

УДК 364-057.36

Лукашенко М. Ю. – аспірант кафедри юридичної психології Національної академії внутрішніх справ, м. Київ; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3690-4402>

Актуальні напрями психосоціальної роботи з учасниками бойових дій: зарубіжний досвід

Висвітлено напрями закордонного досвіду психосоціальної роботи з учасниками бойових дій і можливості його застосування у вітчизняній практиці. Методологічною основою статті стали наукові концепції вивчення стресу та профілактики його несприятливих наслідків. Розкрито роль психосоціальної роботи з постраждалими внаслідок збройних конфліктів. Представлено основні моделі психосоціальної роботи з учасниками бойових дій, які використовують за кордоном. Визначено негативні наслідки участі в збройних конфліктах, а також роль психологічного супроводу після реабілітації та ресоціалізації. Розглянуто закордонні програми надання комплексної психосоціальної допомоги. Проаналізовано нормативно-правові документи законопроектів, досвід міжнародних організацій з питань організації та реалізації допомоги населенню, що постраждало через збройний конфлікт, учасників бойових дій і членів їхніх сімей. Розкрито особливості діагностики, профілактики та корекції травматичного й посттравматичного стресових розладів. Наукова новизна статті полягає в тому, що на основі аналізу закордонного досвіду визначено низку практичних рекомендацій, які можуть бути ефективними для вітчизняних психологів. Психологічна допомога адресована учасникам бойових дій, а також іншим особам, що постраждали внаслідок соціально-політичної кризи в країні, з метою подолання стресу та запобігання віддалених ефектів і наслідків посттравматичних симптомів. Обґрунтовано ефективність підходів, що використовуються в організації психосоціальної підтримки учасників бойових дій, членів їх сімей і ветеранів війни. Визначено роль підготовки до екстремальних умов, яку реалізують у межах базової підготовки до професійної діяльності офіцерів.

Ключові слова: психосоціальна робота; учасник бойових дій; збройний конфлікт; моделі психосоціальної роботи; профілактика; корекція; стрес; психологічний супровід; посттравматичний стресовий розлад; реабілітація; ресоціалізація.

Постановка проблеми. У зв'язку із сучасними умовами життя, соціально-політичні конфлікти в країнах дедалі частіше переростають у війни. Миротворчі місії, локальні війни і регіональні збройні конфлікти, причиною яких є відсутність взаєморозуміння між людьми, політичними рухами, соціальними групами, і держав призводять до серйозних змін у функціонування соціальної системи. Участь у бойових діях – це досвід, який часто передбачає фізичні та психологічні травми.

Високремлення недосліджених аспектів загальної проблеми. Проведення комплексної роботи для успішної

адаптації та ресоціалізації спецпризначенця, який повернувся з війни, ускладнюється чисельними соціально-психологічними проблемами, що обумовлює необхідність проведення відповідних досліджень.

Метою цієї статті є наукове вивчення соціально-психологічної реабілітації та заходів ресоціалізації осіб, які брали участь у бойових діях, особливості організації комплексу заходів з надання соціально-психологічної допомоги та вдосконалення системи соціального захисту учасників бойових дій, ветеранів та їх сімей згідно з моделями Сполучених Штатів Америки та Грузії.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Різні аспекти реабілітаційної роботи з військовослужбовцями розглядають такі вітчизняні та зарубіжні дослідники: Г. Акімов, О. Лобастов, Р. Грінкер, Д. Шпігель (психотравмуючі наслідки світових війн), А. Бравеев, В. Гічун, В. Ковтун, О. Коржиков, Ю. Лях (медико-соціальні аспекти реабілітації військовослужбовців); В. Березовець, С. Захарик, В. Знаков, І. Ліпатов, Т. Пароянц, В. Попов, П. Сідоров, В. Стасюк (психотравмуючі наслідки локальних воєнних зіткнень) та ін.

В. Лесков визначає соціально-психологічну реабілітацію учасників бойових дій як «систему психологічних, психотерапевтичних і психолого-педагогічних заходів, що спрямовані на відновлення психічного здоров'я, порушених психічних функцій і станів, особистісного та соціального статусу військовослужбовців, які брали участь у бойових діях в районах військових конфліктів» [1, с. 16].

Досвід країн, які перебували в конфліктних ситуаціях, показує, що значне зростання насильства в протистояннях призводить до збільшення випадків домашнього насильства, насильства стосовно жінок і дітей як у період розгортання самого конфлікту, так і після його завершення.

Особливо вразливою групою вважаються жінки та діти із соціально незахищених категорій, сім'ї, члени яких загинули або були поранені в ході трагічних подій, зокрема, вдови, які залишилися єдиними годувальниками родин, сім'ї військовослужбовців, які стають внутрішніми мігрантами. Надзвичайної уваги потребують діти із сімей, де загинули рідні та близькі, друзі і знайомі [1, с. 19].

Виклад основного матеріалу. Наслідки воєнно-травматичних стресових обставин будуть визначатися психологічними чинниками (індивідуально-типологічними, психічними, характерологічними особистісними особливостями,

адекватністю механізмів психологічного захисту та адаптації тощо), тривалістю дії стресових факторів та соматоневрологічною важкістю.

Цю проблему доцільно розглядати з позицій концепції стресу, запропонованої в 1936 р. Гансом Сельє. Її центральним положенням є уявлення про гомеостатичну модель самозбереження організму та мобілізацію ресурсів для реакції на стресор. Усі дії на організм вчений розділив на специфічні та стереотипні неспецифічні ефекти стресу, які проявляються у вигляді загального адаптаційного синдрому. Цей синдром у своєму розвитку проходить три стадії: 1) реакцію тривоги; 2) стадію резистентності; 3) стадію виснаження. Г. Сельє ввів поняття адаптаційної енергії, яка мобілізується шляхом адаптаційної перебудови гомеостатичних механізмів організму. Її виснаження безповоротне і веде до старіння і загибелі організму. Психічні прояви загального адаптаційного синдрому позначаються як «емоційний стрес» – тобто афективні переживання, які супроводжують стрес і такі, що ведуть до несприятливих змін в організмі людини. Оскільки емоції залучаються до структури будь-якого цілеспрямованого поведінкового акту, то саме емоційний апарат першим включається в стресову реакцію при дії екстремальних і руйнівальних чинників. У результаті активуються функціональні вегетативні системи і їх специфічне ендокринне забезпечення, що регулює поведінкові реакції [1, с. 8].

Згідно із сучасними уявленнями, емоційний стрес можна визначити як феномен, що виникає при зіставленні вимог, що ставляться до особи, з її здатністю впоратися з цією вимогою. У разі відсутності у людини стратегії подолання стресової ситуації (копінг-стратегії) виникає напружений стан, який разом з первинними гормональними змінами у внутрішньому середовищі організму викликає порушення його гомеостазу. Ця реакція у відповідь є спробою впоратися з джерелом стресу. Подолання стресу включає психологічні (сюди входять когнітивна, тобто пізнавальна, і поведінкова стратегії) і фізіологічні механізми. Якщо спроби впоратися із ситуацією виявляються неефективними, стрес триває і може призвести до появи патологічних реакцій та органічних ушкоджень [2, с. 10].

За деяких обставин замість мобілізації організму на подолання труднощів стрес може стати причиною серйозних розладів. При неодноразовому повторенні або при великій тривалості афективних реакцій у зв'язку з тривалими життєвими

труднощами емоційне збудження може набути застійної стабільної форми. У цих випадках навіть при нормалізації ситуації застійне емоційне збудження не слабшає, а навпаки, постійно активізує центральні утворення нервової вегетативної системи, а через них змінює діяльність внутрішніх органів і систем. Якщо в організмі виявляються слабкі ланки, то вони стають основними у формуванні захворювання. Первинні розлади, що виникають при емоційному стресі в різних структурах нейрофізіологічної регуляції мозку, призводять до зміни нормального функціонування серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, зміни системи крові, розладу імунної системи тощо [2, с. 17].

Стресори зазвичай діляться на фізіологічні (біль, голод, спрага, надмірне фізичне навантаження, висока і низька температура тощо) і психологічні (небезпека, загроза, втрата, обман, образа, інформаційне перевантаження тощо). Останні, у свою чергу, поділяються на емоційні та інформаційні.

Будь-який різновид психологічного стресу (особистісного, міжособистісного, сімейного, професійного тощо) є в своїй основі інформаційним. Джерелом його розвитку служать зовнішні повідомлення, інформація про поточний (реальний) і передбачуваний, ймовірний вплив несприятливих подій, їхню загрозу для організму, або внутрішня інформація у формі уявлень з минулого про травматичні події, ситуації та їх наслідки. Ці реакції, як правило, пов'язані з продукуванням негативних емоцій, розвитком почуття тривоги впродовж усього існування конфліктної ситуації – аж до її вирішення або суб'єктивного подолання цього стану. У цих видах психологічного стресу інформація про несприятливу, небезпечну подію є пусковим моментом, що визначає загрозу його виникнення і формує почуття тривоги, психічну напругу на основі актуалізації психічного образу ситуації професійної діяльності.

Інформаційний стрес можна визначити як стан підвищеної психічної напруги з явищами функціональної вегетосоматичної і психічної дезінтеграції, негативними емоційними переживаннями, порушеннями працездатності в результаті несприятливого впливу факторів емоційної взаємодії. В іншому тлумаченні інформаційний стрес – це стан інформаційного перевантаження, коли індивід не справляється з поставленим завданням і не встигає приймати правильні рішення в необхідному темпі, будучи відповідальним за наслідки прийнятих рішень [2, с. 23].

Стрес стає травматичним, коли результатом дії стресора є порушення в психічній сфері, яке відбувається за аналогією з фізичними порушеннями. У цьому випадку, згідно з існуючими концепціями, порушується структура «самості», когнітивна модель світу, афективна сфера, неврологічні механізми, що управляють процесами навчання, система пам'яті, емоційні шляхи навчання. У ролі стресора в таких випадках виступають травматичні події – екстремальні кризові ситуації, що мають потужний негативний наслідок, ситуації загрози життю для самого себе або значущих близьких. Такі події докорінно порушують почуття безпеки індивіда, викликаючи переживання травматичного стресу, психологічні наслідки якого різноманітні.

Психологічні травми, отримані внаслідок участі у бойових діях підпадають під класифікацію «посттравматичного стресового розладу (синдрому)» (термін *Posttraumatic stress disorder* – PTSD введений у науковий обіг в 1980 р. М. Horowitz, В. Dohrenwend). Наслідки військово-травматичного стресу проявляються симптомами «психологічного захисту» (амнезія явна чи удавана, психічна загальмованість, уникання будь-яких спогадів або асоціацій з травмуючими подіями), «повернення» (нав'язливі спогади, страхи, розлади сну, кошмари, непереборне відчуття тривоги, втрата відчуття радості й спокою). Критерії діагностики синдрому зазначені в американському національному діагностичному психіатричному стандарті (*Diagnostical and Statistical Mannual of Mental Disorders*) та внесені до європейського діагностичного стандарту МКХ-10 (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death* – ICD-10). Згідно з діагностичними критеріями, посттравматичний стресовий розлад визначається як відсутня або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у кожній здоровій людині [3, с. 435].

Динаміка переживання травматичної ситуації включає чотири етапи.

Перший етап – це фаза заперечення або шоку. На цій фазі, що настає відразу після дії травматичного фактора, людина не може прийняти подію на емоційному рівні. Психіка захищається від руйнівної дії травматичної ситуації. Цей етап, як правило, відносно нетривалий.

Другий етап – носить назву фази агресії і провини. Поступово починаючи переживати те, що сталося, людина намагається звинувачувати в цьому тих, хто прямо або

опосередковано причетний до події. Потім людина направляє агресію на саму себе й відчуває інтенсивне почуття провини.

Третій етап – фаза депресії. Після того, як людина усвідомлює, що обставини сильніші за неї, настає депресія. Вона супроводжується почуттями безпорадності, самотності, власної непотрібності. Людина не бачить виходу з ситуації, що склалася, втрачає відчуття сенсу життя [4, с. 31].

На цій стадії дуже важлива ненав'язлива підтримка близьких, але людина, яка переживає травму, не завжди її отримує. Крім цього, людина в депресивному настрої неухильно втрачає інтерес до спілкування.

Четвертий етап – це фаза зцілення. Для неї характерне повне (свідоме та емоційне) прийняття свого минулого і набуття нового сенсу життя.

Ця послідовність є конструктивним розвитком ситуації. Якщо потерпілий не проходить фази проживання травматичної ситуації, етапи занадто затягуються, не мають логічного завершення, з'являються симптомокомплекси (посттравматичний стресовий розлад), впоратися з якими самостійно людина вже не здатна [4, с. 33].

Аналіз результатів досліджень, проведених у США, Грузії, на Балканах, а також інтерв'ю із закордонними експертами дають підстави стверджувати, що у міжнародному досвіді психосоціальної роботи з тими, хто постраждав унаслідок збройних конфліктів, застосовують:

1. Короткострокові інтервенції – кризове втручання; аутріч-робота (мобільна, виїзна робота), орієнтована на завдання підхід до психосоціальної допомоги (task-centred approach); екстрене психотерапевтичне втручання.

2. Довгострокові втручання – стратегії, орієнтовані на системноекологічну модель роботи (відновлення ресурсів особистості, економічної спроможності, зв'язків із оточенням), стратегії, орієнтовані на розвиток громад, сімейно орієнтовані стратегії роботи, довгострокові психотерапевтичні програми, довгостроковий соціальний супровід та психологічна підтримка [5, с. 71].

Причому психологічна допомога учасника бойових дій включає такі форми роботи, як: групова психотерапія, терапія посттравматичних розладів, сімейна психотерапія, індивідуальне психологічне консультування, психотерапія екзистенціальної спрямованості тощо. У роботі з ветеранами бойових дій добре зарекомендували себе такі напрями психотерапії, як гештальт-

терапія, родинна терапія, нейро-лінгвістичне програмування, символдрама (кататимно-імагінативна психотерапія), метод десенсибілізації і перетворення рухами очей і низка інших.

У загальному вигляді модель психологічної реабілітації містить такі послідовні кроки:

1. Взаємна адаптація психолога та пацієнта.
2. Навчання пацієнта методам саморегуляції.
3. Катарсичний етап (повторне переживання).
4. Обговорення найбільш типових форм поведінки (на прикладі життєвих ситуацій).

5. Апробація нових способів поведінки через гру.

6. Визначення життєвих перспектив [5, с. 72].

Спеціальні операції в Афганістані (2001) та Іраку (2003) упродовж перших років характеризувалися швидкими змінами їх темпів. Для родин військовослужбовців масштабні передислокації військ були вкрай важкими. Військовослужбовцям було надзвичайно складно звикнути до постійних змін, до швидкого темпу передислокацій, а нині ці умови стали для них нормою. Убивства і самогубства 2002 року в місті Форт Бреґг, штат Північна Кароліна, виявили небезпеку надто швидкого повернення солдатів із війни в Афганістані до мирного цивільного життя. Результати розслідування у Форті Бреґг і на інших військових базах свідчили про наявність тривалих проблем з доступом військових до медичної допомоги, а також про тотальне небажання серед амбітних і цілеспрямованих на кар'єрне зростання військових звертатися до медиків.

Аналіз американського досвіду дозволяє виокремити низку підходів в організації психосоціальної підтримки військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях, членів їх сімей та ветеранів війни. Гарнізонна підготовка до бойових дій Наказом Міністерства оборони визначено, що кожен підрозділ повинен мати професійну підготовку, навчальні програми і рекомендації з контролю бойового стресу з акцентом на первинну, вторинну і третинну профілактику в гарнізонах [6].

В Армії США – на рівні дивізій та бригад – створено відділи охорони психічного здоров'я, які очолює психіатр. До його складу входять також офіцери з охорони психічного здоров'я (ліцензовані психологи чи соціальні працівники із спеціалізованою освітою та принаймні однорічним досвідом роботи у лікувальних закладах).

До повноважень відділу віднесено:

- клінічні (лікувальні) послуги;

– планування послуг з охорони психічного здоров'я в дивізії та нагляд за наданням таких послуг;

– консультування командирів та хірургів дивізії з питань психічного здоров'я;

– співпраця з капеланами та підрозділами, що відповідають за питання бойового стресу, а також медичним персоналом, які відправляються за кордон;

– встановлення стандартів піклування про практику з охорони психічного здоров'я в підрозділі (мають бути опубліковані у певному форматі та регулярно переглядатися);

– наставництво та забезпечення ознайомлення всього медичного персоналу з найновішими практиками діагностики та лікування (посттравматичного стресового розладу; розладів сну; депресії та тривожності; лікування наслідків травматичної події; використання психотропних препаратів, нагальних ситуацій, в яких потрібна психіатрична допомога);

– проведення оцінок / діагностики за наказами командування, підготовка рапортів щодо ризику самогубств тощо.

Унаслідок цього, а також низки інших подій, були запроваджені тренінги в системі підготовки солдатів, які передислоковуються і повертаються на військову базу. Одну з перших методик – «Battlemind» – було розроблено для того, щоб допомогти військовим, які повернулися з війни, та їх сім'ям реінтегруватися в звичайне життя. Навчальна програма «Battlemind» передбачає підвищення адаптаційних можливостей до високостресових ситуацій. Навчання спрямоване на солдатів, командирів та подружжя військовиків. Навчальна програма ґрунтується на підході, який спирається на сильні сторони індивіда, ідею взаємопідтримки військових, а також зосереджується на ролі командира у підтриманні психічного здоров'я усіх солдатів. Навчальні модулі містять приклади, які є близькими для солдатів, і покликані дати відповіді щодо незрозумілих або суперечливих ситуацій. У кожному модулі також визначено конкретні дії, які може вчинити солдат для підтримання своєї сили духу, та наголошується на спостереженні за собою, своїми товаришами та підлеглими.

Методика має різні цикли і кожен продукт «Battlemind» є практичним:

1. PTSD Symptoms
2. PTSD
3. PTSD Veterans

4. Treatment Depression
5. Anxiety and Depression
6. Combat Stress
7. Spouse Battlemind Training

Навчальна програма «Battlemind» адаптована в Канаді, Великобританії та Австралії.

Нещодавно ця методика переросла в Комплексну програму тренування солдатів, орієнтовану на поліпшення здатності до відновлення нормального функціонування психіки. Водночас, попри розроблені нові програми, багато військовослужбовців, які і раніше, неохоче прагнуть звертатись по психологічну допомогу. На це є кілька причин, головна з них – побоювання, що це якось нашкодить їх кар'єрі. Стереотипи і нині залишаються нагальною проблемою, попри чисельні зусилля протидіяти їхньому поширенню. Зазвичай отримати психологічну допомогу частіше намагаються члени солдатських сімей, ніж самі військовослужбовці. Для поліпшення доступу до психологічного супроводження армія та інші служби суттєво збільшили кількість фахівців із питань психічного здоров'я (до 70 % за період 2007–2010 рр.).

Чисельність військовослужбовців невпинно зростає, і щоб мати можливість надати допомогу всім тим, хто її потребує, спільнота з охорони здоров'я учасників бойових дій запровадила багато нових систем оцінювання психічного стану військових і надання їм психологічної допомоги. Програма оцінювання здоров'я після проходження служби в розгортанні (PDHA – The Post – Deployment Health Assessment) дає змогу оцінити стан військовослужбовців після повернення з війни. Ця програма була реалізована після війни у Перській затоці (1990–1991). Однак учасники бойових дій після повернення часто приховували симптоми психологічних розладів, адже хотіли якнайшвидше потрапити додому. З 2005 року програму PDHA об'єднали з програмою повторного оцінювання здоров'я після проходження служби в розгортанні (PDHRA – Post-Deployment Health Re-Assessment), що проводилася через 3 та 6 місяців після повернення додому.

Висновки та перспективи подальших розвідок.

Закордонний досвід засвідчує, що у роботі з учасниками бойових дій та їх сімей необхідно використовувати комплексний підхід, стимулювати у військових усвідомлення потреби в охороні психічного здоров'я для успішного подальшого виконання своїх професійних обов'язків. Напрями психосоціальної роботи із

закордонного досвіду, які пройшли перевірку практикою та часом, потребують вивчення ефективності їхнього застосування у вітчизняних умовах, що визначає перспективи подальших досліджень у цій галузі.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Лесков В. О. Соціально-психологічна реабілітація військовослужбовців із районів військових конфліктів : автореф. дис. канд. психол. наук : спец. 19.00.09 «Психологія діяльності в особливих умовах» / В. О. Лесков. – Хмельницький, 2008. – 22 с.
2. Романовська Д. Д. Профілактика посттравматичних стресових розладів: психологічні аспекти : метод. посіб. / Д. Д. Романовська, О. В. Ілащук. – Чернівці : Технодрук, 2014. – 133 с.
3. Напреенко О. К. Психіатрія : підручник / О. К. Напреенко, І. Й. Влох, О. З. Голубков та ін. ; за ред. проф. О. К. Напреенка. – Київ : Здоров'я, 2001. – 584 с.
4. Селье Г. Стресс без дистресса / Ганс Селье ; общ. ред. Е. М. Крепса ; [пер. с англ. А. Н. Лука, И. С. Хорола]. – М. : Прогресс, 1979. – 123 с.
5. Калмыкова Е. С. Особенности психотерапии посттравматического стресса / Е. С. Калмыкова, Е. А. Миско, Н. В. Тарабрина // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22 – № 4. – С. 70–80.

REFERENCES

1. Leskov, V.O. (2008). *Sotsialno-psykholohichna reabilitatsiia viiskovosluzhbovtziv iz raioniv viiskovykh konfliktiv* [Psychology of activity in special conditions]. *Extended abstract of candidate's thesis*. Khmelnytskyi [in Russian].
2. Romanovska, D.D., & Ilashchuk, O.V. (2014). *Profilaktyka posttravmatychnykh stresovykh rozladiv: psykholohichni aspekty* [Prevention of post-traumatic stress disorder: psychological aspects]. Chernivtsi: Tekhnodruk [in Ukrainian].
3. Naprieienko, O.K., Vlokh I.I., & Holubkov, O.Z. (Ed.). (2001). *Psykhiiatriia* [Psychiatry]. Kyiv: Zdorovia [in Ukrainian].
4. Sele, H., Krepsa, E.M. (Eds.). (1979). *Stress bez dystressa* [Stress without distress]. [A.N. Luka, I.S. Khorola, Trans]. Moscow: Prohgress [in Ukrainian].
5. Kalmykova, E.S., Misko, E.A., & Tarabrina, N.V. (2001). *Osobennosti psihoterapii posttravmaticheskogo stressa* [Features of psychotherapy of post-traumatic stress]. *Psihologicheskii jurnal - Psychological Journal*, 4, (Vols. 22) [in Russian].

Стаття надійшла до редколегії 19.07.2018

Lukashenko M. – Postgraduate Student of the Department of Legal Psychology of the National Academy of Internal Affairs, Kyiv, Ukraine; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3690-4402>

Topical Areas of Psychosocial Work with Participants of Operations: Foreign Experience

The article is devoted to considering the foreign experience in psychosocial work with participants of hostilities and the possibilities of its application in domestic practice. The methodology of the article made up the scientific concept of stress study and prevention of adverse effects. The role of psychosocial work with people affected by armed conflict. Main models of psychosocial work with combatants that are used abroad. Depending on this determined the negative effects to the individual of participation in armed conflict, and the role of psychological support after rehabilitation and re-socialization. Considered the international programmes provision of comprehensive psychosocial assistance, the components of which are recognized as effective. Analyzed legal documents, bills, experience of international organizations on the issues of organization and implementation of overseas aid to the victims of the armed conflict, combatants and members of their families. The features of diagnosis, prevention and correction of traumatic and post-traumatic stress disorders. Scientific novelty of the article is that based on the analysis of foreign experience, identified a number of practical recommendations that can be effective in the Ukrainian psychologists. Psychological help addressed to the combatants and other victims in a situation of socio-political crisis in the country, with the aim of overcoming stress and preventing the long-term effects and consequences of post-traumatic symptoms. Effectiveness of approaches used in organizing psychosocial support combatants, their families and veterans of war. The role of training to extreme conditions which is implemented in the framework of the basic training officers. Foreign experience shows that in working with combatants and their families, it is necessary to use an integrated approach, to stimulate in the military awareness of the needs for mental health care for the successful pursuit of their professional duties. The directions of psychosocial work from foreign experience, which have been tested by practice and time, require the study of the effectiveness of their application in domestic conditions, which determines the prospects for further research in this field.

Keywords: psychosocial work; the participant of military operations; armed conflict; models of psychosocial work; prevention; correction; stress; psychological support; post-traumatic stress disorder; rehabilitation; resocialization.