудня 2019

8.00-8.20 йога

9.00-10.30 - №(31) (2 сесія)

10.15- 12.30 №(30) (1 сесія)

14.00 – 15.00 - №(38) (1 сесія парна)

15.00 – 18.00 група

19.00 – 20.30 – 4я №(38) (2 сесія парна)

20.30 -21.30 йога

12 грудня 2019 Четверг

8.00 8.20 йога

9.00 – 10.00 №(39) (1я сесія парная)

10.00-11.30 №(31) (2я індив.конс)

12.40 -13.40 №(32)(2 конс.індив)

13.30 – 14.00 обід

14.00- 15.00 – №(31) (2я індив.конс.)

15.00 -16.30 – №(33) (1я індив.конс.)

15.00 – 18.00 група

18.30 – 19.00 вечеря

19.00 – 21.30 №(29) (1я індив конс.)

20.30 -21.45 йога

22.00 – 23.30 №(38)(1 індив.конс.)

13 грудня 2019 П'ятниця

8.00 8.20 йога

8.30 – 9.00 сніданок

9.00 – 10.30 №(38) (1 індив конс.)

10.15 – 11.45 №(30) (2 парна конс)

13.30 – 14.00 обід

14.00 – 15.00 №(33) (1а сесія парна)

15.00 -18.00 група

18.30 – 19.00 вечеря

19.00 – 20.30 №(31) (3я сесія парная)

20.30 -21.30 йога

22.00 -23.30 №(38) (2 парна конс)

14 грудня 2019 Субота

8.00 8.20 йога

9.00 -10.00 №(30) (індив.конс.)

8.30 – 9.00 сніданок

13.30 – 14.00 обід

15.00 -18.00 вільний час екскурсія м.Моршин

18.30 – 19.00 вечеря

20.30 -21.30 йога

15 грудня 2019 Неділя

Екскурсія весь день

16 грудня 2019 Понеділок

8.00 8.20 йога

8.30 – 9.00 сніданок

9.00 – 10.30 №(38) (3 парна конс..)

10.15 – 11.45 №(30) (3 парна конс)

13.30 – 14.00 обід

15.00 -18.00 група

18.30 – 19.00 вечеря

19.00 – 20.30 №(31) (Зя сесія парная)

20.30 -21.30 йога

17 грудня 2019 Вівторок

8.00 8.20 йога

8.30 – 9.00 сніданок

9.00 – 10.30 №(29) (1 парная конс.)

10.15 – 11.45 №(39) (2я сесія парная)

13.30 – 14.00 обід

14.00 – 15.00

15.00 -18.00 група

18.30 – 19.00 вечеря

19.00 – 20.30 №(31) (3я сесія парная)

20.30 -21.30 йога

22.00 -23.30 (2 парна конс)

18 грудня 2019 Середа

8.00 8.20 йога

8.30 – 9.00 сніданок

9.00 – 10.30 №(38) (парна конс)

10.15 – 11.45 №(30) (3 парна конс)

13.30 – 14.00 обід

15.00 -18.00 група

18.30 – 19.00 вечеря

19.00 – 20.30 №(33) (1а сесія парна)

20.30 -21.30 йога

22.00 - 23.30 №(31) (4я сесія парная)

19 грудня 2019 Четвер

8.00 -8.20 йога

8.30 -9.00 сніданок

14.00 -16.00 загальне коло

17.00 - 18.00 TRE

18.30 - 19.00 вечеря

19.00 -20.30 -вільний час

20.30 - 21.30 йога

20 грудня 2019 П'ятниця

8.00 8.20 йога

8.30 – 9.00 сніданок

13.30 – 14.00 обід

14.00 – 15.00 теорія

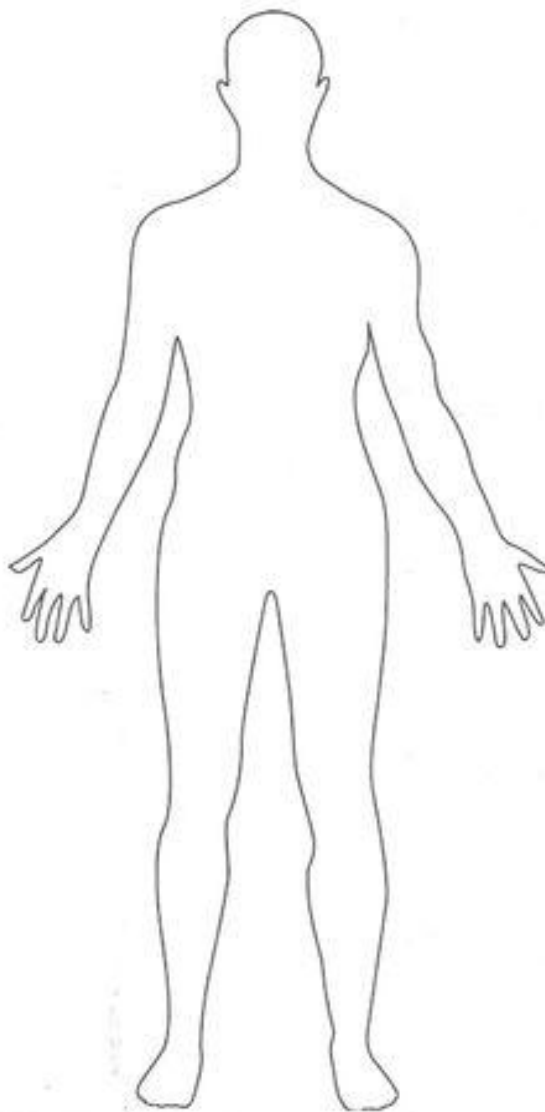
15.00 -16.30 і гра практична частина

16.30 - 18.30 Святкування /Випускний

18.30 – 19.00 вечеря / Вільний час

21 грудня 2019 виїзд 10.00 до м. Львова

Додаток Д



Задоволення	Любов	Тривога
Ніжність	Блаженство	Страх
Радість	Цікавість	Гнів
Симпатія	Емпатія	Байдужість
Впевненість	Горе	Відчай

Здивування	Сум	Захват
------------	-----	--------