

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»

Факультет соціальних наук
(повне найменування факультету)

Психологія
(повне найменування кафедри)

Пояснювальна записка

до дипломного проекту (роботи)

магістр
(ступінь вищої освіти)

на тему Методи психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією
після бойової травми
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу,
групи СНЗ-124м

Спеціальності 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)
Психологія

ЄФІМЕНКО О.О.
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник КОВАЛЬ В.О.
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент НЕТКАЛ Ф.О.
(ПРІЗВИЩЕ та ініціали)

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Запорізька політехніка»
(повне найменування закладу вищої освіти)

Факультет соціальних наук
Кафедра «Психологія»
Ступінь вищої освіти магістр
Спеціальність 053 Психологія
(код і найменування)
Освітня програма (спеціалізація) Психологія
(назва освітньої програми (спеціалізації))

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

« 29 » _____ серпня 2025 року

ЗАВДАННЯ

НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

ЄФІМЕНКО Ольга Олександрівна

(ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) методи психологічної стабілізації
військовослужбовців з контузією після бойової травми

керівник проєкту (роботи)

в.о. завідувача кафедри «Психологія» Коваль Владислав Олександрович,

(науковий ступінь, вчене звання, ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від «01» вересня 2025 року № 388

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 15 грудня 2025 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 130 с., 4 табл., 6 рис., 81 дж., 9 дод

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: проаналізовано особливості вивчення методів психологічної стабілізації, емпірично вивчені методи психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією, розроблено практичні рекомендації для психологічної стабілізації військовослужбовців.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): рис.1.1 Механізм виникнення стресу; рис 1.2 Реакція «бий-біжи-завмири»; рис 1.3 Техніка заземлення; рис. 1.4 Фактори, які сприяють розвитку ПТСР після ЧМТ; рис 1.5 Симптоми контузії та ПТСР; рис. 2.1 Методи психологічного втручання (вибір експертів); табл. 1.1 Симптоми постстресового стану; табл. 2.1 Розподіл інтервенцій серед респондентів; табл.2.2 Техніки КПТ; табл 2.3 Принципи КПТ.

6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

Розділ	ПРІЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	КОВАЛЬ В.О., в.о. завідувача кафедри «Психологія»	23.09.2025	05.10.2025
2	КОВАЛЬ В.О., в.о. завідувача кафедри «Психологія»	07.10.2025	26.10.2025
3	КОВАЛЬ В.О., в.о. завідувача кафедри «Психологія»	21.10.2025	26.11.2025
Нормок-ь	КУЗЬМІН В.В., доцент	04.12.2025	10.12.2025

7. Дата видачі завдання «29» серпня 2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломного проєкту (роботи)	Строк виконання етапів проєкту (роботи)	Примітка
1	Узгодження теми та затвердження завдання на дипломний проєкт(роботу)	29.08.2025	
2	Затвердження теми	01.09.2025	
3	Збір матеріалу та вивчення літературних джерел на дипломний проєкт (роботу)	04.09.2025	
4	Складання змісту	05.09.2025	
5	Виконання першого розділу	05.10.2025	
6	Виконання другого розділу	26.10.2025	
7	Виконання третього розділу	26.11.2025	
8	Формування висновків	28.11.2025	
9	Перевірка роботи керівником	01.12.2025	
10	Оформлення дипломного проєкту(роботи)	04.12.2025	
11	Нормоконтроль та перевірка на запозичення	10.12.2025	
12	Попередній захист дипломного проєкту(роботи)	12.12.2025	
13	Подання роботи на кафедру	15.12.2025	
14	Одержання відгуку та рецензії	18.12.2025	
15	Захист дипломної роботи	25.12.2025	

Студент(ка)

(підпис)

Ольга ЄФІМЕНКО

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи)

(підпис)

Владислав КОВАЛЬ

(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 130 с., 4 табл., 6 рис., 81 дж., 9 дод.

Мета дослідження: спираючись на думку фахівців обрати найдієвіші методи психологічної стабілізації..

Об'єкт дослідження: : психологічна травматизація військовослужбовців з контузією в ході бойових дій.

Предмет дослідження:.. дослідження: методи психологічної стабілізації психологічних наслідків травми після бойових дій.

Методи дослідження: метод Дельфі - систематичний збір інформації про об'єкт прогнозування шляхом опитування експертів та узагальнення даних..

Практичне значення дослідження : Дослідження методів психологічної стабілізації військовослужбовців є надзвичайно актуальним, оскільки воно відповідає актуальним потребам Збройних Сил України та є критичним чинником підтримання життєстійкості особового складу. Вивчення та впровадження ефективних стабілізаційних методів дозволить не лише мінімізувати негативні наслідки психотравми, а й посилити адаптаційні можливості військових, підвищити ефективність бойових дій та сприяти формуванню стійких психологічних ресурсів на індивідуальному та груповому рівнях.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження опубліковано на Всеукраїнській науково-практичній конференції (Запоріжжя, 15 жовтня 2025р.)(до 125-річчя Національного університету «Запорізька політехніка») «Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі».

ПСИХОЛОГІЧНА СТАБІЛІЗАЦІЯ, БОЙОВИЙ СТРЕС,
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ПТСР, КІПТ, КОНТУЗІЯ, МАЙНДФУЛНЕС,
ПСИХОЕДУКАЦІЯ, ТІЛЕСНООРІЄНТОВАНА ТЕРАПІЯ, ПОЗИТИВНА
ПСИХОЛОГІЯ

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

- ПТСР - посттравматичний стресовий розлад
- ЧМТ - черепно-мозкова травма
- ГРС - гостра реакція на стрес
- ПА - порушення адаптації
- МКХ - міжнародна класифікація хвороб
- DSM - Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (англ. «Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів»)
- EMDR - Eye Movement Desensitization and Reprocessing (англ. «Десенсибілізація та переробка рухом очей»)

ЗМІСТ

ВСТУП	8
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ СТАБІЛІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ	12
1.1 Ключові аспекти формування бойового стресу та його наслідків	12
1.2 Самодопомога як засіб профілактики наслідків бойового стресу	15
1.3 Визначення понять контузія, гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад та взаємозв'язку між ними.....	20
1.4 Методи виявлення когнітивних порушень, симптомів контузій та ПТСР	28
Висновки до розділу 1	30
РОЗДІЛ II. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДИК ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТАБІЛІЗАЦІЇ	32
2.1 Аналіз анкет експертів та виявлення найкращих методів психологічної стабілізації.....	32
2.2 Психоедукація як основа надання психологічної допомоги військовослужбовцям	37
2.3 Методи когнітивно-поведінкової терапії. Mindfulness як метод КПТ.....	43
2.4 Методи тілесно-орієнтованої терапії	54
2.5 Методи позитивної психології	59
2.6 Метод EMDR в роботі з травмою	60
Висновки до розділу 2.....	64
РОЗДІЛ III. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТАБІЛІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ	66
3.1 Особливості психологічної стабілізації військовослужбовців при наявності контузії.....	66
3.2 Схема психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією.....	69
Висновки до розділу 3.....	78

ВИСНОВКИ.....	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	84
ДОДАТКИ	91

ВСТУП

З початком повномасштабного вторгнення, військовослужбовці постійно знаходяться в екстремальних умовах, що супроводжується постійним стресом. На теперішній час в Україні збільшується кількість військовослужбовців, які пережили і переживають зараз травматичні події та стикаються з наслідками ПТСР. Гострі реакції на стрес є початком психологічного реагування на ту подію, яка відбулась з військовослужбовцями. Якщо не надати належної психологічної допомоги і підтримки, то це може перерости в більш складний розлад такий, як гострий стресовий розлад і з часом в посттравматичний(ПТСР). Ці симптоми не часто легко розпізнати, навіть військові не завжди це можуть помітити, бо це може приховуватись в соматичних скаргах і ін. Через це деколи складніше провести діагностику, тому потрібно уважніше спостерігати за поведінкою військового, його емоціями і загальним станом, щоб краще зрозуміти, що відбувається з клієнтом і надати відповідну допомогу.

Тому, психологічна допомога і підтримка має допомогти військовим з низьким рівнем стійкості до стресу навчитися краще справлятися з стресовими ситуаціями, які виникли для кращого відновлення.

Психологічна стабілізація військовослужбовців після отримання бойової травми є надзвичайно актуальною в умовах триваючої війни, оскільки після стабілізації вони в більшості випадків повертаються до несення служби. Навик стабілізувати себе або допомогти побратиму для військовослужбовців набуває особливої актуальності, оскільки саме здатність бійця залишитися психологічно стабільним визначає здатність бійця ефективно діяти в умовах підвищеної загрози, зберігати ясність мислення, приймати рішення та підтримувати бойову готовність. Військовий, який не має навичок саморегуляції, стає більш вразливим до панічних реакцій, виснаження, порушення поведінки та знижується здатність взаємодіяти з підрозділом.

Мета дослідження: спираючись на думку фахівців обрати найдієвіші методи психологічної стабілізації.

Завдання дослідження:

- проаналізувати особливості вивчення методів психологічної стабілізації;
- емпірично вивчити методи психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією;
- розробити практичні рекомендації для психологічної стабілізації військовослужбовців.

Об'єкт дослідження: психологічна травматизація військовослужбовців з контузією в ході бойових дій

Предмет дослідження: методи психологічної стабілізації психологічних наслідків травми після бойових дій

Метод дослідження: метод Дельфі, метод узагальнення, метод аналізу та синтезу, метод систематизації матеріалу, експертний метод.

Організація дослідження: на першому етапі був проведений збір інформації, проведено аналіз проблеми, обрано метод дослідження; на другому етапі було проведено аналіз особливостей психологічної стабілізації, особливостей підходи до пацієнтів з контузією, проведено анкетування експертів та виявлені найкращі методи для психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією; на третьому етапі на основі теоретичного та емпіричного дослідження розроблено практичні рекомендації для психологічної стабілізації військовослужбовців після бойової травми з контузією.

У науковій літературі останніх років спостерігається підвищення уваги до методів, які допомагають військовослужбовцям швидко відновлювати контроль над тілесними та емоційними реакціями. В українських та іноземних дослідженнях підтверджено, що ранні стабілізаційні методи значно знижують симптоми гіперактивації, дисоціації, почуття небезпеки, покращують сон, концентрацію уваги та підвищують витривалість до стресу. Серед українських дослідників даної теми особливу цінність мають роботи І. С. Клименко - робота з тілесно-орієнтованими підходами у військових, Я. Мацегора, І. Приходько - дослідження оцінки психічного стану військових після бойових дій, Л. Чеботарьова-

дослідження стосовно перетину симптомів та лікування ПТСР і легкої ЧМТ, клінічні висновки, які впливають на вибір безпечних стабілізаційних методик для поранених та контужених. Серед закордонних дослідників окремо можна виділити Стивена Порджеса з його Полівагальною теорією; ключова теоретична база для розуміння регуляції нервової системи й методів заземлення та ко-регуляції, що використовується при стабілізації після травми, Пітер Левін, який є автором підходів з соматичної (body-based) терапії травми, що стали основою багатьох стабілізаційних інтервенцій (включно з вживаними у військовій практиці тілесними техніками), Пэт Огден та Яніна Фішер, які розробили сомато-моторну терапію. Це методи для роботи з тілесними проявами травми, які застосовуються в роботі з військовими. Бессел ван дер Колк популяризував підходи «тіло зберігає сліди травми» (body-focused interventions); його праці впливали на застосування й розвиток стабілізаційних практик (йога, рух, тілесні вправи) у ветеранів, Една Фоа, Патріція Ресік та інші - автори доказових КПТ-програм (включно з експозиційною терапією і Cognitive Processing Therapy), що застосовуються для ветеранів і військових (зокрема як частина подальшої терапії після стабілізації), Метью Дж. Фрідман та National Center for PTSD - рекомендації для лікування ПТСР, практичні керівництва та протоколи, які використовують і як джерело для побудови стабілізаційних протоколів у військовому контексті.

Таким чином, дослідження методів психологічної стабілізації військовослужбовців є надзвичайно актуальним, оскільки воно відповідає актуальним потребам Збройних Сил України та є критичним чинником підтримання життестійкості особового складу. Вивчення та впровадження ефективних стабілізаційних методів дозволить не лише мінімізувати негативні наслідки психологічної травми, а й посилити адаптаційні можливості військових, підвищити ефективність бойових дій та сприяти формуванню стійких психологічних ресурсів на індивідуальному та груповому рівнях.

Емпірична база дослідження. Військова частина, яка має військовий госпіталь та відділення реабілітації.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження додано до друку на Всеукраїнську науково-практичну конференцію (Запоріжжя, 15 жовтня 2025р.)(до 125-річчя Національного університету «Запорізька політехніка») «Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі».

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу і загальних висновків, списку використаних джерел, додатків. Обсяг роботи викладено на 130 сторінках. Дослідження містить 4 таблиць, 6 рисунків, 81 літературне джерело, 9 додатків.

РОЗДІЛ I

ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ СТАБІЛІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

1.1 Ключові аспекти формування бойового стресу та його наслідків

Стрес – це порушення спокою, яке виникає у людини, як реакція на певну ситуацію зовнішню або внутрішню діяльність, це напружений стан людини внаслідок впливу емоційно-негативних і екстремальних чинників зовнішнього середовища.

Кожен учасник військових дій може бути у стані бойового стресу. Бойовий стрес виникає ще до реальної загрози життю і триває аж до виходу із зони бойових дій. Бойовий стрес – це процес мобілізації усіх наявних можливостей організму, імунної, захисної, нервової, психічної систем для подолання небезпечної ситуації для життя. Необхідно доводити інформацію про те з чим він чи вона може стикнутися в екстремальних ситуаціях. Коли людина розуміє процеси, які відбуваються і те, що це нормальна реакція на ненормальні обставин, людини легше подолати наслідки бойового стресу, а також наслідки для себе в майбутньому. Окрім того, що військовослужбовець стикається сам з бойовим стресом, а ще може спостерігати наслідки стресу у побратимів.

В механізмі стресу приймає участь такі формації як мигдалина, гіпокамп, префронтальна зона, наднирники. Коли стається сильний стрес, інформація з навколишнього і внутрішнього світу передається в ретикулярну систему, а саме в миндалину, яка в свою чергу передає імпульси в префронтальну кору (яка виконує аналітичну функцію), далі гіпокамп (відповідає за пам'ять). Якщо ситуація стресова виробляється норадренолін, який породжує електричні імпульси у всій симпатичній системі, а це стимулює роботу наднирників, які викидають у кров адреналін і кортизол. Цей процес відображено на рис. 1.1

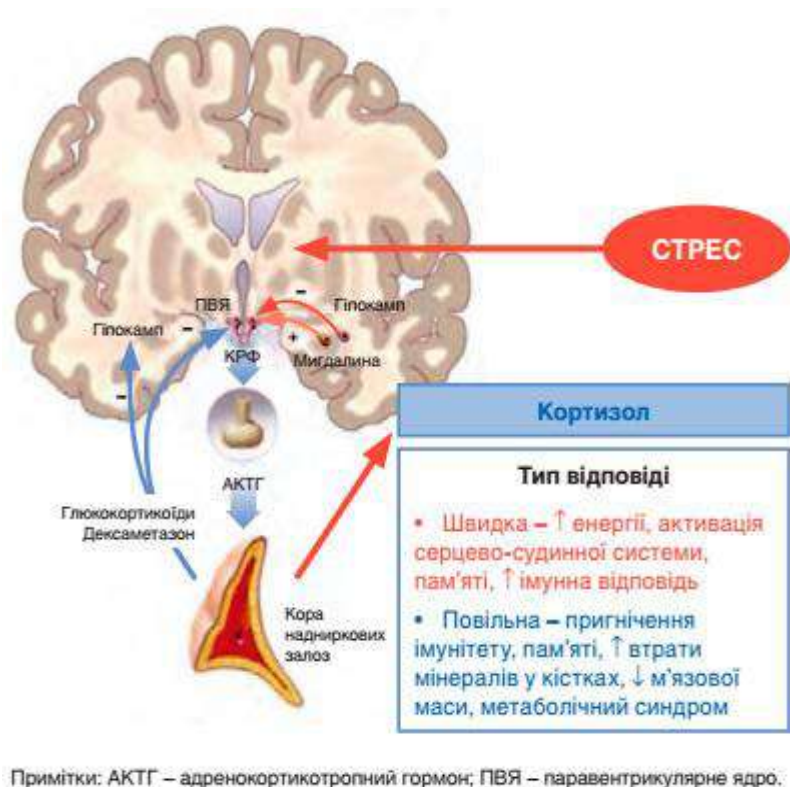


Рис 1.1 Механізм виникнення стресу [1]

Завдяки ним виникає 2 дії:

- мигдалина - сигналізує страх: бийся, біжи, завмири (рис 1.2) [76].
- вмикається симпатична нервова система і вимикається парасимпатична систему.

Гіпокамп «запам'ятовує» де і коли сталась подія. В результаті виникає травматичний спогад і щойно мозок фіксує схожу подію, звук, запах тощо автоматично виникає тривога, страх.

Протягом наступних годин і днів мозок створює нові білки, які зміцнюють контакти між клітинами. Через це такий спогад закріплюється та стає особливо яскравим і стійким.

Далі мозок продовжує закріплювати цей спогад в різних відділах кори, зокрема в зонах, що відповідають за звуки, зображення, запахи. Навіть якщо одна з ділянок пошкодиться або “заспокоїться”, інші все одно збережуть пам'ять. Саме тому навіть після деякого часу спрацьовують тригери та з'являються флешбеки.

БИЙ	БІЖИ	ЗАВМРИ
• Активна форма поведінки • Атака • Агресія • Емоційність • Імпульсивність • <i>Без самоконтролю реакція, як правило позитивний результат не принесе. Важливий контроль потоку та напрямку реакції</i>	• Активна форма поведінки • Спасіння за допомогою втечі • Хаотичність дій • Активна робота мозку • <i>Без самоконтролю реакція, як правило позитивний результат не принесе. Важливий контроль потоку та напрямку реакції.</i>	• Пасивна форма поведінки • Не можливість приймати рішення та долати труднощі • Зупинка всіх реакцій та інстинктів • Бажання злитися з оточенням • <i>Реакція не контролюється</i>

Рис. 1.2 Реакція «бий-біжи-завмри»

Мигдалина спрацьовує миттєво, тому флешбеки настільки легко та швидко виникають. Префронтальна кора, яка мала би спрацювати як «гальмо», не встигає побудувати зв'язок «спокій, це минуле». Гіпокамп, який мав би відмітити цей спогад як минуле, тому в сні або при флешбеку виникають окремі уривки картинки, наче вони відбуваються зараз. Раптом «кидає» в детальний спогад або жахливий сон, хоча реально довкола безпечно.

Канал «мигдалина - передня кора» погано проводить сигнал. Отже тривога, що стартує в мигдалині, не проходить фільтр і накриває тіло повністю. Тому нервова система постійно знаходиться в стані гіперзбудження. Постійна настороженість, втома від того, що організм «на нитці».

Симптоми постстресового стану проявляться в трьох видах: психологічні, фізіологічні та поведінкові [2]. Це відображено в табл 1.1

З цією симптоматикою військовослужбовці залишаються сам на сам або звертаються за підтримкою до побратимів. Далі вже звертаються до лікарів, до психологів.

Таблиця 1.1

Симптоми постстресового стану

Вид симптомів	Приклади
Психологічні симптоми	заперечення, шок дратівливість або спалахи гніву підвищена тривожність, страх почуття провини, сорому апатія, депресія безнадія, безпорадність спантеличеність проблеми комунікації
Фізіологічні симптоми	проблеми зі сном проблеми з диханням посилене серцебиття головні болі слабкість відчуття напруги м'язів неспроможність розслабитися втрата апетиту
Поведінкові симптоми	соціальна самоізоляція низька продуктивність діяльності; підвищена конфліктність, імпульсивність проблеми в сім'ї (спілкування, взаємодія, ін.) сексуальна дисфункція зловживання алкоголем, психоактивними речовинами

В умовах війни в Україні саме на психологічну допомогу може бути тільки одна-дві сесії або коли військовослужбовці знаходяться на лікування тоді до 2 тижнів.

Коли маємо 1-2 сесії, тоді перш за все треба надати підтримку військовому та навчити методам самостабілізації.

Військові психологи сходяться в думці, що найкраще починати стабілізацію «знизу догори», тобто спочатку працюємо з фізичним станом.

1.2 Самодопомога як засіб профілактики наслідків бойового стресу

Одним з перших методів психологічної стабілізації є звісно самодопомога. Бо стрес з яким стикаються військовослужбовці та їхні побратими частково можна контролювати. Одними з найдієвіших вправ є вправи з диханням.

«Фриц Перлс – засновник гештальт-терапії, розглядав дихання як важливий інструмент для збільшення усвідомленості та інтеграції «незавершених ситуацій».. У гештальт-терапії акцент ставиться на «тут і зараз» і дихання використовується для привернення уваги до поточного досвіду. Період активної роботи: 1940-1970 рр. Леонард Опп – колишній військовий, ветеран американо-в'єтнамської війни у 1960-1970 рр. Розробив «реберфінг» або «дихання переродження». Для нього дихання було ключовим інструментом для вивільнення пригнічених або прихованих емоцій, вивільнення старих травм та негативних емоційних станів, обробки та інтегрування травматичних подій. Пітер Левін – розробник методу Somatic Experiencing – тип дихання для обробки та інтеграції травми. Левін розглядає дихання як один із способів регулювання активації автономної нервової системи. Він використовує дихання для допомоги людям у процесі інтеграції травматичних досвідів, сприяючи при цьому переходу від гіперактивованого стану до стану релаксації» [60].

Робота з диханням – керування диханням

«Дихання не тільки найважливіша функція життєдіяльності організму, але й ефективний спосіб впливу на тонус м'язів і емоційні центри мозку. Повільне і глибоке дихання знижує збудливість нервових центрів і сприяє м'язовому розслабленню. Часте дихання, забезпечує високий рівень активності організму. Також було помічено, що під час вдиху відбувається активація психічного тонусу, а при видиху він знижується. Змінюючи ритм дихання, тривалість вдиху і видиху, людина може впливати на зміни багатьох функцій організму у тому числі психічних. Для початкового освоєння можна запропонувати два види дихання: нижнє (черевне) і верхнє (ключичне). Нижнє дихання використовується, коли необхідно подолати зайве хвилювання, побороти тривогу і дратівливість, максимально розслабитися для швидкого та ефективного відпочинку. Воно є найпродуктивнішим, так як в нижніх відділах легенів розташована найбільша кількість легеневих пухирців (альвеол).

Вправа «Квадратне дихання» Виконується черевне дихання наступним чином. Сидячи або стоячи, необхідно скинути напругу з м'язів і зосередити свою

увагу на диханні. Далі проводиться 4 етапи єдиного циклу дихання, який супроводжується внутрішнім рахунком для полегшення навчання. На рахунок 1234 здійснюється повільний вдих, при цьому живіт випинається вперед, м'язи живота розслаблені, а грудна клітка нерухома. На наступні чотири рахунки (1234) проводиться затримка дихання і плавний видих на 6 рахунків (123456), що супроводжується підтягуванням м'язів живота до хребта. Перед наступним вдихом знову слідує пауза на 2-4 рахунки. Слід пам'ятати, що дихати потрібно тільки носом і так плавно, наче перед вашим носом на відстані 10-15 см висить пиріжок, і вона не повинна колихнутися. Вже через 3-5 хвилин такого дихання ви помітите, що ви стали спокійним та врівноваженим.

Результатом виконання цієї техніки буде:

- Психологічний спокій: досягнення можливості розумно і без зайвої метушні вирішити проблему що виникла.
- Стабілізація фізіологічних параметрів діяльності організму:
 - повернення частоти серцебиття до норми;
 - нормалізація тиску;
 - відновлення спокійного дихання.
- Підвищення психологічної стійкості до негативних стресів

Людина, що володіє навичками саморегуляції, може швидко досягти успіху. Техніки саморегуляції емоційних станів і поведінкових реакцій можуть носити різноплановий характер. По-перше, вони забезпечують внутрішнє «відсторонення» від джерел тривоги, збереження незворушності, незважаючи на обставини. По-друге, вони дозволяють керувати своєю поведінкою не тільки у даній ситуації, а далі по життю, ставити цілі, визначати свої життєві пріоритети тощо. По-третє, вони можуть бути спрямовані на зміну стану у даний момент часу: наприклад, швидко позбутися напруги за допомогою релаксації.

Вправа «Абажур». Сядьте, розслабтесь і закрийте очі. «Уявіть, що у вас всередині, на рівні грудей, горить яскрава лампа, вкрита абажуром. Коли світло падає вниз, вам тепло, спокійно і комфортно. Але іноді, коли ми починаємо нервувати, абажур підіймає лампу вгору. Різке світло б'є в очі, сліпить нас, стає

жарко і некомфортно. Уявіть собі таку ситуацію . Але в наших силах її виправити. Уявіть собі, як абажур повільно і плавно повертається вниз, приймає нормальне положення... Сліпуче світло зникає, вам знову стає тепло, затишно і комфортно... ». Таку техніку можна використовувати для експрес-регуляції свого емоційного стану, швидкого зняття стресу.

Вправа «Лимон». Уявіть собі, що в лівій руці у вас знаходиться лимон. Стисніть руки в кулак так сильно, щоб з лимона почав капати сік. Ще сильніше. Ще міцніше. А тепер киньте лимон і відчуйте, як ваша рука розслабилась, як їй приємно і спокійно. Знову стисніть лимон міцно-міцно . Так по 3 рази кожною рукою.

Вправа «Муха». Уявіть собі, що вам на ніс сіла муха і вам без допомоги рук потрібно прогнати її. Покрутіть носом вправо і вліво, наморщите його, напружте всі м'язи обличчя . А тепер розслабте обличчя. Муха полетіла. Відчуйте, як стан спокою приємно розливається по вашому обличчю . Повторіть 3 рази.

Вправа «Бурулька» («Морозиво»). Встаньте, закрийте очі, руки підніміть вгору. Уявіть, що ви - бурулька або морозиво. Напружте всі м'язи вашого тіла. Запам'ятайте ці відчуття. Залишіться в цій позі на 1-2 хвилини. Потім уявіть, що під дією сонячного тепла ви починаєте повільно танути, розслабляйте поступово кисті рук, потім м'язи плечей, шиї, корпусу, ніг тощо. Запам'ятайте відчуття у стані розслаблення. Виконуйте вправу до досягнення оптимального психоемоційного стану. Цю вправу можна виконувати лежачи на підлозі» [3].

Також дуже добре для самодопомоги працює вправа «Заземлення». Вона допомагає повернути увагу до теперішнього моменту під час стресу, тривоги чи сильних емоцій, використовуючи 5 почуттів (рис 1.3), фізичні відчуття (стукіт ногами, стискання кулаків, контакт з предметами), дихання або когнітивні завдання (рахунок, називання предметів). Це допомагає стабілізувати стан і відчутти себе безпечніше та спокійніше.

«Досвід професійного військового: успішна зупинка екстремального впливу на фізіологію і психологію людини в бойових діях, використовуючи традиційні лікувальні прийоми східних шкіл бойових мистецтв. Активізація діяльності головного мозку і зміцнення сили волі. По черзі масажуйте великим пальцем

протилежної руки вказану точку, біля розгалуження пальців, протягом 1-2 хвилин кожну, починаючи з лівої руки.



Рис. 1.3 Техніка заземлення

Зміцнення бойового духу і емоційного тону. Круговими рухами (30 разів) масажуйте точку біля великого пальця лівої руки. Далі масажуйте круговими рухами (30 разів) точку біля внутрішнього згину ліктьового суглоба, з боку великого пальця. Процедуру повторити на правій руці.

Позбавлення від безсоння і стомлення. Робити в ліжку перед сном. Не менше 5-10 разів рухайте стопою вгору-вниз, працювати по черзі.

Усунення запаморочення. Обхопіть зап'ястя лівої руки і робіть ними кругові рухи, по 15 рухів в кожен бік. Повторити на правій руці. Якщо запаморочення не зникає, повторіть процедуру, при неодноразовому появі цього симптому протягом доби - необхідно звернутися до медиків.

Зниження потовиділення. Масажуйте зазначені точки, на кожній руці протягом 2-3 хвилин. Цей стан може бути викликаний нервовим перенапруженням і не залежить від повноти людини.

Для засипання і спокійного сну. Масажуйте 4 пальцями лівої руки зазначену зону 30 секунд. Потім масажуйте правий бік.

Додаткові рекомендації: способи підтримки зв'язку із сім'єю

Вправа «Золота нитка». Сядьте зручно, розслабтеся і закрийте очі. «Уявіть, що ви пов'язані із Всесвітом тонкою золотою ниткою, яка тягнеться від вашої маківки вгору, до нескінченності. Вона постійно вас підтримує і наповнює енергією. Будь-яке «вибивання з колії» супроводжується тим, що ви втрачаєте цей зв'язок. Пам'ятайте про те, що ви завжди можете його відновити, звільнивши цю «золоту ниточку» від тих перешкод, які знаходяться на її шляху. Коли ви втрачаєте духовну рівновагу, згадайте що у вас є підтримка близьких, рідних, зовсім незнайомих людей, які переживають і думають про вас, уявіть свій зв'язок з ними через цю нитку з усім Всесвітом» [3].

1.3 Визначення понять контузія, гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад та взаємозв'язку між ними

Одним із найпоширеніших ушкоджень, які відбуваються під час бойових дій, є травма головного мозку. На відміну від інших типів поранень, військові отримують цю травму втричі частіше. Те, що ми називаємо «контузією», є найпоширенішою проблемою серед усіх війн останнього століття [4].

«З 2014 року до 24 лютого 2022 року в Україні налічувалося близько 480 тисяч ветеранів. На сьогодні в лавах ЗСУ служить близько 1.2 млн осіб. За офіційними даними серед всіх поранень, отриманих під час війни на сході України, 35-40% складають поранення голови, 80% з них це легкі травми головного мозку» [2].

«Контузія» – це слово, що часто вживається під час війни, проте, це не є офіційним діагнозом, а перекладається з латинської як забій. «Термін «контузія» поступово виходить з ужитку не лише через певну стигматизацію, а також через

його неточність, адже йдеться насправді про струс головного мозку, спричинений вибуховою хвилею. Тож, сьогодні частіше використовують саме термін легка черепно-мозкова травма (лЧМТ)- фізичне ушкодження тканини головного мозку, яке призводить до тимчасового або постійного порушення функціонування головного мозку» [5], якій притаманні такі симптоми як: втрата свідомості з послідуочим запамороченням, головним болем, дратівливістю, дезорієнтацією, сонливістю, сповільненим мисленням, порушенням слуху та зору тощо.

«Крім того, можна зустріти термін посткомоційний синдром (postconcussion syndrome), але його застосовують для констатації наслідків такого ураження» [6].

«Раніше вважалось, що зміни свідомості, пов'язані з ЧМТ, перешкоджають формуванню пам'яті про травму. Однак на сьогодні експерти визнають, що ПТСР може розвинутиись після ЧМТ через кілька факторів» [7], які відображені на рис. 1.4

За даними американських досліджень, половина ветеранів з ЧМТ, пов'язаною з бойовими діями, мають симптоми, що відповідають критеріям ПТСР. Більше того, є докази, що ЧМТ може бути предиктором розвитку ПТСР.

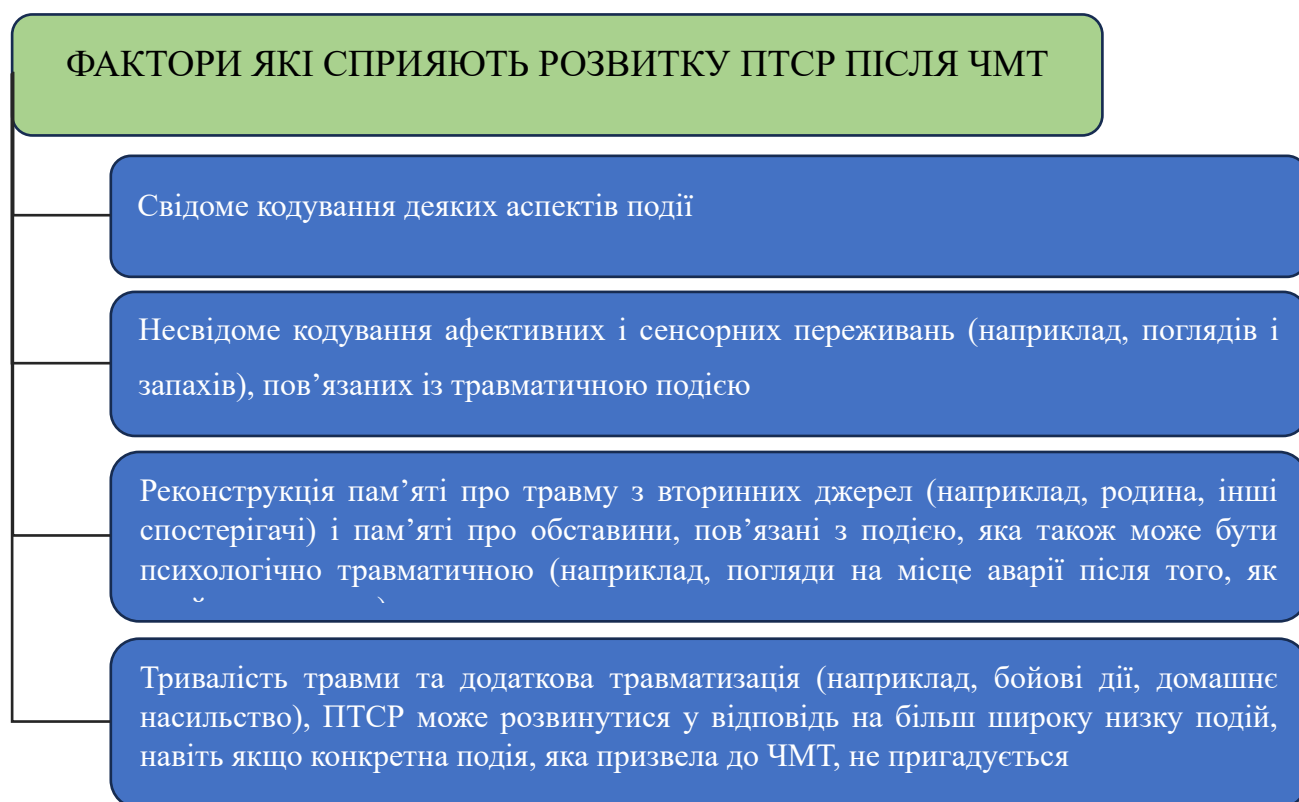


Рис. 1.4 Фактори, які сприяють розвитку ПТСР після ЧМТ

Симптоми контузії та ПТСР та як вони можуть маскувати один одного відображені на рис. 1.5

«Дуже важливо правильно продіагностувати військовослужбовців, бо не завжди ЧМТ супроводжується ПТСР і навпаки, а від цього залежить ефективність терапії. Якщо ж вони разом зустрічаються у пацієнта, це надає особливості в наданні допомоги» [7].

Психологи відмічають, що найчастіше спостерігають таку ситуацію: чим важче фізичні травми, тим менша психологічна травматизація. «У цьому контексті особливої уваги, зокрема у разі легкої ЧМТ, потребує визначення ролі наслідків ЧМТ та ПТСР у появі тих або інших клінічних симптомів у постраждалого щодо обґрунтування адекватної допомоги» [7].



Рис. 1.5 Симптоми контузії та ПТСР [2]

«По-перше, ці захворювання мають спільні патогенетичні механізми, отже і певні спільні симптоми, тому часто буває важко визначити, якою мірою тяжкість стану пацієнта обумовлена отриманою ЧМТ.

По-друге, коморбідність наслідків ЧМТ та ПТСР погіршують перебіг один одного, внаслідок чого може значно затримуватись відновлення та одужання пацієнта, що призводить до значних особистих страждань і розладів, які продовжують турбувати військових та їхні родини ще довго після того, як вони залишили військову службу» [7].

У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) має код F43.1. В Україні, як і в усьому світі, цей код використовується для діагностики та класифікації цього розладу.

МКХ-10 також включає інші пов'язані з стресом стани:

- F43.0: Гостра реакція на стрес
- F43.2: Порушення адаптації (реакція горя, культурний шок)
- F43.8: Інші реакції на важкий стрес
- F43.9: Реакція на важкий стрес, неуточнена

«Згідно з «Дослідницькими діагностичними критеріями» МКХ-10-СМ (ВООЗ, 1992), гостра реакція на стрес (F43.0) - тимчасовий розлад, що розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес і зазвичай зникає через кілька годин, днів або тижнів; за МКХ-11 (ВООЗ, 2018), гостра реакція на стрес вважається нормальною реакцією на аномальні життєві обставини. ПТСР (F43.1) визначається як відстрочена або затяжна реакція на стресогенну подію чи ситуацію винятково загрозливого або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

ГРС та ПТСР - стани психіки, які мають наступні базові симптоми:

- повторне переживання травматичної події в теперішньому часі, коли подія не просто згадується, а переживається як така, що відбувається знову тут і зараз. «Люди знову і знову переживають травмуючі події в своїй свідомості, ніби вони відбуваються тут і зараз - «стоять перед очима». Ці повтори можуть бути

спровоковані ситуаціями чи розмовами, які нагадують їм про подію, і змушують їх відчувати себе так, ніби вони переживають її знову. Ці симптоми включають: мимовільні повторювані спогади про пережите (інтрузії), флешбеки (небажані спогади, які настільки сильні і яскраві, що людина ніби втрачає зв'язок із реальністю і «переноситься» у ситуацію, де все відбувалося), нічні кошмари або погані сни (які лякають), сильні емоційні та фізичні реакції (наприклад, прискорене серцебиття, пітливість, нудота або тремтіння та ін.). Ці спалахи можуть спливати у голові протягом дня. Коли це відбувається, організм часто активує реакцію бий-біжи» [2].

- свідоме уникнення нагадувань, які можуть призвести до повторного переживання травматичної події (подій). «Люди навмисно уникають нагадувань про травму, тому що вони «запускають» неприємні емоції і спогади. Уникнення може стосуватися певних речей, дій, місць, де сталися травмуючі події, людей та ін. Вони уникають розмов про травму, відчувають смуток, порожнечу, самотність; занепокоєння, що може виникати у натовпі. Часто віддаляються від інших, перестають їм довіряти; їм важко повернутися на роботу, бути в суспільстві або займатися певними справами. Вони можуть втратити інтерес до діяльності, якою займалися, відпочинку, колишнього хобі, сексу, фізичних вправ. Їм властиво відчувати емоційне оніміння, бути відстороненими, відірваними від своїх друзів та родини, вони можуть відчувати себе пригніченими, винуватими. Щоб уникнути спогадів, можуть вживати алкоголь чи наркотики (з метою «забутися»), можуть бути думки про самогубство або спроби вчинити його» [8].

- стійке відчуття підвищеної поточної загрози, наприклад, про що свідчить підвищена пильність або посилена реакція здригання на такі подразники, як несподівані звуки. «Симптоми, пов'язані з посиленим відчуттям загрози (часто називаються «симптомами гіперзбудження»). Це надмірне занепокоєння та пильність до загрози або сильна реакція на неочікувані раптові рухи чи гучний шум (коли людина реагує здриганням на найменші подразники). Людина постійно перебуває в мобілізованому стані, відчутті готовності до чогось поганого, надмірної стартової реакції, передчутті ймовірної небезпеки в майбутньому. Вона має

проблеми зі сном (безсоння, не можуть виспатися), дратівливість або вибухи гніву, труднощі з концентрацією уваги (нездатність зосередитися)» [8].

- зміни в думках, почуттях та переконаннях (негативні когнітивні/емоційні порушення). «Зниження когнітивних (пізнавальних) здібностей (уповільнене мислення, плутаність свідомості, погана концентрація уваги, погана пам'ять. Люди часто перебувають у негативних думках про себе чи світ; відчують сум, тривогу, страх. З'являється неадекватне почуття провини, якому людина намагається знайти раціональне обґрунтування, патологічно перебільшуючи ступінь власної відповідальності за те, що сталося. Більшу частину часу відчують емоційне оніміння, втрачають інтерес до діяльності та відносин, до приємних заходів; думають про себе як про погану чи винну людину; починають вірити, що світ - небезпечний і загрозливий, людям не можна довіряти; відмовляються від віри, зляться на Бога» [8].

Основна відмінність між ГРС і ПТСР в МКХ-10-СМ, DSM-V та МКХ-11 – це тривалість часового проміжку, що минув з моменту травматичної події. Окрім того, DSM-V пропонує більш специфічний підхід до визначення травматичного досвіду та мінімальної кількості симптомів кожного кластеру для постановки діагнозу, ніж МКХ-10 та МКХ-11.

«Основними ознаками, за якими можна виявити осіб, що потребують професійної психологічної допомоги, є:

- стійка нездатність рухатися;
- втрата спогадів, таких як факти, інформація та досвід;
- дисоціація, деперсоналізація, дереалізація;
- надзвичайна збудження (панічні атаки, посилене або/та нерегулярне серцебиття);
- дисфункціональні реакції провини (провина постраждалого, провина відповідальності);
- безпорадність, безнадійність;

- саморуйнівні думки (самогубство або думки про вбивство когось іншого);
- неорганізована, жорстка, агресивна (аутоагресивна або/ чи гетероагресивна) поведінка, що впливає з психічних розладів;
- функціональні порушення (напр., соціальні, професійні, в обов'язках по догляду).

ГРС, ПТСР та ПА характеризуються чотирма типами симптомів:

- симптоми повторного переживання травматичної події, такі як нав'язливі спогади чи сни; симптоми уникнення, такі як уникання думок, почуттів і місць, пов'язаних з травматичною подією;
- симптоми заціпеніння, такі як почуття відстороненості від інших; симптоми підвищеної збудливості, такі як поганий сон, дратівливість і надмірна настороженість.

Є дві ключові відмінності між ГРС, ПТСР та ПА: по-перше, на відміну від ПТСР, при ГРС особливий акцент ставиться на наявності симптомів дисоціації, а саме відчуття відстороненості та приголомшеності, деперсоналізації і дереалізації; по-друге, відмінність полягає у тривалості симптомів: ГРС діагностується у період від двох днів до одного місяця після впливу травматичної події, в той час, як ПТСР діагностується як мінімум через один місяць після травматичної події» [8].

Самі військовослужбовці так описують свої відчуття при контузії та ПТСР:

- контузія: постійна забудькуватість, забуваються слова або їх значення, неможливо згадати що робив деякий час назад, тремор рук, постійні головні болі, погіршення зору, шум у вухах, може виникати заїкання, моменти «випадінні з життя»;
- ПТСР: відчуття, що ти «чужий» для всіх, відчуття несправедливості, коли сняться бої, відчуття провини та сорому, відчуття страху тощо [9].

Треба також розуміти, що навіть коли людина стабільна, то при контакті з тригером може відбутися реакція.

Тригери можна розділити на дві категорії: внутрішні та зовнішні:

- Внутрішні тригери охоплюють те, що ми відчуваємо всередині свого тіла: думки та емоції, те, як ми почувалися під час травматичної події, тілесні відчуття (наприклад, сильне серцебиття);

- Зовнішні тригери – це ситуації, люди або місця, що знаходяться поза тілом і розумом, які нагадують про травматичну подію.

Розглянемо більш детально зовнішні тригери:

- люди: бачити когось, чиї риси схожі; наприклад, борода або очі, які були у нападника;

- речі: будь-який предмет, який нагадує про травму;

- запахи: дим, парфуми тощо. Наприклад, хтось, хто пережив пожежу, може тривожитися від запаху диму під час барбекю;

- місця: повернення на місце травми часто є тригером. Навіть темний коридор чи вузьке місце може бути достатнім, щоб викликати реакцію. ТВ-новини та фільми: побачити подібну ситуацію, сцену;

- звуки: конкретні шуми чи голоси можуть повернути спогади про травму. Наприклад, побачений палаючий автомобіль може нагадувати про стрілянину, розривання снарядів;

- смаки: смак чогось, наприклад, алкоголю, може нагадувати про травматичну подію;

- ситуації: наприклад, застрягти в ліфті, робити МРТ – це може нагадувати ветеранам (постраждалій особі) про почуття пастки після аварії машини чи танка;

- річниці: часто буває важко пережити дату, позначену травмою - смерть товариша, збитий літак;

- слова: читати чи чути певні слова - «вперед», «лягай», «падай».

Тригери – це реакція на подразники та результат минулої травми. Відповіді на тригери унікальні для кожної людини.

1.4 Методи виявлення когнітивних порушень, симптомів контузій та ПТСР

Для оцінки стану виявлення контузії та симптомів ПТСР військовослужбовців використовують такі тести та методики:

- Опитувальник PCL - шкала самооцінки наявності ПТСР, Оцінка негативних психічних реакцій та станів у військовослужбовців після участі у бойових діях (Я. Мацегора, І. Приходько, О. Колесніченко, М. Байда). «Ця шкала самооцінки щодо симптомів ПТСР базується на критеріях DSM-IV та займає 5-7 хвилин вашого часу. Шкала самооцінки базується на критеріях DSM-IV та містить 17 пунктів - ознак ПТСР. Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця. Існують три версії PCL - шкали, хоча відмінності досить несуттєві. PCL -М – це військова версія, і питання стосуються «травматичного (стресового) військового досвіду». Оцінка результатів і психометрія Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця. Таким чином, діапазон оцінки може перебувати в межах від 17 до 85 балів. Не дивлячись на те, що самооціночні шкали не слід використовувати для постановки формального діагнозу, PCL виявився хорошим діагностичним інструментом, Weathers та інші (1993) рекомендують межу від 50 балів і вище - як оптимальний показник для того, щоб вказати на можливе встановлення діагнозу ПТСР пост-комбатанта (тобто якщо підрахунок балів дорівнює 50 і більше, то можна вже говорити про ПТСР, якщо менше - ні). Альтернативна стратегія підрахунку полягає в тому, щоб використовувати окремі пункти у відповідності до критеріїв DSM-IV. Наприклад, для підозри щодо наявності ПТСР необхідно, щоб було відмічено не менш як на рівні «3» (помірно) або вищому рівні одне із питань з діапазону №№1-5, не менш як 3 питання серед питань діапазону №№6-12, і мінімум 2 серед питань №№13 17. Пропонується граничний бал 3 (помірно) або більше для кожного пункту - як найбільш відповідний для цього підходу» [10].(додаток К)

- Анкета PHQ9- визначення ступеня важкості депресії (додаток А);

- Для діагностики контузії використовують MACE2 (додаток Б);
- Тест Равена. Тест призначений для виміру рівня інтелектуального розвитку, зокрема логічного мислення та здатності аналізувати інформацію. У Збройних Силах цей тест може застосовуватися для: Відбору кандидатів. Розподілу на відповідні посади, які вимагають певного рівня інтелектуального розвитку. Оцінки здібностей до навчання та виконання складних завдань (додаток Ж);
 - Тест - опитувальник Шмішека Опитувальник призначений для діагностики типу акцентуації особистості. Теоретичною основою опитувальника є концепція “акцентуєваних особистостей” К. Леонгарда, якій вважає, що властиві особистості риси можуть бути розділені на основні і додаткові. Основні риси складають стрижень, “ядро” особистості. У випадку яскравої виразності основні риси стають акцентуаціями характеру. Відповідно, особистості, у яких основні риси яскраво виражені, названі Леонгардом “акцентуєваними”. Термін “акцентуєвані особистості” зайняв місце між психопатією і нормою. Акцентуєвані особистості не слід розглядати в якості патологічних, але у випадку впливу несприятливих факторів акцентуації можуть приймати патологічний характер, руйнуючи структуру особистості. (додаток З);
 - Тест MMSE. Перевіряється наявність когнітивних порушень. Судинні когнітивні розлади є ядром і найбільш раннім проявом хронічної ішемії мозку, що характеризується порушенням однієї або декількох когнітивних функцій в результаті гострої або хронічної судинної церебральної патології. Когнітивний дефіцит на ранній і навіть розгорнутої стадії розвитку може залишитися непоміченим, в зв'язку з цим, важливе значення для його діагностики має нейропсихологічне тестування. Найчастіше використовується в якості скринінгу коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini-Mental State examination) (додаток Е);
 - Тест Шульте. Використовується для оцінки та тренування швидкості реакції, концентрації уваги та периферичного зору, що є критично важливим для виконання бойових завдань, водіння техніки та швидкого аналізу ситуації. (додаток Д);

- Тест 10 слів. Використовується для визначення стану короткострокової та довгострокової пам'яті, визначає чи є вибірковість запам'ятовування, застрягання. (додаток В);
- Тест MMPI(СМІЛ) дозволяє комплексно оцінити особистісні характеристики військовослужбовців. Спеціальні шкали опитувальника дозволяють виявити рівень тривожності, депресивних тенденцій та загальної психологічної стабільності особи. Аналіз результатів MMPI дозволяє ідентифікувати воїнів, які потребують додаткової психологічної підготовки або підтримки.

Висновки до розділу 1

У першому розділі була проаналізована література та зроблені висновки щодо того, що таке стрес, розглянуто механізм його виникнення і відповідно до цього як можна впливати на різні ланки стресу і контролювати його. Коли військовослужбовець розуміє, що відбувається з його тілом, йому простіше прийняти, які вправи і навіщо він має виконувати, щоб покращити свій стан, оскільки у військовослужбовців далеко не завжди є змога звернутися за допомогою до спеціалізованих закладів. До того ж це допомагає налагодити контакт та довіру між психологом та пацієнтом, бо йому не тільки кажуть, що він має робити, що він чує і так кожного дня, а психолог піклується про його стан.

До того ж були розглянуті питання стосовно що таке гострий стресовий розлад, посттравматичний стресовий розлад, порушення адаптації та черепно мозкова травма, а також їх симптоматика та зв'язок між цими порушеннями.

У першому розділі також наведені вправи самодопомоги для військовослужбовців, щоб вже на місці вони могли полегшити свій стан або допомогти своїм побратимам, поки їх стан не погіршився, є напевно найважливішим, бо нажаль невідомо коли після наступних травматичних подій військовослужбовець зможе отримати допомогу психолога. Дієвими методами по самопомозі є дихальні вправи (вправа «квадратне дихання») та вправи

Джейкобсона(вправа «лимон»), також вправа «Абазур», «Бурулька», «Золота нитка»). Саме повільне дихання активує парасимпатичну нервову систему, в результаті чого людина переходить від стану «бий або тікай» до стану розслаблення, знижується рівень кортизолу, знижує кількість серцевих скорочень та розслаблює м'язи. За допомогою вправ Джейкобсона досягається прогресивна м'язова релаксація.

Були розглянуті нормативні акти та накази, які визначають яку допомогу, в яких закладах та від яких спеціалістів мають отримувати військовослужбовці відповідно до закону допомогу відповідно до встановленого діагнозу.

РОЗДІЛ II.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ МЕТОДИК ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТАБІЛІЗАЦІЇ

2.1 Аналіз анкет експертів та виявлення найкращих методів психологічної стабілізації

Для емпіричного дослідження методик психологічної стабілізації був використаний метод Дельфі.

«Метод Дельфі – це спосіб експертного прогнозування, який ґрунтується на зведенні, систематизації та оцінці думок групи експертів, отриманих шляхом їх письмового опитування, на предмет оцінки майбутніх кількісних та якісних показників розвитку певної проблеми. До основних характеристик методу Дельфі належать наступні особливості, що відрізняють його від звичайних методів групової взаємодії експертів:

- використання формально ідентичних анкет для опитування;
- анонімність експертів та їх відповідей;
- визначення середньостатистичної відповіді опитаної групи експертів;
- інформування учасників про результати опитування та середньостатистичну відповідь;
- повторне опитування.

Метод передбачає декілька етапів. Перш за все формулюється мета, яку передбачається досягти в результаті дослідження. Виходячи з поставленого завдання розробляється опитувальна форма для групи експертів. Підбір групи експертів здійснюється відповідно до характеру і тематики досліджуваної проблеми.

На наступному етапі проводяться анонімні анкетні опитування фахівців обраної галузі знань (як правило, це група від п'яти до десяти експертів)» [69]. «Анонімність полягає в тому, що в ході проведення процедури - експертної оцінки

прогнозованого явища чи об'єкта - учасники експертної групи невідомі один одному. При цьому взаємодія членів групи при заповненні анкет цілком усувається. Отримані анкетні дані піддаються статистичній обробці, в результаті якої формується діапазон думок експертів, що відображає їхній колективний погляд на обрану проблему.

Звичайно після першого опитування спостерігається значний розкид думок. Тому процедура методу допускає проведення ще декількох опитувань, напередодні яких кожного експерта знайомлять з підсумками попереднього опитування, але не для того, щоб створити на нього тиск, а щоб експерт міг одержати додаткову інформацію про предмет опитування. При цьому експертів, оцінки яких не потрапили в інтервал довіри, просять детально обґрунтувати свою точку зору.

Ідеально опитування повторюється до співпадіння думок всіх експертів, реально - до одержання найбільш вузького діапазону думок» [69].

У межах дослідження було проведено анкетування серед практикуючих психологів, які працюють із військовослужбовцями, що мають наслідки черепно-мозкових травм і контузій. Метою опитування було виявлення підходів, методів і стратегій психологічної стабілізації, що застосовуються в реальних умовах роботи, а також визначення особливостей контингенту військових, які звертаються по допомогу.

Загалом до участі в анкетуванні було залучено шість фахівців - психологів із досвідом роботи у госпітальних, реабілітаційних і поліклінічних підрозділах системи охорони здоров'я та морально-психологічного забезпечення. Кожен респондент має практичний досвід роботи з військовими в умовах війни, що забезпечує достовірність отриманих даних та їхню прикладну цінність для військової психології.

Аналіз відповідей показує, що психологи працюють із військовослужбовцями віком від 25 до 60 років, причому найбільшою є група від 30 до 45 років, тобто це військовослужбовці, які мають активний бойовий досвід і значне психоемоційне навантаження.

Більшість опитаних (80 %) зазначили, що найчастіше військові звертаються із подібними проблемами: порушення сну, тривожність, емоційна втома, дратівливість, труднощі концентрації, флешбеки та відчуття відчуження. .

Ці симптоми є типовими як для посттравматичних станів, так і для віддалених наслідків черепно-мозкових травм. Водночас, у контексті контузії такі прояви мають складну психофізіологічну природу, оскільки поєднують органічне ураження нервової системи та психічну реакцію на бойовий досвід [4]. Усі респонденти зазначили, що запити військових завжди багатобічні від суто психічних скарг до фізичних відчуттів, які маскують психологічну травму.

Порушення сну і відпочинку, емоційна дестабілізація, когнітивно-соціальні наслідки описують і Л. Чеботарьова та О. Коваленко [53], зазначаючи, що до 70 % військовослужбовців із контузіями демонструють поєднання емоційного виснаження й тривожності на фоні гіперзбудження нервової системи. Саме ці симптоми стають основою запиту до психолога, незалежно від віку чи посади військовослужбовця.

Якщо порівняти з даними Л. Чеботарьової [53], яка зазначає, що серед військових із легкою черепно-мозковою травмою 62 % демонструють прояви депресії, результати цього опитування підтверджують подібну динаміку, що свідчить про поширеність емоційного вигорання після бойового досвіду.

Також близько 40 % психологів вказали, що військовослужбовці часто звертаються через труднощі у сімейному спілкуванні або втрату інтересу до соціальної взаємодії. Подібну закономірність відзначають Н. Петрів і Г. Телегіна [4], які вказують, що після контузії у військових спостерігається «звуження кола емоційних контактів і труднощі у відновленні довіри».

Проведене анкетування виявило, що наявність черепно-мозкової травми (ЧМТ), зокрема контузії, є визначальним чинником, який змінює як стратегію психологічної допомоги, так і вибір конкретних методів стабілізації. Згідно з відповідями респондентів, у військових із контузією часто спостерігаються зниження концентрації уваги, сповільнення мислення, труднощі з пам'яттю, а також швидка ментальна втома. Подібні симптоми описують і Чеботарьова та

Коваленко [53], підкреслюючи, що когнітивні розлади після легкої ЧМТ можуть імітувати або підсилювати симптоми ПТСР, ускладнюючи діагностику. У таких випадках надмірне використання когнітивних технік може призводити до перевантаження. У таких випадках акцент робиться на повільнішому темпі, коротших сесіях (до 30 хв) та більшій увазі до тілесного зворотного зв'язку.

Таким чином, ЧМТ вимагає від психолога структурованого, ритмічного підходу, де поєднуються спокійна мова, паузи та чітке повторення ключових думок. Це забезпечує збереження уваги й запобігає виснаженню нервової системи.

Як вказують Н. Петрів і Г. Телегіна [4], у військових із контузією сенсорна система надчутлива, тому надлишок звуків або світла під час сесії може викликати перевантаження. Це диктує потребу у створенні максимально безпечного середовища: приглушене освітлення, стабільний тон голосу, передбачувана структура заняття.

Також відзначено важливість зовнішнього ритму: фіксований час зустрічей, постійний порядок дій, чіткі рамки. Як наголошує Є. Курченко [3], саме ритм сприяє стабілізації нервової системи і поступовому поверненні її до стану регуляції. У цьому сенсі стабілізуюча дія має не лише сама методика, а й структура терапевтичного процесу.

Контузія часто супроводжується емоційною лабільністю, тобто різкими перепадами настрою, імпульсивністю, сльозливістю. У багатьох відповідях також простежується вторинна дратівливість і агресивність, що мають компенсаторний характер. До тих же висновків приходили Я. Мацегора та І. Приходько [55], які довели, що агресивна поведінка у ветеранів часто є маскою тривоги й наслідком перенапруження вегетативної нервової системи.

Таким чином, тривожність і дратівливість виступають вторинними емоційними механізмами, що підтримують стан готовності до небезпеки навіть у безпечних умовах. Їхня наявність зумовлює необхідність стабілізаційних методик, спрямованих на тілесне заспокоєння, нормалізацію дихання та відновлення почуття безпеки.

Згідно з даними Я. Мацегори та І. Приходько [55], у постраждалих від контузії порушується робота лобних часток, що знижує контроль емоцій і стриманість реакцій. Це змінює звичні психотерапевтичні стратегії: замість глибокої когнітивної рефлексії перевага надається м'яким тілесним або сенсорним технікам - диханню, заземленню, музикотерапії.

У кількох анкетах наголошено, що робота має починатися з психоедукації та тілесних вправ, а не з вербальної експресії. Це відповідає концепції bottom-up або концепція «знизу вгору» регуляції (від тіла до свідомості), що широко використовується у травмотерапії [56]. Вона базується на тому, що через стабілізацію тілесних реакцій поступово відновлюється когнітивний контроль, а не навпаки.

Аналіз анкет психологів, що працюють із військовослужбовцями, дозволив виокремити низку методів, які фахівці вважають найбільш ефективними для психологічної стабілізації після контузії та бойових травм. Їх вибір обумовлений як особливостями нервової системи військових після черепно-мозкових ушкоджень, так і вимогами до короткотривалої, але результативної терапії у шпитальних та польових умовах.

Більшість респондентів наголошують, що ключовими критеріями ефективності є простота застосування, швидкість дії, мінімальна когнітивна напруга та можливість використання технік самотійно.

Опитані фахівці відзначають, що працюють у складних умовах - обмежений час, значна кількість пацієнтів, часто нестача приватного простору для проведення консультацій. Проте більшість із них наголошують, що навіть короткі стабілізаційні сесії можуть дати помітний результат.

Відповіді респондентів показують, що роль психолога не обмежується терапевтичним впливом. Вона включає освітню, підтримувальну й мотиваційну функції, спрямовані на повернення людині почуття безпеки та контролю.

Аналіз анкет показав, що вибірка охоплює практикуючих психологів, які працюють із військовослужбовцями різного віку, здебільшого в умовах госпітальної або амбулаторної реабілітації. Психологічні запити клієнтів

повторюються: переважають порушення сну, тривожність, емоційна втома, ПТСР. Найчастіше застосовувані методи – це психоедукація, тілесно-орієнтовані вправи, когнітивно-поведінкові техніки та майндфулнес, що відображено в таблиця 2.1 та рис.2.1

Таблиця 2.1

Розподіл інтервенцій серед респондентів

Метод	(N=6)
Психоедукація	67% (4/6)
КПТ (елементи)	33% (2/6)
Тілесно-орієнтовані техніки (дихання / grounding)	83% (5/6)
Майндфулнес / усвідомленість	50% (3/6)
EMDR	17% (1/6)
Арт-терапія / МАК / каліграфія	33% (2/6)
Самодопомога (короткі техніки)	83% (5/6)

Згідно з наказом МОЗ України No2118 застосування конкретного методу психотерапії (інтервенції, методики) до конкретного розладу чи стану визначається стандартами медичної допомоги та відповідними клінічними протоколами: арттерапія, гештальт терапія, десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR), діалектично-поведінкова терапія, емоційно фокусована терапія, інтерперсональна терапія, клієнтоцентрована терапія, особистісноцентрована терапія, когнітивно-поведінкова терапія, логотерапія та екзистенціальний аналіз/терапія, тілесно-орієнтована терапія, майндфулнес-базований підхід, мотиваційна терапія, наративна терапія, нейролінгвістична психотерапія, позитивна психотерапія, протокол реконсолідації травматичної пам'яті, психодинамічний підхід, психодраматична терапія, кататимно-імагінативна психотерапія, системна сімейна психотерапія, схема терапія, танцерухова терапія, терапія базована на менталізації, терапія прийняття та зобов'язання, транзакційний аналіз [49].

2.2 Психоедукація як основа надання психологічної допомоги військовослужбовцям

Для психологічної стабілізації військовослужбовців після психологічної

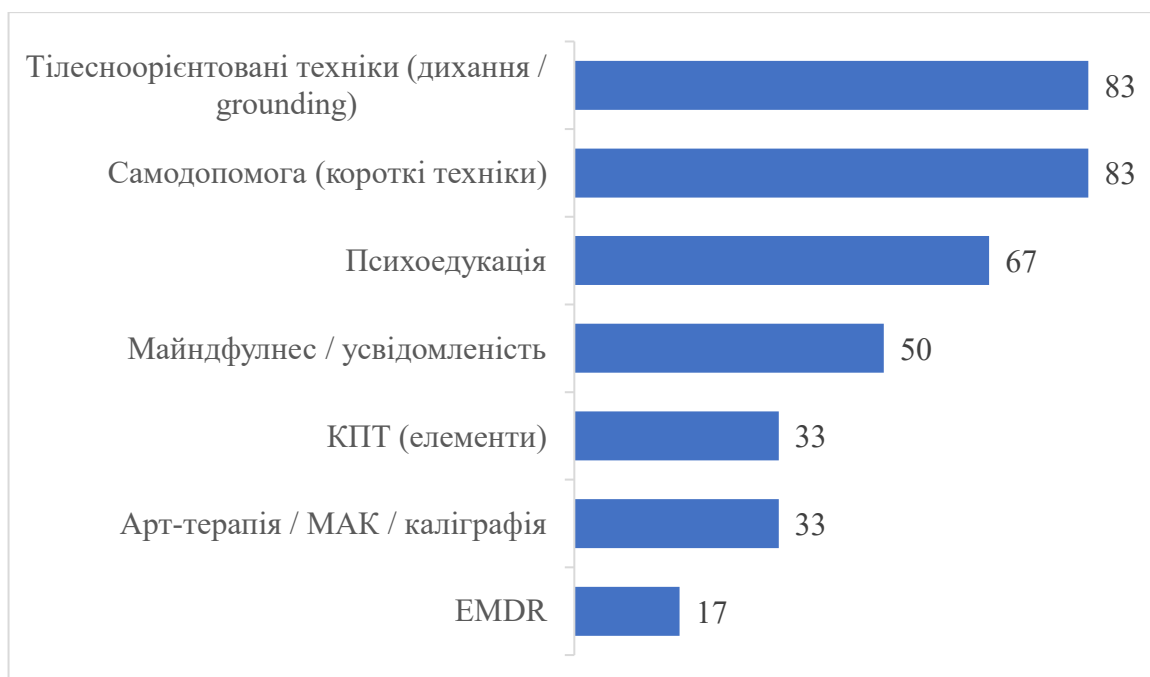


Рис 2.1 Методи психологічного втручання (вибір експертів)

травми перш за все треба, щоб пацієнт розумів що з ним відбувається і що з цим робити. Тому перший метод стабілізації військовослужбовців – це психоедукація.

«Психоедукація – це пояснення і донесення до людей необхідної інформації про психічне здоров'я, психологічні негаразди та їх наслідки для особистості.

Психоедукація орієнтована на:

- загальну картину психічних розладів з їх позитивними, негативними симптомами та емоційними наслідками;
- різні типи захворювань, їх перебіг, причини захворювань;
- розпізнання індивідуальних ранніх симптомів порушення психічного здоров'я;

- визначення факторів, що впливають на стан здоров'я;

Серед основних факторів, що впливають на здоров'я, науковці виділяють:

- прийняття відповідальності за своє життя, зокрема за своє здоров'я;
- самопізнання як аналіз себе ;
- саморозуміння і прийняття себе, процес внутрішньої інтеграції ;
- уміння жити сьогоднішнім;

- свідомість індивідуального буття і, як наслідок, усвідомлено вибудована ієрархія цінностей;
- здатність до розуміння, слухання і прийняття інших» [11].

Психоедукація є найпершим та дуже важливим кроком для психологічної стабілізації і дуже ефективним інструментом для відновлення після травми. «Психоедукація – це надання інформації про процеси та послуги у сфері психічного здоров'я» [33]. При травмі дуже важливе розуміння, що відбувається з людиною, тому психолог має надати інформацію про емоційні, когнітивні, фізичні, духовні та соціальні наслідки травми для постраждалих та їх сімей.

«Ключовою характеристикою стресових та травматичних ситуацій є відчуття непередбачуваності та відсутності контролю. Психоедукація зменшує ці почуття, даючи можливість зрозуміти, чому може виникнути певна стресова реакція, та озброюватися інструментами зниження інтенсивності чи тяжкості реакції» [33]. Чим більше розуміє людина про те як з'являються різні реакції організму, тим краще можна впливати на власні реакції і це допоможе знизити негативний вплив стресової ситуації. Розуміння причин виникнення стресової реакції допомагає справитися з самокритикою, зменшити почуття сорому та провини, що звісно впливає на самооцінку. Самокритика та низька самооцінка є шкідливим фактором для психічного здоров'я, який сповільнює або взагалі унеможливорює процес психологічної стабілізації військовослужбовців після травмуючих обставин.

«Розуміючи, як працює природна реакція на загрозу з погляду вегетативної нервової системи, мигдалини та реакції "бий/біжи/завмири", люди можуть усвідомити, що їхні реакції та відповіді були і залишаються природними, і їх не треба соромитися» [33].

Психоедукація також допомагає розвинути самоспівчуття. Психоедукація роз'яснює чому настільки важливе самоспівчуття і наскільки позитивний вплив воно може мати для благополуччя людини. Дуже важливо розуміння які психічні та фізичні прояви психологічної травми можуть бути, бо вони можуть заважати адаптації військовослужбовця та його здатності до виживання, бо коли є

можливість до проявів самоспівчуття, то з'являється ресурс на самодопомогу, з'являється розуміння, що це «нормальна реакція на ненормальні обставини»

Окрім того, що психоедукація надає знання щодо причин реакцій та симптомів людині, психоедукація також пояснює як відбувається терапевтичний процес.

«Психоедукація сприяє підвищенню стійкості і знижує ризик залучення до нездорових форм копінгової поведінки, наприклад зловживання алкоголем або уникнення, і пропонує більш здорові альтернативи, наприклад, пошук соціальної підтримки, практики дихання та релаксації» [33].

Статистичні дані свідчать, що 50-65% людей впродовж життя зазнають впливу як мінімум однієї травматичної події, а багато зазнають впливу двох і більше подій, зараз це стало особливо актуальним, бо військовослужбовці кожного дня зазнають впливу різних стресових факторів. Психологічні реакції на стрес виникають у всіх людей, але можуть відрізнятися за силою вираженості і наслідкам для загального стану людини.

Для військовослужбовців важливо розуміти, що вони можуть відчувати внаслідок лії на них факторів стресу, враховуючи, що вони постійно знаходяться під впливом цих факторів. Завдяки психоедукації, військовослужбовець може швидше помічати свої стани і або застосувати методи самодопомоги, або звернутися за допомогою до побратимів, або за можливості до спеціалістів. «В медичній практиці виділяють гостру реакцію на стрес (ГРС) та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Основною відмінністю між ГРС і ПТСР – це час, що минув з моменту травматичної події. ГРС діагностується в період від двох днів до одного місяця після травматичного інциденту, а ПТСР діагностується не раніше, ніж через місяць. Перебіг ПТСР визначається як гострий, коли симптоми зберігаються впродовж менше трьох місяців, і хронічний, коли симптоми зберігаються три і більше місяці. У випадках, коли початок симптомів спостерігається через 6 місяців та більше після травматичної події, розлад визначається як ПТСР з пізнім проявом. За даними літератури, частота розвитку

ПТСР становить 10-15% серед осіб, які зазнали впливу травматичних подій. У жінок частота ПТСР в середньому в 2 рази вища, ніж у чоловіків» [8].

Важливо донести не тільки до військових, але до їх сімей, що клінічні прояви ПТСР вкрай різноманітні і з часом можуть змінюватися. Перебіг ПТСР виглядає як «бурхливе море». Характерним для ПТСР є і це має знати кожен військовослужбовець:

- повторне переживання. Тобто військовий може відчувати нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію, кошмарні сновидіння, флешбеки, психологічні страждання або такі реакції організму, як пітливість, прискорене серцебиття й панічні атаки або втрачати контроль при зіткненні із тригерами;

Тому так важлива психоедукація, бо в таких випадках військові починають думати, що вони якісь не такі, або їм таку думку вкладають їх родичі, або соціум.

- уникнення й емоційне заціпеніння;

Психологи, які працюють з військовими відмічають, що особливо на початку військові уникають занять, не хочуть розмовляти про травмуючу подію, не хочуть навіть думати. Втрачають інтерес до діяльності, яка у минулому приносила радість, бо не бачать в ній більше сенсу. Поводяться відсторонено від інших, знижені емоційні реакції (наприклад: нездатність відчувати радість або щастя);

- перезбудження. Безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість. Може виникати невмотивована агресія, спрямована на випадкових людей, а часто на рідних і близьких. Незрозуміле почуття провини (не виконав місію; не врятував; мав би зараз бути там), почуття недовіри та зради, а також «несправедливості долі»; відчуття відсутності майбутнього тощо.

Додатково дратують ще наслідки контузії, бо порушуються когнітивні функції, тому ще важче стає концентрувати увагу, запам'ятовувати щось, з'являються зависання.

Часто люди, в яких є ПТСР, бояться говорити про свої проблеми, бо бояться що їх назвуть хворими і відправлять за психіатричною допомогою, відчувають сором, намагаються подолати прояви розладу самотійно. Часто для подолання

використовують нездорові копінг моделі, такі як алкогольні напої та наркотичні препарати, що ще більше посилює прогресування ПТСР.

Кожному військовослужбовцю необхідно знати, що ПТСР – це медична проблема, що охоплює людину в цілому і фізично, і психічно, і емоційно і духовно. І немає нічого ганебного у зверненні до спеціалістів по допомогу і навіть, якщо потрібна консультація не тільки психолога, а і психіатра, це не робить людину хворою. Це мають знати не тільки військові, але й їх родичі, і якщо військовий або його близькі люди зазнали впливу психотравмуючої події та відчуває описані вище прояви, дуже важливо вчасно звернутись по допомогу до лікаря. Усвідомлення своєї проблеми та здатність про неї говорити – це значить зробити перший крок на шляху до одужання. «Вчасно призначене лікування, яке включає психологічну допомогу і, у разі необхідності, призначення медикаментозних препаратів зменшить страждання і покращить самопочуття, створить умови для повернення до повноцінного життя. Лікування можливе на всіх етапах, але ефективність його більша, якщо призначити його відразу після появи перших симптомів. Для одужання важливе значення має розуміння того, що процес лікування потребує певного часу і зусиль як від особи з ПТСР, так і від його оточення. Підтримка з боку близьких дуже важлива. Важливе значення має особиста участь пацієнта з ПТСР та членів сім'ї в плануванні лікування - активне обговорення лікувальних втручань та усвідомлене прийняття рішень. Індивідуально підібране лікування прискорює одужання. Важливо враховувати досвід інших країн щодо ефективності використання психологічного лікування ПТСР, зокрема, проведення травмофокусованої когнітивно-поведінкової психотерапії» [8].

За необхідності треба не боятися медикаментозної терапії, хоч це буде психіатричний напрямок, хоч неврологічний чи будь-який інший. Особливої уваги потребує лікування супутньої депресії, тому так важливо звернутися до спеціалісту для діагностики стану. Для лікування депресії використовують переважно антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Ці препарати, здебільшого, добре переносяться, не викликають залежності та звикання. Потрібно знати, що терапевтичний ефект від препаратів цієї групи настає

поступово, переважно, проходить 2-3 тижні до виникнення позитивних змін, тому дуже важливо дотримуватись рекомендацій лікаря щодо режиму прийому препарату, його дози та тривалості курсу лікування і не відміняти препарати самостійно. Особливістю прийому даних препаратів у військових є короткі курси. Медикаментозного лікування також потребують розлади сну і кошмарні сновидіння і це треба розуміти військовим, адже якщо людина не спить їй важко зберігати стабільний стан. «Проте призначення має зробити лікар. Не можна приймати препарати за порадою знайомих і родичів, оскільки це може призвести до залежності від них і погіршити перебіг ПТСР. З самого початку лікування необхідно зосередити увагу на необхідності професійної, сімейної та соціальної реабілітації. Наявність симптомів ПТСР не повинна бути перешкодою для професійної та соціальної активності. Досвід військових психологів свідчить, що ПТСР рідко розвивається у людей, які досить швидко включилися в життя соціуму (робота, сім'я, друзі, хобі тощо). Важливо не уникати участі в програмах психологічної, соціальної та фізичної реабілітації, музикотерапії тощо (при їх наявності).

Корисним є опанування психологічними техніками управління стресом (релаксація, дихальні вправи тощо), навчитись відволікатись на позитивні спогади. Позитивний вплив музики на психологічний стан людини відомий давно і широко використовується в медицині. Щоденне прослуховування класичної, народної музики - тієї, яка викликає позитивні емоції - теж шлях до одужання. Хороший ефект мають медитаційні техніки у поєднанні з музикою. Важливо дотримуватись режиму дня, гігієни сну, засад здорового харчування, режиму регулярної фізичної активності, уникання вживання алкоголю» [8].

Дуже важливо доносити до військових, що ПТСР це не «вирок» і його можна лікувати та контролювати.

2.3 Методи когнітивно-поведінкової терапії

«Історію розвитку когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) можна простежити від античних часів стоїків до теорій фізіолога І. Павлова, провідних дослідників

поведінкової терапії Б. Ф. Скіннера та Д. Вольпе у 50-х роках минулого століття. Когнітивна терапія А. Елліса та А. Бека фокусувалася на зміні когнітивних здібностей, припускаючи емоційні та поведінкові зміни. На базі поведінкової та когнітивної терапії сформувалися різні підходи й техніки когнітивно-поведінкового напрямку, засновником якого є відомий американський психіатр А. Бек» [34]

Аарона Бека є основоположник когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), опитані спеціалісти також використовують елементи КПТ, бо визнають ефективність метода в лікуванні депресії, тривожних розладів і багатьох інших психічних проблем. «А. Бек розробив когнітивну тріаду для депресії, що включає негативне бачення себе, світу та майбутнього. Його теорії і методи дослідження стали основою для розвитку когнітивної психотерапії» [34]. Окремо можна виділити Джудіт Герман - авторку книги «Trauma and Recovery», «яка розглядала динаміку травми, зокрема складних випадків травми, таких як випадки сексуального насилля та війни. Ввела поняття комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР), що враховує особливості довготривалої і повторної травми» [73]. Також неможливо не згадати Бессел ван дер Колка та його дослідження, які зосереджені на взаємодії між нейробіологією та травмою. Автор книги «The Body Keeps the Score». В цій книзі описано вплив травми на тіло і нервову систему, розглядаються нові методи лікування. Він акцентував, що до лікування травми треба підходити з «тілесної» позиції [72].

«За час розвитку когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії розроблено протоколи проведення КПТ пацієнтам із тривожними розладами, депресією та іншими психічними розладами. КПТ зазвичай є короткостроковим лікуванням, воно орієнтоване на розвиток навичок і спрямоване на зміну неадаптивних емоційних реакцій шляхом зміни думок і поведінки.

Когнітивна модель психопатологічних розладів створює стратегічну основу для терапії та містить когнітивні процеси, елементи й зміст. Когнітивна модель показує, як думки та їх інтерпретація впливають на емоції, фізіологічні симптоми та поведінку. Робота в методі КПТ пов'язана з «негативними автоматичними думками», що є реакцією на конкретну ситуацію, а також глибинними

переконаннями людини про себе, оточення, майбутнє. Згідно з когнітивною моделлю тривоги, коли люди переоцінюють ризики та серйозність загроз і небезпеки, недооцінюють свої ресурси, тоді для того, щоб упоратися з цим, і з'являється тривожність.

Згідно з когнітивною моделлю ПТСР за Фoa, Вестбрук, Кларк та ін. терапія передбачає роботу з такими процесами, як:

- інтегрування травматичного досвіду;
- когнітивна реструктуризація дисфункційних когнітивних оцінок травми та її наслідків;
- корекція дисфункційних стратегій подолання, які блокують пам'ять про травматичну подію. Виявлення негативних когнітивних оцінних суджень та їх переформулювання формується за допомогою Сократівського діалогу та інших технік КПТ, як-от заперечення негативних думок.

Для інтегрування травматичного досвіду в пам'ять використовують техніку пролонгованого занурення в уяві, коли стимулюють пацієнта до складання повного опису травматичної події. Пожвавлення травматичних спогадів може бути в присутності терапевта або пацієнт може самостійно підготувати письмову розповідь. Такий прийом сприяє інтеграції розрізнених спогадів травми, відбувається відновлення диссоційованих фрагментів спогадів. Пацієнти зачитують терапевту свою розповідь, працюють з емоціями, виявляють суперечливі чи дисфункційні переконання, що допомагає виявити когнітивні оцінки травми та спростувати уявлення про те, що пацієнт «втратить контроль над собою», якщо детально обмірковуватиме трагічну подію.

Методи КПТ ефективні в лікуванні супутніх симптомів коморбідних розладів (тривоги, депресії, панічного розладу, зловживання психоактивними речовинами), які трапляються у 83 % людей, що страждають на посттравматичний стресовий розлад» [34].

«Основна мета когнітивно-поведінкової терапії - допомогти клієнту краще усвідомити власні емоції та створити нові, ефективні моделі мислення. Це сприяє розвитку психологічної гнучкості, що дозволяє не лише вирішувати початкові

проблеми, а й самостійно справлятися з викликами в майбутньому. Для досягнення бажаного результату в когнітивній терапії, розробленій Аароном Беком, застосовуються три ключові стратегії: емпіризм співробітництва, сократичний діалог та спрямоване відкриття.

Емпіризм співпраці:

- психотерапевт виступає співтворцем і провідником, допомагаючи пацієнту досягати прогресу;
- клієнт бере активну участь у психотерапевтичному процесі, задаючи питання та проявляючи цікавість;
- мета терапевта полягає не в навчанні клієнта «правильного» мислення, а у сприянні глибшому самопізнанню.

Сократичний діалог:

- психотерапевт у формі сократичного діалогу ставить запитання пацієнту;
- такі запитання спонукають клієнта переосмислювати свої переконання та знаходити рішення для запиту;
- у процесі пошуку відповідей психолог лише звертає увагу на суперечності в думках, тоді як остаточні висновки робить сам клієнт.

Спрямоване відкриття:

- КПТ спеціаліст не пропонує готових відповідей - клієнт самостійно формулює свої відкриття;
- у процесі терапії клієнт починає помічати власні викривлення мислення;
- терапевт створює безпечний простір, де пацієнт може зробити ці відкриття та інтегрувати їх у свій досвід.

Отже, когнітивно-поведінкова терапія ґрунтується на активній ролі клієнта у процесі самопізнання, критичного переосмислення власних переконань і виявлення викривлень мислення, чому сприяє терапевт, створюючи безпечне середовище для самостійних відкриттів.

Основні теорії, що використовуються в КПТ

- Теорія навчіння (теорія класичного та оперативного обумовлення) І. Павлова, Е. Торндайк, Б. Скінер;

За допомогою класичного обумовлення ми вчимося пов'язувати конкретні подразники з реакціями на них (експерименти І. Павлова). А завдяки оперативному обумовленню - отримуємо знання про те, що потрібно робити, щоб досягти бажаного ефекту (Е. Торндайк, Б. Скінер). Поведінка особистості описується в цьому підході в категоріях: стимул-реакція. Вона розглядається як результат навчання, поточного стану мотивації та індивідуальних відмінностей, генетично чи негенетично обумовлених. Під патологією розуміють виникнення небажаної поведінки або відсутність правильної поведінки в конкретній ситуації.

- Модель депресії А. Бека;

Вчений зазначив, що думки є не тільки симптомом депресії, а й одним із факторів, що підтримують цей стан. За словами А. Бека, причини депресії – це автоматичні думки, дисфункціональні переконання та негативні самовизначення. В основі моделі депресії А. Бека лежить так звана когнітивна депресивна тріада. Цей термін позначає виникнення негативних думок у трьох сферах: думки про себе, думки про світ, думки про майбутнє. А. Бек також помітив, що такі сформульовані думки супроводжуються тенденцією до надмірного узагальнення негативних стимулів у поєднанні з вибірковою абстрагуванням, тобто виділенням тільки конкретних аспектів ситуації та ігнорування інших. Багато досліджень, проведених для перевірки концепції А. Бека, підтвердили його припущення. Виходячи з припущення про існування когнітивної тріади, Бек запропонував модель когнітивної терапії, основною метою якої є виявлення та трансформація дезадаптивних переконань.

- Рационально-емоційна терапія А. Елліса.

За словами автора, здорова людина поводить себе раціонально і відповідно до реальності. Її думки передують і викликають здорову поведінку, особливо коли йдеться про поведінку емоційну. Особа із порушеннями демонструє самодеструктивну поведінку, яка перешкоджає самореалізації, щастю та

можливості насолоджуватися життям, оскільки цій поведінці передуює дисфункціональне мислення. Відповідно до припущень раціонально-емоційної терапії, деструктивні переконання спотворюють реальність, оскільки неправильно інтерпретують те, що сталося. Вони часто містять нелогічні способи оцінки себе та зовнішнього світу» [35].

Спочатку, фахівець допомагає визначити проблему та цілі сеансів. Вже під час когнітивно-поведінкової терапії, конкретні техніки підбираються для їх досягнення(табл.2.2).

Таблиця 2.2

Техніки КПТ

Техніка	Пацієнта, яким підходить техніка	Вміст техніки
прийняття рішень	при депресії, депресивному розладі,	структурування вибору та аналізу наслідків через кроки: визначення проблеми, генерація варіантів, оцінка ризиків
рефокусування	при наявності нав'язливих думок та зациклювання	перенесення уваги з нав'язливих або тривожних думок на іншу дію
декатастрофізація	при тривожності, катастрофізації події чи ситуації	Запитуємо клієнта «що якщо?» та шляхом логічного аналізу реалістичності найгіршого сценарію зменшуємо катастрофізацію
децентралізація	При тривожних і параноїдальних розладах	здатність подивитися на думку як на думку, а не на факт, що допомагає бути більш об'єктивними
переформулювання	При наявності негативних автоматичних думок та відчуття втрати контролю	перефразування настанов клієнта на більш корисні та реалістичні
експозиція	При наявності страху, тривожних розладів, фобій, ОКР та ПТСР	поступове й контрольоване наближення до страху або травматичних спогадів

На першій сесії, клієнт та терапевт знайомляться та формують скарги у запит. Психотерапевт аналізує проблему клієнта, пояснює її з погляду КПТ та визначає ефективні техніки її вирішення. Між сесіями пацієнт отримує завдання: наприклад, виконувати вправи на дихання або записувати в щоденник думки, що виникають протягом дня. Так клієнт отримує нові навички, щоб надалі використовувати їх для

саморегуляції та самоусвідомлення. КПТ підхід ґрунтується на кількох принципах (табл.2.3).

Найбільш цікавою для роботи військових психологів є експозиційна техніка, оскільки вона працює над поступове й контрольоване наближення до страху або травматичних спогадів, подоланням страху. Мета експозиційних технік – це зменшення інтенсивності тривоги, обмеження уникання як стратегії поведінки та зміна свого відношення до тривоги (наприклад, що вона ніколи не зникне).

Таблиця 2.3

Принципи КПТ

Принцип	Характеристика
Когнітивний	Те як людина сприймає проблему, визначає її наступні дії та реакції
Поведінковий	Думки впливають на поведінку, а поведінка зміцнює певний спосіб мислення
Планування	Терапевт визначає цілі, завдання, план і оцінює прогрес
Співробітництва	Клієнт виконує завдання та ініціює обговорення своїх проблем
Тут і зараз	Вирішення конкретної актуальної проблеми
Емпіричності	Терапевт оцінює ефективність застосованих методів

«Рекомендації щодо застосування методів КПТ у реабілітації

Індивідуальний підхід

- План терапії розробляється відповідно до стану пацієнта;
- Враховується рівень фізичних можливостей та емоційного стану.

Поєднання з фізичною реабілітацією

- КПТ ефективніша у поєднанні з кінезіотерапією та фізіотерапією;
- Використовується як додатковий метод лікування у спортивній та ортопедичній реабілітації.

Регулярність та тривалість терапії

- Оптимальна тривалість КПТ становить від 6 до 12 тижнів;
- Регулярні сеанси дозволяють закріпити навички самоконтролю та саморегуляції» [36].

Найтісніший зв'язок з напрямком КПТ має напрям Mindfulness. Mindfulness -це метод або підхід, який інтегрується у різні школи психології:

- у КПТ - як елемент терапії тривоги, депресії, ПТСР ;

- у гуманістичному підході - як шлях до самоприйняття;
- у клінічній психології - як техніка стабілізації стану (особливо після травм).

«Техніки на кшталт усвідомленого дихання, медитацій «сканування тіла» чи усвідомленої ходьби (спокійне, відкрите зосередження на відчуттях кожного кроку) формують стабільний психічний стан, який може співіснувати зі стресом, не захоплюючи нас повністю. Важливо пам'ятати, усвідомленість – це не про ігнорування стресу чи «позитивне мислення». Це про прийняття реальності (навіть, якщо вона страшна чи болюча) у спокійний спосіб з відкритістю. Такий спосіб прийняття може парадоксальним чином зменшити інтенсивність негативних емоцій. Промовивши словами: «Так, цей момент складний», ми визнаємо проблему, замість того, щоб боротися з відчуттями, і при цьому часто страждаємо менше» [43].

«Майндфулнес, або свідомість, – це спосіб мислення та уваги, який може допомогти краще розуміти та інтегрувати свій поточний досвід. Майндфулнес включає в себе увагу до власних почуттів та сприйняття вражень. Цей психологічний феномен спочатку був описаний у контексті медитативних практик буддизму. Проте введенню цього терміну в наукову лексику ми зобов'язані Джону Каббат-Зінну, професору медицини та засновнику клініки з редукції стресу та Центру Майндфулнес в медицині, системі охорони здоров'я та суспільстві при Медичній школі Массачусетського університету. В 1979 році Джон Каббат-Зінн заснував цю клініку, де він розпочав адаптацію та узагальнення буддистських практик медитації та уважності в контексті психологічних технік. Головною метою було надавати психологічну допомогу людям з хронічними захворюваннями, зокрема, серцевими, онкологічними та іншими хворобами, щоб допомогти їм краще адаптуватися до свого стану та швидше відновитися після перенесених епізодів хвороби. На основі досліджень Джона Каббат-Зінна була розроблена восьмижнева програма, яка отримала назву «Mindfulness Based Stress Reduction» (MBSR), тобто програма зниження рівня стресу на основі практик майндфулнес. Вивчені дані показали, що учасники експериментальної групи, які пройшли цей

курс, відзначили суттєве зниження рівня тривожності, симптомів депресії та інтенсивності болю порівняно з контрольною групою» [17].

Термін «майндфулнес» (mindfulness) перекладається з англійської як «повна свідомість,» «уважність» і «зосередженість.» Вчені визнають майндфулнес як повну безоцінкову концентрацію та увагу на поточному моменті реальності з повним прийняттям її такою, якою вона є, і реєстрацією різних її аспектів, утримуючись від спроб їх аналізу [18].

Усвідомленість є одним із аспектів стародавніх духовних традицій. Вона визначається як «Усвідомленість – це усвідомлення, яке виникає, коли ми звертаємо увагу до досвіду, увага зосереджена на окремих аспектах досвіду, в заданий момент (коли розум сягає в минуле чи майбутнє, ми повертаємо його до теперішнього часу)» [19].

Mindfulness або повна усвідомленість побудовані на стародавній буддійській практиці, яка прямо пов'язана з повсякденним способом життя. Ця практика не передбачає навертання людини в буддизм, але вона спрямована на пробудження тяги до життя в гармонії з самим собою і світом навколо. Повнота усвідомленості проявляється у вмінні цінувати кожен момент життя, який ми переживаємо. Плюс цього підходу полягає в тому, що його можна натренувати та його практичному застосуванні.

Отже, майндфулнес – це здатність підтримувати усвідомлення та відкритість до поточного досвіду, включаючи внутрішні психічні стани та аспекти зовнішнього світу, без осуду і з прийняттям [20]. Багато фахівців з психічного здоров'я вважають, що здатність бути присутнім у теперішньому моменті і не осуджувати себе або світ, а не бути залежним від негативних аспектів минулого або переживати стосовно майбутнього, допомагає зменшити психологічне страждання і сприяє певним корисним психологічним процесам [20].

Виконання практик Mindfulness може допомогти людині долати складні емоції, такі як тривога і депресія, які супроводжують людей з ПТСР. Усвідомленість допомагає бути більш зосередженими і жити в теперішньому, що є важливим для людей з ПТСР, які часто застрягають в травмуючих відчуттях та переживання

минулого, а також навчитися сприймати власні складні емоції, які виникають після травми. Наприклад, практика Mindfulness може допомогти більше усвідомлювати свої думки і почуття і мати змогу відпустити їх, не оцінюючи їх як «хороші» чи «погані» і не реагуючи на них імпульсивно. Практика усвідомленості – це неперервний процес. Навіть якщо на початку можуть виникати складнощі з її виконанням, з концентрацією, з відчуттями під час виконання вправ, - регулярна практика може допомогти помічати ці стани і навчити відпускати їх. Практика Mindfulness також сприяє розвитку більшого самоспівчуття до себе і інших. Знижується схильність до осуду своїх думок, почуттів і дій, до самокритики. Використання усвідомленості може допомогти м'якше реагувати на травматичну подію, а також швидше відновлюватись. Це важливий крок у процесі одужання.

Терапія Майндфулнес ґрунтується на двох основних принципах. Перший з них полягає у розумінні, що людський мозок переважно працює у «автоматичному» режимі, проводячи когнітивні процеси відповідно до засвоєних шаблонів та сталих патернів. Це призводить до формування стійких автоматичних реакцій на зовнішні подразники. Однак такий автоматизм у мисленні переважно не є достатньо виваженим та корисним для індивіда; переважно це звичний, але неадаптивний механізм реагування. Тому Майндфулнес-терапія пропонує розвивати вміння помічати та приймати свої думки без осуду, та в той же час обирати свідому реакцію на різні подразники та ситуації. Це є ключовим способом до розірвання у мозку дезадаптивних підтримуючих контурів ПТСР, депресії та інших психічних розладів або психоемоційних труднощів [17].

Другий принцип полягає в усвідомленні можливості роботи людського мозку на двох рівнях: «Реагування» та «Буття». В «Реагуванні» людина зазвичай прагне задовольнити свої бажання або уникнути неприємних відчуттів, використовуючи встановлені патерни поведінки. У «Бутті» стан свідомості передбачає уважне та безоціночне сприймання теперішнього моменту разом з усіма відчуттями, які він приносить. Це означає прийняття будь-якого досвіду, який ми отримуємо у дану мить, як зовнішнього, так і внутрішнього (включаючи відчуття у тілі, думки та психоемоційний стан). Здатність утримувати стан свідомості в режимі «Буття»

розвиває нашу здатність бути більш стійкими в обличчі стресу та життєвих труднощів, а також свідомо вибирати більш раціональні способи реагування на ситуації та приймати обдумані рішення [21].

Майндфулнес-орієнтована КПТ також виявила високу ефективність у таких ситуаціях, як висока тривожність, розлади харчової поведінки, проблеми зі сном, хронічна втома та вигорання, і навіть у ролі допоміжної терапії для осіб з психотичними станами [17]. Зокрема, М. Вільямс та його колеги підтвердили позитивний терапевтичний ефект Майндфулнес-орієнтованої КПТ при лікуванні депресії, пов'язаної з раннім травматичним досвідом, і в управлінні суїцидальними тенденціями у осіб з межовим розладом особистості [22].

Короткочасна терапія за допомогою медитацій Майндфулнес та релаксацій може зменшити симптоми посттравматичного стресового розладу [23].

Марк Вільямс та Денні Пенман, аналізуючи результати наукових досліджень інших учених, вказують на те, що практика усвідомленості суттєво підвищує емоційну стійкість особистості, тобто її здатність протистояти різноманітним важким життєвим ситуаціям. Після проходження програми майндфулнес, учасники не лише відзначають покращення у суб'єктивних показниках щастя та енергії, зменшення рівня стресу, але також відчують, що мають більше контролю над своїм життям. Вони швидше знаходять сенс у житті і ставляться до проблем як до нових можливостей, а не загроз [24].

Як в методах КПТ, Майндфулнес, а також тілесно-орієнтованої терапії використовують такий інструмент як когерентне дихання. Його застосовується для психофізіологічної стабілізації військових після бойових стресів [48].

Когерентне дихання – це методика ритмічного дихання, що стабілізує серцевий ритм і автономну нервову систему, знижує рівень стресу та напруги [51]. Типовий ритм для когерентного дихання є 5-6 циклів на хвилину (вдих/видих по 5-6 секунд). Метою є підвищення варіабельності серцевого ритму (HRV) і баланс між симпатичною та парасимпатичною нервовою системою.

Винахідником когерентного дихання вважають Стівена Лернера та його колег, які досліджували HRV-біофідбек у 1980-1990-х роках [51]. Концепція опирається

на дослідження серцевого ритму, стресу та психофізіологічної стабільності, які активно розвивалися в біофізіології та психофізіології наприкінці XX століття [52].

Когерентне дихання впливає на:

- Автономну нервову систему: нормалізує симпатичну та парасимпатичну активність;
- Варіабельність серцевого ритму (HRV): підвищує здатність організму до адаптації і регуляції стресових реакцій [52];
- Емоційний стан: знижує тривожність, стабілізує настрій;
- Концентрацію та усвідомленість: застосовується як елемент майндфулнес-практик [18].

Основні ефекти:

- Зниження рівня тривожності та стресу;
- Поліпшення саморегуляції;
- Стабілізація серцевого ритму та дихання;
- Покращення концентрації та усвідомленості;

2.4 Методи тілесно-орієнтованої терапії

Ефективні методи подолання психотравм, отриманих у кризових ситуаціях під час війни, включають застосування тілесно-орієнтованого підходу до терапії посттравматичних переживань, який успішно впроваджено в деяких країнах, що були залучені до військових конфліктів. Згідно з наказом Міністерства охорони здоров'я України No2118 від 13.12.2023 «Про організацію надання психологічної допомоги населенню», психологічна допомога для військовослужбовців повинна включати такі заходи: індивідуальні консультації, групова психологічна терапія, екстрена (кризова) психологічна допомога, кризове психологічне консультування, інтегративний підхід. Ці заходи спрямовані на ефективне подолання психотравм, зменшення дистресу та покращення психологічного стану військовослужбовців, що дозволить їм краще виконувати свої службові обов'язки [49].

Тілесно-орієнтована психотерапія, особливо в контексті роботи з військовослужбовцями, які страждають на дисоціативні розлади, базується на фундаментальних філософсько-антропологічних уявленнях про тілесність. Цей підхід також спирається на концепції само-конституювання суб'єкта, моделювання та об'єктивації психічної реальності, що допомагає зрозуміти, як формується і структурується внутрішній світ особистості [47].

«Тілесно-орієнтована терапія – це психотерапевтичний підхід, у якому для роботи з психологічними труднощами та психічними розладами військовослужбовців застосовують тілесний контакт та спеціальні техніки, спрямовані на зняття блоків у тілі. Процес зцілення включає усвідомлення власного тіла і вивільнення накопичених емоцій. Важливо, щоб робота з тілом поєднувалася з аналітичною терапією для розуміння психологічних змін та закріплення результатів» [37].

«Тілесно-орієнтована психотерапія, як частина комплексного підходу, пропонує ефективні шляхи роботи з тими проявами дисоціації, які важко піддаються вербальному аналізу. Цей метод дозволяє через роботу з тілом досягти інтеграції травматичного досвіду, зменшення симптомів депресії та тривожності, сприяючи відновленню цілісності особистості військовослужбовців із дисоціативними розладами. Психологічна реакція на подію може сприйматися як травматична, що викликає депресію, дисоціативні переживання та ПТСР. Головна мета тілесно-орієнтованої терапії для військовослужбовців із віддаленими наслідками стресу полягає у створенні безпечних умов, де пригнічені негативні почуття та травматичні спогади можуть піднятися на рівень свідомості для повторного проживання і вираження. Це сприяє зняттю психологічних блоків, емоційній розрядці та зціленню» [48].

Основи тілесно-орієнтованої терапії були закладені В. Райхом, який зауважив, що багато емоцій супроводжуються фізичними проявами, а психологічні проблеми відображаються у тілі у вигляді м'язової напруги, блоків і больових зон. Головна мета тілесно-орієнтованої терапії для військовослужбовців із віддаленими наслідками стресу полягає у створенні безпечних умов, де пригнічені негативні

почуття та травматичні спогади можуть піднятися на рівень свідомості для повторного проживання і вираження. Це сприяє зняттю психологічних блоків, емоційній розрядці та зціленню.

«Процес тілесно-орієнтованої терапії охоплює різноманітні методи, що сприяють розвитку емоційної обізнаності, зменшенню рівня стресу та поліпшенню загального психічного стану, зокрема для людей з дисоціативними розладами» [37].

- Усвідомлене дихання. Ми фокусуємо нашу увагу на ритмі, глибині та способі дихання. Вчимося усвідомлювати свій дихальний процес і використовувати його для зниження тривожності та регуляції емоційного стану;

- Емоційно-тілесні вправи. Мається на увазі фокус на рухах, позицій тіла та виразів обличчя. Це допомагає глибше відчувати власне тіло і налагодити з ним контакт, що сприяє кращому розумінню емоційних реакцій;

- Техніки розслаблення. Сюди відноситься прогресивна м'язова релаксація (вправи по Джейкобсону) та йога-нідра, сприяють глибокому розслабленню м'язів, зниженню напруги, поліпшенню сну та загального стану здоров'я;

- Тілесні вправи для вираження почуттів, такі як танець, стимулюють емоційне вираження через фізичні рухи. Це дає змогу фокусуватися на внутрішніх відчуттях та сприяє саморегуляції.

«Застосування цих і подібних тілесно-орієнтованих технік допомагає пацієнтам з дисоціативними розладами усвідомлено сприймати свої тілесні відчуття та ефективніше керувати ними, що позитивно впливає на психічне здоров'я. Метою терапії є зменшення дисоціації та інтеграція функціонування розуму. Незважаючи на те, що багато терапій рекомендуються, емпіричні докази їхньої ефективності відсутні» [37].

«Райх вважав, що м'язовий панцир має сегменти, що розташовуються у семи частинах тіла. Існує сім груп м'язів із утримуваними емоціями:

- В області очей. Захисний панцир в цій області проявляється у нерухомості лоба і невиразних малорухомих очах, що дивляться з-за карнавальної маски. Очі можуть бути навпаки занадто рухливими, "бігаючими". Очної панцир

стримує прояви любові, зацікавленості, презирства, подиву і взагалі практично всіх емоцій

- В області рота. Цей панцир складається з м'язів підборіддя, шиї та потилиці. Щелепа може бути як занадто стислій, так і неприродно розслабленою. Цей сегмент утримує емоціональний вираз плачу, крику, гніву, кривляння, радості, подиву;

- В області шиї. Цей сегмент включає м'язи шиї, мову. Захисний панцир утримує в основному гнів, крик і плач, пристрасність, млосність, азарт;

- В області грудей. Цей захисний панцир складається з широких м'язів грудей, плечей, лопаток, а також грудну клітку і руки з китицями. Панцир стримує сміх, смуток, пристрасність. Стимування дихання, яке є важливим засобом придушення будь-якої емоції, здійснюється в значній мірі в грудях;

- В області діафрагми. Включає діафрагму, сонячне сплетіння, різні органи черевної порожнини, м'язи нижніх хребців. Цей панцир утримує в основному сильний гнів і взагалі хвилювання;

- В області живота. Цей панцир включає широкі м'язи живота і м'язів спини. Напруга поперекових м'язів пов'язана зі страхом несподіваного нападу. Захисний панцир на боках створює боязнь лоскоту і пов'язаний з придушенням люті, неприязні;

- В області тазу. Сьомий панцир включає всі м'язи тазу і нижніх кінцівок. Чим сильніше захисний панцир, тим більше таз витягнутий назад, як би стирчить. Сідничні м'язи напружені аж до хворобливості. Таз "мертвий" і не сексуальний. Тазовий панцир пригнічує збудження, гнів, задоволення, кокетство» [45].

«Приклади вправ, які допоможуть позбавитися м'язово-емоційних затискачів:

- Займіть зручну позу, можна лягти або розташуватися на стільці. Глибокі вдихи/видихи для розслаблення, відволікання від зовнішніх думок та завдань. Усю увагу потрібно перенести на область очей, сфокусувавшись на точці перед собою. Потрібно уявити, що в ній є те, що сильно налякало вас, і потрібно широко розширити очі. І так зробіть кілька разів. Знову зосередьте увагу на одній точці,

зробіть кілька вдихів/видихів, щоб розслабитись. Потім потрібно виконати кругові рухи очима ліворуч/праворуч, вгору/вниз (20 р). На завершення потрібно глибоко подихати. Ця вправа допоможе позбавитися травм, душевних переживань;

- Завдяки цій вправі можна розслабити м'язи горла, підборіддя, потилицю. Для цього станьте перед дзеркалом і по гримасуйте. Можете покричати, поридати, кривіть рота, покусуйте або затискайте губи, ревіть, можна імітувати блювання. Якщо сплинуть ситуації із життя під час виконання роботи, потрібно позбутися цих емоцій як м'язово, так і на емоційному рівні;

- За допомогою третьої вправи можна позбутися затискачів м'язів шиї. Ви можете також гримасувати, зображуючи злість, гнів, можна кричати, плакати, і все для того, щоб через напруження м'язів горла зняти блок. Цю вправу виконують доки емоції не будуть виплеснуті і не почнеться природне «остигання»;

- Позбавляємося напруги в плечах, грудях, руках. Деблокування грудної клітки здійснюється правильним диханням, глибокими вдихами/видихами. Можна дихати животом. Щоб зняти напругу в плечах, в руках потрібно зробити боксерські вправи з грушою, що задушують рухи з предметами. У процесі можна згадувати ситуації з життя, де не можна було заплакати, посміятися, роздратуватися і виплеснути ці емоції. Ця вправа дозволить звільнити діафрагму. Можна скористатися діафрагмовим диханням. Виявити наявність діафрагмового затиску можна, якщо лягти на спину на підлогу, і по увігнутості хребта це буде видно. У цьому сегменті роблять дихальні вправи, попередньо проробляють шию, очі, рот, груди;

- Позбутися затискачів у попереку і животі можна за допомогою шостої вправи. Тут також роблять дихальні вправи животом, втягуючи - витягуючи його. А також, можна зробити масаж області спини, попереку. Цю вправу виконують після опрацювання попередніх;

- Якщо потрібно зняти блоки в інтимній області використовують масажування стегон, область паху, гомілки, стопи, коліна та ін.» [44].

Дуже часто використовують вправи м'язової релаксації по Е. Джекобсону. Ось приклад проведення таких вправ:

- « Знайдіть тихе місце, де ніхто не зможе вас потурбувати. Ляжте на підлогу або відкиньтесь на спинку крісла, послабте тісний одяг і зніміть окуляри або лінзи. Покладіть руки на коліна або на підлокітники крісла;
- Зробіть кілька повільних вдихів;
- Плавно, протягом 15 секунд, почніть напружувати м'язи чола. Відчуйте, як вони стають щільнішими і напруженішими. Потім почніть повільно розслабляти їх протягом 30 секунд. Зверніть увагу на те, як Ваші м'язи відчують себе в розслабленому стані. Також не забувайте дихати повільно і рівномірно;
- Тепер перейдемо до м'язів в області щелепи і повторимо аналогічну процедуру (поступове напруження протягом 15 секунд і розслаблення протягом 30). Не забувайте звертати увагу на відчуття розслаблення (обов'язково робіть це після кожного пункту) і продовжуйте рівномірне дихання;
- Потім переведіть увагу на шию і плечі. Поступово збільшуйте напругу в них, піднімаючи плечі до вух. Залишайтеся в такому стані 15 секунд, а потім, як зазвичай, повільно, протягом 30 секунд, почніть розслаблення;
- Стисніть обидві руки в кулаки. Піднесіть їх до грудей і тримайте протягом 15 секунд, стискаючи їх так сильно, як тільки можете. Потім повільно, розтискаючи кулаки, опустіть руки вздовж тіла;
- Почніть поступово збільшувати напругу в сідницях, а потім також поступово почніть її зменшувати. Продовжуйте дихати повільно і рівномірно;
- Тепер напружте квадрицепси і литкові м'язи. Напруження повинно бути максимально сильним. Потім знову почніть процес розслаблення;
- Стисніть пальці на ногах максимально сильно, а потім знову розслабте їх» [46].

2.5 Методи позитивної психології

Позитивна психологія – це науковий напрям у сучасній психології, який вивчає умови та процеси, що сприяють розквіту і процвітанню людини, групи або

спільноти [25]. Цей підхід зосереджується не на патології, а на розвитку сильних сторін, благополуччя, задоволення життям та смислу [26]. Мартін Селігман, президент Американської психологічної асоціації (APA) у 1998 році, ініціював створення позитивної психології як окремого напрямку [27].

Ключові концепції позитивної психології:

- основою теорії Селігмана є модель PERMA, яка описує п'ять елементів благополуччя:

- P - Positive Emotion (позитивні емоції)

- E - Engagement (залученість)

- R - Relationships (стосунки)

- M - Meaning (смысл)

- A - Accomplishment (досягнення) [28]

- три рівні щасливого життя: життя задоволення, життя залучення, життя змісту [30].

- сили характеру (Character Strengths): 24 універсальні чесноти, такі як сміливість, мудрість, вдячність, оптимізм, емпатія, що сприяють щасливому життю [31].

- теорія розширення та побудови позитивних емоцій: позитивні емоції розширюють свідомість і формують нові ресурси для розвитку людини [29].

Позитивна психологія також вивчає механізми розвитку резильєнтності, оптимізму, саморегуляції та почуття щастя в різних вікових і соціальних групах [29].

2.6 Метод EMDR в роботі з травмою

«EMDR(Eye Movement Desensibilization and Reprocessing) – це десенсибілізація та репроцесуалізація (опрацювання травми) з допомогою руху очей» [38].

«EMDR - унікальний метод психотерапії, що ґрунтується на принципі самоцілення психіки (подібні рухи очей відбуваються у людини під час сну). Ці

рухи можна використовувати спеціально для допомоги мозку перепрацювати Травмуючі спогади, які ніби «застрягли.» Тож стерти спогад неможливо; натомість його можна переписати: послабити емоційний «заряд» і додати мітку «це вже минуло», або змінити не адаптивну реакцію (стратегію) на адаптивну активізуючи мережу позитивного досвіду. Саме на це й працює EMDR - метод, який безпечно активує спогад і, поки він пластичний, допомагає мозку зберегти набагато спокійніше версії» [39].

«Широке вивчення EMDR почалося з моменту його винайдення в 1989 році, коли Франсін Шапіро, американський психолог, прогулювалася в лісі і свідомо почала згадувати травматичні події власного життя. Після цієї прогулянки вона більше не напружувалася емоційно, коли поверталася до тих тривожних спогадів, вона звільнилася від болю, який відчувала раніше. Доктор Шапіро припустила, що рух очей (які стрибали з боку в бік під час прогулянки) знизили емоційний стрес, пов'язаний з певними спогадами.

Гіпотеза Шапіро стверджує, що EMDR ефективно через те що, увага, яка розподіляється на два збуджувачі, призводить до такого фізіологічного стану мозку, який полегшує обробку інформації та дозволяє пацієнту зберігати цю інформацію без тривоги та внутрішнього дискомфорту, з якими пов'язувалася травматична подія. Це дозволяє пацієнту по-новому подивитися на травматичну подію, змінити своє емоційне ставлення до неї та до будь-яких нагадувань про неї, які можуть зустрічатися їм у житті. EMDR – це підхід, який складається з восьми фаз.

Основою терапії EMDR є концепція Шапіро під назвою «Адаптивна обробка інформації», яка відповідає уявленням Фрейда та Павлова щодо сучасної концепції обробки інформації. Вчені вважають, що у психологічній системі існує неврологічний компонент, який сприяє оптимальній обробці інформації для використання в майбутньому. В переносному значенні, ми можемо собі уявити Адаптивну обробку інформації як прийняття болючої інформації щоб у подальшому використати її для вдосконалення власного життя» [40].

«EMDR розшифровується як десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей, але взагалі існує три способи, якими лікар може стимулювати мозок: слухові,

тактильні та візуальні. Різні клінічні випробування, які проводилися з моменту винайдення EMDR, припускають, що білатеральна стимуляція працює щоб:

- використати активну пам'ять до максимуму
- стимулювати орієнтовний рефлекс та пов'язану з ним парасимпатичну реакцію
- викликати ті чи схожі процеси, які наявні у фазі швидкого сну» [40].

«Десенсибілізація та переробка рухом очей (EMDR) – це терапевтичний підхід, в основі якого лежить модель адаптивної переробки інформації. З точки зору даного інтегративного психотерапевтичного підходу першорядною основою клінічної патології вважаються спогади, що дисфункціонально зберігаються, впливають на стан людини, її реакції тут і зараз. Переробка цих спогадів та їх інтеграція у більші адаптивні мережі спогадів дозволяє трансформувати їх та відновити функціонування системи [77].

EMDR має 8 фаз:

- початковий збір анамнезу та планування лікування;
- підготовка до терапії;
- оцінка пацієнта (терапевт допоможе клієнту прояснити деталі спогади-мішені, включаючи центральну картинку, поточну негативну когніцію, бажану позитивну когніцію, емоції та фізичні відчуття, що випробовуються на даний момент, а також проводить деякі базові вимірювання за шкалами;
- процес десенсибілізації (терапевт слідує за клієнтом, керуючи переробкою спогадів, що турбують, з минулого або поточного події-мішені. На пізнішій стадії також переробляються позитивні сценарії поведінки у майбутньому. Переробка включає зміни сенсорної, когнітивної, емоційної та соматичної інформації. Мета даної фази полягає в тому, щоб знизити занепокоєння, що асоціюється з цим спогадом, до максимально низького рівня, та сприяти особистісному зростанню шляхом набуття інсайту та нових точок зору, що призводить до формування нового самовідчуття та світогляду);
- процес інсталяції(терапевт допомагає клієнту виявити бажане на даний момент позитивне переконання про себе щодо відпрацьованого спогаду, та посилює його, сприяючи інтеграції спогаду у мережі адаптивних спогадів;

- сканування тіла(Терапевт допомагає клієнту виявити та переробити будь-які залишкові соматичні відчуття, прагнучи повного соматичного дозволу. Тіло є ключовим в роботі EMDR- методі);
- завершення(терапевт дає клієнту зворотний зв'язок про сесію і про те, чи можна очікувати після закінчення сесії. Клієнта просять вести короткі записи про психологічні реакції між сесіям. При необхідності терапевт може використовувати релаксаційну техніку, щоб допомогти клієнту стабілізуватися перед закінченням сесії;
- повторна оцінка ефективності лікування(терапевт оцінює клієнта на початку наступної сесії, звертаючи особливу увагу на ефект від терапії та оцінюючи те, що відбулося у період між сесіями. Цей етап також включає повторну оцінку переробленої минулого разу мішені для оцінки стійкості ефекту терапії, а також для виявлення інших аспектів, які потенційно потребують додаткової переробки. Отриману інформацію терапевт використовує визначення наступного кроку (наступних кроків) у курсі терапії.

Щоразу, коли людина лише повторюємо травматичну історію без нових «нот», мозок знову активує ті самі нейронні ланцюги страху. EMDR додає до болючого спогаду нову, спокійну інформацію, надає інші сенси. Нейрони утворюють нові зв'язки і старий страх перестає вмикатися автоматично. EMDR – це інтегративна форма психотерапії, що включає елементи, сумісні з різноманітними підходами.

Центральне місце в терапії тут займає тіло, проте когнітивний, емоційний і поведінковий аспект зберігають свою значущість. EMDR-терапії може використовуватися і як чітко сфокусована, короткострокова форма психотерапії, так і з комплексними травмами . Поряд із позитивною психологією, EMDR є формою гуманістичної терапії, яка вірить у внутрішні ресурси клієнта та його здатність використовувати ці ресурси з метою особистісного зростання

Основою EMDR є твердження, що клієнт зцілює себе сам за належної стимуляції з боку терапевта, що призводить до поліпшення функціонування

внутрішньої системи переробки інформації. В EMDR-терапії агентом змін виступає не терапевт, а мозок людини [77].

«EMDR-терапії охоплює значний перелік хворобливих станів та психологічних проблем:

- ПТСР;
- Фобії, панічний та тривожний розлади;
- Наслідки травмуючих подій у нещодавньому чи далекому минулому (напад, нещасний випадок, стихійне лихо, сексуалізоване насильство, серйозні ушкодження, хірургічне втручання тощо);
- Горе та утрата;
- Насильство або трагічна подія, пережиті дітьми;
- Сексуальна дисфункція;
- Хімічні та інші залежності;
- Гостра травма і різні особистісні проблеми;
- Соматичні болі;
- Серйозна життєва невдача;
- Діагностований розлад особистості;
- Депресія;
- Дисоціація і дисоціативний розлад» [42].

Висновки до розділу 2

У цьому розділі були розглянуті методи психологічної стабілізації, які використовують військові психологи. Методи були визначені за допомогою методу Дельфі.

У ході дослідження виявлено, що застосовуються такі методи психологічної стабілізації як психоедукація, тілесно-орієнтовані вправи, когнітивно-поведінкові техніки, майндфулнес та навчання методам самодопомоги.

З точки зору опитаних спеціалістів починати роботу з військовослужбовцем треба з психоедукації, бо без розуміння свого стану, далеко не всі військовослужбовці хочуть не тільки не хочуть звертатися до психолога в індивідуальному порядку, але навіть бути присутніми на групових заняттях.

Тому спочатку людина має розуміти, що відбувається з нею на фізичному рівні, а також усвідомлювати, що це нормальна реакція тіла. Психоедукацію треба проводити не тільки з військовослужбовцями, а і з їх родинами, звісно за можливості, бо те чи підтримують у родині чи розповідають військовому, що він якийсь «не такий» залежить чи вдасться людину стабілізувати.

Потім починаємо працювати з тілом, адже воно перше реагує на стрес і треба зняти всі зажими, навчити людину розслабляти кожен м'яз, пояснити, що дає нам глибоке дихання і подихати разом з людиною, навчити відчувати своє тіло.

Потім можна переходити до різниці технік КПТ та Майндфулнес, що вже працювати з свідомістю.

РОЗДІЛ III.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ СТАБІЛІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ТРАВМИ

3.1 Особливості психологічної стабілізації військовослужбовців при наявності контузії

При умові, що кожен пацієнт потребує індивідуального підходу, базуючись на експериментальній частині можна виокремити найефективніші методи психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією.

Музиченко І. акцентує увагу на важливості індивідуального підбору психокорекційних методів, оскільки ефективність втручань залежить від характеру та глибини емоційних порушень військовослужбовців [59].

Аналіз особливостей вивчення методів психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією має свої специфічні особливості, пов'язані зі складністю поєднання нейрофізіологічних порушень, психічних реакцій на бойовий стрес та травматичного досвіду. Дослідники підкреслюють, що контузія часто поєднується з ПТСР, тривожними розладами, розладами сну та порушеннями когнітивного функціонування (пам'яті, уваги, регуляції емоцій) – це визначає специфіку вибору та оцінювання психологічних інтервенцій.

Звісно процес психологічної стабілізації військовослужбовців потребує комплексної роботи спеціалістів різних напрямків, таких психологи, психіатри, неврологи, реабілітологи тощо. Психологічна стабілізація після контузії вивчається на перетині таких наук як нейропсихології (відновлення когнітивних функцій), клінічної психології (регуляція емоцій та травматичних реакцій), психотерапії травми (робота з ПТСР, дисоціацією), реабілітації (сенсорна інтеграція, відновлення мозкової діяльності).

Також неможливо не згадати Бессел ван дер Колка та його дослідження, які зосереджені на взаємодії між нейробіологією та травмою. Він є автором книги «The

Body Keeps the Score». Б. ван дер Колк наголошує, що травматичний досвід не можна розглядати лише як психологічну проблему. Травма також пов'язана зі змінами в роботі нервової системи, і саме тому стабілізаційні методи мають включати і тілесні, і когнітивні техніки [72].

Застосування методів стабілізації ускладнюється тим, що у військових із контузією можуть проявлятися: порушення рівня збудження ЦНС, зміни балансу симпатичної та парасимпатичної системи, чутливість до шумів і світла, труднощі з концентрацією, різкі зміни емоційного стану.

Як показують дослідження Міністерства у справах ветеранів США ефективність психологічних інтервенцій при легких черепно мозкових травмах(контузіях) залежить від правильної діагностики неврологічних симптомів і побудови підтримувального середовища [71].

Найчастіше військові звертаються із подібними проблемами: порушення сну, тривожність, емоційна втома, дратівливість, труднощі концентрації, флешбеки та відчуття відчуження.

Ці симптоми є типовими як для посттравматичних станів, так і для віддалених наслідків черепно-мозкових травм. Водночас, у контексті контузії такі прояви мають складну психофізіологічну природу, оскільки поєднують органічне ураження нервової системи та психічну реакцію на бойовий досвід [4]. Військові психологи зазначають, що запити військових завжди багаторівневі - від суто психічних скарг до фізичних відчуттів, які маскують психологічну травму.

Порушення сну і відпочинку, емоційна дестабілізація, когнітивно-соціальні наслідки описують і Чеботарьова та Коваленко [53], зазначаючи, що військовослужбовці із контузіями демонструють поєднання емоційного виснаження й тривожності на фоні гіперзбудження нервової системи. Саме ці симптоми стають основою запиту до психолога, незалежно від віку чи посади військовослужбовця.

За даними Чеботарьової [53] серед військових із легкою черепно-мозковою травмою частина демонструють прояви депресії, що свідчить про поширеність емоційного вигорання після бойового досвіду.

Військовослужбовці також часто звертаються через труднощі у сімейному спілкуванні або втрату інтересу до соціальної взаємодії. Подібну закономірність відзначають Петрів і Телегіна [4], які вказують, що після контузії у військових спостерігається “звуження кола емоційних контактів і труднощі у відновленні довіри”.

Наявність черепно-мозкової травми (ЧМТ), зокрема контузії, є визначальним чинником, який змінює як стратегію психологічної допомоги, так і вибір конкретних методів стабілізації. У військових із контузією часто спостерігаються зниження концентрації уваги, сповільнення мислення, труднощі з пам'яттю, а також швидка ментальна втома. Подібні симптоми описують і Чеботарьова та Коваленко [53], підкреслюючи, що когнітивні розлади після легкої ЧМТ можуть імітувати або підсилювати симптоми ПТСР, ускладнюючи діагностику. У таких випадках надмірне використання когнітивних технік може призводити до перевантаження. У таких випадках акцент робиться на повільнішому темпі, коротших сесіях (до 30 хв) та більшій увазі до тілесного зворотного зв'язку.

Таким чином, ЧМТ вимагає від психолога структурованого, ритмічного підходу, де поєднуються спокійна мова, паузи та чітке повторення ключових думок. Це забезпечує збереження уваги й запобігає виснаженню нервової системи.

Як вказують Петрів і Телегіна [4], у військових із контузією сенсорна система надчутлива, тому надлишок звуків або світла під час сесії може викликати перевантаження. Це диктує потребу у створенні максимально безпечного середовища - приглушене освітлення, стабільний тон голосу, передбачувана структура заняття.

Також відзначено важливість зовнішнього ритму: фіксований час зустрічей, постійний порядок дій, чіткі рамки. Як наголошує Курченко [3], саме ритм налаштовує нервову систему і поступово повертає її до стану регуляції. У цьому сенсі стабілізуюча дія має не лише сама методика, а й структура терапевтичного процесу.

Контузія часто супроводжується емоційною лабільністю: різкими перепадами настрою, імпульсивністю, сльозливістю. У багатьох відповідях також

простежується вторинна дратівливість і агресивність, що мають компенсаторний характер. До таких самих висновків приходили Мацегора та Приходько [55], які довели, що агресивна поведінка у ветеранів часто є маскою тривоги й наслідком перенапруження вегетативної нервової системи.

До того ж контузія часто маскує або ускладнює симптоми ПТСР, що ускладнює оцінку ефективності стабілізаційних методів. Джудіт Герман вказує, що будь-яка робота з травмою повинна починатися з психологічної стабілізації, перш ніж переходити до глибокої терапії травми [73]. У військових з контузією проведення стабілізації може ускладнюватися через нейрофізіологічні порушення. Через зміни в роботі мозку після контузії дослідники рекомендують доповнювати традиційні психологічні методи: дихальними техніками, вправами для регуляції вегетативної нервової системи, сенсомоторною стабілізацією.

Ефективність таких підходів описана у працях П. Огдена (сенсомоторна терапія) [56] та С. Порджеса (полівагальна теорія) [74].

Результати анкетування військових психологів свідчать, що практична робота з військовослужбовцями після контузії базується на комплексному застосуванні різних психотерапевтичних технік, серед яких домінують психоедукація, тілесно-орієнтовані підходи, методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), елементи тілесно-орієнтованої терапії, дихальні практики.

3.2 Схема психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією

На основі проведеного анкетування серед військових психологів, розроблена схема психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією:

1. Створити безпечний простір та встановити контакт з пацієнтами. Психологи зазначають, що встановлення контакту в умовах війни потребує більше часу тому, рівень недовіри та гіперпильності у військових є підвищеним. Вся стабілізаційна робота розпочинається зі створення відчуття безпеки, без цього неможлива подальша робота. Для цього треба притримуватись основних правил: говорити спокійним, рівним тоном, уникати різких рухів та надмірної

формальності, відразу дати військовому право припинити вправу, дозволити сідати там, де йому комфортніше, уникати глибокого обговорення травматичних подій на перших зустрічах.

2. Психоедукація як перший стабілізуючий інструмент

Розуміння свого стану допомагає відновленню психологічної стабільності, розуміння, що те що відчувають військові це «нормальна реакція на ненормальні обставини». Психоедукація допомагає полегшити контакт з соціумом. Групова терапія є ефективною для людей, які переживають схожі кризи. Тому її об'єктивними перевагами є як відчуття підтримки та розуміння, так й ефективне зниження почуття ізоляції. [57] Психоедукація зменшує сором, тривогу та страх «зійти з розуму», що часто супроводжує ПТСР і бойовий стрес.

Психоедукація є найпершим та дуже важливим кроком для психологічної стабілізації і дуже ефективним інструментом для відновлення після травми. «Психоедукація – це надання інформації про процеси та послуги у сфері психічного здоров'я» [33]. При травмі дуже важливе розуміння, що відбувається з людиною, тому психолог має надати інформацію про емоційні, когнітивні, фізичні, духовні та соціальні наслідки травми для постраждалих та їх сімей.

«Ключовою характеристикою стресових та травматичних ситуацій є відчуття непередбачуваності та відсутності контролю. Психоедукація зменшує ці почуття, даючи можливість зрозуміти, чому може виникнути певна стресова реакція, та озброюватися інструментами зниження інтенсивності чи тяжкості реакції» [33]. Чим більше розуміє людина про те як з'являються різні реакції організму, тим краще можна впливати на власні реакції і це допоможе знизити негативний вплив стресової ситуації. Розуміння причин виникнення стресової реакції допомагає справитися з самокритикою, зменшити почуття сорому та провини, що звісно впливає на самооцінку. Самокритика та низька самооцінка є шкідливим фактором для психічного здоров'я, який сповільнює або взагалі унеможливлює процес психологічної стабілізації військовослужбовців після травмуючих обставин.

«Розуміючи, як працює природна реакція на загрозу з погляду вегетативної нервової системи, мигдалини та реакції "бий/біжи/завмири", люди можуть

усвідомити, що їхні реакції та відповіді були і залишаються природними, і їх не треба соромитися» [33]. Військовим треба пояснити, що сильна напруга, тремтіння, емоційні провали є нормальна реакція нервової системи, пояснити реакцію «бий або втікай», що таке «завмирання», пояснити чому з'являються проблеми зі сном, пам'яттю чи увагою, розмова про наслідки контузії (якщо була) простими словами.

Психоедукація також допомагає розвинути самоспівчуття. Психоедукація роз'яснює чому настільки важливе самоспівчуття і наскільки позитивний вплив воно може мати для благополуччя людини. Дуже важливо розуміння які психічні та фізичні прояви психологічної травми можуть бути, бо вони можуть заважати адаптації військовослужбовця та його здатності до виживання, бо коли є можливість до проявів самоспівчуття, то з'являється ресурс на самодопомогу, з'являється розуміння, що це «нормальна реакція на ненормальні обставини»

Окрім того, що психоедукація надає знання щодо причин реакцій та симптомів людині, психоедукація також пояснює як відбувається терапевтичний процес.

3. Навчання навичкам самодопомоги

Згідно з узагальненими відповідями психологів, найважливішою є здатність військового самостійно регулювати свій стан, бо в більшості випадків вони після лікування повертаються до своїх підрозділів та знову стикаються з колосальним стресом. Військовослужбовців треба навчити: простим дихальним вправам, техніці заземлення, майндфулнес-методу. Це знижує ризик емоційних зривів та підвищує автономність військовослужбовця. У першому розділі також наведені вправи самодопомоги для військовослужбовців, щоб вже на місці вони могли полегшити свій стан або допомогти своїм побратимам, поки їх стан не погіршився, є напевно найважливішим, бо нажаль невідомо коли після наступних травматичних подій військовослужбовець зможе отримати допомогу психолога. Дієвими методами по самодопомозі є дихальні вправи (вправа «квадратне дихання») та вправи Джейкобсона (вправа «лимон»), також вправа «Абажур», «Бурулька», «Золота нитка»). Саме повільне дихання активує парасимпатичну нервову систему, в результаті чого людина переходить від стану «бий або тікай» до стану розслаблення,

знижується рівень кортизолу, знижує кількість серцевих скорочень та розслаблює м'язи. За допомогою вправ Джейкобсона досягається прогресивна м'язова релаксація.

4. Дихальні техніки як швидкий спосіб заспокоєння

Дихання є один із найшвидших інструментів стабілізації, який працює навіть у дуже виснажених військових. Практикується: когерентне дихання (5-6 дихальних циклів за хвилину), подовжений видих - активує парасимпатичну систему, «дихання по квадрату», повільне носове дихання з акцентом «видих довший за вдих».

Одна з найлегших дихальних вправ - вправа «Квадратне дихання». Виконується черевне дихання наступним чином. Сидячи або стоячи, необхідно скинути напругу з м'язів і зосередити свою увагу на диханні. Далі проводиться 4 етапи єдиного циклу дихання, який супроводжується внутрішнім рахунком для полегшення навчання. На рахунок 1234 здійснюється повільний вдих, при цьому живіт випинається вперед, м'язи живота розслаблені, а грудна клітка нерухома. На наступні чотири рахунки (1234) проводиться затримка дихання і плавний видих на 6 рахунків (123456), що супроводжується підтягуванням м'язів живота до хребта. Перед наступним вдихом знову слідує пауза на 2-4 рахунки. Слід пам'ятати, що дихати потрібно тільки носом і так плавно, наче перед вашим носом на відстані 10-15 см висить пиріжок, і вона не повинна колихнутися. Вже через 3-5 хвилин такого дихання ви помітите, що ви стали спокійним та врівноваженим.

Результатом виконання цієї техніки буде: психологічний спокій, досягнення можливості розумно і без зайвої метушні вирішити проблему, що виникла, стабілізація фізіологічних параметрів діяльності організму (повернення частоти серцебиття до норми, нормалізація тиску, відновлення спокійного дихання).

Психологи відзначали, що навіть коротка дихальна вправа на 2-3 хвилини суттєво знижує напругу та контроль над тілом повертається швидше.

5. Тілесно-орієнтовані методи

У більшості анкет зазначено, що робота з тілом – це найшвидший спосіб повернути відчуття «тут і зараз». Рекомендують такі техніки: заземлення (контакт стоп зі землею, тверді поверхні), м'язова релаксація (повільне напруження-

розслаблення), м'які мікрорухи плечей, шиї, «сканування тіла» без оцінювання. Психологи наголошують, що це особливо ефективно після контузії, коли вербальне навантаження може погіршувати стан. Прикладами вправ заземлення можуть стати такі вправи: «По-перше, відзначте, як ваші стопи стоять на підлозі. Ви можете встати і міцно «врости» стопами в підлогу, зняти взуття і наступати кожною ногою на землю або на підлогу, відчуваючи, ніби ваші ноги – це підстава добротного будинку, міцно пов'язаного із землею, відчуті в прямому сенсі ґрунт під ногами і силу земного тяжіння. Ви можете зробити це і сидячи на стільці або лежачи. По-друге, в прямому сенсі заземлення. Ляжте на підлогу. Швидко проскануйте своє тіло, щоб відзначити в яких саме місцях підлога торкається вашого тіла, які частини тіла відчують її і сфокусуйтеся на цьому відчутті тиску, текстури, температури. Відзначте всі вібрації, які ви зараз можете відчуті в будинку. Ви можете поставити на підлогу музичну колонку і відчувати її вібрації. По-третє, покачайте ногами, звертаючи увагу на відчуття, як рухається кожна нога окремо. Спробуйте, як може рухатися нога окремо, коли всі інші частини тіла залишаються нерухомими. Виконайте те ж саме з пальцями, відчуваючи силу в м'язах, їх напруга і розслаблення під час виконання руху. По-четверте, постукайте ногою по підлозі, знайдіть об'єкт, що видає м'який звук, постукайте пальцями по столу і тихенько по склу або будь-якій іншій поверхні, знайдіть приємний звук, а потім створіть ритм і повторюйте його, намагаючись фокусуватися на початку і в кінці кожного створеного вами звуку» [79].

6. Застосування елементів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ)

Для того, щоб відновити контроль над власними реакціями, Зменшення почуття провини та самозвинувачення, зменшення симптомів депресії та емоційного виснаження, полегшення адаптації використовують такі техніки, як «виявлення автоматичних думок», «когнітивне переосмислення», «Думка $\neq$ факт», Техніка «Стоп думка».

Техніка «виявлення автоматичних думок» складається з таких частин:

- Вияви. Треба пригадати ситуацію, «яка викликала в тебе сильну емоцію та запитати себе: яка думка або образ першими з'явилися в моїй голові? Що я

сказав/ла собі про цю ситуацію? Як це пов'язано з тим, що я відчуваю? Навіть якщо думка здається неважливою або нелогічною треба записати її» [80].

- **Перевір.** Треба перевірити наскільки «твоя думка є правдивою та корисною. Треба запитати себе: чи маю я факти, які підтверджують цю думку? Це єдиний можливий погляд на ситуацію чи лише одна з багатьох інтерпретацій? Що б я подумав/-ла, якби був/-ла спокійнішим/-ою? Якщо думка здається занадто категоричною або заснованою лише на емоціях, визнай це і спробуй знайти інші пояснення» [80].

- **Знайди альтернативу**
- Треба переформулювати думку так, «щоб вона була чесною, але менш суворою до тебе. Наприклад: замість: Я все зіпсував/-ла, і це жахливо. Подумай: Я припустився/-лась помилки і це нормально. Я можу щось змінити або спробувати ще раз. Замість: Вони точно вважають мене нікчемним/-ою. Подумай: Я не можу знати, про що вони думають. Це лише моє припущення та погляди інших не визначають мене» [80].

- **Порівняй свій стан до й після**
- «Після того, як ти сформулював/-ла альтернативну думку, зверни увагу на свій стан: чи змінилися твої емоції? Чи зменшилося напруження? Чи відчуваєш ти більш спокійно або впевнено? Навіть якщо емоції повністю не зникли – це окей. Ти вже зробив/-ла крок до усвідомлення, і це важливо. З кожним разом це буде виходити легше» [80].

Техніка «стоп думка» допомагає вчасно помітити момент, коли емоції беруть гору, коли накатує злість, безпорадність, страх. Вона складається з таких частин:

- **С - стримайся/стій.** «Якщо відчуваєш, що емоції переповнюють - зупинись. Можеш подумки або вголос сказати собі: «Стоп». Це допоможе нагадати собі: я можу обирати, як діяти далі;

- **Т - тримай подих.** Зверни увагу на своє дихання і зроби кілька повільних вдихів і видихів - у своєму темпі, без тиску й очікувань. Важливо просто сповільнити ритм і повернути увагу до свого тіла. Це допоможе знизити напруження й нагадає твоєму мозку, що зараз ти у безпеці;

- О - оціни стан. Зверни увагу на те, що відбувається всередині тебе. Які емоції ти відчуваєш? Де вони відгукуються в тілі? Які думки наповнюють твій розум? Це факти чи припущення? Просто спостерігай, не намагаючись змінити чи засудити ці відчуття;
- П - подивись ширше. Спробуй подивитися на ситуацію з відстані. Запитай себе: що я подумаю про цю ситуацію завтра або через тиждень? Що я знаю напевно, а що - лише припускаю? Чи є інше пояснення того, що сталося?;
- Цей етап допоможе вийти з емоційного тунелю, помітити більше варіантів та знайти зважену точку зору;
- П - прийми рішення. Коли емоційна хвиля трохи спала, обери, як хочеш діяти далі. Яка відповідь буде для тебе конструктивною, підтримає стосунки або допоможе зберегти спокій? Обери ту, що відповідатиме твоїм цінностям і буде корисною для тебе у довгостроковій перспективі» [81].

Треба пам'ятати, що з першого разу техніки можуть у людини не вийти і тому обов'язково пояснити, що це нормально, головне продовжувати робити. Мета технік не в тому, щоб вимкнути емоції або зупинити думки, а в тому, щоб повернути собі можливість обирати як діяти та відчувати.

7. Майндфулнес як засіб стабілізації нервової системи

Майндфулнес особливо ефективний для зниження гіперзбудження, яке характерне для ПТСР і бойового стресу, допомагає повернути увагу у «тут і зараз», покращити саморегуляцію та здатність керувати реакціями, зміцнити здатність бути в контакті з тілом, зменшити відчуття провини, сорому та самозвинувачення. Терапія Майндфулнес ґрунтується на двох основних принципах. Перший з них полягає у розумінні, що людський мозок переважно працює у «автоматичному» режимі, проводячи когнітивні процеси відповідно до засвоєних шаблонів та сталих патернів. Це призводить до формування стійких автоматичних реакцій на зовнішні подразники. Однак такий автоматизм у мисленні переважно не є достатньо виваженим та корисним для індивіда; переважно це звичний, але неадаптивний механізм реагування. Тому Майндфулнес-терапія пропонує розвивати вміння помічати та приймати свої думки без осуду, та в той же час обирати свідому реакцію

на різні подразники та ситуації. Це є ключовим способом до розірвання у мозку дезадаптивних підтримуючих контурів ПТСР, депресії та інших психічних розладів або психоемоційних труднощів [17].

Другий принцип полягає в усвідомленні можливості роботи людського мозку на двох рівнях: «Реагування» та «Буття». В «Реагуванні» людина зазвичай прагне задовольнити свої бажання або уникнути неприємних відчуттів, використовуючи встановлені патерни поведінки. У «Бутті» стан свідомості передбачає уважне та безоціночне сприймання теперішнього моменту разом з усіма відчуттями, які він приносить. Це означає прийняття будь-якого досвіду, який ми отримуємо у дану мить, як зовнішнього, так і внутрішнього (включаючи відчуття у тілі, думки та психоемоційний стан). Здатність утримувати стан свідомості в режимі «Буття» розвиває нашу здатність бути більш стійкими в обличчі стресу та життєвих труднощів, а також свідомо вибирати більш раціональні способи реагування на ситуації та приймати обдумані рішення [21].

8. Арт-терапевтичні техніки

Психологи зазначають, що арт-терапевтичні техніки дозволяють виразити емоції без надмірної вербалізації, стабілізувати дихання (через монотонні рухи руки), знизити соматичну напругу, ідентифікувати внутрішній стан. «В арт-терапії не можна недооцінювати безпосередній вплив на організм кольору, ліній, форми. З давніх часів для лікування нервових потрясінь застосовується малювання ієрогліфів. В даний час з'ясувалося, що при цьому людина повністю розслабляється і помітно знижується частота її пульсу.

У відділенні реабілітації було використано як арт-техніку - малювання ієрогліфів. Перший позитивний момент каліграфії полягає в тому, щоб навчитися «підлаштовувати свою швидкість», допомагає налаштувати своє дихання, одразу робиться дві вправи. Другий позитивний момент людина може візуалізувати свій настрій під час виконання каліграфічних вправ, а також виправити свій настрій обравши ієрогліф відповідно до того стану, який хоче отримати. Ця вправа дозволяє прибрати зайві думки, допомагає зосередитися. Малюючи ієрогліфи можна відчути де у тілі є напруга або які думки заважають зосередитися або досягти бажаного

стану. Ви можете зробити нервовий або невірний жест, бути занадто стриманим або зайти занадто далеко, але завжди важливо знати про свій душевний стан.

9. Спеціальні рекомендації після контузії

У анкетах підкреслено, що постконтузійний синдром потребує обережності і повільного темпу роботи.

Наявність черепно-мозкової травми (ЧМТ), зокрема контузії, є визначальним чинником, який змінює як стратегію психологічної допомоги, так і вибір конкретних методів стабілізації. У військових із контузією часто спостерігаються зниження концентрації уваги, сповільнення мислення, труднощі з пам'яттю, а також швидка ментальна втома. Подібні симптоми описують і Чеботарьова та Коваленко [53], підкреслюючи, що когнітивні розлади після легкої ЧМТ можуть імітувати або підсилювати симптоми ПТСР, ускладнюючи діагностику. У таких випадках надмірне використання когнітивних технік може призводити до перевантаження. У таких випадках акцент робиться на повільнішому темпі, коротших сесіях (до 30 хв) та більшій увазі до тілесного зворотного зв'язку.

Як вказують Петрів і Телегіна [4], у військових із контузією сенсорна система надчутлива, тому надлишок звуків або світла під час сесії може викликати перевантаження. Це диктує потребу у створенні максимально безпечного середовища - приглушене освітлення, стабільний тон голосу, передбачувана структура заняття.

Також відзначено важливість зовнішнього ритму: фіксований час зустрічей, постійний порядок дій, чіткі рамки. Як наголошує Курченко [3], саме ритм налаштовує нервову систему і поступово повертає її до стану регуляції. У цьому сенсі стабілізуюча дія має не лише сама методика, а й структура терапевтичного процесу.

Контузія часто супроводжується емоційною лабільністю: різкими перепадами настрою, імпульсивністю, сльозливістю. У багатьох відповідях також простежується вторинна дратівливість і агресивність, що мають компенсаторний характер. До таких самих висновків приходили Мацегора та Приходько [55], які

довели, що агресивна поведінка у ветеранів часто є маскою тривоги й наслідком перенапруження вегетативної нервової системи.

До того ж контузія часто маскує або ускладнює симптоми ПТСР, що ускладнює оцінку ефективності стабілізаційних методів.

Таким чином, ЧМТ вимагає від психолога структурованого, ритмічного підходу, де поєднуються спокійна мова, паузи та чітке повторення ключових думок. Це забезпечує збереження уваги й запобігає виснаженню нервової системи. Рекомендовано: короткі вправи на дихання, мінімум вербального навантаження, акцент на тілесних і сенсорних техніках, уникнення повернення до травматичних спогадів на ранніх етапах, координація з неврологом.

Висновки до розділу 3

В цьому розділі ми виокремили найефективніші методи психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією, при умові, звісно, що кожен пацієнт потребує індивідуального підходу.

Аналіз особливостей вивчення методів психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією має свої специфічні особливості, пов'язані зі складністю поєднання нейрофізіологічних порушень, психічних реакцій на бойовий стрес та травматичного досвіду. Дослідники підкреслюють, що контузія часто поєднується з ПТСР, тривожними розладами, розладами сну та порушеннями когнітивного функціонування (пам'яті, уваги, регуляції емоцій) і це визначає специфіку вибору та оцінювання психологічних інтервенцій.

Звісно процес психологічної стабілізації військовослужбовців потребує комплексної роботи спеціалістів різних напрямків, таких психологи, психіатри, неврологи, реабілітологи тощо. Психологічна стабілізація після контузії вивчається на перетині таких наук як нейропсихології (відновлення когнітивних функцій), клінічної психології (регуляція емоцій та травматичних реакцій), психотерапії травми (робота з ПТСР, дисоціацією), реабілітації (сенсорна інтеграція, відновлення мозкової діяльності).

Застосування методів стабілізації ускладнюється тим, що у військових із контузією можуть проявлятися: порушення рівня збудження ЦНС, зміни балансу симпатичної та парасимпатичної системи, чутливість до шумів і світла, труднощі з концентрацією, різкі зміни емоційного стану.

Найчастіше військові звертаються із подібними проблемами: порушення сну, тривожність, емоційна втома, дратівливість, труднощі концентрації, флешбеки та відчуття відчуження. Військові психологи зазначають, що запити військових завжди багаторівневі: від суто психічних скарг до фізичних відчуттів, які маскують психологічну травму.

Наявність черепно-мозкової травми (ЧМТ), зокрема контузії, є визначальним чинником, який змінює як стратегію психологічної допомоги, так і вибір конкретних методів стабілізації. У військових із контузією часто спостерігаються зниження концентрації уваги, сповільнення мислення, труднощі з пам'яттю, а також швидка ментальна втома.

Таким чином, ЧМТ вимагає від психолога структурованого, ритмічного підходу, де поєднуються спокійна мова, паузи та чітке повторення ключових думок. Це забезпечує збереження уваги й запобігає виснаженню нервової системи. Рекомендовано: короткі вправи на дихання, мінімум вербального навантаження, акцент на тілесних і сенсорних техніках, уникнення повернення до травматичних спогадів на ранніх етапах, координація з неврологом.

Результати анкетування військових психологів свідчать, що практична робота з військовослужбовцями після контузії базується на комплексному застосуванні різних психотерапевтичних технік, серед яких домінують психоедукація, тілесно-орієнтовані підходи, методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), елементи тілесно-орієнтованої терапії, дихальні практики.

ВИСНОВКИ

На сьогоднішній момент психологічна стабілізація військовослужбовців після контузії є не лише медичною, а й стратегічною потребою держави. Успішне відновлення психоемоційного стану військового напряму впливає на його боєздатність, моральну стійкість підрозділу та ефективність виконання бойових завдань. За даними Міністерства оборони України близько 35-40% усіх бойових поранень припадає на травми голови, з яких понад 80% - легкі черепно-мозкові травми, що класифікуються як контузії [4]. Водночас понад половина військових із такими ушкодженнями мають симптоми, характерні для ПТСР [7].

В роботі було проаналізовано особливості вивчення методів психологічної стабілізації у військовослужбовців після бойової травми з контузією

В умовах війни психологи часто мають лише 2 тижні для роботи з пораненим, а інколи і тільки один день. Тож перед ними стоїть завдання швидкої стабілізації стану людини. Це вимагає глибокого розуміння нейропсихологічних процесів, що відбуваються після контузії, знання сучасних методик психологічної стабілізації і здатності підібрати найефективніші техніки короткострокового впливу.

Проблематика психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією є міждисциплінарною: вона поєднує нейропсихологію, психологію, медицину та соціологію.

Були емпірично вивчені методи психологічної стабілізації військовослужбовців з контузією. Особливість цього дослідження полягає у вивченні практичного досвіду військових психологів, які працюють безпосередньо з постраждалими на лікуванні або в реабілітаційних центрах, а також допомога тим хто при зміні дислокації має тільки 1-2 дні на спілкування зі спеціалістами. Метою роботи було виявлення найефективніших методів психологічної стабілізації, які реально використовуються фахівцями у військових умовах.

Сучасні підходи до психологічної стабілізації військовослужбовців ґрунтуються на поєднанні доказових методів психотерапії, елементів тілесно-

орієнтованих практик та адаптованих технік самодопомоги, що дозволяють діяти швидко та ефективно в умовах обмеженого часу. Згідно з емпіричними спостереженнями, військові психологи, які працюють у шпиталях, найбільш результативними вважають комплексні підходи, які включають в себе навчанням методам самодопомоги, проведення психоедукації, використання елементів тілесно-орієнтованої терапії, позитивного мислення як одно з технік когнітивно-поведінкової терапії, а також майндфулнес.

У роботі проведено аналіз найдієвіших методів психологічної стабілізації відповідно до думку фахів, проаналізовано особливості вивчення методів психологічної стабілізації.

Вкрай важливо розуміти механізм виникнення стресу на фізіологічному рівні, не тільки для того, щоб як спеціалісту розуміти як з ним боротися, але й для пацієнтів. Коли психолог може пояснити зрозумілою мовою військовослужбовцю як формується стрес в його організмі, які виробляються гормони і відповідно які реакції організму виникають на фізіологічному рівні і відповідно до цього які психологічні реакції йдуть вслід за тим. Коли військовослужбовець розуміє, що відбувається з його тілом, йому простіше прийняти, які вправи і навіщо він має виконувати, щоб покращити свій стан. До того ж це допомагає налагодити контакт та довіру між психологом та пацієнтом, бо йому не тільки кажуть, що він має робити, що він чує і так кожного дня, а психолог піклується про його стан.

В результаті дослідження виявлено, навчити військовослужбовців методів самодопомоги, щоб вже на місці вони могли полегшити свій стан або допомогти своїм побратимам, поки їх стан не погіршився, є напевно найважливішим, бо нажаль невідомо коли після наступних травматичних подій військовослужбовець зможе отримати допомогу психолога. Дієвими методами по самодопомозі є дихальні вправи та вправи Джейкобсона. Саме повільне дихання активує парасимпатичну нервову систему, в результаті чого людина переходить від стану «бий або тікай» до стану розслаблення, знижується рівень кортизолу, знижує кількість серцевих скорочень та розслаблює м'язи. За допомогою вправ Джейкобсона досягається прогресивна м'язова релаксація.

Психологічна стабілізація військовослужбовців після отримання бойової травми є надзвичайно актуальною в умовах триваючої війни, оскільки після лікування вони в більшості випадків повертаються до несення служби.

Найчастіше військовослужбовці звертаються з такими психологічними запитами, як порушення сну, тривожність, емоційна втома, головні болі, прояви агресії, неможливість фокусувати увагу, забудькуватість, кошмари. В результаті аналізу відповідей військових психологів виявлено, що дуже часто перед тим, як психолог почне працювати з людиною, вона має отримати медикаментозне лікування, принаймні вирішити проблеми зі сном, або в деяких випадках почати короткий курс лікування антидепресантами.

Критично важливо правильно продіагностувати пацієнтів, від цього може залежати ефективність допомоги. Симптоми контузії та ПТСР в багатьох моментах перетинаються і часто маскують один одного. Після отримання бойових травм військовослужбовцями необхідний комплексний підхід різних спеціалістів.

Встановлено, що найчастіше користуються такими методами виявлення когнітивних порушень, симптомів контузій та ПТСР є: PCL(шкала самооцінки наявності ПТСР), MACE 2 (військова шкала оцінки стресу мозку), тест Равена (вимірювання інтелектуального рівня), тест Леонгарда-Шмішека(визначення типу акцентуації особистості), тест MMSE(виявлення когнітивних порушень), тест Шульте(оцінка швидкості реакцій).

У ході дослідження виявлено, що застосовуються такі методи психологічної стабілізації - психоедукація, тілесно-орієнтовані вправи, когнітивно-поведінкові техніки, майндфулнес та навчання методам самопомоги.

На основі результатів, які були отримані за допомогою методу Дельфі, були розроблені практичні рекомендації для психологічної стабілізації військовослужбовців.

По-перше, необхідно створити безпечний простір та встановити контакт з пацієнтами, бо це є надзвичайно важливим, бо якщо не буде довіри, допомогти людині буде неможливо.

По-друге, проведення психоедукації як стабілізуючого інструмента. Розуміння свого стану допомагає відновленню психологічної стабільності.

По-третє, необхідно навчити військовослужбовців навичкам самодопомоги. Навик стабілізувати себе або допомогти побратиму для військовослужбовців набуває особливої актуальності, оскільки саме здатність бійця залишитися психологічно стабільним визначає здатність бійця ефективно діяти в умовах підвищеної загрози, зберігати ясність мислення, приймати рішення та підтримувати бойову готовність. Військовий, який не має навичок саморегуляції, стає більш вразливим до панічних реакцій, виснаження та йому стає важко знаходитися поряд з іншими людьми. Згідно з відповідями психологів, найважливішим є здатність військового самостійно регулювати свій стан, бо в більшості випадків вони після лікування повертаються до своїх підрозділів та знову стикаються зі стресом. Військовослужбовців треба навчити простим дихальним вправам, техніці заземлення, майндфулнес.

І звісно у всіх цих рекомендаціях враховується контузій, бо наявність контузії сприяє скороченню сесій, щоб не перевантажувати пацієнта, не можна давати багато вправ, робиться акцент на тілесних і сенсорних техніках і звісно робота психолога координується з роботою інших спеціалістів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Франкова, І. О. Життя на межі: стрес, травма та психопатологія : за матеріалами 29-го конгресу Європейської колегії нейропсихофармакології (17-20 вересня 2016 р., Відень, Австрія) // *Neuronews. Психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2017. № 3 (87). С. 20-25. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2017/3%2887%29/pages-20-25/zhittya-na-mezhi-stres-travma-ta-psihopatologiya#gsc.tab=0> (дата звернення: 03.09.2025).
2. Невидимі наслідки війни. Як розпізнати? Як спілкуватись? Як допомогти подолати? Довідник для широкого кола фахівців. Київ, 2023. 164 с.
3. Курченко Є., Мороз Р., Цуканова Т. Подолання бойового стресу та його психологічних наслідків. Миколаїв, 2015. 63 с.
4. Петрів Н., Телегіна Г. Реабілітація військовослужбовців після контузії головного мозку. Львів : ЛДУ БЖД, 2023. 71 с.
5. David F. Meaney, Barclay Morrison, Cameron Dale Bass. The Mechanics of Traumatic Brain Injury. 2015. URL: https://www.msmanuals.com/uk/professional/injuries-poisoning/traumatic-brain-injury-tbi-v1111113_uk (дата звернення: 07.10.2025).
6. Стасенко Т. Контузія: нелегка легка черепно-мозкова травма. ThePharmaMedia. 2023. URL: <https://thepharma.media/uk/medicine/31915-kontuziya-nelegkaya-legkaya-cerepno-mozgovaya-travma-17042023> (дата звернення: 11.09.2025).
7. Чеботарьова Л., Коваленко О., Солонович, А., & Солонович, О. 2023. Посттравматичний стресовий розлад і легка черепно-мозкова травма - поширені наслідки війни: питання патогенезу та диференційної діагностики (Огляд). *Сімейна Медицина. Європейські практики*, (2), 64-72.
8. Уніфікований клінічний протокол «Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації» : наказ МОЗ України

№ 1265 від 19 липня 2024 р. Київ : МОЗ України, 2024. 140 с. URL: <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-19072024--1265>.

9. Максименко О. Контузія чи ПТСР? 2025. URL: <https://nova.net.ua/kontuziia-chy-ptsr/> (дата звернення: 01.09.2025).

10. National Center for PTSD. PTSD Checklist for DSM-5 URL: <https://www.ptsd.va.gov/> (дата звернення: 25.09.2025).

11. Фролова О. Психоедукація як метод профілактики психічного здоров'я студентів. 2016. URL: <https://iqholding.com.ua/print/articles/psikhoedukatsiya-yak-metod-sotsialno-psikhologichnoi-profilaktiki-psikhichnogo-ta-psikhologichnogo-zdorov%E2%80%99ya-studentiv> (дата звернення: 25.09.2025).

12. Гончар-Чердаклі Л. Діагностичні критерії ПТСР (DSM-5). Київ : Дарниця, 2020. URL: <https://darnytsia.ua/doctors/ptsr/diahnostychni-kryteriyi-ptsr-kerivnytstva-z-diahnostyky-i-statystyky-psykhichnykh> (дата звернення: 26.09.2025).

13. Діагностичні критерії ПТСР. Файловий архів студентів Studfile. URL: <https://studfile.net/preview/5835490/page:16/> (дата звернення: 26/09/2025).

14. Психологічні наслідки стресу. Файловий архів студентів Studfile. URL: <https://studfile.net/preview/4339270/page:4/> (дата звернення: 27.09.2025).

15. Агенція екстренної медичної допомоги. Коротка шкала оцінки психічного статусу. URL: <https://aemc.org.ua/info/article/132/> (дата звернення: 07.09.2025).

16. Кокурн О.М., Мороз В.М., Лозінська Н.С., Пішко І.О. Збірник психодіагностичних методик для професійно-психологічного відбору кандидатів на військову службу за контрактом у Збройних Силах України : метод. посіб. К. : Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України, 2021. 74 с.

17. Ващук В., Стадницька Ю. Майндфулнес-орієнтована когнітивна терапія як інструмент впливу на модифікацію схем особистості / Вікторія Ващук / Юлія Стадницька // *Наукові записки УКУ. 2020. Педагогіка. Психологія, вип. 3.* - С. 33-39.

18. Kabat-Zinn J. Full Catastrophe Living. New York : Delacorte. 1990. 516 p

19. Crane R. Mindfulness-Based Cognitive Therapy. London : Routledge. 2nd edition. 2017. 178p

20. Романчук О. І. Майндфулнес-орієнтована КПТ - метод попередження рецидиву депресії. *НейроNews*. 2012. № 3. С. 40-45.
21. Siegel D. *The New Science of Personal Transformation*. New York : Random House, 2010. 314p
22. Baltar Y. The Effects of Mindfulness Meditation on Attentional Control. URL: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2158244018781896> (дата звернення: 21.09.2025).
23. Kim S. H., Schneider S., Kravitz L., Mermier C., Burge M. Mind-body Practices for PTSD. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3668544/> (дата звернення: 02.09.2025).
24. Пенман Д., Вільямс М. *Усвідомленість*. Харків : Моноліт-Bizz, 2021. 256 с.
25. Селігман, М, та Чіксентмихайі, М. (2000). Позитивна психологія: вступ. *American Psychologist*, 55 (1), 5–14.
26. Courtney E. Ackerman, MA. What is Positive Psychology? PositivePsychology.com. URL: <https://positivepsychology.com/what-is-positive-psychology-definition/> 2018 (дата звернення: 03.09.2025).
27. Gibbon P. Martin Seligman and the Rise of Positive Psychology. *Humanities*. 2020. URL: <https://www.neh.gov/article/martin-seligman-and-rise-positive-psychology> (дата звернення: 04.09.2025).
28. PERMA Theory of Well-Being and PERMA Workshops. *Penn art and sciences*. 2025. URL: <https://ppc.sas.upenn.edu/learn-more/perma-theory-well-being-and-perma-workshops>
29. Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
30. Селігман, М, та Чіксентмихайі, М. (2000). Позитивна психологія: вступ. *American Psychologist*, 55 (1), 5–14.
31. Seligman M., Peterson C. *Character Strengths and Virtues*. Oxford : Oxford University Press, 2004. 815p

33. Макаренко А. Травма-орієнтована психоедукація. 2022. URL: <https://psy-practice.com/publications/travmy/travmaori-ntovana-psikhoedukatsiya/> (дата звернення: 05.09.2025).

34. Архангельська М. Когнітивно-поведінкова терапія як система психотерапевтичних втручань першого вибору в лікуванні тривожних розладів. *Науковий вісник Херсонського державного університету СЕКЦІЯ 5, Медична психологія*, 49-54.

35. Beck, J. S. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2011. 391 p.

36. Величко К. Роль КПТ у реабілітації після травм. 2025. URL: <https://medicasano.com.ua/blog/rol-kohnityvno-povedinkovoi-terapii-v-reabilitatsii-pislia-travm> (дата звернення: 08.09.2025).

37. Клименко І. С., Галадза М. В., Бондарчук А. Г., Писаренко Т. В., Шльонська О. О. *Тілесно-орієнтована психотерапія у військовослужбовців. // Психіатрія, неврологія та медична психологія. - 2024. - Т. 11, № 4(26). - С. 399-410.*

38. Що таке метод EMDR? ГО "Асоціація ЕМДР в Україні". URL: <https://emdr.com.ua/emdr> (дата звернення: 09/09/2025).

39. Кулєснікова-Хмель О. EMDR терапія. URL: <https://kolesnikova-chmel.com/emdr> (дата звернення: 09.09.2025).

40. Brockdorf J. EMDR. URL: <https://yuliabrockdorf.com/emdr> (дата звернення: 7/09/2025).

41. NeuroFlex. EMDR-терапія при травмах, ПТСР, тривожних та панічних розладах. 2023 URL: <http://neuroflex.ua/blog/emdr-terapiya-pry-travmah-ptsr-tryvozhnyh-ta-panichnyh-rozladah> (дата звернення: 08/09/2025).

42. Vittenberg School. EMDR. URL: <http://vittenbergschool.com/yak-pratsyuue-emdr-terapiya/>(дата звернення: 07.09.2025).

43. Палій В. та ін. Як впоратися зі стресом у воєнний час. *KSE/Psychology*. 33 с.

44. Кучина А. 7 вправ Райха. Позбуваємось тілесних блоків. 2021. URL: <https://anna-kuchyna.com/uk/7-vprav-rajha-pozbavlyayemosya-tilesnih-bloktiv/> (дата звернення: 30.09.2025)

45. Техніка «Розпускання панциря». URL: http://psychologis.com.ua/tehnika_raspuskanie_pancirey.htm (дата звернення: 01.10.2025)

46. Кісарчук З. та ін. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник. Київ : Логос, 2021. 207 с.

47. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Arlington : American Psychiatric Publishing, 2013. 947p.

48. Клименко І. С. та ін. Тілесно-орієнтована психотерапія в роботі з дисоціативними розладами у військовослужбовців // Психіатрія, неврологія та медична психологія, 2024, Т. 11, № 4(26), С. 399-410.

49. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» № 2118 від 13 грудня 2023 р. // База даних «Законодавство України» / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/go/z0126-24> (дата звернення: 14.12.2025)

50. Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. 2nd ed. New York : Guilford Press, 2013. 451 p.

51. Lehrer P. M., Eddie D., Potts S. Heart Rate Variability Biofeedback. Frontiers Media, 2014. 1-9p.

52. McCraty R., Childre D. Coherence. Alternative Therapies, 2010. 1-18p

53. Чеботарьова Л. Посттравматичний стресовий розлад і легка ЧМТ. Київ : Інститут нейрохірургії НАМН України, 2024. 88 с.

54. Кіщук Л. А., Новіков О. Метод мультикомпонентної психологічної підтримки в умовах широкомасштабної агресії. *Вісник НУОУ*. 2025.

55. Мацегора Я., Приходько І. Оцінка психічних станів у військовослужбовців після участі в бойових діях. Харків : НУЦЗУ, 2022. 83 с.

56. Ogden P., Fisher J. Sensorimotor Psychotherapy. New York : Norton, 2015. 360 p.

57. Попелюшко Р. Психологічне консультування в кризових ситуаціях (навчальний посібник). Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2016. - 228 с. (навчальний посібник)
58. Ларіонов С. О. Робота військових психологів з психотравмою. Львів : ЛДУВС, 2022. 185-187с.
59. Музиченко І., Бурячок Є. Подолання стресу військовослужбовцями: психологічні стратегії. *Наукові перспективи* № 9(63) 2025. 1-12с
60. Кременчуцька М. К., Акопян А. Б., Козій В. О. Дихальні психотехніки у роботі з емоційною регуляцією. Одеса : ОНУ, 2023. 84 с.
61. Perls F. Gestalt Therapy Verbatim. New York. 1992. 322 p.
62. Orr L. Breaking the Death Habit. Berkeley. 1998. 168 p.
63. Levine P. A. Healing Trauma. Boulder : Sounds True. 2008. 104 p.
64. MACE-2. Military Acute Concussion Evaluation. URL: https://deploymentpsych.org/system/files/member_resource/MACE_2_%D0%A3%D0%9A%D0%A0_0.pdf (дата звернення: 12.09.2025).
65. Дослідження пам'яті за допомогою методики завчання десяти слів, Винницький національний медичинський університет ім. Н.И.Пирогова, методичка. URL: <https://studfile.net/preview/5835490/page:16/> (дата звернення: 17.09.2025).
66. АЕМС. Коротка шкала оцінки психічного статусу URL: <https://aemc.org.ua/info/article/132/> (дата звернення: 15.09.2025).
67. Корнійчук С та ін. Комплексна методика професійно-психологічного відбору. ГУ МПЗ ЗСУ. Київ : МОУ, 2021, 215с.
68. Гончар-Чердаклі Л. *DSM-5: Діагностичні критерії ПТСР*. Київ : Дарниця, 2020. <https://darnytsia.ua/doctors/ptsr/diahnostychni-kryteriyi-ptsr-kerivnytstva-z-diahnostyky-i-statystyky-psykhichnykh> (дата звернення: 16.10.2025).
69. Метод Дельфі. Файловий архів студентів Studfile. URL: <https://studfile.net/preview/17649588/page:12/> (дата звернення: 02.10.2025).
70. Linstone, H. A., Turoff, M. (eds.) The Delphi Method: Techniques and Applications. Reading, MA : Addison-Wesley, 1975. 620 p.

71. U.S. Department of Veterans Affairs. Co-Occurring Conditions. URL: https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/cooccurring/mtbi_ptsd_vets.asp (дата звернення: 02.10.2025).

72. Bessel van der Kolk B. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York : Viking, 2014. 464 p.

73. Herman J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-from Domestic Abuse to Political Terror. New York : Basic Books, 1992. 276 p.

74. Porges S. W. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation. New York : W. W. Norton & Company, 2011. 336 p.

75. Foa, E. B., Hembree, E. A., Rothbaum, B. O. Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences. Oxford : Oxford University Press, 2007. 193 p.

76. Реакція «бий-біжи-завмри». URL: https://naurok.com.ua/uploads/files/11839/321776/351559_html/images/321776%203.jpg (дата звернення: 02.12.2025).

77. Бородай С.В., «Вступ до EMDR»: лекції [Електронний ресурс] Режим доступу: конференція Zoom (дата звернення: 04.09.2015, 11.09.2025, 17.09.2025).

78. Шапіро, Ф. (1989). Ефективність процедури десенсибілізації рухами очей у лікуванні травматичних спогадів. *Журнал травматичного стресу*, 2(2), 199-223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>

79. Климентович О. Шість технік для заземлення при тривозі та інтенсивних емоціях. URL: <https://mysoul.lviv.ua/6-технік-для-заземлення-тривога/> (дата звернення: 02.10.2025).

80. Програма ментального здоров'я «Ти як?». Автоматичні думки. URL: https://howareu.com/tekhnika_avtomatychni_dumky (дата звернення: 02.10.2025).

81. Програма ментального здоров'я «Ти як?». СТОПП: пауза між емоцією та реакцією. URL: https://howareu.com/tekhnika_stopp (дата звернення: 05.10.2025).

ДОДАТКИ

Додаток А

УКРАЇНСЬКИЙ ІНСТИТУТ КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ

www.i-cbt.org.ua



АНКЕТА ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА (PHQ-9)

ІМ'Я: _____

ДАТА: _____

Протягом останніх двох тижнів як часто вас
турбували будь-які з перерахованих проблем?
(використовуйте "✓" для відповідей)

	Ніколи	Кілька днів	Більше половини тижня	Майже щодня
1. Зниження інтересу чи відчуття задоволення від виконання справ				
2. Поганий настрій, відчуття пригнічення чи безнадії				
3. Труднощі з засинанням, поверхневий сон або, навпаки, надмірна сонливість				
4. Відчуття втоми або зниження енергії				
5. Поганий апетит або переїдання				
6. Негативне відчуття щодо себе — що ви невдаха або, що ви підвели себе чи свою родину				
7. Труднощі з концентрацією уваги, наприклад, під час читання газети чи перегляду телевізора				
8. Сповільненість рухів та мовлення, помітна навіть для оточуючих. Або навпаки, надмірна і непритаманна вам метушливість та активність				
9. Думки, що було б краще, якби ви померли або думки про те, щоб заподіяти собі шкоду				

додайте колонки:

+

+

(Спеціалістам з охорони здоров'я: Для
інтерпретації ЗАГАЛЬНОЇ СУМИ, будь ласка,
зверніться до супровідної карти)

загальна
сума:

Якщо ви відзначили будь-які проблеми, то наскільки вони ускладнили для вас виконання вашої роботи, домашніх обов'язків, або наскільки ускладнили стосунки з людьми?	Не ускладнили взагалі	
	Дещо ускладнили	
	Дуже ускладнили	
	Надзвичайно ускладнили	



*Від'єднайте цю сторінку перед тим, як передати
анкету пацієнту*

*Лише для використання лікарями або
спеціалістами у сфері охорони здоров'я*

**Для контролю ступеню важкості депресії у нових пацієнтів
та у пацієнтів у процесі лікування:**

1. Додайте кількість «✓» у кожній колонці. За кожну ✓: Кілька днів = 1 Більше, ніж половина часу = 2 Майже щодня = 3
2. Додайте бали всіх колонок, щоб отримати ЗАГАЛЬНУ СУМУ.

PHQ-9 КАРТА ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ

лише для використання спеціалістами у сфері охорони здоров'я

Підрахунок балів — додайте бали за шкалою PHQ-9

За кожну ✓: Ніколи = 0; Кілька днів = 1;
Більше половини днів = 2; Майже щодня = 3

Інтерпретація результатів

Загальна сума	Ступінь важкості депресії
0-4	Депресія відсутня
5-9	Депресія легкого ступеню
10-14	Депресія помірного ступеню
15-19	Депресія вираженого ступеню
20-27	Депресія важкого ступеню



MACE 2

ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

Проведіть оцінку за MACE 2 якомога скоріше з моменту травми

П.І.Б. військовослужбовця: _____

Ідентифікаційний номер _____ Рід військ та підрозділ: _____

Дата травми: _____

Час травми: _____

Огляд проводив: _____

Дата огляду: _____ Час огляду: _____

Призначення: MACE 2 — мультимодальний інструмент, який допомагає медикам під час оцінки та діагностики струсу мозку. Підрахунок балів, кодування та кроки, які необхідно виконати після завершення оцінки, описані в кінці документа.

Важливо: MACE 2 є найбільш ефективною, якщо її використовувати якомога швидше після моменту отримання травми. MACE 2 можна повторити для оцінки відновлення.

«Червоні прапорці»:

Оцініть наявність «червоних прапорців» у пацієнтів, які мають 13-15 балів за Шкалою Ком Глазго (ШКГ).



☐ Зниження рівня свідомості ☐ Двоїння в очах ☐ Наростання неспокою; агресивна або збуджена поведінка ☐ Епізоди повторного блювання	☐ Позитивні результати обстеження за допомогою обладнання для виявлення структурного ураження головного мозку (за наявності) ☐ Судоми ☐ Слабкість або поколювання в руках або ногах ☐ Сильний або наростаючий головний біль
---	--

Відкладіть оцінку за MACE 2, якщо присутні будь-які червоні прапорці. Негайно зверніться до вищого рівня медичної допомоги та прийміть рішення щодо невідкладної евакуації згідно з пріоритетністю евакуації/принципами надання Допомоги пораненим в умовах бойових дій (TCCC).

☐ Всі «червоні прапорці» ВІДСУТНІ:

Продовжуйте MACE 2 і спостерігайте щодо появи «червоних прапорців» під час оцінювання.

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

СКРИНІНГ ЩОДО СТРУСУ МОЗКУ У ВІЙСЬКОВИХ

Заповніть цей розділ, щоб визначити, чи мала місце травма ТА зміна свідомості чи порушення пам'яті.

1. ОПИС ПОДІЇ:

А. Запишіть подію, як її описав військовослужбовець або свідок.

Використовуйте відкриті запитання, щоб отримати якомога більше деталей.

КЛЮЧОВІ ЗАПИТАННЯ:

- ☐ Можете розповісти, що ви пам'ятаєте?
- ☐ Що трапилось?
- ☐ Хто останній був з вами?

В. Видимі ознаки:

Чи спостерігалися будь-які з цих видимих ознак на час отримання травми?

Візуальні підказки, які вказують на можливий струс мозку, включають:

☐ Поранений нерухомо лежить на землі ☐ Повільно встає після прямого або непрямого удару по голові ☐ Дезорієнтований, має сплутану свідомість або не здатний адекватно відповідати на запитання	☐ «Порожній» або «відсутній» погляд ☐ Важко утримує рівновагу, спотикається або має сповільнені довільні рухи ☐ Поранення обличчя після травми голови ☐ Немає жодної з перерахованих видимих ознак
---	---

С. Запишіть тип події.

Позначте все, що підходить:

☐ Удар тупим предметом ☐ Падіння з висоти ☐ Уламок (стороннє тіло)	☐ Спортивна травма ☐ Збройний напад ☐ ДТП	☐ Вогнепальне поранення ☐ Вибух/ Приблизна відстань ____ ☐ Інше
---	--	---

Д. Чи був удар по голові?

- ☐ Чи ви вдарилися головою об якісь предмети?
- ☐ Чи вдарили вас якісь предмети по голові?
- ☐ Ви відчули вибухову хвилю? (Вибухова хвиля, яка відчувається тілом чи головою, вважається ударом в голову).
- ☐ Чи був у вас прискорений або уповільнений рух голови?

☐ ТАК

☐ НІ

☐ НЕВІДОМО

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

2. ЗМІНА СВІДОМОСТІ АБО ПАМ'ЯТІ

А. Чи була зміна свідомості (ЗС)?

Ключові питання:

ЗС - це тимчасова сплутаність свідомості або "дзвін у вухах".

☐ ТАК ☐ НІ

Якщо так, то як довго?

Секунди: ____ Хвилини: ____

☐ НЕВІДОМО

☐ Чи були ви оглушені, дезорієнтовані або «бачили зірки» одразу після події?

☐ Чи відчували ви себе як в тумані, «сповільнено», або відчули, що «щось не так»?

В. Чи була втрата свідомості (ВС)?

Ключові питання:

ВС – це тимчасова непритомність (поранений «відключився»)

☐ ТАК ☐ НІ

Якщо так, то як довго?

Секунди : ____ Хвилини : ____

☐ НЕВІДОМО

☐ Чи втрачали ви свідомість/непритомніли?

☐ Чи є період часу, який ви зараз не можете пригадати?

С. Чи була посттравматична амнезія (ПТА)?

Ключові питання:

ПТА - це проблема із пригадуванням частини або всіх подій, пов'язаних із травмою.

☐ ТАК ☐ НІ

Якщо так, то як довго?

Секунди : ____ Хвилини : ____

☐ НЕВІДОМО

☐ Чи є період часу, який ви не можете пригадати?

☐ Що останнє ви пам'ятаєте перед подією?

☐ Що перше, що ви пам'ятаєте після події?

Д. Чи є свідки ЗС, ВС або ПТА?

Поради щодо оцінки:

☐ ТАК ☐ НІ ☐ НЕВІДОМО

Попросіть свідка підтвердити ЗС, ВС або ПТА та оцінити тривалість.

Якщо так, то як довго?

Секунди : ____ Хвилини : ____

3. СИМПТОМИ

Нижче наведені поширені симптоми, які спостерігаються після струсу мозку. Відзначте галочкою усі присутні симптоми у пораненого:

- ☐ Головний біль
- ☐ Запаморочення
- ☐ Проблеми з пам'яттю
- ☐ Порушення рівноваги
- ☐ Нудота/блювання
- ☐ Труднощі з концентрацією уваги

- ☐ Дратівливість
- ☐ Порушення зору
- ☐ Дзвін у вухах
- ☐ Інші: _____
- ☐ Негативна відповідь на всі симптоми

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

4. АНАМНЕЗ

А. Протягом останніх 12 місяців у вас діагностували струс мозку, не враховуючи цієї події?

☐ ТАК ☐ НІ

Якщо так, то скільки разів?

☐ НЕВІДОМО

В. Чи є в анамнезі діагностований/лікований головний біль або мігрень?

☐ ТАК ☐ НІ

С. Наявність в анамнезі депресії, тривоги або інших поведінкових розладів.

☐ ТАК ☐ НІ

РЕЗУЛЬТАТИ СКРИНІНГУ на СТРУС МОЗКУ (Можливий струс мозку?)

Чи був удар по голові (1D)

ТА

БУДЬ-ЯКА зміна свідомості або пам'яті? (2A, 2B, 2C, або 2D)

ТАК (на обидва питання)	НІ (на обидва питання)
	
ПОЗИТИВНИЙ РЕЗУЛЬТАТ СКРИНІНГУ: - Продовжуйте огляд за МАСЕ 2. - Завершіть обстеження перед тим, як призначити відпочинок. - Повідомте результати командирі. - Задokumentуйте та внесіть результати в електронну медичну карту (ЕМК).	НЕГАТИВНИЙ РЕЗУЛЬТАТ СКРИНІНГУ : - Зупиніть огляд за МАСЕ 2. - Призначте відпочинок на 24 години. Під час відпочинку порадьте уникати діяльності, яка погіршує симптоми. Наглядайте за військовослужбовцем відповідно до Плану поступового повернення до активної діяльності (ПАД). - Повідомте про результати обстеження командирі. - Задokumentуйте та внесіть результати обстеження в електронну медичну карту (ЕМК)

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ

5. ОРІЄНТАЦІЯ

За кожну правильну відповідь нараховується один бал.

Задайте це питання	Неправильно	Правильно
"Який зараз місяць?"	0	1
"Яке число або день місяця?"	0	1
"Який сьогодні день тижня?"	0	1
"Який зараз рік?"	0	1
"Котра, на вашу думку, година?"	0	1

Правильна відповідь повинна бути в межах однієї години від реального часу.

ОРІЄНТАЦІЯ: ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ

/5

6. КОРОТКОЧАСНА ПАМ'ЯТЬ

Виберіть один список (A-F нижче) і використовуйте його для решти завдань МАСЕ 2. Прочитайте умову кожного завдання, а потім прочитайте всі п'ять слів. Обведіть відповідь для кожного слова в кожному завданні. Повторіть завдання тричі, навіть якщо військовослужбовець набрав ідеальну кількість балів за будь-яке з них.

Умова 1: Прочитайте умову слово в слово.

«Зараз я перевірю вашу пам'ять. Я зачитаю список слів, і коли я закінчу, ви маєте повторити стільки слів, скільки зможете згадати, в будь-якому порядку».

Умова до завдання 2 і 3: Прочитайте умову слово в слово.

«Зараз я зачитаю цей список ще раз. Повторіть стільки слів, скільки зможете згадати, в будь-якому порядку, навіть якщо ви вже називали їх раніше».

	Завдання 1		Завдання 2		Завдання 3	
СПИСОК А	Неправильно	Правильно	Неправильно	Правильно	Неправильно	Правильно
Піджак	0	1	0	1	0	1
Стріла	0	1	0	1	0	1
Перець	0	1	0	1	0	1
Бавовна	0	1	0	1	0	1
Фільм	0	1	0	1	0	1

КОРОТКОЧАСНА ПАМ'ЯТЬ: ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ

/15

АЛЬТЕРНАТИВНІ СПИСКИ СЛІВ

В	С	Д	Е	Ф
Гривня	Палець	Малюк	Свічка	Лікоть
Мед	Монета	Мавпа	Папір	Яблуко
Дзеркало	Ковдра	Парфуми	Цукор	Килим
Сідло	Лимон	Світанок	Бутерброд	Сідло
Якір	Комаха	Праска	Вагон	Бульбашка

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

НЕВРОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

7. Плавність мовлення ☐ Збережена (норма) ☐ Порушена (патологія)	☐ Мовлення має бути плавним і невимушеним - без пауз або неприродних перерв. - Заїкання або зусилля при мовленні – ознака патології.
8. Пошук слів ☐ Немає труднощів (норма) ☐ Є труднощі (патологія)	☐ Оцініть труднощі з пошуком слів: - Труднощі з пригадуванням назви предмета або намагання підібрати слова - ознака патології.
9. Сила потиску ☐ Нормальна (норма) ☐ Ненормальна (патологія)	☐ Оцініть силу потиску. Потиск повинен бути сильним і однаковим в обох руках. - Неоднакова сила потиску або незвично слабкий потиск – ознака патології
10. «Пронататорний дрейф» ☐ Відсутній (норма) ☐ Присутній (патологія)	☐ Попросіть військовослужбовця стати із заплющеними очима та витягнутими вперед руками, паралельно землі, долонями догори. Оцініть протягом 5-10 секунд: - Будь-яке зміщення («дрейф») руки або долоні – ознака патології.
11. Стояння на одній нозі ☐ Рівновага збережена (норма) ☐ Рівновага порушена (патологія)	☐ Якщо можливо, попросіть військового зняти взуття. Тоді попросіть його стати на одну ногу, руки схрестити на грудях, долоні торкаються плечей, очі спочатку відкриті. Після того, як військовослужбовець знайде рівновагу в такому положенні, попросіть його заплющити очі та простояти так до 15 секунд (рахуйте, скільки секунд він зможе бути в такому положенні). Повторіть тест з протилежною ногою. - Втрата рівноваги на будь-якій нозі раніше восьми секунд є ознакою патології.

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

НЕВРОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ (Продовження)

12. Хода «стопа перед стопою» ☐ Нормальна (норма) ☐ Порушена (патологія)	☐ Якщо можливо, попросіть військовослужбовця зняти взуття. Попросіть його зробити шість кроків: стопа ставиться перед стопою, п'ятка наступної ноги безпосередньо перед пальцями попередньої ноги, руки «по швах». - Спотикання або зміщення ніг – ознака патології.
13. Реакція зіниць ☐ Нормальна (норма) ☐ Ненормальна (патологія)	☐ Зіниці повинні бути круглими, однакового розміру і швидко звужуватися у відповідь на пряме яскраве світло. - Неоднаковий розмір зіниць, затримка їх розширення або звуження є відхиленням від норми.
14. Стеження очима ☐ Збережене (норма) ☐ Порушене (патологія)	☐ Обидва ока повинні плавно стежити за пальцем, який рухається з боку в бік і вгору-вниз. - Несиметричне, неплавне або уповільнене стеження очима є ознакою патології.

РЕЗУЛЬТАТИ НЕВРОЛОГІЧНОГО ОБСТЕЖЕННЯ

(Питання 7-14)

- ☐ **ВІДХИЛЕНЬ НЕМА (ВСІ ПУНКТИ ВІДПОВІДАЮТЬ НОРМІ)**
☐ **БУДЬ-ЯКЕ ВІДХИЛЕННЯ ВІД НОРМИ (патологія)**

КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ

15. КОНЦЕНТРАЦІЯ

А. Зворотний порядок чисел

Прочитайте умову та почніть завдання з читання першого рядка чисел у першому завданні.

Обведіть відповідь у кожному рядку.

Якщо відповідь на завдання 1 правильна, переходьте до наступного рядка більшої довжини у тому ж стовпчику.

Якщо відповідь на завдання 1 неправильна, перейдіть до рядка з такою ж довжиною в завданні 2.

Якщо відповіді до завдання 1 і 2 неправильні, **ЗУПИНІТЬСЯ** і запишіть результат як нуль для цієї довжини рядка. Обчисліть загальний бал як суму попередніх правильно виконаних завдань..

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ (продовження)

15. КОНЦЕНТРАЦІЯ - ПРОДОВЖЕННЯ

А. Зворотний порядок чисел

Умова: Прочитайте умову слово в слово.

"Я прочитаю вам ряд цифр. Коли я закінчу, повторіть їх мені задом наперед, тобто у зворотному порядку від того, як їх прочитано. Наприклад, якщо я сказав 7 - 1 - 9, то ви кажете 9 - 1 - 7".

Список А			
Завдання 1	Завдання 2 (якщо Завдання 1 виконане неправильно)	Неправильно	Правильно
4-9-3	6-2-9	0	1
3-8-1-4	3-2-7-9	0	1
6-2-9-7-1	1-5-2-8-5	0	1
7-1-8-4-6-3	5-3-9-1-4-8	0	1

ЗВОРОТНИЙ ПОРЯДОК ЧИСЕЛ: ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ (15А)

14

Альтернативні списки чисел

Примітка: Використовуйте той самий список (А-Ф), що й у запитанні 6 (КОРОТКОЧАСНА ПАМ'ЯТЬ)

Список В	
Завдання 1	Завдання 2
5-2-6	4-1-5
1-7-9-5	4-9-6-8
4-8-5-2-7	6-1-8-4-3
8-3-1-9-6-4	7-2-7-8-5-6

Список С	
Завдання 1	Завдання 2
1-4-2	6-5-8
6-8-3-1	3-4-8-1
4-9-1-5-3	6-8-2-5-1
3-7-6-5-1-9	9-2-6-5-1-4

Список D	
Завдання 1	Завдання 2
7-8-2	9-2-6
4-1-8-3	9-7-2-3
1-7-9-2-6	4-1-7-5-2
2-6-4-8-1-7	8-4-1-9-3-5

Список Е	
Завдання 1	Завдання 2
3-8-2	5-1-8
2-7-9-3	2-1-6-9
4-1-8-6-9	9-4-1-7-5
6-9-7-3-8-2	4-2-7-9-3-8

Список F	
Завдання 1	Завдання 2
2-7-1	4-7-9
1-6-8-3	3-9-2-4
2-4-7-5-8	8-3-9-6-4
5-8-6-2-4-9	3-1-7-8-2-6

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ(Продовження)

15. КОНЦЕНТРАЦІЯ - ПРОДОВЖЕННЯ

В. Місяці у зворотному порядку

Умова: Прочитайте умову слово в слово.

"Тепер назвіть мені місяці року у зворотному порядку. Починайте з останнього місяця і рухайтесь назад. Ось так: Грудень, листопад... Продовжуйте".

Правильні відповіді:

Грудень - Листопад - Жовтень - Вересень - Серпень - Липень - Червень - Травень - Квітень - Березень - Лютий - Січень

	Неправильно	Правильно
Всі місяці у зворотному порядку	0	1

Місяці у зворотному порядку (15В)

1

КОНЦЕНТРАЦІЯ: ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ:

СУМА БАЛІВ:

5

15А (0-4 БАЛІВ) та 15В (0 АБО 1 БАЛ)

16. Довготривала пам'ять

Прочитайте умову і обведіть відповідь до кожного слова.

НЕ повторюйте список слів.

Примітка: Використовуйте той самий список (А-Е), що й у **ЗАВДАННІ 6**.

Умова: Прочитайте умову слово в слово.

«Ви пам'ятаєте список слів, який я читав/читала кілька хвилин тому?

Я хочу, щоб зараз ви назвали мені стільки слів з цього списку, скільки зможете пригадати. Ви можете називати їх у будь-якому порядку".

СПИСОК А	Неправильно	Правильно
Піджак	0	1
Стріла	0	1
Перець	0	1
Бавовна	0	1
Фільм	0	1

ДОВГОТРИВАЛА ПАМ'ЯТЬ: ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ

5

АЛЬТЕРНАТИВНІ СПИСКИ СЛІВ

В	С	Д	Е	Ф
Гривня	Палець	Малюк	Свічка	Лікоть
Мед	Монета	Мавпа	Папір	Яблуко
Дзеркало	Ковдра	Парфуми	Цукор	Килим
Сідло	Лимон	Світанок	Бутерброд	Сідло
Якір	Комаха	Праска	Вагон	Бульбашка

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

17. СКРИНІНГ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ/ОКУЛОМОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ (ВОМФ) ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ СТРУСУ МОЗКУ

Інструкція

Протипоказання до проведення ВОМФ: Нестабільний шийний відділ хребта.

Розгляньте варіант відтермінування проведення ВОМФ, якщо пацієнт має явно виражені симптоми або кваліфікований лікар недоступний. ВОМФ слід завершити перед поверненням до виконання обов'язків.

Занотуйте у розділі для коментарів усі труднощі при виконанні конкретних завдань ВОМФ

А. Базові симптоми. Перед скринінгом запишіть показники інтенсивності головного болю, запаморочення, нудоти та «затуманення» (БЗНЗ) за шкалою від нуля до 10 балів.

В. Плавні рухи очей. Військовослужбовець та екзаменатор сидять. Розташуйте свій вказівний палець на відстані 1 метра від пацієнта. Військовослужбовець фокусує погляд на кінчику пальця, в той час як лікар плавно переміщує палець в горизонтальній площині на 50 см праворуч і ліворуч від середньої лінії зі швидкістю, що вимагає дві секунди для повного проходження зліва направо і справа наліво. Виконайте двічі. Повторіть у вертикальному напрямку, на 50 см угору та вниз від середньої лінії так, щоб очі рухались догори 2 секунди і донизу 2 секунди. Повторіть двічі. Запишіть показники інтенсивності БЗНЗ за шкалою від нуля до 10 балів.

С. Сакади (різкі рухи очима). Військовослужбовець та екзаменатор сидять.

- Горизонтальні сакади:** Тримайте два пальці горизонтально на відстані 1 метра від військовослужбовця: один палець зліва, на відстані 50 см від середньої лінії, а інший - справа, на відстані 50 см (об'єкти розташовані під кутом 30 градусів ліворуч/праворуч в полі зору пацієнта). Пацієнт повинен переводити погляд то на палець зліва, то на палець справа, якомога швидше. Повторіть 10 разів. Запишіть БЗНЗ за шкалою від нуля до 10 балів.
- Вертикальні сакади:** Повторіть ту ж вправу, розташувачи пальці на відстані 1 метра від пацієнта, по вертикальній осі: один палець на 50 см вище від середньої лінії, а другий – на 50 см нижче (об'єкти розташовані під кутом 30 градусів вище/нижче в полі зору пацієнта). Пацієнт повинен переводити погляд то на палець вгорі, то на палець вниз, якомога швидше. Повторіть 10 разів. Запишіть показники інтенсивності БЗНЗ за шкалою від нуля до 10 балів.

Д. Конвергенція. Військовослужбовець і екзаменатор сидять обличчям один до одного. Військовослужбовець фокусує погляд на мішені (зразок шрифту, див. с.14) на відстані витягнутої руки. Лікар повільно наближає мішень до кінчика носа. Військовослужбовець зупиняє рух мішені, коли у нього починає двоїтися в очах або коли спостерігається відхилення очей назовні. Повторіть і виміряйте три рази. Записуйте відстань у сантиметрах між мішенню та кінчиком носа для кожної спроби. Точка конвергенції ≥ 5 сантиметрів від кінчика носа вважається відхиленням від норми. Запишіть показники інтенсивності БЗНЗ за шкалою від нуля до 10 балів.

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

18. СКРИНІНГ ВЕСТИБУЛЯРНОЇ/ОКУЛОМОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ (ВОМФ) ДЛЯ ВИЯВЛЕННЯ СТРУСУ МОЗКУ

Інструкція (продовження)

Е. Тест вестибулярно-окулярного рефлексу (ВОР).

Військовослужбовець та екзаменатор сидять. Екзаменатор тримає мішень (зразок шрифту, див. с. 14) перед військовослужбовцем по середній лінії на відстані 1 метра, швидкість поворотів встановлюється метрономом.

- 1) **Горизонтальний тест ВОР:** Військовослужбовець повертає голову горизонтально, фокусуючись на мішені, на 20 градусів у кожную сторону. Швидкість поворотів = 180 ударів метронома на хвилину (уд/хв). Виконайте 10 разів. Запишіть показники інтенсивності БЗНЗ за шкалою від нуля до 10 балів через 10 секунд після тесту.
- 2) **Вертикальний тест ВОР:** Повторіть тест, рухаючи головою вертикально на 20 градусів вгору і вниз зі швидкістю 180 уд./хв. Виконайте 10 разів. Запишіть показники інтенсивності БЗНЗ за шкалою від нуля до 10 балів через 10 секунд після тесту.

Ф. Тест на зорову чутливість до руху (ЗЧР).

- 1) Військовослужбовець стоїть, розставивши ноги на ширині плечей, обличчям до жвавої зони. Екзаменатор стоїть поруч і трохи позаду військовослужбовця. Військовослужбовець витягує руку. Зосередившись на великому пальці, військовослужбовець повертає голову, очі та тулуб як єдине ціле на 80 градусів праворуч та ліворуч. Швидкість поворотів = 50 уд/хв. Виконайте п'ять разів. Запишіть показники інтенсивності БЗНЗ за шкалою від нуля до 10 балів через 10 секунд після тесту.

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

17. КАРТКА ДЛЯ ОЦІНКИ ВОМФ

Вестибулярний/ окуло- моторний тест:	Не переві рялись	Головний біль 0-10	Запамор очення 0-10	Нудота 0-10	«Затуман ення» 0-10	Коментарі
Базові симптоми						
СИМПТОМИ:						
Плавні рухи очей						
Горизонтальні сакади						
Вертикальні сакади						
Конвергенція						(Ближня точка конвергенції, см): Замір 1: _____ Замір 2: _____ Замір 3: _____
Горизонтальний тест ВОР						
Вертикальний тест ВОР:						
Зорова чутливість до руху (ЗЧР)						
Загальний бал						

Будь-який бал вище базового рівня вважається відхиленням від норми

РЕЗУЛЬТАТИ ВОМФ

☐

НОРМА

☐

ПАТОЛОГІЯ

МАСЕ 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

ПІДСУМКИ ТЕСТІВ

Запишіть дані для правильного заповнення документації МАСЕ 2.

КОГНІТИВНИЙ ТЕСТ

ОРІЄНТАЦІЯ – П. 5

 /5

КОРОТКОЧАСНА ПАМ'ЯТЬ (УСІ ТРИ СПРОБИ) -

 /15

КОНЦЕНТРАЦІЯ (ЗАВДАННЯ А ТА В) – П.15

 /5

ДОВГОТРИВАЛА ПАМ'ЯТЬ – П.16

 /5

РЕЗУЛЬТАТ

 /30

≤ 25 ВІДХИЛЕННЯ ВІД НОРМИ

НЕВРОЛОГІЧНЕ ОБСТЕЖЕННЯ (П. 7-14)

☐
☐

ПАТОЛОГІЯ (+)

НОРМА (-)

СИМПТОМИ (П. 3)

☐
☐

1 АБО БІЛЬШЕ СИМПТОМІВ (+)

НЕМА СИМПТ.(-)

АНАМНЕЗ (П. 4А-4С)

☐
☐

ПОЗИТИВНИЙ (+)

НЕГАТИВНИЙ (-)

РЕЗУЛЬТАТИ ВОМФ (П. 17) ПАТОЛОГІЯ(+)

☐
☐
☐

НОРМА (-)

ВІДТЕРМІНОВАНО

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ МАСЕ 2

☐
☐

ПОЗИТИВНИЙ(+) НЕГАТИВНИЙ (-)

ПІСЛЯ ЗАВЕРШЕННЯ МАСЕ 2:

Задokumentуйте результати МАСЕ 2 в ЕМК з інструкціями щодо кодування.

☐ Розпочніть лікування згідно з Клінічними рекомендаціями щодо поступового повернення до активної діяльності пацієнта зі струсом мозку, призначивши як початковий етап 24-годинний відпочинок.

Зверніться до Клінічних рекомендацій щодо поступового повернення до активної діяльності (Progressive Return to Activity (PRA) Clinical Recommendation) на сайті

[Health.mil/TBIProviders](https://www.health.mil/TBIProviders)

MACE 2 – ВІЙСЬКОВА ШКАЛА ОЦІНКИ СТРУСУ МОЗКУ

Матеріали для проведення ВОМФ

Зразок шрифту 14 кеглем: A

ІНСТРУКЦІЯ З КОДУВАННЯ ЧМТ

Якщо скринінг на ЧМТ негативний, закодуйте: Z13.850*

Послідовність кодування ЧМТ:

1. Первинний діагностичний код ЧМТ: S06. E L S E**
2. Код первинного симптому, якщо застосовується: (наприклад, H53.2 - диплопія)
3. Код статусу бойового завдання, якщо застосовується:***
(наприклад, Z56.82 – на завданні або Z91.82 – в анамнезі бойове завдання)
4. Код зовнішньої причини захворюваності на ЧМТ:
(наприклад, Y36.290A (A - використання при первинному зверненні) для бойових дій, пов'язаних з іншими вибухами та осколками, військовослужбовці, первинне звернення)
5. Код місця події, якщо застосовується
6. Код виду діяльності, якщо застосовується
7. Код анамнезу черепно-мозкової травми: якщо застосовується Z87.820

* MACE 2

** Етіологія, локалізація, тяжкість, контакт

*** Код розгортання повинен відповідати першим чотирьом кодам, коли це можливо.

Для отримання додаткової інформації див.

TBICoE ICD-10 Coding Guidance Tool.

Посилання доступні на [Health.mil/TBIProviders](https://www.health.mil/TBIProviders).

Ми уповноважені збирати інформацію, зазначену в цій формі, та будь-яку супровідну документацію, включаючи номери соціального страхування, відповідно до Закону про захист пацієнтів та доступне медичне обслуговування (Public Law No. 111-148), зі змінами, внесеними Законом про узгодження охорони здоров'я та освіти від 2010 року (Public Law No. 111-152), та Закону про соціальний захист населення.

ЦЕЙ ІНСТРУМЕНТ МОЖНА КОПІЮВАТИ ДЛЯ КЛІНІЧНОГО ВИКОРИСТАННЯ.

RUID 4901.1.3.8

Випущено: лютий 2012 р. | Перегляд: березень 2021 р.

Центр передового досвіду вивчення черепно-мозкової травми
(Traumatic Brain Injury Center of Excellence)

Цей продукт переглядається щорічно і є актуальним до його наступної заміни.



Тест 10 слів

Дослідження пам'яті за допомогою методики завчання десяти слів

«Вступні зауваження. Методика завчання десяти слів була запропонована А. Р. Лурія. Вона дозволяє досліджувати процеси пам'яті: запам'ятовування, збереження і відтворення. Методика може використовуватися для оцінки стану пам'яті, довільної уваги, виснажливості хворих нервово-психічними захворюваннями, а також для вивчення динаміки перебігу хвороби й обліку ефективності лікарської терапії.

Ціль дослідження. Вивчення особливостей пам'яті хворих нервово-психічними захворюваннями.

Стимульний матеріал. Набір з десяти односкладових чи двускладових слів, не зв'язаних за змістом, складання якого не представляє великих труднощів. Бажано мати кілька таких наборів.

Приклади набору слів

1. Стіл, вода, кіт, ліс, хліб, брат, гриб, вікно, мед, будинок.
2. Дим, сон, куля, пух, дзенькіт, куш, година, лід, ніч, пень.

Порядок роботи. Випробуваному дається інструкція: *«Я зараз прочитаю 10 слів. Слухайте уважно. Коли я закінчу читати, повторите слова, що запам'ятали, у будь-якому порядку»*. Експериментатор читає слова повільно і чітко. У протоколі він відзначає чи хрестиком цифрою порядок і точність відтворення слів після кожного пред'явлення. (Порядок відтворення слів може бути інформативним при аналізі способу матеріалу, що запам'ятовується.) Іноді хворі називають зайві слова, що також відзначається експериментатором у протоколі.

Як правило, для хворих потрібно не менш 8-10 пред'явлень для повного (чи майже повного) відтворення (здорові звичайно запам'ятовують усі слова вже з другого чи третього пред'явлення).

У деяких випадках для вивчення збереження матеріалу, що запам'ятовується, випробуваного просять відтворити слова через чи годину наступного дня.

Обробка й аналіз даних. На основі підрахунку загальної кількості відтворених слів після кожного пред'явлення може бути побудований графік: по горизонталі відкладається число повторень, по вертикалі - число правильне відтворених слів. Істотна насамперед якісна оцінка результатів дослідження: по характері виконання методики можна судити про особливості запам'ятовування, відтворення і збереження, а також стомлюваності хворих.

Хворі різних нозологічних груп виявляють специфіку у виконанні даного завдання:

- при черепно-мозковій чи травмі нейроінфекції хворі відтворюють і запам'ятовують перші й останні слова; при цьому, обсяг матеріалу, що запам'ятовується, від повторення до повторення не збільшується;

• *при неврозах* запам'ятовування уповільнене, хворим потрібно більше число повторень (у порівнянні зі здоровими) для запам'ятовування повного обсягу матеріалу; графік запам'ятовування має зигзагоподібний характер і в обсязі матеріалу, що запам'ятовується, від повторення до повторення виявляється тенденція до виснажливості, що свідчить про нестійкість і коливання уваги.

Протокол обстеження

Прізвище, ім'я, по батькові ----- Дата --- Вік----- Дослідження пам'яті за допомогою методики зачитання десяти слів

Набір слів	Порядок пред'явлення									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
Загальна кількість відтворених слів										

Методика використовується для вивчення безпосереднього короткочасного, довготривалого, довільного і мимовільного запам'ятовування. Обстежуваному зачитують десять слів, підібраних так, щоб між ними було важке встановити які-небудь смислові відносини (*гора, голка, троянда, кішка, годинник, вино, пальто, книга, вікно, пила*). Після зачитування пропонується відтворити слова у будь-якому порядку. Потім слова зачитуються повторно.

Нормальним вважається відтворення 10 слів після 4-5 повторень, при тренуванні пам'яті - після 2 повторень. Через 20-30 хвилин досліджуваному пропонується відтворити ці слова у будь-якому порядку.

Виділяють наступні показники: 1) кількість відтворених слів; 2) динаміку відтворення слів (крива довільного запам'ятовування).

Результати тесту свідчать про наступні особливості запам'ятовування:

- *Безпосереднє запам'ятовування не порушено* - якщо обстежуваний безпосередньо після зачитування десяти слів відтворює в чотирьох-п'яти спробах не менше 7 слів.
- *Безпосереднє запам'ятовування порушено* - якщо обстежуваний безпосередньо після зачитування десяти слів відтворює менше 7 слів. Чим менше слів відтворюється, тим більше вираженими признаються порушення безпосереднього запам'ятовування.
- *Довготривала пам'ять не порушена* - якщо через 20-30 хв. без попереднього попередження обстежуваний відтворює не менше 7 слів, що запам'ятовуються.

- *Довготривала пам'ять понижена* - якщо через 20-30 хв. без попереднього попередження обстежуваний відтворює менше 7 слів, що запам'ятовуються.

Проба на асоціативну пам'ять. Зачитуються 10 пар слів з легко встановлюваними смисловими зв'язками, потім повторюється перше слово кожної пари, а обстежуваний повинен назвати друге.

ПР.: річка-море, яблуко-груша, гармонія-гітара, ранок-вечір, брат-сестра, золото-срібло, пальто-шапка, голуб-ворона, автомобіль-тролейбус, книга-зошит. Нормальним вважається виконання проби після двох повторень.

Порушення пам'яті, як і порушення уваги, входять в структуру екзогенно-органічних розладів, нерідко вони супроводять невротичним порушенням. Для астеничних станів різного генезу (частіше соматичного) типовою виявляються виснажуваність і ослаблення запам'ятовування до кінця дослідження. При розумовій відсталості спостерігається рівномірне зниження безпосередньої і оперативної пам'яті.

Для старечих деменцій характерні порушення механічної і асоціативної пам'яті на фоні виснажуваності і різко виражених розладів запам'ятовування. Порушення мнестичних процесів при шизофренії не типові і носять модально-неспецифічний характер. Для маніакальних станів характерні гіпермнезії.

Тест «таблиці Шульте» (Оцінка об'єма динамічної уваги)

«Методика запозичена з психології праці (так звані таблиці Шульте), але має велике застосування в області патології. Може бути використана для дослідження психічного темпу, точніше для виявлення швидкості орієнтувально-пошукових рухів погляду, для дослідження обсягу уваги (до зорових подразників).

Для проведення експерименту потрібно мати п'ять таблиць розміром 60х60 см з написаними на них у безладі числами від 1 до 25 (рис. 1.1). На кожній з п'яти таблиць числа розташовані по-різному. Крім того, потрібен секундомір і невелика, приблизно 30 см, указка. Дослід можна проводити з випробовуваними, які мають не менше 4 класів освіти.

21	12	7	1	20		9	5	11	23	20		14	18	7	24	21
6	15	17	3	18		14	25	17	19	13		22	1	10	9	6
19	4	8	25	13		3	21	7	16	1		16	5	8	20	11
24	2	22	10	5		18	12	6	24	4		23	2	25	3	15
9	14	11	23	16		8	15	10	2	22		19	13	17	12	4
		22	25	7	21	11				5	14	12	23	2		
		6	2	10	3	23				16	25	7	24	13		
		17	12	16	5	18				11	3	20	4	18		
		1	15	20	9	24				8	10	19	22	1		
		19	13	4	14	8				21	15	9	17	6		

Рис. 1.1. Таблиці для відшукування чисел.

Випробовуваному мигцем показують таблицю, супроводжуючи цей показ словами: «Ось на цій таблиці числа від 1 до 25 розташовані не по порядку». Далі таблицю прикривають, тобто кладуть на стіл числами донизу і продовжують інструкцію: «Ви повинні будете ось цією указкою показувати і називати вголос всі числа по порядку від 1 до 25. Постарайтеся робити це якомога швидше, але не помилятися, зрозуміло?» (Якщо випробовуваний не зрозумів, йому пояснюють знову, але не відкриваючи таблицю). Потім експериментатор одночасно ставить таблицю прямо перед обличчям хворого вертикально на відстані 70 - 75 см від нього, і, вмикаючи секундомір, каже: «Починайте!»

Поки випробовуваний показує і називає числа, експериментатор стежить за правильністю його дій, а коли випробовуваний називає число «25», експериментатор зупиняє секундомір.

Після першої таблиці без будь-яких додаткових інструкцій випробовуваному пропонують таким же чином відшукувати числа на 2-й, 3-й, 4-й і 5-й таблиці.

Протокол досвіду набуває такого вигляду:

Таблиця	Час в секундах	Коментарі
1		
2		
3		
4		
5		

У примітках слід зазначити, чи рівномірно випробовуваний знаходить числа, чи зрідка довго не може знайти якесь одне число.

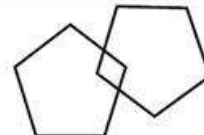
При оцінці результатів насамперед стають помітними відмінності в кількості часу, який випробовуваний витрачає на пошук чисел однієї таблиці. Психічно здорові молоді люди витрачають на таблицю від 30 до 50 секунд, найчастіше 40-42 секунди.

У нормі на всі таблиці йде приблизно однаковий час.

Методикою можна користуватися для повторних проб. При цьому немає необхідності змінювати таблиці можна користуватися тими ж п'ятьма таблицями в перший, другий і, якщо потрібно, в третій раз.»

Коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini-Mental State examination)

Пункт		Бал
А. Орієнтація		
1	Який зараз рік?	1
2	Яка зараз пора року?	1
3	Яка сьогодні дата?	1
4	Який сьогодні день тижня?	1
5	Який зараз місяць?	1
6	Скажіть, де Ви зараз знаходитесь?	1
7	В якій країні Ви знаходитесь?	1
8	В якому місті Ви знаходитесь?	1
9	Назвіть, будь-ласка, адресу того місця, де ми зараз знаходимося	1
10	На якому поверсі Ви знаходитесь?	1
В. Моментальна пам'ять (запам'ятовування)		
11	Зараз я назву три предмети. Після того, як я їх назву, будь ласка, повторіть їх назви. Повторіть їх, тому що через кілька хвилин я знову попрошу Вас їх назвати. АВТОБУС, ДВЕРІ, РОЗА Будь ласка, повторіть назви предметів для мене (1 секунда для називання кожного предмета. Зараховується по 1 балу за кожне слово з трьох, правильно повторене з першої спроби. Порахуйте кількість спроб.) Запишіть число спроб:	3
С. Увага і рахунок		
12	Послідовно віднімайте із 100 число 7. (93 - 86 - 79 - 72 - 65). (Оцінка: Один бал дається за кожне правильне віднімання числа 7, підрахуйте кількість правильних віднімань (0 - 5))	5
Д. Відтворення слів		
13	Автобус	1
14	Двері	1
15	Роза	1
Е. Мова		
16	(Покажіть наручний годинник) Як це називається?	1
17	(Покажіть карандаш) Як це називається?	1
18	Повторіть за мною фразу: « Ніяких якщо, і або але ». Тільки одна спроба	1
19	Прочитайте слова, які написані на цьому аркуші, і зробіть те, що написано. На папері написано « Закрийте очі ». Зарахуйте правильну відповідь, якщо пацієнт закриває очі	1
20	Зараз я дам Вам аркуш паперу. Візьміть папір в праву руку, зігніть його навпіл двома руками і покладіть на коліна. Спочатку прочитайте інструкцію повністю, потім передавайте папір. Не повторюйте інструкцію. (Зарахуйте 1 бал за кожний правильно виконаний компонент завдання).	3
21	Напишіть на аркуші паперу закінчене речення	1
22	Ось малюнок, будь ласка, скопіюйте його на тому ж аркуші паперу. Правильна відповідь зараховується, якщо два п'ятикутника перетинаються, утворюючи при цьому чотирикутник.	1
Ітогова оцінка		30



Оцінка результатів Короткої шкали оцінки психічного статусу

Бали	Результат
29-30	Немає порушень
28	Легкі когнітивні порушення
25-27	Помірні когнітивні порушення
20-24	Легка деменція
10-19	Помірна деменція
< 10	Важка деменція

«Скринінговий етап проводиться в спрощеній формі, займає 5-7 хвилин. Його мета переконатися в наявності когнітивних розладів, при наявності яких проводиться другий розгорнутий етап. Його завдання - підтвердження результатів 1 етапу, визначення нейропсихологічного профілю, що важливо для розпізнавання етіології процесу. Для хронічної ішемії мозку характерні також різноманітні рухові розлади, пов'язані з дисфункцією різних відділів головного мозку у вигляді діспраксії ходьби (лобова дісбазія), постуральної нестійкості, паркінсоноподібних синдромів, псевдобульбарних, пірамідних, атактичних порушень.»

Шкала прогресивних матриць Равена

«Тест призначений для виміру рівня інтелектуального розвитку. Матеріал тесту чорно-білого варіанту складається із 60 матриць або композицій з пропущеними елементом. Завдання розділені на п'ять серій (А, В, С, D, E). Кожна серія включає 12 таблиць, в яких є завдання зростаючої складності при переході від серії до серії. Обстежуваний повинен вибрати бракуючий елемент матриці серед 6 - 8 запропонованих варіантів. При необхідності перші 5 завдань серії А обстежуваний виконує за допомогою експериментатора. Кожна серія завдань складається із визначених принципів.

В серії А використано принцип встановлення взаємозв'язку в структурі матриць. Від обстежуваного вимагається доповнення відсутньої частини зображення. Вважається, що при роботі з матрицями цієї серії реалізуються наступні основні мисленні процеси: а) диференціація основних елементів структури та розкриття зв'язку між ними; б) ідентифікація недостатньої частини структури та порівняння її з представленими зразками.

Серія В побудована за принципом аналогії між парами фігур. Обстежуваний повинен знайти принцип, згідно якого побудована в кожному окремому випадку аналогія і, виходячи із цього, підібрати бракуючий фрагмент. Цей принцип розкривається шляхом поступової диференціації елементів.

Серія С побудована за принципом прогресивних змін у фігурах матриці. Ці фігури в межах однієї матриці все більше ускладнюються, відбувається їх безперервний розвиток. Збагачення фігур новими елементами підпорядковуються чіткому принципу, знайшовши який можна підібрати бракуючу фігуру.

Серія D побудована за принципом перегруповання фігур в матриці за горизонтальним та вертикальним напрямками.

Серія E найбільш складна та основана на принципі розкладення фігур основного зображення на елементи. Недостатню фігуру можна знайти, зрозумівши принцип аналізу і синтезу фігури. В інструкції обстежуваному повідомляють, що йому потрібно виконати 60 завдань та звертають увагу на їх ступінь складності. Потім вказують, що в кожному завданні у великій рамки утримується зразок визначеної структури або складений із ряду фігур. Фігури або малюнок зразку розташовані не випадково, а відповідно визначеній закономірності. Встановивши характер закономірності, що притаманний кожній матриці, обстежуваний зможе знайти бракуючий фрагмент.

Черговість виконання завдань обов'язкова. Перші 5 завдань (А1 - А5) перевіряються керівником на місці, і якщо видно, що обстежуваний зрозумів завдання, решта виконує вже з врахуванням часу і самостійно. Перші 5 завдань виконуються при необхідності за допомогою керівника. Обробка отриманих результатів не складна. Кожне правильне рішення оцінюється в 1 бал. За допомогою

ключа підраховується загальна сума отриманих балів, а також число правильних рішень в кожній із п'яти серій. Первинні оцінки по таблицям переводяться у відповідності з віковими нормами в шкалу стенів. Отриманий загальний показник розглядається як індекс інтелектуальної сили, розумової активності досліджуємого. Отриманий сумарний показник за спеціальною таблицею переводиться у відсотки.

Розрізняють 5 ступенів інтелектуального рівня за шкалою:

- 1 ступень - більше 95% - особливо високо розвинутий інтелект;
- 2 ступень - 75 - 94% - інтелект вище середнього;
- 3 ступень - 25 - 74% - середній інтелект;
- 4 ступень - 5 - 24% інтелект нижче середнього;
- 5 ступень - нижче 5% - інтелектуальний дефіцит.

За допомогою спеціальної таблиці абсолютний показник може бути переведений в інтелектуальний показник IQ.

Коефіцієнт надійності тесту, за інформацією різних дослідників, коливається від 0.70 до 0.89. Показник прогностичної валідності тесту (по зв'язкам з критеріями успішності) - 0.72.

До тесту надані: інструкція та ключ, таблиці переводу первинних показників в стени і проценти, якісна оцінка отриманого результату, таблиця переводу сирих оцінок в інтелектуальний показник IQ, таблиця процентних оцінок, а також зразок бланку для заповнення відповідей.

Інструкція: Вам пропонується виконати 60 завдань, які об'єднані в 5 серій (А, В, С, D, Е). В кожній послідовній серії містяться завдання зростаючої трудності. Всі завдання представляють собою цілісну композицію з однією відсутньою частиною. Внизу, під кожним завданням, розташовані 6-8 варіантів пронумерованих малюнків, один із яких є недостатньою частиною - правильним. Ваша задача полягає в тому, щоб вибрати цей правильний варіант. Для цього вам необхідно попередньо визначити закономірність побудови кожного завдання. Відкрийте тест на завданні А1. Уважно подивіться, якої фігури не хватає у верхньому малюнку для того, щоб логічна структура не порушилась? Вірно – це фігура №4. Цей номер необхідно поставити в пустій клітині бланка відповідей навпроти А1. У подальшому дієте аналогічно. Дотримання черговості виконання завдань обов'язково. Час виконання завдань - 20 хвилин.

Ключ до тесту Равена

№	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
А	4	5	1	2	6	3	6	2	1	3	4	5
В	2	6	1	2	1	3	5	6	4	3	4	5
С	8	2	3	8	7	4	5	1	7	6	1	2
D	3	4	3	7	8	6	5	4	1	2	5	6
Е	7	6	8	2	1	5	1	6	3	2	4	5

Таблиця переведу первинних показників в проценти

Кількість вірно виконаних завдань	Відсоток	Ступінь інтелектуального рівня
57	> 95%	1 ступінь Особливо високо розвинутий інтелект
45 - 56	75 - 94%	2 ступінь Інтелект вище середнього
15 - 44	25 - 74%	3 ступінь Середній інтелект
3 - 14	5 - 24%	4 ступінь Інтелект нижче середнього
0 - 2	< 5%	5 ступінь Інтелектуальний дефіцит

Вікова поправка на IQ виводиться за наступною формулою: _____ IQ
 $\times 100$ _____ віковий

Тест Леонгарда- Шмішека

«Тест містить 10 шкал, відповідно до десяти виділених Леонгардом типів акцентуйованих особистостей і складається з 88 запитань, на які потрібно відповісти “так” чи “ні”. Інструкція: “Вам пропонується відповісти на 88 запитань, що стосуються різних сторін Вашої особистості. Поруч з номером питання ставте знак “+” (так), якщо згодні, чи “-” (ні), якщо незгодні, відповідайте швидко, довго не замислюйтесь”.

Текст опитувальника

1. Чи є Ваш настрій у загальному веселим і безтурботним?
2. Чи важко Ви сприймаєте образи?
3. Чи були з Вами випадки, коли Ви раптово плакали?
4. Чи завжди Ви вважаєте себе правим у тій справі, що робите, і Ви не заспокоїтесь, доки не переконаєтесь в цьому?
5. Чи вважаєте Ви себе зараз більш сміливим, ніж у дитячому віці?
6. Чи може Ваш настрій змінюватися від великої радості до глибокого суму?
7. Чи знаходитеся Ви в компанії в центрі уваги?
8. Чи бувають у Вас дні, коли ви без достатніх основ знаходитеся в похмурому і дратівливому настрої і ні з ким не хочете розмовляти?
9. Ви серйозна людина?
10. Чи можете Ви сильно надихнутися?
11. Чи заповзятливі Ви?
12. Чи швидко Ви забуваєте, якщо вас хто-небудь скривдить?
13. Чи м'якосердечна Ви людина?
14. Чи намагаєтесь Ви перевірити після того, як опустили лист у поштову скриньку, чи не залишився він висіти в прорізі?
15. Чи завжди Ви намагаєтесь бути сумлінним у роботі?
16. Чи боялись Ви в дитинстві грози чи собак?
17. Чи вважаєте Ви інших людей недостатньо вимогливими один до одного?
18. Чи сильно залежить Ваш настрій від життєвих подій і хвилювань?
19. Чи завжди Ви відверті зі своїми знайомими?
20. Чи часто Ваш настрій буває пригніченим?
21. Чи був у Вас раніше істеричний припадок чи виснаження нервової системи?
22. Чи буває у Вас стан сильного внутрішнього занепокоєння чи прагнення до чогось?
23. Чи важко Вам тривалий час просидіти на стільці?
24. Чи боретесь Ви за свої інтереси, якщо хтось поводить з Вами несправедливо?
25. Змогли б Ви вбити людину?

26. Чи заважає Вам криво повішена гардина чи нерівно настелена скатертина, настільки сильно, що Вам хочеться негайно усунути ці недоліки?
27. Чи боялись Ви в дитинстві залишатись одні в квартирі?
28. Чи часто у Вас без причини змінюється настрій?
29. Чи завжди Ви старанно відноситеся до своєї діяльності?
30. Чи швидко Ви можете розгніватись?
31. Чи можете Ви бути безглуздо веселим?
32. Чи можете Ви іноді цілком перейнятися почуттям радості?
33. Чи підходите Ви для проведення з Вами розважальних заходів?
34. Чи висловлюєте Ви звичайно людям свої відверті думки з того чи іншого питання?
35. Чи впливає на Вас вигляд крові?
36. Чи охоче ви займаєтесь діяльністю, яка пов'язана з великою відповідальністю?
37. Чи схильні Ви заступитись за людину, з якою повелись несправедливо?
38. Чи важко Вам входити в темний підвал?
39. Чи виконуєте Ви кропітку чорну роботу також повільно і ретельно, як і улюблену Вами справу?
40. Ви товариська людина?
41. Чи охоче Ви декламували в школі вірші?
42. Чи тікали Ви дитиною з дому?
43. Чи важко Ви сприймаєте життя?
44. Чи бували у Вас конфлікти і неприємності, які так вимотували Вам нерви, що Ви не виходили на роботу?
45. Чи можна сказати, що Ви при невдачах не втрачаєте почуття гумору?
46. Чи зробите Ви першим крок до примирення, якщо Вас хтось образить?
47. Чи любите Ви тварин?
48. Чи підете Ви з роботи чи з будинку, якщо у Вас там щось не в порядку?
49. Чи мучать Вас невизначені думки, що з Вами чи з Вашими родичами трапиться яке-небудь нещастя?
50. Чи вважаєте Ви, що настрої залежить від погоди?
51. Чи важко Вам виступити на сцені перед великою кількістю глядачів?
52. Чи можете Ви вийти із себе і дати волю рукам, якщо Вас хтось навмисно грубо образить?
53. Чи багато Ви спілкуєтесь?
54. Якщо Ви будете чим-небудь розчаровані, то впадете в розпач?
55. Чи подобається Вам робота організаторського характеру?
56. Чи завзято Ви прагнете до своєї мети, навіть якщо на шляху зустрічається багато перешкод?
57. Чи може Вас так захопити кінофільм, що сльози виступлять на очах?
58. Чи важко Вам буде заснути, якщо Ви цілий день міркували над своїм майбутнім чи якою-небудь проблемою?

59. Чи доводилось Вам у шкільні роки користуватися підказками, або списувати у товаришів домашнє завдання?
60. Чи важко Вам піти вночі на цвинтар?
61. Чи стежите Ви з великою увагою, щоб кожна річ у будинку лежала на своєму місці?
62. Чи приходилось Вам лягти спати в гарному настрої, а прокинутися в поганому і декілька годин залишатися в ньому?
63. Чи можете Ви з легкістю пристосуватися до нової ситуації?
64. Чи часто у Вас буває головний біль?
65. Чи часто Ви смієтесь?
66. Чи можете Ви бути привітними з людьми, не відкриваючи свого дійсного ставлення до них?
67. Чи можна Вас назвати веселою і жвавою людиною?
68. Чи сильно Ви страждаєте від несправедливості?
69. Чи можна сказати, що Ви дуже любите природу?
70. Чи є у Вас звичка перевіряти перед сном, або перед тим, як піти, чи виключені газ і світло, чи закриті двері?
71. Чи полохливі Ви?
72. Чи буває, що Ви відчуваєте себе на “сьомому небі”, хоча об’єктивних причин для цього немає?
73. Чи охоче Ви у юнацтві брали участь в гуртках художньої самодіяльності, у театральному гуртку?
74. Чи тягне Вас іноді дивитись в далечінь?
75. Чи дивитесь Ви на майбутнє песимістично?
76. Чи може Ваш настрій змінитися від найвищої радості до глибокої туги за короткий період часу?
77. Чи легко піднімається ваш настрій у дружній компанії?
78. Чи гніваєтесь Ви тривалий час?
79. Чи сильно Ви переживаєте, якщо горе трапилось в іншій людині?
80. Чи була у Вас у школі звичка переписувати аркуш у зошиті, якщо Ви його чимось забруднили?
81. Чи можна сказати, що Ви більше недовірливі й обережні, ніж довірливі?
82. Чи часто Ви бачите страшні сни?
83. Чи виникала у Вас думка проти волі кинутися з вікна, під потяг, що наближається?
84. Чи стаєте Ви радісним у веселому оточенні?
85. Чи легко Ви можете відволіктись від обтяжних питань і не думати про них?
86. Чи важко Вам стримати себе, якщо Ви розлютитесь?
87. Чи подобається Вам більше мовчати (так), чи говорити (ні)?
88. Могли б Ви, якщо довелось, брати участь у театральній виставі, з повним перевтіленням увійти в роль і забути про себе?

Ключ: При збігу відповіді на питання з ключем, відповіді привласнюється один бал.

1. Демонстративність/демонстративний тип: "+" : 7, 19, 22, 29, 41, 44, 63, 66, 73, 85, 88. "-" : 51. Суму відповідей x на 2.
2. Застрявання/ застрягаючий тип: "+" : 2, 15, 24, 34, 37, 56, 68, 78, 81. "-" : 12, 46, 59. Суму відповідей x на 2.
3. Педантичність/ педантичний тип: "+" : 4, 14, 17, 26, 39, 48, 58, 61, 70, 80, 83. "-" : 36. Суму відповідей x на 2.
4. Збудливість/ збудливий тип: "+" : 8, 20, 30, 42, 52, 64, 74, 86. Суму відповідей x на 3.
5. Гіпертимність/гіпертимний тип: "+" : 1, 11, 23, 33, 45, 55, 67, 77. Суму відповідей помножити на три.
6. Дистимність/дистимічний тип: "+" : 9, 21, 43, 75, 87. Суму відповідей помножити на три.
7. Тривожність/ тривожно-боязкий тип: "+" : 16, 27, 38, 49, 60, 71, 82. "-" : 5. Суму відповідей x на 3.
8. Екзальтованість/афективно-екзальтований тип: "+" : 10, 32, 54, 76. Суму відповідей x на 6.
9. Емотивність/ емотивний тип: "+" : 3, 13, 35, 47, 57, 69, 79. "-" : 25. Суму відповідей x на 3.
10. Циклотимність/циклотимний тип: "+" : 6, 18, 28, 40, 50, 62, 72, 84. Суму відповідей помножити на три.

Максимальна сума балів після множення - 24. На підставі практичного застосування опитувальника, вважають, що сума балів у діапазоні від 15 до 19 говорить лише про тенденцію до того чи іншого типу акцентуації. І лише у випадку перевищення 19 балів риса характеру є акцентованою. Виділені Леонгардом 10 типів акцентованих особистостей розділені на дві групи: акцентуації характеру (демонстративний, педантичний, застрягаючий, збудливий) і 37 акцентуації темпераменту (гіпертимний, дистимний, тривожно-боязкий, циклотимний, афективний, емотивний).

- Демонстративний тип. Характеризується підвищеною здатністю до витиснення, демонстративністю поведінки, жвавістю, рухливістю, легкістю у встановленні контактів. Схильний до фантазерства, брехливості й удаванню, спрямованим на прикрашання своєї персони, авантюризму, артистизму, до позерства. Їм рухає прагнення до лідерства, потреба у визнанні, бажання постійної уваги до своєї персони, бажання влади, похвали; перспектива бути непоміченим обтяжує його. Він демонструє високу можливість пристосування до людей, емоційну лабільність (легку зміну настроїв) при відсутності дійсно глибоких почуттів, схильність до інтриг (при зовнішній м'якості манери спілкування). Відзначається безмежний егоцентризм, бажання замилювання, співчуття, шанування, подиву. Звичайно похвала інших у його присутності викликає у нього

особливо неприємні відчуття, він цього не виносить. Прагнення до компанії звичайно пов'язано з потребою відчутти себе лідером, зайняти надзвичайний стан. Самооцінка сильно далека від об'єктивності. Може драгувати своєю самовпевненістю і високими домаганнями, сам систематично провокує конфлікти, але при цьому активно захищається. Володіючи патологічною здатністю до витиснення, він може цілком забути те, про що він не бажає знати. Це розковує його у брехні. Звичайно бреше з невинним обличчям, оскільки те, про що він говорить, у даний момент, для нього є правдою; очевидно, внутрішньо він не усвідомлює свою брехню, чи ж усвідомлює дуже неглибоко, без помітного каяття сумління. Здатний притягувати інших неординарністю мислення і вчинків.

- **Застрагаючий тип.** Його характеризує помірна товариськість, занудство, схильність до читання моралей, небалакучість. Часто страждає від мнимої несправедливості до нього. У зв'язку з цим виявляєсторожкість і недовірливість до людей, чуттєвий до образ і засмучень, уразливий, підозрілий, відрізняється мстивістю, не здатний “легко відходити” від образ. Для нього характерна зарозумілість, часто виступає ініціатором конфліктів. Самовпевненість, твердість установок і поглядів, сильно розвинуте честолюбство часто призводять до наполегливого відстоювання своїх інтересів, які він відстоює з особливою енергійністю. Прагне домогтися високих показників у будь-якій справі, за яку береться і виявляє велику завзятість у досягненні своїх цілей. Основною рисою є схильність до афектів (правдолюбство, уразливість, ревності, підозрілість), інертність у прояві афектів, у мисленні, у моториці.

- **Педантичний тип.** Характеризується ригідністю, інертністю психічних процесів, важкий на підйом, довгим переживанням травмуючих подій. У конфлікти вступає рідко, виступаючи скоріше пасивною, ніж активною стороною. У той же час дуже сильно реагує на будь-який прояв порушення порядку. На службі поводитья як бюрократ, висуваючи до оточуючих багато формальних вимог. Пунктуальний, акуратний, особливу увагу приділяє чистоті і порядку, скрупульозний, сумлінний, схильний жорстко виконувати план, у виконанні дій неквапливий, посидючий, орієнтований на високу якість роботи й особливу акуратність, схильний до частих самоперевірок, сумнівів у правильності виконаної роботи, бурчання, формалізму. З задоволенням уступає лідерство іншим людям.

- **Збудливий тип.** Недостатня керованість, слабкий контроль над потягами і спонуканнями поєднуються у людей такого типу з владою фізіологічних потягів. Для нього характерна підвищена імпульсивність, інстинктивність, брутальність, занудство, похмурість, схильність до хамства і свар, до конфліктів, у яких сам і є активною, провокуючою стороною. Дратівливий, запальний, часто змінює місце роботи, неуживчивість у колективі. Відзначається низька контактність у спілкуванні, сповільненість вербальних і невербальних реакцій. Для нього ніяка праця не стає привабливою, працює лише в міру необхідності, виявляє таке ж небажання вчитися. Байдужий до майбутнього, цілком живе сьогоденням, бажаючи

витагти з нього масу розваг. Підвищена імпульсивність чи виникаюча реакція збудження гасяться важко і можуть бути небезпечні для навколишніх. Він може бути владним, вибираючи для спілкування найбільш слабких.

- Гіпертимний тип. Людей цього типу відрізняє велика рухливість, товариськість, балакучість, виразність жестів, міміки, пантоміміки, надмірна самостійність, схильність до бешкетництва, недостатнє почуття дистанції у відносинах з іншими. Часто спонтанно відхиляються від первинної теми у розмові. Скрізь вносять багато шуму, люблять компанії однолітків, прагнуть ними командувати. Вони майже завжди мають дуже гарний настрій, гарне самопочуття, високий життєвий тонус, гарний апетит, здоровий сон, схильність до обжерливості й інших радощів життя. Це люди з підвищеною самооцінкою, веселі, легковажні, поверхневі і, разом з тим, діловиті, винахідливі, блискучі співрозмовники; люди, що вміють розважати інших, енергійні, діяльні, ініціативні. Велике прагнення до самостійності може бути джерелом конфліктів. Для них характерні вибухи гніву, роздратування, особливо коли вони зустрічають сильну протидію, зазнають невдачі. Схильні до аморальних вчинків, підвищеній дратівливості, прожектерству. Недостатньо серйозно ставляться до своїх обов'язків. Вони важко переносять умови твердої дисципліни, монотонну діяльність, вимушену самотність.

- Дистимічний тип. Люди цього типу відрізняються серйозністю, навіть пригніченістю настрою, повільністю, слабкістю волевих зусиль. Для них характерні песимістичне відношення до майбутнього, занижена самооцінка, а також низька контактність, небагатослівність у бесіді, навіть мовчазність. Такі люди є домосідами, індивідуалістами; гучної компанії звичайно уникають, ведуть замкнутий спосіб життя. Часто похмурі, загальмовані, схильні фіксуватися на тіньових сторонах життя. Вони сумлінні, цінують тих, хто з ними дружить і готові їм підкоритися, мають загострене почуття справедливості, а також повільне мислення.

- Тривожний тип. Людям даного типу властиві низька контактність, мінорний настрій, лякливність, невпевненість у собі. Вони цураються гучних і жвавих однолітків, не люблять надмірно гучних ігор, випробують почуття боязкості і сором'язливості, важко переживають контрольні, іспити, перевірки. Часто соромляться виступати перед аудиторією. Охоче підкоряються опіці старших, нотації яких можуть викликати в них каяття сумління, почуття провини, розпач. У них рано формується почуття обов'язку, відповідальності, високі моральні й етичні вимоги. Почуття власної неповноцінності намагаються замаскувати в самоствердженні через ті види діяльності, де вони можуть у більшій мірі розкрити свої здібності. Властиві ним уразливість, чутливість, сором'язливість заважають зблизитися з тими, з ким хочеться, особливо слабкою ланкою є реакція на відношення до них оточуючих. Не терплять глузувань, підозри супроводжуються невмінням постояти за себе, відстояти правду при несправедливих обвинуваченнях. Рідко вступають у конфлікти з оточуючими, граючи у них в основному пасивну

роль, у конфліктних ситуаціях вони шукають підтримки й опори. Вони дружелюбні, самокритичні, ретельні. Унаслідок своєї беззахисності нерідко служать “козлами відпущення”, мішенями для жартів.

- Екзальтований тип. Яскрава риса цього типу - здатність захоплюватися, а також - усмішливість, відчуття щастя, радості, насолоди. Ці почуття у них можуть часто виникати через те, що у інших не викликає великого підйому, вони легко приходять у захват від радісних подій і в повний розпач - від сумних. Їм властива висока контактність, балакучість, влюбчевість. Такі люди часто сперечаються, але не доводять справи до відкритих конфліктів. У конфліктних ситуаціях вони бувають як активною, так і пасивною стороною. Вони прив'язані до друзів і рідних, альтруїстичні, мають почуття жалю, гарний смак, виявляють яскравість і щирість почуттів. Можуть бути панікерами, піддаються настроям, рвучкі, легко переходять від стану захвату до стану суму, мають лабільність психіки.

- Емотивний тип. Цей тип подібний до екзальтованого, але прояви його не настільки бурхливі. Для них характерні емоційність, чутливість, тривожність, балакучість, боязкість, глибокі реакції в області тонких почуттів. Найбільш сильно виражена риса - гуманність, співпереживання іншим людям або тваринам, чуйність, м'якосердечність. Вони вразливі, слізливі, будь-які життєві події сприймають серйозніше, ніж інші люди. Рідко вступають у конфлікти, образи носять у собі, не виносять назовні. Їм властиво загострене почуття обов'язку, ретельність. Дбайливо відносяться до природи, люблять вирощувати рослини, доглядати за тваринами.

- Циклотимний тип. Характеризується зміною гіпертимних і дистимічних станів. Їм властиві часті періодичні зміни настрою, а також залежність від зовнішніх подій. Радісні події викликають у них картини гіпертимії: бажання діяльності, підвищена балакучість, виникнення ідей; сумні - пригніченість, сповільненість реакцій і мислення, так само часто змінюються їхня манера спілкування з оточуючими людьми. У лабільних циклоїдів фази зміни настрою звичайно коротше, ніж у типових циклоїдів. “Погані” дні відзначаються більш насиченим дурним настроєм, ніж млявістю. У період підйому виражені бажання мати друзів, бути в компанії. Настрій впливає на самооцінку. Необхідно виключити прийом на військову службу за контрактом осіб, у яких виявлені акцентуації характеру демонстративного, застрягаючого та збудженого типу.»

Критерії ПТСР (DSM -5).

Критерії ПТСР:

• Критерій А

Переживання досвіду смертельної небезпеки або загрози смерті, отримання або загроза серйозного поранення, сексуальне насильство або його загроза, що може статися в один із таких способів:

- Безпосереднє переживання травматичної події.
- Перебування у ролі свідка травматичної події, до якої були залучені інші особи.
- Повідомлення про подію, яка сталася з близькими членами родини або близькими друзями. У випадках безпосередньої або можливої загрози смерті члена сім'ї або друга подія повинна бути раптовою або несподіваною.

• Повторюване чи надмірна сила переживань деяких аспектів травматичної події, що викликають сильну негативну емоційну реакцію (наприклад, ті, хто через обставини першими опинилися на місці загибелі людей і зайняті збиранням тіл і останків тіл загиблих; поліцейські, котрі багаторазово ставали свідками безпосередніх наслідків насильницьких дій).

Примітка: пункт 4 виключає опосередкований вплив через засоби масмедіа, телебачення, кінофільми, статичні зображення в тих випадках, коли це не пов'язано з виконанням професійних обов'язків.

• Критерій В

Присутність одного або більше симптомів інтрузії (повторного переживання травматичного досвіду), пов'язаних із травматичною подією, що з'явилися після травматичної події:

- Повторювані, мимовільні та нав'язливі спогади. Діти старші шести років можуть виявляти цей симптом, часто граючи в ігри, в яких виражаються аспекти травми.
- Травматичні кошмари або неприємні сни зі змістом, що пов'язаний з подією, що повторюється. Дітям можуть снитися страшні сни без змісту, пов'язаного з травмою.
- Дисоціативні реакції (такі як флешбеки - повторне переживання травматичної події), за яких виникають повторювані відчуття. Це може відбуватися за континуумом інтенсивності: від коротких епізодів до втрати усвідомлення реальності. Діти можуть знову відтворювати події у грі.
- Сильний або тривалий психологічний дистрес при впливі зовнішніх або внутрішніх подразників, що символізують або мають схожість з будь-яким аспектом травматичної події.
- Помітна фізіологічна реактивність, наприклад, збільшення частоти серцевих скорочень після впливу травмуючих нагадувань.

- Критерій С

Постійне старання уникнення нагадувань про травму після закінчення травматичної події, про що свідчить одна чи обидві ознаки:

- Уникнення думок чи почуттів, пов'язаних із травмою.
- Уникнення зовнішніх нагадувань про травми, такі як люди, місця, розмови, дії, предмети чи ситуації.

- Критерій D

Погіршення когнітивного функціонування і настрою, що пов'язано з травматичною подією, яке почалось або ж посилилось після завершення травматичної події (принаймні два з перелічених нижче):

- Неможливість згадати важливі аспекти травматичної події (головним чином через дисоціативну амнезію та не пов'язану з такими факторами, як черепно-мозкова травма, вживання алкоголю або наркотиків).

- Стійкі та перебільшено спотворені переконання чи очікування негативного характеру про себе самого або навколишній світ (Наприклад, “Я поганий”, “Нікому не можна довіряти”, “Світ небезпечний”, “Я втратив свою душу назавжди”, “Моя нервова система повністю зруйнована”).

- Стійкі та спотворені переконання про причини або наслідки травматичної події, на яких ґрунтується самозвинувачення чи звинувачення інших.

- Стійкі негативні емоційні стани (наприклад, страх, гнів, вина або сором).

- Помітне значне зниження інтересу чи залучення у види діяльності, які колись були значущими.

- Почуття відстороненості та відчуженості від інших людей.

- Стійка нездатність відчувати позитивні емоції (наприклад, нездатність відчувати щастя, задоволення чи почуття любові та прихильності).

- Критерій E

Помітна і значуща зміна фізіологічної збудливості і реактивності, що почалася або посилилася після завершення травматичної події (принаймні дві з наведених нижче) :

- Дратівливість або спалахи гніву (які виникають без будь-якої причини або з незначних приводів), зазвичай виражені у вербальній або фізичній агресії щодо людей або об'єктів.

- Саморуйнівна поведінка, безрозсудна ризикована поведінка.

- Підвищена настороженість/гіперпильність.

- Перебільшена стартова реакція.

- Проблеми із засинанням чи підтриманням сну.

- Проблеми із концентрацією уваги.

- Критерій F

Тривалість розладу (симптомів, описаних в критеріях В, С, D і Е) більше 1 місяця.

- Критерій G

Розлад викликає клінічно значущий дистрес або порушення у соціальній, професійній чи іншій сфері функціонування індивіда.

- Критерій H

Розлад не обумовлений прийомом ліків, вживанням психоактивних речовин або іншими розладами та захворюваннями.

Постановка діагнозу ПТСР згідно з DSM-5

Щоб поставити діагноз посттравматичного стресового розладу згідно з DSM-5, необхідна відповідність таким критеріям:

- критерій А;
- один або більше симптомів з критерію В;
- один або більше симптомів з критерію С;
- два або більше симптомів з критерію D;
- два або більше симптомів з критерію Е;
- критерій F;
- критерій G;
- критерій H.

Діагностичні критерії ПТСР згідно з МКХ-11

Розглянемо основні та додаткові діагностичні критерії ПТСР згідно з Міжнародною класифікацією хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям, 11-е видання (МКХ-11)

- Основні (обов'язкові) характеристики

Переживання події чи ситуації (короткострокової чи тривалої) вкрай загрозливого чи жахливого характеру.

Такі події охоплюють, але не обмежуються такими ситуаціями:

- безпосереднє переживання бойових дій;
- природні або антропогенні катастрофи, серйозні нещасні випадки, тортури, сексуальне насильство, тероризм, напад або гостре захворювання, яке загрожує життю (наприклад, серцевий напад);
- бути свідком загрозливого чи фактичного поранення чи смерті інших людей раптовим, несподіваним чи насильницьким чином;
- звістка про раптову, несподівану чи насильницьку смерть близької людини.

Після травматичної події або ситуації розвивається характерний синдром, що триває не менше кількох тижнів і складається з 3 основних елементів:

- Повторне переживання травматичної події в реальному часі, в якому подія (події) не просто згадується, а переживається як те, що відбувається тут і зараз. Зазвичай це відбувається у формі яскравих настирливих спогадів чи образів;

флешбеків, які можуть варіювати від легких (виникає швидкоплинне почуття повторення події в режимі реального часу) до важких (відбувається повна втрата усвідомлення справжнього навколишнього середовища) або повторюваних снів або кошмарів, які тематично пов'язані з подією (подіями), що травмує. Повторне переживання зазвичай супроводжується сильними чи непереборними емоціями, такими як страх чи жах та сильними фізичними відчуттями. Повторне переживання при цьому може також включати почуття пригніченості або занурення в ті ж інтенсивні емоції, які були присутні під час травматичної події без когнітивного аспекту, і може виникати у відповідь на нагадування про подію. Рефлексії або роздуми про подію (події) та спогади про почуття, які людина відчувала на той час, недостатні для кваліфікації повторного переживання.

- Уникнення нагадувань, які можуть спричинити повторне переживання травматичної події (подій). Це може набувати форми або активного внутрішнього уникнення, тобто, думок та спогадів, пов'язаних з подією (подіями), або зовнішнього уникнення, тобто, людей, розмов, діяльності або ситуацій, що нагадують про подію (події). У крайніх випадках людина може змінити своє оточення (наприклад, переїхати в інше місто або змінити роботу), щоб уникнути нагадувань.

- Постійне почуття підвищеної поточної загрози, наприклад, у вигляді підвищеної пильності чи перебільшеної реакції переляку на такі подразники, як несподіваний шум. Люди з гіперпильністю постійно захищають себе від небезпеки та відчують, що їм самим чи близьким людям загрожує безпосередня небезпека як у конкретних ситуаціях, так і загалом. Вони можуть формувати нові моделі поведінки, спрямовані на безпеку (наприклад, не сидіти спиною до дверей, постійно перевіряти дзеркала заднього виду в автомобілі)

Симптоми зберігаються протягом щонайменше кількох тижнів і викликають значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній чи інших важливих сферах функціонування.

- Додаткові клінічні ознаки

Поширені симптоми посттравматичного стресового розладу можуть включати в себе:

- загальну дисфору;
- дисоціативні симптоми;
- соматичні скарги;
- суїцидальні думки та поведінку;
- соціальну замкнутість;
- надмірне вживання алкоголю або наркотичних засобів, щоб уникнути повторного переживання або щоб впоратися з емоційними реакціями або компульсіями у відповідь на спогади чи нагадування про травму.

Емоційні переживання людей з посттравматичним стресовим розладом зазвичай включають гнів, сором, зневіру, приниження або почуття провини, у тому числі провини вцілілого.»

Шкала самооцінки PCL -М (військова версія)

Шкала самооцінки PCL -М (військова версія):

Ім'я _____

Інструкція щодо заповнення: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) військового досвіду. Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «Х» у графі, що найбільш чітко відображає частоту, з якою Вас турбувало це питання минулого місяця №; Питання Не було зовсім (1) Інколи (2) Помірно (3) Часто (4) Дуже часто (5)

1 Думки і спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?

2 Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?

3 Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або відчуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?

4 Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого?

5 Фізично реагуєте (тобто - сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує вам про травматичний досвід з минулого?

6 Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?

7 Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючи ситуацію з минулого?

8 Відчували труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?

9 Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?

10 Відчували відстороненість або ж «відрізаність» від інших людей?

11 Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?

12 Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?

- 13 Труднощі із засинанням або переривчастий поверхневий сон?
- 14 Відчуття роздратування або вибухи гніву?
- 15 Труднощі з концентрацією уваги?
- 16 Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?
- 17 Відчуваєте себе знервованим/ою (смиканий) або легко лякаєтесь» [10]