

## СПЕЦИФІКА РОБОТИ ПСИХОЛОГА З ВІЙСЬКОВИМИ – УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ ІЗ РОЗЛАДАМИ АДАПТАЦІЇ (РА)

### THE SPECIFICS OF A PSYCHOLOGIST'S WORK WITH MILITARY ACTION PARTICIPANTS WITH ADAPTATION DISORDER (AD)

*У статті розглянуто функції психолога в роботі з учасниками бойових дій, які мають розлади адаптації. Проаналізовано особливості та механізми розладів адаптації, що виникають у військових під час бойових дій, і досліджено різноманітність проявів порушення та перебіг терапевтичних заходів на відновлення психічного здоров'я.*

*Актуальність даної статті зумовлена територіально-політичним військовим конфліктом в Україні, що накладає відбиток на теперішні та подальші психологічні запити пацієнтів у неврологічних та психіатричних лікувальних закладах. У статті розглянуто та проаналізовано основні функції та етапи роботи психолога з учасниками бойових дій, які страждають на розлади адаптації. Було систематизовано та чітко визначено алгоритм для психологів, які працюють із військовими, що мають розлад адаптації. В алгоритм включено наступні основні етапи роботи: діагностика, психологічна корекція, розробка загальної програми психологічної реабілітації, розробка індивідуальних програм психологічної реабілітації, консультування сімей і близьких військового та їх едукція, впровадження психологічної реабілітаційної програми, підтримка та додатковий психологічний супровід проти рецидивів розладу. Цей алгоритм ретельно розроблено на основі практичного досвіду, отриманого під час інтенсивної роботи з військовослужбовцями в психіатричних закладах м. Одеси.*

*Основна мета даної статті – визначення алгоритму роботи психолога в клініці на основі практичного досвіду роботи з військовими, з урахуванням методів, підходів, що найбільш ефективно використовують психологи у своїх терапевтичних втручаннях. Стаття включає в себе комплексний аналіз траєкторії та ефективності терапевтичних втручань і підкреслює ключову роль психологів як невід'ємних членів міждисциплінарних команд у рамках реабілітації військових. Спільні зусилля з іншими медичними працівниками мають ключове значення для забезпечення цілісної та орієнтованої на пацієнта допомоги. Це міждисциплінарне партнерство часто передбачає тісну координацію з психіатрами, медичними працівниками та реабілітологами для надання комплексної підтримки учасникам бойових дій на їхньому шляху до одужання.*

**Ключові слова:** специфіка роботи психолога, адаптація, порушення адаптації, розлад адаптації, учасники бойових дій.

*The article examines the functions of a psychologist in working with combatants who have adjustment disorders. The features and mechanisms of adaptation disorders that occur in military personnel during hostilities are analyzed, and the variety of manifestations of the disorder and the course of therapeutic measures are investigated.*

*The relevance of this article is due to the territorial-political military conflict in Ukraine, which has an impact on the current and future psychological needs of patients in neurological and psychiatric treatment facilities. The article examines and analyzes the main stages of a psychologist's work with combatants suffering from adjustment disorders. An algorithm was systematized and clearly defined for psychologists working with military personnel with adjustment disorder. The following main stages of work are included in the algorithm: diagnosis, psychological correction, development of a general program of psychological rehabilitation, development of individual programs of psychological rehabilitation, counseling and education of families and relatives of the elderly person, implementation of a psychological rehabilitation program, support and additional psychological support against relapses of the disorder. This algorithm was carefully developed on the basis of practical experience gained during intensive work with military personnel in psychiatric institutions in Odessa.*

*The main purpose of this article is to define the algorithm of the psychologist's work in the clinic based on practical experience of working with the military, taking into account the methods and approaches most effectively used by psychologists in their therapeutic interventions. The article includes a comprehensive analysis of the trajectory and effectiveness of therapeutic interventions and emphasizes the key role of psychologists as integral members of interdisciplinary teams in military rehabilitation. Collaborative efforts with other healthcare professionals are key to providing holistic and patient-centered care. This interdisciplinary partnership often involves close coordination with psychiatrists, medical professionals, and rehabilitation providers to provide comprehensive support to combatants on their journey to recovery.*

**Key words:** specifics of a psychologist's work, adaptation, adaptation disorder, adaptation disorder, participants in hostilities.

УДК 159.9

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.53.21>

**Лазоренко Т.М.**

к.психол.н.,

доцент кафедри теорії та методики практичної психології

Південноукраїнський національний педагогічний університет імені

К.Д. Ушинського

**Тернавська А.С.**

студентка другого (магістерського)

рівня вищої освіти за спеціальністю 053

«Психологія (клінічна та реабілітаційна психологія)»

Південноукраїнський національний педагогічний університет імені

К.Д. Ушинського

Вплив воєнного конфлікту та бойових дій на території України як надмірний стресовий чинник є стартовим механізмом виникнення та розвитку цілої низки психічних розладів у населення і, насамперед, розладу адаптації (РА).

До початку масштабного вторгнення на територію України розладам адаптації загалом при-

ділялося достатньо уваги в психологічній науці, але недостатньо вивченим зараз залишається питання про саме роль і функції психолога в рамках психологічного супроводу осіб, які мають порушення адаптації в результаті воєнних дій.

При накладенні впливу воєнних дій на вже існуючі психотравмуючі обставини середо-

вища кількість ризиків виникнення психічних розладів зростає, а спеціалістів, що здатні оперативнo та повноціннo надати якісну психологічну допомогу населенню, не вистачає, чим і зумовлена необхідність у підготовці клінічних психологів із чітким визначенням алгоритму їх роботи та функцій, які працюють у програмах реабілітації, направлених на роботу саме з військовослужбовцями-учасниками бойових дій, що мають розлади адаптації, та їхніми сім'ями.

Враховуючи те, що військові-учасники бойових дій в Україні перебувають в умовах, що характеризуються гострим стресом та травмуючими обставинами, саме вони мають підвищений ризик до формування та ускладнення порушень адаптації. Цим обумовлене підґрунтя для подальшого більш детального дослідження проблеми порушень адаптації військових взагалі та в умовах воєнного часу й підготовки клінічних психологів до практичної роботи з даною категорією населення.

Вивченням проблеми дезадаптації та розладів адаптації в медико-психологічній літературі в Україні займаються такі науковці, як Л.О. Герасименко [1; 2], Н.В. Пророк, Л.Г. Царенко, С.Т. Бойко [5], О.В. Самойлова [6], А.М. Скрипніков, К.В. Гринь, Я.П. Мартиненко [7], Г.М. Кожина, К.О. Зеленська, Т.Ю. Красковська [8] та ін., які зазначають, що розлади адаптації – це багаторівневий, функціонально детермінований процес із включенням у нього фізіологічних, особистісно орієнтованих і соціальних компонентів особистості.

Для того, щоб прослідкувати процес розвитку порушень адаптації взагалі, потрібно розуміти, що розлади адаптації загалом виникають у особистості у відповідь на стрес у пропорційній взаємозалежності.

Л.О. Герасименко зазначає, що стрес і реакції на стрес є еволюційно закріпленими та необхідними функціями виживання, що сприяють розвитку особистості у всіх сферах її життєдіяльності та потрібне індивіду як каталізатор розвитку та придбання навичок, що забезпечують безперервну адаптацію та стійкість людини до мінливості умов життя (мається на увазі і фізіологічна, і психологічна, і психічна стійкість та адаптація людини) [1].

Для класифікації реакцій людини на стрес, згідно з теорією Г. Сельє, використовують поняття еустресу та дистресу. Реакції на стресові чинники, що спричиняють конструктивні емоційно-поведінкові реакції, називаються еустресом, тобто «корисним стресом», що мобілізує захисні та адаптаційні сили організму (наприклад, фізіологічні процеси імунної системи), а ті, що спричиняють деструктивні емоційно-поведінкові реакції, – дистресом, що переходить межі можливостей людини впоратися з ситуацією, спричиняє сильне фізичне, ментальне або емоційне напруження,

що перевищують індивідуальні та соціальні ресурси особистості, що і спричиняє можливість розвитку розладів адаптації [1; 2].

Виходячи з вищевказаних тверджень, ми можемо розглянути і поняття дезадаптації, тобто протилежність адаптації. Сама дезадаптація – термін, що позначає відсутність або порушення пристосувальницьких функцій людини, зустрічається доволі рідко, зокрема в психологічній та психіатричній практиці. Н.В. Пророк, Л.Г. Царенко, С.Т. Бойко уточнюють, що під дезадаптацією розуміють саме РА, при якому людина не здатна пристосовуватися до умов існування (функціонування), які змінилися або продовжують змінюватися. Тобто дезадаптація – це свого роду хворобливий патологічний стан і передумова появи невротичних розладів, а у військових може бути причиною виникнення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [3].

Згідно з Довідником діагностичних критеріїв 5-го перегляду (DSM-5), задля встановлення діагнозу РА симптоми розладу повинні збігатися з переліком основних діагностичних критеріїв: розвиток емоційних або поведінкових симптомів у відповідь на ідентифікований стресор(и) протягом трьох місяців після початку стресора(ів), симптоми або поведінка є клінічно значущими(ою), про що свідчить одна або обидва з наведених ознак: виражений дистрес, не пропорційний тяжкості чи інтенсивності стресора, з урахуванням зовнішнього контексту та культурних факторів, які можуть впливати на тяжкість симптомів та їх проявів; істотні порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах діяльності, розлад, пов'язаний зі стресом, не відповідає критеріям іншого психічного розладу та не є просто загостренням попереднього психічного розладу, симптоми не вказують на нормальну втрату, після припинення дії стресора або його впливу симптоми не зберігаються більше ніж шість місяців [3].

РА (F43.2) за Міжнародною класифікацією хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) кодується в рамках діагностичної рубрики «Реакції на важкий стрес і адаптаційні механізми». Залежно від особливостей домінуючої симптоматики в рамках розладів адаптації можна умовно виокремити два основні клінічні варіанти: емоційний та поведінковий. Варіант із переважанням у клінічній картині РА емоційних порушень можна розділити на тривожний, депресивний і змішаний [4].

Депресивний варіант характеризується зниженням фону настрою до субдепресивного чи депресивного рівня легкого ступеня, з елементами депресивної оцінки себе, навколишнього середовища та майбутніх перспектив. Відзначається періодичне відчуття пригнічення, смутку, суму, сльозливість. Наявні

відчуття безвиході, самотності, безпорадності, безпомічності, залежності від навколишніх обставин і людей. Зниження самооцінки поєднується з невпевненістю щодо свого професіоналізму, адекватності своїх потреб і вимог, зменшення мотивації до трудової діяльності. Відзначається певне звуження кола постійних інтересів. Із нейропсихологічної оцінки частими симптомами є порушення концентрації уваги, важкість прийняття рішень, зниження рівня спонукань. У клінічній картині має місце млявість, симптоми дратівливої слабкості, апатії, безініціативності та пасивності [3].

Тривожний варіант характеризується немотивованою напруженістю, відчуттям психічного та фізичного дискомфорту, побоюваннями та хвилюваннями, що спроектовані на майбутнє. Спостерігається загальна стурбованість, нервозність, неможливість розслабитися, відчуття внутрішнього тремтіння чи «дискомфорт» і «тиск» у грудях, епізодичні відчуття безпредметної тривоги, неспокійного очікування поганих новин, лиха чи неприємностей. Тривожні думки сприяють виникненню розладів сну. Відзначаються труднощі із засинанням, порушенням глибини сну та його тривалості. Фіксуються спалахи дратівливості та схильність до сумнівів у правильності своєї поведінки. Провідне місце в клінічній картині посідають соматовегетативні порушення у вигляді запаморочення, головного болю, блідості чи почервоніння шкіри, лабільності артеріального тиску, тахікардії, відчуття оніміння чи похолодіння кінцівок, припливів жару чи холоду, підвищеної пітливості, відчуття клубка в горлі, нудоти. Спостерігається і виражена астенична симптоматика як прояви розбитості та дратівливої слабкості, неухважності та незібраності, швидкої втомлюваності та виснажливості, гіперстенічних реакцій на зовнішні подразники [3].

Як вказують А. Кожина та М. Кожин, К. Зеленська, Т. Красковська, змішаний тривожно-депресивний варіант поєднує в собі обидва варіанти клінічних ознак тривожного та депресивного варіантів, але не сягають того ступеня, який би надав можливість діагностувати інший депресивний чи тривожний психічний розлад психогенної природи [8].

РА з переважанням порушень поведінки відзначається такою симптоматикою, як нетерпимість, роздратування, звинувачування у всіх негараздах оточення, короткочасні ситуаційно обумовлені реакції гніву, образи, агресії, що супроводжуються непродуктивною метушливістю, недоцільною активністю та активною конфліктною поведінкою [8].

Слід зазначити, що дія стресового агента може бути як одноразовою, так і багаторазовою; нетривалою або безперервною. Стресорні фактори можуть впливати лише на одну окрему особу чи мікросоціальну групу або

навіть на цілі співтовариства або громади. Деякі стресорні реагенти супроводжують події, пов'язані з нормальним розвитком людини (навчання в школі, робота, одруження тощо), а інші виходять за їх межі (стихийні лиха, катастрофи, воєнні дії тощо).

Л.О. Герасименко відмічає, що воєнні дії на території України є тривалим і пролонгованим стресорним реагентом, який виходить за межі звичайного досвіду та розвитку людини й спричиняє хронічний дистрес, який, насамперед, є травматичним стресом, і відповідно в населення відмічаються неадаптивні поведінкові реакції незалежно від того, чи знаходиться особистість безпосередньо в епіцентрі бойових дій, на периферії воєнного конфлікту або в іншій країні, наслідки хронічного стресу та виснаження можуть потягнути за собою розлади адаптивної поведінки [1].

На основі аналізу клінічних бесід, результатів діагностики та процесу консультування військовослужбовців у психіатричних відділеннях м. Одеси ми можемо стверджувати, що для військових, що мають бойовий досвід, ускладнювальними психічний стан факторами є наявність численних контузій, фізичних травм, із різноманіттям яких досі не доводилося тісно стикатися психологам до початку вторгнення. Відмічається наявність фізичного та психічного виснаження саме через пролонгованість військового конфлікту та нестачу спеціалізованих комплексних програм реабілітації, які враховують усі чинники, що ускладнюють процес роботи з військовими. Відсутність психологічного супроводу або невідповідна якість психологічного втручання в даному випадку призводить до глобальних серйозних наслідків, таких, як розвиток ПТСР або навіть комплексного ПТСР, із численними організаційними рівнями та особливостями протікання порушення; а також, призводить до початку хронічного перебігу хворобливих психічних станів або їх трансформації в синдромо- та симптомокомплекси міцного конструкту цілої низки психічних порушень, що погіршує якість життя і хворого, і його оточуючих.

Також слід зазначити, що порушення адаптації у військових впливають на їхню професійну діяльність, процес виконання своєї роботи, їх особистісні якості, тому першу допомогу військовим надають саме психологи, що знаходяться в зоні бойових дій і беруть на себе відповідальність за психологічний стан військовослужбовців. Саме військові психологи в зоні бойових дій повинні вміти професійно та швидко орієнтуватись у проблемі порушень адаптації військовослужбовців, вміти використовувати діагностичний інструментарій, техніки та методи, що направлені на превентивне втручання або первинну психологічну допомогу перших виявлених ознак РА.

У клініці сучасне лікування розладу адаптації має бути диференційованим залежно від домінуючих клінічних ознак і причин виникнення та потребує мультимодальної системи супроводу, до якої входять: лікарі (займаються супутніми захворюваннями), психіатр (постановка психіатричного діагнозу РА та медикаментозне лікування психопатологічної симптоматики), клінічний психолог (підтвердження діагнозу РА, диференційована діагностика домінуючих симптомів, розробка та впровадження корекційної програми як для військовослужбовців, так і для їх сімей), психотерапевт (психотерапевтичне консультування та супровід із використанням різних методів і технік психотерапії), реабілітологи та інші спеціалісти (рис. 1).

Через тісну взаємодію з лікарями і психіатром, у яких спостерігається пацієнт, клінічний психолог у ході роботи стикається з фармакологічними заходами терапії РА. Насамперед призначення фармакотерапії залежить від тяжкості перебігу РА та особливостей клінічної картини з домінуванням того чи іншого синдромокомплексу. Здебільшого під час лікування використовують транквілізатори, антидепресанти та снодійні препарати [8]. Психологу важливо розуміти та знати, як кожен призначений препарат впливає на психіку пацієнта, які побічні ефекти препаратів та які симптоми захворювання чи функції організму при цьому послаблюються чи посилюються, і враховувати це при діагностичних та терапевтичних заходах задля більш точного

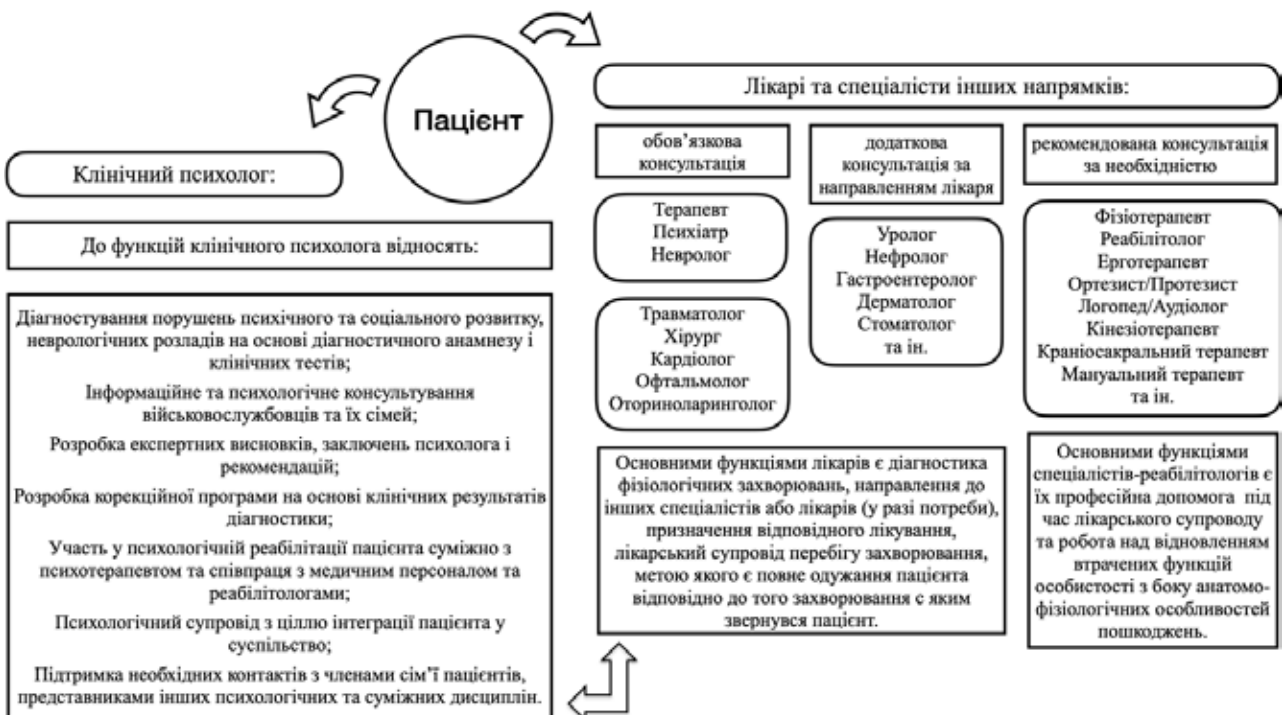
психологічного висновку та складання індивідуальної психокорекційної програми, програм реабілітації. Терапевтичні дії у відповідь на РА мають за мету катартичне реагування на отриману психотравму та усвідомлення внутрішньо особистісних чинників, що слугують перепорою до адаптації вже до нових умов існування, прийняття пережитого стресу як частини життєвого досвіду та певного етапу життя. Допомога пацієнтам із РА може здійснюватися за допомогою психоосвітніх занять, психотерапії та фармакотерапії [7].

**Алгоритм роботи клінічного психолога з військовими-учасниками бойових дій з розладами адаптації**

На підготовчому нульовому етапі корекційної роботи необхідно забезпечити конфіденційне етичне та прозоре інформаційне поле взаємодії в системі психолог-пацієнт.

Етичний компонент та питання конфіденційності під час роботи є невід’ємною та вкрай необхідною частиною процесу лікування з акцентом на занурення в безпечне довірливе терапевтичне середовище, зосереджуючись при цьому на забезпеченні ефективного психологічного догляду та підтримки.

Роль психолога в клініці насамперед спрямована на формування мотивації пацієнтів до подальшого лікування та реабілітації. Ми пропонуємо використовувати психоосвітні заняття, що орієнтуються на пояснення та донесення необхідної інформації про психічне здоров’я пацієнта, можливі варіанти психічних розладів, їх причини виникнення, ознаки



**Рис. 1. Функції спеціалістів мультимодальної системи супроводу категорії пацієнтів із розладами адаптації та їх взаємодія**

та наслідки, способи та варіанти допомоги. Зокрема, проведення психоосвітніх занять сприяє швидкій та ефективній редукції симптоматики в пацієнтів із РА, а в разі легкої її форми може використовуватися самостійно [8].

*Перший етап.* Проведення діагностики домінуючих симптомів у пацієнтів з порушеною адаптацією. Пропонується проведення клініко-терапевтичної бесіди з метою ознайомлення з результатами тестування, для додаткової мотивації пацієнта до лікування, що направлене на уточнення та виявлення домінуючих ознак РА. Діагностику рекомендовано поділити на декілька зустрічей від 30 до 90 хв, враховуючи швидкість втомлюваності хворого, можливий дискомфорт, пов'язаний із фізіологічними травмами, та загалом його когнітивні можливості до виконання завдань. Підбір діагностичних методик необхідно здійснювати з метою уточнення домінуючих негативних проявів РА та збережених функцій, на які спирається саме корекційна робота.

Первинна діагностика індивідуальних особливостей складається з клінічної бесіди, за результатами якої заповнюється анкета пацієнта, опитувальники теперішнього самопочуття, тестові методики визначення особистісних особливостей та домінуючих симптомів РА.

У перший діагностичний блок необхідно включити анкету пацієнта з епікризом захворювання, анамнез життя (обов'язково включити дані про сімейні відносини), скарги зі слів пацієнта, опис травматичної події, опис поточного середовища, у якому пацієнт зараз знаходиться. До цього необхідно додати опитувальники самопочуття, прояву та інтенсивності психічних і фізіологічних симптомів для визначення загального рівня самопочуття пацієнта. Рекомендовано скласти психологічний портрет пацієнта, використовуючи особистісні відмінності (темперамент, характер, емоційні прояви, психологічні стани тощо) з метою виокремлення «позитивних» частин особистості, через які буде здійснюватися психотерапевтичний вплив, і які складатимуть фундамент психологічної роботи з пацієнтом.

У другий діагностичний блок рекомендовано включити нейропсихологічні методики діагностики можливих порушень когнітивних функцій головного мозку (практисис, пам'ять, увага, мислення, інтелект, мовлення тощо) з метою виявлення збережених функцій, через які буде відбуватися психологічна корекція та подальша реабілітація.

Наприкінці діагностики рекомендовано надати пацієнтові психологічний висновок із подальшими рекомендаціями на основі отриманих даних.

*Другий етап.* Проводять покрокову роботу з пацієнтом у рамках психологічної корекційної

програми в системі мультимодального супроводу, де клінічний психолог проводить терапевтичні бесіди та консультативні зустрічі, тренінги, групові сесії, психогімнастичні вправи, націлені на процес розширення діапазону реагування клієнта на різноманітні подразники, формування навичок, що роблять його поведінку більш гнучкою, підвищують адаптивні можливості його особистості. Слід зауважити, що психокорекція не націлена на зміну поглядів пацієнта або його внутрішнього світу особистості та може проводитися навіть у випадку, коли пацієнт не усвідомлює свої проблеми та психологічного змісту корекційних вправ.

*Третій етап.* За результатами діагностики та проведеної психокорекційної роботи з пацієнтом необхідно розробити загальну програму психологічної реабілітації для військовослужбовців із РА, а також індивідуальні програми для окремих пацієнтів. За необхідністю соціальної підтримки або бажанням пацієнта необхідно розробити програму групових занять зі суворо підібраними для групової терапії іншими пацієнтами, у яких симптоматика, досвід, особливості протікання порушення та особливості стану хоч частково збігаються з порушеннями пацієнта (групові заняття можна проводити лише в разі повної клінічної діагностики кожного з учасників, а завдання групової сесії та тривалість зустрічей підбирати під їх фізіологічні та психічні можливості).

*Четвертий етап.* Необхідним інструментом корекції та адаптування пацієнта до життя після травматичного досвіду є психологічний супровід сімей або близьких людей як забезпечення умов для більш ефективного відновлення функціонування особистості в соціумі. Із сім'ями рекомендовано проводити освітні терапевтичні зустрічі й підготувати членів родини та близьких людей до можливих проявів розладу адаптації, пояснити, як це може проявитись у буденному житті. Зі слів пацієнтів, часто саме сім'я з відсутністю розуміння та підтримки стає пусковим механізмом до загострення симптомів та каталізатором тривожних і депресивних станів, а відсутність усвідомлення складності стану пацієнта спричиняє додаткову психічну напругу. Отже, перед включенням пацієнта до сімейної терапії важливим етапом є саме освітня підготовка сім'ї, що забезпечить більш ефективні та повноцінні умови лікування.

*П'ятий та шостий етапи.* Розробка та впровадження профілактичної превентивної програми проти рецидивів розладу з акцентом на набуття пацієнтами навичок саморегуляції та самопомоги. Цю програму необхідно включити інформацію стосовно можливостей пацієнтів звернутися по допомогу (перелік профільних лікарів та інших спеціалістів (реабілітологи, мануальні терапевти, краніо-сакральні

терапевти, кінезіомасажисти та ін.), профільних реабілітаційних центрів тощо) та релаксаційні методики (абдомінального дихання, контролю дихання, м'язової релаксації, аутогенного тренування та ін.), техніки арт-терапії, музикотерапії тощо (рис. 2).

Тривалість і частота кожної зустрічі необхідно індивідуально обговорити на початку лікування з пацієнтом і брати до уваги симптоматику пацієнта та його здатність виконувати завдання психолога при психічних і фізичних навантаженнях, що виявляється, у першу чергу, при діагностичних заходах. Загальноприйнятим стандартом вважають таку частоту зустрічей: терапевтичні сесії КПТ проводять не менше ніж 1–2 рази на тиждень тривалістю від 60 до 90 хв, релаксаційний тренінг застосовують за необхідністю в індивідуальній формі 1-2 рази на добу по 30 хв, а в груповій формі – по 2–3 рази на тиждень до 60 хв. Курс такого терапевтичного втручання повинен становити від 2-х до 3-х місяців, що підтверджується результатами нашої роботи [2].

**Висновки.** Виходячи з вищевказаної інформації, можемо сказати, що для військових-учасників бойових дій, які мають діагноз «розлад адаптації», вкрай необхідна професійна психологічна корекція та реабілітація.

Значну роль у психологічній корекції та реабілітації військовослужбовців із розладами адаптації відіграють клінічні психологи. До їхніх обов'язків входить оцінка, діагностика, лікування, профілактика та дослідження. Їхня робота спрямована на покращення психічного благополуччя людей, зменшення стигматизації, пов'язаної зі зверненням за психологічною допомогою, та формування психічного здоров'я, одночасно надаючи високоякісне психологічне лікування для сприяння одужанню серед військовослужбовців, які стикаються з розладами адаптації.

У зв'язку з цим на основі практичного досвіду роботи з військово-службовцями в психіатричних закладах було визначено ефективний алгоритм роботи клінічного психолога. Розроблений та відпрацьований алгоритм

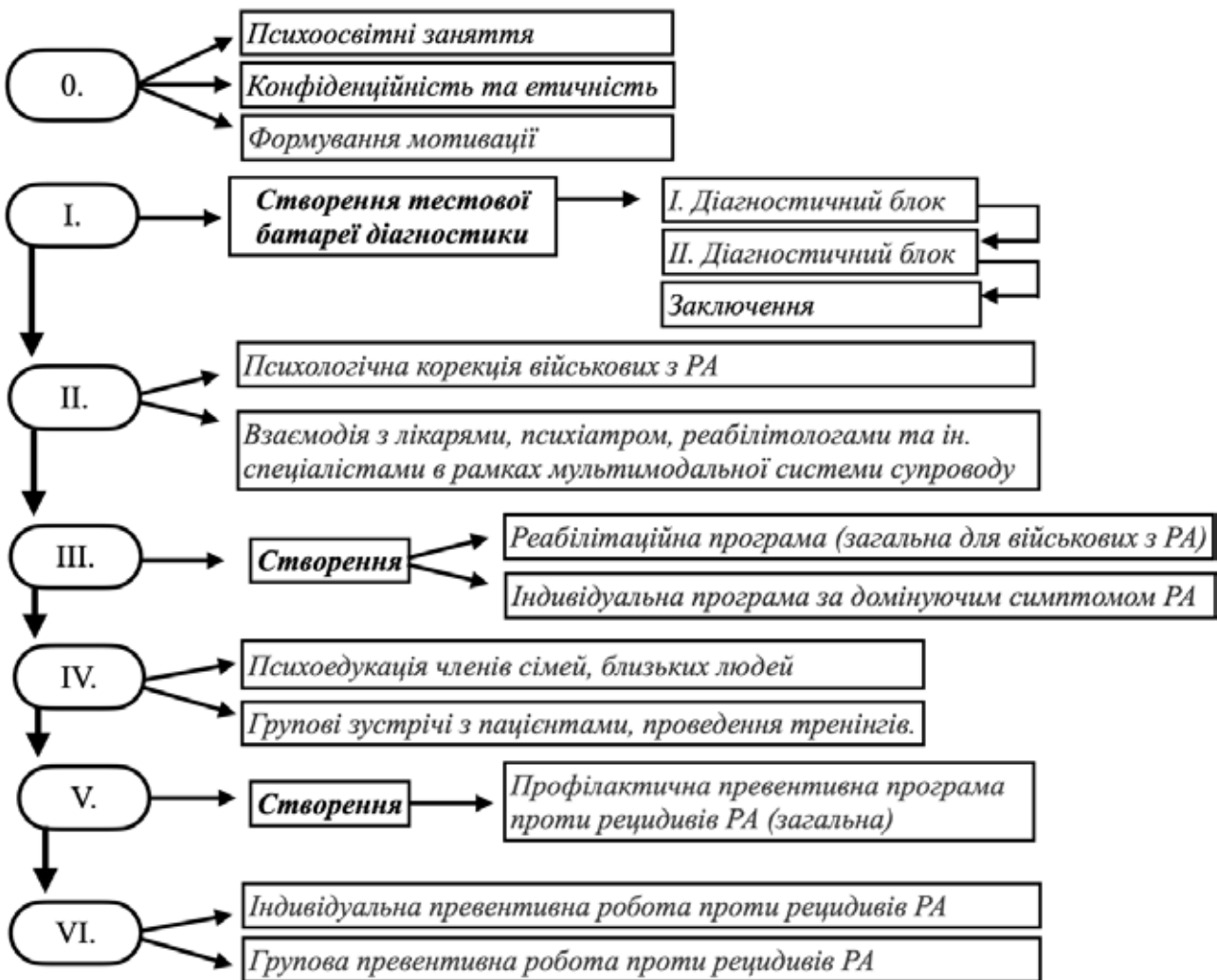


Рис. 2. Етапи роботи клінічного психолога з військовими-учасниками бойових дій із розладами адаптації

роботи психолога дав змогу висунути низку актуальних питань для подальшого вивчення поставленої проблеми та можливості дослідити ефективність використаних реабілітаційних заходів у корекційній роботі з військовими.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Герасименко Л.О. Психосоціальна дезадаптація (сучасні концептуальні моделі). *Український вісник психоневрології*. 2018. № 1. С. 62–65.
2. Герасименко Л.О. Розлади адаптації та реакції на стрес. *НейроNews*. 2022. № 9–10(137). С. 18–20.
3. Довідник діагностичних критеріїв DSM-5. URL: [https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20\\_%20DSM-5%20\(%20PDFDrive.com%20\).pdf](https://repository.poltekkes-kaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20(%20PDFDrive.com%20).pdf) (дата звернення: 09.23.2023).
4. Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). URL: <https://icd.who.int/browse10/2019/en> (дата звернення: 09.23.2023).
5. Пророк Н.В., Царенко Л.Г., Бойко С.Т. Адаптація, дезадаптація, розлади адаптації: питання термінології. *Грааль науки*. 2021. № 9. С. 373–381.
6. Самойлова О.В. Сучасні погляди на проблему розладів адаптації (огляд наукової літератури). *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2018. № 1(9). С. 32–37.
7. Carta M.G., Balestrieri M., Murru A., Hardoy M.C. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*. 2009. Vol. 5. P. 15.
8. Kozhyna H., Zelenska K., Kraskovska T., Kozhyn M. A comprehensive approach in the treatment of adaptation disorders. *Ukrains'kyi Visnyk Psykhonevrolohii*. 2020. Vol. 28, issue 4(105). P. 34–39.