

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 Психологічні механізми стабілізації військовослужбовців після
отримання психологічної травми
(назва теми)

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

Спеціальності 053 Психологія
(код і найменування спеціальності)

Освітня програма (спеціалізація)
Психологія

ЮДИНА І.О.
(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Керівник КОВАЛЬ В.О.
(ПРИЗВИЩЕ та ініціали)

Рецензент АВКСЕНТЬЄВА Ю.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 _____ 2025 року

ЗАВДАННЯ

НА ДИПЛОМНИЙ ПРОЄКТ (РОБОТУ) СТУДЕНТА(КИ)

ЮДИНА Ірина Олексіївна

(ПРИЗВИЩЕ, ім'я, по батькові)

1. Тема проєкту (роботи) Психологічні механізми стабілізації військовослужбовців після отримання психологічної травми
керівник проєкту (роботи) кандидат педагогічних наук, доцент КОВАЛЬ Владислав Олександрович

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

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

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

3. Вихідні дані до проєкту (роботи) 99 сторінок, 71 джерело, 12 рисунків, 4 таблиці, 6 додатків.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) було реалізовано ряд завдань: здійснено теоретико-методологічний аналіз поняття «психологічної травми»; розглянуто передові механізми психологічної стабілізації військовослужбовців після отримання психологічної травми; проведено емпіричне дослідження; опрацьовано аналіз результатів дослідження; розроблені практичні рекомендації щодо стабілізації військовослужбовців після отримання психологічної травми.

5. Перелік графічного матеріалу (з точним зазначенням обов'язкових креслень): рис. 1.1. Модель стабілізації ПНД за принципом «8 кроків»; рис. 1.2. Напрямки використання VR-технологій у реабілітації військових; рис. 1.3. Схема взаємодії міжпрофесійної команди; рис. 1.4. Схема узагальненої терапії; рис. 2.1. Розподіл рівнів бойового стресу у респондентів (%); рис. 2.2. Профіль бойового стресу у військовослужбовців за субшкалами (у %); рис. 2.3. Рівні психологічної стійкості (%); рис. 2.4. Загальний індекс

впливу травматичної події на військовослужбовців за «Шкалою оцінки впливу травматичної події» (у %); рис. 2.5. Вираженість симптомів «Вторгнення», «Уникнення», «Збудливість» за рівнями; рис. 3.1. Траєкторій розвитку наслідків переживання психологічної травми; рис. 3.2. Метод «5-4-3-2-1»; рис. 3.3. Схема моделі зростання та реінтеграції; таблиця 2.1. Розподіл вираженості показників за субшкалами ОБСБ (у %); таблиця 2.2. Розподіл за симптомокомплексами IES-R; таблиця 2.3. Матриця кореляцій: взаємозв'язок бойового стресу та симптомами травми у військових; таблиця 2.4. Рейтинг ресурсних каналів.

6. Консультанти розділів проекту (роботи)

Розділ	ПРІЗВИЩЕ, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	прийняв виконане завдання
1	КОВАЛЬ В.О., в.о. зав. кафедри	05.09.2025	05.10.2025
2	КОВАЛЬ В.О., в.о. зав. кафедри	06.10.2025	26.10.2025
3	КОВАЛЬ В.О., в.о. зав. кафедри	27.10.2025	26.11.2025
Нормок-ь	КУЗЬМІН В.В., доцент	08.12.2025	10.12.2025

7. Дата видачі завдання «29» серпня 2024 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

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

Студент(ка) _____
(підпис)

Ірина ЮДИНА
(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Керівник проекту (роботи) _____
(підпис)

Владислав КОВАЛЬ
(Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 99 с., 4 табл., 12 рис., 71 дж., 6 дод.

Об'єкт дослідження: психологічний стан військовослужбовців після отримання психологічної травми.

Предмет дослідження: психологічні механізми відновлення стану військовослужбовців після отримання психологічної травми.

Мета дослідження: розробити практичні рекомендації щодо психологічного відновлення військовослужбовців після отриманої психологічної травми.

Методи дослідження: теоретико-методологічні принципи вивчення наукових підходів, спрямованих на забезпечення психологічної стабілізації військовослужбовців після отриманої травми в умовах війни в українських та зарубіжних джерелах; емпіричне дослідження – бесіда, спостереження, анкетування, тестування: констатувальний етап; статистичні – методи математичної статистики для кількісного та якісного аналізу експериментальних даних; статистичний аналіз здійснювався за допомогою коефіцієнта кореляції Спірмена.

В роботі проводились дослідження психологічного стану військовослужбовців, які щойно поверталися з виконання бойових завдань або опинились у лікарні після поранення. Розроблено та проведено емпіричне дослідження практичних рекомендацій з використання психологічних механізмів стабілізації для корекції психологічного стану військовослужбовців після отриманої травми.

Практичне значення одержаних результатів полягає у запропонованих психологічних механізмів стабілізації для корекції психологічного стану військовослужбовців після отриманої травми.

ТРАВМА, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ, ТРАВМАТИЧНА ПОДІЯ, СТІЙКІСТЬ, УПРАВЛІННЯ СТРЕСОМ, КОГНИТИВНО-ПОВЕДІНКОВА ТЕРАПІЯ, ДЕСАНСЕБІЛІЗАЦІЯ ТА ПЕРЕРОБКА РУХІВ ОЧЕЙ

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПІДХОДІВ, СПРЯМОВАНИХ НА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАБІЛІЗАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ОТРИМАНОЇ ТРАВМИ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	12
1.1. Підходи спрямовані на стабілізацію військовослужбовців після отриманої травми у вітчизняних наукових працях.....	12
1.2. Підходи спрямовані на стабілізацію військовослужбовців після триманої травми у зарубіжних наукових працях.....	26
Висновки до розділу 1	35
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СТАБІЛІЗАЦІЇ НА СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ.....	37
2.1. Обґрунтування методології дослідження.....	37
2.2. Аналіз результатів методики «Опитувальник бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ)»	40
2.3. Результати методики «Коротка шкала стійкості».	45
2.4. Результати методики «Шкала оцінки впливу травматичної події»	46
2.5. Аналіз результатів дослідження ресурсності.....	51
Висновки до розділу 2	54
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СТАБІЛІЗАЦІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ОТРИМАНОЇ ТРАВМИ.....	57
3.1. Аналітичний розгляд результатів кореляційного аналізу.....	57
3.2. Рекомендації з використання психологічних механізмів стабілізації для корекції психологічного стану військовослужбовців після отриманої травми.....	62
Висновки до розділу 3	71
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	77
ДОДАТКИ	84

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ГСР – гострий стресовий розлад.

ПТСР – посттравматичний стресовий розлад.

кПТСР – комплексний посттравматичний стресовий розлад.

ТФ-КПТ (TF-CBT) – травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія.

CPT (Cognitive Processing Therapy) – когнітивно-процесуальна терапія.

PE (Prolonged Exposure) – пролонгована експозиція.

SIT (Stress Inoculation Training) – тренінг щеплення від стресу.

EMDR (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing) – десенсибілізація та переробка рухом очей.

CISM (Critical Incident Stress Management) – критичний інцидент стрес менеджмент (контроль критичного інциденту).

CISD (Critical Incident Stress Debriefing) – критичний інцидент стрес дебрифінгу.

ПНД – психологічна невідкладна допомога.

PFA (Psychological First Aid) – Психологічна перша допомога.

ВООЗ – всесвітня організація охорони здоров'я.

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я.

ДСНС – Державна служба України з надзвичайних ситуацій.

НАПН – Національна академія педагогічних наук України.

VRET (Virtual Reality Exposure Therapy) – контрольоване занурення в безпечне віртуальне середовище, що нагадує травматичні обставини.

ЧМТ – черепно-мозкова травма.

ОБСБ – опитувальник бойового стресу Блінова О.А.

ФБЕВ – фактори безпосереднього емоційного впливу.

ФОЕВ – фактори опосередкованого емоційного впливу.

РБ – ресурсний блок.

REM (Rapid Eye Movement) – швидкий рух очей.

ВСТУП

Актуальність дослідження. Війна в Україні триває вже більше десяти років. Четвертий рік країна долає повномасштабне вторгнення агресора. За цей час наш народ пережив чимало горя, відчув смуток та біль через велику кількість втрат та травм – як фізичних, так і ментальних. В цих умовах питання збереження психічного здоров'я військовослужбовців набуває критичного значення для національної безпеки. Тривалий вплив бойового стресу, постійна загроза життю, втрата побратимів та фізичні поранення призводять до виснаження адаптаційних ресурсів психіки захисників. Кумулятивний ефект стресових факторів без належної корекції трансформується у стійкі дезадаптивні стани, що суттєво знижує боєдатність наших підрозділів. Маючи психологічну травму, людина не завжди може адекватно діяти та приймати рішення, а тим більше – повноцінно виконувати бойові завдання. Психологічне здоров'я військовослужбовців відіграє важливу роль у досягненні результативних наступальних і визвольних дій наших захисників.

Тому тема цієї роботи є вкрай актуальною, так як на сьогоднішній день іноді недооцінюється своєчасна психологічна підготовка майбутніх воїнів та надання швидкої та якісної психологічної допомоги діючим військовослужбовцям.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні механізми стабілізації військовослужбовців в умовах війни, та на цій основі розробити практичні рекомендації щодо їх психологічного відновлення.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі завдання дослідження:

1. Проаналізувати принципи вивчення підходів, спрямованих на забезпечення стабілізації військовослужбовців після отриманої травми в умовах війни у вітчизняних та зарубіжних наукових працях.

2. Емпірично дослідити психологічний стан військовослужбовців та вплив психологічних механізмів стабілізації на їх стан в умовах війни, вивчити результати дослідження та визначити кореляційні зв'язки між ними.

3. На основі теоретичного та емпіричного дослідження розробити практичні рекомендації щодо забезпечення психологічної стабілізації військовослужбовців після отриманої травми в умовах війни, адаптовані до виявлених емпіричних особливостей.

Об'єкт дослідження: психологічний стан військовослужбовців після отримання психологічної травми.

Предмет дослідження: психологічні механізми відновлення стану військовослужбовців після отримання психологічної травми.

Теоретичні основи дослідження: Багато українських науковців досліджували та розглядали тематику психологічних механізмів відновлення стану військовослужбовців після отримання психологічної травми у своїх наукових працях.

Так, наприклад, Блінов О.А. багато років досконально вивчав бойовий стрес, бойову травму, причини та наслідки психотравматизації військовослужбовців, методи психологічного захисту від бойового стресу у вітчизняній і світовій практиці, а також механізми відновлення. У цій роботі ми використовували деякі з його наробок [4, 5].

С. Д. Максименко, Н. В. Чепелева, М. М. Заліська, О. С. Овчаренко зробили вагомий внесок у дослідженні військової психологічної травми. Особливе наукове значення здобули роботи академіка Максименка, так як саме він зосередився на комплексному методологічному підході щодо стабілізації військовослужбовців після отриманого бойового стресу та психологічної травми, впроваджуючи доказові методи діагностики та комплексний підхід до реабілітації [26, 33, 34, 42].

Зінкевич О. В., Кононенко І. В. працювали над моральною травмою та її опрацюванням у військовослужбовців [11]. Підгурська В. В. та Зінченко Л. М.

у своїй роботі розглянули дію кумулятивного стресу на психічне здоров'я військовослужбовців, підкресливши його травматизуючий ефект [28].

Над особливостями надання психологічної допомоги військовослужбовцям працювала та продовжує працювати чисельна спільнота вітчизняних та зарубіжних науковців, намагаючись максимально адаптувати загальний напрацьований досвід до українських реалій.

Особливої уваги потребує проблема психологічної стабілізації військовослужбовців специфічних підрозділів (система МВС, Нацгвардія), які через професійну специфіку часто мають підвищений рівень недовіри до стандартних психологічних інтервенцій. Попри наявність значної кількості теоретичних розробок (О. Блінов, С. Максименко, Н. Чепелева), на практиці існує дефіцит адаптованих алгоритмів відновлення, які б враховували актуальний психоемоційний стан бійців, їхнє ставлення до психологічної допомоги та наявні ресурси.

На лінії зіткнення головним завданням військовослужбовця є не тільки виконання бойового завдання, але й збереження власного життя та здоров'я. Під час виконання бойового завдання боєць повинен дбати про свою безпеку, але при цьому чітко виконувати поставлене завдання. Непідготовлена людина не може уникнути провокацій, правильно зреагувати на ситуацію, чітко виконати наказ. Саме тому військовослужбовці мають проходити належну психологічну підготовку у фахівців високого рівня до початку служби. Але якщо людина, яка пройшла таку підготовку, все ж отримала психологічну травму, то психологи і психотерапевти повинні мати дієві інструменти для надання бійцю своєчасної допомоги.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у уточненні специфіки прояву бойового стресу у військовослужбовців системи МВС та Нацгвардії (високий рівень фази резистентності та симптомів гіперзбудливості); емпіричному виявленні парадоксу ресурсності (низька ефективність класичних технік релаксації для даної вибірки); обґрунтуванні необхідності

використання демілітаризованих та тілесно-орієнтованих підходів у стабілізації.

Необхідність розробки дієвих практичних рекомендацій щодо стабілізації військовослужбовців після отримання психологічної травми, які базуються на емпіричних даних та принципах доказової психології, зумовила вибір теми магістерської роботи: «Психологічні механізми стабілізації військовослужбовців після отримання психологічної травми».

Методи дослідження: теоретико-методологічні принципи аналізу наукових підходів, спрямованих на забезпечення психологічної стабілізації військовослужбовців після отриманої травми в умовах війни в українських та зарубіжних джерелах, узагальнення наукової літератури; емпіричне дослідження – спостереження, бесіда, психодіагностичне тестування за допомогою методик «Опитувальник бойового стресу» (О. Блінов), «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R), «Коротка шкала стійкості», експрес-анкета ресурсності; статистичні – методи математичної статистики (кореляційного аналізу) для встановлення зв'язків між досліджуваними параметрами [1, 3, 5].

Організація дослідження: Розроблено та проведено емпіричне дослідження поточного психологічного стану військовослужбовців за допомогою рекомендованих скринінгових методик: «Опитувальник бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ)», «Коротка шкала стійкості», «Шкала оцінки впливу травматичної події». Поведено статистичний аналіз результатів опитування за допомогою коефіцієнта кореляції Спирмена. Емпірично визначено гіпотетичні джерела факторів відновлення психологічного стану.

Експериментальна база дослідження:

В роботі проводились дослідження психологічного стану військовослужбовців, які щойно поверталися з виконання бойових завдань або перебували у лікарні після поранення. Дослідження проводилось на базі державної медичної установи. В дослідженні взяли участь 34 учасники, що склало не більше 20% від запропонованої кількості респондентів.

За результатами проведеної роботи розроблено практичні рекомендації з використання психологічних механізмів стабілізації для стабілізації та корекції психологічного стану військовослужбовців після отриманої травми.

Практичне значення одержаних результатів полягає у запропонованих та обґрунтованих практичних рекомендаціях щодо психологічних механізмів стабілізації військовослужбовців після отриманої травми, які є доказовими, згідно аналізу українських та зарубіжних наукових джерел, та можуть бути використані військовими психологами та командирами підрозділів для відновлення боєздатності особового складу та профілактики ПТСР.

Основні положення роботи відображені у тезах доповідей та подані на апробацію на Всеукраїнську науково-практичну конференцію «Клінічна та вікова психологія в епоху лімінальних змін», що приурочена до 182-річчя від дня народження Гренвілла Стенлі Голла та відбудеться 29 січня 2026 року.

Структура роботи: магістерська робота виконана на 99 стор., складається зі вступу, трьох розділів, дев'яти підрозділів, висновків, списку використаних джерел з 71 найменування, 4 таблиці, 12 рисунків, 6 додатків.

РОЗДІЛ 1.
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ ПІДХОДІВ,
СПРЯМОВАНИХ НА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СТАБІЛІЗАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ОТРИМАНОЇ ТРАВМИ В
УМОВАХ ВІЙНИ

1.1. Підходи спрямовані на стабілізацію військовослужбовців після отриманої травми у вітчизняних наукових працях.

У сучасній психологічній науці поняття травми виходить за межі визначення простої негативної події. Йдеться насамперед про специфічну, глибинну відповідь психіки на обставини, що несли безпосередню загрозу існуванню, порушували фізичну цілісність особи або ж руйнували її базове почуття безпеки через свою шокуючу природу.

Критерієм травматичності події є її інтенсивність, яка перевершує адаптаційні можливості індивіда та його здатність інтегрувати отриманий емоційний досвід. В реаліях воєнного часу спектр таких подій охоплює вітальну загрозу, перебування в полоні, свідоцтво загибелі побратимів чи цивільних, а також отримання поранень.

Реакція психічної системи на такий вплив відрізняється від фізіологічного стресу. Травматичний досвід не інтегрується у пам'ять звичним чином, а залишається фрагментованим. Це провокує виникнення інтрузій (флешбеків) та нічних жахів, під час яких організм демонструє гострі соматичні реакції (тахікардія, гіперзбудження), ніби травмуюча ситуація розгортається у теперішньому часі.

Військова травма характеризується низкою унікальних ознак, серед яких домінують кумулятивний ефект, моральна травматизація та складність структури розладу.

Кумулятивний стрес виникає не через поодинокий інцидент, а внаслідок тривалої експозиції до стресових чинників. Як зазначають дослідники [28],

хронічний характер бойового стресу поступово виснажує резильєнтність психіки та організму, що значно підвищує ймовірність формування комплексного ПТСР.

Окремої уваги потребує феномен моральної травми. Вона виникає у ситуаціях, коли дії або бездіяльність військовослужбовця (або події, свідком яких він став) вступають у гострий конфлікт з його ціннісною парадигмою та сумлінням. Науковці підкреслюють, що наслідком цього є глибоке почуття провини, сорому та втрата внутрішніх орієнтирів, що вимагає специфічних терапевтичних стратегій, спрямованих на відновлення гідності особистості [11].

Складна травма – це тривалі рецидиви травмуючих епізодів військових реалій, що поєднуються з порушенням прихильності та базового відчуття безпеки та, за визначенням українських науковців, «супроводжується не лише наполегливими спогадами й гіпервідчуттям, але й глибокими порушеннями емоційної регуляції, міжособистісних зв'язків (прихильності) та дезадаптацією ідентичності. Лікування цього стану потребує комплексної, поетапної психотерапії, спрямованої на відновлення базового відчуття безпеки та інтеграцію «Я-образу»» [17, 25]. Як підкреслюють у своїх наукових працях Обухова А. М. та Мартинюк І. І.: «Ключовим у виникненні складної травми є руйнування базового відчуття безпеки та прихильності, адже травма триває в середовищі, де очікувалася підтримка або де уникнути небезпеки не було можливості. Це утруднює формування довіри та близькості...» [25].

Вітчизняна наукова думка, особливо в умовах повномасштабної війни, активно розвиває й адаптує підходи для стабілізації військовослужбовців після травми. Ці підходи охоплюють психологічні аспекти й часто вбудовуються у комплексні системи допомоги [34]. Українські фахівці – військові психологи, психіатри та соціальні працівники – підкреслюють критичну важливість раннього психологічного втручання для поранених або травмованих військових. «Щоб вижити в зоні бойових дій, військовослужбовець мав навчитися не довіряти нікому: краще вважати всіх потенційними ворогами,

доки не переконаєшся у зворотному. Відтак встановлення рапорту та заохочення до розповіді про переживання є надзвичайно важливими» [28]. Ці цитати відображають значимість встановлення контакту.

Психологічна стабілізація військовослужбовців після отриманої травми (фізичної чи психологічної) базується на сукупності механізмів та заходів. Розглянемо основні психологічні механізми стабілізації.

- Відновлення відчуття безпеки та контролю: переключення з режиму «боротьба або втеча» у режим «відпочинок і відновлення» (активація парасимпатичної нервової системи).

Заходи: створення фізично безпечного середовища, спокійна обстановка, зрозумілі інструкції, стабілізаційні техніки (наприклад, заземлення). «Психологічна стабілізація військовослужбовця після травми досягається цілеспрямованим переведенням автономної нервової системи з домінування симпатичної активації («боротьба або втеча») до парасимпатичного режиму («відпочинок і відновлення») шляхом забезпечення фізичної безпеки та застосування соматичних технік заземлення й регуляції» [34].

- Психологічна невідкладна допомога (ПНД). Сутність підходу: ПНД – гуманна, підтримуюча та практична допомога, що надається в перші години після травми.

Психологічна невідкладна допомога (ПНД), або Psychological First Aid (PFA), не має в Україні єдиного індивідуального автора. Це міжнародний стандартизований підхід, розроблений у співпраці ВООЗ, War Trauma Foundation та Vision Worldwide. В Україні методику адаптували, стандартизували та включили у протоколи кризового втручання і військово-психологічної допомоги низка ключових установ і науковців. Головними розробниками та адаптаторами офіційних методичних рекомендацій, що включають ПНД і «Систему 8 кроків», є Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ), Державна служба України з надзвичайних ситуацій (ДСНС), Національна академія педагогічних наук України (НАПН). З метою

впровадження найкращих світових практик, координаційний центр МОЗ адаптував керівництва ВООЗ щодо психологічної першої допомоги з урахуванням культурної специфіки та потреб населення України: «Основний підхід ґрунтується на принципах безпеки, спокою, зв'язку, само- та колективної ефективності та надії (модель СССН)» [23, 24].

Вітчизняні протоколи часто побудовані на моделях кризового втручання, таких як «Система 8 кроків», які інтегрують принципи ПНД (Psychological First Aid). Згідно з протоколами кризового втручання, процес стабілізації ПНД охоплює кроки, відображені на рис. 1.1.

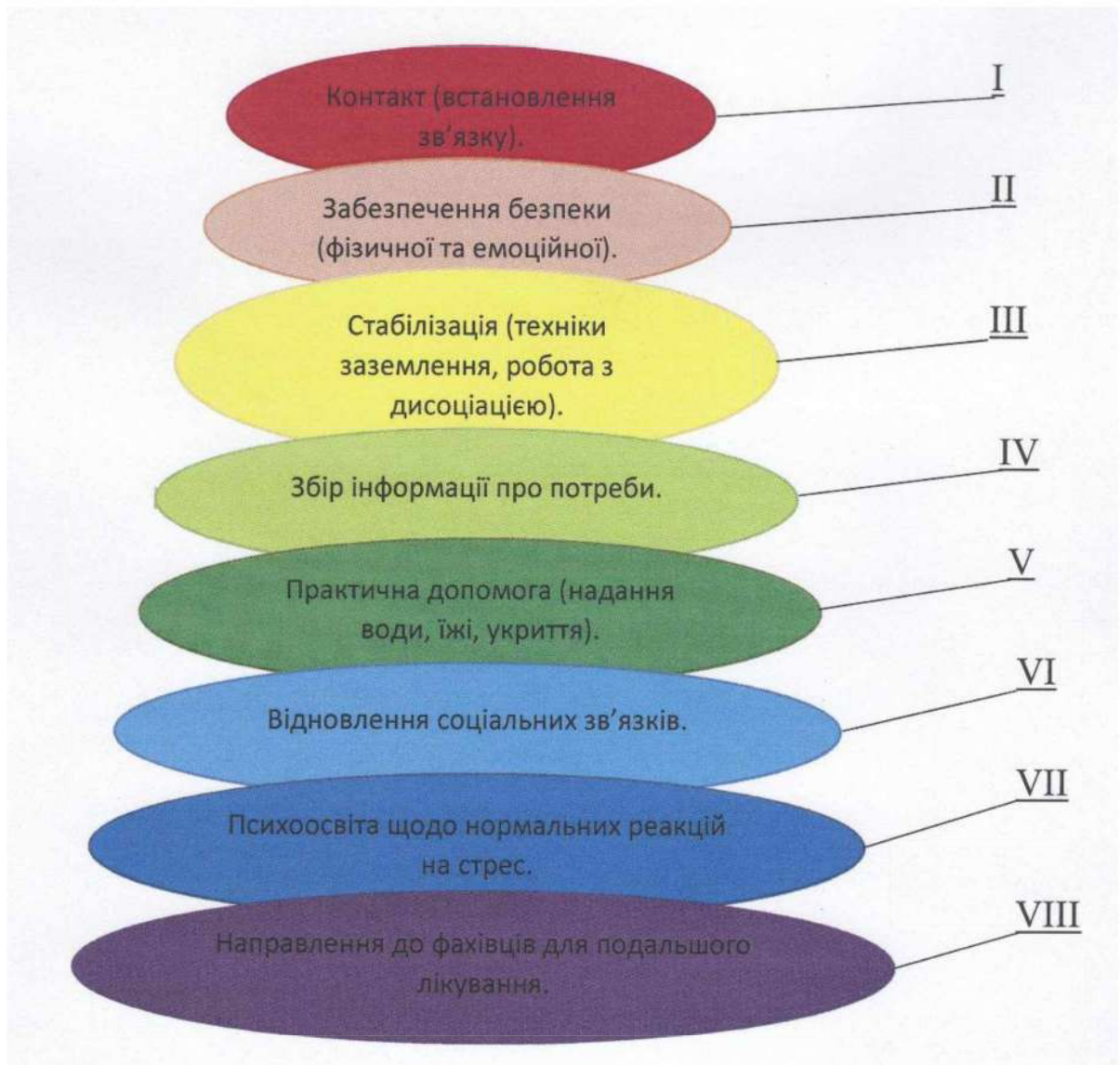


Рис. 1.1. Модель стабілізації ПНД за принципом «8 кроків».

«Система 8 кроків» ДСНС – регламентований алгоритм, що допомагає фахівцям оперативно стабілізувати емоційний стан постраждалих, використовуючи перевірені кризові протоколи, напрацьовані під час ліквідації наслідків надзвичайних ситуацій. У протоколі ДСНС наголошується, що «перші дії психолога мають бути спрямовані на забезпечення фізичної безпеки та зниження фізіологічних проявів гострого стресу» [7, 23].

- Переробка травматичного досвіду (когнітивні механізми), тобто сприяння адаптивному включенню травматичної події в загальну життєву історію, зменшення інтенсивності нав'язливих спогадів.

Заходи: травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ) для корекції дезадаптивних думок і поведінки; десенсибілізація та переробка рухом очей (EMDR) для інтеграції спогадів. Для досягнення стабілізації через зниження гостроти флешбеків застосовують ТФ-КПТ (спрямовану на роботу з мисленням) та EMDR (для біологічної інтеграції пам'яті). Ці методи дозволяють адаптивно вписати отриманий травматичний досвід у біографію особистості [10, 40].

- Емоційна регуляція та зниження гіперзбудженості: відновлення здатності контролювати емоції та фізіологічні реакції, зменшення тривоги, гніву та гіпервідчуття.

Заходи: техніки заземлення, спрямовані на повернення уваги в «тут і зараз» (наприклад, 5-4-3-2-1), медитативні та дихальні практики для заспокоєння нервової системи. «Відновлення емоційної регуляції та зниження гіперзбудження – обов'язкова складова стабілізації, що передбачає відновлення свідомого контролю над фізіологічними реакціями (тривога, гнів, гіперпильність). Це досягається через техніки заземлення та дихальні практики, які стимулюють парасимпатичну систему» [41].

- Соціальна підтримка та відновлення зв'язків: активізація системи прихильності й відчуття приналежності як потужного буфера проти стресу. Заходи: групова терапія, контакти з побратимами та родиною, психосоціальна підтримка. Зниження ізоляції та відновлення соціальних ролей досягається

через активізацію системи прихильності, що є критично важливим для стабілізації. Заходи психосоціальної підтримки, що реалізуються через групову терапію та відновлення контактів із родиною і побратимами, формують відчуття приналежності, яке нівелює руйнівний вплив військової травми [35, 38].

- Прийняття «Я-образу» (особливо при фізичній травмі): інтеграція нових тілесних змін та досвіду у самосприйняття, відновлення самооцінки та прагнення до самоактуалізації.

Заходи: індивідуальна психотерапія, робота з прийняттям втрати, пошук життєвих перспектив. «Примирення з оновленим «Я-образом» після фізичної травми – необхідний механізм стабілізації, що передбачає інтеграцію тілесних змін і втрат у особистісну ідентичність. Мета – відновити самооцінку та здатність до самоактуалізації через індивідуальну психотерапію й пошук нових життєвих перспектив, що дозволяють людині відчувати себе повноцінним членом суспільства, незважаючи на травму» [8, 12, 43].

- Формування адаптивних копінг-стратегій та ресурсності: розвиток психологічної стійкості (резильєнтності), уміння долати труднощі та виявляти внутрішні ресурси.

Заходи: психоедукація, тренінги зі стрес-менеджменту, ресурсно-орієнтована терапія, пошук нових цінностей і сенсів.

Мобілізація особистісного потенціалу та когнітивне переосмислення, що лежать в основі розвитку резильєнтності, є ключовими для завершення процесу стабілізації. Через психоедукацію та ресурсну терапію відбувається вбудовування травматичного досвіду в життя особистості. Такий підхід трансформує сприйняття травми з «кінця життя» на «життєвий етап», наповнюючи існування новими екзистенційними сенсами [8].

Посібники Інституту соціальної та політичної психології НАПН України містять систематизовані алгоритми для діагностики та корекції кризових станів, що виникають через бойовий стрес. Вчені інституту підкреслюють: «Комплексна робота з травмою вимагає поєднання індивідуальної

психотерапії та заходів із соціальної реінтеграції й відновлення групової ідентичності» [33]. Серед науковців, які зробили вагомий внесок у розробку та впровадження українських протоколів кризового втручання, що включають ПНД, варто назвати Чепелеву Н.В., Максименка С.Д., Огнев'юка В.О., Тімченка О.А. Згідно з методичними рекомендаціями, психологічна допомога у постконфліктний період має бути спрямована на реінтеграцію особистості та формування стійких копінг-стратегій. Науковці підкреслюють, що «ключовим елементом подолання травми є відновлення відчуття контролю та передбачуваності життя» [35].

Фундаментальні розробки під керівництвом С. Д. Максименка визначили потребу системного підходу до вивчення психологічних наслідків бойового стресу, який включає діагностику, терапію та соціальну підтримку. Підхід Максименка створює методологічну основу для практичних методик, що застосовуються в Україні для роботи з військовою травмою, надаючи наукове обґрунтування. У працях під редакцією академіка Максименка наголошується, що «методологія дослідження психології військової травми має спиратися на цілісність особистості та біопсихосоціальну модель реабілітації» [36]. Протоколи, розроблені Огнев'юком В. О. та Тімченко О. А., визначають стандартизований алгоритм дій психологів, спрямований на посилення психологічної стійкості персоналу. Автори звертають увагу на те, що «особливістю протоколів психологічного забезпечення є їхня чітка структурованість, що дозволяє оперативно адаптувати допомогу до динаміки екстремальної ситуації» [26]. Варто відзначити, що українська «Система 8 кроків стабілізації» є компіляцією закордонних протоколів, яка дозволяє нефахівцям швидко застосовувати техніки для стабілізації постраждалих від бойового стресу. Автори підкреслюють, що «Українська «Система 8 кроків» – це адаптований алгоритм, створений на основі кращих світових практик кризового втручання (зокрема PFA та елементів CISD) для надання невідкладної психологічної допомоги в умовах воєнного конфлікту» [7]. «Система 8 кроків» є важливим практичним інструментом, що уніфікує дії

фахівців і нефахівців, забезпечуючи швидке та зрозуміле втручання, критичне для мінімізації наслідків гострого стресу в умовах масових травм.

Отже, це – результат колективної адаптаційної роботи міжвідомчих українських команд фахівців.

Наступний етап стабілізації – базові психотерапевтичні підходи (тривала стабілізація). Ці підходи застосовуються на етапах реабілітації й стабілізації після виходу військовослужбовця з гострого кризового стану. На етапі реабілітації після гострої фази в Україні активно використовують ТФ-КПТ як основний метод для когнітивної реструктуризації травматичного досвіду та зниження симптомів ПТСР. У вітчизняних рекомендаціях зазначено, що «травмо-фокусована КПТ має найвищий рівень доказовості і є рекомендованим «золотим стандартом» для лікування ПТСР у військовослужбовців і цивільних» [10]. Українські праці, які визнають ТФ-КПТ «золотим стандартом», опираються на міжнародні протоколи (PE, CPT) і адаптують їх для роботи з бойовою травмою. Фахівці відзначають, що «головна мета когнітивних процесуальних підходів – змінити дезадаптивні переконання (когнітивні спотворення), що виникли внаслідок травми, особливо у сферах безпеки, довіри та влади» [15]. У методичних рекомендаціях Царенко Л. Г. підкреслено, що «використання елементів пролонгованої експозиції та когнітивної реструктуризації є обов'язковим для досягнення стійкого клінічного ефекту при терапії посттравматичних розладів» [46]. На стадії стабілізації пріоритетним завданням є оволодіння військовослужбовцями техніками «щеплення від стресу» (Stress Inoculation Training – SIT), що сприяє зміцненню їхньої психологічної резильєнтності до потенційних ретравматизацій [22].

Отже, українська система психологічної реабілітації військовослужбовців після виходу з гострої фази орієнтована на доказову медицину та міжнародні стандарти. Ключовим є ТФ-КПТ, яка у вітчизняних рекомендаціях [10] визнається «золотим стандартом» профілактики та

лікування ПТСР. Застосування ТФ-КПТ в Україні – це результат адаптації міжнародних протоколів.

Когнітивна реструктуризація – через методики, подібні до Cognitive Processing Therapy (CPT), фахівці працюють над змінням дезадаптивних переконань у сферах безпеки, довіри та контролю [15].

Контрольована експозиція включає елементи пролонгованої експозиції, необхідні для досягнення стабільного клінічного результату та репроцесуалізації травматичного досвіду [44].

Для досягнення стабілізації та підвищення опірності психіки вдаються до тренінгу «SIT» – методу, що дозволяє набути або поновити навички [22].

Таким чином, реабілітаційний етап в Україні відзначається системним, міждисциплінарним підходом, який інтегрує світові психотерапевтичні практики й адаптує їх для ефективного лікування наслідків бойової травми.

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) є важливим інструментом нейробіологічної стабілізації. Метод допомагає військовослужбовцям швидко знизити емоційне навантаження травматичних спогадів, що робить подальшу психотерапію більш ефективною. EMDR широко застосовують на етапах реабілітації для інтеграції травматичного досвіду та зниження емоційної інтенсивності спогадів, що є важливою складовою лікування ПТСР. Фахівці вказують, що «білатеральна стимуляція, котра є ключовою в EMDR, активує мозкові механізми переробки неінтегрованих травматичних спогадів, знижуючи їхню емоційну та фізіологічну реактивність» [42]. Розроблений Ф. Шапіро метод десенсибілізації та репроцесуалізації рухом очей (EMDR) має наукове підґрунтя й емпіричну підтримку; він використовує білатеральну стимуляцію для переробки дистресу, пов'язаного з травмою.

Царенко Л.Г. описує EMDR, як «початок світової травмотерапії». Вона характеризує цей метод як опрацювання ізольованих патогенних спогадів у мережі пам'яті на нейронному рівні і зазначає, що «EMDR терапія спрямована на відновлення роботи природної системи самоцілення (процесу адаптивного

опрацювання інформації)» [46]. EMDR належить до небагатьох психотерапевтичних методів, які ВООЗ офіційно рекомендує як ефективні для лікування ПТСР.

Отже, як обирати метод? Вибір зазвичай базується на індивідуальних потребах.

Обирайте EMDR, якщо: військовослужбовець готовий працювати з травматичними спогадами, але має труднощі з їх вербалізацією; симптоми (флешбеки, кошмари) пов'язані з конкретною ізольованою подією; потрібно швидко зменшити емоційну інтенсивність симптомів.

Обирайте КПТ (ТФ-КПТ), якщо: основна проблема – дезадаптивні думки («Я винен», «Світ небезпечний») і прояви «уникнення»; необхідно навчити навичкам управління стресом, релаксації та подолання тривоги; травма має комплексний або тривалий характер.

Важливо: багато сучасних терапевтів, що працюють з військовими, застосовують інтегративний підхід, поєднуючи EMDR для «розвантаження» емоційно заряджених спогадів із когнітивно-поведінковими стратегіями КПТ для стабілізації й інтеграції навичок у повсякденне життя. Обидва методи рекомендовані провідними міжнародними та українськими організаціями для превенції й лікування ПТСР [45]. Найважливіше – компетентність терапевта та здатність працювати зі специфікою військової травми, вміння встановити рапорт.

Допоміжні методики відіграють значну роль у психосоціальній реабілітації, сприяючи відновленню соціальних функцій, невербальному вираженню травми та поліпшенню тілесно-емоційного зв'язку. Їх часто поєднують з основними підходами (ТФ-КПТ, EMDR).

Використання іммерсивних технологій VR-Реабілітації (технології віртуальної реальності) у контрольованому середовищі (рис. 1.2).

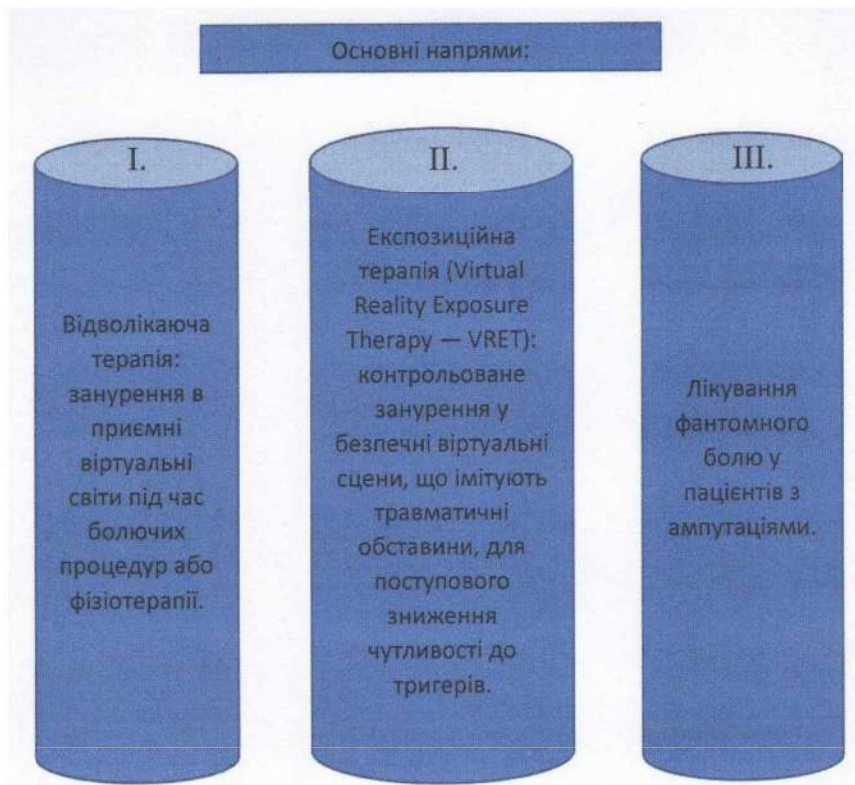


Рис. 1. 2. Напрямки використання VR-технологій у реабілітації військових.

Це науковий внесок інституту травматології та ортопедії НАМН України (напрямок відновленні після ампутацій). Українські стартапи та IT-компанії співпрацюють з військовими госпіталями для створення спеціалізованих VRET-програм, адаптованих під бойовий досвід (наприклад, VMR, VR-терапія). Дослідження спрямовані на верифікацію ефективності VR-технологій у зниженні інтенсивності фантомних болів та симптомів ПТСР. Ключовий фокус: контрольована експозиція та корекція нейрофізіологічних реакцій на травматичні тригери .

VR-Реабілітація в Україні, зокрема VRET, стала важливою допоміжною опцією для контрольованої експозиції та лікування фантомних болів у пацієнтів з ампутаціями завдяки співпраці медичних установ і IT-галузі. Українські дослідники відзначають, що «використання іммерсивного середовища, зокрема VRET, дозволяє коригувати нейрофізіологічні реакції на тригери та значно зменшити інтенсивність фантомного болю у військовослужбовців» [9].

Анімалотерапія (іпотерапія, каністерапія). Суть та застосування: терапія через взаємодію з навченими тваринами (коні – іпотерапія, собаки – каністерапія). Цей підхід соціалізує й заземлює пацієнта: взаємодія з твариною вимагає уваги, встановлює безумовну довіру та може знижувати рівень кортизолу. Іпотерапія додатково допомагає фізичній реабілітації та відновленню вестибулярного апарату [19]. Науковий внесок України – це центри психосоціальної підтримки та ветеранські громадські організації. Дослідження у галузі соціальної роботи та реабілітації (кафедри соціальної роботи й психології) високо оцінюють вплив анімалотерапії на соціальну адаптацію та рівень тривоги. Анімалотерапія в Україні є важливим соціалізуючим і заземлюючим методом, який активно використовують ветеранські організації для відновлення довіри й соціальної функції після кризи. Дослідження показують, що «взаємодія з навченими тваринами створює безпечне середовище, що призводить до зниження рівня кортизолу та відновлення емоційної регуляції у військовослужбовців, які втратили базову довіру в бойових умовах» [38, 39].

Відновлення через мистецтво (арт-терапія). Арт-терапевтичні методи відіграють важливу роль у психосоціальній реабілітації в Україні, оскільки як невербальний інструмент, вони дозволяють дистанціюватися від травми, символізувати її та безпечно переробити. Українські спеціалісти зазначають, що «арт-техніки дозволяють військовослужбовцям здійснити невербальний реліз травматичного досвіду та емоційну розрядку, минаючи когнітивний опір, що часто ускладнює вербалізацію переживань» [2, 6].

Ці допоміжні методики свідчать про те, що вітчизняна реабілітаційна система орієнтується на біопсихосоціальний підхід, поєднуючи роботу з тілом і психікою з відновленням соціальних зв'язків та емоційної сфери. Ключовим у стабілізації є визнання того, що психологічна травма часто має фізичні, хімічні та неврологічні компоненти, які вимагають міжпрофесійної взаємодії. Сірик Н. В. підкреслює у своїй книзі, що багатокomпонентність психотравми «... є вирішальним, бо переводить допомогу з моноспрямованої «розповіді про

почуття» у комплексний медико-психологічний процес. Така міждисциплінарна співпраця (психіатр, невролог, психотерапевт) дозволяє одночасно коригувати патофізіологічні основи розладу й психоемоційну дезадаптацію, що веде до глибшої та стійкішої ремісії симптомів» [37].

Саме такий процес описували Корнев В. О. і Фільц О. В., звертаючи увагу на те, що: «Біопсихосоціальний підхід забезпечує лікування патофізіологічних основ травматичного розладу, що сприяє глибшій і стійкій ремісії симптомів через одночасну терапію тіла й психіки» [20].

Психологічна травма, особливо військова, ніколи не є лише «психічною проблемою». Вона серйозно впливає на біологію та фізіологію, що зумовлює необхідність залучення різних фахівців. Формуються міжпрофесійні команди, як показано на схемі (рис.1.3):

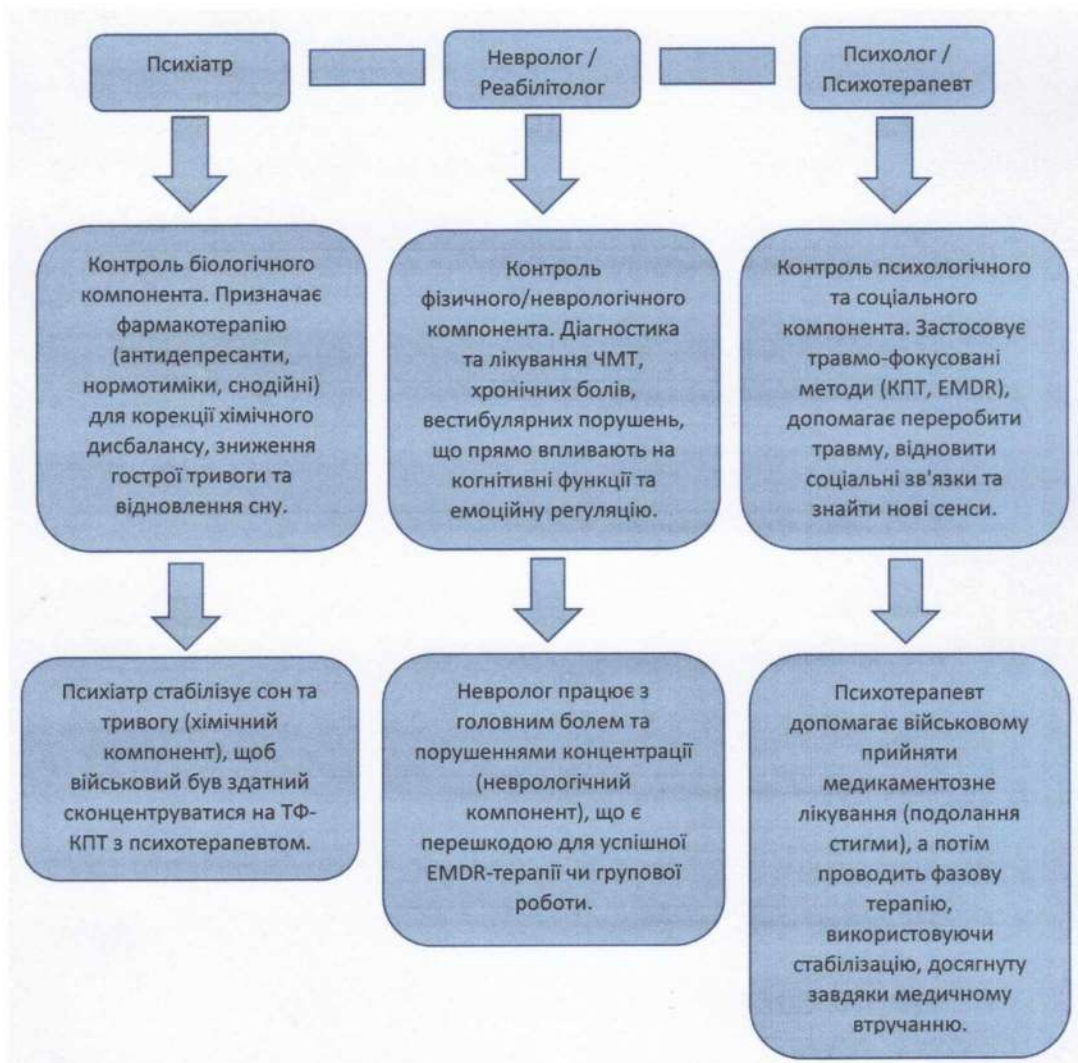


Рис.1.3. Схема взаємодії міжпрофесійної команди.

Як видно з рис. 1.3, ефективна взаємодія передбачає розподіл зон відповідальності, де психіатр забезпечує фармакотерапію; невролог працює над ліквідацією наслідків ЧМТ та знеболюючими факторами, регенерацією вестибулярного апарату та когніцій; реабілітолог стабілізує функції рухового апарату; психолог/психотерапевт паралельно працюють над «прийняттям», когнітивними перекосами, переробкою травми та соціальною інтеграцією наряду з відтворенням психоемоційного балансу військовослужбовця.

Отже, визнання фізичних, хімічних та неврологічних наслідків травми переводить процес стабілізації з односторонньої «розмови про почуття» в комплексний медико-психологічний процес, що забезпечує поглиблену і тривалішу ремісію симптомів, оскільки лікується і тіло, і психіка. Сучасні підходи до допомоги військовим після травми є багатовимірними та доказовими, поєднуючи переробку травматичних спогадів із ранньою стабілізацією й психосоціальною реінтеграцією [18, 20].

Військова травма має біопсихосоціальний характер, а не є винятково «психічною проблемою». Для стабілізації застосовується комплексний підхід (інтегрована терапія – рис. 1.4), оскільки жоден окремий метод не є універсальною панацеєю.



Рис. 1.4: Схема узагальненої терапії.

Українська специфіка: вітчизняна система реабілітації орієнтована на доказову медицину (ТФ-КПТ як «золотий стандарт») та активно адаптує міжнародні протоколи, поєднуючи їх із сучасними технологіями (VR) та психосоціальними методами [9, 27, 45]. Порівняльний огляд основних методів психологічної допомоги військовослужбовцям в Україні наведено у таблиці (Додаток А). Ключ до успіху: міжпрофесійна співпраця (психіатр, невролог, психотерапевт, реабілітолог) є критично-важливою для стійкої ремісії, оскільки одночасно опрацьовується і тіло, і психіка, та відновлюється соціальна сфера.

1.2. Підходи спрямовані на стабілізацію військовослужбовців після тривалої травми в зарубіжних наукових працях

Зарубіжна наукова спільнота (насамперед США, Ізраїль, Велика Британія та ін.) протягом десятиліть розробляла й стандартизувала підходи до психологічної стабілізації й реабілітації бійців, особливо після військових конфліктів. Ці підходи лягли в основу міжнародних і українських протоколів.

Тренінг щеплення від стресу (Stress Inoculation Training – SIT). Розроблений Дональдом Майхенбаумом, SIT фокусується на навчанні навичкам саморегуляції (дихальні вправи, релаксація) для контролю тривоги та дистресу, особливо перед інтенсивнішими фазами терапії. Майхенбаум відзначав, що «SIT – це багаторівнева програма, що навчає самоконтролю й релаксації, дозволяючи підготуватися до потенційного стресу й ефективно його долати, підвищуючи психологічну стійкість» [22].

Для мобілізації внутрішніх ресурсів ефективною є ізраїльська модель BASIC Ph. Цей салютогенний підхід базується на концепції психологічної пружності («коду виживання»), спрямованої на виявлення індивідуальних механізмів опірності. Модель дозволяє не лише опрацювати поточний стрес, а й сформувати стійкість до майбутніх кризових подій [40].

У світовій практиці широко використовувався контроль критичного інциденту (Critical Incident Stress Management – CISM), який включає дефузінг (коротке обговорення одразу після інциденту) і дебрифінг (структурована розмова через 24–72 год.). Мета – нормалізувати реакції й забезпечити емоційну розрядку в групі товаришів. CISM, розроблений Дж. Мітчеллом, є структурованим, багатокomпонентним протоколом (Mitchell Model), що історично застосовувався для групового обговорення подій (CISD), хоча сьогодні його використання у гострій фазі часто замінюють м'якшими підходами, такими як PFA [23]. Розробники CISM, Джеффри Мітчелл та Джордж Еверлі, зазначають, що «CISM – це багатокomпонентна, інтегрована модель кризового втручання, що включає сім етапів Debriefing (CISD) та інші протоколи для ранньої стабілізації груп, які пережили критичний інцидент» [26].

Війни в Іраку й Афганістані (операції OEF/OIF), а також сучасні дослідження (насамперед у США та Ізраїлі), кардинально змінили міжнародні протоколи психологічної стабілізації та лікування травматичного стресу. Досвід цих конфліктів, з їхнім інтенсивним бойовим навантаженням і широким спектром психологічних травм, виявив неефективність деяких старих методик і сприяв переходу до доказової практики.

Основні зміни у протоколах VA/DoD, що опираються на досвід OEF/OIF, пов'язані з відмовою від неефективних підходів, які не лише не допомагають, а іноді й шкодять або є неефективними для профілактики ПТСР, а саме – від примусового критичного інцидент стрес дебрифінгу (CISD). Індивідуальний чи примусовий CISD, застосований одразу після травми, не довів ефективності у запобіганні ПТСР і в деяких дослідженнях пов'язаний із гіршими наслідками порівняно з відсутністю втручання» [57, 71].

У зарубіжних виданнях робиться наголос на ранньому втручанні та підтримці. Психологічна перша допомога (Psychological First Aid – PFA) була стандартизована як провідний протокол ранньої стабілізації. PFA – нетерапевтичний підхід, сфокусований на безпеці, зв'язку та підтримці, що

дозволяє уникнути шкоди в польових умовах або в перші години після інциденту. Це спільна розробка ВООЗ та Міжнародного Червоного Хреста та є підходом, орієнтованим на підтримку та організацію безпеки в перші години після травмуючої події, що базується на моделі «Дивитися-Слухати-З'єднувати». Надання PFA на догоспітальному етапі й під час евакуації створює умови швидкого заземлення й попередження дисоціації [61].

«ВООЗ рекомендує PFA як адекватний підхід для ранньої стабілізації осіб після травми, бо він фокусується на підтримці й не підвищує ризик хронізації розладів» [54].

Міжнародні настанови визначають PFA як «гуманітарний, підтримуючий і практичний підхід до допомоги людям, які нещодавно пережили серйозну кризу, з метою зменшити дистрес, забезпечити безпеку та підтримати їхню спроможність до самопомоги» [63].

Досвід Іраку й Афганістану став полігоном для валідації сучасних протоколів стабілізації військових. «Наголос на наданні PFA на ранніх етапах є критично важливим, бо це гуманітарний та підтримувальний підхід, що знижує гостру реакцію на стрес і запобігає ятрогенній шкоді від невідповідного втручання» [61].

PFA стала стандартизованою методологією ранньої стабілізації, інтегрованою в протоколи (наприклад ТССС), і забезпечує негайну, неінвазивну допомогу на етапі евакуації. PFA, на відміну від дебрифінгу, не примушує розповідати про травму, а обережно моделює процес відновлення безпеки і заземлення.

Соматичні та тілесно-орієнтовані терапії, наприклад, Somatic Experiencing (Пітер Левін), що фокусуються на відновленні зв'язку «тіло-розум» і регуляції нервової системи через роботу з тілесними відчуттями – ключовий елемент стабілізації після травми. Левін стверджує, що «травма зберігається в нервовій системі до тих пір, поки не буде завершений

природний цикл тілесної реакції на загрозу» [57]. Ці методи формують основу, яку адаптують під особливості бойової травми.

На сьогоднішній день у світовій практиці впроваджено обов'язкові програми скринінгу психічного стану військових до, під час та після відряджень, щоб вчасно виявляти ризики ПТСР та запропонувати адаптоване доказове лікування. [71]. «Дослідження після повернення військ з Іраку підкреслили критичну необхідність багаторазового скринінгу після відряджень, адже багато тих, хто потребує допомоги не зверталися за нею через стигму» [56]. Унаслідок досвіду Іраку й Афганістану впроваджено обов'язкові програми скринінгу, що є ключовим елементом превенції ПТСР.

На підставі скринінгу на ПТСР та ЧМТ інвестовано в доказові методи лікування (PE/СРТ/EMDR): державні програми США стандартизували PE та СРТ як основні терапевтичні підходи.

TF-CBT та її компоненти (PE, СРТ) мають найвищий рівень доказовості й вважаються «золотим стандартом» у лікуванні ПТСР, що обґрунтовує їхню адаптацію та застосування у психологічній та військово-медичній практиці України.

«АРА безумовно рекомендує травмо-фокусовані психотерапії, включно з пролонгованою експозицією (PE) та когнітивною процесуальною терапією (СРТ), як терапію першої лінії для пацієнтів із ПТСР» [47]. «ВООЗ наполегливо радить ТФ-КПТ та EMDR як єдині психологічні втручання для лікування дорослих із діагнозом ПТСР через їхній найвищий рівень доказовості (Level A)» [54].

Доказові методи лікування ПТСР: ТФ-КПТ (PE, СРТ). Протоколи Prolonged Exposure (PE) Едни Фоа «допомагають пацієнтам переробити травматичну пам'ять через систематичне та контрольоване повторне проживання травми» [53].

Когнітивна процесуальна терапія (СРТ): Патрісія Резнік підкреслює, що «ключем до зменшення симптомів ПТСР є не стільки зміна пам'яті про подію,

скільки трансформація дисфункціональних переконань, які сформувалися внаслідок травми, особливо стосовно безпеки, довіри та контролю» [64].

ТФ-КПТ (зокрема PE Едни Фоа і СРТ Патрісії Резнік) були визнані як лікування першої лінії й стали обов'язковими в усіх військових та ветеранських клініках. «Систематичний огляд підтвердив, що тільки ТФ-КПТ і EMDR мають найвищий рівень доказовості (Level A), тому їх використання обов'язкове в клініках VA/DoD для лікування ПТСР» [71].

Пролонгована експозиція (PE). Розробниця методу Една Фоа наголошує, що «головним механізмом PE є емоційна переробка, яка досягається через систематичне та контрольоване повторне проживання травми в терапевтичному безпечному середовищі, що знижує емоційну реактивність» [53].

Інтеграція методів – це активне застосування комплексних реабілітаційних програм, що поєднують фізіотерапію (екзоскелети, роботизовану механотерапію, VR) з психотерапією й професійною реінтеграцією (наприклад, центри Міністерства у справах ветеранів США).

VR-реабілітація (VRET) – це використання VR-технологій. Терапевтичний процес включає спектр стратегій, спрямованих на подолання фобічних розладів, когнітивне переосмислення тривоги, гострих больових синдромів, панічних атак та розладів харчової поведінки, а також тренування навичок усвідомленості, релаксації та емпатії. Застосування імерсивних середовищ дозволяє посилити терапевтичний вплив, сприяючи зміні когнітивних установок та трансформації сприйняття пацієнта: «Система створює ілюзію реального досвіду, утримуючи пацієнта в безпечному, контрольованому та захищеному середовищі» [62]. Термін «Віртуальна реальність» був введений Джароном Ланье трохи більше, ніж десять років тому, а робота в цьому напрямку велась з 60х років [48]. Успішне впровадження Virtual Reality Exposure Therapy (VR) для контрольованої експозиції в безпечному середовищі, що імітує бойові тригери, стало важливим доповненням у лікуванні ПТСР та фантомного болю.

«VR-технології інтегровані в програми VA/DoD не лише для експозиційної терапії ПТСР, але й для відволікаючої терапії при гострих больових синдромах та фантомному болю» [40, 59]. Але група вчених норвежського університету говорить про недосконалість законодавчої бази та технічного забезпечення у лікарнях США та всього світу для повноцінного використання цього методу і працює над вдосконаленням безкоштовних VR платформ [65]. До того ж дослідження виявили у деяких користувачів симптоми дезорієнтації, запаморочення та навіть нудоти (кіберхвороба), існує ризик плутанини між фактами та вигадкою [48]. Тому важливо пам'ятати, що VR лише інструмент, а не заміна реального життя та використовувати його розумно. Взагалі VR має великі перспективи у майбутньому [59, 62].

Роботизована та механотерапія, що передбачає використання екзоскелетів і просунутих протезів, не лише відновлює фізичну функцію, а й позитивно впливає на самооцінку й психологічну стабілізацію [66].

EMDR також увійшов до рекомендованих високоефективних методів. «ВООЗ наполегливо рекомендує EMDR та ТФ-КПТ як основні втручання для дорослих із ПТСР завдяки їх найвищому рівню доказовості» [54]. «EMDR визнано ефективною психотерапією для лікування ПТСР; його внесли до переліку поряд із ТФ-КПТ через потужні емпіричні докази зниження симптомів» [47]. Міжнародні настанови, ґрунтуючись на досвіді Іраку та Афганістану, стандартизували EMDR як один з двох основних високоефективних методів профілактики та лікування ПТСР.

Десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR), розроблена Френсін Шапіро, використовує білатеральну стимуляцію для активації механізмів переробки травматичного спогаду, що допомагає інтегрувати травму в пам'ять менш болісним способом. Розробниця зазначала, що «білатеральна стимуляція сприяє інтеграції травматичної пам'яті, яка була непереробленою та ізольованою в нервовій системі, що призводить до зниження емоційної інтенсивності спогаду» [68].

EMDR (Ф. Шапіро) широко використовується для переробки травматичних спогадів, «ефективна для роботи з травмованими військовими» [68].

Праці D. F. J. Welling, J. B. Holcomb та B. J. Eastridge (США), що ґрунтуються на досвіді Іраку й Афганістану, стали підґрунтям для розробки сучасних протоколів DCR. «Аналіз летальності в Іраку та Афганістані показав, що більшість смертей, які можна було запобігти, спричинені неконтрольованою кровотечею. Це стало ключовим аргументом для впровадження протоколів DCR та раннього гемостатичного втручання» [52].

Зарубіжні протоколи підкреслюють важливість інтеграції психологічної підтримки з фізичним лікуванням. Для успішного відновлення критично важливо, щоб медична допомога (хірургія, фізіотерапія) поєднувалася з одночасним психологічним супроводом і кризовою інтервенцією. Це забезпечує цілісність лікування та допомагає усунути психосоціальні бар'єри, такі як фіксація на хронічному болю чи опір терапії, що часто гальмують фізичну реабілітацію [32]. «Особливе значення має психологічний супровід протезування. Прийняття втрати й адаптація до протеза тісно пов'язані з відновленням самооцінки та Я-образу. Фізична реабілітація не буде успішною, якщо психіка військовослужбовця не інтегрує ці зміни» [17].

Отже, інтегрована модель визнає людину як єдину систему, де тілесний біль підсилює тривогу, а тривога посилює біль; лише одночасна робота з обома сферами приносить стабільні результати.

Зарубіжні протоколи, зокрема VA/DoD, визначили чіткі фармакологічні вказівки для зниження фізіологічних проявів травми: СИЗС/СИЗСН як ліки першої лінії для симптомів ПТСР, а Празозин – для зниження нічних кошмарів. «Для лікування симптомів ПТСР рекомендовані SSRI та SNRI як препарати першої лінії, а Празозин може застосовуватися для порушень сну та нічних кошмарів» [71].

«Фармакотерапія є ефективним доповненням до травмо-фокусованої психотерапії. Зокрема, СИЗС (SSRI) мають найсильніші докази ефективності

для полегшення загальних симптомів ПТСР, включаючи тривогу та гіперактивність» [47].

Але призначати фармакологічне лікування повинен тільки лікар.

Peer Support (підтримка рівний-рівному), як слушно зауважують автори статті, зазначаючи: «Залучення ветеранів-консультантів до реабілітаційних програм стало наріжним каменем психосоціальної підтримки, оскільки це підвищує довіру та значимість ветеранів у процес лікування» [69], підкреслює значимість емпатії.

Таким чином, досвід Іраку й Афганістану, верифікований й адаптований українськими фахівцями, став базою для створення сучасної, інтегрованої й доказової системи, що розглядає психологічну й психосоціальну стабілізацію як невід'ємну частину лікування бойової травми [32,71].

Ці зарубіжні підходи разом формують інтегровану, поетапну, доказову систему допомоги, спрямовану на зменшення терміну одужання та підвищення якості життя військових після бойової травми.

Ключова трансформація полягала в тому, що VA/DoD почали підтримувати й стандартизувати лише ті психотерапевтичні методи, які мають найвищий рівень доказовості (Level A) для профілактики та лікування ПТСР – «золотий стандарт» [71].

Отже, зарубіжні протоколи, розроблені на підставі досвіді Іраку й Афганістану, підкреслюють комплексний підхід, що поєднує фармакологічну підтримку (SSRI/SNRI для загальних симптомів; Празозин для нічних кошмарів) з інноваційними технологіями типу VRET для контрольованої переробки травми. Досвід тривалих військових кампаній привів до зростання уваги до «невидимих» травм. Спостерігалось значне збільшення діагнозів ПТСР та черепно-мозкових травм (ЧМТ), часто викликаних мінно-вибуховими пристроями (IED).

Зарубіжна наукова думка, сформована на базі військового досвіду, розглядає психологічну та психосоціальну стабілізацію як невід'ємну частину лікування травми, спрямовану на ранню профілактику ПТСР та соціальну

реінтеграцію. Для уникнення хронізації ПТСР та забезпечення успішної соціальної реінтеграції застосовується трифазна модель. Її першочерговим етапом є стабілізація, спрямована на відновлення відчуття безпеки та навичок саморегуляції, що виступає необхідною передумовою для подальшої глибинної переробки травматичних спогадів [55]. Парадигма зарубіжних науковців, особливо на підставі військового досвіду, розглядає психологічну й психосоціальну стабілізацію як фундаментальну початкову фазу лікування травми, спрямовану на ранню профілактику ПТСР через відновлення безпеки, самоконтролю та соціальної реінтеграції. Зарубіжні центри реабілітації акцентують увагу на відновленні соціальної функціональності й поверненні до цивільного життя [32, 37]. Комплексна реабілітація поєднує психотерапію, фізіотерапію, управління хронічним болем і професійну перепідготовку в єдиний інтегрований курс (приклад – центри VA у США) [50].

Наукова спільнота всього світу протягом десятиліть напрацювала ефективні підходи до психологічної стабілізації комбатантів, які стали основою для міжнародних та українських протоколів. Узагальнення ключових доказових методів і їхнє порівняння за сферами застосування, перевагами та обмеженнями представлені в таблиці (Додаток Б).

Отже, «золотий стандарт» – це травмо-фокусована КПТ (СРТ та РЕ) і EMDR. Вони мають найвищий рівень доказовості (Level A) і є обов'язковими в протоколах VA/DoD. Раннє втручання має бути неінвазивним; слід надавати пріоритет PFA, а не примусовому дебрифінгу (CISD). Інтегрована модель є ключовою. Успішна реабілітація поєднує психотерапію, медикаментозну підтримку, фізичну терапію та психосоціальну підтримку [53, 64, 68].

Висновки до розділу 1

Огляд джерел надав докази того, що вітчизняна модель реабілітації впровадила досвід країн НАТО з найбільш ефективними підходами, перетворюючи застарілі програми (CISD) на сучасні ранні втручання. Це

дозволяє системі відійти від застарілих процедур (як обов'язковий CISD) і зосередитися на ранньому неінвазивному втручанні для зменшення гострих стресових реакцій. Це включає PFA та існуючу українську «8-крокову систему», інтегровану в процес евакуації для забезпечення безпеки та заземлення.

Були стандартизовані рішення для стабілізації, профілактики та лікування хронічного ПТСР в Україні на основі найвищих доказових (Рівень А) рекомендацій від VA/DoD та ВООЗ. TF-CBT (включаючи CPT та PE) та EMDR представляють основні техніки, що використовуються для обробки травматичної пам'яті та когнітивної реструктуризації. Психологічна та психосоціальна стабілізація розглядаються як невід'ємні компоненти цього лікування. Комплексні реабілітаційні програми поєднують основну психотерапію з додатковими техніками: арт-терапія (невербальне вираження травми), анімалотерапія (відновлення довіри) та підтримка рівний-рівному («peer-to-peer» підтримка), що забезпечує успішну реінтеграцію в суспільство. Впроваджено нові методи лікування, такі як VR-реабілітація (VRET).

Це забезпечує контрольований вплив на тригери травми та симптоми ПТСР у безпечному середовищі, а також успішно використовується для терапії фантомного болю так само, як роботизована механотерапія, щоб підкреслити синергію між психічним та фізичним відновленням. На основі досвіду як минулих, так і поточної війн, світова наукова спільнота постійно прагне до знань та об'єднує свої зусилля для вирішення найбільш стратегічних питань, що стоять перед військовими та цивільними психологами щодо психологічної допомоги, а також для визнання та реагування на виклики сьогодення.

Це дозволяє проводити контрольовану експозицію до тригерів ПТСР у безпечному середовищі, а також успішно використовуватися при лікуванні фантомних болів і у роботизованій механотерапії, підкреслюючи синергію між психічним і фізичним відновленням. Використовуючи досвід минулих і поточних конфліктів, міжнародна наукова спільнота продовжує розвивати

знання й об'єднувати зусилля для вирішення стратегічних питань психологічної допомоги військовим і цивільним з урахуванням сучасних викликів.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СТАБІЛІЗАЦІЇ НА СТАН ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ ВІЙНИ

2.1. Обґрунтування методології дослідження

На основі теоретичного аналізу, проведеного у першому розділі, було розроблено програму емпіричного дослідження, метою якої є визначення актуального психоемоційного стану та рівня травматизації військовослужбовців.

Сучасна військова психологія оперує широким спектром діагностичних інструментів — від класичного спостереження до новітніх цифрових рішень. Зокрема, перспективним напрямком є використання автоматизованих систем моніторингу, подібних до платформи «Призма» [31], що дозволяють створювати динамічні психологічні профілі. Однак, специфіка польових та госпітальних умов часто накладає обмеження на використання складних цифрових інструментів.

В розрізі нашої роботи дослідження також проводилось за допомогою веб-ресурсу – матеріали опитування було розміщено у Google Forms та у подальшому надіслано респондентам.

Для роботи над проєктом нам необхідно було обрати методики дослідження, визначитись з місцем проведення дослідження та зібрати достатню кількість респондентів.

Дослідження проводилося на базі діючих підрозділів ЗСУ, МВС та Нацгвардії, а також неврологічного відділення державної медичної установи. Вибірка склала 54 особи, з яких 30% – військовослужбовці ЗСУ, а 70% – представники Нацгвардії та стрілецького батальйону системи МВС.

Процес збору даних виявив суттєві організаційно-психологічні бар'єри. Специфіка професійної діяльності контингенту МВС (правоохоронна функція,

досвід роботи з конфіденційною інформацією) сформувала у респондентів високий рівень настороженості щодо передачі персональних даних. Значна частина військовослужбовців висловила недовіру до цифрових інструментів (Google Forms) через ризик витоку метаданих про геолокацію та пристрої.

За результатами проведеної роботи згоду на участь у дослідженні надали лише 10–20% від загальної кількості потенційних респондентів. Це переважно бійці, мобілізовані після 2022 року, які мають менш виражену професійну деформацію щодо інформаційної безпеки.

Вивчаючи літературу, ми звернули увагу на праці Блінова О.А., який у своїй статті відмітив, що «військовослужбовці, які зазнали різного ступеня психотравматизації, потребують якісно різної психологічної допомоги» [4], тому основним завданням для проведення дослідження вважається саме визначення рівня психотравматизації військовослужбовців.

Фокусуючись на методології проведення дослідження в українських виданнях, ми використали нароби таких науковців, як Агаєв Н.А., Кокурн О.М., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В., які були включені до збірника [1].

Детально розглядаючи кожну методику, ми зацікавились багаторівневим особистісним опитувальником «Адаптивність-200» та опитувальником Міні-мульти (скорочений варіант багатофакторного опитувальника). Ці методики містять основні та допоміжні шкали, що дозволяють досить повно розкривати властивості особистості, та могли б самостійно задовольнити обсяг інформації, необхідної для проведення дослідження. Але у даному випадку їх вадю є те, що вони містять велику кількість питань та потребують концентрації уваги, терпіння, а головне – часу респондента. До того ж нам відомо, що опитувальник «Адаптивність-200» використовується в умовах стаціонару і наші потенційні учасники дослідження вже його проходили в цьому закладі.

Враховуючи низький комплаєнс та небажання респондентів проходити тривалі опитування (на кшталт «Адаптивність-200» або «Міні-мульти»), було прийнято рішення застосувати пакет валідних експрес-методик.

Було обрано «Шкалу оцінки впливу травматичної події» (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) [1], яка є більш лояльною для сприйняття, має меншу кількість питань (тому потребує менших витрат часу та уваги респондента), спрямована на виявлення симптомів ПТСР, але взагалі дозволяє оцінити рівень психотравматизації респондентів.

«Коротка шкала стресостійкості» спрямована на визначення рівня опірності психіки людини щодо реакції на стресові фактори, тому ми вважаємо її доцільною допоміжною експрес-методикою у цьому опитуванні.

Загалом для реалізації завдань дослідження було обрано комплекс методик, адаптованих до умов дефіциту часу та зниженої мотивації респондентів:

- «Опитувальник бойового стресу» (ОБСБ, О.А. Блінов) – для визначення рівня бойового стресу та його складових [5].
- «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R) [1] – як інструмент скринінгу симптомів ПТСР (вторгнення, уникнення, збудливість).
- «Коротка шкала стійкості» – для оцінки резильєнтності особистості [1].
- Анкета ресурсності – авторський блок питань для виявлення джерел психологічного відновлення.
- Метод спостереження та бесіди – для якісного аналізу поведінкових реакцій під час арт-терапевтичних сесій.

За допомогою вище вказаних методик було проведено емпіричне дослідження. У процесі підготовки його проведення ми спілкувалися з респондентами у форматі бесіди, роз'яснювали їм мету та завдання нашого дослідження, намагались встановити рапорт, вислуховуючи їхні історії, коментарі та побажання щодо їхньої участі в опитуванні, спостерігали за ними (їх поведінкою, манерою спілкування, емоційними, психологічними та

фізіологічними проявами). Після проведеної бесіди кожному бійцю було індивідуально надіслано в обраний ним месенджер форму опитування. У разі відсутності зворотного зв'язку наступного дня було направлено нагадування з повторним проханням пройти опитування, але воно не принесло бажаних результатів.

Деякі учасники дослідження дуже жваво йшли на контакт, ділились своїм травматичним досвідом, відчуттями та почуттями, задавали зацікавлені питання, надавали відповіді на наші питання. Але основна частина пацієнтів відділення була замкнутою та відстороненою. У кращому випадку бійці дозволяли надіслати їм опитувальник, але не збиралися його проходити. Тому з двадцяти респондентів, які погоджувались на проходження опитування у зручний для них час, ми отримували лише 1÷5 продуктивних результатів щоразу.

Дослідження зайняло багато часу, так як для того, щоб набрати потрібну кількість респондентів, необхідно було постійно відслідковувати появу нових пацієнтів маленького відділення.

Завдяки проходженню тестування респондентами ми опосередковано з'ясували загальний психологічний стан учасників нашого дослідження та опрацювали отриману інформацію за допомогою математично-статистичного аналізу. Математико-статистична обробка даних здійснювалася за допомогою кореляційного аналізу (коефіцієнт рангової кореляції Спірмена) [3]. Результати аналізу викладені у наступних розділах.

2.2. Аналіз результатів за методикою «Опитувальник бойового стресу» (ОБСБ).

Першим етапом діагностики стала оцінка рівня бойового стресу з використанням «Опитувальника бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ)». Результати представлені на рис. 2.1.

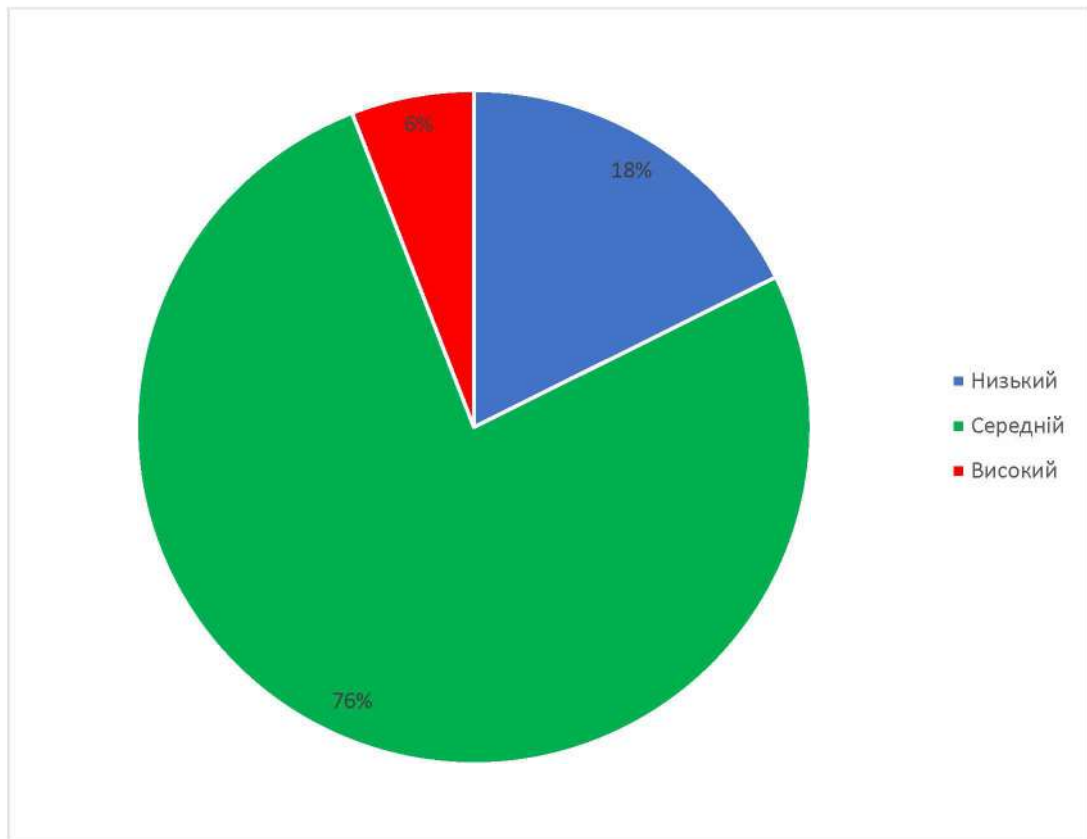


Рис. 2.1. Розподіл рівнів бойового стресу у респондентів (%).

Аналіз отриманих даних демонструє, що більшість респондентів (76%) перебуває на стадії резистентності (опору) у стресовій реакції організму.

Ця стадія характеризується збалансованим витрачанням адаптаційних ресурсів, що дозволяє організму функціонувати в умовах підвищених вимог до його адаптаційних можливостей. Протягом цієї фази людина здатна справлятися з труднощами, підтримуючи стабільний стан, хоча відчувається певне зниження емоційного підйому, що був характерний для початкової стадії стресу.

Тривалість періоду опору залежить від індивідуальних можливостей швидкої адаптації, стресостійкості особи та сили стрес-факторів, що впливають на неї. Важливу роль також відіграють як внутрішні (фізичні та психологічні), так і зовнішні умови життя. Людина оптимізує свої енергетичні ресурси, пристосовуючись до нових умов, хоча інколи може виникати відчуття втоми від тривалого зусилля.

Якщо стресор продовжує діяти, організм може перейти до наступної стадії – виснаження, яка може призвести або до стабілізації та відновлення, або до серйозного психологічного та фізичного виснаження. Цей процес вказує на те, що хоча респонденти й перебувають у стані середнього стресу, вони ще здатні адаптуватися, але з часом їхні ресурси можуть бути вичерпані.

Лише 6% опитаних демонструють високий рівень стресу. Це свідчить про те, що вони переживають значний стрес, який перевищує звичайні адаптаційні можливості організму. Такий рівень стресу може бути пов'язаний із серйозними психологічними та фізіологічними реакціями, які вимагають більш інтенсивного втручання для збереження здоров'я та нормальної життєдіяльності. Високий рівень бойового стресу часто призводить до емоційного виснаження, тривоги, депресії або інших розладів, і може бути симптомом того, що людина вже перевищила свої можливості адаптації до навантажень, пов'язаних із бойовими умовами.

Цей стан може бути пов'язаний із третьою стадією стресу – виснаженням, коли організм не здатен більше ефективно боротися з впливом стресорів, і необхідна допомога для відновлення [5]. Такий стан характеризується дезінтеграцією психічної діяльності та потребує негайного медико-психологічного втручання.

Для більш детального аналізу результатів за цією методикою ми розглянули показники бойового стресу за 4 субшкалами та відобразили їх у таблиці і графіку (табл.2.1. та рис.2.2.).

Таблиця 2.1.

Розподіл вираженості показників за субшкалами ОБСБ (у %).

Рівні	ГСП_ПТСР	РБ	ФБЕВ	ФОЕВ
Низький	15%	41%	15%	15%
Середній	65%	56%	62%	67%
Високий	20%	3%	23%	18%

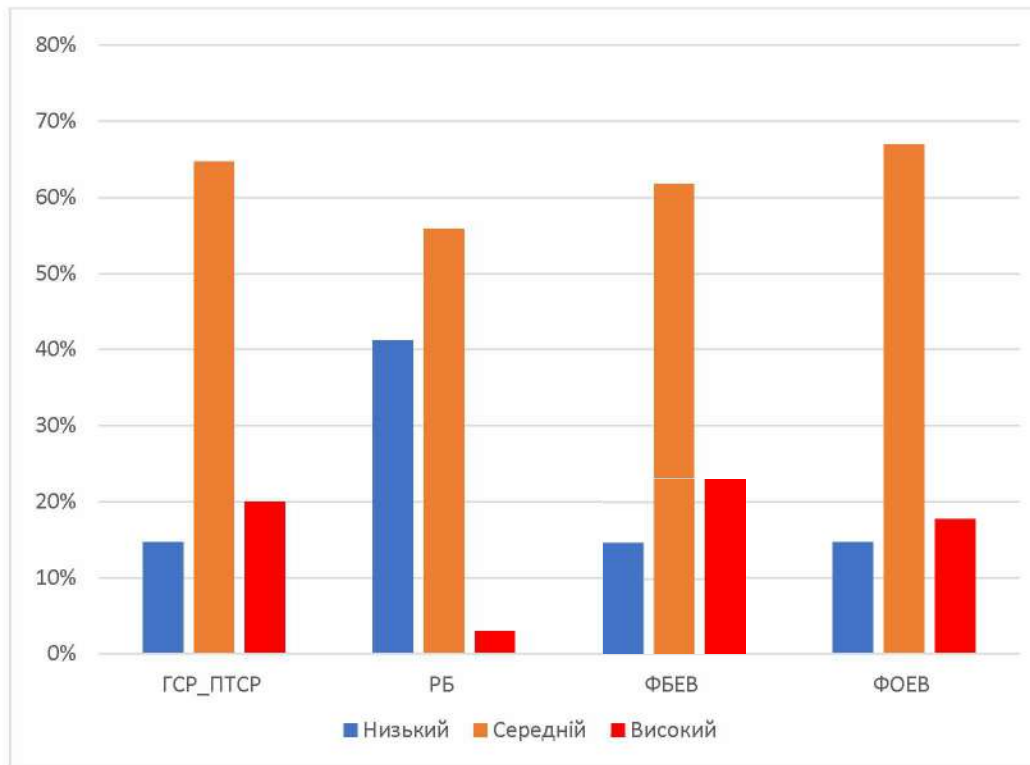


Рис. 2.2. Профіль бойового стресу у військовослужбовців за субшкалами, у %.

Домінуючим є середній рівень вираженості симптомів за всіма шкалами (56 –67%), що є типовим патерном для комбатантів. 65% респондентів мають помірні ознаки тривоги та напруження за субшкалою 1 (ГСП_ПТСР), які ще не оформилися у клінічний розлад, але вказують на можливість виникнення певних симптомів (тривога, дратівливість, емоційна напруга) та потребують профілактики.

Середні показники за субшкалами 3 (ФБЕВ) та 4 (ФОЕВ) свідчать про помірне емоційне навантаження. Це типово для військовослужбовців, які переживають стресові ситуації, але здатні зберігати контроль над своїми емоціями та волею, хоча і можуть відчувати емоційну напругу, втому або стрес.

Низькі показники за субшкалами 1, 3, 4 визначені у 15 % респондентів. В цьому випадку можна говорити, що такі військовослужбовці мають менший ризик виникнення ГСП та ПТСР, вони піддаються меншому емоційному впливу безпосередніх та опосередкованих стрес-факторів.

Проте низький рівень за субшкалою 2 вказує на низьку здатність військовослужбовця справлятися зі стресовими ситуаціями на рівнях когнітивних, емоційних та поведінкових реакцій.

Високий рівень показників за ГСР та ПТСР, ФБЕВ, ФОЕВ свідчать про значний рівень стресу, з яким військовослужбовець стикається в умовах бойової діяльності. Високі результати можуть вказувати на наявність серйозних емоційних та психологічних труднощів, таких як певні симптоми ГСР та ПТСР; реакції організму на фізичні та емоційні навантаження в умовах бою, що можуть включати підвищене серцебиття, підвищене потовиділення, напругу м'язів та інші фізіологічні прояви стресу; вплив стресових ситуацій на емоційну сферу, який може призводити до труднощів у функціонуванні на особистісному рівні, включаючи проблеми в міжособистісних стосунках або зниження працездатності.

Тривожним є той факт, що високий рівень ресурсності виявлено лише у 3% бійців. Низькі показники за цією шкалою (у поєднанні з низькими показниками за іншими шкалами у 15% вибірки) вказують на групу ризику, яка не має внутрішніх опор для подолання наслідків бойових дій. Тобто, лише невелика частина військовослужбовців має значний запас психоемоційних та когнітивних ресурсів, здатних допомогти ефективно справлятися зі стресовими ситуаціями. Ті, хто показують високі показники за цією субшкалою, ймовірно, мають кращу здатність до стійкості, адаптації та подолання негативних емоційних реакцій в умовах стресу, що може позитивно впливати на їхній психологічний стан та ефективність у бойових умовах.

Отже, результати показали, що більшість військовослужбовців перебувають на середньому рівні бойового стресу, що відповідає стадії опору в стресовій реакції організму. Це свідчить про здатність адаптуватися до підвищених вимог бойових умов, хоча з часом може виникати емоційна втома. Лише 6 % респондентів мають високий рівень стресу, що вказує на серйозні психологічні та фізіологічні проблеми, які потребують інтенсивного втручання. Більшість респондентів мають середні показники за субшкалами

ГСР, ПТСР, ФБЕВ та ФОЕВ, що свідчить про помірне емоційне навантаження, типове для осіб, які пережили бойові ситуації. Однак виявлені низькі показники у більшості респондентів вказують на потенційну вразливість до виснаження в умовах тривалого стресу [5].

2.3. Результати методики «Коротка шкала стійкості».

Наступною була використана методика «Коротка шкала стійкості», яка визначає рівень опірності психіки стресовим та травматичним ситуаціям.

Діагностика виявила дефіцит адаптаційних можливостей у досліджуваній групі. Лише 3% військовослужбовців демонструють високу стійкість. Значна частка вибірки (41%) має низький рівень опірності, що робить їх вразливими до повторної травматизації та ускладнює процес реабілітації (див. рис.2.3.).

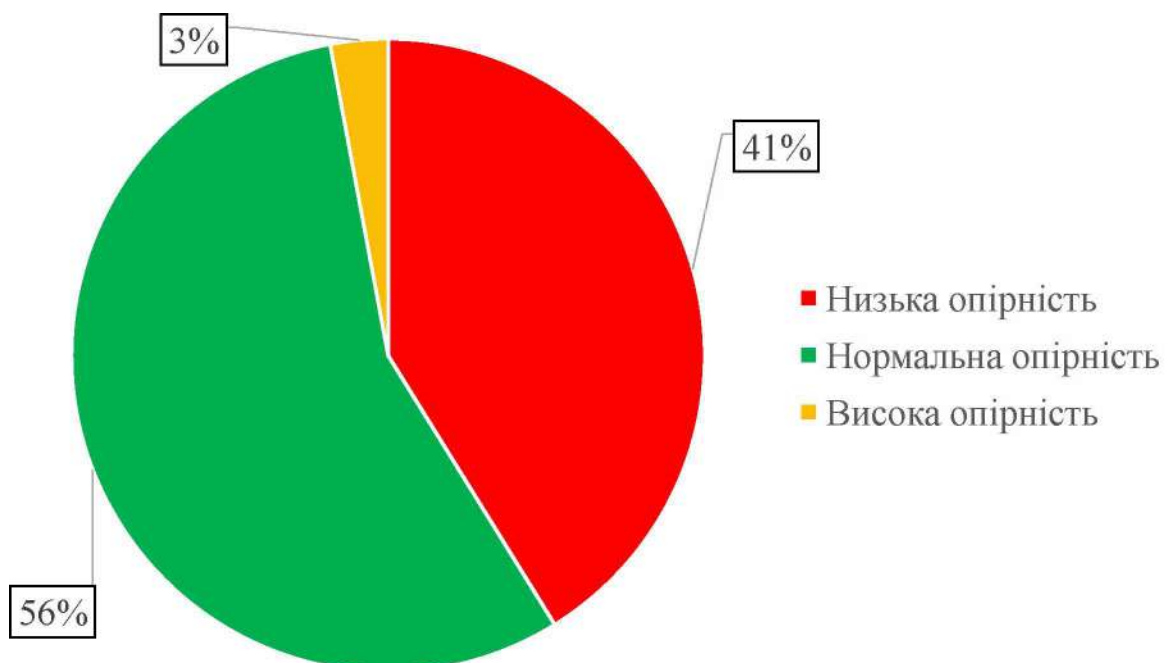


Рис. 2.3. Рівні психологічної стійкості, %.

56% військовослужбовців мають нормальний рівень стігкості та готові адаптуватися до стресових умов і психологічно витримувати негаразди військового життя [1].

2.4. Результати методики «Шкала оцінки впливу травматичної події» (IES-R).

Результати опитування за методикою IES-R вказують на значну поширеність травматичних реакцій: лише 15% респондентів піддаються низькому впливу травматичних подій та 38 % – помірному (див. рис.2.4.).

Низький рівень впливу травматичних подій може свідчити про здатність військовослужбовців ефективно справлятися з негативними ситуаціями або про наявність в них сильних механізмів психологічної адаптації.

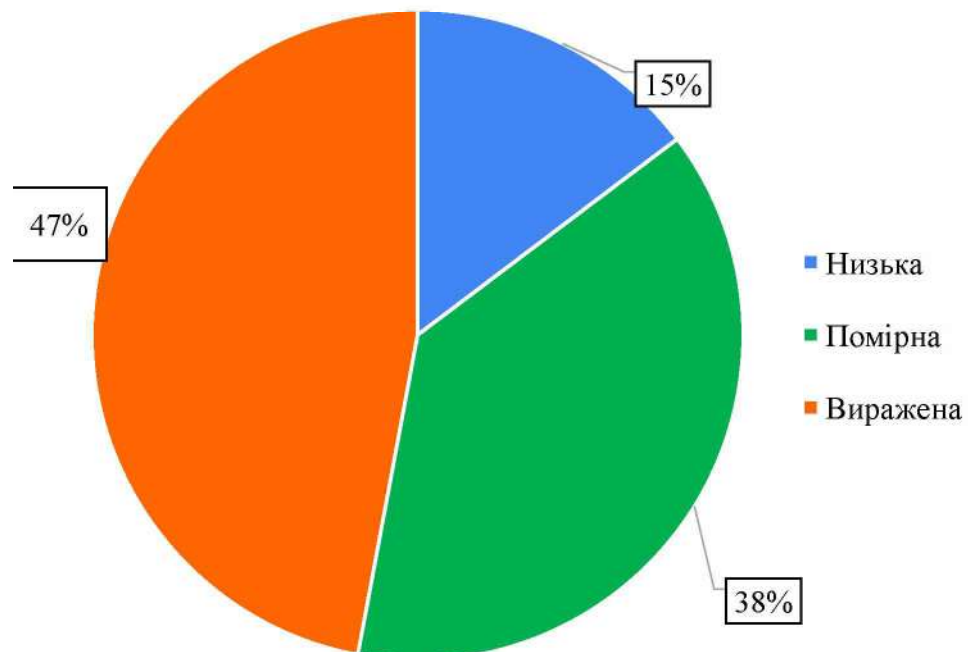


Рис. 2.4. Загальний індекс впливу травматичної події на військовослужбовців за «Шкалою оцінки впливу травматичної події», у %.

Майже половина респондентів (47%) піддається високому впливу травматичних подій, що є маркером високого ризику розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних розладів чи хронічного стресу. Також можливо, що респонденти, які зазнали сильних або багатократних травматичних подій, можуть мати значні труднощі з емоційною адаптацією, що потребує уваги з боку фахівців. Структурний аналіз симптомів (табл. 2.2, рис. 2.5) дозволив виявити домінуючі реакції.

Для більш детальної оцінки впливу травматичної події були розглянуті результати за кожною окремою субшкалою, наведені в табл. 2.2. та на рис. 2.5.

Таблиця 2.2.

Розподіл за симптомокомплексами IES-R.

Субшкали	Рівень	Бали	Кількість досліджуваних (у %)
Вторгнення	Низький	0–4	3%
	Середній	5–8	17%
	Підвищений	9–12	18%
	Високий	≥13	62%
Уникнення	Низький	0–4	6%
	Середній	5–8	12%
	Підвищений	9–12	15%
	Високий	≥13	68%
Збудливість	Низький	0–4	6%
	Середній	5–8	9%
	Підвищений	9–12	12%
	Високий	≥13	74%

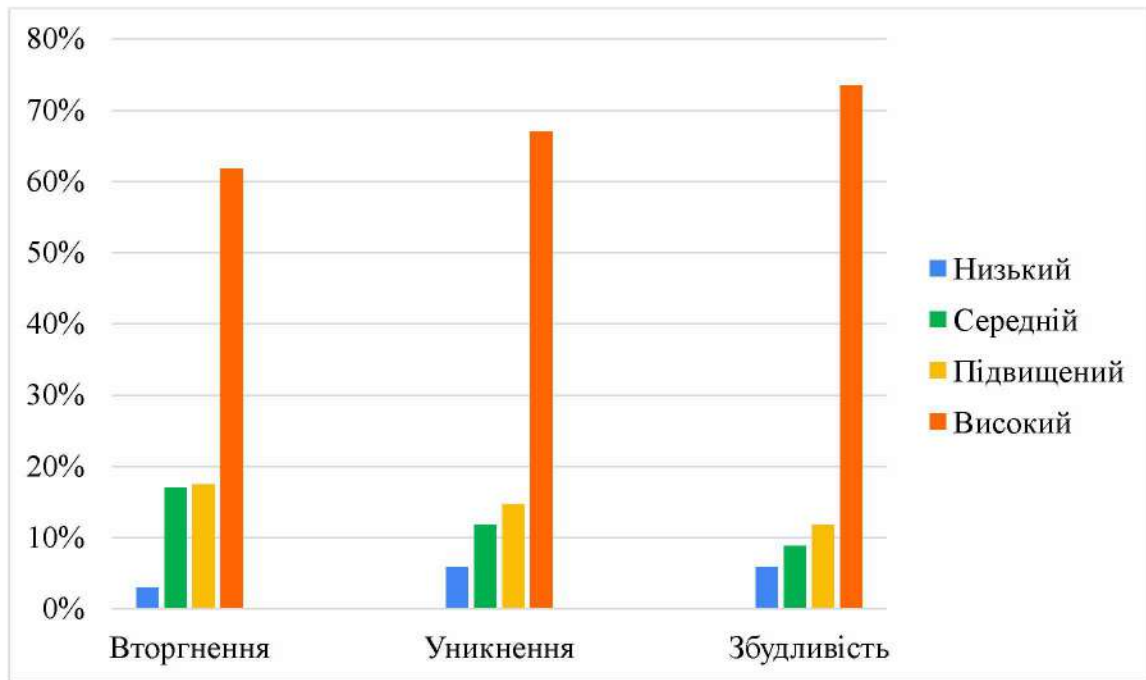


Рис. 2.5. Вираженість симптомів «Вторгнення», «Уникнення», «Збудливість» за рівнями.

Як ми бачимо, більшість військовослужбовців мають високі показники за такими реакціями, як вторгнення, уникнення та збудливість. Найбільш вираженим симптомом є гіперзбудливість (74% мають високий рівень). Це проявляється у фізіологічній настороженості, порушеннях сну та дратівливості («тіло продовжує воювати»). Також високими є показники уникнення (68%) та вторгнення (62%), що підтверджує наявність класичної тріади симптомів бойової травми у більшості обстежених. Високий рівень вторгнення може означати, що респонденти часто переживають повторні спогади про травматичні події або мають нав'язливі думки, пов'язані з ними. Реакція уникнення вказує на прагнення уникати ситуацій, які можуть нагадувати про травму, що може призводити до соціальної ізоляції чи уникнення важливих аспектів життя. Збудливість, що проявляється у вигляді тривожності, агресивності або підвищеної настороженості, є ще одним важливим показником того, як травматичний досвід впливає на емоційний стан військовослужбовців.

Лише невеликий відсоток досліджуваних виявляє низький рівень за цими реакціями, що може свідчити про наявність більш стійких або адаптованих до стресових ситуацій осіб, які здатні краще справлятися з психологічними наслідками травм. Однак це також може означати, що ці військовослужбовці мають меншу схильність до вираження своїх переживань або не звертаються за допомогою, що потребує подальшого дослідження для більш детального розуміння.

Для встановлення взаємозв'язків між змінними було застосовано кореляційний аналіз Спірмена, оскільки ми мали справу з порядковими даними або з такими, що не підкоряються нормальному розподілу. Цей метод дозволяє оцінити силу та напрямок монотонної залежності між змінними, навіть якщо зв'язок між ними не є лінійним [3].

Результати показали, що між показниками бойового стресу та рівнем опірності військовослужбовців кореляція відсутня.

Проте встановлено статистично значущі прямі зв'язки ($p \leq 0.01$) між рівнем бойового стресу та симптомами травми, які представлені в таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Матриця кореляцій: взаємозв'язок бойового стресу та симптомами травми у військових.

Реакції на травматичну подію	Бойовий стрес	ГСР_ПТСР (субшкала 1)	РБ (субшкала 2)	ФБЕВ (субшкала 3)	ФОЕВ (субшкала 4)
Вторгнення	,650**	,757**	,460**	,499**	,338
Уникнення	,579**	,643**	,390*	,488**	,270
Збудливість	,829**	,993**	,595**	,687**	,339*
Загальний показник впливу травматичної події	,744**	,863**	,526**	,593**	,312
Примітка: ** кореляція значуща на рівні 0,01					

Як ми бачимо в таблиці 2.3., бойовий стрес має позитивну кореляцію з реакціями «вторгнення» ($r=0,650$, при $p \leq 0,01$), «уникнення» ($r=0,579$, при $p \leq 0,01$), та «загальним показником впливу травматичної події» ($r=0,744$, при $p \leq 0,01$). Найбільш сильний позитивний зв'язок визначено з реакцією «збудливість» ($r=0,829$, при $p \leq 0,01$), що вказує на інтенсивну нервово-психологічну реакцію військовослужбовців у стресових умовах. Центральним елементом дослідження є збудливість.

Субшкала 1, яка вказує на ймовірність наявності ГСР або ПТСР, позитивно корелює з усіма реакціями на травматичну подію. Виявлено надзвичайно сильний зв'язок між схильністю до ГСР/ПТСР та гіперзбудливістю ($r=0,993$), а також «загальним показником впливу травматичної події» ($r=0,863$). Це підтверджує, що фізіологічне збудження є основним драйвером розвитку патологічних станів у даній вибірці. теж вказує на високу ймовірність виникнення ГСР або ПТСР.

Помірна пряма кореляція наявна між субшкалою 2 (РБ – ресурсний блок) та реакціями «вторгнення» ($r=0,460$, при $p \leq 0,01$), «уникнення» ($r=0,390$, при $p \leq 0,05$). Центральним елементом залишається «збудливість», яка формує парадокс ресурсності, так як виявлений сильний зв'язок між ресурсним блоком та збудливістю ($r=0,595$, при $p \leq 0,01$). Цікавим є виявлений позитивний зв'язок між ресурсним блоком та впливом травми ($r=0,526$ з загальним індексом IES-R). Це можна інтерпретувати як мобілізацію захисних сил організму у відповідь на зростання загрози: чим сильніша травма, тим активніше психіка намагається задіяти наявні ресурси для виживання.

Позитивний кореляційний зв'язок між субшкалою 3 (ФБЕВ) та всіма реакціями на травматичну подію, де також привалює «збудливість» ($r=0,687$) та «загальний показник впливу травми» ($r=0,593$), вказує на те, що військовослужбовці, які більш підвладні впливу стрес-факторів мають більш виражені реакції на травматичні події.

Субшкала 4 (ФОЕВ) має незначну позитивну кореляцію з усіма реакціями та демонструє, що опосередкований вплив стрес-факторів на самопочуття на загальному фоні не критичний.

Ключовим маркером у цій системі виступає «збудливість». Той факт, що ця реакція має найсильніші зв'язки з усіма іншими шкалами, дозволяє розглядати її як ядро травматичного патерну та індикатор загального напруження адаптаційних систем. З клінічної точки зору це означає, що терапевтичні інтервенції, спрямовані на регуляцію збудження (зниження гіперактивності мигдалеподібного тіла, техніки заземлення), можуть мати найбільший «ефект доміно», позитивно впливаючи як на зниження рівня бойового стресу, так і на відновлення ресурсного потенціалу військовослужбовця.

2.5. Аналіз джерел відновлення та спостереження.

На заключному етапі було проведене дослідження ресурсів, згідно авторської анкети. Результати опитування щодо джерел ресурсності свідчать про домінування соціальних факторів підтримки (табл. 2.4).

Спираючись на результати, можна стверджувати, що найбільш ресурсним для 35% військовослужбовців є спілкування з родиною або близькою людиною.

Другу позицію ділять активність на природі (прогулянки, спостереження, риболовля, садівництво, тощо) та фізичні навантаження (спорт або фізична праця) – по 24 %.

Найменш ресурсними для даної вибірки виявились хобі (6%), дихання, медитація (3 %) та віртуальні ігри, які не вибрав жоден з респондентів.

Також був запропонований ще один варіант ресурсу – усамітнення, який респондент визначив, як «інше».

На підставі даних експрес-опитування можна визначити загальні критерії ресурсності.

Таблиця 2.4.

Рейтинг ресурсних каналів.

№	Ресурс	Кількість респондентів (у %)
1	Спілкування з родиною або близькою людиною	35%
2	Спілкування або догляд за тваринами	12%
3	Відпочинок на природі (прогулянки, спостереження, риболовля, садівництво, тощо)	24%
4	Фізичне навантаження (спорт або фізична праця)	24%
5	Дихання, медитація	3%
6	Мистецтво	9%
7	Хобі	6%
8	Віртуальні ігри	0%
9	Алкоголь або психотропні речовини	15%
10	Активний відпочинок у новому місті	12%
11	Інше: Усамітнення	3%

Отже, традиційні для цивільної практики методи саморегуляції (медитація, дихальні вправи) обрали лише 3%, що свідчить не про їхню неефективність, а про відсутність культури їх використання та відповідних навичок у особового складу («прогалина у психоедукації»). Ця категорія досліджуваних більш орієнтована на силові практики.

При проведенні дослідження вдалося бути присутніми на сеансах арт-терапії з пацієнтами неврологічного відділення. Результати якісного спостереження під час арт-терапевтичних сесій стали важливим доповненням до кількісних даних опитування.

Під час проведення дослідження ми спостерігали, як дорослі чоловіки змінювали суворе та знівечене обличчя на дитячу зацікавленість від дотику до сучасного пластиліну. Дехто з військовослужбовців робив змістовні та яскраві поробки, а дехто просто ретельно розмазував чорний шмат пластиліну по білому аркушу паперу або розминав його у руках протягом заняття, насолоджуючись його пластичністю. Незважаючи на початковий скепсис та вербальний супротив («це дитячі забавки»), залучення до роботи з пластичними матеріалами викликало помітну емоційну трансформацію. Спостерігалася регресія до більш спонтанних, «дитячих» станів: зміна міміки з напруженої на зацікавлену, отримання тактильного задоволення від матеріалу, неочікуваний сюжет поробки. Характерним був вибір кольорів (полярність між яскравими та суто чорними тонами) та дій (від створення складних образів до простого розминання/розмазування пластиліну).

Майже те саме спостерігалось і під час процесу малювання: сучасні матеріали та яскравість кольорів, можливість їх змішувати та освоювати різні механізми нанесення фарби теж мали не аби-який трансформаційний ефект.

Респонденти, у яких сама ідея проведення таких занять викликала супротив, із задоволенням досліджували запропоновані матеріали та відтворювали свої емоції, опрацьовували патерни, почуття, страхи і спогади за допомогою сучасних прикладних матеріалів.

Тому проявлення творчості має велике значення для психологічної стабілізації та відновлення військовослужбовців. Іноді вона має бути керованою для досягнення конкретних результатів. Будь-який досвід неможливо отримати без дії. Тому робота арт-терапевта була досить цікавою, ефективною та вчасною. Це підтверджує, що невербальні методи дозволяють безпечно «утилізувати» емоції, які військовослужбовці не готові висловлювати вербально [2, 6].

При обговоренні питання ресурсності з військовослужбовцями ЗСУ, вони висловлювали думку, що «потреба у ресурсі залежить від конкретного моменту та стану, зазвичай, має комплексний характер», наприклад: активний

відпочинок з друзями на природі; подорож з родиною в інше місто, гра з друзями у футбол та ін.

Висновки до розділу 2.

У цьому розділі магістерської роботи ми визначились з методологією емпіричного дослідження психологічного стану військовослужбовців в умовах війни, обрали місце проведення досліджень (що забезпечило наявність реального досвіду респондентів та репрезентативність даних), провели емпіричне дослідження психологічного стану військовослужбовців за допомогою наступних методик: бесіда; спостереження; «Опитувальник бойового стресу Блінова О.А.» (ОБСБ); «Коротка шкала стійкості»; «Шкала оцінки впливу травматичних подій» (IES-R), експрес-тесту джерел ресурсності військовослужбовців, що забезпечило валідність результатів.

Дослідження виявило значну специфіку роботи з військовослужбовцями системи МВС та Нацгвардії, а саме низький рівень довіри до цифрових інструментів: через професійну деформацію та питання безпеки особовий склад з пересторогою ставиться до онлайн-опитувань та збору персональних даних (до 20% погодилися на участь).

В умовах стаціонару та психологічного напруження не вдалося провести ефективну психологічну діагностику, а вдалося застосувати лише короткі експрес-методики (наприклад, IES-R, шкала стійкості), тоді як довгі та змістовні опитувальники (на кшталт «Адаптивність-200» чи Міні-мульти) викликають супротив або втому.

Опрацювавши результати емпіричного дослідження за допомогою методу математичної статистики [3], ми отримали дані про рівень травматизації військовослужбовців.

Аналізуючи загальний рівень бойового стресу та адаптації військовослужбовців можна стверджувати, що абсолютна більшість респондентів (76%) перебуває на стадії резистентності (опору). Це означає, що

їхній організм та психіка мобілізовані й функціонують в умовах підвищених вимог за рахунок витрачання адаптаційних ресурсів.

Хоча бійці справляються з навантаженнями, тривале перебування в цій фазі без відновлення веде до переходу в стадію виснаження (на якій вже перебувають 6% опитаних).

Лише 3% військовослужбовців мають високий рівень ресурсного блоку, що свідчить про загальну вразливість вибірки перед тривалим стресом.

Вплив травматичних подій на психіку військовослужбовців (за методикою IES-R) є значним (47% мають високий рівень впливу травми).

У структурі травматичних реакцій домінують:

- збудливість (74%) – найпоширеніший симптом, що проявляється у тривожності, агресивності та постійній настороженості;
- уникнення (68%) – прагнення уникати спогадів чи ситуацій, що нагадують про травму;
- вторгнення (62%) – нав'язливі спогади про події.

Діагностика показала тривожну тенденцію щодо опірності психіки: високу стійкість мають лише 3% респондентів.

Значна частка (41%) демонструє низький рівень стійкості, що вказує на суттєві труднощі з адаптацією та високий ризик дезадаптації при подальшому перебуванні в стресових умовах.

Кореляційні зв'язки.

Аналіз за Спірменом виявив важливі закономірності:

- рівень бойового стресу не корелює прямо з показниками стійкості за короткою шкалою.

Виявлено тісний зв'язок з травматичними симптомами – сильна позитивна кореляція між бойовим стресом та симптомами ПТСР (особливо збудливістю).

Спостерігається парадокс ресурсів: зв'язок між силою впливу травми та мобілізацією ресурсів (ресурсний блок корелює із збудливістю). Це може

свідчити про те, що організм активує захисні механізми пропорційно до сили травматичного впливу.

Для даної категорії військовослужбовців найбільш ефективними джерелами відновлення (ресурсу) є соціальна підтримка: спілкування з родиною та близькими людьми (35%) – головний стабілізуючий фактор. Відпочинок на природі та фізичні навантаження (по 24%) займають друге місце. Традиційні для цивільної психотерапії методи, такі як медитація/дихальні вправи (3%) або хобі (6%), у цій вибірці виявилися малозначущими (неефективними методами). Віртуальні ігри як спосіб розрядки не обрав жоден респондент.

За результатами емпіричного дослідження досліджувана група військовослужбовців перебуває у стані напруженої адаптації (фаза резистентності) з домінуванням симптомів гіперзбудливості. Попри збережену працездатність, існує високий ризик переходу у фазу виснаження через низькі показники базової психологічної стійкості.

РОЗДІЛ 3.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ З ВИКОРИСТАННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ СТАБІЛІЗАЦІЇ ДЛЯ КОРЕКЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТАНУ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПІСЛЯ ОТРИМАНОЇ ТРАВМИ

3.1. Аналітичний розгляд результатів кореляційного аналізу.

Розглянувши опис сучасної методології профілактики та лікування психологічної травми у світовій науковій літературі, опрацювавши результати кореляційного аналізу емпіричних даних, отриманих за результатами нашого емпіричного дослідження та зробивши висновки щодо психологічного стану військовослужбовців (переважно системи МВС та Нацгвардії) під час війни, ми можемо констатувати специфіку вибірки та інструментарію саме для військовослужбовців системи МВС та Нацгвардії України.

Найважливішою методологічною особливістю дослідження є складність роботи з обраним контингентом за рахунок фактору недовіри та відчуття настороженості стосовно запропонованих методик. У дослідженні ми зіткнулися з «професійними патернами» військовослужбовців системи МВС. Не більше 20% респондентів погодились на участь в опитуванні, мотивуючи це небезпекою витоку персональних даних через Google-сервіси. Це свідчить про те, що класичні методи онлайн-опитувань, які ефективні для цивільного населення, можуть бути провальними для спецконтингенту без попереднього встановлення довірливого контакту (рапорту).

Для забезпечення можливості проведення емпіричного дослідження з метою ефективного та своєчасного опрацювання обраної теми необхідно було адаптувати інструментарій до прийняттого для респондентів формату. Проявивши гнучкість до вибору методів дослідження, ми відмовились від глибоких та ємних, але виснажливих методик (таких як «Адаптивність-200» чи «Міні-мульт») на користь експрес-діагностики (IES-R, шкала Блінова) [1].

Це виявилось критично важливим в умовах стаціонару, де респонденти відновлюються та не мають мотивації до надмірної рефлексії.

Хоча на сьогоднішній день існують новітні технології щодо проведення опитування, на кшталт платформи «Призма» для моніторингу психологічного стану військовослужбовців [31], поточне дослідження довелося проводити у форматі індивідуальної онлайн-взаємодії: через месенджери та бесіди, що підкреслює розрив між глобальними теоретичними розробками та об'єктивною реальністю.

Ключовим результатом нашого дослідження є виявлення такого психологічного феномену, як «фаза опору». Це підтверджує той факт, що 76% респондентів перебувають на стадії резистентності за Гансом Сельє.

Військові не зламані (фаза виснаження лише у 6%), але вони працюють на межі своїх адаптаційних можливостей. Це стан «функціональної напруги». Він є небезпечним, оскільки створює ілюзію норми, але без ротації чи відновлення ресурсів неминуче призведе до психічного та психологічного зриву.

Необхідно також відзначити неналежне формування психологічної стійкості на стадії професійної підготовки. Парадокс полягає в тому, що при високій мобілізації організму (фаза опору), 41% респондентів показали низький рівень психологічної стійкості. Це означає, що вони тримаються за рахунок фізіологічної мобілізації та адреналіну, а не за рахунок глибоких психологічних ресурсів.

Розгляд симптоматики травми демонструє нам домінування збудливості.

Аналіз результатів за шкалою IES-R (Шкала оцінки впливу травматичної події) показує тривожну картину:

- гіперзбудливість (74%) – це найвищий показник серед усіх симптомів. Це свідчить про те, що нервова система бійців постійно перебуває в режимі «бий або біжи». У мирному житті або в шпиталі це проявляється як агресія, безсоння та постійна настороженість.

- уникнення (68%) – високий рівень уникнення блокує опрацювання травми, оскільки військові намагаються «закритися» від спогадів, що ускладнює психотерапію.

- вторгнення (62%) – нав'язливі спогади (флешбеки) є менш вираженими, ніж збудливість, але все ще присутні у більшості респондентів.

У дослідженні виявлено цікавий статистичний зв'язок (кореляційний парадокс ресурсів): існує позитивна кореляція між рівнем травматизації та ресурсним блоком (особливо зв'язок зі збудливістю $r=0,595$).

З аналітичної точки зору це може свідчити про компенсаторний механізм психіки респондентів. Чим сильніший стрес і травма, тим інтенсивніше психіка намагається «викачати» всі доступні ресурси для виживання. Високий рівень збудливості у цьому контексті є не просто симптомом хвороби, а механізмом, що забезпечує швидку реакцію, яка необхідна для виживання в бою, але яка стає дезадаптивною поза ним.

Аналізуючи шкалу ресурсів відновлення, ми відмітили невідповідність вибору нашого контингенту загально-прийнятим психологічним методикам.

Практична цінність дослідження полягає у визначенні реальних ефективних джерел відновлення для даної групи українських військових: найсильніше вони потребують моральної та соціальної підтримки. Підтримка сім'ї, партнерів, друзів, побратимів виявилась найважливішою для 35% респондентів. На сьогоднішній день вона залишається їх головною опорою.

Тілесно-орієнтовані та заземлюючі практики обрали пропорційно по 24% респондентів: їх внутрішні ресурси найкраще відновлюються завдяки спостереженню за природними явищами та за допомогою фізичних навантажень.

Неефективними у цієї категорії опитувальних виявились такі методи, як медитація та дихання (їх обрали лише 3%). Віртуальні ігри не обрав жоден борець. Ці методи, популярні при інших обставинах (наприклад: при фізичній травмі у ампутантів), у західній психології або серед цивільного населення, та виявились неприйнятними для досліджуваної групи.

Паралельно були виявлені деструктивні чинники, проявлені у поведінці нашого контингенту: алкоголь як засіб зняття стресу обрали 15% респондентів, що є тривожним сигналом щодо ризику адиктивної поведінки.

На підставі аналітичного розгляду приведених вище результатів кореляційного аналізу методик, використаних у нашій роботі, можна зробити висновки, що українські військовослужбовці (зокрема у системі МВС) перебувають у стані «крихкої стабільності». Вони ефективно опираються стресу (фаза резистентності), але мають виснажені запаси психологічної стійкості та високий рівень фізіологічної збудливості.

Аналітичний огляд результатів довів, що методи стабілізації нашої категорії військовослужбовців мають будуватися не на загально-прийнятих методах (медитація, тести), а на:

- психоедукації особового складу на стадії базової військової підготовки: формуванні стійкості та адаптивності до стрес-факторів;
- своєчасній ротації;
- психоедукації сімей та близького оточенням (як основного ресурсу та базового джерела підтримки);
- фізичній рекреації та активності на природі;
- високій компетентності командного складу та психологічної служби для подолання недовіри через особистий контакт, своєчасного виявлення проблем та швидкого реагування на їх вирішення.

Варто відзначити, що таке відношення до перевірених та ефективних методів саморегуляції, як дихання та медитація, склалося саме через неналежну психологічно підготовку військовослужбовців. Вони можуть не користуватися цими методами не через їх неефективність, а через нерозуміння їх ефективності. Нестача якісних знань у цій галузі, поєднана з відсутністю практичних умінь використання, призвела до такого результату. Якщо техніки дихання та медитації включати до програми профпідготовки як інструмент концентрації перед виконанням завдання та пояснювати їх психофізіологічний

механізм дії на рівні біологічних процесів організму людини, бійці будуть розуміти їх практичну цінність.

Своєчасне опанування психологічних інструментів саморегуляції та самопомоги, вміння контролювати свої емоції, навички коректного спілкування у критичних ситуаціях, методи психологічного впливу на противника, знання та розуміння доступних методів відновлення ресурсності та травмованої психіки допоможе нашим військовослужбовцям ефективно захищати свою країну, швидше відновлюватися після отриманої психологічної травми або просто не допускати її. Також, вони зможуть значно швидше відновити своє фізичне тіло, у разі такої необхідності.

У підручнику з психологічної допомоги під редакцією В. Осьодла наведена схема розвитку наслідків психологічної травми (Рис. 3.1), яка досить очевидно демонструє траєкторій розвитку можливих наслідків травми. Автори зазначають: «Когнітивна перебудова, що відбувається в процесі боротьби з наслідками психологічної травми, дозволяє людині виробити когнітивні схеми, які не виключають можливість травм в майбутньому, і в силу набутого досвіду, стати більш стійкими до «психотравмуючого руйнування» [40].

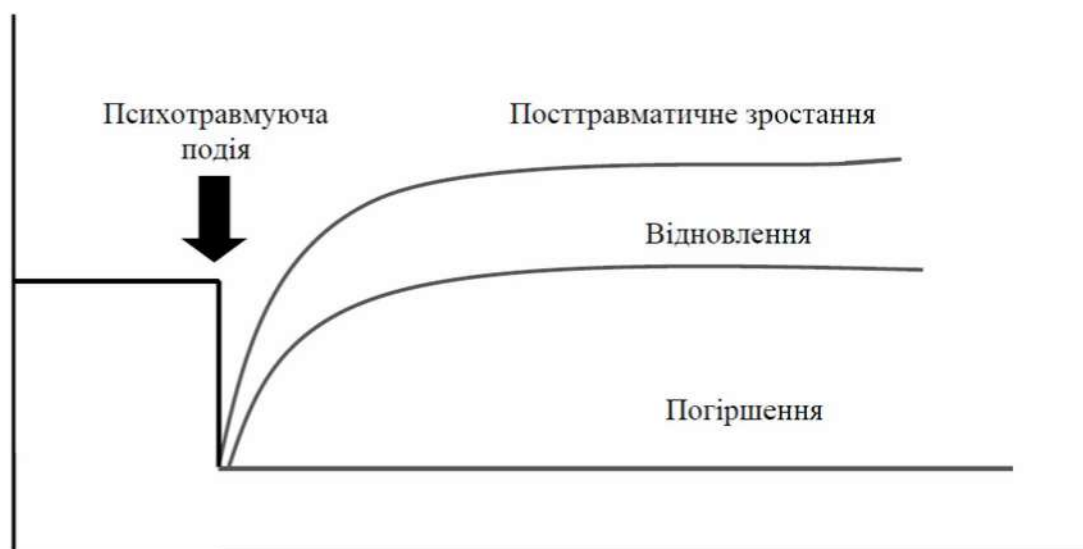


Рис. 3.1. Траєкторій розвитку наслідків переживання психологічної травми.

3.2. Рекомендації з використання психологічних механізмів стабілізації для корекції психологічного стану військовослужбовців після отриманої травми.

На основі аналізу та синтезу сучасних теоретичних та практичних наукових підходів до лікування психологічної травми (міжнародних протоколів), проведеного емпіричного дослідження та аналізу отриманих результатів (високий рівень збудливості, недовіра до цифрових інструментів, неефективність стандартних методів релаксації), нами розроблено узагальнені комплексні рекомендації використання психологічних механізмів стабілізації для корекції психологічного стану військовослужбовців після отриманої травми.

Вони спрямовані на стабілізацію та психокорекцію військових, які перебувають переважно у стадії резистентності.

Враховуючи, що у цій фазі з високим ризиком виснаження перебувають 94% досліджуваних, а домінуючим симптомом є гіперзбудливість (74%), стратегія стабілізації має базуватися не на «заспокоєнні», а на звільненні від напруги та відновленні безпеки.

Наша модель базується на біопсихосоціальному підході та реалізується поетапно: від відновлення фізіології до когнітивної переробки сенсів.

Нижче наведено рекомендації, структуровані за етапами роботи.

Етап 1. Організаційно-діагностичний – побудова «простору довіри та базової безпеки». Його мета: зниження ситуативної тривоги та подолання бар'єру недовіри.

Науково доведено, що без відчуття безпеки (нейроцепції безпеки) стабілізаційні техніки не працюють. Для специфічного контингенту, який має високий рівень недовіри до цифрових інструментів та виснаження адаптаційних ресурсів, першочерговим завданням є створення «безпечного середовища (Space Creation): забезпечення приватного простору для спілкування; задоволення базових потреб (сон, їжа, тиша) перед початком

терапії. Без них психіка бійця, який перебуває у фазі «опору» та недовіри, заблокує будь-яке втручання.

- На цьому етапі доцільно використовувати, як інструмент, протокол «Психологічна перша допомога» (PFA / ПНД). Це не терапевтичний метод підтримки, спрямований на задоволення базових потреб та зниження гострого стресу, але його модель «Дивитися-Слухати-З'єднувати» досить доцільна на першому етапі діагностики. Ніякого тиску на спогади та заборона говорити про деталі події [23, 24].

При цьому рекомендується заборонити використання примусового групового дебрифінгу (CISD) у гострій фазі. Це може призвести до ретравматизації [53].

- Використання для діагностики формату структурованої клінічної бесіди. Перед будь-якою діагностикою чи корекцією є обов'язковим етап «живої» бесіди для встановлення психологічного контакту (рапорту). Пояснювати мету втручання як «покращення сну» та «відновлення боездатності» або «перезавантаження», уникаючи стигматизуючих термінів «лікування психіки». Враховуючи, що 41% респондентів мають низьку стійкість, первинна інтервенція має бути короткостроковою та максимально директивною (кризове консультування) [45].

- Метод «Аналогової взаємодії» (Non-Digital Approach).

Впровадження протоколу «Аналогової взаємодії» у підході до діагностики полягає у свідомій відмові від цифрового тиску онлайн-опитувальників (Google Forms, платформи) на першому етапі знайомства та діагностики, оскільки сам факт збору інформації про пристрій викликає тривогу. Використання паперових бланків сприймається як контрольований і безпечніший інструмент. Після обробки при клієнті можна знищити бланк (або знеособити його), якщо це знизить тривогу [40, 45].

- Використання коротких валідизованих експрес-методик (Screening) тривалістю до 10-15 хвилин на початковому етапі діагностики

замість довгих опитувальників, так як респонденти у стані резистентності виснажуються від тривалої концентрації уваги, що викликає опір і спотворює результати.

Критично важливо змінити протокол взаємодії – діагностика має бути щадною, тому цей етап є фундаментальним. Телефон психолога під час будь-якої сесії має бути вимкнений та прибраний.

Для досягнення майбутнього якісного результату дуже доцільно співпрацювати з лікарями у комплексному медико-психологічному підході до стабілізації та відновлення військовослужбовців. Лише вони можуть призначати фармакотерапію, яка застосовується для медикаментозної корекції нейрхімічного дисбалансу мозку. Травма змінює біохімію, і без медикаментозного відновлення сну психотерапія може бути малоефективною через виснаження когнітивних ресурсів. «У стійких випадках поєднання психотерапії та фармакотерапії часто є корисним. Проте, психотерапія залишається лікуванням вибору» [45].

Тому дуже важливо, згідно протоколу МОЗ, своєчасно залучати лікарів (психіатра/невролога) для огляду військових. Медикаменти, при потребі, призначають обережно, починаючи з малих доз:

- антидепресанти (СІЗЗС): основна група препаратів для тривалого лікування;
- бензодіазепіни: суворо обмежено, лише на початку терапії для сну/зняття тривоги;
- бета-блокатори: для зняття фізичних симптомів стресу.

Важливо моніторити ризик вживання алкоголю пацієнтами .

Етап 2. Фізіологічна стабілізація: робота з тілом та збудливістю.

Мета: нормалізація біохімічних процесів та гормональних коливань.

Модель базується на принципах демілітаризованої адаптації — перекладі психологічних технік на мову тактичних навичок.

Оскільки 74% військових мають високий рівень збудливості (фізіологічний гіпертонус) та високу кореляцію між «збудливістю» та

«ресурсним блоком», програма стабілізації повинна спрямовувати надлишкову енергію у конструктивне русло, а не намагатися її просто «загасити». Пасивні методи релаксації (медитація, дихання лежачи) на ранньому етапі психологічної реабілітації можуть навіть посилювати тривогу, методи стабілізації мають бути активними.

- Активна м'язова регуляція (метод «Розрядки через дію» (Somatic Discharge): фізичне навантаження (біологічний рівень).

У фазі опору в крові циркулює величезна кількість кортизолу та адреналіну, підготовлених для реакції «Бий або біжи». Якщо боєць лежить на ліжку, ці гормони «б'ють» по внутрішніх органах і посилюють тривогу. Тому, замість релаксації, доцільно пропонувати техніки «скидання», пов'язані з дозованим фізичним навантаженням (спорт, фізична праця, інтенсивна ходьба, прогулянки), які 24% респондентів визначили як ресурс (за відсутністю протипоказань). Це дозволяє завершити стресовий цикл на фізіологічному рівні і природним шляхом знизити рівень збудливості через утилізацію гормонів стресу з подальшим переходом до дихальних вправ. Тіло отримує сигнал: «Я втік/переміг, загроза минула».

Оскільки 76% бійців перебувають у фазі резистентності (опору), критично важливо навчити їх дозувати навантаження, щоб запобігти переходу у фазу виснаження (в якій вже перебуває 6%).

- Тілесно-орієнтована терапія: застосовувати техніки заземлення (Grounding) [41], які називають «Вікном толерантності», бо вони забезпечують повернення бійця зі стану гіперзбудження (гнів, паніка) в зону оптимального функціонування, допомагають у нормалізації сну, повертають відчуття контролю над тілом. Тілесне заземлення – відчуття опору стоп об підлогу, спертися спиною об стіну («стіна мене тримає»), проведення групових занять, де фізичне навантаження поєднується з елементами тілесно-орієнтованої терапії (вправ на баланс та координацію, включаючи елементи VR-реабілітації при наявності обладнання) для відновлення зв'язку «мозок-тіло». Використання апаратних методів біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ)

на цьому етапі, які наочно демонструють бійцю його стан, підвищує довіру до психолога.

Важливою умовою є рефреймінг психологічних технік у терміни, прийнятні для військової культури. Наприклад, замість «медитація» використовувати термін «тактична регуляція» або «ментальне тренування».

Навчати простим технікам дихання, використовуючи поняття «тактичне дихання» (Box Breathing): оскільки респонденти відкинули «дихання та медитацію» як ресурс (лише 3%), ймовірно, через відсутність навички або упередження, рекомендується навчати цій техніці як елементу професійної підготовки снайперів/спецпризначенців для покращення концентрації.

Практикувати засвоєння методу «5-4-3-2-1» (Рис. 3.2.) для перемикавання нервової системи з режиму «бий/біжи» (симпатична) на «відпочинок» (парасимпатична), що може також допомогти у боротьбі з тривогою та панічними атаками.



Рис. 3.2. Метод «5-4-3-2-1»

Прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном (адаптована) дозволяє бійцям відчуті різницю між напругою (стан бойової готовності) та розслабленням. Це відповідає потребі у фізичному контролі .

- Екотерапія (Nature-Based Therapy) та сенсорне розвантаження: усвідомлений контакт з природою.

Включати у програму реабілітації, як частину терапевтичного процесу, перебування на свіжому повітрі (прогулянки лісом або парком), так як 24% військових назвали це дієвим ресурсом. Це відповідає науковій концепції біофілії, згідно з якою перебування в природному середовищі автоматично активує парасимпатичну нервову систему та сприяє зниженню рівня кортизолу. Респонденти інтуїтивно обирають його самі .

Етап 3. Психосоціальна підтримка (Соціальний рівень).

Мета: Відновлення системи прихильності та подолання ізоляції.

- Рекомендується впровадження протоколу «Сімейна психоедукація»: залучення членів родини, друзів, партнерів. Згідно з результатами емпіричного дослідження, 35% військовослужбовців визначили спілкування з родиною та близькими людьми як головний ресурс. Однак, симптом «уникнення» (68%) та «збудливість» (74%) часто руйнують ці стосунки. Тому робота виключно з військовим є недостатньою. Доцільне створення буклетів та психоедукація сім'ї: навчання близьких навичкам «співрегуляції», проведення коротких семінарів для дружин/батьків на тему «Чому він мовчить або кричить?», як реагувати на спалахи гніву чи замкнутість, щоб не провокувати конфлікти, адже часто родичі не знають, як коректно поводитись з військовими. Пояснення нейробіології травми (зміни в роботі мигдалеподібного тіла), щоб зняти провину з родини за поведінку військового.

- Принцип «Рівний-рівному» (Peer Support): групи взаємопідтримки з побратимами для подолання відчуття відчуженості та нормалізації реакцій. Простір, де можна легалізувати свої реакції («зі мною все ок, це нормальна реакція на війну») [69].

- Відновлення довіри через невербальні канали.

1). Анімалотерапія (Animal-Assisted Therapy): використання взаємодії з тваринами для бійців із високим рівнем недовіри до людей.

Каністерапія (собаки) – для зняття напруги, тактильного контакту, відновлення відчуття безпеки.

Іпотерапія (коні): для відновлення лідерських якостей, впевненості у собі, фізичної реабілітації (баланс).

Контакт з тваринами забезпечує безумовне прийняття, стимулює вироблення окситоцину (гормону прив'язаності) та знижує кортизол, минаючи когнітивні бар'єри недовіри [19].

2). Арт-терапія може використовуватись для зниження когнітивного опору та вербалізації своїх почуттів, емоцій і тригерів, трансформування травматичного досвіду через творчість. Метафоричне переформатування травми у мистецтво допоможе повернути спокій та психологічну стабільність, відновити рівновагу [2].

Емпіричне спостереження (Розділ 2) підтвердило ефективність роботи з пластиліном/глиною навіть у скептично налаштованих чоловіків. Рекомендовано адаптовану арт-терапію (роботу з матеріалами опору): використовувати матеріали, які вимагають тактильності та фізичних зусиль (глина, пластилін, робота з фарбою, деревом або металом), та здатні трансформуватися. Це дозволяє утилізувати реакцію «бий або біжи» (агресію/збудження) та перенаправити свідомість у творчий процес.

Можна використати техніку «Ліплення стану». Завдання: зобразити свій стрес у вигляді фігури, а потім трансформувати її (зламати, переліпити), що дає відчуття контролю над ситуацією (відновлення суб'єктності) [6].

3). VR-терапія (VRET): використання віртуальної реальності для занурення в середовище, що нагадує бойове, але є безпечним; контрольоване зіткнення зі спогадами про травму в безпечних умовах для зниження реакції уникнення (наявна у 68% респондентів).

Дозволяє відстежувати рівень стресу (додати звук гвинтокрила, приборати вибухи), поступово привчаючи нервову систему бійця не реагувати панікою. Також ефективно працює з фантомними болями (метод «віртуального дзеркала») [58, 62].

Рекомендовано використовувати як допоміжний метод для контрольованої експозиції та лікування фантомних болів (при ампутаціях) [9].

- Підготовка фасилітаторів: відбір та навчання лідерів серед самих військовослужбовців (сержантський склад), які мають авторитет і можуть транслювати ідею про те, що звернення до психолога – це ознака сили та професіоналізму, а не слабкості.

Етап 4. Специфічна переробка травми (глибинний психологічний рівень).

Мета: інтеграція травматичного досвіду та зниження впливу тригерів.

Цей етап починається тільки після стабілізації (нормалізації сну, зниження гострої агресії, налагодження взаємодії) та передбачає диференційований вибір терапії. Основні доказові методи глибинного впливу – КПТ та EMDR.

ТФ-КПТ (Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія) рекомендована для роботи з «вторгненням». Високий рівень реакції «Вторгнення» (62%) вимагає когнітивного опрацювання нав'язливих спогадів. Працює з когнітивними установками тих, у кого переважають дезадаптивні думки («Я винен», «Це моя помилка»), моральна травма (провина, сором, гнів) та уникнення [10].

Когнітивна стабілізація: психоедукація для військовослужбовця, зміна «когнітивних пасток» та навчання навичкам керування стресом (Stress Inoculation Training).

Пояснювати військовим механізм «фази опору». Вони мають розуміти, що їхня дратівливість, поганий сон та нав'язливі думки – це нормальна реакція організму на ненормальні обставини, до яких він намагається адаптуватися, а не ознака «божевілля». Формувати поступове, контрольоване наближення до

тригерів (наприклад, звуків, схожих на вибухи, або замкнутого простору), щоб мозок перестав їх боятися. Розуміння механізмів стресу знижує тривогу. Рекомендується використання технік експозиції *in vivo* (в уяві) дозованими порціями; техніки «контейнерування»: навчання бійця методиці тимчасового відкладання важких думок у віртуальний «сейф» до моменту, коли він буде готовий з ними працювати з фахівцем [16, 40].

Зниження вторинного стресу («я боюся того, що зі мною відбувається») допомагає зберегти адаптаційні ресурси.

- EMDR (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing – десенсибілізація та переробка рухом очей): для тих, у кого переважають інтрузії (картинки, запахи, флешбеки — 62%) і кому важко вербалізувати (говорити про...) травму. Працює на нейрофізіологічному рівні для зниження емоційного заряду спогадів через білатеральну стимуляцію мозку – людина згадує травму і одночасно слідкує очима за рухом руки терапевта (вліво-вправо). Це навантажує робочу пам'ять мозку і запускає механізм переробки інформації, аналогічний тому, що відбувається у фазі швидкого сну (REM). Як результат – спогад залишається, але зникає емоційний біль і фізіологічна реакція (серцебиття, піт) при згадці [42, 46, 48].

Профілактика ризиків та адиктивної поведінки: Оскільки 15% респондентів використовують алкоголь або психотропні речовини як ресурс, необхідно проводити роз'яснювальну роботу щодо депресивного впливу алкоголю на нервову систему у довгостроковій перспективі та пропонувати альтернативні джерела дофаміну (спорт, соціальна взаємодія).

Етап 5. Посттравматичне зростання та реінтеграція (ціннісний рівень). Його мета полягає у формуванні нових сенсів та повернення до життя. Механізм криється у когнітивній переоцінці свідомості – перехід від позиції «Жертва обставин» до позиції «Той, що вижив і набув досвіду» [40, 46].

Інтеграція травми в лінію життя як важкого, але завершеного етапу. Набутий досвід використовується для професійного та соціального зростання та адаптації у будь-якій ситуації. Якщо повернення на службу неможливе

через стан здоров'я, пошук нових сенсів та видів діяльності ґрунтується на отриманому життєвому досвіді та нових можливостях. Може спиратися на позитивний досвід побратимів, які пройшли реабілітацію.

Схематично можна відобразити етап зростання та реінтеграції за принципом піраміди або трикутника з безпечним фундаментом (рис. 3.3): не можна переходити на вищий рівень, не забезпечивши попередній.



Рис.3.3. Схема моделі зростання та реінтеграції.

Враховуючи, що 76% бійців знаходяться у фазі опору (резистентності), основний акцент робити на Етапах I та II. Передчасний перехід до Етапу IV (глибинна розкопка травми) без ресурсу може призвести до зриву адаптації.

Висновки до розділу 3

У магістерській роботі здійснено теоретичне та емпіричне дослідження психологічних механізмів стабілізації військовослужбовців після отримання психологічної травми.

Теоретичний аналіз показав, що сучасна парадигма допомоги зміщується від патологізації стану до ресурсно-орієнтованих моделей. «Золотим стандартом» є інтегративні підходи, що поєднують когнітивно-поведінкові методи (ТФ-КПТ), EMDR та біопсихосоціальну модель. Встановлено, що фізичний, хімічний та неврологічний компоненти травми вимагають залучення мультидисциплінарних команд.

Емпіричне дослідження, проведене на базі медичної установи системи МВС, виявило специфічний профіль травматизації:

- Високий рівень загального впливу травми (47% – високий рівень).
- Домінування симптомів гіперзбудливості (74%) та уникнення (68%), що корелює з високим рівнем бойового стресу.
- Перебування більшості особового складу (76%) у фазі резистентності, що свідчить про мобілізацію ресурсів, але й про високий ризик виснаження.
- Низький рівень психологічної стійкості (лише 3% мають високу стійкість), що підтверджує необхідність зовнішніх інтервенцій (втручань).

Встановлено парадокс ресурсності: традиційні для цивільної практики методи релаксації (медитація, дихальні вправи) не сприймаються даною категорією військовослужбовців як ефективні. Натомість, провідними ресурсами є соціальна підтримка (родина – 35%) та активна взаємодія з середовищем (природа, спорт – 48% сумарно).

Практичні рекомендації розроблено з урахуванням виявленої специфіки (недовіра до тестування, орієнтація на фізичну дію). Запропоновано алгоритм стабілізації, що включає перейменування психологічних практик у «тактичні навички», використання тілесно-орієнтованої терапії для зниження збудження, залучення родин до процесу реабілітації та використання арт-терапії як невербального методу опрацювання травматичного досвіду.

Результати дослідження доводять, що ефективна стабілізація військовослужбовців можлива лише за умови адаптації міжнародних

протоколів до ментальних та професійних особливостей українських захисників, з акцентом на тілесні та соціальні ресурси.

На основі проведеного теоретичного та емпіричного дослідження розроблено практичні рекомендації, які враховують специфіку контингенту (військовослужбовці системи МВС) та їх поточний психологічний стан (стадія резистентності, висока збудливість).

Ключовими векторами стабілізації визначено:

1. Тілесно-орієнтований підхід: перехід від вербальних методів до методів саморегуляції та фізичного відреагування (фізичне навантаження, спорт, адаптована арт-терапія), що відповідає запиту респондентів на дію.

2. Робота з родиною та близьким оточенням: використання найпотужнішого виявленого ресурсу (сім'ї) через впровадження програм психоедукації для близьких.

3. Демілітаризація терапії: адаптація доказових протоколів (ТФ-КПТ, прогресивна релаксація) під формат «тренування психологічної стійкості», що знижує стигматизацію та опір, підвищує мотивацію.

Запропоновані заходи спрямовані на запобігання переходу зі стадії резистентності у стадію виснаження, та профілактику розвитку хронічного ПТСР.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного теоретико-емпіричного дослідження психологічних механізмів стабілізації військовослужбовців після отриманої травми в умовах війни можна зробити наступні висновки:

1. Теоретична трансформація підходів до стабілізації. Аналіз вітчизняних та зарубіжних джерел засвідчив кардинальну зміну парадигми надання психологічної допомоги під впливом досвіду сучасних війн (Ірак, Афганістан, Україна). Відбувся перехід від інтуїтивних та директивних методів (як-от примусовий дебрифінг CISD) до доказових протоколів з найвищим рівнем ефективності (Level A). На етапі раннього втручання стандартом стала «Перша психологічна допомога» (PFA), що базується на безпеці та заземленні, а не на «розкопуванні» травми.

У терапії закріпився «золотий стандарт» – травмо-фокусована КПТ та EMDR.

Сучасна модель є біопсихосоціальною: вона визнає, що психологічна травма – це не лише «проблема в голові», а комплексне порушення цілісного організму, що має фізичний (біль), хімічний (гормони) та соціальний виміри.

2. Емпіричний профіль сучасного військовослужбовця: «Виснажена стійкість». Результати дослідження (на базі підрозділів МВС/НГУ) виявили специфічний психологічний стан особового складу.

Фаза резистентності присутня у 76% опитуваних. Абсолютна більшість військових перебуває у стадії активного опору стресу. Вони зберігають функціональність та боєздатність, але працюють на межі виснаження адаптаційних ресурсів.

Гіперзбудливість як домінанта (74%) стану військовослужбовців: основним симптомом є не пригнічення, а фізіологічне перезбудження (тривога, агресія, безсоння). Це свідчить про те, що організм «застряг» у режимі мобілізації («бий або біжи»).

Високий рівень уникнення (68%) свідчить про те, що бійці схильні уникати спогадів та розмов про травму, що є природним захисним механізмом, який необхідно поважати на етапі стабілізації.

3. Методологічний бар'єр: криза довіри до цифрових інструментів. Дослідження виявило критичну особливість роботи зі спецконтингентом – низький рівень довіри до цифрової діагностики. Через специфіку служби та загрозу витоку даних тільки близько 20% респондентів погодилися на онлайн-тестування.

Отже, ефективна психологічна робота з цією категорією можлива лише у форматі «аналогової взаємодії» (паперові носії, жива бесіда), що гарантує відчуття безпеки та конфіденційності.

4. Ресурсна специфіка: природні опори проти штучних. Встановлено ієрархію ресурсів, які реально допомагають військовим відновитися.

Ефективними виявились спілкування з родиною і близькими людьми (35%) та взаємодія з природою і фізичні навантаження (по 24%).

Неефективними – віртуальні ігри (0%), класичні медитації (3%) та хобі (6%).

Ризикові «ресурси» обрали 15% – використання алкоголю як методу саморегуляції, що вказує на потребу у розвитку навичок конструктивної фізіологічної розрядки.

5. На основі отриманих даних розроблено практичну узагальнену модель стабілізації, яка відрізняється від класичної цивільної терапії:

Важлива послідовність. Заборона на глибоке опрацювання травми до моменту встановлення базової безпеки та зниження фізіологічного збудження.

Визначено пріоритет тіла та емоцій. Враховуючи високу збудливість, першим етапом стабілізації визначено фізичне розвантаження від стресу (спорт, активна діяльність) та медикаментозну корекцію сну, а не когнітивну роботу.

Специфіка: акцент на залученні родин і близьких людей та використанні анімалотерапії для відновлення довіри. Лише після стабілізації рекомендовано глибоке втручання за допомогою високодоказових методів ТФ-КПТ та EMDR.

Проведена робота довела, що стабілізація військовослужбовців є ефективною лише за умови комплексного підходу, який враховує професійну специфіку кожного підрозділу, поточний фізіологічний стан та потребу в соціальній опорі. Впровадження запропонованих рекомендацій дозволить знизити ризик переходу військовослужбовців зі стадії «опору» у стадію «виснаження» та попередить розвиток хронічного ПТСР.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. та ін. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
2. Арт-терапевтичні методики в реабілітації учасників бойових дій та їхніх родин : метод. посіб. / О. А. Герасименко та ін. Київ : ЦУЗР, 2020. 120 с.
3. Бахрушин В. Є. Методи аналізу даних : навч. посіб. для студ. Запоріжжя : КПУ, 2011. 268 с.
4. Блінов О. А. Бойовий стрес та результати його емпіричного дослідження. Психологічний часопис : зб. наук. праць / за ред. С. Д. Максименка. Київ : Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2018. № 2 (12). С. 9–22.
5. Блінов О. А. Опитувальник бойового стресу (ОБСБ). Психологічний часопис. 2017. № 5 (9). С. 32–43.
6. Витівська О., Прохор О. Зцілення через творчість: арт-терапія у системі психологічної підтримки. Сучасна війна: гуманітарний аспект : зб. матеріалів доп. учасн. ІХ Міжнар. наук. конф., 22–23 трав. 2025 р. Харків : ХНУПС ім. І. Кожедуба, 2025. С. 183–186.
7. Екстрена психологічна допомога: «Система 8 кроків стабілізації» : метод. рек. / за заг. ред. О. С. Герасименка. Київ : Укрмед, 2022. 64 с.
8. Заїка Л. Г. Дослідження адаптивних копінг-стратегій військовослужбовців у постбойовий період. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». 2017. Т. 2, вип. 4. С. 86–92.
9. Застосування технологій віртуальної реальності (VR) у комплексному лікуванні фантомного больового синдрому та ПТСР у пацієнтів з ампутаціями : звіт про НДР / І. Г. Гецько та ін. Київ : НАМН України, 2023. 95 с.

10. Застосування травмо-фокусованої когнітивно-поведінкової терапії (ТФ-КПТ) у лікуванні посттравматичних стресових розладів : метод. рек. / О. П. Чабан та ін. Київ : МОЗ України, 2020. 80 с.

11. Зінкевич О. В., Кононенко І. В. Моральна травма як виклик для психологічної реабілітації ветеранів в Україні. Наукові записки Національного університету «Острозька академія». Серія «Психологія». 2023. Вип. 18. С. 98–107.

12. Карандєєва Н. М. Психологічні аспекти формування нової тілесної ідентичності у військовослужбовців після ампутацій. Теоретичні та прикладні проблеми психології. 2022. № 1. С. 150–162.

13. Кісіль З. Р., Швець Д. В. Мотивація діяльності людини : навч. посіб. у схемах, таблицях, коментарях. Одеса : Видавництво ОДУВС, 2023. 154 с.

14. Клочков В. Сучасні погляди на проблему формування психологічної стійкості військовослужбовців в умовах бойових дій. Вісник Національного університету оборони України. 2022. С. 71–79.

15. Когнітивна процесуальна терапія (СРТ) для лікування ПТСР у ветеранів : метод. посіб. / О. Л. Савченко та ін. Київ : Медкнига, 2022. 92 с.

16. Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С. та ін. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. посіб. Київ : 7БЦ, 2023. 175 с.

17. Коляда О. П. Психологічний супровід військовослужбовців на етапі фізичної реабілітації та протезування. Київ : МОЗ України, 2019. 110 с.

18. Коляда О. П. Фазовий підхід до терапії комплексної травми у ветеранів бойових дій. Київ : МОЗ України, 2019. 110 с.

19. Коляденко Н. В. Зоопсихологія та порівняльна психологія : підручник. Київ : ДП «Вид. дім «Персонал», 2019. 508 с.

20. Корнєв В. О., Фільц О. В. Біопсихосоціальний підхід у лікуванні посттравматичних стресового розладу у військовослужбовців. Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 10–15.

21. Лебедева С. Ю., Овсяннікова Я. О., Похілько Д. С., Сергієнко Д. Психологічна допомога та реабілітація учасників збройних конфліктів та фахівців ризиконебезпечних професій: світовий досвід. Габітус. 2023. Вип. 45. С. 139–145. URL: <http://www.doi.org/10.32782/2663-5208.2023.45.23> (дата звернення: 15.11.2024).

22. Методи саморегуляції та щеплення від стресу у військовослужбовців : посібник / В. М. Сидоренко та ін. Львів : Артмедія, 2019. 140 с.

23. Надання екстреної психологічної допомоги постраждалим у зоні надзвичайної ситуації (система кроків) : метод. рек. Київ : ДСНС України, 2018. 48 с.

24. Надання першої психологічної допомоги постраждалим внаслідок надзвичайних ситуацій : метод. рек. Київ : МОЗ України, 2023. 50 с.

25. Обухова А. М., Мартинюк І. І. Комплексний посттравматичний стресовий розлад (кПТСР): діагностичні критерії та особливості клініки у військовослужбовців. Український вісник психоневрології. 2021. Т. 29, вип. 4 (110). С. 25–32.

26. Огнев'юк В. О., Тімченко О. А. Протоколи психологічної забезпечення діяльності фахівців екстремальних професій. Науковий вісник Національної академії внутрішніх справ. 2018. № 3. С. 182–190.

27. Олійник В. О. Робота психолога щодо плекання постдосвідного зростання військовослужбовців у відновлювальний період. Журнал сучасної психології. 2025. № 2 (37). С. 78–89. URL: <https://www.researchgate.net/profile/Viacheslav-Oliinyk-3/publication/393491426> (дата звернення: 15.11.2024).

28. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод. рек. / Н. В. Чепелева та ін. Київ : Аграр Медіа Груп, 2017. 104 с.

29. Осьодло В. І., Хміляр О. Ф. Психологічна допомога військовослужбовцям: досвід армії Ізраїлю. Військова психологія у вимірах

війни і миру: проблеми, досвід, перспективи : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. Київ, 2016. С. 80–83.

30. Підгурська В. В., Зінченко Л. М. Кумулятивний ефект хронічного стресу в умовах бойових дій та його вплив на психічне здоров'я військовослужбовців. Вісник Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Серія «Психологія». 2018. Вип. 60. С. 132–140.

31. Поліковська Ю. Для відстеження психологічного стану військових розробили платформу «Призма». MediaSapiens. URL: <https://ms.detector.media/internet/post/37549/2025-02-19-dlya-vidstezhennya-psykhologichnogo-stanu-viyskovykh-rozrobyly-platformu-pryzma/> (дата звернення: 10.12.2025).

32. Протоколи інтегрованої допомоги військовослужбовцям з травмою: міжнародний досвід (США, Велика Британія) : аналіт. довідка / за ред. Н. О. Володько. Київ : ДНМУ, 2021. 80 с.

33. Психологічна допомога ветеранам із посттравматичними стресовими розладами : посіб. для фахівців / В. Г. Пєскова та ін. Київ : ВД «Інтерсервіс», 2021. 156 с.

34. Психологічна допомога військовослужбовцям та ветеранам із ПТСР : метод. рек. / за заг. ред. С. К. Хобзей. Київ : МОЗ України, 2017. 120 с.

35. Психологічна травма війни: практ. рек. населенню та фахівцям соціально-психологічної сфери у постконфліктний період : метод. рек. / Н. В. Чепелева та ін. Київ : Аграр Медіа Груп, 2017. 104 с.

36. Психологія військової травми: методологічні засади та практичне застосування : монографія / за наук. ред. С. Д. Максименка. Київ : ВД «Слово», 2020. 310 с.

37. Сірик Н. В. Роль неврологічної корекції у комплексному лікуванні військовослужбовців з посттравматичними розладами. Нейропсихіатрія та психофармакологія. 2020. Вип. 4 (62). С. 45–53.

38. Смірнова Н. М. Групова психотерапія як механізм відновлення приналежності та соціальної адаптації військовослужбовців із ПТСР. *Психологія і суспільство*. 2021. № 1. С. 112–122.

39. Смирнова Н. В. Вплив іпотерапії та каністерапії на рівень кортизолу та показники соціальної адаптації військовослужбовців з ПТСР. *Соціальна робота та реабілітація*. 2022. № 1 (32). С. 150–162.

40. Теорія і практика психологічної допомоги та реабілітації : підручник / за заг. ред. В. Осьодла. 2-ге вид. Київ : НУОУ ім. І. Черняхівського, 2020. 484 с.

41. Техніки кризової інтервенції та заземлення у роботі з комбатантами : метод. посіб. / О. В. Фільц та ін. Львів : ЛНУ ім. І. Франка, 2021. 95 с.

42. Тімченко О. А. та ін. Десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR) у роботі з наслідками військової травми : метод. посіб. Київ : Університет «Україна», 2021. 110 с.

43. Титаренко Т. М. Життєстійкість особистості: стратегії подолання кризи та пошук сенсу. *Практична психологія та соціальна робота*. 2021. № 3. С. 10–18.

44. Травмофокусована психотерапія: принципи та протоколи лікування ПТСР : метод. рек. / Н. В. Чепелева та ін. Київ : Аграр Медіа Груп, 2018. 120 с.

45. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги: Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації : наказ МОЗ України від 19 лип. 2024 р. № 1265.

46. Царенко Л. Г. EMDR. Невідкладна допомога : методичні рекомендації / за ред. Н. В. Пророк. Київ : Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2023. 106 с.

47. APA Clinical Practice Guideline for the Treatment of PTSD in Adults. Washington, D.C. : APA, 2017. 104 p.

48. Botella Arbona C. Virtual reality and psychotherapy. *Psychotherapy, Studies in health technology and informatics*. Italy, 2004. 18 p. URL:

https://www.academia.edu/25372624/Virtual_reality_and_psychotherapy (Last accessed: 18.05.2024).

49. Campos D. et al. Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation–happiness relationship. *Personality and Individual Differences*. 2015. URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.040> (Last accessed: 18.05.2024).

50. *Comprehensive Rehabilitation for Combat-Related Injuries in Veterans: A Multidisciplinary Approach*. Washington, D.C. : U.S. Department of Veterans Affairs, 2022. 150 p.

51. Dankevych Ye. M., Dankevych V. Ye., Chaikin O. V. Ukraine agricultural land market formation preconditions. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*. 2017. Vol. 65, № 1. P. 259–271.

52. Eastridge B. J., Mabry S. L., Seguin P. et al. Death on the battlefield (2001–2011): implications for the future of combat casualty care. *J Trauma Acute Care Surg*. 2012. Vol. 73, № 6. P. S431–S437.

53. Foa E. B., Hembree E. A., Rothbaum B. O. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences Therapist Guide*. New York : Oxford University Press, 2007. 320 p.

54. *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. Geneva : World Health Organization, 2018. 142 p.

55. Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence—From Domestic Abuse to Political Terror*. 2nd ed. New York : Basic Books, 2015. 320 p.

56. Hoge C. W., Castro C. A., Messer S. C. et al. Combat Duty in Iraq and Afghanistan, Mental Health Problems, and Barriers to Care. *N Engl J Med*. 2004. Vol. 351, № 1. P. 13–22.

57. Levine P. A. *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. Berkeley : North Atlantic Books, 2010. 464 p.

58. Meichenbaum D. *Stress Inoculation Training: A Preventative and Treatment Approach to Combat Trauma*. Hoboken : John Wiley & Sons, 2017. 250 p.

59. Meyerbröker K., Morina N. The use of virtual reality in assessment and treatment of anxiety and related disorders. *Clin Psychol Psychother.* 2021. Vol. 28(3). P. 466–476. DOI: 10.1002/cpp.2616.

60. Meyerbröker K. Virtual reality in clinical practice. *Clin Psychol Psychother.* 2021. Vol. 28. P. 463–465. DOI: 10.1002/cpp.2616.

61. Mitchell J. T., Everly G. S. *Critical Incident Stress Management (CISM): A New Era and Standard of Care in Crisis Intervention.* 3rd ed. Ellicott City : Chevron Publishing Corporation, 2017. 280 p.

62. Nava E. et al. Virtual Reality Revolution: Strategies for treating mental and emotional disorders. *IEEE International Conference on Systems, Man, and Cybernetics (SMC).* Prague, Czech Republic, 2022. P. 3370–3375. URL: <https://www.academia.edu/93840456/> (Last accessed: 18.05.2024).

63. *Psychological First Aid: Guide for Field Workers.* Geneva : World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International, 2011. 76 p.

64. Resick P. A., Monson C. M., Chard K. M. *Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual.* New York : Guilford Press, 2017. 300 p.

65. Riva G. et al. NeuroVR 1.5—a free virtual reality platform for the assessment and treatment in clinical psychology and neuroscience. *Medicine Meets Virtual Reality 17.* IOS Press, 2009. P. 268–270.

66. Rizzo A. A., Shilling R. *Clinical Virtual Reality and Advanced Technology in Rehabilitation for Military Service Members and Veterans.* *Psychological Services.* 2017. Vol. 14, № 1. P. 13–21.

67. Rose S., Bisson J., Churchill R., Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev.* 2002. Vol. 2, CD000561.

68. Shapiro F. *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): basic principles, protocols, and procedures.* 3rd ed. New York : Guilford Press, 2018. 520 p.

69. Skopp N. A., Vormestrand N. The Effectiveness of Peer Support in Combat Veteran Rehabilitation. *Mil Psychol.* 2017. Vol. 29, № 5. P. 385–395.

70. The use of virtual reality in assessment and treatment of anxiety and related disorders? URL: https://www.academia.edu/90219574/The_use_of_virtual_reality_in_assessment_and_treatment_of_anxiety_and_related_disorders (Last accessed: 18.05.2024).

71. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Washington, D.C. : U.S. Department of Veterans Affairs and Department of Defense, 2023. 180 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Основні методи психологічної допомоги військовослужбовцям в
Україні: порівняльний огляд

Метод	Автор / розробник	Плюси методу	Мінуси методу	Ми вважаємо
Психологічна невідкладна допомога (ПНД) / Система 8 кроків	Міжнародна методика (ВООЗ, War Trauma Foundation); адаптація в Україні (МОЗ, ДСНС, НАПН)	Швидкість та гуманність; Спрямована на раннє втручання та стабілізацію в гострому періоді; Чіткий алгоритм (8 кроків), доступний для застосування нефахівцями; Відновлення безпеки та соціальних зв'язків.	Не є терапією травми; Не працює з глибокою переробкою травматичних спогадів; Фокус лише на стабілізації та задоволенні базових потреб.	Критично необхідний первинний етап. Забезпечує фундамент (безпека, стабілізація, зв'язок) для подальшої, більш глибокої терапії.
Травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (ТФ-КПТ)	Міжнародна методика (адаптація протоколів PE, CPT); Українські науковці (Максименко С.Д., НАПН)	«Золотий стандарт» (найвищий рівень доказовості); Системна переробка дезадаптивних думок (когнітивна реструктуризація); Навчання конкретним навичкам (релаксація, керування стресом); Ефективна при комплексній та кумулятивній травмі.	Вимагає від військового високої мотивації та здатності до вербалізації; Метод експозиції може бути дуже емоційно важким; Потрібен тривалий час для досягнення стійкого результату.	Основний, базовий метод реабілітації. Незамінний для корекції переконань («Я винен», «Світ небезпечний») та формування стійких копінг-стратегій.
Десенсибілізація та переробка рухом очей (EMDR)	Френсін Шапіро	Швидке зниження емоційного заряду травматичних спогадів. Не вимагає детальної вербалізації травми (важливо для військових); Висока доказовість (рекомендований ВООЗ); Сприяє біологічній інтеграції спогаду.	Менш ефективний для роботи з дезадаптивними переконаннями (ніж КПТ); Може бути складним для застосування при гострій дисоціації або нестабільному стані.	Цінний інструмент для нейробіологічної стабілізації. Ідеальний для цільової «розрядки» конкретних, ізольованих, нав'язливих спогадів (флешбеків).

<p>VR-реабілітація (VRET)</p>	<p>Українські IT-компанії та інститути (НАМН)</p>	<p>Контрольована та безпечна експозиція (VRET); Ефективна у лікуванні фантомних болів; Об'єктивна корекція нейрофізіологічних реакцій на тригери.</p>	<p>Висока вартість та залежність від технічного забезпечення; Не замінює повноцінну психотерапію, є допоміжним засобом.</p>	<p>Перспективний допоміжний метод для військової травми, особливо при фізичних ушкодженнях. Поєднання технологій та психотерапії для контрольованого звикання до тригерів.</p>
<p>Анімалотерапія (Іпо-, Каністерапія)</p>	<p>Громадські/Ветеранські організації (Veteran Hub, Veteran Reborn)</p>	<p>Сприяє емоційній регуляції та зниженню кортизолу (стресу); Відновлення базової довіри та соціальних зв'язків; Заземлення через взаємодію.</p>	<p>Допоміжний метод, не працює з переробкою травми; Обмежена доступність (потрібні спеціальні центри та тварини); Ефективність залежить від індивідуальної схильності до тварин.</p>	<p>Важливий компонент психосоціальної реабілітації. Сприяє відновленню відчуття приналежності та безпеки, є містком до соціальної реінтеграції.</p>

Зарубіжні доказові підходи до психологічної стабілізації та
реабілітації військовослужбовців.

Метод	Автор (Розробник)	Плюси методу	Мінуси методу	Ми вважаємо
Когнітивна процесуальна терапія (CPT)	Патрісія Резнік (P. Resick)	Золотий стандарт (Level A). Високий рівень доказовості. Швидка зміна дисфункціональних переконань у сферах безпеки, довіри, влади. Чіткий, стандартизований протокол.	Фокусується на когнітивних аспектах, може бути менш ефективною для клієнтів з сильною дисоціацією або низькою здатністю до інсайту.	Обов'язковий базовий метод. Незамінний для роботи з когнітивними пастками, які блокують відновлення. Слід інтегрувати з тілесно-орієнтованими техніками для кращої стабілізації.
Пролонгована експозиція (PE)	Една Фоа (E. Foa)	Золотий стандарт (Level A). Найвищий рівень доказовості. Ключовий механізм — емоційна переробка травми через систематичне та контрольоване повторне переживання. Дозволяє знизити емоційну реактивність на спогади.	Високий рівень дистресу на початку, вимагає значної мотивації клієнта та стабільного терапевтичного середовища. Не підходить для гострої фази або нестабілізованих клієнтів.	Високоєфективний, але вимагає готовності. Найкраще застосовувати після фази стабілізації, коли клієнт має навички самоконтролю, отримані, наприклад, із SIT.
Десенсибілізація та репроцесування рухом очей (EMDR)	Френсін Шапіро (F. Shapiro)	Золотий стандарт (Level A). Високий рівень доказовості. Швидка переробка травматичної пам'яті через білатеральну стимуляцію (рух очей, тактильні/аудіосигнали). Менш вербально-орієнтований, підходить для тих, хто не хоче детально розповідати про травму.	Механізм дії до кінця не пояснений (хоча докази ефективності є). Потребує кваліфікованого спеціаліста, може викликати сильні емоційні реакції.	Важлива альтернатива/доповнення. Обов'язковий інструмент для інтеграції травматичної пам'яті, особливо коли вербалізація є складною або заблокованою.
Тренінг щеплення від стресу (SIT)	Дональд Майхенбаум	Є частиною TF-CBT. Фокусується на навчанні навичкам саморегуляції (дихання, релаксація) для контролю тривоги та дистресу. Ідеально підходить для стабілізації перед експозиційними методами (PE/CPT).	Сам по собі не переробляє травматичний спогад. Не є основним лікуванням ПТСР, а лише допоміжним.	Фундаментальний етап. Критично важливий для створення відчуття контролю та підвищення психологічної стійкості. Необхідно застосовувати до більш інтенсивних протоколів.
Психологічна перша	ВООЗ / Міжнародні	Нетерапевтичний, неінвазивний.	Є лише першим кроком підтримки та	Критично важливе раннє втручання.

допомога (PFA)	й Червоний хрест	Спрямований на ранню стабілізацію (перші години/дні), модель «Дивитися-Слухати-З'єднувати». Запобігає ятрогенній шкоді, забороняє примусову розповідь про травму.	забезпечення безпеки. Обмежена сфера застосування (гостра фаза, раннє втручання).	Повинна бути стандартизована на всіх етапах евакуації. Її неінвазивність мінімізує ризики хронізації ПТСР.
Критичний інцидент стрес менеджмент (CISM)	Джеффри Мітчелл (J. Mitchell)	Багатокомпонентна модель, забезпечує емоційну розрядку в групі. Історично важливий для нормалізації реакцій серед колег (peer support).	Примусовий груповий дебрифінг (CISD) у гострій фазі НЕ РЕКОМЕНДОВАН ИЙ сучасними протоколами (ВООЗ, VA/DoD) і може підвищувати ризик ПТСР.	Потребує обережного використання. Хоча елементи (дефузінг, підтримка рівний-рівному) є корисними, обов'язковий і примусовий дебрифінг слід скасувати на користь PFA та добровільних індивідуальних методів.
VR-реабілітація (VRET)	Різні дослідники (VA/DoD)	Дозволяє контрольовану експозицію до бойових тригерів у безпечному середовищі. Ефективна для відволікаючої терапії при гострих/фантомних болях. Може покращити фізичну терапію (функціональне відновлення).	Висока вартість обладнання та навчання. Вимагає значної технічної підтримки.	Інноваційний допоміжний метод. Ідеально підходить для інтегрованих центрів реабілітації, де може поєднуватися з традиційними PE/CPT для посилення ефекту.
Соматичні та тілесно-орієнтовані терапії (напр., Somatic Experiencing)	Пітер Левін (P. Levine)	Фокусується на регуляції нервової системи та відновленні зв'язку «тіло-розум». Допомагає «завершити» природний цикл реакції тіла на загрозу. Важливий для стабілізації та роботи з дисоціацією.	Менш стандартизований, ніж TF-CBT (PE/CPT). Доказова база для лікування ПТСР у військових може бути нижчою, ніж у CPT/PE/EMDR.	Необхідний для інтеграції. Вкрай важливий для військовослужбовців із високим рівнем тілесного напруження, хронічним болем або дисоціацією. Слід використовувати у фазі стабілізації паралельно з медикаментозним лікуванням.

Інструкція опитувальник бойового стресу Блінова О.А. (ОБСБ)

Будь ласка, ознайомтеся із запропонованими питаннями для відповідей. Виберіть такий варіант власної думки із запропонованої п'ятибальної шкали, що найбільш розкриває її зміст. В бланку відповідей в кожній колонці праворуч від порядкових номерів позначте вибрану вами цифру:

- 5 – абсолютно вірно;
- 4 – скоріше, вірно;
- 3 – частково вірно, частково невірно;
- 2 – скоріше, невірно;
- 1 – абсолютно невірно.

Текст опитувальника:

1. Моя діяльність проходила в умовах загрози для життя.
2. У мене немає традицій і ритуалів, яких я люблю дотримуватися.
3. Несподіваність сприяє виникненню непередбачуваної поведінки.
4. Моя діяльність в умовах дефіциту часу приводила інколи до негативних наслідків.
5. Я швидко реауюю на різкі звуки, що нагадують травматичні події минулого.
6. Я рідко відчуваю турботу близьких людей.
7. Нестандартний перебіг подій задає багато клопоту.
8. Підвищення мною темпу дій сприяє швидкому розвитку втоми.
9. Я намагаюся уникати спогадів про травматичні події.
10. Для мене не важлива взаємна допомога та підтримка.
11. Я втрачаю самовладання коли бачу невідповідальність посадових осіб.
12. Надлишок інформації ускладнює процес адаптації.
13. Я відчуваю провину за деякі вчинки, що робив раніше.
14. Імпровізація не моя стихія.

15. Згадка про діяльність в екстремальних умовах викликає у мене негативні емоції.
16. Виконання декількох справ одночасно підвищує ризик помилок в управлінні.
17. Інколи я відчуваю відчуженість до людей.
18. Для мене не важлива точна оцінка ситуації.
19. Буває, що я втомлююсь від служби.
20. Я вважаю, що недостатній рівень злагодженості колективу приводить до зайвих проблем.
21. Достатньо невеличкої дрібниці, щоб я почав гніватися.
22. Я не використовую фізичні, дихальні та м'язові практики у боротьбі зі стресом.
23. Я маю проблеми зі сном.
24. Для мене немає різниці між фізичною активністю і періодами відпочинку.

Порядок визначення бальної оцінки інтегрального показника бойового стресу здійснюється наступним чином.

Спочатку підраховується загальна кількість балів за всі нараховані бали питань опитувальника. Потім підраховується їх середнє арифметичне значення. Отриманий результат заноситься в бланк відповідей.

Бланк відповідей № з/п	Відповідь	№ з/п	Відповідь	№ з/п	Відповідь	№ з/п	Відповідь
1		2		3		4	
5		6		7		8	
9		10		11		12	
13		14		15		16	
17		18		19		20	

Субшкала № 2. Представлена ресурсним блоком (РБ). Сукупність питань, які розкривають спроможність військовослужбовця долати стресові ситуації на когнітивному, афективному та поведінковому рівнях.

Питання за № 2 характеризує рівень віри людини.

Питання за № 6 характеризує спроможність респондента використовувати афективні та емоційні методи.

Питання за № 10 характеризує соціальність (спілкування) людини.

Питання за № 14 характеризує уяву респондента.

Питання за № 18 характеризує когніції (переконавання, розсудливість) спроможність людини використовувати свої ресурси.

Питання за № 22 і № 24 надають характеристику фізичної активності респондента. Всього разом 7 питань.

Питання субшкали № 2 у порівнянні з питаннями інших субшкал мають зворотній зміст. Чим вищий рівень ресурсу позитивної спрямованості позначається респондентом тим нижча повинна бути бальна оцінка.

Субшкала № 3. Для визначення впливу стрес-факторів, що безпосередньо емоційно впливають на особистість військовослужбовця (ФБЕВ) використовуються питання за № 3, 7, 11, 15, 19 (разом 5 питань).

Субшкала № 4. Для визначення впливу стрес-факторів, що опосередковано емоційно впливають на особистість військовослужбовця (ФОЕВ) використовуються питання за № 4, 8, 12, 16, 20 (разом 5 питань). Питання за № 16, 20 розкривають вплив фізіологічного стану респондента на його самопочуття.

Результати дослідження за методикою «Опитувальник бойового стресу
Блінова О.А. (ОБСБ)»

№ з/п	Вік	Стать	Вид діяльності	Бойовий стрес	Субшкала 1	Субшкала 2	Субшкала 3	Субшкала 4
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	36	Ж	військовий	2,21	2,29	1,43	2,8	2,6
2	35	Ч	військовий	2,92	3,29	1,57	3,2	4
3	60	Ч	військовий	2,08	2,14	1,86	2,4	2
4	49	Ч	військовий	2,5	2,71	2	2,6	2,8
5	59	Ч	військовий	2,83	3,43	2	2,8	3,2
6	39	Ч	військовий	2,96	3	2,14	3	4
7	44	Ч	військовий	2,33	2,71	2,29	2,2	2
8	59	Ч	військовий	3,5	3,71	2,29	4,2	4,2
9	36	Ч	військовий	3,25	3,57	2,43	3,8	3,4
10	27	Ч	військовий	3,17	3,14	2,43	3,8	3,6
11	49	Ч	військовий	3,25	3,43	2,43	3,8	3,6
12	44	Ж	військовий	2,88	2,71	2,43	2,8	3,8
13	45	Ч	військовий	2,5	2,43	2,57	2,4	2,6
14	52	Ч	військовий	3,46	3,71	2,57	4,2	3,6
15	60	Ч	військовий	3,13	3,71	2,71	3,2	2,8
16	32	Ч	військовий	2,63	2,29	2,71	2,6	3
17	31	Ч	військовий	3,13	3,43	2,71	3	3,4
18	27	Ч	військовий	3,29	3,57	2,71	3,2	3,8
19	57	Ч	військовий	2,96	3,43	2,86	2,8	2,6
20	38	Ч	військовий	3,46	3,86	2,86	3,4	3,8
21	38	Ч	військовий	3,38	4,14	3	3,2	3

22	45	Ч	військовий	3,58	4	3	3,8	3,6
23	53	Ч	військовий	3,63	3,86	3	4,2	3,6
24	26	Ч	військовий	3,04	2,43	3	3,2	3,8
25	31	Ч	військовий	3,42	4	3,14	3,4	3
26	37	Ч	військовий	3,38	3,57	3,14	3,6	3,2
27	42	Ч	військовий	3,75	4,14	3,14	4	3,8
28	59	Ч	військовий	3,83	4,14	3,29	4,2	3,8
29	43	Ч	військовий	3,42	2,86	3,29	3,8	4
30	44	Ч	військовий	3,54	3,71	3,43	3,8	3,2
31	42	Ч	військовий	4,38	4,86	3,57	4,6	4,6
32	43	Ч	військовий	3,75	3,71	3,71	3,6	4
33	38	Ч	військовий	4,21	4,57	3,86	4,6	3,8
34	40	Ч	військовий	3,67	2,71	4	4,4	3,8

Шкала оцінки впливу травматичної події

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. Impact of Event Scale, скор. IES-R) спрямована на виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу і оцінку ступеня їх вираженості.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

Інструкція: «Вам пропонується ряд тверджень. Уважно прочитайте кожне з них і вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження, зробивши позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку. Зверніть увагу, що перераховані симптоми стосуються Вашого самопочуття за останній тиждень».

Твердження	Ніколи	Рідко	Іноді	Часто
1. Будь-яка згадка про цю подію змушувала мене знову переживати все, що сталося.				
2. Я не міг спокійно спати вночі.				
3. Деякі речі змушували мене весь час думати про те, що зі мною трапилося.				
4. Я відчував постійне роздратування і гнів.				
5. Я не дозволяв собі засмучуватися,				

коли думав про цю подію або про те, що нагадувало мені про неї.				
6. Я думав проти своєї волі про те, що трапилося.				
7. Мені здавалося, що все, що сталося ніби не було насправді або все, що тоді відбувалося, було нереальним.				
8. Я намагався уникати всього, що нагадувало мені про те, що трапилося.				
9. Окремі картинки того, що сталося раптово виникали у свідомості.				
10. Я був весь час напружений і сильно здригався, якщо щось раптово лякало мене.				
11. Я намагався не думати про те, що трапилося.				
12. Я розумів, що мене досі буквально переповнюють важкі переживання з приводу того, що трапилося, але нічого не робив, щоб їх уникнути.				
13. Я відчував щось на зразок заціпеніння, і всі мої переживання з приводу того, що сталося були наче паралізовані.				
14. Я раптом помічав, що дію або відчуваю себе так, як ніби все ще перебуваю в тій ситуації.				
15. Мені було важко заснути.				
16. Мене буквально захиляли нестерпно важкі переживання, пов'язані з тією ситуацією.				
17. Я намагався витіснити те, що трапилося з пам'яті.				

18. Мені було важко зосередити свою увагу на чому-небудь.				
19. Коли щось нагадувало мені про те, що трапилося, я відчував неприємні фізичні відчуття – спітніння, дихання збивалося, нудоту, частішав пульс і т.д.				
20. Мені снилися важкі сни про те, що зі мною трапилося.				
21. Я був постійно насторожі і весь час чекав, що трапиться щось погане.				
22. Я намагався ні з ким не говорити про те, що трапилося.				

«Ключ»

Субшкала «вторгнення»: сума балів пунктів 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20.

Субшкала «уникнення»: сума балів пунктів 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22.

Субшкала «збудливість»: сума балів пунктів 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21.

Обробка та інтерпретація результатів

Всі пункти мають пряме значення. Значення за кожною субшкалою отримується шляхом простого підсумовування відповідей згідно з «ключем».

Кожен пункт оцінюється: «ніколи» – 0 балів; «рідко» – 1 бал; «іноді» – 3 бали; «часто» – 5 балів.

Коротка шкала стійкості (The Brief Resilience Scale; B. Smith)

Коротка шкала стійкості (The Brief Resilience Scale; B. Smith) дозволяє в умовах обмеження часу з великою імовірністю визначати стійкість військовослужбовців до впливу стресових чинників. Інструкція: “Нижче наведені твердження, пов’язані з ситуаціями, що часто трапляються в житті кожної людини. Будь ласка, уважно прочитайте кожне з них і зробіть позначку у відповідній клітинці реєстраційного бланку, враховуючи, наскільки те чи інше твердження є вірним стосовно Вас. Пам’ятайте, що у даному випадку “правильних” чи “неправильних” відповідей бути не може”.

Реєстраційний бланк.

П.І.Б. (повністю) _____

Дата обстеження _____ Вік _____ Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____ Військове звання _____

№ з/п	Твердження	Повністю не згоден	Не згоден	Нейтральний	Згоден	Повністю згоден
		1	2	3	4	5
1	Для мене властиво швидко ставати самим собою після важких часів					
2	Зараз в мене важкий час, спричинений стресовими подіями					
3	Мені не потрібно багато часу, щоб оговтатися від стресової події					
4	Мені важко прийти до тями, коли трапляється щось погане					

5	Зазвичай я переживаю важкі часи без великих утруднень					
6	Як правило, подолання життєвих невдач займає в мене багато часу					

Обробка результатів.

Кожне твердження оцінюється за 5-ти бальною шкалою:

1 бал – повністю не згоден;

2 бали – не згоден;

3 бали – нейтральний;

4 бали – згоден;

5 балів – повністю згоден.

Кількісний показник «стійкості» за методикою складає сума балів за всіма шістьма твердженнями (твердження № 2, 4, 6 підраховуються у зворотному порядку).