

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 Надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим  
стресовим розладом  
(назва теми)

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу,  
групи СНз-113м  
Спеціальності 053 Психологія  
(код і найменування спеціальності)  
Освітня програма (спеціалізація)  
Психологія  
ЗАКУТСЬКА В.В.  
(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)  
Керівник СТАДНИК А.Г.  
(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)  
Рецензент ЩЕРБИНА В.В.  
(ПРИЗВИЩЕ 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 2024 року

## З А В Д А Н Н Я

### НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

ЗАКУТСЬКА Вікторія Вікторівна

(ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом

керівник проєкту (роботи) к.соц.н., доцент Стадник Альона Георгіївна  
(науковий ступінь, вчене звання, ПРІЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

затверджені наказом закладу вищої освіти від «02» вересня 2024 року № 358

2. Строк подання студентом проєкту (роботи) 11 грудня 2024 року

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 112 сторінок, 95 джерел, 10 рисунків, 9 таблиць, 2 додатки.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: узагальнено теоретичні основи дослідження розвитку гострого стресового розладу (ГСР) у бійців; розглянуто головні аспекти організації екстреної психологічної допомоги військовослужбовцям з ГСР; окреслено методи та техніки надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом; проведено емпіричне дослідження психологічного стану бійців, що пережили травматичний досвід в умовах бойових дій та діагностику гострого стресового розладу; розроблено рекомендації щодо надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом; оцінено ефективність реалізованих заходів.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): рис.1.1 Форми прояву стресових реакцій у військовослужбовців (Є. Бондаренко); рис.1.2. Симптоматика гострого стресового розладу (Т. Гончаренко); рис.1.3. Критерії розмежування моделі екстреної психологічної допомоги (ЕПП) (В. Кощинець); таблиця 2.1 Результати

непрямого спостереження за бійцями (50 осіб) (констатувальний етап); рис.2.1. Результати спостереження наявності симптомів гострого стресового розладу в бійців після повернення з зони активних бойових дій; таблиця 2.2 Рівні стресу бійців за методикою: «Шкала психологічного стресу PSM-25» (констатувальний етап); рис.2.2. Виявлення рівня стресу в бійців за методикою: «Шкала психологічного стресу PSM-25»; таблиця 2.3 Результати статистичного аналізу за методикою: «Шкала психологічного стресу PSM-25» (констатувальний етап); таблиця 2.4 Результати діагностики гострого стресового розладу бійців за методикою «Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)» (констатувальний етап); рис.2.3. Вираженість травматичного стресу в бійців за методикою «Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)» (констатувальний етап); таблиця 2.5 Результати статистичного аналізу симптомів розвитку ГСР за методикою «Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)» (констатувальний етап); таблиця 2.6 Результати оцінки актуального стану бійців за методикою «Актуальний стан (АС) (Л. Куліков)» (констатувальний етап); рис.3.1. Модель критичного інциденту (Джеффри Т. Мітчелл і Джорджем С. Еверлі); рис.3.2. Модель кризового втручання (Джеймс Н. Макгоуен); рис.3.3. Модель екстреної психологічної допомоги бійцям з ГСР (розроблено автором); рис.3.4. Динаміка показника рівня стресу бійців за методикою «Шкала психологічного стресу PSM-25» (контрольний етап); таблиця 3.1 Результати статистичного аналізу за методикою: «Шкала психологічного стресу PSM-25» (контрольний етап); рис.3.5. Динаміка вираженості травматичного стресу в бійців за методикою «Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)» (контрольний етап); таблиця 3.2 Аналіз динаміки симптомів розвитку ГСР за методикою «Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)» (контрольний етап); таблиця 3.3 Зміни показників актуального стану бійців за методикою «Актуальний стан (АС) (Л. Куліков)» (контрольний етап).

## 6. Консультанти розділів проєкту (роботи)

| Розділ   | ПРИЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта | Підпис, дата   |                           |
|----------|-------------------------------------------|----------------|---------------------------|
|          |                                           | завдання видав | прийняв виконане завдання |
| 1        | Стадник А.Г., доцент                      | 23.09.2024     | 06.10.2024                |
| 2        | Стадник А.Г., доцент                      | 07.10.2024     | 20.10.2024                |
| 3        | Стадник А.Г., доцент                      | 21.10.2024     | 27.10.2024                |
| Нормок-ь | Коваль В.А. в.о. зав. каф.                | 08.11.2024     | 10.11.2024                |

7. Дата видачі завдання «29» серпня 2024 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)     | 29.08.2024                                |          |
| 2     | Збір матеріалу та вивчення літературних джерела дипломний проєкт (роботу) | 30.08.2024                                |          |
| 3     | Затвердження теми                                                         | 02.09.2024                                |          |
| 4     | Складання змісту                                                          | 20.09.2024                                |          |
| 5     | Виконання першого розділу                                                 | 23.09.2024                                |          |
| 6     | Виконання другого розділу                                                 | 07.10.2024                                |          |
| 7     | Виконання третього розділу                                                | 21.10.2024                                |          |
| 8     | Формування висновків                                                      | 28.10.2024                                |          |
| 9     | Перевірка роботи керівником                                               | 01.11.2024                                |          |
| 10    | Оформлення дипломного проєкту (роботи)                                    | 04.11.2024                                |          |
| 11    | Нормоконтроль та перевірка на запозичення                                 | 08.11.2024                                |          |
| 12    | Попередній захист дипломного проєкту(роботи)                              | 11.12.2024                                |          |
| 13    | Подання роботи на кафедру                                                 | 11.12.2024                                |          |
| 14    | Одержання відгуку та рецензії                                             | 13.12.2024                                |          |
| 15    | Захист дипломної роботи                                                   | .2024                                     |          |

Студент(ка) \_\_\_\_\_  
(підпис )

Вікторія ЗАКУТСЬКА  
(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проєкту (роботи) \_\_\_\_\_  
( підпис )

Альона СТАДНИК  
(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 112 сторінок, 95 джерел, 10 рисунків, 9 таблиць, 2 додатки.

Об'єкт дослідження: гострий стресовий розлад як психічний феномен.

Предмет дослідження: методи та технології екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом.

Мета дослідження: розробити та обґрунтувати ефективні методи екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз та узагальнення наукової літератури з метою визначення стану розробленості проблеми надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом; синтез; індукція та дедукція;

- емпіричні: психодіагностичне тестування за обраними методиками: Шкала психологічного стресу PSM-25; Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв); Методика Актуальний стан (АС) (Л. Куліков).

- статистико-математичні: статистичний аналіз (кількісний аналіз емпіричних даних з використанням методів математичної статистики); графічний аналіз (для візуалізації даних та виявлення закономірностей); табличний аналіз.

Практична значущість включає розробку рекомендацій для медичних працівників і психологів щодо надання ефективної екстреної психологічної допомоги бійцям у кризових ситуаціях та їх впровадження в рамках реалізації реабілітаційних заходів.

ЕКСТРЕНА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА, ГОСТРИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН, БОЙОВІ ДІЇ, СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД, БІЙЦІ

## ЗМІСТ

|                                                                                                                                                               |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| ВСТУП.....                                                                                                                                                    | 5   |
| РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ БІЙЦЯМ З ГОСТРИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ.....                                                | 12  |
| 1.1 Теоретичне підґрунтя дослідження розвитку гострого стресового розладу у бійців.....                                                                       | 12  |
| 1.2. Основи екстреної психологічної допомоги бійцям під час гострого стресового розладу .....                                                                 | 24  |
| 1.3. Методи та техніки надання допомоги бійцям з гострим стресовим розладом .....                                                                             | 38  |
| Висновки до розділу 1.....                                                                                                                                    | 43  |
| РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ БІЙЦІВ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ: ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ .. | 45  |
| 2.1. Організація та методологія дослідження .....                                                                                                             | 45  |
| 2.2. Аналіз даних непрямого спостереження за бійцями .....                                                                                                    | 57  |
| 2.3. Результати та інтерпретація даних психодіагностики .....                                                                                                 | 62  |
| Висновки до розділу 2.....                                                                                                                                    | 73  |
| РОЗДІЛ 3 РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ БІЙЦЯМ З ГОСТРИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ ТА ОЦІНКА ЇХ ЕФЕКТИВНОСТІ .....              | 75  |
| 3.1. Розробка моделі надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом .....                                                       | 75  |
| 3.2. Практичні рекомендації для медичних працівників та психологів .....                                                                                      | 84  |
| 3.3. Оцінка ефективності реалізованих заходів .....                                                                                                           | 93  |
| Висновки до розділу 3.....                                                                                                                                    | 97  |
| ВИСНОВКИ .....                                                                                                                                                | 98  |
| ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ.....                                                                                                                 | 101 |
| ДОДАТКИ .....                                                                                                                                                 | 108 |

## ВСТУП

Актуальність теми. Військовослужбовці знаходяться в групі високого ризику по розвитку психічних розладів, в тому числі реакцій бойового і військово-професійного стресу, гострого стресового розладу і посттравматичного стресового розладу.

У сучасному світі, зокрема в умовах військового конфлікту в Україні, проблема психічного здоров'я бійців стає дедалі актуальнішою. Гострий стресовий розлад (ГСР) є однією з найбільш поширених форм психічних розладів, що виникають унаслідок травматичних подій. Гострий стресовий розлад (ГСР) є серйозною проблемою, яка виникає у людей після переживання травматичних подій, включаючи військові конфлікти. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, психічні розлади, зокрема ГСР, вражають значну частину військовослужбовців, що потребує термінового втручання та надання екстреної психологічної допомоги. Бійці, які повертаються з фронту, часто стикаються з психоемоційними розладами, що можуть негативно вплинути на їхнє життя, здоров'я та соціальну адаптацію. На сьогоднішній день психічні та поведінкові розлади в структурі санітарних втрат терапевтичного профілю серед військовослужбовців в зоні бойових дій складають 12,8%, з них 77,5% припадають на невротичні, пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади (психічна дезадаптація, психологічні стресові реакції). У зв'язку з такою невтішною статистикою, вкрай актуальною проблемою в умовах сьогодення постає охорона психічного здоров'я в Збройних Силах України.

Вплив війни на розвиток стресових реакцій у військовослужбовців є складним і багатогранним процесом, який потребує комплексного підходу до лікування та підтримки. Розуміння механізмів стресу, його симптоматики та соціального контексту є критично важливими для розробки ефективних стратегій профілактики та лікування психічних розладів у військових. Забезпечення належної підтримки та ресурсів для бійців не тільки сприяє

їхньому відновленню, але й покращує загальну якість життя після повернення з війни.

Актуальність теми зумовлена необхідністю розробки ефективних методів екстреної психологічної допомоги для бійців, які пережили травму, що дозволить запобігти розвитку хронічних психічних розладів і поліпшити якість їхнього життя.

Проблема дослідження полягає в недостатній підготовленості медичних та психологічних служб до надання екстреної психологічної допомоги бійцям з ГСР. Існує брак наукових досліджень та методичних розробок, що стосуються специфіки проявів ГСР у військових, а також ефективності різних підходів до психологічної реабілітації. Важливо визначити найкращі практики та методи надання допомоги, які враховують специфіку військового контексту. В Україні, де військові дії тривають, ця проблема є особливо актуальною.

Дослідження базується на теоріях стресу і травми (Г. Сельє, Р. Лазарус, Д. Герман), концепції травматичного стресу (М. Горовіц, Н.В. Тарабріна), а також на принципах гуманістичної психології. Теорії стресу і травми надають важливе розуміння механізмів реакції бійців на стресові ситуації, а гуманістична психологія пропонує цінні підходи до роботи з людьми, які пережили гострий стресовий розлад, акцентуючи увагу на їхніх потребах та потенціалі для відновлення.

Теоретичну базу дослідження складатимуть праці відомих зарубіжних науковців: Г. Айлена, Д. Гоулмана, С. Мадді, Г. СелІгмана та ін.

Серед авторів, які займаються проблемою ГСР та екстреної психологічної допомоги, можна виділити роботи: Д. Герман – дослідження травми та її впливу на психіку; Н. Федоренко – соціально-психологічна підтримка військових у стресових ситуаціях та її роль у подоланні стресу у військових; П. Романенко – аналіз наслідків психічного травмування військовослужбовців під час бойових дій; С. Яременко – дослідження впливу травми на психіку військових та методи їх лікування; Б. Енгеля – методи

надання допомоги в умовах екстремального стресу; П. Ситника – специфіка психологічного супроводу військовослужбовців в Україні; А. Петренко – практичні рекомендації щодо надання екстреної психологічної допомоги; Н. Савченко – оцінка психологічних аспектів війни та їх вплив на військових; О. Денисенко – психологічні наслідки війни для військовослужбовців та ін. Ці роботи свідчать про необхідність розробки ефективних методик для надання екстреної психологічної допомоги бійцям з ГСР.

Питання бойового стресу та його наслідків для військовослужбовців висвітлені в роботах: В. Афанасенко, Н. Жигайло, Н. Костючков, С. Кравченко, О. Тімченко та ін.

Обмеженість наукових досліджень з проблеми розвитку гострого стресового розладу у бійців в умовах військових подій та вивчення його впливу на військовослужбовців, а також надання екстреної психологічної допомоги бійцям із ГСР підкреслює актуальність дослідження на тему: Надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом.

Об'єкт дослідження: гострий стресовий розлад як психічний феномен.

Предмет дослідження: методи та технології екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом.

Гіпотеза: гострий стресовий розлад у військовослужбовців має власні психологічні особливості та характеризується високими показниками за шкалами: повторне переживання події травми, вторгнення, гіперактивація, емоціональний дистресу та дезадаптація.

Мета дослідження: Розробити та обґрунтувати ефективні методи екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом.

Завдання:

1. Узагальнити теоретичні основи дослідження розвитку гострого стресового розладу (ГСР) у бійців.
2. Розглянути головні аспекти організації екстреної психологічної допомоги військовослужбовцям з ГСР.

3. Окреслити методи та техніки надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом.

4. Провести емпіричне дослідження психологічного стану бійців, що пережили травматичний досвід в умовах бойових дій та діагностику гострого стресового розладу.

5. Розробити рекомендації щодо надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом.

6. Оцінити ефективність реалізованих заходів.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз та узагальнення наукової літератури з метою визначення стану розробленості проблеми надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом; синтез; індукція та дедукція;

- емпіричні: психодіагностичне тестування за обраними методиками: Шкала психологічного стресу PSM-25; Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв); Методика Актуальний стан (АС) (Л. Куліков).

- статистико-математичні: статистичний аналіз (кількісний аналіз емпіричних даних з використанням методів математичної статистики); графічний аналіз (для візуалізації даних та виявлення закономірностей); табличний аналіз.

Дослідження має на меті не лише теоретичне осмислення проблеми ГСР серед бійців, але й практичну реалізацію ефективних методик екстреної психологічної допомоги, що сприятиме покращенню психічного здоров'я військовослужбовців і їхньої адаптації до мирного життя після служби.

Наукова новизна дослідження полягає в:

1. Розробці нової моделі екстреної психологічної допомоги бійцям з ГСР, яка враховує специфіку військової служби та індивідуальні особливості постраждалих.

2. Впровадженні інтегративного підходу, що поєднує різні методи психологічної підтримки (когнітивно-поведінкова терапія, арт-терапія, групова терапія).

3. Проведенні емпіричного дослідження ефективності запропонованих заходів у реальних умовах.

Теоретична значущість роботи полягає в розширенні знань про механізми виникнення ГСР та впливу екстреної психологічної допомоги на процеси відновлення психічного здоров'я.

Практична значущість включає розробку рекомендацій для медичних працівників і психологів щодо надання ефективної екстреної психологічної допомоги бійцям у кризових ситуаціях та їх впровадження в рамках реалізації реабілітаційних заходів.

Апробація дослідження: IX Міжнародна науково-практична конференція «Військова психологія у вимірах війни і миру: проблеми, досвід, перспективи», 25-26 жовтня 2024 року, Київський національний університет імені Тараса Шевченка, факультет психології, м. Київ.

Структура дослідження: робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, переліку використаних літературних джерел та додатків.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ БІЙЦЯМ З ГОСТРИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

#### 1.1. Теоретичне підґрунтя дослідження розвитку гострого стресового розладу у бійців

Війна є одним з найпотужніших стресогенних факторів, які можуть суттєво вплинути на психічне здоров'я військовослужбовців. Під час бойових дій солдати піддаються екстремальним умовам, які викликають різноманітні стресові реакції.

Стресова реакція є результатом взаємодії між індивідом і його оточенням, що підкреслює важливість соціальних і екологічних факторів у формуванні стресових реакцій. Стресова реакція – це природна відповідь організму на загрозу. У військових умовах ця реакція часто активується внаслідок небезпеки для життя, фізичного насильства або психологічного тиску.

В рамках науково-психологічних досліджень поняття стрес характеризують як: психофізіологічну реакцію організму на різноманітні зовнішні або внутрішні подразники, що викликають напругу і потребують адаптації (Селівко) [48]; стан емоційного або фізичного напруження, який виникає у відповідь на вимоги середовища, що перевищують можливості індивіда (Левченко)[32]; процес, який включає в себе взаємодію між особистістю та середовищем, що веде до змін у фізіологічному, емоційному та поведінковому станах (Коваленко)[21].

Стрес не є лише наслідком зовнішніх подій; він також залежить від суб'єктивної оцінки ситуації особистістю. Це означає, що одна й та ж подія може викликати різні реакції у різних людей [15].

Р. Лазарус підкреслює те, що стресова реакція є результатом оцінки особистістю ситуації як загрозової або викликової труднощами, що потребують адаптації, і супроводжується емоційними та фізичними змінами [31].

В дослідженнях С. Сененко, стресова реакція характеризується як комплекс фізіологічних і психологічних змін, які виникають у відповідь на зовнішні або внутрішні стресори, що перевищують звичні адаптаційні можливості організму [49].

С. Кобаса характеризує стресову реакцію як динамічний процес, який включає в себе взаємодію між індивідом і його середовищем, що призводить до активації захисних механізмів у відповідь на загрози або виклики [84].

Стресова реакція є результатом взаємодії між індивідом і його оточенням, що підкреслює важливість соціальних і екологічних факторів у формуванні стресових реакцій.

Слід зазначити, що стресова реакція охоплює як фізіологічні, так і психологічні аспекти, що свідчить про складність цього явища. Це підтверджує важливість розгляду стресу з багатьох точок зору.

Г. Сельє, канадський ендокринолог, є одним з перших вчених, які систематизували поняття стресу. Він визначив стрес як неспецифічну реакцію організму на будь-які вимоги або загрози, які ставляться перед людиною [55].

Сельє визначив стрес як «неспецифічну реакцію організму на будь-яку вимогу». Він розробив концепцію «синдром адаптації», що складається з трьох стадій: тривоги, опір і виснаження.

Нами було виділено основні положення теорії Г. Сельє [55]:

1. Неспецифічна реакція: стрес є універсальною реакцією організму на різноманітні стресори (фізичні, емоційні, психологічні).

2. Стадії стресу: Г. Сельє виділяє три стадії стресу:

- стадія тривоги: Перший етап, коли організм реагує на загрозу;
- стадія опору: Організм намагається адаптуватися до стресору;

– стадія виснаження: Якщо стресор триває занадто довго, ресурси організму вичерпуються, що може призвести до фізичних і психічних захворювань.

Р. Лазарус підходить до вивчення стресу з точки зору когнітивної психології. Вчений підкреслює важливість особистісної оцінки ситуації, вважаючи, що стрес виникає, коли індивід сприймає загрозу своїм ресурсам або благополуччю. Він акцентує увагу на тому, як люди сприймають та оцінюють стресори [31]:

Р. Лазарус розробив концепцію (когнітивна оцінка), згідно з якою стрес виникає внаслідок оцінки ситуації (первинна та вторинна оцінка):

2. Первинна оцінка: Оцінка загрози або виклику.

3. Вторинна оцінка: Оцінка ресурсів для подолання стресу.

4. Копінг: Р. Лазарус виділяє два основних типи стратегій подолання стресу: проблемно-орієнтовані (фокус на вирішенні проблеми) та емоційно-орієнтовані (фокус на управлінні емоціями).

Д. Герман, психолог і психотерапевт, зосереджується на травматичних переживаннях та їх впливі на психіку. Д. Герман акцентує на тому, що травма є наслідком насильства та порушення довіри. Дослідниця визначає травму як досвід, що перевищує можливості людини впоратися з ним та виділяє два типи травми: травма першого порядку (одноразова подія) та травма другого порядку (тривала експозиція до насильства). На думку Д. Герман, травма може суттєво вплинути на самоусвідомлення та ідентичність особистості. Вчена підкреслює важливість соціальної підтримки та терапії для відновлення після травми [7].

В рамках проведеного аналізу та узагальнення наукових джерел нами було виділено основні механізми розвитку стресу в бійців:

1. Активація системи «бийся або тікай»: при виникненні загрози в людини активуються симпатична нервова система і ендокринна система, що призводить до викиду адреналіну та кортизолу. Це викликає фізіологічні

зміни, такі як підвищення серцевого ритму, збільшення артеріального тиску та підвищення рівня цукру в крові.

2. Когнітивні зміни: стрес може призводити до спотворення сприйняття реальності, що ускладнює прийняття рішень і адекватну оцінку ситуації.

3. Емоційні реакції: військовослужбовці можуть відчувати широкий спектр емоцій – від страху і тривоги до гніву і відчаю. Ці емоції можуть впливати на їхню здатність діяти ефективно в бойових умовах.

Стресові реакції у військовослужбовців можуть проявлятися в різних формах (рис.1.1):



Рис.1.1 Форми прояву стресових реакцій у військовослужбовців  
(Є. Бондаренко) [3]

1. Гострий стресовий розлад (ГСР): симптоми можуть виникнути протягом трьох днів після травматичної події і включають тривогу, флешбеки, порушення сну, фізичні симптоми (головний біль, шлункові розлади).

2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): якщо симптоми зберігаються більше місяця, діагноз може бути змінений на ПТСР. Це може включати хронічну тривогу, депресію, соціальну ізоляцію та проблеми з управлінням емоціями.

3. Депресивні стани: військовослужбовці можуть відчувати втрату інтересу до життя, відчуття безнадійності та суїцидальні думки.

Гуманістична психологія фокусується на індивідуальному досвіді, самоусвідомленні та особистісному зростанні. Основні принципи гуманістичної психології при дослідженні гострого стресового розладу (ГСР):

1. Цілісність особистості: гуманістична психологія розглядає людину як цілісну істоту, де фізичний, емоційний і соціальний аспекти взаємопов'язані.
2. Самоактуалізація: важливість допомоги особистості в реалізації її потенціалу, навіть у складних умовах.
3. Емпатія та прийняття: психологи повинні проявляти емпатію до переживань клієнта та створювати безпечне середовище для відкритого вираження емоцій.
4. Автентичність: підтримка індивіда в пошуку своєї справжньої сутності та цінностей.
5. Фокус на ресурсах: замість акцентування на проблемах, гуманістична психологія підкреслює важливість ресурсів і можливостей особистості для подолання труднощів.

Військовослужбовці, які пережили бойові дії, ризикують зіткнутися з тривалими наслідками для психічного здоров'я, це може включати: хронічні психічні розлади: ГСР і ПТСР можуть призвести до довготривалих проблем із психічним здоров'ям; соціальні проблеми: ізоляція та труднощі в адаптації до цивільного життя можуть призвести до конфліктів у родині та на роботі; фізичне здоров'я: психологічний стрес може впливати на фізичне здоров'я, викликаючи хронічні захворювання [8].

Вплив війни на розвиток стресових реакцій також залежить від соціальних і культурних контекстів. Підтримка з боку родини, товаришів по службі та суспільства може суттєво зменшити ризик розвитку серйозних психічних розладів. Культурні норми та очікування щодо чоловічої поведінки можуть ускладнити вираження емоцій і звернення за допомогою.

Війна – це не лише фізичний конфлікт, а й глибокий психологічний виклик, який впливає на всіх учасників бойових дій. Психологічні наслідки

війни можуть бути катастрофічними, і одним із найбільш серйозних проявів є гострий стресовий розлад (ГСР).

Війна є одним із найпотужніших стресових факторів, що викликає гострий стресовий розлад (ГСР) у військовослужбовців. Гострий стресовий розлад (ГСР) є однією з найпоширеніших форм психічних розладів, які виникають внаслідок травматичних переживань. Особливо актуальним це питання є для військовослужбовців, які стикаються з екстремальними умовами під час бойових дій. ГСР може призвести до серйозних наслідків для психічного здоров'я бійців, їх соціальної адаптації та загальної якості життя.

Гострий стресовий розлад – це психічний стан, який виникає внаслідок переживання або свідчення травматичних подій.

Класифікація ГСР у міжнародній системі [21]:

1. DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів): Гострий стресовий розлад (код 308.3) визначається як короткочасний розлад, що виникає внаслідок травматичного досвіду.

2. МКБ-10 (Міжнародна класифікація хвороб): Гострий стресовий розлад (код F43.0) охоплює симптоми, які з'являються протягом трьох днів після травми і тривають не більше одного місяця.

Згідно з DSM-5 (Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів), симптоми ГСР можуть включати флешбеки, уникнення певних ситуацій, підвищену тривожність і емоційну відчуженість. Якщо симптоми тривають більше місяця, діагноз може бути змінено на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Гострий стресовий розлад (acute stress disorder, ASD) або гостра реакція на стрес (acute stress reaction, ASR), також відомий як психологічний шок, психічний шок або просто шок – це психологічна відповідь на жахливий, травматичний або несподіваний досвід. Бойова психічна травма є подібною реакцією на травму війни.

Гострий стресовий розлад – це реакція організму на травматичний досвід, що проявляється у вигляді інтенсивного страху, тривоги та дисфункції

в соціальному чи професійному житті. ГСР характеризується появою симптомів, таких як флешбеки, нічні жахи, емоційна німість та уникання ситуацій, що нагадують про травму [45].

Гострий стресовий розлад – це тимчасовий розлад, який розвивається у людини у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес. Гострий стресовий розлад – це гострі стресові реакції, які виникають не менше ніж через 3 дні і не більше ніж через 4 тижні після травмуючої події.

Стресовий розлад – це психічний стан, що виникає внаслідок реакції організму на тривалі або інтенсивні стресові ситуації, що призводять до порушення емоційного, когнітивного та фізичного функціонування (American Psychiatric Association) [69].

Р. Сапольські, Д. Кесслер та ін. вчені підкреслюють на те, що стресовий розлад характеризується наявністю симптомів, які впливають на повсякденне життя людини, включаючи тривогу, депресію, проблеми зі сном і порушення концентрації. На думку Г. Сельє, це розлад, який виникає у відповідь на травматичні події або хронічний стрес, що може призвести до розвитку різних психічних і фізичних захворювань [75; 77; 81].

За визначенням П. Романенко, війна створює численні стресові фактори, які можуть призвести до розвитку ГСР у бійців, серед них [44]:

1. Фізична небезпека: постійна загроза для життя та здоров'я є одним із основних джерел стресу. Бійці піддаються ризику отримання травм або загибелі, що викликає постійну тривогу.

2. Психологічний тиск: бойові дії супроводжуються емоційним навантаженням. Бійці можуть бути свідками насильства, смерті товаришів по службі або мирних жителів, що може викликати глибокі психологічні травми.

3. Емоційний тягар: Спостереження за стражданнями інших.

3. Ізоляція: військова служба часто пов'язана з фізичною та емоційною ізоляцією від сім'ї та друзів. Ця ізоляція може посилити почуття тривоги та безпорадності.

4. Відсутність контролю: у бойових умовах бійці часто не мають контролю над ситуацією, що може призвести до почуття безвиході і безсилля.

Результати проведеного аналізу теоретичних джерел надали можливість виділити чинники виникнення ГСР у військовослужбовців:

1. Індивідуальні чинники: попередні психологічні проблеми; вік і стать; ступінь розвитку особистості.

2. Ситуаційні чинники: характер бойових дій (інтенсивність, тривалість); наявність підтримки від товаришів по службі та командування.

3. Соціально-економічні чинники: стан здоров'я до служби; соціальна підтримка після повернення з війни.

Симптоми ГСР можуть бути класифіковані на кілька категорій (рис. 1.2).

Т. Гончаренко було окреслено декілька категорій симптомів розвитку гострого стресового розладу у військових:

1. Емоційні симптоми

Тривога: Бійці можуть відчувати постійну тривогу, яка супроводжується відчуттям небезпеки.

Депресія: Втрата інтересу до діяльності, що раніше приносила задоволення, може свідчити про розвиток депресивних станів.

Виникнення почуття провини: Бійці можуть відчувати провину за те, що вижили, коли їхні товариші загинули.

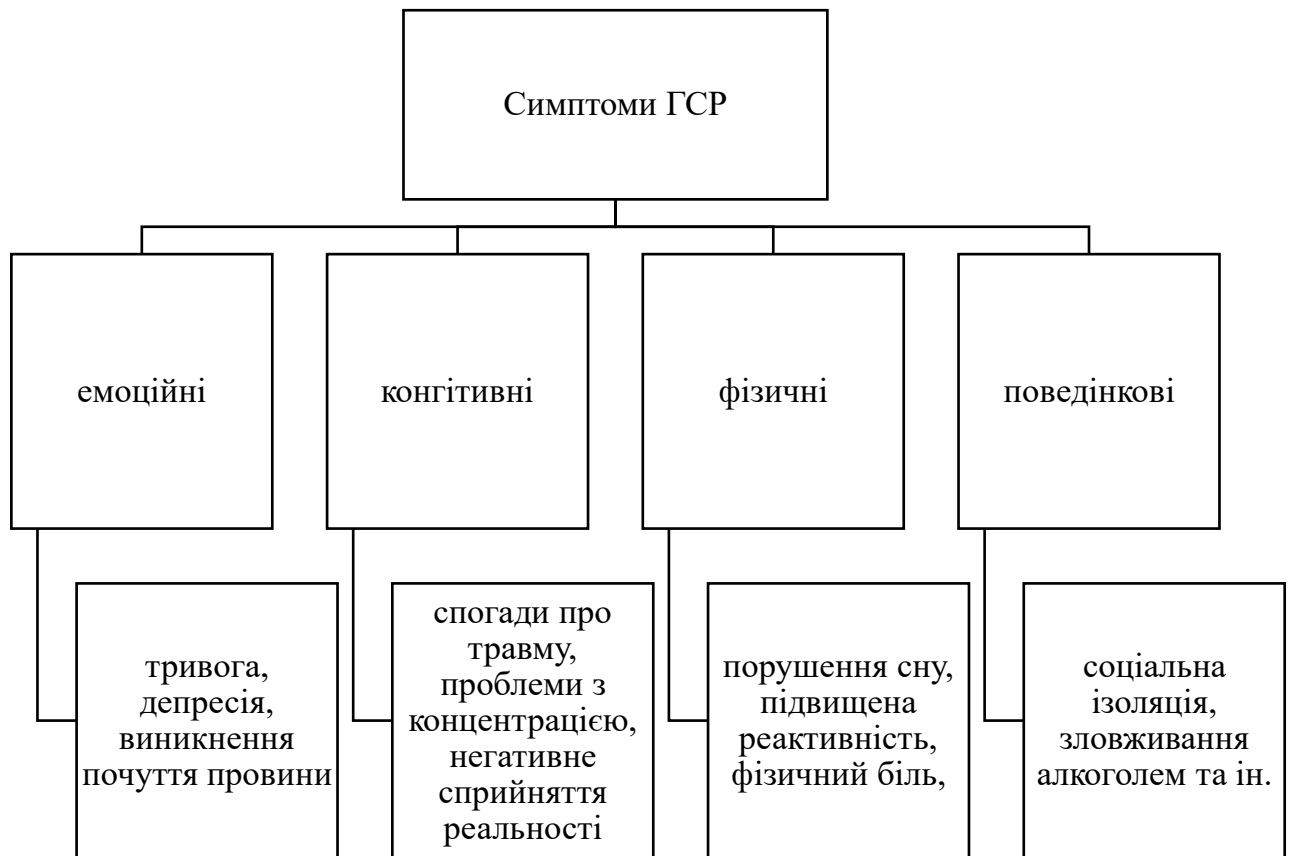


Рис.1.2. Симптоматика гострого стресового розладу (Т. Гончаренко) [8]

## 2. Когнітивні симптоми

**Спогади про травму:** Непрохані спогади про бойові дії можуть виникати у будь-який момент, викликаючи сильний дискомфорт.

**Проблеми з концентрацією:** Бійці можуть мати труднощі з фокусуванням на завданнях або прийняттям рішень.

**Негативне сприйняття реальності:** Песимістичні думки про майбутнє або про власні здібності.

## 3. Фізичні симптоми

**Порушення сну:** Безсоння або часті нічні жахи є поширеними ознаками ГСР.

**Підвищена реактивність:** Бійці можуть відчувати фізичну напругу або панічні атаки у відповідь на певні тригери.

Фізичний біль: Хронічний біль без очевидної медичної причини може бути проявом стресу.

#### 4. Поведінкові симптоми

Соціальна ізоляція: Бійці можуть уникати спілкування з друзями та родиною через страх або сором.

Зловживання алкоголем або наркотиками: Деякі військовослужбовці можуть вдаватися до самозаспокоєння через алкоголь або наркотики.

О. Блінов підкреслює на те, що основними психотравмуючими факторами бойових дій є наступні події: важкі і тривалі бої; загибель товаришів по службі під вогнем противника; тяжкі тілесні ушкодження та поранення; суїциди і вбивства; значні руйнування і природні катастрофи, що викликають страждання мирного населення; загибель цивільних осіб в результаті військових операцій [2]. Порушення при бойовому стресі в першу чергу проявляються як нездатність або відмова здійснювати свої обов'язки по службі. Такого роду прояви зустрічаються на самих ранніх етапах і відбуваються через цілого комплексу стресфакторів і підвищення інтенсивності ведення бойових дій (БД). Такими симптомами можуть бути: неможливість здійснювати активне протистояння, уникнення контакту, апатія. У військовослужбовців, які відчують бойову втому, розвивається висока ймовірність повторення вищевказаних симптомів.

Гострий стресовий розлад може проявлятися різними способами. Основні симптоми включають: флешбеки (повторне переживання травматичних подій, що може відбуватися через спогади або тригери; уникнення (бійці можуть уникати ситуацій, які нагадують їм про травму, що може призвести до соціальної ізоляції); підвищена тривожність (постійне відчуття напруги і готовності до небезпеки; емоційна відчуженість (втрата інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення). Ці особливості можуть суттєво вплинути на якість життя дорослих, які пережили травматичні події під час війни [12].

ГСР виникає внаслідок складної взаємодії біологічних, психологічних та соціальних факторів. Військові ситуації часто супроводжуються високим рівнем стресу, що активує реакцію «бийся або тікай». Ця реакція може призвести до дисбалансу в роботі нервової системи, що впливає на емоційний та фізичний стан особистості.

Дослідження показують, що генетична схильність та гормональні зміни (зокрема, підвищення рівня кортизолу) можуть впливати на ризик розвитку ГСР. Підвищений рівень стресових гормонів може призводити до змін у мозкових структурах, відповідальних за емоції та пам'ять [23].

Дослідження І. Либерзон, К. Шрипада спрямоване на вивчення нейробиологічних змін, пов'язаних з ГСР у військовослужбовців виявило зміни в активності амігдали та префронтальної кори мозку у солдатів з ГСР та довело, що нейробиологічні фактори можуть впливати на розвиток ГСР і потребують подальшого вивчення [87].

Індивідуальні психологічні характеристики, такі як стійкість до стресу, попередній досвід травм або наявність психічних розладів в анамнезі, можуть збільшити ризик розвитку ГСР.

Гострий стресовий розлад може привести до серйозних наслідків для психічного здоров'я бійців: він може призводити до соціальної ізоляції, проблем у стосунках, зниження працездатності та навіть до суїцидальних тенденцій. Важливою є своєчасна допомога та підтримка для запобігання переходу ГСР у хронічну форму. Соціальна підтримка відіграє важливу роль у процесі адаптації після травми. Військовослужбовці, які мають сильні соціальні зв'язки, мають менший ризик розвитку ГСР.

Дослідження, проведене К. Ходжем, К. Кастро та С. Мессером було спрямоване на вивчення поширеності ГСР серед військовослужбовців після повернення з бойових дій. Вченими було виявлено, що близько 15% військових, які повернулися з Іраку та Афганістану, мали симптоми ГСР [82].

Результати дослідження показали необхідність у ранньому виявленні та лікуванні ГСР для запобігання розвитку ПТСР.

Дослідження С. Брайана, Е. Морроу аналізувало фактори ризику розвитку ГСР у ветеранів бойових дій. Вченими було виявлено, що попередні психологічні проблеми та відсутність соціальної підтримки є значними факторами ризику розвитку гострого стресового розладу та визначено, що підтримка сім'ї та друзів може зменшити ризик розвитку ГСР [73].

В роботах О. Альдао було досліджено вплив стратегій подолання на розвиток ГСР у солдатів. Вченим було доведено, що активні стратегії подолання (наприклад, пошук підтримки) асоціювалися з меншими симптомами ГСР та визначено, що навчання ефективним стратегіям подолання може бути корисною для військових [67].

Психологічні розвідки та спостереження за військовими протягом року після повернення з бойових дій К. Уілкінса, Р. Хоутона виявили, що з числа військових з ГСР, що не отримали належної допомоги після травматичної події, до розвитку ПТСР призвело у 30% випадків. Вчені підкреслюють на те, що регулярний моніторинг психічного здоров'я військовослужбовців є критично важливим [95].

В дослідженні А. Фелпса та Т. МакГі було оцінене ефективність раннього втручання для запобігання розвитку ГСР у військових. Вчені прийшли до висновку, що раннє втручання з використанням психотерапії значно зменшило симптоми ГСР, що підкреслює критичну важливість психотерапевтичної допомоги військовим для запобігання тривалим наслідкам стресу [92].

Результати аналізу наукових джерел показали, що гострий стресовий розлад є серйозною проблемою для військовослужбовців, яка потребує уваги з боку психологів, медичних фахівців і суспільства в цілому. Фактори ризику розвитку гострого стресового розладу включають попередні психологічні проблеми і відсутність соціальної підтримки.

Розуміння симптоматики, механізмів виникнення та впливу ГСР дозволяє розробляти ефективні методи профілактики та лікування. Забезпечення належної підтримки та ресурсів для бійців є критично важливим для їхнього відновлення та адаптації після пережитих травм.

Ефективні стратегії подолання та психотерапевтична допомога можуть зменшити ризик розвитку ГСР.

## 1.2. Основи екстреної психологічної допомоги бійцям під час гострого стресового розладу

Екстрена психологічна допомога є невід'ємною частиною системи підтримки людей у кризових ситуаціях. Вона не лише допомагає зменшити негативні наслідки травми, але й сприяє відновленню психічного здоров'я та соціальної інтеграції. Суспільство повинно усвідомлювати важливість цієї допомоги та працювати над її доступністю та ефективністю для всіх, хто її потребує.

Різноманітні психологічні аспекти надання екстреної психологічної допомоги в різних психофізичних станах і теоріях травматичного стресу розглянуто в працях іноземних та вітчизняних дослідників (А. Кардінер, А. Меркер, В. Конторович, В. Петрухін, В. Ромек, Г. Сельє, Дж. Мітчел, К. Калмикова, З. Фрейд, М. Горовіц, М. Падун, Н. Ласко, Н. Тарабріна, Р. Яноф Бурман та ін.) [48; 55]. Огляд основних психологічних особливостей та структурних елементів надання екстреної психологічної допомоги засвідчує складність і багатогранність цієї системи, що потребує володіння відповідними навичками.

Будь-які кризові події – стихійні лиха, нещасні випадки, аварії, катастрофи, озброєні конфлікти, призводять до соціальних та психологічних наслідків, які порушують нормальне життя людей. Коли перед людиною виникає загроза, її природною реакцією на таке зміна у звичній йому обстановці є стрес – стан фізичного та психологічного збудження.

В умовах війни, природних катастроф, терористичних актів або інших кризових ситуацій люди часто стають свідками чи жертвами травматичних подій. Це може призвести до розвитку гострого стресового розладу,

посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та інших психічних захворювань.

Військові, які опинилися в екстремальних ситуаціях, проходять у своїх психологічних станах ряд етапів. Спочатку виникає гострий емоційний шок, який характеризується загальною психічною напругою з переважанням відчуття відчаю та страху при загостреному сприйнятті [47].

Потім настає психофізіологічна демобілізація, суттєве погіршення самопочуття та психоемоційного стану з переважанням почуття розгубленості, панічних реакцій, зниженням моральних норм поведінки, зменшенням рівня ефективності діяльності та мотивації до неї, депресивними тенденціями. На цьому, другому, етапі ступінь і характер психогенних порушень у багато в чому залежать не тільки від екстремальної ситуації, її інтенсивності, раптовості виникнення, тривалості дії, а й від особливостей особи постраждалих, а також від збереження безпеки та від нових стресових впливів.

На зміну цьому етапу приходить стадія вирішення, коли поступово стабілізується настрій та самопочуття, проте зберігаються знижений емоційне тло та контакти з оточуючими обмежені. Потім настає стадія відновлення, коли активізується міжособистісне спілкування.

На третьому етапі у людини, яка пережила екстремальний стрес, відбувається складна емоційна та когнітивна переробка ситуації, оцінка власних переживань та відчуттів. При цьому актуальності набувають також травмуючі психіку факторів, пов'язаних зі зміною життєвого стереотипу. Стаючи хронічними, ці фактори сприяють формуванню щодо стійких психогенних розладів. Їх особливістю є наявність вираженого тривожного напруги, страху, різних вегетативних дисфункцій, що породжують згодом психосоматичні порушення. Екстрена психологічна допомога дозволяє швидко реагувати на ці виклики, забезпечуючи необхідну підтримку [34].

Екстрена психологічна допомога – це система заходів, спрямованих на надання термінової підтримки особам, які пережили стресові або травматичні

події. Вона має на меті зменшити психологічний дистрес, відновити емоційний баланс і запобігти розвитку серйозних психічних розладів. У сучасному світі, де наслідки кризових ситуацій стають все більш очевидними, значення екстреної психологічної допомоги важко переоцінити [30].

Основним завданням екстреної психологічної допомоги є попередження розвитку психостресу і переходу його у психотравму.

Основною метою екстреної психологічної допомоги є попередження виникнення негативних психофізіологічних станів і наслідків для особи, яка потрапила в надзвичайні умови.

Відмінною рисою екстреної психологічної допомоги від інших видів психологічної допомоги є те, що [23]:

- по-перше, екстрена психологічна допомога – не нова форма терапії, а швидше, новий спосіб взаємодії з людиною, яка знаходиться в стані кризи. Незважаючи на те, що людство завжди стикалося з надзвичайними ситуаціями і трагедіями, а прагнення допомогти тому, хто потрапив у біду, є однією з базових людських мотивацій, ця нова форма взаємодії з людиною оформилася зовсім недавно. Вона передбачає розвинене почуття колективної відповідальності, цінності життя всіх членів групи, моральну чутливість до болю і страждань іншої людини;
- по-друге, екстрена психологічна допомога працює на соціальну ідеологію про громадську участь і компетентність реагування суспільства по відношенню до постраждалих, про стійкість соціальної, громадської структури до непередбачуваності, кризи;
- по-третє, екстрена психологічна допомога здійснюється у відповідності з ієрархією потреб (першорядним є задоволення базових потреб);
- по-четверте, екстрена психологічна допомога передбачає роботу як з окремою людиною, так і з групою, а також цілою спільнотою. Вона характеризується широким соціальним охопленням, вимогою обліку соціальних процесів, що виникають навколо травматичної події;

– по-п'яте, екстрена психологічна допомога передбачає взаємодію різних служб і форм діяльності, вимагає їх координації [129]

Зміст і методи екстреної психологічної допомоги істотно залежать від характеру надзвичайної ситуації, ефекту її травматичної дії на психіку людини. Тож екстрена психологічна допомога спрямована на підтримку постраждалого, його родичів і рятувальників в осередку надзвичайної ситуації, зменшення їх душевних страждань, зниження впливу на них стресфакторів підвищеної інтенсивності.

П. Романов, Н. Лебедева та ін. вчені визначають поняття «екстрена психологічна допомога» як термінову підтримку, що надається особам, які зазнали психоемоційних травм або пережили стресові події, з метою зменшення негативних наслідків та відновлення психологічного стану [45].

В роботах В. Кощинець, М. Галич екстрена психологічна допомога характеризується як комплекс заходів, спрямованих на надання термінової психологічної підтримки людям у кризових ситуаціях, що включає в себе оцінку стану, надання інформації, емоційної підтримки та практичних рекомендацій [23].

О. Коваленко вважає, що екстрена психологічна допомога – це спеціалізована підтримка, що надається в перші години та дні після травматичних подій з метою запобігання розвитку серйозних психічних розладів [20].

Екстрена психологічна допомога базується на кількох ключових принципах [40]:

1. Швидкість реагування: чим раніше надається допомога, тим більша ймовірність запобігання розвитку серйозних психічних проблем.
2. Доступність: психологічна підтримка повинна бути доступною для всіх, хто її потребує, незалежно від місця проживання чи соціального статусу.
3. Адаптивність: методи надання допомоги повинні бути гнучкими і адаптуватися до конкретних потреб постраждалих.

4. Комплексний підхід: екстрена допомога має охоплювати не лише психологічні, але й соціальні аспекти, враховуючи потреби родини та громади.

Гострий стресовий розлад виникає у відповідь на травматичний досвід і може проявлятися через різноманітні симптоми: відчуття тривоги, флешбеки, порушення сну, емоційна нестабільність та інші. Ці симптоми можуть з'явитися протягом кількох днів після травми і тривати до місяця. Якщо не надати екстрену допомогу, ГСР може перейти у хронічну форму, що потребуватиме тривалого лікування.

Концептуальні підходи до надання екстреної психологічної допомоги є багатограними і взаємодоповнюючими. Вони дозволяють адаптувати допомогу до специфічних потреб постраждалих, враховуючи їхній психологічний стан, соціальне оточення та культурний контекст. Успішна реалізація цих підходів може суттєво покращити якість життя людей, які пережили травму, і сприяти їхньому відновленню. Екстрена психологічна допомога – це не лише професійна підтримка, а й шлях до відновлення віри в себе та своє оточення.

Психосоціальний підхід до екстреної психологічної допомоги акцентує увагу на взаємозв'язку між психологічними і соціальними аспектами життя людини. Він враховує, що травматичний досвід не лише впливає на індивіда, але й на його соціальне оточення. Психосоціальний підхід передбачає[48]:

1. Включення громади: залучення місцевих ресурсів та підтримка громади у процесі відновлення.

2. Групову терапію: створення груп підтримки, де люди можуть ділитися своїми переживаннями та отримувати емоційну підтримку.

Когнітивно-поведінковий підхід базується на принципах когнітивної психології і зосереджується на зміні негативних мисленнєвих патернів, що виникають після травми. Основні елементи включають: ідентифікацію негативних думок (допомогу постраждалим усвідомити і змінити деструктивні переконання); стратегії подолання (навчання технік управління стресом і тривогою, таких як релаксація та дихальні вправи) [55].

Психодинамічний підхід акцентує увагу на внутрішніх конфліктах і несвідомих процесах, які можуть бути спровоковані травматичними подіями. Основні аспекти підходу включають: розуміння емоцій (підтримка постраждалих у вивченні своїх емоцій і реакцій на травму); процес інтеграції переживань (допомога в усвідомленні та інтеграції травматичного досвіду в особисту історію) [73].

Біопсихосоціальний підхід (комплексний підхід) враховує біологічні, психологічні та соціальні фактори, що впливають на стан психічного здоров'я. Він передбачає: медичне обстеження (оцінка фізичного стану постраждалого для виявлення можливих соматичних проблем); підтримку соціальних зв'язків (заохочення до відновлення контактів з родиною та друзями, що сприяє емоційній підтримці) [80].

У сучасному світі важливо враховувати культурні особливості постраждалих. Культурно чуттєвий підхід передбачає уважність до культурних контекстів та розуміння, як культура впливає на сприйняття травми та способи її подолання, а також адаптацію методів: використання технік і стратегій, які відповідають культурним традиціям і цінностям постраждалих. Незважаючи на важливість екстреної психологічної допомоги, існує ряд викликів.

По-перше, недостатня кількість кваліфікованих спеціалістів може призвести до затримок у наданні допомоги.

По-друге, стигма щодо психічного здоров'я в суспільстві може заважати людям звертатися за підтримкою. Нарешті, культурні відмінності можуть вплинути на сприйняття допомоги та готовність її приймати.

Моделі екстреної психологічної допомоги є різноманітними і взаємодоповнюючими. Кожна з них має свої переваги і може бути адаптована до конкретних умов та потреб постраждалих. Екстрена психологічна допомога – це не лише професійна підтримка, а й шлях до відновлення віри в себе та своє оточення. Успішна реалізація цих моделей може суттєво покращити

якість життя людей, які пережили травму, і сприяти їхньому відновленню в умовах сучасних викликів [66].

Моделі відносяться до основних і найбільш ефективних інструментів науки і практики, так як дають можливість цілісного відображення явища, що вивчається. Залежно від завдань дослідження модель розуміється як: опис, схема, зображення якогось процесу, явища чи об'єкта (у разі виду професійної діяльності); цілісна система взаємозалежних елементів; міні-теорія; чітка покрокова схема процесів. Будь-яка потенційно корисна модель включає безліч взаємозалежних елементів [15; 27; 33].

Серед головних вимог до моделі можливо виділити: оптимальність: у моделі можна лише ті властивості і відносини, значення яких визначає хід діяльності; наочність; залежність від завдань; врахування закономірностей, соціокультурної специфіки, психофізіологічних та інших характеристик.

Під моделлю екстреної психологічної допомоги розуміється особлива система та основа дій психолога, що має свої відмінні риси. Метою розробки моделі екстреної психологічної допомоги стало опис її специфіки, яка стає очевидною, якщо описати критерії цього виду діяльності (кому надається допомога, де, в якому разі, коли, яким чином та ін.). Моделі ЕПД розробляють для того, щоб забезпечити швидку та ефективну підтримку, зменшити психологічний дистрес і запобігти розвитку серйозних психічних розладів. У цьому есе розглянемо основні моделі екстреної психологічної допомоги.

Як критерії розмежування моделі екстреної психологічної допомоги від інших видів психологічної допомоги зазвичай використовуються (рис.1.3):

#### 1. Розуміння та цілі екстреної психологічної допомоги

Екстрена психологічна допомога (ЕПД) – це система заходів, спрямованих на надання термінової підтримки особам, які пережили травматичні події.

|                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------|
| Розуміння, визначення цілей екстреної психологічної допомоги (ЕПД). |
| Міжвідомча взаємодія.                                               |

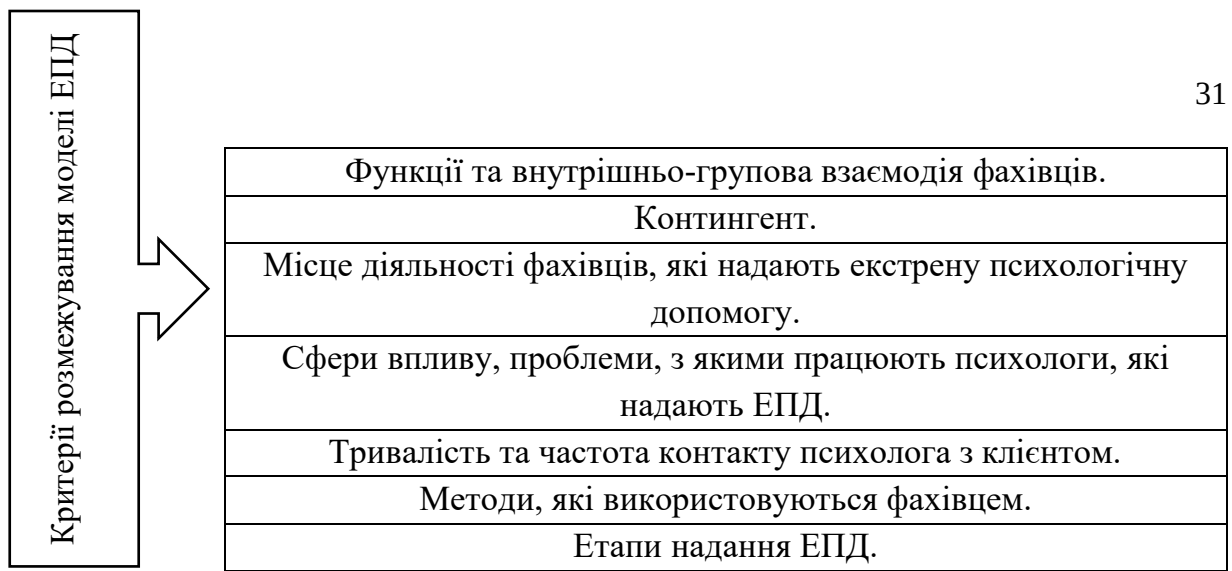


Рис.1.3. Критерії розмежування моделі екстреної психологічної допомоги (ЕПП) (В. Кощинець) [23]

Основні цілі ЕПД: зменшення психологічного дистресу: допомога в подоланні гострих емоційних реакцій; стимулювання адаптації: підтримка у відновленні нормального функціонування; запобігання розвитку психічних розладів: вчасне виявлення та корекція проблем, що можуть виникнути.

## 2. Міжвідомча взаємодія

ЕПД вимагає тісної співпраці між різними службами та установами, такими як:

Медичні служби: для оцінки фізичного стану постраждалих.

Психологічні служби: для оцінки психічного стану постраждалих

Соціальні служби: для забезпечення соціальної підтримки.

Правоохоронні органи: для координації дій під час надзвичайних ситуацій.

Ця взаємодія забезпечує комплексний підхід до вирішення проблем постраждалих.

## 3. Функції та внутрішньо-групова взаємодія фахівців

Фахівці з ЕПД виконують кілька ключових функцій:

Оцінка потреб: визначення рівня психологічного дистресу та потреб постраждалих.

Надання підтримки: проведення індивідуальних та групових сесій.

Консультації та навчання: інформування постраждалих про техніки самодопомоги.

Внутрішньо-групова взаємодія важлива для обміну досвідом, координації дій і забезпечення єдиного підходу.

4. Контингент. ЕПД надається різним категоріям осіб, зокрема:

Жертви травматичних подій: люди, які пережили насильство, катастрофи або інші кризові ситуації.

Свідки подій: особи, які стали свідками травматичних ситуацій.

Родичі постраждалих: члени сімей, які потребують підтримки через переживання близьких.

5. Місце діяльності фахівців, які надають екстрену психологічну допомогу. Фахівці з надання ЕПД можуть працювати в різних місцях, таких як: медичні та реабілітаційні заклади: лікарні, клініки, реабілітаційні центри. Соціальні служби: Центри підтримки; місця надзвичайних ситуацій: зона бойових дій, пункти евакуації, укриття. Це дозволяє надавати допомогу безпосередньо там, де вона найбільш потрібна.

6. Сфери впливу, проблеми, з якими працюють психологи, які надають ЕПД.

Розглянемо особливості надання екстреної психологічної допомоги за різних психофізичних станів, а саме: під час марення та галюцинацій, плачу, істерики та ступору. Головними принципами надання допомоги особі, що перенесла психологічну травму внаслідок впливу екстремальних ситуацій, є: невідкладність; наближеність до місця подій; очікування, що нормальний стан відновиться; єдність і простота психологічної дії.

Екстремальні, кризові, надзвичайні ситуації викликають зміни у когнітивній, емоційній, поведінкових сферах психіки людини. Так, у когнітивній сфері на рівні процесів спостерігаються зміни (порушення відчуттів, уваги, мислення, пам'яті та, як наслідок, сприйняття), а також порушення процесів ухвалення рішення, контролю, регуляції станів [18].

Змінюється стан людини. Емоційна сфера характеризується такими проявами, як тривога; страх, крайнім виразом якого є страх; панічне стан; необґрунтована агресія; гнів; почуття провини; туга, пригніченість, апатія. Внаслідок порушення почуття безпеки втрачається довіра до людей і, загалом, до світу.

Виникають соматовегетативні порушення: порушення сну, апетиту, зниження ваги (або підвищення), енергетичного тону, спостерігається збліднення або почервоніння обличчя, посилюється потовиділення, з'являється напруга в м'язах, тремор, тремтіння або навпаки млявість.

У когнітивній (поведінковій) сфері часто спостерігається дезорганізація поведінки, що полягає або втраті контролю, цілеспрямованості поведінки, що виражається в безцільній активності, або пасивності (реакції завмирання). Якщо ж говорити про характер взаємодії, спілкування, взаємин у цілому, то в цих сферах спостерігається агресивна поведінка (не завжди обґрунтована), конфлікти, пошук винних, відчуження [74].

Психологи, які надають ЕПД, працюють з такими проблемами [17]:

Травматичний стрес: психологічні наслідки травматичних подій.

Тривога та депресія: розлади, що виникають унаслідок стресових ситуацій.

Соціальна ізоляція: проблеми з адаптацією в суспільстві.

Вони також впливають на формування здорового психоемоційного середовища.

7. Тривалість та частота контакту психолога з клієнтом. Тривалість та частота контактів можуть варіюватися залежно від потреб клієнта:

Короткострокові сесії: зазвичай тривають від 30 хвилин до години.

Регулярність: може становити від кількох разів на тиждень до щотижневих зустрічей залежно від стану клієнта.

8. Методи, які використовуються фахівцем. Фахівці ЕПП використовують різноманітні методи, такі як:

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): для корекції негативних думок і поведінки.

Групова терапія: для обміну досвідом і підтримки.

Методи релаксації: для зменшення тривоги та стресу.

Ці методи допомагають постраждалим краще впоратися з емоційними переживаннями.

9. Етапи надання ЕПД. Процес надання ЕПП зазвичай включає кілька етапів:

1. Оцінка ситуації: визначення потреб постраждалих.
2. Надання первинної підтримки: встановлення контакту та створення безпечного середовища.
3. Використання терапевтичних методів: застосування відповідних технік для подолання стресу.
4. Моніторинг та підтримка: регулярна оцінка стану клієнта та корекція підходів за необхідності.

В умовах сучасних конфліктів, бійці часто стикаються з надзвичайними стресовими ситуаціями, які можуть призвести до розвитку гострого стресового розладу (ГСР). Це явище вимагає термінової психологічної допомоги, оскільки своєчасне втручання може суттєво знизити ризик подальшого розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і покращити загальний стан військовослужбовців. Цей структурований підхід сприяє ефективному наданню допомоги та покращенню психоемоційного стану постраждалих [12].

Результати аналізу теоретичних джерел показали, що екстрена психологічна допомога (ЕПД) є критично важливою для бійців, які пережили травматичні події.

Простота психологічного впливу полягає в тому, що необхідно відвести потерпілого від джерела травми, дати їжу, відпочинок, безпечне оточення і можливість бути вислуханим. В роботах Т. Коваленко, І. Качур, Л. Карамзіної підкреслюється на те, що загалом служба екстреної психологічної допомоги

виконує такі базові функції: практичну: безпосереднє надання швидкої психологічної і (за необхідності) долікарської медичної допомоги населенню; координаційну: забезпечення зв'язків і взаємодії зі спеціалізованими психологічними службами [21].

Основні принципи ЕПД при роботі з бійцями із гострим стресовим розладом включають[14]:

1. Швидкість реагування: важливо надавати допомогу якомога швидше після травматичної події. Часова рамка 24-72 години є оптимальною для втручання.

2. Безпечне середовище: перш ніж почати роботу з бійцем, необхідно створити безпечне та комфортне середовище. Це може включати фізичний простір, де особа відчуває себе захищеною.

3. Активне слухання: психолог повинен активно слухати, надавати підтримку і виявляти емпатію. Це дозволяє бійцю висловити свої почуття та переживання без страху засудження.

4. Психоосвіта: важливо пояснити бійцям, що їхні реакції є нормальними відповідями на ненормальні обставини. Це може зменшити відчуття ізоляції та тривоги.

5. Копінг-стратегії: надання інструментів для подолання стресу, таких як техніки релаксації, дихальні вправи та методи самоуспокоєння, може бути дуже корисним.

6. Групова підтримка: взаємодія з іншими бійцями, які пережили подібні ситуації, може допомогти в процесі відновлення. Групові сесії можуть створити відчуття спільноти та підтримки.

Ефективна екстрена психологічна допомога вимагає співпраці між різними фахівцями: психологами, лікарями, соціальними працівниками та військовими командирами. Такий міждисциплінарний підхід дозволяє забезпечити комплексну підтримку бійців, враховуючи їх фізичний і психічний стан.

Модель критичного інциденту (CISM) та когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є важливими інструментами для надання психологічної допомоги військовим, які пережили травматичні події або мають психічні розлади. CISM фокусується на швидкому реагуванні та наданні підтримки в умовах стресу, тоді як КПТ працює над зміною негативних патернів мислення та поведінки. Обидві моделі можуть бути використані в комплексі для досягнення найкращих результатів у відновленні психоемоційного стану [6].

Модель критичного інциденту (Critical Incident Stress Management, CISM) була розроблена для надання підтримки особам, які пережили травматичні події. CISM була розроблена доктором Джоном Д. Мейером та доктором Джеймсом А. Ліндсі у 1980-х роках. Вчені впровадили систему, яка включає кілька етапів, таких як первинна оцінка, критичні інтервенції, групові сесії та індивідуальна підтримка.

Основна мета CISM полягає в тому, щоб зменшити негативний вплив стресу, пов'язаного з критичними інцидентами, та запобігти розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [90].

Основні компоненти CISM:

1. Оцінка стану та ситуації: психологи оцінюють психологічний стан постраждалих і визначають потреби у втручанні.
2. Дебрифінг: групові або індивідуальні сесії, що проводяться протягом 24-72 годин після події (залучення людей, які пережили подібний досвід, для обговорення емоцій та переживань)
3. Індивідуальна підтримка: надання особистої психологічної допомоги тим, хто цього потребує.
4. Психосвіта: надання інформації про нормальні реакції на стрес.
5. Подальша підтримка: продовження надання допомоги у разі необхідності.

Ця модель спрямована на швидке зменшення стресу та підтримку соціальних зв'язків.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є психотерапевтичною моделлю, що базується на зв'язку між думками, почуттями та поведінкою. Вона спрямована на зміну негативних когніцій і поведінкових патернів, що можуть призводити до психічних розладів, таких як депресія і тривога. КПТ була розроблена доктором Ароном Беком у 1960-х роках. Вона стала популярною завдяки своїй ефективності у лікуванні різних психічних розладів [83].

Когнітивно-поведінкова модель (КПТ) фокусується на зміні негативних патернів мислення, які виникають після травми. Основні компоненти КПТ:

1. Ідентифікація негативних думок: виявлення деструктивних патернів мислення.
2. Когнітивна реструктуризація: заміна негативних думок на більш реалістичні і позитивні.
3. Поведінкові експерименти: тестування нових поведінкових стратегій у реальних ситуаціях.
4. Навчання навичкам управління стресом: техніки релаксації та дихальні вправи.

Психосоціальна модель акцентує увагу на взаємозв'язку між психологічними і соціальними аспектами життя людини [75].

Основні компоненти моделі:

Залучення громади: включення місцевих ресурсів і організацій для підтримки постраждалих.

Групова терапія: створення груп підтримки, де люди можуть ділитися досвідом і отримувати емоційну підтримку.

Ця модель підкреслює важливість соціальної мережі для відновлення після травми.

Отже, екстрена психологічна допомога бійцям під час гострого стресового розладу є критично важливою для їхнього відновлення та адаптації до життя після травми. Застосування основних принципів ЕПД, таких як швидкість реагування, створення безпечного середовища та активне слухання, може значно полегшити процес відновлення. Успішна реалізація цих стратегій

сприятиме не лише покращенню психічного здоров'я військовослужбовців, але й загальному зміцненню морального духу армії в цілому.

### 1.3. Методи та техніки надання допомоги бійцям з гострим стресовим розладом

Екстрена психологічна допомога (ЕПД) є важливим етапом у підтримці людей, які пережили травматичні події та має бути адаптована до конкретних потреб особи і ситуації.

Екстремальна психологія використовує систему методів як психологічної науки в цілому, так і специфічну сукупність методів, які забезпечують процес пізнання її предмету [19].

Метод (від грец. *methodos* – шлях дослідження, пізнання) – це спосіб побудови, обґрунтування знання, а також сукупність прийомів і операцій практичного і теоретичного засвоєння дійсності. У загальнофілософській частині він єдиний. Що стосується способів побудови й обґрунтування знання, то у психології є ряд підстав для їхньої класифікації.

У загальному вигляді психологічна допомога трактується як професійна допомога психолога з вирішення психологічних проблем клієнта. Психологічна допомога – це вид допомоги, яку надає кваліфікований психолог людині або групі людей з метою оптимізації психофізіологічних станів, пізнавальних процесів, поведінки, спілкування, реалізації індивідуальної і особливо групової діяльності [30].

Є.Б. Фоа, С.П. Кехіллом, Дж.А. Боскаріно, С.Е. Хобфоллом, Р. Дж. Макнеллі та ін. дослідниками було доведено, що сучасна психологічна наука не має на озброєнні якихось універсальних методів, засобів або моделей реагування на надзвичайну ситуацію, яка завжди виникає раптово, оскільки різноманітність надзвичайних ситуацій кидає виклик будь-яким універсальним моделям і вимагає передусім гнучкості в поведінці й наданні

екстреної психологічної допомоги, доброї та швидкої адаптації фахівця до будь-яких умов [78; 81; 86; 90].

Втім, психологічна допомога являє собою комплекс діагностичних, психокорекційних і психологічних (відновних) заходів, спрямованих на якнайшвидше відновлення оптимального психічного стану й соціальної життєдіяльності, підвищення рівня психологічної стійкості особистості.

Існує ряд методів для відновлення почуття безпеки. Ключ до успіху в роботі психолога – узагальнення безпечних стимулів навколишнього світу, що запускають переживання і відділення їх від травматичних спогадів постраждалого. Наприклад, щоб відновити у потерпілого почуття безпеки, треба передусім помістити людину в безпечне місце, потім довести їй, що це місце дійсно безпечне.

Гострий стресовий розлад (ГСР) – це психічний стан, що виникає внаслідок переживання травматичних подій, таких як бойові дії, втрата товаришів, або інші кризові ситуації. Бійці, які стикаються з такими переживаннями, можуть відчувати сильний емоційний дистрес, тривогу, депресію та інші симптоми. Важливою складовою реабілітації військовослужбовців є своєчасна та ефективна психологічна допомога. У цьому есе розглянемо методи та техніки, які можуть бути використані для підтримки бійців з ГСР [63].

Ряд закордонних дослідників стверджує, що найважливішим етапом в наданні екстреної психологічної допомоги є зниження афективних реакцій, що неминуче виникають у постраждалих в умовах надзвичайної ситуації [68; 75]. Зміст такої допомоги полягає в тому, щоб заспокоїти постраждалого, повідомити йому про те, що він більше не знаходиться в загрозовій ситуації, що його думки і почуття, необхідні в ситуації небезпеки, тепер не є ефективними і замість того, щоб допомагати вижити, ці установки заважатимуть пристосуватися до нормального життя.

Екстрена психологічна допомога може включати різноманітні методи та техніки [61]:

Консультації: психологи проводять інтерв'ю з постраждалими, щоб зрозуміти їхні переживання та надати рекомендації.

Групова терапія: обговорення пережитого в групі може допомогти людям усвідомити, що вони не самотні у своїх переживаннях.

Психоосвіта: інформування про нормальні реакції на стрес і травму може зменшити тривогу та страх у постраждалих.

Кризове втручання: це короткострокові інтервенції, які спрямовані на стабілізацію емоційного стану особи.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є одним із найефективніших методів лікування ГСР. Цей підхід фокусується на зміні негативних думок і переконань, які можуть сприяти розвитку дистресу. Через структуровані сесії терапевт допомагає бійцям ідентифікувати та оскаржити негативні думки, замінюючи їх на більш адаптивні. КПТ також включає навчання навичкам управління стресом, що дозволяє бійцям краще справлятися з емоційними реакціями [57].

В арсеналі психолога, який працює в надзвичайній ситуації, як правило, кілька сотень короткострокових прийомів, з яких він вибирає найбільш придатний для конкретної людини, що перебуває в даній ситуації й у певному стані. Психотерапевтичні й психокорекційні техніки, що використовуються при наданні екстреної психологічної допомоги, передбачають можливість короткострокового впливу на особистість (нейролінгвістичне програмування, тілесноорієнтована терапія, арттерапія, короткострокова позитивна терапія, сугестивні техніки, релаксаційні методи й методи, спрямовані на саморегуляцію, раціональна психотерапія та інші).

Нейролінгвістичне програмування (НЛП) – це підхід до комунікації, особистісного розвитку та психотерапії, який базується на вивченні зв'язків між нейрологічними процесами, мовою та поведінкою (Р. Бендлер, Дж. Гріндер). Основна мета НЛП – змінити негативні патерни мислення та поведінки [52].

Використання: НЛП може допомогти бійцям в управлінні стресом, покращенні комунікації та встановленні позитивних установок. Техніки НЛП, такі як рефреймінг (перезформування) та моделювання, можуть бути корисними для швидкого подолання травматичних переживань.

Тілесноорієнтована терапія (К. Левін) фокусується на зв'язку між тілом і психікою. Вона використовує фізичні відчуття та рухи для розуміння емоційного стану пацієнта [93].

Тілесноорієнтована терапія може допомогти бійцям усвідомити свої тілесні відчуття, що може бути корисним у знятті напруги і стресу. Це важливо для відновлення після бойових дій.

Арттерапія використовує творчість як засіб самовираження і дослідження емоцій (Е. Кінг, А. Шаллі). Це може включати малювання, живопис, музику та інші види мистецтва [78].

Арттерапія дозволяє бійцям виразити свої переживання без слів, що може бути особливо корисним у випадках, коли вербальне спілкування є важким через травму.

Короткострокова позитивна терапія (М. Селігман) фокусується на вирішенні проблем і досягненні позитивних змін за короткий проміжок часу. Основна увага приділяється ресурсам і сильним сторонам особистості [29].

Цей метод може бути ефективним для бійців, оскільки він допомагає зосередитися на позитивних аспектах життя та швидкому досягненні цілей.

Сугестивні техніки базуються на використанні навіювання для зміни свідомості та поведінки людини. Вони можуть включати гіпноз або інші форми візуалізації. Сугестивні техніки можуть допомогти бійцям впоратися з тривогою та страхами, заспокоїти розум і зосередитися на відновленні.

Релаксаційні методи (Джон Кабат-Зін (медитація), Едмунд Джаскобсон (прогресивна м'язова релаксація)) – це різноманітні техніки, спрямовані на зниження стресу і напруги, такі як медитація, дихальні вправи та прогресивна м'язова релаксація [81].

Релаксаційні методи можуть бути дуже корисними для бійців для швидкого зняття стресу і відновлення емоційного балансу.

Усі зазначені методи мають потенціал для ефективного використання в екстреній психологічній допомозі бійцям. Кожен з підходів може бути адаптований відповідно до індивідуальних потреб військовослужбовців: НЛП і короткострокова позитивна терапія можуть швидко змінити негативні установки; тілесноорієнтована терапія та арттерапія дозволяють виразити емоції без слів; сугестивні техніки допомагають знизити тривогу; релаксаційні методи забезпечують швидке заспокоєння.

Комбінація цих методів може створити комплексний підхід до надання психологічної підтримки, що є критично важливим у стресових ситуаціях для бійців.

У західній психотерапевтичній практиці широко використовується трансмісійне навчання (тип когнітивно-поведінкової психотерапії), яке є набором навичок для лікування занепокоєння і страху [87]. Сенс цієї техніки полягає в навчанні потерпілого набору навичок: повного розслаблення м'язів тіла, контролю над своїм диханням, когнітивної установки на безпеку, ролевій грі, когнітивному моделюванню ситуації із зупинення «внутрішнього діалогу», позитивному мисленню і самонавіянню. Цей метод довів свою ефективність та зарекомендував себе при роботі з солдатами з ПТСР та потерпілими, які вижили після стихійного лиха [68; 73].

Релаксаційні техніки, такі як глибоке дихання, прогресивна м'язова релаксація та медитація, можуть бути корисними для зменшення симптомів тривоги та стресу. Ці методи допомагають бійцям зосередитися на своєму диханні та фізичних відчуттях, що сприяє зниженню напруги. Регулярна практика релаксації може значно поліпшити загальний психоемоційний стан.

Групова терапія є ще одним важливим методом підтримки бійців з ГСР. У групі військовослужбовці можуть обмінюватися досвідом, підтримувати один одного та відчувати приналежність до спільноти. Спільне обговорення пережитого може допомогти зменшити почуття ізоляції та самотності.

Групова терапія також надає можливість навчитися новим стратегіям подолання стресу від інших учасників.

Психоосвіта є важливою складовою надання допомоги бійцям з ГСР. Інформування про симптоми стресу, механізми його виникнення та способи справляння з ним може допомогти бійцям зрозуміти власний стан та зменшити відчуття безвиході. Знання про те, що їхні реакції є нормальними у відповідь на ненормальні ситуації, може суттєво полегшити їхній емоційний стан.

Інтегративні методи, що поєднують традиційні психологічні техніки з альтернативними практиками, такими як йога чи арт-терапія, також можуть бути ефективними. Ці методи сприяють цілісному підходу до лікування, враховуючи як психологічні, так і фізичні аспекти здоров'я. Наприклад, йога може покращити фізичне самопочуття і знизити рівень тривоги, а арт-терапія дозволяє висловити емоції через творчість[93].

Слід зауважити на те, що екстрена психологічна допомога може бути надана тільки в тому випадку, якщо реакції людини можна описати як нормальні реакції на ненормальну ситуацію. Тобто екстрена психологічна допомога не може бути надана тим людям, чиї реакції виходять за межі психічної норми. У випадку, коли реакції людини виходять за межі норми, необхідна допомога лікаря психіатра. У зв'язку із цим можливо й необхідно застосування методів психологічної діагностики.

## Висновки до розділу 1

Війна є складним і багатогранним явищем, яке не лише формує фізичні конфлікти, але й залишає глибокі психологічні шрами на бійцях. Гострий стресовий розлад – це серйозний наслідок війни, який потребує уваги та належної підтримки. Розуміння механізмів виникнення ГСР та впровадження ефективних стратегій реабілітації можуть суттєво полегшити психологічний тягар військовослужбовців і допомогти їм адаптуватися до мирного життя після служби.

Під екстреною психологічною допомогою мається на увазі система короткострокових заходів, спрямована на надання допомоги одній людині, групі людей або великій кількості потерпілих внаслідок кризової або надзвичайної події. Екстрена психологічна допомога націлена на підтримку особистості постраждалого, його родичів та рятувальників в осередку надзвичайної ситуації, зменшення їх душевних страждань та зниження впливу на них стресфакторів підвищеної інтенсивності.

Допомога бійцям з гострим стресовим розладом є складним і багатогранним процесом. Використання різноманітних методів і технік, таких як когнітивно-поведінкова терапія, релаксаційні техніки, групова терапія, психоосвіта та інтегративні підходи, може значно поліпшити їхній психоемоційний стан і сприяти відновленню. Важливо пам'ятати, що кожен випадок унікальний, і тому підхід до лікування повинен бути індивідуалізованим. Забезпечення якісної психологічної підтримки – це не лише обов'язок суспільства перед тими, хто захищає його, але й шлях до збереження психічного здоров'я військовослужбовців у післявоєнний період.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ БІЙЦІВ, ЩО ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ: ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

#### 2.1. Організація та методологія дослідження

Актуальність та проблема емпіричного дослідження. Актуальність емпіричного дослідження психологічного стану бійців, які пережили травматичний досвід в умовах бойових дій, є очевидною. Розуміння симптоматики ГСР і його впливу на життя бійців дозволить не лише покращити якість психологічної допомоги, але й сприятиме загальному відновленню та реінтеграції військових у суспільство. Цей підхід є важливим кроком до забезпечення психічного здоров'я тих, хто захищає країну в умовах війни.

В Україні війна триває вже кілька років, і її наслідки відчуються не лише на полі бою, але й у суспільстві загалом. Психічні розлади серед військових можуть призводити до соціальної ізоляції, проблем у сімейних стосунках та зниження працездатності. Це, в свою чергу, має економічні наслідки для держави та суспільства.

В умовах військових подій в Україні, бійці стикаються з численними стресовими ситуаціями, які можуть призводити до розвитку різних психічних розладів, зокрема гострого стресового розладу (ГСР). Це явище викликане не лише бойовими діями, але й тривалою невизначеністю, психологічним тиском і емоційними переживаннями, які супроводжують війну.

Війна є надзвичайно травматичним досвідом, що впливає на психічне здоров'я солдатів. Бійці піддаються постійному ризику фізичного та психологічного травмування. Стресові фактори, такі як загроза смерті,

свідчення насильства, втрата товаришів по службі та невизначеність майбутнього, можуть призвести до розвитку ГСР.

Гострий стресовий розлад (ГСР) характеризується такими симптомами, як: інтенсивні спогади про травматичні події; уникнення ситуацій, що нагадують про травму; підвищена тривожність і дратівливість; фізичні симптоми (наприклад, головний біль, проблеми зі сном).

Цей розлад може виникнути одразу після травматичної події або протягом кількох днів чи тижнів. Важливо зазначити, що без належної підтримки та лікування симптоми можуть перетворитися на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що має довгострокові наслідки.

Дослідження показують, що рання інтервенція може значно зменшити ризик розвитку хронічних форм психічних розладів. В Україні існує потреба в систематичному підході до психологічної підтримки бійців, що пережили травматичний досвід. Емпіричне дослідження може допомогти виявити найбільш ефективні методи діагностики та лікування ГСР.

Але на сьогоднішній день, в країні існує дефіцит досліджень, присвячених психологічному стану бійців у контексті війни. Це підкреслює необхідність проведення емпіричних досліджень для формування наукової бази знань у цій галузі та розробки рекомендацій для практичної роботи психологів.

Нами було розроблено план емпіричного дослідження психологічного стану бійців, що пережили травматичний досвід в умовах бойових дій: діагностика гострого стресового розладу та охарактеризовано етапи його реалізації.

Методологія емпіричного дослідження включає такі основні етапи:

- 1) розробка плану-програми дослідження;
- 2) вибір засобів для проведення емпіричного дослідження;
- 3) проведення дослідження;
- 4) обробка та аналіз експериментальних даних.

План-програма емпіричного дослідження:

## 1. Визначення мети, гіпотези та завдань дослідження

Процес реалізації:

Мета: Визначити рівень і прояви гострого стресового розладу (ГСР) у бійців, які пережили травматичний досвід.

Гіпотеза: гострий стресовий розлад у військовослужбовців має власні психологічні особливості та характеризується високими показниками за шкалами: повторне переживання події травми, вторгнення, гіперактивація, емоціональний дистрес та дезадаптація.

Завдання:

- визначити основні симптоми ГСР у бійців;
- вивчити вплив травматичного досвіду на психологічний стан;
- виявити фактори, що сприяють або перешкоджають відновленню.

## 2. Вибір методів дослідження

Процес реалізації:

Кількісні методи: використання стандартизованих опитувальників для оцінки симптомів ГСР (PCL-5 – шкала для оцінки посттравматичного стресового розладу).

Якісні методи: проведення інтерв'ю з бійцями для збору детальної інформації про їхній досвід і переживання.

Методи спостереження: спостереження за поведінкою бійців у групових заняттях або терапіях.

## 3. Вибір вибірки

Процес реалізації:

Критерії включення: бійці, які брали участь у бойових діях і мають досвід травматичних подій.

Критерії виключення: особи з попередніми психічними розладами або ті, хто не бажає брати участь у дослідженні.

Розмір вибірки: Визначити оптимальний розмір вибірки (50 осіб) для отримання статистично значущих результатів.

## 4. Збір даних

Процес реалізації:

Психологічне тестування: провести анонімне анкетування за допомогою стандартизованих шкал.

Інтерв'ю: організувати інтерв'ю з бійцями в комфортних умовах, щоб забезпечити відвертість. Використати напівструктурований формат для глибшого розуміння переживань.

Спостереження: проводити спостереження під час групових терапій, фіксуючи емоційні реакції та поведінку бійців.

## 5. Аналіз даних

Процес реалізації:

Кількісний аналіз: використати статистичні методи (описова статистика, кореляційний аналіз, непараметричні критерії) для обробки результатів опитувань.

Якісний аналіз: використати контент-аналіз для інтерв'ю, виявляючи основні теми та патерни у відповідях бійців.

Порівняння: порівняти результати діагностики на констатувальному та контрольному етапі емпіричного дослідження .

## 6. Інтерпретація результатів

Процес реалізації:

Оцінити результати емпіричного дослідження.

Визначити, які симптоми ГСР є найбільш поширеними серед бійців.

## 7. Формулювання висновків і рекомендацій

Процес реалізації:

Підготувати звіт про результати дослідження, включаючи рекомендації щодо психологічної підтримки бійців.

Розробити практичні рекомендації для військових психологів та медичних працівників щодо роботи з бійцями, які пережили травму та оцінити їх ефективність.

Розроблений план емпіричного дослідження має на меті не лише діагностику ГСР у бійців, але й надання цінних рекомендацій для покращення

їх психологічного стану. Ретельне виконання всіх етапів забезпечить отримання якісних та кількісних даних, що дозволять глибше зрозуміти проблему та знайти ефективні шляхи допомоги.

Емпіричне дослідження було поділено на чотири етапи, на кожному з яких проводилась певна дослідницька робота з конкретними завданнями.

Перший, підготовчий етап емпіричного дослідження передбачає: детальний теоретичний аналіз наукових робіт з теми дослідження та огляд методологічних аспектів; вибір теми дослідження; постановку мети й завдань дослідження; вивчення розроблених у теорії та застосовуваних на практиці заходів, що сприяють вирішенню проблеми; формування гіпотези дослідження.

На другому етапі проведення емпіричного дослідження вирішуються такі завдання (констатувальний етап): відбір вибірки та складення блоку конкретних методик для вивчення початкового стану експериментального об'єкта; проведення експерименту (психодіагностики); аналіз, систематизація та узагальнення результатів дослідження; інтерпретація одержаних даних.

Третій етап – розробка та впровадження заходів з надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом, розроблення відповідних методичних рекомендацій з надання екстреної психологічної допомоги бійцям (формульвальний етап) та оцінка їх ефективності (контрольний етап).

Четвертий завершальний етап – це підведення підсумків експерименту: опис результатів реалізації експериментальної системи заходів; визначення позитивних результатів; формулювання висновків та оформлення результатів дослідження.

#### Операціоналізація базових понять

1. Стресовий розлад – це група психічних розладів, які виникають внаслідок тривалого або інтенсивного стресу. Ці розлади можуть проявлятися через різні симптоми, такі як тривога, депресія, порушення сну, фізичні симптоми (наприклад, головний біль, проблеми з шлунком) та труднощі в

соціальних взаємодіях. Вони можуть суттєво впливати на якість життя людини.

2. Гострий стресовий розлад (ГСР) – це тимчасовий психічний стан, що виникає внаслідок переживання травматичної події. Симптоми ГСР можуть проявлятися протягом кількох днів або тижнів після травми і включають повторне переживання події, уникання ситуацій, пов'язаних із травмою, підвищену тривожність та емоційний дистрес. Якщо симптоми тривають більше місяця, діагностують посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

3. Психологічний стан – це сукупність емоційних, когнітивних та поведінкових характеристик особи в певний момент часу. Він може змінюватися під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів, таких як стресові ситуації, соціальні взаємодії, фізичне здоров'я тощо. Психологічний стан може впливати на здатність людини адаптуватися до змін і справлятися з викликами.

4. Повторне переживання події травми – це симптом, характерний для стресових розладів, при якому особа знову і знову переживає травматичний досвід через спогади, кошмари або флешбеки. Це може викликати сильний емоційний дистрес і призводити до уникнення ситуацій, які нагадують про травму.

5. Вторгнення – це неочікуване або небажане проникнення травматичних спогадів або емоцій у свідомість людини. Це може проявлятися у вигляді нав'язливих думок, флешбеків або яскравих спогадів про травматичну подію, які виникають без контролю з боку особи.

6. Емоційний дистрес – це стан психологічного напруження або страждання, який може бути викликаний стресом, травмою або іншими негативними переживаннями. Він може проявлятися через тривогу, депресію, гнів або відчуття безпорадності.

7. Гіперактивація – це стан підвищеної чутливості та реактивності на стресові фактори. Це може включати постійну настороженість, труднощі зі

сном, підвищену тривожність і фізіологічні реакції (таких як прискорене серцебиття). Гіперактивація часто спостерігається у людей із ГСР або ПТСР.

8. Дезадаптація – це процес, при якому особа втрачає здатність адаптуватися до нових чи стресових умов життя. Це може проявлятися у вигляді соціальної ізоляції, проблем у роботі або навчанні, а також у труднощах у побудові здорових міжособистісних стосунків.

9. Екстрена психологічна допомога – це термінова підтримка, яка надається особам, які пережили травматичні події або екстремальні стресові ситуації. Мета такої допомоги – зменшити емоційний дистрес і запобігти розвитку більш серйозних психічних розладів. Вона може включати кризову інтервенцію, консультування та підтримку на рівні спільноти.

Розглянутий вище понятійний апарат є важливим для розуміння впливу стресу та травми на психічне здоров'я бійців і може слугувати основою для подальших досліджень та практичної роботи в цій сфері.

Методи та методики дослідження.

Методи дослідження:

- теоретичні: аналіз і синтез, індукція, дедукція, узагальнення наукової літератури з проблематики дослідження;
- емпіричні (непряме спостереження, психодіагностичне тестування за методиками: Шкала психологічного стресу PSM-25; Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв); Методика Актуальний стан (АС) (Л. Куліков); групова психокорекція);
- методи обробки даних емпіричного дослідження: кількісний метод (статистичний); якісний метод (диференціація матеріалу за групами, аналіз), графічний, табличний.

Опис методів дослідження

Нами було обране непряме спостереження за поведінкою бійців у групі (взаємодії, реакції на стресові ситуації).

Мета: оцінити психологічний стан бійців з метою виявлення можливих ознак гострого стресового розладу (ГСР) та надання необхідної підтримки.

На основі непрямого спостереження можна зробити висновок про наявність або відсутність симптомів ГСР у бійців:

Регулярне спостереження за психологічним станом бійців є важливим елементом їхньої реабілітації. Застосування структурованого підходу дозволяє своєчасно виявляти проблеми та надавати необхідну допомогу.

Метод спостереження є одним із основних методів психологічного дослідження, який передбачає безпосереднє спостереження за поведінкою людей у природних або контрольованих умовах. Цей метод дозволяє отримувати дані про емоційний стан, соціальні взаємодії та реакції на різні ситуації.

Непряме спостереження є важливим методом дослідження в психології, який дозволяє вивчати поведінку та психічні процеси людей без прямого втручання або спостереження за ними. Цей метод особливо корисний у ситуаціях, коли пряме спостереження може бути етичним або практичним проблематичним.

#### Основні характеристики непрямого спостереження

1. Визначення: непряме спостереження передбачає вивчення поведінки або психічних станів через аналіз вторинних даних, таких як записи, відеозаписи, опитування, інтерв'ю або поведінкові реакції на певні стимули.

#### 2. Методи збору даних:

Аналіз документів: вивчення письмових матеріалів (щоденники, листи, звіти).

Відеозаписи: використання записів для аналізу невербальної поведінки.

Опитування, інтерв'ю, анкети: збір інформації про думки та переживання респондентів.

#### 3. Переваги:

Етичність: зменшує ризик втручання в особистий простір учасників.

Об'єктивність: дозволяє уникнути суб'єктивних упереджень, оскільки базується на фактах і даних.

Доступність: може бути використаний для збору інформації про великі групи людей.

#### 4. Недоліки:

Обмеженість даних: непряме спостереження може не надати повної картини поведінки або переживань.

Контекстуальні фактори: можливість неправильної інтерпретації даних через відсутність контексту.

Залежність від якості джерел: низька якість вторинних даних може вплинути на результати дослідження.

Непряме спостереження є цінним методом у психології, що дозволяє дослідникам отримувати інформацію про поведінку та психічні процеси без прямого втручання. Хоча цей метод має свої обмеження, його переваги роблять його важливим інструментом у різних галузях психологічного дослідження. Використання непрямого спостереження в поєднанні з іншими методами може забезпечити більш комплексне розуміння досліджуваних явищ.

Нами було складено план непрямого спостереження за бійцями.

Мета спостереження: Визначити психологічний стан бійців, виявити можливі ознаки гострого стресового розладу (ГСР) та оцінити їхню адаптацію до цивільного життя.

#### 2. Методи спостереження

Непряма оцінка поведінки бійців у природних умовах (соціальні взаємодії, групові заходи).

Використання методів самооцінки через анкети та опитування.

Спостереження за фізичними та емоційними реакціями під час групових активностей.

#### 3. Місце спостереження

Військова частина: після повернення бійців з зони активних бойових дій спостереження проводиться у військовій частині.

#### 4. Параметри для спостереження

Емоційний стан: виявлення тривожності, депресії, агресії, соціальної ізоляції.

Соціальна взаємодія: активність у спілкуванні, здатність до співпраці, вміння підтримувати стосунки.

Фізичні реакції: наявність нервових тиков, порушень сну, змін у апетиті.

Поведінкові зміни: зміни в інтересах, мотивації, ставленні до життя.

Шкала психологічного стресу PSM-25

PSM-25 (Psychological Stress Measure) – це стандартизований опитувальник, що складається з 25 питань, які оцінюють рівень психологічного стресу особи. Питання охоплюють різні аспекти стресу, такі як емоційний стан, фізичні симптоми, соціальні взаємодії та адаптацію до стресових ситуацій.

Критерії оцінки:

- 0-100 балів: низький рівень стресу;
- 101-120 балів: помірний рівень стресу;
- 121-154 балів: високий рівень стресу;
- 155 і більше балів: критичний рівень стресу.

Результати інтерпретуються в контексті загального психоемоційного стану особи, а також можуть використовуватися для подальшого моніторингу змін у стані.

Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)

Опитувальник травматичного стресу розроблений для оцінки симптомів, пов'язаних із травматичним досвідом. Він включає запитання, що стосуються повторного переживання травми, уникнення ситуацій, підвищеної тривожності та емоційного дистресу.

Критерії оцінки:

- 0-20 балів: нормальний стан (без симптомів);
- 21-40 балів: легкі симптоми (можливі прояви ГСР);

- 41-60 балів: помірні симптоми (можливий діагноз ГСР);
- 61 і більше балів: виражені симптоми (підтвердження діагнозу ГСР).

Результати допомагають визначити необхідність подальшої психологічної підтримки або терапії.

### 3. Методика Актуальний стан (АС) (Л. Куліков)

Методика «Актуальний стан» складається з набору запитань, які оцінюють емоційний стан особи в даний момент. Вона включає питання про відчуття тривоги, депресії, фізичну напругу та загальний рівень задоволення життям.

Критерії оцінки:

- 0-15 балів: позитивний емоційний стан;
- 16-30 балів: невеликий емоційний дистрес;
- 31-45 балів: помірний емоційний дистрес;
- 46 і більше балів: високий емоційний дистрес.

Оцінка дозволяє виявити потреби особи в психологічній підтримці та можливих напрямки для терапії.

Використання зазначених методик дозволяє детально оцінити психологічний стан бійців, виявити рівень стресу та травматичного впливу, а також надати рекомендації для подальшої роботи з пацієнтом. Результати можуть бути використані як основа для розробки індивідуального плану терапії або підтримки.

Обрання методів дослідження проводилось з урахуванням основних завдань роботи. Під час організації дослідження бралася до уваги можливість використання того або іншого методу в індивідуальному обстеженні психологічного стану бійців.

Опис вибірки та база дослідження.

Емпіричне дослідження було проведено протягом 2024 року на базі Військової частини 3029 Національної Гвардії України (м. Запоріжжя).

Критерії відбору учасників:

Вік: учасники повинні бути у віці від 26 до 60 років.

Статус: військовослужбовці, які брали участь у бойових діях, не більше ніж 10 днів після повернення з зони активних бойових дій.

Згода на участь: усі учасники повинні надати надали згоду на участь у дослідженні.

Розмір вибірки: у дослідженні прийняло участь 50 бійців (чоловіки та жінки у віці від 26 до 60 років).

Розподіл за статтю: 38 чоловіків, 12 жінок (з огляду на реальний відсоток жінок у військовій частині).

Розподіл за віком:

- 26-35 років: 23 учасники;
- 36-45 років: 16 учасників;
- 46-60 років: 11 учасників.

Критерії включення: наявність бойового досвіду; відсутність серйозних психічних захворювань (за винятком ГСР).

Виключення: учасники, які проходять лікування у психіатричних закладах; особи з важкими фізичними травмами, які можуть впливати на їхній психологічний стан.

Психологічні та соціальні характеристики вибірки

Фон: різноманітний соціально-економічний статус, різні регіони країни.

Служба: учасники можуть мати різний військовий досвід.

Психологічна готовність: різний рівень підготовки до повернення в цивільне життя, різні механізми адаптації.

Етичні аспекти дослідження:

Забезпечення конфіденційності даних учасників.

Інформування про можливі ризики участі в дослідженні.

Право учасників на вихід із дослідження в будь-який момент без пояснень.

Експериментальна вибірка для дослідження психологічного стану бійців повинна є різноманітною та репрезентативною, щоб адекватно відобразити реальний стан справ серед військовослужбовців. Правильний підбір критеріїв відбору та методів збору даних дозволяє отримати достовірні результати та зробити обґрунтовані висновки щодо наявності ГСР і його впливу на психоемоційний стан бійців.

## 2.2. Аналіз даних непрямого спостереження за бійцями

Непряма оцінка психологічного стану бійців є важливим інструментом для виявлення потенційних проблем і надання необхідної підтримки. Результати непрямого спостереження за бійцями, що прибули з зони активних бойових дій в умовах військової частини 3029 Національної Гвардії України (м. Запоріжжя) показали наступне (табл.2.1).

Таблиця 2.1

### **Результати непрямого спостереження за бійцями (50 осіб) (констатувальний етап)**

| Критерій оцінки            | кількість,<br>осіб | питома<br>вага<br>(%) |
|----------------------------|--------------------|-----------------------|
| Депресивні симптоми        | 9                  | 18%                   |
| Негативні емоційні реакції | 37                 | 74%                   |
| Поведінкові зміни          | 11                 | 22%                   |
| Когнітивні порушення       | 44                 | 88%                   |
| Фізичні симптоми           | 46                 | 92%                   |

Депресивні симптоми: у 9 осіб (18%) відзначалася тенденція до проявів депресії, таких як апатія, відчуття безнадійності та зниження інтересу до раніше улюблених занять. Дані бійці відчувають, що їхні проблеми ніколи не закінчаться, і що немає виходу з ситуації, що може призводити до негативного самооцінювання та відчуття безвиході.

Негативні емоційні реакції: багато бійців 37 осіб (74%) у вибірці виявляли ознаки підвищеної тривожності, що проявлялося у частих змінах

настрою, нервозності та емоційній нестабільності. У 3 осіб (6%) в стресових ситуаціях спостерігалися панічні атаки, які характеризувалися прискореним диханням та серцебиттям.

Так, результати спостереження свідчать про те, що бійці можуть відчувати постійну тривогу, навіть у звичних ситуаціях. Наприклад, вони можуть нервувати під час звичайних розмов або при зустрічах з людьми, які не були на фронті.

Поведінкові зміни: 3 бійців (6%) часто уникали спілкування з колегами та близькими, що свідчило про їх бажання ізолюватися від соціального середовища. Це могло бути наслідком страху нерозуміння з боку інших.

Часто бійці відчують глибокий сум через втрати, які вони пережили під час служби. Наприклад, спогади про загиблих товаришів можуть викликати сльози і почуття провини за те, що вони вижили.

Спостерігалися зміни в рівні фізичної активності: деякі бійці демонстрували гіперактивність, в той час як інші ставали пасивними і неактивними.

Причиною поведінкових змін в бійців може бути психологічний стрес: бойові дії супроводжуються постійним ризиком для життя, що викликає сильний стрес. Психологічна травма, отримана внаслідок спостереження за насильством або втратами товаришів, може призводити до розвитку посттравматичного гострого стресового розладу (ГСР). Це захворювання характеризується емоційною нестабільністю, тривогою та труднощами у концентрації.

Бійці під час активних бойових дій можуть отримати не лише психологічні, а й фізичні травми, які в свою чергу впливають на їхнє психоемоційне здоров'я. Хронічний біль або обмеження в рухах можуть викликати відчуття безпорадності та зневіри.

Після пережитих подій бійці зазвичай переглядають свої життєві цінності та пріоритети, що може призвести до втрати інтересу до колишніх

хобі та занять, що також впливає на їхню здатність концентруватися на нових завданнях.

Труднощі з концентрацією можуть негативно позначитися на виконанні бойових завдань бійців. Невміння зосередитися на виконанні завдань може призвести до помилок, зниження продуктивності та конфліктів з побратимами.

Зміни в поведінці можуть також вплинути на стосунки з родиною та друзями. Втрата інтересу до спілкування або зміни в емоційній реакції можуть створити напруженість у стосунках, що ще більше погіршує психологічний стан бійців.

В процесі непрямого спостереження за бійцями спостерігалися прояви невербальної агресії: у вигляді грубих слів або криків під час конфліктів. Наприклад, бійця може роздратувати будь-яка критика, і він почне агресивно реагувати на зауваження колег.

Також деякі бійці демонстрували виявлення фізичної агресії: напад на когось або пошкодження майна. Наприклад, під час сварки в воєнній частині боєць може вдарити когось, хто на його думку, його образив.

Також бійці можуть намагатися контролювати оточуючих через маніпуляції або залякування. Наприклад, у сімейних стосунках вони можуть намагатися диктувати правила поведінки своїм близьким.

Бійці можуть легко виходити з себе через незначні подразники. Наприклад, при заторі на дорозі вони можуть почати кричати або агресивно реагувати на інших водіїв.

Більшість бійців в групі відчують провину та сором за те, що пережили травматичні події або за те, що не змогли врятувати інших. Це може проявлятися у формі негативного самоосуду і думок про власну неповноцінність.

У деяких випадках бійці можуть шукати способи полегшити свій стан через алкоголь чи наркотики, це може призвести до розвитку залежностей, що лише ускладнить їхнє життя і збільшить ризик виникнення додаткових психічних розладів.

На жаль, у важких випадках поведінкові зміни можуть призвести до суїцидальних думок або спроб. Важливо розуміти, що таке становище вимагає термінової медичної та психологічної допомоги.

Активні бойові дії – це екстремальні умови, які суттєво впливають на психологічний і фізичний стан військовослужбовців. Після повернення з фронту бійці часто стикаються з різноманітними поведінковими змінами та когнітивними порушеннями, які можуть бути наслідком пережитих стресів, травм або втрат. Одним із найбільш поширених проявів є труднощі з концентрацією уваги, які спостерігаються у 17 бійців (34%). Цей симптом може свідчити про глибокі психологічні зміни, що потребують особливої уваги та підтримки. Він може привести до помилок у виконанні бойових завдань та прийнятті рішень.

В більшості бійців в групі 44 особи (88%) часто виникали нав'язливі думки про пережиті травматичні події, що заважало нормальному функціонуванню. Часто військові страждають від безсоння або жахів, що призводить до втоми та зниження працездатності. Наприклад, бійці можуть прокидатися серед ночі від звуків, які нагадують вибухи чи стрілянину.

Фізичні симптоми:

Соматичні скарги: 16 бійців (32%) повідомляли про головні болі, м'язову напругу та інші фізичні симптоми, що можуть бути пов'язані зі стресом.

Порушення сну: в 42 бійців (84%) спостерігалися проблеми зі сном, такі як безсоння або часті пробудження вночі, що негативно впливало на загальний стан.

Втім деякі бійці 12 осіб (24%) застосовували позитивні стратегії подолання, такі як заняття спортом або творчістю, щоб зменшити рівень стресу. Інші ж вдавалися до негативних механізмів, таких як вживання алкоголю або наркотиків.

Результати спостереження наявності симптомів гострого стресового розладу в бійців після повернення з зони активних бойових дій свідчать про наступне (рис.2.1):

Наявність незначних симптомів (тривога, зміна настрою) в 16 бійців (32%), але загалом дані бійці здатні функціонувати в суспільстві без допомоги психолога.

Яскраво виражені ознаки ГСР (часті зміни настрою, труднощі в спілкуванні, поведінкові зміни, фізичні симптоми: порушення сну та ін.), потреба в психологічній підтримці мають 27 бійців (54%).

Важкі ознаки ГСР: сильна тривога, панічні атаки, соціальна ізоляція, фізичні симптоми, важки когнітивні порушення виявлено у 7 осіб (14%), що свідчить про потребу в терміновій психотерапевтичній допомозі.

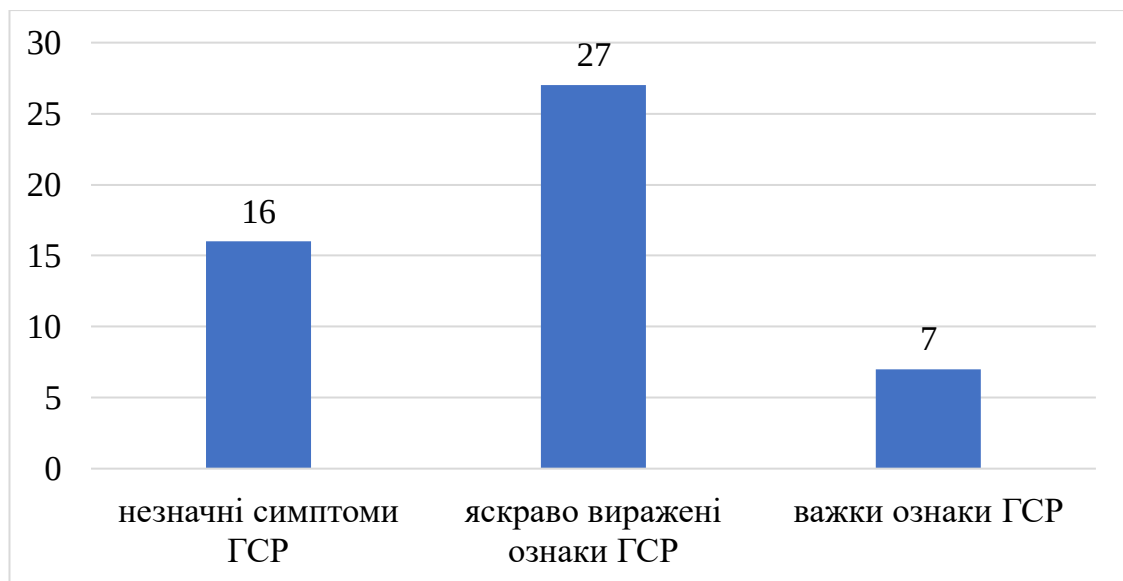


Рис.2.1. Результати спостереження наявності симптомів гострого стресового розладу в бійців після повернення з зони активних бойових дій

Результати непрямого спостереження за бійцями, які повернулися з зони бойових дій, показали, що в 14% осіб спостерігаються важкі ознаки гострого стресового розладу. Дані бійці демонструють емоційну нестабільність: часті зміни настрою: бійці можуть раптово переходити від стану піднесення до

глибокої депресії; вибухи гніву: спостерігаються епізоди агресії або дратівливості, навіть у спокійних ситуаціях.

Відзначається відчуття відчуженості від оточуючих, навіть якщо вони намагаються підтримати.

Деякі бійці мають проблеми з пам'яттю: можуть забувати важливі події або деталі, що стосуються їхнього повсякденного життя та свідчать про наявність нав'язливих думок: постійне повторення травматичних спогадів, що викликає тривогу та страх.

Серед фізичних симптомів найбільш притаманними бійцям даної групи є соматичні скарги: головні болі, м'язові болі, проблеми з травленням, які не мають очевидних медичних причин, а також порушення сну: безсоння, нічні жахи або часті пробудження, що призводять до хронічної втоми.

Деякі бійці з симптомами гострого стресового розладу починають вживати алкоголь або наркотики як спосіб втечі від стресу.

Результати непрямого спостереження показують, що бійці після повернення з зони активних бойових дій переживають широкий спектр негативних емоційних, поведінкових та фізичних симптомів, 14% бійців після повернення з зони бойових дій демонструють важкі ознаки гострого стресового розладу, що суттєво впливають на їхнє життя, соціальні взаємодії та загальний психічний стан.

Це підкреслює необхідність своєчасної психологічної підтримки та реабілітації для таких осіб. Важливо розробити індивідуалізовані програми допомоги, які враховують специфіку переживань кожного бійця.

### 2.3. Результати та інтерпретація даних психодіагностики

Результати діагностики рівня стресу бійців за методикою «Шкала психологічного стресу PSM-25» наведено в табл.2.2, рис. 2.2. Як видно з таблиці 2.2, більшість бійців в групі мають високий рівень стресу: 32 особи

(64%). Високий рівень стресу може свідчити про серйозні проблеми з адаптацією до цивільного життя. Це може бути наслідком травматичного досвіду, який потребує більшої уваги та підтримки. В даних бійців спостерігаються часті епізоди тривоги, депресії або панічних атак. Можливо відчуття безвиході або безнадійності.

Таблиця 2.2

**Рівні стресу бійців за методикою: «Шкала психологічного стресу PSM-25» (констатувальний етап)**

| рівень стресу           | кількість осіб | питома вага (%) |
|-------------------------|----------------|-----------------|
| низький рівень стресу   | 0              | 0,00%           |
| помірний рівень стресу  | 11             | 22,00%          |
| високий рівень стресу   | 32             | 64,00%          |
| критичний рівень стресу | 7              | 14,00%          |

Даний рівень стресу відзначитися на проявах соціальної взаємодії бійців, а саме: уникнення соціальних контактів і відчуження від близьких. Також можливі конфлікти у стосунках через підвищену дратівливість. Бійці з виявленим високим рівнем стресу мають негативні зміни в когнітивних функціях: значні труднощі з концентрацією та пам'яттю, часті нав'язливі думки про травматичні події. Їх фізичний стан погіршується: мають вияви соматичні симптоми (головний біль, проблеми з травленням) стають більш вираженими; порушення сну (безсоння або нічні жахи).

Зростає ризик розвитку залежностей (алкоголь, наркотики). Спостерігається зниження продуктивності на роботі або в навчанні.

Помірний рівень стресу виявлено в 11 бійців (22%).

Помірний рівень стресу може свідчити про те, що бійці адаптуються до умов після повернення з зони бойових дій. Це може бути нормальним етапом реабілітації, коли вони намагаються впоратися з переживаннями, не відчуючи при цьому значних порушень у повсякденному житті.

Помірний рівень стресу в бійців припускає можливі епізоди тривоги або легкої депресії, але вони не є постійними. Бійці не втрачають здатність

відчувати позитивні емоції та радість у звичних ситуаціях. Відносини з родиною та друзями залишаються стабільними. Бійці можуть шукати підтримку у близьких. Когнітивні функції мають незначні негативні зміни: можливі невеликі труднощі з концентрацією, але загалом здатність виконувати щоденні завдання. Немає значних порушень пам'яті. Можливі незначні соматичні скарги (наприклад, головний біль), але загальний стан здоров'я залишається добрим. Бійці можуть проявляти здорові способи справляння зі стресом (фізична активність, хобі). Немає значних змін у поведінці, як-от збільшення вживання алкоголю чи наркотиків.

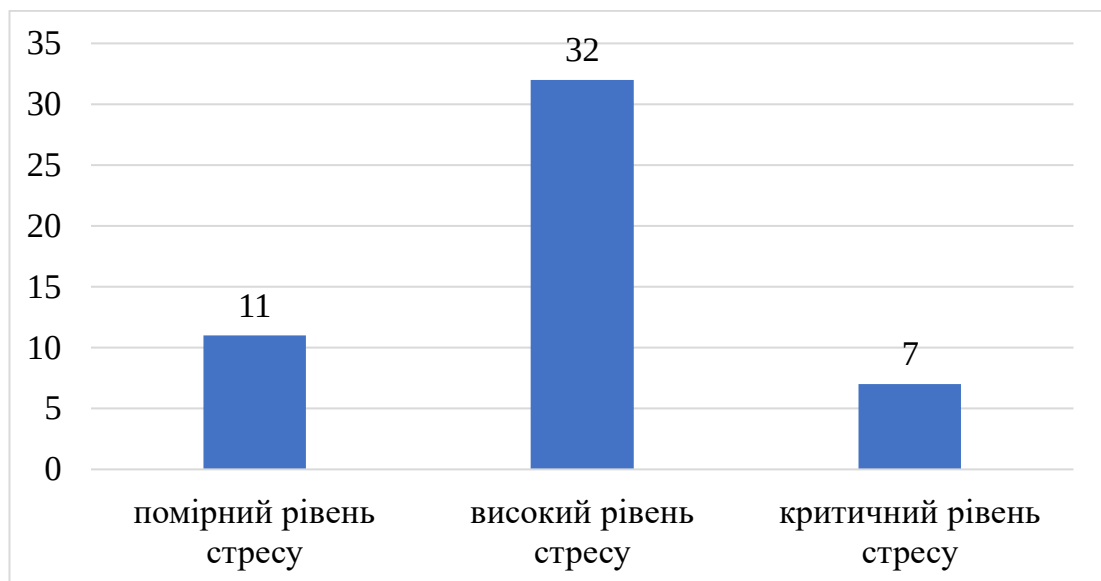


Рис.2.2. Виявлення рівня стресу в бійців за методикою: «Шкала психологічного стресу PSM-25»

Як можна побачити на рисунку 2.2, критичний рівень стресу виявлено в 7 бійців (14%). Критичний рівень стресу свідчить про наявність серйозних психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Це стан, що потребує термінового втручання фахівців.

Наведемо характеристики бійців з критичним рівнем стресу:

Постійна тривога, депресія, агресія або апатія. Відчуття безпорадності або суїцидальні думки.

Глибока соціальна ізоляція; бійці можуть відмовлятися від будь-яких контактів. Втрата інтересу до важливих соціальних ролей (сім'я, робота).

Серйозні порушення пам'яті та концентрації. Часті флешбеки та нав'язливі спогади про травму.

Хронічні соматичні симптоми без явної медичної причини. Висока ймовірність розвитку інших медичних проблем через стрес (серцево-судинні захворювання, розлади травлення).

Ризик самогубства або самопошкодження. Нездатність виконувати повсякденні обов'язки; можлива необхідність госпіталізації.

Критичний рівень стресу, свідчить про стан дезадаптації та психічного дискомфорту бійців, необхідність застосування широкого спектру засобів та методів для зниження нервово-психічної напруженості, психологічного розвантаження, зміни стилю мислення та життя. Розуміння різних рівнів стресу в бійців є важливим для своєчасного виявлення потреб у підтримці та лікуванні. Помірний рівень може бути нормальним етапом адаптації, тоді як високий і критичний рівні вимагають термінового втручання фахівців для запобігання подальшим ускладненням.

Стандартна помилка (Standard Error): 1,902327 відображає, наскільки точно середнє значення представляє загальну популяцію. Низька стандартна помилка вказує на те, що оцінка середнього є досить точною.

Медіана (Median): 129,5 є значенням, яке ділить дані на дві рівні половини. Вона трохи нижча за середнє, що може свідчити про асиметрію розподілу, ймовірно, наявність деяких екстремальних значень (високих).

Результати статистичного аналізу показників стресу бійців в середньому по групі наведено в табл.2.3.

Таблиця 2.3

**Результати статистичного аналізу за методикою: «Шкала психологічного стресу PSM-25» (констатувальний етап)**

| Показник | Результат розрахунку |
|----------|----------------------|
|----------|----------------------|

|                           |          |
|---------------------------|----------|
| Середнє                   | 132,58   |
| Стандартна помилка        | 1,902327 |
| Медіана                   | 129,5    |
| Мода                      | 136      |
| Стандартне відхилення     | 13,45149 |
| Дисперсія вибірки         | 180,9424 |
| Мінімум                   | 116      |
| Максимум                  | 161      |
| Рівень надійності (95,0%) | 3,82287  |

Як видно з таблиці 2.3, середнє (Mean) складає 132,58 – це середнє значення показника стресу в групі бійців. Воно свідчить про те, що в цілому бійці відчують достатньо високий рівень стресу, оскільки значення перевищує 130, що може бути свідченням негативного впливу певних психологічних навантажень.

Мода (Mode): 136 – це найбільш часто зустрічаюся значення в наборі даних. Вона перевищує як середнє, так і медіану, що може свідчити про те, що значна частина бійців відчуває високий рівень стресу.

Стандартне відхилення (Standard Deviation): 13,45149 – це показник варіації або розкиду даних навколо середнього значення. Високе стандартне відхилення вказує на те, що рівень стресу у бійців варіюється, і деякі з них можуть відчувати значно вищий або нижчий рівень стресу.

Дисперсія вибірки (Variance): 180,9424 є квадратом стандартного відхилення і також свідчить про ступінь варіації в даних.

Мінімум (Minimum): 116. Найнижчий зареєстрований рівень стресу в групі свідчить про те, що деякі бійці відчують досить низький рівень стресу. Максимум (Maximum): 161 – найвищий зареєстрований рівень стресу (критичний рівень) свідчить про серйозні психологічні проблеми у частини бійців.

Рівень надійності (Confidence Interval) 95%: 3,82287 – це інтервал, в якому ми можемо бути впевнені на 95%, що справжнє середнє значення популяції знаходиться між 128,76 і 136,40. Це свідчить про достатню точність оцінки середнього. Результати статистичного аналізу показали, що середній

показник стресу (132,58) є досить високим і вказує на те, що бійці можуть переживати значні психологічні навантаження.

Високе стандартне відхилення (13,45) свідчить про те, що у групі є як бійці з дуже високим рівнем стресу (максимум 161), так і ті, хто відчуває його на нижчому рівні (мінімум 116). Це може свідчити про різні фактори впливу на стрес у різних індивідів. Оскільки середнє перевищує медіану, це може вказувати на те, що в даних є кілька екстремальних значень (високих), які тягнуть середнє вгору.

Проведений статистичний аналіз підкреслює важливість моніторингу психоемоційного стану бійців та вжиття заходів для покращення їхнього добробуту. Враховуючи отримані результати, можна зробити висновок про необхідність психологічної підтримки та втручання для зниження рівня стресу серед бійців.

Результати діагностики показників травматичного стресу надали можливість виявити головні симптоми, що характеризують наявність гострого стресового розладу в бійців (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

**Результати діагностики гострого стресового розладу бійців за методикою «Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)» (констатувальний етап)**

| Вираженість симптомів ГСР               | кількість осіб | питома вага (%) |
|-----------------------------------------|----------------|-----------------|
| легкі симптоми                          | 8              | 16%             |
| помірні симптоми (можливий діагноз ГСР) | 36             | 72%             |
| виражені симптоми (ГСР)                 | 6              | 12%             |

Як видно з таблиці 2.4, легкі симптоми травматичного стресу виявлено у 8 бійців (16%). Помірні симптоми мають більшість військовослужбовців: 36 осіб (72%), що свідчить про можливість розвитку в них гострого стресового розладу (ГСР).

Виражені симптоми ГСР мають 6 осіб у вибірці (12%) (рис.2.3).

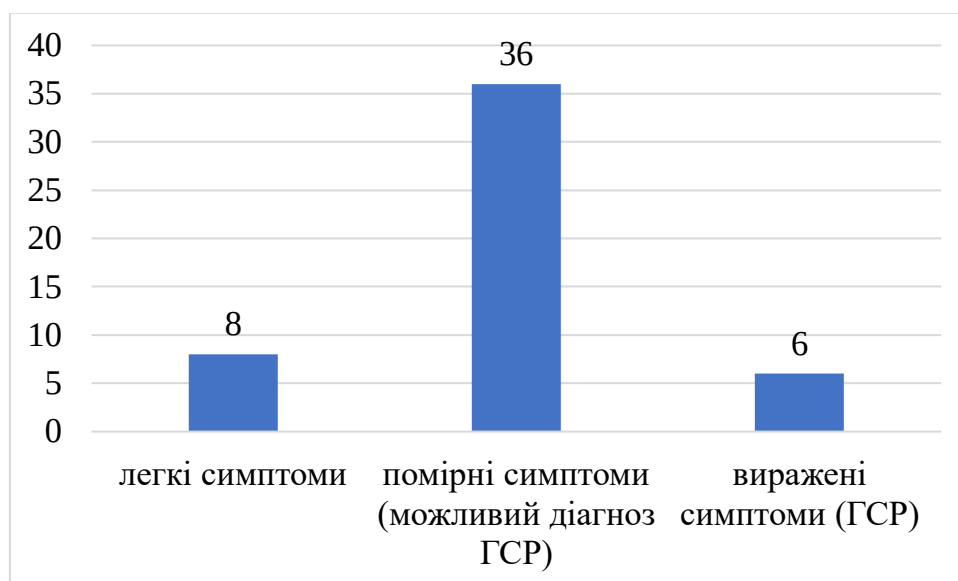


Рис.2.3. Вираженість травматичного стресу в бійців за методикою «Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)» (констатувальний етап)

З рисунку 2.3 видно: легкі симптоми травматичного стресу виявлено у 8 бійців (16%), що свідчить про те, що невелика частина військовослужбовців має незначні прояви стресу, які можуть бути пов'язані з адаптацією до умов служби або окремими стресовими ситуаціями. Ці симптоми можуть включати легке занепокоєння, підвищену емоційну чутливість або короточасні спогади про травматичні події.

Натомість помірні симптоми, які спостерігаються у 36 осіб (72%), свідчать про те, що більшість військовослужбовців переживає більш серйозні прояви травматичного стресу (постійне відчуття тривоги, проблеми зі сном, емоційне вигорання або труднощі у соціальних взаємодіях) та можливість розвитку гострого стресового розладу. Такі симптоми можуть негативно впливати на загальний стан здоров'я бійців, їхню здатність виконувати службові обов'язки та взаємодіяти з оточуючими.

Висока частка військовослужбовців з помірними симптомами травматичного стресу вказує на необхідність вжиття заходів для підтримки психологічного здоров'я бійців. Це може включати проведення психоосвітніх

програм, групових терапій або індивідуальних консультацій з психологами. Важливо також забезпечити доступ до ресурсів для психологічної підтримки, щоб допомогти військовослужбовцям справитися з наслідками стресових ситуацій і покращити їхнє загальне самопочуття.

Виявлення виражених симптомів гострого стресового розладу (ГСР) у 6 осіб (12%) вибірки свідчить про те, що невелика, але значна частина військовослужбовців стикається з серйозними психологічними труднощами. Ці симптоми можуть вказувати на глибоке емоційне напруження бійців, яке потребує особливої уваги та втручання.

Серед виражених симптомів ГСР в бійців спостерігається:

1. Хронічна тривога: військовослужбовці можуть відчувати постійне відчуття тривоги, яке не зникає навіть у спокійних обставинах. Це може проявлятися у вигляді нервозності, неспокою або панічних атак.

2. Фізичні симптоми: часто стрес супроводжується фізичними проявами, такими як головний біль, м'язова напруга, проблеми з травленням або порушення сну. Ці симптоми можуть значно знижувати якість життя та працездатність.

3. Емоційні розлади: військовослужбовці можуть відчувати значну емоційну нестабільність, включаючи депресивні настрої, почуття безнадії або відчуження від оточуючих.

4. Соціальна ізоляція: люди з вираженими симптомами ГСР можуть уникати соціальних контактів і діяльності, які раніше приносили їм задоволення. Це може призводити до погіршення стосунків з родиною та друзями.

5. Проблеми з концентрацією: військовослужбовці можуть мати труднощі з концентрацією уваги, що впливає на їхню здатність виконувати службові обов'язки та приймати рішення.

Результати статистичного аналізу бійців за методикою «Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)» наведемо в табл.2.5.

Таблиця 2.5

**Результати статистичного аналізу симптомів розвитку ГСР за методикою «Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)» (констатувальний етап)**

|     | Шкала                      | Середнє (М) | SD М | Дисперсія |
|-----|----------------------------|-------------|------|-----------|
| A1  | A(1): Подія травми         | 7,74        | 1,46 | 2,15      |
| F1  | F: Дистрес и дезадаптація  | 5,5         | 2,09 | 4,37      |
| B2  | b: Дисоціація              | 7,54        | 1,56 | 2,45      |
| C2  | c: «Вторгнення»            | 7,68        | 1,60 | 2,58      |
| D2  | d: «Уникнення»             | 7,64        | 1,68 | 2,84      |
| E2  | e: Гіперактивація          | 7,9         | 1,96 | 3,84      |
| F2  | f: Дистрес та дезадаптація | 5,98        | 2,05 | 4,22      |
| DEP | Шкала депресії             | 6,34        | 2,44 | 3,16      |
| OTS | Гострий стресовий розлад   | 49,98       | 8,36 | 69,93     |

Як видно з таблиці 2.5, найбільш вираженими симптомами ГСР в бійців є переживання події травми (7,74), дисоціація (7,54), вторгнення (7,68), уникнення (7,64) та гіперактивація (7,9).

На основі даних з таблиці 2.5, можна зробити кілька важливих висновків про психологічний стан бійців, які пережили травматичні події. Найбільш виражені симптоми гострого стресового розладу (ГСР), такі як переживання події травми, дисоціація, вторгнення, уникнення та гіперактивація, вказують на серйозні емоційні та психічні труднощі.

Переживання події травми (7,74). Цей показник свідчить про те, що бійці постійно повертаються до травматичних спогадів. Це може проявлятися у вигляді нав'язливих думок або яскравих уявлень про пережиті події. Таке переживання може призводити до значного емоційного стресу, викликаючи почуття безпорадності, страху та тривоги.

Дисоціація (7,54). Дисоціативні симптоми вказують на спробу бійців відсторонитися від травматичного досвіду. Це може проявлятися у відчутті нереальності, втраті пам'яті про важливі події або відчутті відстороненості від власного тіла. Дисоціація є захисним механізмом, який може бути корисним у

короткостроковій перспективі, але в довгостроковій може призвести до труднощів у встановленні зв'язків з реальністю та оточенням.

Вторгнення (7,68). Симптоми вторгнення вказують на те, що бійці переживають повторні спогади або флешбеки травматичних подій. Це може викликати сильний емоційний дискомфорт і навіть фізичні реакції, такі як прискорене серцебиття або пітливість. Цей симптом може заважати нормальному функціонуванню в повсякденному житті.

Уникнення (7,64). Уникнення свідчить про бажання бійців уникати ситуацій, місць або людей, які нагадують їм про травматичний досвід. Це може призводити до соціальної ізоляції та зменшення участі в активностях, які раніше приносили задоволення. Таке уникнення може посилювати відчуття самотності та безнадії.

Гіперактивація (7,9). Гіперактивація проявляється у вигляді підвищеної тривожності, дратівливості та проблем зі сном. Бійці можуть відчувати постійну напругу та бути в стані готовності до загрози. Це не лише впливає на їхнє психічне здоров'я, але й може погіршити фізичний стан через хронічний стрес.

Високі показники всіх цих симптомів свідчать про те, що бійці стикаються з серйозними наслідками травматичного досвіду. Це вимагає термінового втручання та підтримки з боку фахівців у галузі психічного здоров'я. Необхідно розробити програми реабілітації, які включатимуть психотерапію, групову підтримку та інші методи лікування, щоб допомогти військовослужбовцям адаптуватися до цивільного життя та покращити їхнє загальне благополуччя.

Високий рівень виражених симптомів ГСР ( $49,98 \pm 8,36$ ) серед військовослужбовців вказує на необхідність термінового втручання для підтримки їхнього психологічного здоров'я, а саме:

Індивідуальна терапія: психотерапевтичні сесії можуть допомогти військовослужбовцям зрозуміти та опрацювати свої переживання, навчитися технік управління стресом.

Групова терапія: залучення до груп підтримки може дати можливість обмінюватися досвідом з іншими, хто переживає подібні труднощі.

Психосвітні програми: освіта про стрес і його наслідки може допомогти військовослужбовцям краще зрозуміти свої симптоми та знайти способи їх подолання.

Таким чином, виявлення виражених симптомів ГСР у 12% військовослужбовців підкреслює важливість активних заходів для підтримки їхнього психічного здоров'я. Це не лише допоможе покращити їхнє загальне самопочуття, але й сприятиме підвищенню ефективності виконання службових обов'язків.

Далі, за методикою «Актуальний стан (АС) (Л. Куліков)» нами було оцінено емоційний стан бійців (табл. 2.6).

Таблиця 2.6

**Результати оцінки актуального стану бійців за методикою «Актуальний стан (АС) (Л. Куліков)» (констатувальний етап)**

| Шкала                           | Середнє (М) | SD М | Дисперсія |
|---------------------------------|-------------|------|-----------|
| Ак-АС:<br>Активация/деактивация | 33,46       | 1,83 | 2,01      |
| То-АС: Тонус<br>високий/низький | 21,39       | 2,28 | 3,11      |
| Са: Самопочуття фізичне         | 34,01       | 1,25 | 1,88      |
| Сп-АС: Спокій/тривога           | 19,55       | 1,60 | 2,09      |
| У: Порухення емоційне           | 68,22       | 3,68 | 1,87      |

Як бачимо в табл.2.6 за шкалою актуальний стан в середньому в групі бійців було отримано знижений показник активації (33,46), низький тонус (21,39), значне вираження показника тривоги (19,55) та виражене емоційне порушення (68,22).

Знижений показник активації, низький тонус, значне вираження тривоги та виражене емоційне порушення у бійців свідчать про серйозні проблеми в їхньому психологічному стані. Розглянемо кожен з цих аспектів детальніше.

Знижений показник активації. Цей показник вказує на те, що бійці можуть відчувати брак енергії або мотивації. Вони можуть бути менш активними в повсякденному житті, уникати фізичних активностей або соціальних взаємодій. Це може бути наслідком емоційного виснаження, що часто спостерігається у людей, які пережили травматичні події. Зниження активації може також свідчити про депресивні симптоми, коли інтерес до раніше улюблених занять зникає.

Низький тонус. Низький тонус може проявлятися у фізичній слабкості, втомі та загальному відчутті нездужання. Це може бути результатом хронічного стресу, який виснажує фізичні резерви організму. Бійці можуть відчувати труднощі з концентрацією та виконанням навіть простих завдань. Низький тонус також може свідчити про порушення сну, що є характерним для посттравматичного стресового розладу (ПТСР).

Високий рівень тривоги може проявлятися у вигляді постійного відчуття напруги, страху або паніки. Бійці можуть бути надмірно чутливими до оточуючих звуків чи ситуацій, що нагадують їм про травму. Це призводить до стану «бойової готовності», коли людина постійно очікує загрози. Таке емоційне напруження може мати серйозні наслідки для психічного здоров'я, включаючи розвиток тривожних розладів.

Емоційні порушення можуть включати зміни настрою, дратівливість, агресію або емоційну нестабільність. Бійці можуть відчувати труднощі з контролем своїх емоцій, що призводить до конфліктів у стосунках з близькими людьми. Це також може проявлятися у вигляді соціальної ізоляції, коли людина відмовляється від спілкування через страх бути непорозумілою або засудженою.

Загалом, ці симптоми свідчать про те, що бійці переживають важкі наслідки травматичного досвіду, які потребують термінового втручання.

Висновки до розділу 2

Результати спостереження наявності симптомів гострого стресового розладу в бійців після повернення з зони активних бойових дій свідчать про наявність яскраво виражених ознак ГСР (часті зміни настрою, труднощі в спілкуванні, поведінкові зміни, фізичні симптоми: порушення сну та ін.) в 54% бійців у групі. Важкі ознаки ГСР: сильна тривога, панічні атаки, соціальна ізоляція, фізичні симптоми, важки когнітивні порушення виявлено у 14% військовослужбовців. Дані бійці демонструють емоційну нестабільність: часті зміни настрою: бійці можуть раптово переходити від стану піднесення до глибокої депресії; вибухи гніву: спостерігаються епізоди агресії або дратівливості, навіть у спокійних ситуаціях.

Результати діагностики за обраними методиками виявили підвищені показники травматичного стресу в середньому по групі бійців, достатньо високі показники всіх симптомів гострого стресового розладу, які свідчать про те, що бійці стикаються з серйозними наслідками травматичного досвіду, а також наявність емоційних порушень. Це вимагає термінового втручання та підтримки з боку фахівців у галузі психічного здоров'я. Необхідно розробити програми реабілітації, які включатимуть психотерапію, групову підтримку та інші методи лікування, щоб допомогти військовослужбовцям адаптуватися до цивільного життя та покращити їхнє загальне благополуччя.

Результати дослідження підкреслюють важливість уваги до психологічного здоров'я військовослужбовців, оскільки це є ключовим фактором для їхньої ефективності та благополуччя.

### РОЗДІЛ 3

## РОЗРОБКА РЕКОМЕНДАЦІЙ ЩОДО НАДАННЯ ЕКСТРЕНОЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ БІЙЦЯМ З ГОСТРИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ ТА ОЦІНКА ЇХ ЕФЕКТИВНОСТІ

### 3.1. Розробка моделі надання екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом

Гострий стресовий розлад (ГСР) може виникнути у військовослужбовців після переживання травматичних подій. Цей стан може призвести до значних негативних наслідків погіршення психічного і фізичного здоров'я.

Екстрена психологічна допомога є критично важливою для запобігання розвитку хронічних психічних розладів в бійців.

У зв'язку з цим, розробка ефективних моделей надання екстреної психологічної допомоги є надзвичайно важливою.

Розглянемо основні моделі, які використовуються для підтримки бійців з ГСР та окреслимо їх переваги та недоліки.

#### 1. Модель критичного інциденту

Модель критичного інциденту (Critical Incident Stress Debriefing, CISD) була розроблена для надання екстреної психологічної допомоги особам, які пережили травматичні події психологами Джеффри Т. Мітчелл і Джорджем С. Еверлі, які вперше представили цю концепцію у 1980-х роках. Вчені акцентували увагу на важливості своєчасного втручання для запобігання розвитку серйозних психічних розладів після травматичних подій [1].

Основна мета моделі – зменшити в бійців негативний вплив стресу у перші години та дні після інциденту та запобігти розвитку серйозніших психічних розладів, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Модель передбачає швидке реагування на травматичні події, що сталися під час бойових дій та включає:

- короткочасні інтервенції: психологи працюють з групами бійців, надаючи інформацію про нормальні реакції на стрес і способи їх подолання.
- психосоціальну підтримку: створення безпечного середовища для обговорення переживань.

Переваги моделі: швидкість реагування, доступність для великої кількості бійців.

Недоліки моделі: може бути недостатньо глибокою для вирішення більш серйозних проблем.

Короткочасні інтервенції є важливим інструментом у психологічній допомозі, що дозволяє швидко реагувати на кризові ситуації та надавати підтримку людям у важкі часи. Їх ефективність залежить від кваліфікації фахівців, створення безпечного середовища та здатності швидко адаптуватися до потреб клієнта.

Короткочасні інтервенції – це спеціалізовані методи психологічної допомоги, які застосовуються для швидкого реагування на кризові ситуації або стресові стани. Вони зазвичай тривають від кількох хвилин до кількох сесій і фокусуються на вирішенні конкретних проблем або зменшенні емоційного дискомфорту.

Основні цілі короткочасних інтервенцій:

1. Зменшення стресу: допомогти особі впоратися зі стресовими переживаннями.
2. Встановлення емоційного балансу: повернути людину до стабільного емоційного стану.
3. Підтримка в кризі: надати необхідну підтримку у важкий момент.
4. Стимулювання адаптації: допомогти знайти шляхи адаптації до нових умов або ситуацій.
5. Запобігання серйозним психічним розладам: зменшити ризик розвитку більш серйозних психічних проблем.

Для ефективного проведення короткочасних інтервенцій необхідні певні умови:

1. Безпечне середовище: створення комфортного та безпечного простору для клієнта.
2. Кваліфіковані фахівці: інтервенції повинні проводитися психологами або консультантами, які мають досвід у кризовій допомозі.
3. Чітке визначення проблеми: необхідно швидко і точно визначити основну проблему, з якою звертається клієнт.
4. Гнучкість підходів: можливість адаптувати техніки та методи в залежності від потреб клієнта.
5. Доступність ресурсів: наявність додаткових ресурсів для подальшої підтримки, якщо це необхідно.

Основні етапи моделі наведено на рис.3.1:

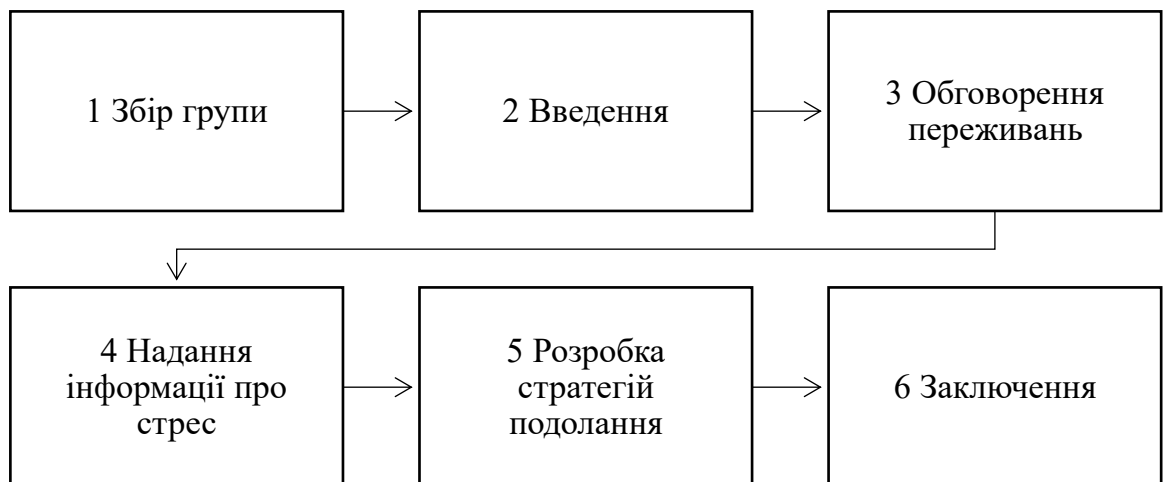


Рис.3.1. Модель критичного інциденту (Джеффри Т. Мітчелл і Джорджем С. Еверлі) [73]

Опишемо більш ґрунтовно модель критичного інциденту та окреслимо можливості її використання з бійцями, що мають ознаки гострого стресового розладу.

1. Збір групи: після критичного інциденту бійці збираються у групі під керівництвом кваліфікованого психолога або консультанта.
2. Введення: психолог пояснює мету зустрічі, створює безпечну атмосферу для відкритого спілкування.

3. Обговорення переживань: учасники діляться своїми відчуттями і переживаннями, пов'язаними з інцидентом. Це дозволяє їм усвідомити, що їхні реакції є нормальними.

4. Інформація про стрес: психолог надає інформацію про нормальні реакції на стрес та способи їх подолання.

5. Стратегії подолання: учасникам пропонуються різні техніки для управління стресом, такі як дихальні вправи, релаксація тощо.

6. Заключення: підсумок обговорення та надання інформації про подальшу підтримку.

Використання моделі критичного інциденту в роботі з військовими, які мають ознаки гострого стресового розладу, має багато переваг: швидке реагування: модель дозволяє оперативно реагувати на травматичні події, що є критично важливим у військових умовах; групова підтримка: бійці можуть обмінюватися досвідом і відчувати підтримку однодумців, що може зменшити почуття ізоляції; освіта про стрес: надання інформації про нормальні реакції на стрес допомагає військовим усвідомити свої переживання і зменшує страх перед невідомим; превенція серйозних розладів: своєчасне втручання може запобігти розвитку ПТСР та інших психічних проблем.

На нашу думку, модель критичного інциденту є ефективним інструментом для надання екстреної психологічної допомоги військовим, які пережили травматичні події. Її застосування може суттєво полегшити адаптацію бійців до складних умов служби та зменшити ризик розвитку серйозних психічних розладів у майбутньому.

Проте важливо враховувати індивідуальні потреби кожного бійця та адаптувати підходи відповідно до конкретної ситуації. Крім того, необхідно забезпечити доступ до тривалої психологічної підтримки для тих, хто потребує глибшої роботи над своїми переживаннями. Таким чином, модель критичного інциденту може стати важливим елементом комплексної системи підтримки військових у процесі реабілітації після травмуючих подій.

Модель кризового втручання.

Модель кризового втручання (Crisis Intervention Model) – це структурований підхід до надання допомоги людям, які пережили кризову ситуацію або травматичний досвід.

Модель кризового втручання була розроблена кількома видатними психологами, серед яких: Дж. Каплан – один із перших вчених, хто систематизував підходи до кризового втручання у 1960-х роках; Е. Хілгард – внесок у розуміння психічних процесів під час кризових ситуацій; Джеймс Н. Макгоуен – активно працював над розвитком практичних аспектів кризового втручання.

Основна мета моделі полягає в тому, щоб допомогти особі або групі осіб відновити емоційний баланс, зменшити стрес і запобігти розвитку серйозних психічних розладів.

Розглянемо основні етапи моделі (рис.3.2):



Рис.3.2. Модель кризового втручання (Джеймс Н. Макгоуен) [77]

Охарактеризуємо основні етапи моделі більш докладно:

1. Оцінка ситуації: визначення природи кризи, її впливу на особу та потреби в підтримці.

2. Забезпечення безпеки: створення безпечного середовища для особи, що переживає кризу, щоб знизити рівень тривожності.

3. Встановлення контакту: психолог або консультант встановлює довірчі відносини з особою, що пережила кризу, щоб забезпечити відкритість у спілкуванні.

4. Вивчення проблеми: глибше розуміння проблеми, з якою стикається особа, та її емоційної реакції на ситуацію.

5. Розробка плану дій: спільно з особою створюється план дій для подолання кризи, включаючи конкретні кроки для вирішення проблеми.

6. Підтримка та ресурсна допомога: надання інформації про доступні ресурси та підтримку, які можуть бути корисними у подальшому.

7. Оцінка результатів: після реалізації плану дій проводиться оцінка ефективності втручання та необхідності подальшої підтримки.

Ключовими аспектами успішного застосування розглянутої вище моделі є: наявність кваліфікованих спеціалістів, які мають досвід роботи з військовими; адаптація підходів до специфіки військового контексту та індивідуальних потреб бійців; забезпечення доступу до тривалої психологічної підтримки для тих, хто потребує глибшої роботи над своїми переживаннями.

Модель кризового втручання може стати важливим компонентом системи підтримки військових у процесі реабілітації після травмуючих подій.

Ця модель фокусується на негайному втручанні після критичних подій та включає: кризові центри: спеціалізовані установи, куди бійці можуть звернутися за допомогою; телефонну підтримку: гарячі лінії для надання екстреної психологічної допомоги.

Перевагами моделі є: негайна доступність допомоги, анонімність.

Недоліки: може бути недостатньо персоналізованою.

Слід зазначити, що використання моделі кризового втручання для військових, які мають ознаки гострого стресового розладу (ГСР), є надзвичайно актуальним і важливим у зв'язку з тим, що модель забезпечує:

1. Швидке реагування: модель дозволяє оперативне реагувати на стресові ситуації, що є критично важливим у військових умовах.

2. Індивідуальний підхід: кризове втручання може бути адаптоване до індивідуальних потреб військових, враховуючи їхній досвід і реакції на стрес.

3. Підтримку та ресурси: військові можуть отримати інформацію про доступні ресурси і підтримку, що допоможе їм впоратися з наслідками травматичних подій.

4. Профілактику серйозних психічних розладів: своєчасне втручання може запобігти розвитку ГСР у військових, що може призвести до серйозніших психічних проблем у майбутньому.

Отже, модель кризового втручання є ефективним інструментом для надання допомоги військовим, які пережили травматичні події або стикаються з ознаками гострого стресового розладу. Її застосування дозволяє швидко реагувати на кризові ситуації, забезпечує підтримку та ресурси, а також допомагає запобігти розвитку серйозних психічних розладів.

Таким чином, екстрена психологічна допомога бійцям з гострим стресовим розладом є складним і багатогранним процесом. Кожна з розглянутих моделей має свої переваги і недоліки, і їхня ефективність залежить від індивідуальних потреб військовослужбовців. Важливо адаптувати підходи до конкретних ситуацій і забезпечити комплексну підтримку, яка враховує як психологічні, так і соціальні аспекти життя бійців. Лише спільними зусиллями можна досягти успіху у боротьбі з наслідками травмуючих подій і сприяти відновленню психічного здоров'я військових.

На основі аналізу розглянутих вище моделей, а також методів роботи з гострим стресовим розладом (конгнітивно-поведінкова терапія (КТП), групова терапія) нами було розроблено авторську модель екстреної психологічної допомоги бійцям з гострим стресовим розладом (рис.3.3). Модель, яку ми пропонуємо, базується на принципах доступності, швидкості реагування та індивідуалізації підходів.



Рис.3.3. Модель екстреної психологічної допомоги бійцям з ГСР  
(розроблено автором)

Окреслимо основні етапи моделі:

#### 1. Ідентифікація потреби у допомозі

Сигнали тривоги: визначення симптомів ГСР (тривога, флешбеки, емоційна відчуженість).

Моніторинг: регулярні психометричні оцінки стану військових (анкети, опитування).

#### 2. Перший контакт

Гарячі лінії: створення анонімних телефонних ліній для швидкого зв'язку з психологами.

Мобільні групи: формування бригад психологів, які можуть виїжджати на місце подій.

#### 3. Оцінка стану

Первинна оцінка: використання стандартизованих інструментів для оцінки рівня стресу та функціонування.

Індивідуальна бесіда: збір інформації про травматичний досвід, поточний стан.

#### 4. Надання допомоги

Короткострокова терапія: використання методів когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для зменшення симптомів.

Групова підтримка: організація груп підтримки для обміну досвідом і почуттями.

Психосвіта: інформування бійців про симптоми ГСР і методи самодопомоги.

#### 5. Подальше спостереження

Регулярні зустрічі: підтримка зв'язку з військовими для моніторингу їхнього стану.

Додаткові сесії: за потреби організація повторних консультацій.

#### 6. Ресурсна підтримка

Робота з родинами: включення членів сім'ї в процес підтримки.

Навчальні програми: проведення тренінгів для військових щодо управління стресом.

#### 7. Оцінка ефективності

Зворотний зв'язок: збирання відгуків від учасників програми про її ефективність.

Аналіз даних: оцінка результатів за допомогою статистичних методів.

Слід зазначити, що КПТ є однією з найбільш досліджуваних і ефективних методів лікування ГСР. Вона фокусується на зміні негативних моделей мислення та поведінки. Бійці вчаться розпізнавати деструктивні думки, пов'язані з травмою та формують позитивні моделі мислення і поведінки.

Перевагами КПТ є: доказова ефективність, можливість тривалої роботи з проблемами. Але даний метод вимагає часу та зусиль, може бути важким для деяких бійців.

Групова терапія пропонує бійцям можливість спілкуватися з однодумцями, які пережили подібні ситуації: учасники діляться своїми переживаннями та стратегіями подолання стресу, в бійців створюється відчуття спільноти та належності.

Групова терапія зменшує почуття ізоляції, підвищує мотивацію до лікування. Але вона може бути неприйнятною для тих, хто не бажає ділитися своїми переживаннями в групі.

Слід зазначити, що розроблена нами авторська модель надання екстреної психологічної допомоги військовим з ГСР має бути адаптована до специфіки військової служби та потреб кожного індивіда. Важливо забезпечити бійцям доступність та своєчасність допомоги, щоб зменшити ризик розвитку хронічних психічних розладів і сприяти швидкому відновленню військовослужбовців.

### 3.2. Практичні рекомендації для медичних працівників та психологів

Екстрена психологічна допомога бійцям з гострим стресовим розладом є важливим етапом у їхньому відновленні. Важливо забезпечити своєчасну та адекватну підтримку, використовуючи комплексний підхід, що включає індивідуальну терапію, групову підтримку та залучення родини.

Основні рекомендації включають створення безпечного середовища, активне слухання, психоосвіту, використання технік релаксації, когнітивну підтримку, сприяння соціальній підтримці та розробку індивідуального плану дій. Медичні працівники та психологи повинні бути готовими до роботи з такими пацієнтами, проявляючи чуйність і професіоналізм. Важливо пам'ятати, що кожен випадок є унікальним, і підхід повинен бути адаптований до індивідуальних потреб бійця. Своєчасна та адекватна допомога може суттєво поліпшити якість життя і сприяти успішному відновленню.

Регулярний моніторинг стану пацієнтів і документування результатів допоможе покращити якість надання допомоги та запобігти розвитку хронічних психічних розладів.

Розроблені нами рекомендації спрямовані на медичних працівників та психологів, які працюють з бійцями, що пережили травму.

### 1. Ідентифікація симптомів ГСР

Симптоми: Визначити основні симптоми, такі як тривога, флешбеки, емоційна відчуженість, порушення сну.

Оцінка: Використовувати стандартизовані анкети (наприклад, PCL-25) для оцінки стану пацієнта.

### 2. Створення безпечного середовища

Комфорт: забезпечити спокійне та затишне місце для проведення консультацій, організувати комфортне місце для спілкування, де бійці можуть почуватися в безпеці.

Емоційна підтримка: підтримувати довірливу атмосферу, бути уважним до емоційних потреб пацієнта.

Конфіденційність: гарантувати конфіденційність, щоб пацієнти відчували себе в безпеці.

### 3. Перший контакт

Слухання: активно слухати пацієнта, не перебиваючи його. Дати можливість бійцеві висловити свої думки та переживання без перерв.

Відображення: повторювати ключові моменти, щоб показати, що ви слухаєте і розумієте.

Емпатія: виявляти співчуття та розуміння, підтверджуючи його переживання.

### 4. Надання першої допомоги

Короткострокова терапія: Використовувати методи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) для зменшення симптомів.

Інформування про ГСР: Пояснити, що це нормальна реакція на ненормальні обставини. Окреслити основні симптоми ГСР і запевнити, що їх можна подолати.

Використання технік релаксації:

- дихальні вправи: навчити технікам глибокого дихання для зменшення тривожності;
- прогресивна м'язова релаксація: проводити вправи на напруження і розслаблення м'язів.

Когнітивна підтримка:

- ідентифікація негативних думок: допомогти бійцеві виявити деструктивні думки.
- розробка позитивних альтернатив: спільно створити позитивні афірмації або альтернативні думки.

Сприяння соціальній підтримці: залучення родини та друзів: заохочувати бійців до спілкування з близькими.

Групова терапія: розглядати можливість участі в групах підтримки. Створити можливості для обміну досвідом серед військових. Проводити регулярні зустрічі для обговорення переживань та емоцій.

5. Розробка плану дій:

Планування наступних кроків: допомогти бійцеві скласти план дій для подальшої підтримки.

Ресурси: надати інформацію про доступні ресурси (лікарі, психологи, гарячі лінії).

6. Подальше спостереження

Регулярні консультації: проводити контрольні зустрічі через тиждень або місяць після початкової допомоги.

Моніторинг стану: оцінювати зміни в стані пацієнта за допомогою повторних анкетувань.

7. Документування випадків:

Запис результатів: вести детальну документацію про стан пацієнта, проведені втручання та їх результати.

Аналіз даних: використовувати зібрані дані для вдосконалення підходів до лікування.

Нами було розроблено програму екстреної психологічної допомоги бійцям, яка може бути використана в подальшому в діяльності медичних працівників та практичних психологів при наданні психологічної допомоги бійцям з ознаками гострого стресового розладу.

Актуальність програми. Гострий стресовий розлад (ГСР) є серйозною проблемою для військовослужбовців, які пережили травматичні події. Психологічні наслідки можуть проявлятися у вигляді тривоги, депресії, панічних атак та інших симптомів, що значно впливають на життя бійців та виконання службових обов'язків. З огляду на військові події в Україні, програма екстреної психологічної допомоги бійцям є надзвичайно актуальною для забезпечення психічного здоров'я військових.

Екстрена психологічна допомога дозволяє: знизити ризик розвитку хронічних психічних розладів; підтримати моральний дух бійців; поліпшити адаптацію до служби в умовах бойових дій та повернення до цивільного життя; запобігти самогубствам та іншим формам самопошкодження.

План та етапи реалізації програми:

#### 1. Підготовчий етап

Аналіз потреб: оцінка кількості військових, які потребують допомоги.

Навчання спеціалістів: проведення тренінгів для психологів, медиків та волонтерів.

#### 2. Етап виявлення

Скринінг: визначення осіб з симптомами ГСР за допомогою анкетування або особистих бесід.

Групи підтримки: формування груп для обговорення переживань та емоцій.

#### 3. Етап надання допомоги

Індивідуальна терапія: психотерапевтичні сесії для роботи з конкретними випадками.

Групова терапія: заняття для обміну досвідом та підтримки.

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ): використання КПТ для зміни негативних моделей мислення.

#### 4. Етап моніторингу

Оцінка ефективності: регулярне проведення опитувань для оцінки зміни стану військових.

Корекція програми: внесення змін на основі отриманих даних.

#### 5. Етап підтримки

Довгострокова підтримка: організація регулярних зустрічей для тих, хто пройшов програму.

Психологічна освіта: проведення семінарів щодо управління стресом і самопомочі.

Розробка психотерапевтичної сесії для бійців

Мета психотерапевтичних сесій – допомогти бійцям впоратися з наслідками травми, зменшити симптоми ГСР і сприяти адаптації до нормального життя.

Програма сесії

Загальна структура сесії

##### 1. Вступ (5-10 хв)

Привітання та створення комфортної атмосфери. Короткий огляд цілей сесії.

Психотерапевт вітає бійця, запитує про його самопочуття. Створюється довірлива атмосфера, важливо підкреслити конфіденційність.

##### 2. Оцінка стану (10-15 хв)

Обговорення останніх переживань та симптомів. Використання опитувальників для оцінки рівня тривожності та стресу.

Психотерапевт запитує про останні події у житті бійця, як він справляється з симптомами. Використовуються стандартизовані опитувальники (наприклад, шкала тривоги Гамільтона).

### 3. Психосвіта (10-15 хв)

Інформація про ГСР: симптоми, причини та механізми. Обговорення нормальних реакцій на травму.

Бійцеві пояснюють, що ГСР – це нормальна реакція на ненормальну ситуацію. Обговорюються можливі наслідки відсутності лікування.

### 4. Техніки релаксації (15-20 хв)

Введення в техніки дихання (наприклад, глибоке діафрагмальне дихання). Вправи на прогресивну м'язову релаксацію.

Психотерапевт демонструє техніки глибокого дихання: бійці навчаються дихати повільно і глибоко. Виконується прогресивна м'язова релаксація, де бійці напружують і розслабляють різні групи м'язів.

### 5. Когнітивно-поведінкова терапія (15-20 хв)

Ідентифікація негативних думок і їх оскарження. Розробка позитивних альтернативних думок.

Бійці ідентифікують негативні думки, які виникають у стресових ситуаціях. Психотерапевт допомагає розробити альтернативні позитивні думки.

### 6. Заключна частина (5-10 хв)

Підсумок сесії. Обговорення домашніх завдань.

Бійці отримують завдання на наступну сесію: вести щоденник емоцій, практикувати техніки релаксації.

Психотерапевтичні сесії для бійців із гострим стресовим розладом повинні бути структурованими, чіткими та адаптованими до потреб клієнтів. Важливо забезпечити підтримку і безпеку, щоб сприяти процесу одужання.

Формування груп для обговорення переживань та емоцій бійців є важливим кроком у процесі їхньої реабілітації. Групова підтримка створює безпечний простір для обміну досвідом, зменшує почуття ізоляції та сприяє

розвитку навичок управління емоціями. Психологічна допомога через групи не лише полегшує страждання, а й допомагає бійцям знайти новий сенс у житті після пережитих травм. У результаті це може суттєво покращити якість їхнього життя і сприяти успішній адаптації до цивільного суспільства.

Формування групи для обговорення переживань має бути ретельно продуманим. Важливо визначити мету групи: чи це буде загальна підтримка, чи специфічні теми, такі як адаптація до цивільного життя, управління стресом або подолання травматичних спогадів.

Крім того, важливо забезпечити безпечну атмосферу, де кожен учасник може вільно висловлювати свої думки і почуття без страху осуду. Модератор або психолог може допомогти у веденні дискусії, спрямовуючи її у конструктивне русло і запобігаючи конфліктам.

У роботі групи можна використовувати різноманітні техніки, такі як:

1. Активне слухання: дозволяє учасникам почуватися почутими і зрозумілими.
2. Рольові ігри: допомагають відпрацювати навички спілкування та взаємодії.
3. Творчі методи: малювання, писання або музика можуть стати засобами вираження емоцій.
4. Обговорення конкретних випадків: аналіз ситуацій може допомогти знайти рішення та нові підходи до проблем.

В рамках реалізації програми нами було запропоновано проведення семінару на тему: «Управління стресом і самопоміч для бійців».

Мета семінару: навчити бійців ефективним технікам управління стресом та самопомічі, що допоможуть їм справлятися з емоційними навантаженнями, покращити психічне здоров'я та адаптацію до цивільного життя.

Тривалість: 1 день (6 годин)

Цільова аудиторія: військовослужбовці, ветерани, члени їхніх сімей.

Необхідні ресурси:

Простора кімната для проведення семінару.

Проектор та екран для презентацій.

Матеріали для записів (блокноти, ручки).

Напої та закуски для учасників.

Рекомендовані доповідачі: психологи або спеціалісти з психічного здоров'я, які мають досвід роботи з військовослужбовцями.

Програма семінару:

1. Вступ (30 хв)

Привітання учасників.

Знайомство: коротке представлення кожного учасника.

Обговорення цілей семінару та очікувань учасників.

2. Розуміння стресу (1 год)

Що таке стрес?

Визначення та типи стресу (позитивний і негативний).

Як стрес впливає на фізичне і психічне здоров'я.

Симптоми стресу: фізичні, емоційні, поведінкові.

3. Техніки управління стресом (2 год)

Дихальні вправи:

Вправи на глибоке дихання.

Техніка «4-7-8» (вдих на 4 секунди, затримка на 7 секунд, видих на 8 секунд).

Релаксація: вправи на прогресивну м'язову релаксацію.

Майндфулнес: основи усвідомленості: як бути в моменті; коротка медитація на усвідомленість.

Перерва (15 хв)

4. Самопоміч та підтримка (1 год)

Як розпізнати потребу в допомозі.

Ресурси для самопомочі: книги, онлайн-курси, мобільні додатки.

Підтримка від родини та друзів: як говорити про свої переживання.

5. Практична сесія (1 год)

Групові вправи: обговорення ситуацій, які викликають стрес.

Розробка особистого плану управління стресом.

Рольові ігри: відпрацювання навичок спілкування про емоції.

Перерва (15 хв)

6. Питання та відповіді (30 хв)

Відповіді на запитання учасників.

Обговорення індивідуальних випадків.

7. Заключення та підсумки (30 хв)

Підведення підсумків семінару.

Роздача матеріалів для подальшого використання (брошури, посилання на ресурси).

Зворотний зв'язок від учасників.

Семінар має на меті надати бійцям корисні інструменти для управління стресом і підтримки власного психічного здоров'я. Це сприятиме їхній адаптації до цивільного життя і покращить загальну якість життя.

Впровадження запропонованих заходів може стати важливим кроком у підтримці психічного здоров'я військових та їхніх родин, а також у створенні більш здорового суспільства в цілому.

Таким чином, програма екстреної психологічної допомоги військовим з гострим стресовим розладом є важливим інструментом для покращення психічного здоров'я військовослужбовців. Вона сприяє швидкому реагуванню на психологічні проблеми, запобігає їх загостренню та забезпечує підтримку в кризових ситуаціях.

Прогнозовані результати впровадження

1. Зниження рівня симптомів ГСР: Очікується зменшення випадків тяжких психічних розладів.

2. Покращення адаптації: Військові легше адаптуватимуться до служби та повернення до цивільного життя.

3. Зростання рівня задоволеності життям: Позитивні зміни в емоційному стані та якості життя військових.

4. Зменшення випадків самогубств: Сподівання на зниження ризиків самопошкодження серед військовослужбовців.

### 3.3. Оцінка ефективності реалізованих заходів

В результаті проведеної контрольної діагностики рівня стресу бійців за методикою «Шкала психологічного стресу PSM-25» було отримано наступні дані, що свідчать про ефективність реалізованих заходів (рис. 3.4)

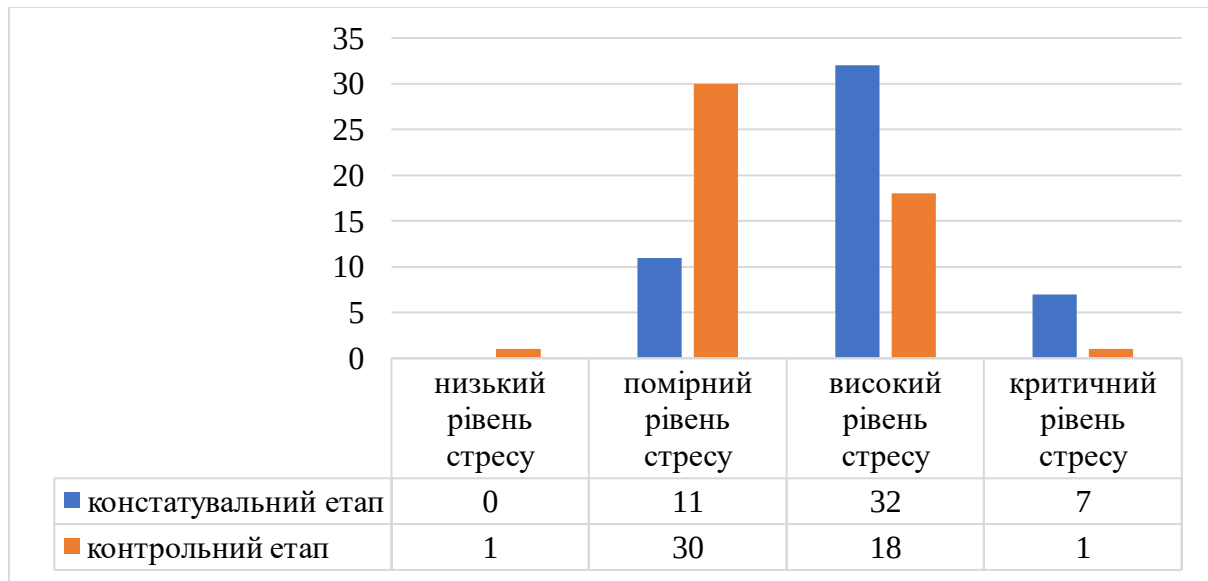


Рис.3.4. Динаміка показника рівня стресу бійців за методикою «Шкала психологічного стресу PSM-25» (контрольний етап)

Як видно з рис. 3.4, після реалізації програми рівень психологічного стресу в бійців у групі значно знизився. Зниження рівня стресу в бійців після реалізації запропонованих заходів свідчить про кілька важливих аспектів, а саме: зниження стресу є показником того, що програма була розроблена та реалізована ефективно та військовослужбовці набули навичок для управління емоціями та стресовими ситуаціями, що дозволяє бійцям краще справлятися з викликами.

Результати статистичного аналізу показників динаміки стресу бійців в середньому по групі наведено в табл.3.1..

Таблиця 3.1

**Результати статистичного аналізу за методикою: «Шкала психологічного стресу PSM-25» (контрольний етап)**

| Показник                  | Констатувальний етап | Контрольний етап |
|---------------------------|----------------------|------------------|
| Середнє                   | 132,58               | 107,35           |
| Стандартна помилка        | 1,902327             | 1,023314         |
| Медіана                   | 129,5                | 100,5            |
| Мода                      | 136                  | 102              |
| Стандартне відхилення     | 13,45149             | 8,226711         |
| Дисперсія вибірки         | 180,9424             | 121,3057         |
| Мінімум                   | 116                  | 98               |
| Максимум                  | 161                  | 136              |
| Рівень надійності (95,0%) | 3,82287              | 1,76944          |

Як видно з таблиці 3.1, середнє (Mean) має позитивну динаміку до зниження та складає 132,58 → 107,35. Воно свідчить про те, що в цілому бійці демонструють значне зниження рівня стресу, оскільки значення не перевищує 130, що може бути свідченням позитивного впливу реалізованих в групі заходів. Зниження рівня стресу може свідчити про успішну психологічну реабілітацію: відновлення емоційного балансу (бійці можуть почати відчувати себе більш стабільними емоційно, зменшуючи прояви тривоги та депресії); покращення самосприйняття (зниження стресу може призвести до підвищення самооцінки та впевненості у собі).

Стрес має негативний вплив на фізичне здоров'я, тому його зниження може свідчити про: покращення загального стану: зменшення стресу може позитивно вплинути на фізичне самопочуття, зменшуючи ризик розвитку серцево-судинних захворювань, проблем із шлунком тощо; вищий рівень енергії: бійці можуть відчувати більше енергії та мотивації до фізичної активності.

Зниження стресу також може свідчити про покращення соціальної адаптації: покращення міжособистісних стосунків: бійці можуть стати більш відкритими до спілкування, що сприяє зміцненню соціальних зв'язків; зменшення конфліктів: зниження рівня агресії та дратівливості може

призвести до меншої кількості конфліктів у стосунках з близькими та колегами. Ефект зниження стресу може мати довгострокові позитивні наслідки: зниження стресу може допомогти запобігти розвитку посттравматичного стресового розладу; бійці можуть набути навичок, які допоможуть їм краще справлятися зі стресом у майбутньому.

Отже, зниження рівня стресу в бійців після реалізації тренінгової програми є важливим показником успіху програми. Це свідчить про позитивні зміни в психологічному, фізичному та соціальному аспектах життя бійців, що в свою чергу може суттєво покращити їхню якість життя та загальний стан здоров'я.

Результати контрольної діагностики показників травматичного стресу надали можливість виявити позитивну динаміку щодо зниження травматичного стресу (рис.3.5) та позитивну динаміку до зменшення вираженості головних симптомів, що характеризують наявність гострого стресового розладу в бійців (табл. 3.2).

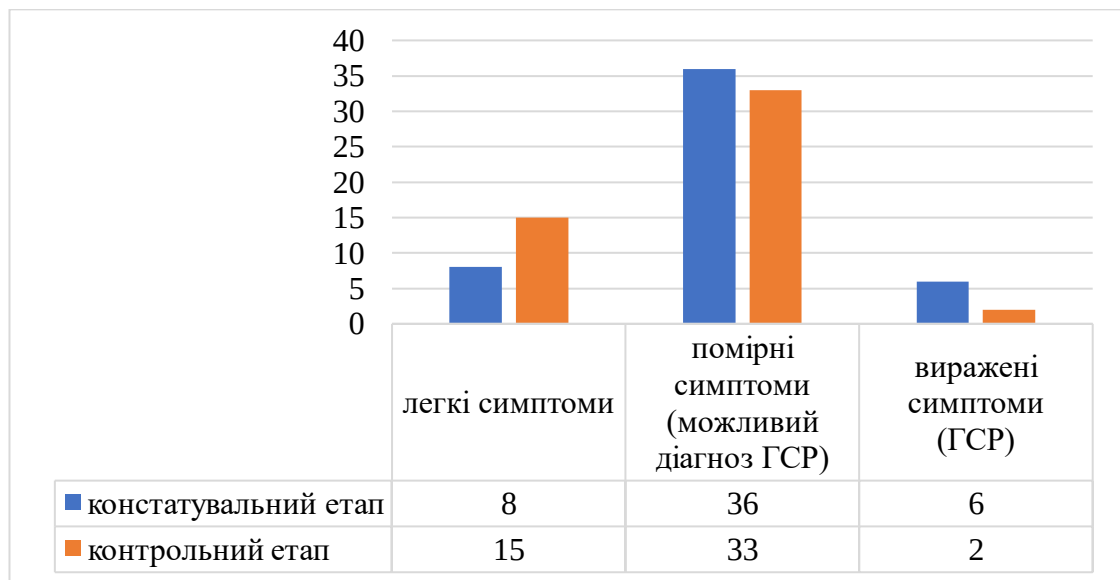


Рис.3.5. Динаміка вираженості травматичного стресу в бійців за методикою «Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)» (контрольний етап)

Як видно з рис.3.5, на контрольному етапі дослідження значно зменшилась кількість бійців, що мають виражені симптоми гострого стресового розладу.

Таблиця 3.2

**Аналіз динаміки симптомів розвитку ГСР за методикою  
«Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)» (контрольний етап)**

|     | Шкала                      | Констатувальний етап |      | Контрольний етап |      |
|-----|----------------------------|----------------------|------|------------------|------|
|     |                            | Середнє (М)          | SD М | Середнє (М)      | SD М |
| A1  | A(1): Подія травми         | 7,74                 | 1,46 | 6,12             | 1,22 |
| F1  | F: Дистрес и дезадаптація  | 5,5                  | 2,09 | 3,88             | 1,09 |
| B2  | b: Дисоціація              | 7,54                 | 1,56 | 5,18             | 2,04 |
| C2  | c: «Вторгнення»            | 7,68                 | 1,60 | 5,72             | 1,16 |
| D2  | d: «Уникнення»             | 7,64                 | 1,68 | 6,17             | 1,29 |
| E2  | e: Гіперактивація          | 7,9                  | 1,96 | 5,37             | 1,73 |
| F2  | f: Дистрес та дезадаптація | 5,98                 | 2,05 | 4,01             | 1,16 |
| DEP | Шкала депресії             | 6,34                 | 2,44 | 3,89             | 1,88 |
| OTS | Гострий стресовий розлад   | 49,98                | 8,36 | 36,28            | 5,67 |

Як видно з таблиці 3.2, узагальнений показник гострого стресового розладу в середньому в групі значно знизився: 49,98→36,28. На основі отриманих даних, можна зробити висновок про загальне покращення психологічного стану бійців, які пережили травматичні події.

Далі, за методикою «Актуальний стан (АС) (Л. Куліков)» нами було проведено контрольну діагностику (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

**Зміни показників актуального стану бійців за методикою  
«Актуальний стан (АС) (Л. Куліков)» (контрольний етап)**

| Шкала                        | Середнє (М) | SD М | Середнє (М) | SD М |
|------------------------------|-------------|------|-------------|------|
| Ак-АС: Активація/деактивація | 33,46       | 1,83 | 40,62       | 1,37 |
| То-АС: Тонус високий/низький | 21,39       | 2,28 | 41,36       | 1,86 |
| Са: Самопочуття фізичне      | 34,01       | 1,25 | 44,18       | 1,74 |
| Сп-АС: Спокій/тривога        | 19,55       | 1,60 | 39,27       | 2,25 |
| У: Порушення емоційне        | 68,22       | 3,68 | 51,32       | 3,97 |

Як бачимо в табл. 3.3 за всіма шкалами методики спостерігається позитивна динаміка до нормалізації емоційного стану бійців.

Зростання показника активації, підвищення тону, значне зниження показника тривоги та зниження показника емоційного порушення у бійців свідчать про ефективність реалізованих заходів.

### Висновки до розділу 3

Програма екстреної психологічної допомоги військовим з гострим стресовим розладом є важливим інструментом для покращення психічного здоров'я військовослужбовців. Вона сприяє швидкому реагуванню на психологічні проблеми, запобігає їх загостренню та забезпечує підтримку в кризових ситуаціях.

Зниження рівня стресу та загальне покращення емоційного стану бійців після реалізації запропонованих заходів є важливим показником успіху програми. Це свідчить про позитивні зміни в психологічному, фізичному та соціальному аспектах життя бійців, що в свою чергу може суттєво покращити їхню якість життя та загальний стан здоров'я.

## ВИСНОВКИ

Війна є складним і багатогранним явищем, яке не лише формує фізичні конфлікти, але й залишає глибокі психологічні шрами на бійцях. Гострий стресовий розлад – це серйозний наслідок війни, який потребує уваги та належної підтримки. Розуміння механізмів виникнення ГСР та впровадження ефективних стратегій реабілітації можуть суттєво полегшити психологічний тягар військовослужбовців і допомогти їм адаптуватися до мирного життя після служби.

Під екстреною психологічною допомогою мається на увазі система короткострокових заходів, спрямована на надання допомоги одній людині, групі людей або великій кількості потерпілих внаслідок кризової або надзвичайної події. Екстрена психологічна допомога націлена на підтримку особистості постраждалого, його родичів та рятувальників в осередку надзвичайної ситуації, зменшення їх душевних страждань та зниження впливу на них стресфакторів підвищеної інтенсивності.

Дослідження показують, що ГСР є серйозною проблемою для військовослужбовців. Фактори ризику включають попередні психологічні проблеми і відсутність соціальної підтримки. Ефективні стратегії подолання можуть зменшити ризик розвитку ГСР. Нейробіологічні зміни також відіграють важливу роль. Раннє втручання та врахування культурних аспектів є ключовими для успішної реабілітації.

Допомога бійцям з гострим стресовим розладом є складним і багатогранним процесом. Використання різноманітних методів і технік, таких як когнітивно-поведінкова терапія, релаксаційні техніки, групова терапія, психоосвіта та інтегративні підходи, може значно поліпшити їхній психоемоційний стан і сприяти відновленню. Важливо пам'ятати, що кожен випадок унікальний, і тому підхід до лікування повинен бути індивідуалізованим. Забезпечення якісної психологічної підтримки – це не

лише обов'язок суспільства перед тими, хто захищає його, але й шлях до збереження психічного здоров'я військовослужбовців у післявоєнний період.

Результати спостереження наявності симптомів гострого стресового розладу в бійців після повернення з зони активних бойових дій свідчать про наявність яскраво виражених ознак ГСР (часті зміни настрою, труднощі в спілкуванні, поведінкові зміни, фізичні симптоми: порушення сну та ін.) в 54% бійців у групі.

Важкі ознаки ГСР: сильна тривога, панічні атаки, соціальна ізоляція, фізичні симптоми, важкі когнітивні порушення виявлено у 14% військовослужбовців. Дані бійці демонструють емоційну нестабільність: часті зміни настрою: бійці можуть раптово переходити від стану піднесення до глибокої депресії; вибухи гніву: спостерігаються епізоди агресії або дратівливості, навіть у спокійних ситуаціях.

Результати діагностики за обраними методиками виявили підвищені показники травматичного стресу в середньому по групі бійців, достатньо високі показники всіх симптомів гострого стресового розладу, які свідчать про те, що бійці стикаються з серйозними наслідками травматичного досвіду, а також наявність емоційних порушень.

Було виявлено порушення емоційного стану. Це вимагає термінового втручання та підтримки з боку фахівців у галузі психічного здоров'я. Необхідно розробити програми реабілітації, які включатимуть психотерапію, групову підтримку та інші методи лікування, щоб допомогти військовослужбовцям адаптуватися до цивільного життя та покращити їхнє загальне благополуччя.

Результати дослідження підкреслюють важливість уваги до психологічного здоров'я військовослужбовців, оскільки це є ключовим фактором для їхньої ефективності та благополуччя.

Програма екстреної психологічної допомоги військовим з гострим стресовим розладом є важливим інструментом для покращення психічного здоров'я військовослужбовців. Вона сприяє швидкому реагуванню на

психологічні проблеми, запобігає їх загостренню та забезпечує підтримку в кризових ситуаціях.

Зниження рівня стресу та загальне покращення емоційного стану бійців після реалізації запропонованих заходів є важливим показником успіху програми. Це свідчить про позитивні зміни в психологічному, фізичному та соціальному аспектах життя бійців, що в свою чергу може суттєво покращити їхню якість життя та загальний стан здоров'я.

## ПЕРЕЛІК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Амплєєва О.М. Екстремальна психологія: методичні рекомендації до практичних занять та самостійної роботи для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти спеціальності 053. Одеса., 2024. 75 с.
2. Блінов О.А. Опитувальник бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ): наук. метод. видання. Київ: Талком, 2019. 36 с.
3. Бондаренко Є.В. Психологічні наслідки бойового досвіду у військових. Одеса: Астропринт, 2019. 210 с.
4. Бондаренко С.О. Арт-терапія в умовах стресу. Чернівці: Видавництво "Букрек", 2020. 150 с.
5. Бондаренко Т.С. Психологічна реабілітація військовослужбовців. Харків: Видавництво "Харківський національний університет", 2023, 180 с.
6. Василенко Ю. О. Сучасні методи запобігання і подолання наслідків стресу. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць .НАНП України, Ін-т психології ім. Г. С. Костюка; за ред. С. Д. Максименка.* Київ, 2012. Т. 5. Вип. 12. С. 16-22.
7. Герман Дж. Травма і відновлення. Харків: Видавництво "Клуб домашнього дозвілля", 2019. 352 с.
8. Гончаренко Т.В. Стресові розлади у військовослужбовців: причини та наслідки. Одеса: Астропринт, 2018. 150 с.
9. Грищенко А. В. Психологічна підтримка в умовах бойових дій. Київ: Видавництво "Ніка-Центр", 2023, 170 с.
10. Денисенко О.П. Психологічні наслідки війни для військовослужбовців. Одеса: Видавництво "Одеська академія", 2021, 240 с.
11. Дмитренко Л. А. Екстрена психологічна допомога в умовах бойових дій. Київ: Наукова думка, 2023. 200 с.

12. Дорошенко Л.Г. Стрес і його вплив на психіку військовослужбовців. Чернівці: Видавництво "Буковинський університет", 2017, 242 с.
13. Дубровська Н. Методи психологічної реабілітації бійців. Суми: Видавництво "СумДУ", 2020. 175 с.
14. Енгель Б. Психологічна допомога в кризових ситуаціях. Львів: Видавництво "Світ", 2020. 280 с.
15. Єргієва Л. Стрес: причини й ознаки. Психологічні техніки подолання стресового стану. *Психолог*. 2019. № 6. С. 48–50.
16. Жигайло Н. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. Вип. 13. С. 64–70.
17. Зайцева О.М. Травма і відновлення: практичний посібник для психологів. Харків: Видавництво "ХНУ", 2021, 210 с.
18. Іванова Н.А. Екстрена психологічна допомога: теорія та практика. Київ: Видавництво "Наукова думка", 2021, 220 с.
19. Коваленко О. В. Основи психології стресу. Одеса: Астропринт, 2020. 200 с.
20. Коваленко О.В. Стрес і його вплив на психічне здоров'я. Одеса: Видавництво "Астропринт", 2022. 180 с.
21. Коваленко Т.І. Гострий стресовий розлад: діагностика та корекція. Харків: Видавництво "Медпрес", 2019, 180 с.
22. Костючков С.К. Нейрокогнітивний хакінг як елемент «дестабілізаційної змії» у контексті сучасної гібридної війни. *Вісник Львівського університету. Серія філософсько-політологічні студії*. 2020. Вип. 30. С. 161–169.
23. Коцинець В.В., Галич М.Ю. Особливості надання екстреної психологічної допомоги за різних психофізіологічних реакцій особи. *Юридична психологія*. 2020. № 2 (27). С. 54-65.

24. Кравченко І.Г. Стратегії подолання стресу у військовослужбовців. Харків: Фоліо, 2023. 160 с.
25. Кравченко К.О., Тімченко О.В., Широбоков Ю.М. Соціально-психологічні детермінанти виникнення бойового стресу у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції: монографія. Х.: Вид-во НУЦЗУ, 2017. 256 с.
26. Кравченко М.І. Військова психологія: теоретичні основи та практичні рекомендації Харків: Видавництво "Фоліо", 2020, 210 с.
27. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості: монографія. Київ: Ніка-Центр, 2020. 432 с.
28. Кудренко О.В., Афанасенко В.С. Вплив стрес-факторів бойової обстановки на психіку військовослужбовців Повітряних Сил (на основі досвіду АТО). *Наука і техніка Повітряних Сил Збройних Сил України*. 2018. № 2 (31). С. 137–144.
29. Кузнєцова Л.Є. Теоретичні моделі формування і корекції посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2018. № 33 (219). С. 75–79.
30. Кузьменко В.І. Психологічні методи реабілітації військовослужбовців. Львів: Видавництво "Львівська Політехніка", 2019. 230 с.
31. Лазарус Р.С. Когнітивне оцінювання стресу. Львів: Видавництво "Брама", 2022. 300 с.
32. Левченко І.М. Стрес і його вплив на психічне здоров'я. Харків: Видавництво "Фоліо", 2018. 180 с.
33. Левченко І.М. Когнітивно-поведінкова терапія при ГСР. Київ: Видавництво "Наукова думка", 2022. 200 с.
34. Лисенко Е. О. Психологічні аспекти травми у військових Львів: Видавництво "Львівська політехніка", 2021, 160 с.

35. Литвиненко В.В., Хоменко І.В. Стресостійкість як психологічна категорія. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2015. Вип. 2(1). С. 112-116.
36. Лозінська Н. Психотравма як наслідок травматичного стресу в різних напрямках сучасної психології. *Вісник Національного Університету Оборони України*. 2019. № 50 (2). С. 65–73.
37. Лящ О. Деструктивний вплив бойового стресу на емоційну сферу особистості військового. *Психологічні перспективи*. 2021. Вип. 37. С. 128–140.
38. Мельник Л. Стресостійкість як фактор психологічного здоров'я. *Вісник Черкаського університету. Серія "Педагогічні науки"*, 2012. 75(1) С. 69-73.
39. Мельник Р.П. Психологічні аспекти адаптації військовослужбовців. Вінниця: Видавництво "Вінницький національний технічний університет", 2022, 150 с.
40. Петренко А. В. Психологічна підтримка військовослужбовців у кризових ситуаціях. Львів: Видавництво "Львівська Політехніка", 2019. 220 с.
41. Петренко С.Ю. Військова психологія: виклики та рішення. Одеса: Видавництво "Одеський університет", 2018, 300 с.
42. Практикум з формування стресостійкості військовослужбовців до раптових змін бойової обстановки: Методичний посібник / О.М. Кокун, Н.С. Лозінська, І.О. Пішко; За ред. В.М. Мороза. Київ : НДЦ ГП ЗС України, 2020. 70 с.
43. Приходько І.І. Профілактика та контроль бойового стресу у військовослужбовців: систематизація досліджень. *Вісник ХНПУ імені Г.С. Сковороди. Психологія*. 2021. № 1 (64). С. 193–215.
44. Романенко П.І. Військова травма та її наслідки. Одеса: Астропринт, 2018. 200 с.
45. Романов П.В. Психологія війни: стрес і адаптація. Київ: Видавництво "Наукова думка", 2022, 200 с.

46. Савченко Л. М. Адаптація до служби в умовах стресу. Черкаси: Видавництво "Черкаський національний університет", 2021, 190 с.
47. Савченко Н.С. Психологія війни: виклики та рішення. Київ: Академвидав, 2021. 300 с.
48. Селівко О. В. Психологія стресу. Київ: Наукова думка, 2015. 250 с.
49. Сененко С. Що таке стреси і як їх долати. *Дзеркало тижня*, 2000. № 12. URL: [http://scho\\_take\\_stresi\\_i\\_yak\\_yih\\_dolati-53263.html](http://scho_take_stresi_i_yak_yih_dolati-53263.html)
50. Сидоренко А. М. Психологічна допомога бійцям у кризових ситуаціях. Київ: Видавництво "Атлант", 2022. 190 с.
51. Ситник П. Психологічний супровід військовослужбовців в Україні. Харків: Видавництво "Права Людини", 2019. 240 с.
52. Смирнов О.В. Психологічна допомога військовослужбовцям у стресових ситуаціях. Київ: Видавництво "Психолог", 2020. 256 с.
53. Соловійов І.А. Військова травма: діагностика та лікування. Дніпро: Видавництво "Дніпровський університет", 2024. 190 с.
54. Стрес і психологічна безпека особистості: навчальний посібник / за ред. О. В. Захарової, О. В. Захарова. Київ: Наукова думка, 2016. 400 с.
55. Стрес: підручник / за заг. ред. В. І. Королюка. Київ: Видавничий дім «Слово», 2019. 376 с.
56. Сукіасян С.Г., Тадевосян М.Я. Бойовий стрес і органічне ураження головного мозку: варіант динаміки посттравматичного стресового розладу. *Журнал неврології та психіатрії*. 2020. № 120 (9). С. 19–27.
57. Тимошенко О.С. Екстрена психологічна допомога в умовах бойових дій. Київ: Видавництво "Військова академія", 2022, 170 с.
58. Тимошенко О.С. Психологічна реабілітація ветеранів війни. Львів: Видавництво "Львівська Політехніка", 2021. 240 с.
59. Тютюнник Л.Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. *Вісник Національного університету оборони України. Зб-к наук. праць*. 2020. Вип. 2 (55). С. 106–115.

60. Федоренко А.І. Стресові розлади у військових: причини та наслідки. Одеса: Видавництво "Одеський медичний університет", 2020, 250 с.
61. Федоренко А.І. Соціальна підтримка військових у стресових ситуаціях. Київ: Наукова думка, 2019. 220 с.
62. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Військова психологія: теорія та практика. Харків: Прапор, 2020. 270 с.
63. Шевченко Н.Г. Клінічні аспекти СР у військовослужбовців. Вінниця: Видавництво "Вінницька академія", 2019, 230 с.
64. Шиделко А. В. Наслідки впливу бойового стресу на психологічний стан особистості військовослужбовця. *Перспективи та інновації науки*. 2022. № 1 (6). С. 476–486.
65. Яременко С. Б. Психологія травми у військовослужбовців. Харків: Прапор, 2020. 250 с.
66. Яременко С.Б. Психологічна підтримка військових після повернення з зони бойових дій. Львів: Видавництво "Львівська політехніка", 2023, 220 с.
67. Aldao A., Nolen-Hoeksema, S. The Role of Coping Strategies in Acute Stress Disorder Among Soldiers. 2012. (4). P. 156-174.
68. Aleksandrovsky U. A. Disasters and Mental Health. *Disasters and Mental Health*. 2020. P. 1–144.
69. American Psychological Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 2013. (16). P 58-75.
70. Antipov A. Neuroethics and mental health: points of contact. *Neuroscience for Medicine and Psychology*. 2019. P. 66-77.
71. Beck A.T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: Penguin Books. 2006. 234p.
72. Bogosian A. Cultivating psychological skills. *Living Well with A Long-Term Health Condition*. 2020. P. 108–128.
73. Bryan C.J., Morrow, C.E., et al. Risk Factors for Acute Stress Disorder in Combat Veterans. 2012. (3). P 41-59.

74. Chappell A. T. Police academy training: comparing across curricula. *Policing: An International Journal*. 2008. No. 1. Vol. 31. P. 36–56.
75. Copeland L.A., Finley E.P., Rubin M.L. et al. Emergence of probable PTSD among U.S. veterans over the deployment. *Psychological Trauma*. 2019. Vol. 11. No. 4. P. 466–474.
76. Devid S. oldstein and Irwin J. Kopin. Historical overview of stress concepts. Clinical Neurocardiology Section, National Institute of Neurological Disorders and Stroke, Bethesda, MD USA *Stress*, June 2007. 10 (2). P. 109–120. URL: <https://www.researchgate.net/publication>
77. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM- 5TM). 2013.
78. Dohrenwend B. P. The Social Psychological Nature of Stress: A Framework for Causal Inquiry // *Journal Adnormal Sosial Psychology*, 1966. Vol. 62. P. 294 – 302.
79. Evdokimova E. V. Psychological Support For The Middle Age In A Crisis Condition. *PSYRGGU*. 2019. P. 64.
80. Foa E.B., & Rothbaum, B.O. Treating the Trauma of Rape: Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD. Guilford Press. 2018. (11). P. 112-136.
81. Greenstone, J.L., & Leviton, S.C. Crisis Intervention Strategies. Cengage Learning. 2011. (8). P. 23-37
82. Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., et al. Prevalence of Acute Stress Disorder in Military Personnel. 2004. (22). P. 133-150.
83. Kirmayer, L.J., Narasiah, L., et al. Cultural Influences on Acute Stress Disorder in Military Contexts. 2011. (5). P. 60-79.
84. Kobasa S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1982. 42(1), P.168–177.
85. Koss J., & Butcher, H. The use of drama therapy in the treatment of adolescent depression. *Drama Therapy Review*, 2017. 3(2), P.153-167.

86. Lazarus, R.S., & Folkman, S. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company 1984. P. 226.
87. Liberzon, I., Sripada, C.S. (2008). Neurobiological Correlates of Acute Stress Disorder in Soldiers. 2008. (18). P. 112-127.
88. Maddi S. R., & Kobasa, S. C. The hardy executive: Health under stress. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin. 1984. P. 1022-1035.
89. Majorano S., & Musetti, A. The role of self-esteem and self-control in the relationship between social support and psychological well-being. Personality and Individual Differences, 2018. 123, P. 111-116.
90. Meyer J.D., & Lindsey J.A. Critical Incident Stress Management: A New Approach to Crisis Intervention. 2015. No. 4. P.15-26.
91. Nissen L.R., Karstogt K-I., Vedtofte M.S. et al. Cognitive ability and risk of post-traumatic stress disorder. 2020. No. 6. P. 383–390.
92. Phelps A.J., McGhee, T.G., et al. The Efficacy of Early Intervention for Acute Stress Disorder in Military Personnel. 2016. No. 11. P. 39-55.
93. Schenk S. E., Morrison, C. J., Hill, S. D., & others. (2015). Stress and Coping Among Humanitarian Aid Workers: A Review. Journal of Traumatic Stress, 2015. 28(4), P.281-288.
94. Scott R., Howard A. Models of Stress // S. Levine, N. A. Scotch (Eds.). Social Stress. Chicago: Aldine, 1970. P. 270-273.
95. Wilkins K., Houghton, R. Longitudinal Study of Acute Stress Disorder in Military Personnel. Vol. 196. P. 148–153.

## ДОДАТКИ

### Додаток А

Результати діагностики стресового розладу за методикою: «Шкала  
психологічного стресу PSM-25»

| №  | РС (розлад стресовий) |
|----|-----------------------|
| 1  | 116                   |
| 2  | 122                   |
| 3  | 120                   |
| 4  | 136                   |
| 5  | 144                   |
| 6  | 158                   |
| 7  | 119                   |
| 8  | 122                   |
| 9  | 130                   |
| 10 | 118                   |
| 11 | 128                   |
| 12 | 136                   |
| 13 | 142                   |
| 14 | 156                   |
| 15 | 128                   |
| 16 | 116                   |
| 17 | 122                   |
| 18 | 120                   |
| 19 | 136                   |
| 20 | 150                   |
| 21 | 158                   |
| 22 | 121                   |
| 23 | 122                   |
| 24 | 137                   |
| 25 | 124                   |
| 26 | 128                   |
| 27 | 136                   |
| 28 | 142                   |
| 29 | 160                   |
| 30 | 123                   |
| 31 | 116                   |
| 32 | 134                   |
| 33 | 120                   |
| 34 | 136                   |
| 35 | 144                   |
| 36 | 158                   |
| 37 | 119                   |
| 38 | 122                   |
| 39 | 130                   |
| 40 | 123                   |
| 41 | 128                   |
| 42 | 136                   |
| 43 | 142                   |
| 44 | 161                   |
| 45 | 120                   |
| 46 | 137                   |

|    |     |
|----|-----|
| 47 | 155 |
| 48 | 116 |
| 49 | 133 |
| 50 | 129 |

## Додаток Б

Результати діагностики гострого стресового розладу у військових за  
методикою «Опитувальник травматичного стресу (І. Котенєв)»

| №  | подія<br>травми | дисоціація | вторгнення | уникнення | гіперактивація | дистрес та<br>дезадаптація | депресія | ГСП |
|----|-----------------|------------|------------|-----------|----------------|----------------------------|----------|-----|
| 1  | 10              | 4          | 10         | 10        | 11             | 12                         | 5        | 62  |
| 2  | 8               | 6          | 6          | 7         | 7              | 6                          | 5        | 45  |
| 3  | 11              | 3          | 11         | 12        | 12             | 11                         | 6        | 66  |
| 4  | 9               | 3          | 9          | 9         | 9              | 10                         | 4        | 53  |
| 5  | 6               | 4          | 6          | 7         | 6              | 4                          | 3        | 36  |
| 6  | 8               | 4          | 8          | 8         | 8              | 8                          | 5        | 49  |
| 7  | 7               | 6          | 7          | 7         | 9              | 7                          | 8        | 51  |
| 8  | 8               | 7          | 8          | 10        | 8              | 8                          | 3        | 52  |
| 9  | 8               | 5          | 8          | 8         | 8              | 8                          | 9        | 54  |
| 10 | 6               | 5          | 6          | 7         | 6              | 6                          | 8        | 44  |
| 11 | 9               | 6          | 9          | 9         | 9              | 9                          | 4        | 55  |
| 12 | 4               | 4          | 5          | 5         | 4              | 5                          | 3        | 30  |
| 13 | 10              | 5          | 10         | 10        | 8              | 10                         | 8        | 61  |
| 14 | 8               | 5          | 8          | 8         | 8              | 10                         | 8        | 55  |
| 15 | 8               | 8          | 8          | 8         | 7              | 8                          | 4        | 51  |
| 16 | 7               | 3          | 7          | 6         | 7              | 7                          | 9        | 46  |
| 17 | 8               | 9          | 8          | 8         | 8              | 8                          | 11       | 60  |
| 18 | 6               | 8          | 6          | 7         | 7              | 9                          | 7        | 50  |
| 19 | 6               | 4          | 6          | 6         | 6              | 6                          | 8        | 42  |
| 20 | 8               | 8          | 8          | 8         | 8              | 8                          | 6        | 54  |
| 21 | 8               | 4          | 8          | 8         | 8              | 8                          | 7        | 51  |
| 22 | 7               | 5          | 7          | 8         | 9              | 10                         | 8        | 54  |
| 23 | 8               | 4          | 5          | 5         | 4              | 6                          | 4        | 36  |
| 24 | 6               | 11         | 6          | 6         | 6              | 6                          | 3        | 44  |
| 25 | 6               | 5          | 5          | 7         | 5              | 6                          | 4        | 38  |
| 26 | 10              | 4          | 10         | 12        | 10             | 10                         | 9        | 65  |
| 27 | 8               | 6          | 6          | 5         | 6              | 5                          | 4        | 40  |
| 28 | 7               | 3          | 6          | 6         | 5              | 5                          | 4        | 36  |
| 29 | 9               | 3          | 9          | 9         | 9              | 11                         | 4        | 54  |
| 30 | 8               | 4          | 6          | 6         | 5              | 5                          | 4        | 38  |
| 31 | 8               | 4          | 8          | 8         | 10             | 8                          | 8        | 54  |
| 32 | 7               | 6          | 7          | 7         | 8              | 7                          | 5        | 47  |
| 33 | 8               | 7          | 8          | 8         | 8              | 8                          | 5        | 52  |
| 34 | 8               | 5          | 8          | 8         | 9              | 8                          | 6        | 52  |
| 35 | 6               | 5          | 6          | 6         | 8              | 6                          | 6        | 43  |
| 36 | 9               | 6          | 9          | 9         | 9              | 9                          | 5        | 56  |
| 37 | 8               | 4          | 8          | 6         | 8              | 8                          | 7        | 49  |
| 38 | 10              | 5          | 10         | 8         | 10             | 11                         | 8        | 62  |
| 39 | 8               | 5          | 8          | 8         | 9              | 8                          | 7        | 53  |

|    |    |    |    |    |   |    |    |    |
|----|----|----|----|----|---|----|----|----|
| 40 | 8  | 8  | 8  | 9  | 8 | 9  | 6  | 56 |
| 41 | 6  | 3  | 6  | 6  | 5 | 6  | 5  | 37 |
| 42 | 7  | 9  | 7  | 7  | 8 | 8  | 6  | 52 |
| 43 | 6  | 8  | 6  | 6  | 7 | 6  | 5  | 44 |
| 44 | 8  | 4  | 8  | 8  | 8 | 8  | 10 | 54 |
| 45 | 8  | 8  | 8  | 8  | 8 | 8  | 5  | 53 |
| 46 | 7  | 4  | 7  | 7  | 7 | 7  | 4  | 43 |
| 47 | 7  | 5  | 7  | 7  | 7 | 9  | 4  | 46 |
| 48 | 12 | 4  | 12 | 11 | 9 | 12 | 5  | 65 |
| 49 | 6  | 12 | 6  | 7  | 6 | 6  | 8  | 51 |
| 50 | 8  | 7  | 8  | 8  | 7 | 11 | 9  | 58 |