

Міністерство освіти і науки України
Сумська обласна рада
Департамент освіти і науки Сумської обласної державної адміністрації
Комунальний заклад Сумський обласний інститут післядипломної педагогічної освіти

Факультет підвищення кваліфікації і перепідготовки

Кафедра психології

Швагер Микола Олександрович

**Особливості подолання прояву гострого стресового
розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій**

Кваліфікаційна (магістерська) робота
здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня вищої освіти
спеціальності 053 Психологія
освітньо-професійної програми Практична психологія

Науковий керівник:
Чеканська Лариса Миколаївна
кандидат психологічних наук,
доцент, доцент кафедри психології

Рекомендовано до захисту
рішенням кафедри психології
Протокол № 16 від «15» травня 2025 р.

Завідувач кафедри

Алла ВОЗНІЮК

Суми – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ.....	7
1.1. Основні теоретичні підходи до розуміння категорії «гострий стресовий розлад» в психологічній науці та практиці.....	7
1.2. Механізм виникнення гострого стресового розладу.....	14
1.3. Специфіка прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.....	22
1.4. Система чинників, які впливають на прояв гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.....	28
РОЗДІЛ 2 ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ ПРОЯВУ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ	37
2.1. Методи та процедура дослідження особливостей прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.....	37
2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.....	48
2.3. Рекомендації щодо зниження рівня прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.....	64
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	87

ВСТУП

Актуальність дослідження. Армія представляє окрему суспільну групу з унікальними психологічними особливостями, нормами поведінки та системами переконань. Рекомендації, які традиційно застосовуються до поводження з цивільними, які мають ознаки гострих стресових розладів, значно відрізняються від тих, які є можливими для використання для військовослужбовців, що перебувають в умовах повноцінних бойових і це також важливою для етичного поводження з особовим складом армії та підтримки їх бойового духу. Ми описуємо деякі питання, з якими можуть зіткнутися військові психологи під час проведення психологічної оцінки стану військовослужбовців. Крім того, в магістерській роботі зроблена спроба сформулювати окремі рекомендації щодо зниження проявів гострих стресових розладів у військовослужбовців на основі практичного досвіду та теоретичних досягнень психологічної науки в цій сфері.

В науковій літературі приділяли увагу гострим стресовим реакціям та ГСР, ПТСР серед військовослужбовців та цивільного населення, такі вчені як Гачак-Величко Л.А., Целюх І.М., Сивоус І.В. [6], Кириченко В.В. [9], Коваленко І.С., Березан О.І., Помогайбо В.М. [10], Когут О.О. [13], Кротюк К.А. [15], Яворська А.С. [25]. Однак на сьогоднішній день практично відсутні комплексні дослідження, які б узагальнювали питання особливостей прояву гострих стресових розладів у військовослужбовців в умовах бойових дій та відповідно методик і інструментарію, які використовуються для діагностики ознак ГСР.

Отже, соціальна значущість проблеми та її недостатня наукова розробленість зумовили вибір **теми дослідження** «Особливості подолання прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій».

Об’єкт дослідження – гострий стресовий розлад військовослужбовців в умовах бойових дій.

Предмет дослідження – особливості подолання прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості подолання прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій та розробити рекомендації щодо зниження рівня його прояву.

Відповідно до мети поставлені такі **завдання дослідження**:

1. Розглянути основні теоретичні підходи до розуміння категорії «гострий стресовий розлад» в психологічній науці та практиці
2. Проаналізувати механізм виникнення гострого стресового розладу.
3. Розкрити специфіку прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.
4. Виокремити систему чинників, які впливають на прояв гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.
5. Дослідити особливості прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.
6. Розробити рекомендації щодо зниження прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.

Методи дослідження. Відповідно до визначених завдань використовувались наступні **методи дослідження**: *теоретичні* (теоретичний аналіз та синтез, систематизація, порівняння і узагальнення даних наукових джерел, дедуктивні та індуктивні методи); *емпіричні* (спостереження, тестування, стандартизовані методики); *методи обробки та інтерпретації даних* (метод описової статистики, кількісні та якісні із застосуванням методів

математичної статистики з використанням програми Microsoft Excel, Google Docs та Google Forms); *вивчення та систематизація методів, засобів та прийомів психологічного навчання.*

Теоретичне значення результатів дослідження полягає, насамперед, в тому, що нами було розглянуто основні теоретичні підходи до розуміння категорії «гострий стресовий розлад» в психологічній науці та практиці; проаналізовано механізм виникнення гострих стресових розладів; описано специфіку прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій; виокремлено систему чинників, які впливають на прояв гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.

Практичне значення результатів дослідження полягає в тому, що запропоновані рекомендації психологічної допомоги можуть бути використані в практичній роботі військового психолога. Апробований у дослідженні методичний інструментарій може стати основою моніторингу рівня прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.

Апробація результатів дослідження. Результати дослідження були представлені та обговорювалися на: VII Міжнародній науково-практичній конференції «Психологія: від теорії до практики: Інноваційні технології в роботі практичного психолога» (30 травня 2024 року, м. Суми), IV Міжнародній студентській науково-практичній конференції «Психологічні аспекти кроскультурної взаємодії у медіасередовищі» (14 –15 листопада 2024 року, м. Львів), VIII Всеукраїнському науково-практичному форумі з нагоди Всеукраїнського дня психолога «Психологічна допомога: від кризи до ресурсу» (21–27 квітня 2025 року, м. Суми).

Основні результати дослідження обговорювалися на засіданнях кафедри психології та опубліковані у наукових статтях:

1. Швагер М.О. Психологічний механізм виникнення гострих стресових розладів. *Психологія: від теорії до практики: Інноваційні технології в роботі практичного психолога* (матеріали VII Міжнародної науково-практичної конференції, 30 травня 2024 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василега. [у 2-х ч.]. Ч. 1. Суми: НВВ КЗ СОППО., 2024. 172 с. С. 161-164.

2. Швагер М.О. Особливості прояву гострих стресових розладів у військовослужбовців в умовах бойових дій. *Психологічні аспекти кроскультурної взаємодії у медіасередовищі*: збірник тез IV Міжнародної студентської науково-практичної конференції, 14–15 листопада 2024. – Львів: Видавництво Львівської політехніки, 2024. 101 с. С. 92.

3. Швагер М.О. Рекомендації щодо зниження проявів гострих стресових розладів у військовослужбовців. *Психологічна допомога: від кризи до ресурсу*. Збірник наукових праць VIII Всеукраїнського науково-практичного форуму з нагоди Всеукраїнського дня психолога (21–27 квітня 2025 року, м. Суми) / за заг. ред. А. В. Вознюк, О. Ю. Василега. Суми: НВВ КЗ СОППО. 2025. 215 с. С. 197-201.

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, двох розділів, висновків та списку використаних джерел, що нараховує 60 найменувань. Загальний обсяг роботи становить 94 сторінки, основний зміст викладено на 83 сторінках. Робота містить 3 таблиці та 25 рисунків.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВУ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

1.1. Основні теоретичні підходи до розуміння категорії «гострий стресовий розлад» в психологічній науці та практиці

Стресовий розлад особистості – це психічний розлад, який виникає внаслідок тривалого впливу стресу на особистість. Це патологічний стан, який включає в себе ряд симптомів та виявів, що суттєво впливають на функціонування особистості та загальний стан психічного здоров'я.

Основні ознаки стресового розладу особистості можуть включати:

1. Постійний стан тривоги або напруження, який виникає без конкретної причини або є надмірним у порівнянні з реальними обставинами.
2. Емоційна втомленість та виснаженість, яка може виявлятися у відчутті безсилля, апатії, пригніченості або роздратованості.
3. Проблеми зі сном, включаючи тривалість або неспокійний сон, проблеми з засинанням та прокиданням посеред ночі.
4. Фізіологічні прояви, такі як підвищений або знижений апетит, головний біль, шлункові розлади, м'язова напруга тощо.
5. Соціальна ізоляція та відчуття втрати інтересу до раніше приємних або важливих справ. Стресовий розлад особистості може мати серйозний вплив на якість життя, роботу, взаємовідносини та психічне здоров'я. Люди, які

страждають на цей розлад, можуть потребувати психотерапевтичної або медичної допомоги для подолання стресу та відновлення психічного благополуччя [16, с. 1303].

Характеристиці поняття «гострий стресовий розлад» присвячено ряд як досліджень як національних вчених [13; 17; 19], так і зарубіжних [27; 35; 44; 49].

Гострий стресовий розлад вперше представлено як нозологічну категорію у DSM – IV. Діагностується у період від 2-х днів до 1 місяця після травматизації і підвищує ризик виникнення ПТСР у майбутньому (діагноз ПТСР ставиться не раніше ніж через місяць після травматичної події).

Згідно із МКХ – 10 Гострий стресовий розлад (F43.0) – це транзиторний розлад, яке розвивається у людини без будь-яких інших проявів психічних розладів у відповідь на незвичайний фізичний або психічний стрес. Цей стан може супроводжуватися подальшим «відходом» із ситуації (до стану дисоціативного ступору – F44.2) або ажитацією і надмірною активністю (реакція фуги). Зазвичай присутні окремі риси панічного розладу (тахікардія, надмірне потовиділення, почервоніння).

DSM – IV – TR визначає критерій А як вплив травматичної події, в якій присутні обидва наступні умови:

1. Особа пережила, була свідком або зіткнулася з подією або подіями, які включали реальну або загрозливу смерть або серйозні травми, або загроза фізичній цілісності себе чи інших.

2. Реакція людини включала сильний страх, безпорадність або жах.

У МКХ – 11: Гостра реакція на стрес (F43.0) визначається як транзиторний стан і відноситься до переліку станів, що не є розладами і включені в розділ Z «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення і звернення до закладів охорони здоров'я».

Відповідно в МКХ – 11 немає необхідності у діагностиці гострого стресу за типом гострого стресового розладу DSM – 5. Віднесення гострої реакції на стрес до розділу Z МКХ – 11 дозволить працівникам охорони здоров'я бути готовими розпізнавати гостру реакцію на стрес і надавати допомогу не вважаючи людей хворими на психічні розлади. При таких реакціях кориснішою є практична психосоціальна допомога, а не психіатрична. Такий підхід у МКХ – 11 нині позначений як первинна психологічна допомога [36; 37].

Гострий стресовий розлад (далі – ГСР) було введено в DSM-IV для опису симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), які (а) виникають у перший місяць після травми та (б) передбачають подальший ПТСР.

Лонгітюдні дослідження показали, що більшість людей, у яких розвивається ПТСР, спочатку не відповідають критеріям ГСР, що призвело до рішення в DSM-V обмежити діагностику ГСР описом гострих стресових реакцій без будь-якої прогностичної функції. Контрольовані випробування показали, що когнітивно-поведінкова терапія, орієнтована на травму, є лікуванням вибору для ГСР і є кращою за фармакологічні втручання. Недавні лонгітюдні дослідження поставили під сумнів попередні концептуалізації перебігу посттравматичного стресу та підкреслили, що люди дотримуються різних траєкторій адаптації, на які впливають події, які відбуваються після гострого посттравматичного періоду [43].

ГСР було введено в таксономію Діагностичного та статистичного посібника (DSM) у 1994 році для вирішення проблеми відсутності специфічного діагнозу для гострих патологічних реакцій на травму та ролі, яку відіграють дисоціативні явища як у короткостроковій, так і в довгостроковій перспективі. реакції на травму [29].

На думку Т. Волошенюк, ГСР – це короткий період нав’язливих спогадів, що виникають упродовж чотирьох тижнів після того, як людина стала свідком або учасником нищівної травматичної події. При ГСР люди проходять через травматичну подію, будучи її безпосередніми або опосередкованими учасниками. Людина страждає повторюваними спогадами про травму, уникає подразників, які нагадують про травму, стає легко збуджуваною. Симптоми починаються упродовж чотирьох тижнів після травматичної події і тривають щонайменше три дні, але, на відміну від посттравматичного стресового розладу, тривають не більше одного місяця. У людей із цим розладом можуть виникати дисоціативні симптоми (депресія, спроби суїциду, різкі зміни настрою, тривога та тривожні розлади, фобії, панічні атаки, розлади сну та харчування) [5, с.186].

Схожої думки притримується також І. Коваленко, позначаючи що ГСР починається в перші хвилини отримання травми, триває не більше трьох діб (зі зменшенням інтенсивності симптомів до чотирьох тижнів); проявляється гострими афективними реакціями (дезорієнтація або ажитація, гнів, жах, агресія і аутоагресія, психоз, суїцидальні спроби, заперечення події – може бути схожим на «гнівну» депресію). І. Коваль розроблено порівняльну таблицю особливостей прояву ПТСР і ГСР, яка представлена нижче (див табл. 1.1.) [11, с. 215 – 216].

Таблиця 1.1.

Різниця між особливостями прояву ПТСР і ГСР

Гострий стресовий розлад (ГСР)	Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР)
Починається з перших хвилин отримання травми Триває не довше 4 тижнів	Починається через місяць після травматизації і може тривати довше, ніж півроку

Наявність ГСР є тимчасовим зривом адаптаційних систем організму і не обов'язково переходить у ПТСР	Виникнення ПТСР обумовлено предикторами (порушення регуляції між симпатичною та парасимпатичною нервовими системами, що наявні до травми; психологічна схильність до сприйняття стресу як нестерпного відчуття)
<i>Продовження таблиці 1.1</i>	
ГСР може поєднуватись з реакцією гострого горя; у ГСР включають кризовий стан, гостру кризову реакцію, бойову втому та психічний шок.	ПТСР виникає за наявності постійного, постійно повторюваного переживання травматичної події; включається травматичний невроз
Лікування ГСР медикаментозне, з психотерапевтичним супроводом	В лікуванні ПТСР більше значення має психотерапія, яку підтримують психофармакотерапією

ГСР та ПТСР мають наступні базові симптоми:

- повторне переживання і нав'язливі тривожні спогади щодо травмуючої події (пацієнт скаржиться, що він не може припинити думати про травму);
- нічні кошмари – жахи, що стосуються травмуючої події;

– денні кошмари – флешбек-ефекти (flashbacks) – миттєве, без видимих причин, відновлення з патологічною достовірністю і повнотою почуттів травматичної ситуації у поєднанні з гострими спалахами страху, паніки або агресії, що провокуються несподіваними переживаннями бойової психотравми, яке втручається у свідомість, включає відчуття «оживання» досвіду, ілюзії, галюцинації і дисоціативні епізоди, а індивід компульсивно діє або відчуває себе так, наче подія повторюється, і потребує негайного захисту; фактор, що спровокував появу flashbacks у конкретній ситуації, може бути не завжди очевидним;

– уникнення і емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією;

– обмежені емоції або почуття вкороченого майбутнього;

– втрата інтересу до звичайної діяльності;

– почуття відстороненості від інших;

– надмірне збудження – пацієнт відчуває стійке й інтенсивне автономне збудження, яке містить неадекватну надмірну настороженість і неадекватну реакцію наляканості, безсоння, надмірний старт-рефлекс, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги;

– дисоціативні симптоми – відчуження, емоційна глухість, що переходить в емоційну тупість, дереалізація, де персоналізація і дисоціативна амнезія [17, с. 8].

У літературі є багато доказів низки тривожних реакцій після травми, включаючи посттравматичну тривогу, розлади настрою, проблеми зі сном, агресію, зловживання психоактивними речовинами та багато інших фізичних і психологічних симптомів [54; 55; 56; 57; 58].

Тобто, зосереджуючись на гострих посттравматичних стресових реакціях, діагноз ГСР не охоплює ширшого спектру психологічних реакцій, які зазвичай виникають і можуть бути такими ж тривожними, як реакції на ГСР.

Наприклад, незважаючи на те, що ГСР ще офіційно не визнано психічним розладом, тривале горе може розвинутиися після травматичної втрати з документально підтвердженими негативними наслідками для психічного здоров'я. Цей стан наразі розпізнається через 6 місяців після втрати, оскільки більшість людей, які втратили втрату, адаптуються протягом цього часу. Однак до цього часу, і, звичайно, протягом першого місяця, багато людей, які втратили втрату, страждають від інтенсивних реакцій горя.

Незважаючи на широкий діапазон емоційних реакцій, про які повідомляють люди, які пережили травму, у гострій фазі, ГСР концептуалізується в DSM – IV як зображуючий, з одного боку, ряд відносно поширених патологічних гострих реакцій на травму, і водночас обмежений подібністю симптомів як передвісник до ПТСР. Відповідно, він зосередився на тривозі та дисоціативних реакціях.

Існують переконливі докази того, що симптоми, про які повідомляють при ГСР, є поширеними після травми, включаючи повторне переживання і уникнення. Симптоми збудження також поширені, включаючи безсоння, дефіцит концентрації, дратівливість і збудження. Критика нинішнього фокусу ГСР на реакціях на тривогу полягає в тому, що вона нехтує іншими ранніми тривожними емоційними реакціями, включаючи депресію, провину, сором, гнів,

огиду, шок або соматичні реакції. У поточній діагностичній системі ці реакції, які можуть бути такими ж шкідливими, як і реакції страху/тривоги, можуть бути діагностовані як розлади адаптації, якщо вони сприяють вираженому порушенню.

Теоретичну позицію, яка лежить в основі концептуалізації ГСР у DSM – IV, можна порівняти з описом гострих стресових реакцій у десятому виданні Міжнародної класифікації хвороб. Замість того, щоб вважатися передвісником подальшої психопатології, МКБ – 10 концептуалізує гостру стресову реакцію як минулу реакцію, яка може бути очевидною відразу після травматичної події та зазвичай зникає протягом 2 – 3 днів після травми. МКХ опис ГСР включає переважно дисоціативні (запаморочення, ступор, амнезія) і тривожні (тахікардія, пітливість, припливи крові) реакції.

Деякі дослідники припускають, що цей широкий опис може бути більш корисним для клініцистів, ніж більш сфокусовані критерії DSM – IV. Цей підхід дозволяє розглядати гострий дистрес, який може вимагати втручання (наприклад, порушення сну), але не намагається передбачити подальший розлад. Крім того, гостра стресова реакція означає, що самий початковий період після впливу травми може призвести до досить аморфного стану дистресу, який охоплює багато емоційних реакцій, які неможливо класифікувати за різними реакціями. У наступний період відповіді можуть викристалізуватись у відповіді, які можна класифікувати, наприклад, реакції тривоги або настрою. Хоча є деякі докази того, що люди, які страждають на ГСР, частіше страждають від постійних психологічних реакцій понад 48 годин, ця база знань дуже обмежена. За визначенням, гостра стресова реакція виникає до початку ГСР – перші 48 годин. ГСР охоплює період часу від 48 годин до 1 місяця, коли може початися

ПТСР. Таким чином, ті, у кого симптоми зберігаються або починаються після 48 годин, можуть представляти іншу групу тих, хто реагує на травму.

З гострою стресовою реакцією пов'язана конструкція реакцій бойового стресу (CSR). Це схожа конструкція на гостру стресову реакцію, за винятком того, що вона не обмежена за часом. Ця класифікація може описати бойовий особовий склад, який не може функціонувати в будь-який момент після сильного стресу під час бою. Ця конструкція має дуже давню історичну традицію у військових колах як засіб для опису широкого діапазону психологічних реакцій у найближчий і довгостроковий періоди після бою. Однією з важливих відмінностей бойових стресових реакцій від ГСР і гострих стресових реакцій є те, що немає вимог щодо функціональних порушень, які можуть призвести до надмірної ідентифікації людей, які потребують послуг психічного здоров'я [43].

1.2. Механізм виникнення гострого стресового розладу

Дані останніх досліджень підтверджують, що рівень стресу в українців залежить від різних факторів, таких як загальний рівень стресу, взаємини з оточенням, наявність досвіду переживання військових подій, віра в власні здібності та інші аспекти. Ці дослідження вказують на складність та багатогранність факторів, що впливають на психологічний стан українського населення в умовах війни, і підкреслюють необхідність комплексного підходу до розуміння та розв'язання цих проблем.

Люди з хронічними захворюваннями, фізичними та психологічними проблемами, а також люди похилого віку можуть зіткнутися з проблемою подолання кризової ситуації, спричиненої війною, що вказує на необхідність

спеціальної психологічної допомоги. У разі, коли людина не отримує допомоги з оточення, необхідної для стабільного функціонування, а також коли виникає стрес через війну, вона потребує уваги до себе (це має бути допомога з переселенням у безпечну зону, допомога з пошуком та проходження необхідної медичної допомоги, отримання базового набору продуктів та одягу для проживання, або підбір волонтера, який може доглянути та допомогти людині, якщо це необхідно), що вже стає способом подолання психологічної травми. Слід також зазначити, що люди, які мають проблеми зі здоров'ям, такі як захворювання серцево-судинної системи, астма, високий кров'яний тиск тощо, можуть бути більш чутливими до стресових ситуацій в умовах війни, тому крім психологічної допомоги людям при хронічних захворюваннях слід також стежити за станом здоров'я, регулярно перевіряючи життєві показники (як правило, це може відбуватися частіше, ніж в умовах, що передували війні). Вагітним і недавно народили жінкам також необхідно більш уважно стежити за станом здоров'я, щоб уникнути погіршення його стану, а при відхиленні від нормального самопочуття необхідно звертатися до фахівців [31, с. 341].

Таким чином, ймовірність несприятливого прогнозу розладів адаптації залежить від багатьох факторів, що впливають на здатність індивідуума адаптуватися до зміни в житті або психотравмуючої події. Мають значення особливості психотравмуючої ситуації (затяжний характер, індивідуальна значущість), досвід подолання подібних ситуацій у минулому, психологічні характеристики пацієнта (характерологічні особливості, навички поведінки щодо вирішення проблем, рівень самоконтролю та ін.), мікросоціальне оточення (наявність або відсутність соціальної підтримки), астеноізуючий вплив (додаткове навантаження, інтоксикації, коморбідні соматичні захворювання та

ін.). Важливу роль у подоланні розладів адаптації відіграє своєчасна адекватна діагностика і грамотно вибудована тактика комплексної терапії [24, с. 76].

Зокрема, деякі вчені визначають травматичні події як екстремальні або критичні, що мають потужний негативний вплив на індивіда та вимагають від нього екстраординарних зусиль, спрямованих на подолання негативного впливу наслідків надзвичайних подій. Екстремальні ситуації – це ситуації, які переживаються людиною як джерело дискомфорту, відповідно, у стимульному підході психічна взаємодія з екстремальністю виявляється в мобілізації всіх психологічних ресурсів і потенціалів людини, що, в результаті тривалого протистояння травматичних чинникам, зумовлює її фізичне та емоційне виснаження й негативно позначається на якості життя особистості та її оточення.

Події, що створюють потенційну або актуальну загрозу задоволенню фундаментальних потреб та водночас ставлять перед індивідом проблему, якої він не може уникнути та розв'язати за короткий проміжок часу звичним для нього способом, можна кваліфікувати як кризові. При цьому психологічне та клінічне розуміння кризи розрізняються. Відповідно до психологічного підходу криза – це гострий емоційний стан, що виникає у разі блокування цілеспрямованої життєдіяльності людини, як дискретний момент розвитку особистості. У клінічній теорії кризи це поняття використовують для визначення такої реакції на небезпечні події, яку переживають як хворобливий стан.

Криза може закінчитися на будь-якій стадії, якщо небезпека зникає або людина знаходить адекватне вирішення проблеми. На відміну від кризи, екстремальна ситуація – це ситуація, що виникла раптово, є загрозливою або суб'єктивно сприймається людиною як загроза для життя, здоров'я,

особистісної цілісності, благополуччя. Як екстремальні розуміють такі ситуації, що виходять за межі звичайного, «нормального» людського досвіду.

Ступінь екстремальності ситуації визначається силою, тривалістю, новизною, незвичністю проявів екстремальних чинників. Як фактори, що визначають екстремальність, вчені розглядають такі:

- 1) різні емоціогенні впливи, пов'язані з небезпекою, труднощами, новизною, відповідальністю в певній ситуації;
- 2) дефіцит необхідної інформації чи наявність суперечливої інформації;
- 3) надмірне психічне, фізичне, емоційне напруження;
- 4) вплив несприятливих кліматичних умов (спеки, холоду, кисневої недостатності тощо);
- 5) голод, спрага [12, с. 84 – 85].

Виокремлюють такі види стресу:

- 1) фізіологічний – виникає внаслідок впливу фізичних подразників на аналізатори, коли дії стрес-чинника перевищують поріг чутливості;
- 2) психологічний – результат дії екстремальної ситуації, ставлення людини до неї, оцінювання складності ситуації тощо. Різновидами психологічного стресу є:
 - загроза, небезпека, образа, моральний тиск тощо;
 - інформаційний (інформаційне перевантаження або інформаційна депривація, раптова зміна завдання та умов його виконання, дефіцит часу;
 - ціннісно-мотиваційний (висока значущість мети, відповідальність, сумніння у досягненні результату);
 - стрес управління;

– травматичний стрес – сукупність захисних реакцій організму на зміни середовища, суб’єктивно оцінювані індивідом як загрозові, що порушують адаптацію, контроль та перешкоджають самоактуалізації особистості.

До стресорів, що виходять за межі звичайного людського досвіду, належать події, здатні травмувати психіку практично будь-якої здорової людини: стихійні лиха, техногенні катастрофи, події, які є результатом цілеспрямованої, нерідко злочинної діяльності (диверсії, терористичні акти, тортури, масове насильство, бойові дії, потрапляння в «ситуацію заручника», тощо) [12, с. 87].

Стресори - це чинники навколишнього середовища або особисті, дія яких виводить з рівноваги фізіологічні й психічні функції людини, що позначаються на нервовій системі організму та спричиняють виникнення стресу.

Стрес-подразники бувають 3 типів:

а) стрес-подразники I категорії нам практично не підвладні: ціни, податки, погода, характер людей, які нас оточують;

б) стресори II категорії – це стресори, на які ми можемо і повинні впливати: необдумані наші дії, нездатність керувати своїм часом. Тобто це те, на що ми повинні звертати увагу і при правильності дій, ми можемо змінити ситуацію;

в) до III групи стресорів належать події та явища, які ми самі перетворюємо на проблеми [3, с. 268].

Щодо стресорів першої категорії можна навести приклад американських вчених, які досліджували питання виникнення ГСР у пацієнтів дитячого віку опікового відділення, метою якого було (1) оцінити поширеність гострого стресового розладу (ГСР) у вибірці дітей з опіками і (2) визначити фактори ризику ГСР у цих дітей. Сімдесят дві дитини були обстежені на наявність гострого стресового розладу приблизно через 10 днів після госпіталізації з

опіком. Було також оцінено змінні, за якими передбачається прогнозувати симптоми ГСР (тобто розмір опіку, попередні поведінкові симптоми, образ тіла, симптоми батьків, частота серцевих скорочень). Згідно з діагнозом, отриманим за допомогою модуля ГСР Діагностичного інтерв'ю для дітей та підлітків (DICA), 31% дітей відповідали критеріям ГСР. Аналіз отриманих даних показав, що змінні частоти серцевих скорочень, образу тіла та симптомів гострого стресу у батьків були безпосередньо пов'язані з розвитком симптомів ГСР і становили 41% його дисперсії. Ці змінні також опосередковували зв'язок між розміром опіку та симптомами ГСР.

ГСР виявляють майже у третини дітей, госпіталізованих з опіками. Висока частота серцевих скорочень у стані спокою, знижений образ тіла та симптоми гострого стресу у батьків були значними факторами ризику для симптомів ГСР [46].

Також сюди віднесемо як приклад дослідження щодо рівня, чинників та наслідків ГСР для жертв різних кліматичних катастроф – зокрема, Урагану Катріна [30], землетрусу в Китаї [52].

Окремим прикладом можуть слугувати дослідження щодо наслідків пандемій, зокрема пандемії COVID – 19 та ризику виникнення гострих стресових розладів [38; 47; 60].

Останні дослідження також вказують, що до стресорів першої групи відноситься війна/воєнні дії [23; 14; 39].

Щодо стресорів другої групи, то дослідження американських вчених вказали на вплив вживання алкоголю як ризик фактор для виникнення ГСР: респонденти, які повідомили про збільшення вживання алкоголю після снайперських атак, мали в 4,02 рази більше шансів на депресію, ніж ті, хто не повідомили про збільшення вживання алкоголю (Wald $\chi^2=4,06$, $df=1$, $p=0,044$,

95% ДІ=1,04 до 15,54). На додаток до асоціацій із гострим стресовим розладом і депресією, респонденти, які схвалювали збільшення вживання алкоголю, повідомили про нижчу сприйняту безпеку ($U=944$, $Z=-3,699$, $p<0,001$), вищу загрозу ($U=1512$, $Z=-2,170$, $p=0,03$), вищі рівні перитравматичної дисоціації ($U=1514$, $Z=-2,39$, $p=0,017$) і вищі рівні симптомів депресії ($U=640,5$, $Z=-4,48$, $p<0,001$) порівняно з тими, хто не схвалює збільшення вживання алкоголю. Не було виявлено жодного зв'язку між збільшенням споживання алкоголю та попереднім зловживанням психоактивними речовинами, рівнем зниження активності, відвідуваннями психіатричних закладів, іншими відвідуваннями медичних закладів, статтю, віком або сімейним станом [51].

Третя група стресорів може бути включати різні фактори. Важливо знати, які події і у яких випадках є стресогенними саме для вас – це допоможе пом'якшити негативні наслідки. Також важливо навчитись виявляти у себе ознаки стресового напруження та переводити ці сигнали зі сфери почуттів (емоційної) у сферу розуму (раціональну) [4, с. 12].

Зокрема, потрібно відмітити, що травматичні події, які можуть призвести до ГСР, визначені в Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів (DSM – 5, 5 – е видання) як вплив фактичної або загрозової серйозної травми, сексуального насильства або смерті. Вплив може відбуватися через пряму участь у події, ставши свідком певної події, дізнавшись, що родич або близький друг пережив цю подію, або опосередкований вплив неприємних деталей події під час виконання професійних обов'язків. Самі переживання та проектування цих подій на себе можуть бути також факторами підвищеного ризику щодо виникнення та розвитку ГСР.

Ці травматичні події включають, але не обмежуються ними, природні або спричинені людиною катастрофи, війни, міжособистісне насильство, небезпечні для життя хвороби та серйозні нещасні випадки.

За оцінкою ризик – факторів ГСР також одне із ключових місць займає вік та стать. Зокрема, у період з 26 квітня 1999 року по 13 листопада 2002 року в США було проведено дослідження, до якого було включено 401 відповідаючого критеріям пацієнта з травмами віком від 12 до 19 років, які були поміщені до п'яти лікарень – травматологічних центрів, які брали участь у регіональній системі травматології. Критерії допуску пацієнтів були такими: (1) вік від 12 до 19 років і (2) діагноз травми, що виключає важку черепно-мозкову травму (ЧМТ) або травму спинного мозку. Якість життя після травми вимірювали за допомогою шкали якості благополуччя (QWB), чутливого та добре перевіреного функціонального індексу (діапазон від 0 = смерть до 1000 = оптимальне функціонування). ГСР (до виписки) було діагностовано за допомогою переглянутої шкали впливу подій. Для діагностики ГСР використовували оцінки 24+. Результати пацієнтів оцінювали при виписці та через 3, 6, 12, 18 і 24 місяці після виписки.

За результатами дослідження ГСР перед випискою був діагностований у 40% підлітків, які пережили травму. Статус ГСР був пов'язаний із значним дефіцитом якості життя під час подальшого спостереження, таким чином:

3-місячний, ASD – позитивний бал QWB = 0,667 проти ГСР -негативний бал QWB = 0,710, $p < 0,01$;

6-місячний, ASD – позитивний бал QWB = 0,704 проти ASD-негативний QWB бал = 0,742, $p < 0,001$;

12-місячний: ASD – позитивний бал QWB = 0,718 проти ASD-негативний QWB бал = 0,757, $p < 0,01$;

24-місячний, ASD – позитивний бал QWB = 0,725 проти ASD -негативний бал QWB = 0,769, $p < 0,01$. Жіноча стать і насильницький механізм отримання травм прогнозували ризик ГСР (47% жінок проти 36% чоловіків; співвідношення шансів 1,6; $p < 0,05$; насильство 54% проти 38%; співвідношення шансів 1,9; $p < 0,01$).

У висновку дослідники зазначають, що підлітки, які пережили травму, мають високий рівень ГСР. ГСР серйозно впливає на результати якості життя та пов'язаний із жіночою статтю та механізмом ушкодження у підлітків. Раннє розпізнавання та лікування ГСР у підлітків із серйозними травмами покращить результати якості життя [52].

При дослідженні чинників виникнення ГСР було виявлено більше негативних оцінок травми, гіршого сну, більш сприйнятого стресу, вищого рівня тривожності, відповідності критеріям поточної депресії, ризику самогубства, відсутності шлюбу чи роботи та використання психіатричних препаратів у минулому – все це пов'язано з вищими показниками ГСР.

Поширеність ГСР значно вища серед пацієнтів, які звертаються за загальною медичною допомогою, а також серед осіб, які зазнали сексуального насильства або масових жертв, таких як війна чи стихійне лихо. На поширеність ГСР протягом життя також, як вбачається із аналізу наукових джерел, впливає стать – показник вище у жінок, ніж у чоловіків, й також вищий показник спостерігається за наявності основних факторів уразливості, таких як несприятливий досвід дитинства або супутні діагнози.

1.3. Специфіка прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій

Особливості бойової діяльності військовослужбовців полягають в активізації психічних процесів конструктивного та деструктивного характеру. До першої можна віднести стан зібраності, впевненості, підйому, готовності до виконання завдань. Почуття впевненості військовослужбовців є чи не найважливішим, оскільки воно впливає на успішне виконання діяльності, прийняття відповідальних рішень, готовність до труднощів. Оскільки виконання військового завдання, у тому числі в зоні бойових дій, вимагає пильності, активності та напруження всього організму, почуття впевненості виступає своєрідним джерелом сил та енергії. Поруч з тим, стан надмірної самовпевненості носить негативний вплив на психічний стан та професійну діяльність військовослужбовців. Така поведінка є лише демонстративною, вербальною та не має жодного професійного змісту. Не менш важливим для військової служби та бойової обстановки є стан емоційного піднесення. Таке почуття викликає зацікавленість, емоційне та моральне задоволення, натхнення та відчуття успіху в подальших виконаннях службових завдань. Тому командування частин та заступники з морально – психологічного забезпечення мають якнайдовше підтримувати цей стан у військовослужбовців для якісного виконання наказів та розпоряджень, навіть в умовах бойових дій. Умови військової діяльності та додаткові стресові фактори можуть зумовлювати виникнення деструктивних психічних станів (тривога, страх, жах, паніка, напруженість тощо). Остання часто є основним станом військовослужбовців-учасників бойових дій через різку зміну характеру діяльності (цілодобове чергування, оборона території, професійна підготовка, виконання наказів на «місцях» та ін.). Стан напруженості для різних осіб може мати гальмівний або збуджувальний характер. Проте, в будь-якому випадку, поведінка та реакція військовослужбовців на бойові накази буде порушена, а це

матиме загрозу для їх життя та побратимів. Надмірна напруженість може спричинити страх та навіть паніку. Військовослужбовці в такому стані втрачає повний контроль над власними діями та адекватну реакцію на навколишні події. Для військових командирів важливо не допустити подальше протікання таких станів через повне порушення психічних процесів. Важливою причиною попередження та усунення таких негативних проявів психіки є можливість психологічного зараження побратимів [15, с.14].

Специфіка професійної діяльності військовослужбовців полягає у:

1. діяльності в умовах, пов'язаних із небезпекою для життя і здоров'я;
2. високій відповідальності за прийняті рішення;
3. систематичному збільшенні темпу діяльності;
4. монотонності роботи із постійним очікуванням екстремальних ситуацій;
5. суміщенні різних видів діяльності, залежно від мети, цілей та характеру виконуваних дій;
6. дефіциті часу.

Гострий стресовий розлад (ГСР), який зазвичай починається одразу після травми і триває від 3 днів до 1 місяця, тоді як ПТСР триває понад 1 місяць або у вигляді продовження ГСР, або як самостійний розлад, який виникає протягом 6 місяців після травми. Крім того, ГСР повинен мати принаймні 9 із 14 симптомів ПТСР. ГСР гарно реагує на спрямовану на травму психотерапію, яка містить компоненти експозиції та/або когнітивної реструктуризації, внаслідок чого таке лікування рекомендовано для профілактики ПТСР у пацієнтів з діагнозом ГСР [10, с.266].

Незважаючи на усвідомлення того, що військовослужбовці можуть мати ризик гострих стресових реакцій під час бою, на сьогоднішній їх поширеність серед військовослужбовців, які відчувають такий тип реакції, достовірно

невідома. Як перший крок до кількісної оцінки та характеристики гострих стресових реакцій, що виникають під час бою, дослідницька група опитала солдатів із бойовим досвідом. Через відсутність підтвердженого показника гострих стресових реакцій у дослідженні проведеному зарубіжними дослідниками були поставлені питання – чи стикалися солдати з військовослужбовцем, який був настільки психічно напруженим під час значної події, пов'язаної з бойовими діями, що військовослужбовець не міг функціонувати протягом певного періоду часу під час події або мав деякі інші труднощі у виконанні.

Було представлено дві вибірки солдатів, які повідомили, що брали участь у бойових діях і пережили принаймні одну подію, пов'язану з бойовими діями (176 солдатів у дослідженні 1 і 497 солдатів у дослідженні), і виявили, що 51,7% і 42,4% солдатів, відповідно, повідомили, що стали свідками члени підрозділу відчують можливу гостру стресову реакцію. Найпоширенішим описом була нездатність функціонувати та потенційне збільшення ризику для команди, причому кожен із описів схвалили принаймні 19% вибірки, яка спостерігала можливу гострої стресової реакції у товариша по команді. Ці результати показують, що гостра стресова реакція не є рідкістю, що близько половини солдатів, які перебувають у бойових умовах із високим ризиком, можуть бути їх свідками, і що реакція може проявлятися різними способами. Працюючи з дослідниками з Армії оборони Ізраїлю, було виявлено приблизно порівнянну кількість ізраїльських солдатів, які повідомили, що вони бачили ознаки гострої стресової реакції у свого товариша по команді (29% з 1254 солдатів). Спираючись на ці первинні докази, далі опитували солдатів чи вони самі відчували гостру стресову реакцію. У пілотному дослідженні невелику кількість солдатів із попереднім досвідом бойового розгортання попросили надати

письмові описи того, як члени підрозділу відреагували на їхній можливий ГСР як у той час, так і після нього. Факти, що описують дії, вжиті під час бойової події, варіювалися від спроб заспокоїти солдата до скерування солдата та зосередження на місії. Факти, що описують дії, вжиті після події, пов'язаної з бойовими діями, включали перевірку солдата, заспокоєння солдата, ігнорування події, складання плану на наступний раз і жарт з цього приводу. У сукупності все це відображає той факт, що інші члени підрозділу були в основному обізнані про подію та що необхідність утримувати команду зосередженою на місії була першочерговою. Гостра стресова реакція характеризується миттєвим і мінливим набором психологічних і фізіологічних симптомів під час сильного стресу. Ця реакція відрізняється своїм впливом на функціонування. Хоча особа може швидко одужати, для професій, які вимагають від людей діяти під тиском, навіть короточасні перерви у функціонуванні збільшують ризик для особи, товаришів по команді та місії [26].

Факти свідчать про те, що, подібно до учасників бойових дій, перебування військового медичного персоналу в ситуаціях, що загрожують життю, збільшує ймовірність несприятливих психологічних розладів після цих травмуючих переживань. Наявність сильного відчуття сенсу та мети в сприятливому середовищі, здається, допомагає посередницьким впливом цих небезпечних і стресових подій [33].

У одному із досліджень ГСР військовослужбовців було наведено доволі цікавий термін «психічно поранений» – це учасник бойових дій, який більше не може брати участь у бойових діях через психічну (а не фізичну) слабкість. Психічні та психологічні травми рідко свідчать про постійне ослаблення, і при належному догляді їх можна повернути на лінію. (Однак ізраїльські дослідження показали, що після бойових дій психічно поранені мають сильну

схильність до більш тривалого та більш постійного виснажливого прояву посттравматичного стресового розладу). Фактична втрата може проявлятися різними способами, починаючи від афективних розладів і закінчуючи соматоформними розладами, але лікування багатьох проявів бойового стресу передбачає просто вилучення солдата з бойового середовища. Але проблема в тому, що військові не просто хочуть повернути психічно постраждалих до нормального життя, вони хочуть повернути їх до бойових дій. І ці жертви, зрозуміло, не бажають цього робити [34].

Деякі дослідники пропонують симптоми ГСР розділити на три класи: біжи, завмири, борись. Такий розподіл дає можливість зрозуміти реакцію людини на стрес та відповідно зорієнтує на застосування відповідної психотерапевтичної допомоги. Так, у теорії «триєдиного мозку» П. Макліна описано, що емоційний мозок сприяє ірраціональній поведінці людини у стресі та втраті самоконтролю.

Реакція «біжи» – уникнення місць, думок, почуттів, розмов, пов'язаних з подією; емоційне заціпеніння (обмежені, заморожені, витіснені емоції); втрата інтересу до звичайної діяльності; апатія та байдужість до життя, минулих інтересів; відстороненість від інших (відчуження, почуття самотності). За такої реакції на стрес людина втрачає контакт із собою та зовнішнім світом, який необхідно повернути. Втеча, за Мартіном Штраубе, проявляється у недовірі до оточення, зневірюються в тому, що люди можуть допомогти; людина стає покiрливою долi; ховається у собі. Травмована людина уникає дій, ситуацій, думок, спогадів, місць, спілкування, що нагадують стрес, не отримує нових вражень, уникає дружніх стосунків, підтримки, почуттів, тілесних відчуттів, розвитку.

Реакція «завмири» включає такі симптоми ГСР, як: «дисоціація» (відчуженість, емоційна глухість, дереалізація, деперсоналізація, дисоціативна амнезія), ступор, оціпеніння, регресія в минуле, в невизначеність, в ілюзію. Тож необхідно опрацювати неконструктивні переконання, що є можливим за допомогою когнітивно-поведінкової терапії.

Реакція «борись» проявляється у симптомах надмірного збудження: безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірні пильність та старт – рефлекс, повторне переживання (нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію, кошмари, інтенсивні психологічні страждання), соматичні реакції (пітливість, прискорене серцебиття, паніка у разі нагадування про травмуючу подію). Така реакція проявляється в агресивності, конфліктності, гнівливості, звинуваченні інших. Мартін Штраубе зазначив, що характерними ознаками «боротьби» є гнів, агресія, аутоагресія, страх, паніка. Доктор Донна Наказава з'ясувала, що реакція людини на стрес є сформованою в дитинстві: бігти, завмерти чи боротися. Саме тому реакція на стрес у військовослужбовців у кожному випадку буде індивідуальною [13, с. 34].

Отже, специфіка ГСР серед військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях є те, що вони знаходяться постійно або тимчасово під дією бойових стресорів, що призводять до розвитку ГСР: «бути свідком того, що хтось отримує травми вхідними або вихідними снарядами»; «перебувати в оточенні ворога»; «небезпека бути пораненим або вбитим, потрапити в засідку в інших дуже небезпечних ситуаціях»; «трупів або кров»; «запахи газів, трупів тощо»; «стресори сімейного життя»; «страх власної смерті респондента»; «неможливість змінити умови життя респондента»; «зруйновані будівлі, техніка, споруди, ландшафт»; «фізичне знищення ворога»; «гострі міжособистісні конфлікти»; «одноманітність навколишніх умов»; «стресори морально –

етичного характеру»; «незадоволені біологічні та соціальні потреби»; і «тривалі навантаження, що викликають втому». Існує також відчутна різниця між суб'єктивним сприйняттям українськими військовослужбовцями потужності бойового стресора та його реальною здатністю викликати симптоми ГСР.

1.4. Система чинників, які впливають на прояв гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій

Поняття «гострий стресовий розлад» використовується для позначення психічного розладу та неврозу, який виникає внаслідок однієї або декількох стресових подій. У військовослужбовців поштовхом для його виникнення є низка факторів: відчуття загрози для життя (страх смерті, болю), психоемоційний стрес – загибель побратимів, відсутність сну, харчування, постійні обстріли та руйнування. Під час стресової події військовий відчуває страх та втрату самоконтролю.

Особливістю виникнення такого розладу є часовий проміжок – 72 години з моменту переживання стресової події. Найбільший ризик такого розладу у тому, що тривале перебування в гострому стресовому стані сприяє розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який може проявлятися навіть через 5, 10, 15 років після психотравми.

Основні ознаки ГСР у військовослужбовців:

1. повторне переживання – нав'язливі спогади про травмуючу подію, нічні кошмари, психологічні страждання, соматичні реакції (пітливість, паніка, прискорене серцебиття при нагадування);
2. надмірне збудження – безсоння, дратівливість, проблеми з концентрацією уваги, надмірна настороженість;

3. емоційне заціпеніння – уникання місць, думок, почуттів, що пов'язані з цією подією, обмежені емоції, почуття відстороненості;

4. дисоціативні симптоми – відчуження, дереалізація, деперсоналізація, дисоціативна амнезія [25, с. 204].

На війні людина є не лише свідком насильства, а й активним учасником цього процесу. Яким чином це впливає на психіку людини вже давно є предметом досліджень [7; 18; 21].

У складних умовах проведення силами спецоперації, яка проходить у східних регіонах України, на її учасників діє комплекс інтенсивних стресогенних факторів тривалої дії. Діапазон впливу факторів війни на учасника бойових дій надзвичайно широкий. Водночас пом'якшені та відстрочені наслідки війни мають значно більший масштаб, впливаючи не лише на психофізичне здоров'я учасника бойових дій, а й на його психологічну рівновагу, світогляд, стійкість ціннісних орієнтацій тощо. Військовослужбовці, які прибувають до зони бойового зіткнення, зазнають численних психо – фізіологічних травматизацій. Адже до тилкових службових обов'язків додається постійна загроза життю і здоров'ю, негайне виконання бойових наказів, одночасне використання зброї та слідування за стратегією бою, швидка зміна бойової обстановки, погодно – кліматичні умови, відсутність сну та звичних санітарно – гігієнічних умов, зміна харчування та мінімізація відпочинку. Екстремальні умови несення служби посилюються такими кризовими подіями, як: спостереження за каліцтвами, пораненнями побратимів та жорстокими картинами гибелі ворога, бажанням помститись та страх власної смерті, відчуттям громадянського, чоловічого, військового обов'язку та постійним сумом за близькими.

Сама ж активність військовослужбовців та чітка усвідомленість їх дій в бою залежить від двох чинників:

1) зовнішніх – підтримка та повага суспільства, підтримка та розуміння сімей військовослужбовців специфіки їх діяльності, довірливі стосунки з командиром в межах чіткої субординації, проведення успішного бойового злагодження, чітке розуміння військових обов'язків і особистих завдань, вдале користування зброєю та військовою спеціальною технікою, налагоджена комунікація між всіма членами військового бойового підрозділу, які базуються на підтримці, дружбі і довірі;

2) внутрішніх – мотивація до виконання будь-яких завдань, чітке усвідомлення власної ролі та місії в даному підрозділі та збройного конфлікту загалом, адаптивність до незвичних, часом екстремальних умов, перевага окремого типу нервової системи та особливості когнітивної та емоційної сфери.

Наведена вище структуризація чинників впливу на бойовий дух військовослужбовців пояснює їх конструктивний вплив на психологічне здоров'я. В протилежному випадку, якщо будь-який з чинників матиме деструктивний зміст (буде відсутнім або діятиме з негативним забарвленням), – це буде впливати на боєздатність військовослужбовців – учасників бойових дій. Варто зазначити, чим більше таких факторів буде нівельовано або негативно сформовано, тим сильнішим буде такий вплив [9, с.82].

Виникнення бойового стресу зумовлюється трьома групами факторів.

Перша група містить фактори, пов'язані з полем бою (співвідношення сил атаки та оборони, загальні умови на полі бою. Ситуація, що характеризується однаковими силами атаки та оборони (живою силою та матеріальним

потенціалом), має однаково травматичний вплив на обидві сторони. Конфлікт атакуючої сили, набагато потужнішої за атакуючу, також буде набагато травматичнішим для останньої.

Наступна група включає фактори подолання стресу, які, сприяючи добре проведеній профілактиці, можуть досить зменшити наслідки травматичних подій на полі (особливо у випадку гострого бойового стресу та посттравматичного стресового розладу. Якісна профілактика бойового стресу вимагає систематичних зусиль, спрямованих на посилення особистих, підрозділових і соціальних факторів подолання (де важливу роль відіграють психологи підрозділу).

Фактори лідерства становлять останню групу факторів, з особливим наголосом на командирах підрозділів, командуванні на полі бою та старших і вищих штабах. Якісна підготовка та профілактика бойового стресу командиром підрозділу, командуванням та штабом істотно сприятиме мінімізації негативних наслідків травматичних подій на полі бою. У важких бойових умовах учасники бойових дій, керовані природно активованими психологічними механізмами захисту/подолання, проходять і оцінюють ситуацію на полі бою. Умови, які сприймаються як серйозна загроза життю, призведуть до серії бойових стресових реакцій, які можна розділити на три основні групи: психологічні реакції (когнітивні, емоційні, мотиваційні), фізіологічні реакції (сенсорні реакції, реакції травної системи, реакції серцево-судинної системи, респіраторні та реакції м'язової системи) та поведінкові реакції (спрямовані на бойових учасників, командирів, членів родини, друзів тощо) [42, с. 192].

Також до факторів відносять досвід учасника в бойових діях.

Бойові ситуації включають три різні типи бойових стресорів:

а) психологічні стресори;

- б) фізичні стресори;
- в) фізіологічні стресори.

Психологічні стресори погіршують психологічний стан солдата, який потім проявляється як когнітивні стресори (сенсорне перевантаження проти депривації, інформаційне перевантаження проти нестачі, неоднозначні ситуації, ізоляція, важкий вибір) або емоційні стресори (страх, занепокоєння, образа, гнів).

Фізичні стресори також підривають стійкість солдата, таким чином прокладаючи шлях до боротьби зі стресовими реакціями (наприклад, спека, холод, вологість, вибухи, вібрація, шум).

Фізіологічні стресори (наприклад, депривація сну, зневоднення, погані гігієнічні умови, фізичне виснаження, погане харчування) руйнують стійкість солдатів до травм. Наражаючись на загрозу життю на полі бою, учасники бойових дій відчують страх смерті або важких поранень, особливо під час тривалих операцій. Такі умови призводять до інтенсивного внутрішнього психологічного конфлікту між інстинктом виживання та відданістю солдатським обов'язкам. У надзвичайно небезпечних ситуаціях, позбавлені соціальної підтримки, солдати сприймають та візуалізують неминучу загрозу смерті, що призводить до високого рівня стресу та тривоги та відчуття безпорадності. Реакції бойового стресу є природним результатом цього [42, с. 198].

Особливої уваги потребує визначення особливостей військової служби, як екстремальної військово-професійної діяльності, у Збройних Силах України. Військова служба визначається як один із найскладніших, екстремальних, суспільно значущих видів діяльності, що висуває до особистості особливі вимоги. Професійна діяльність військовослужбовців передбачає виконання ними функцій, пов'язаних із високою оперативністю, динамічністю дій

підрозділів, обслуговуванням і використанням складної сучасної техніки, автоматизованих систем управління, систем обробки інформації. Отже, можна стверджувати, що військова служба – діяльність в особливих умовах [6, с. 26].

Так, слід виокремити такі ознаки професійної діяльності військовослужбовців:

- раптовість, несподіваність виникнення та розгортання; певна загроза нормальній життєдіяльності і здоров'ю індивіда;
- незвичність і новизна ситуацій;
- невизначеність (повна або часткова відсутність інформації, її нестача, суперечливість бойової обстановки);
- надмірність інформації (у разі перевищення кількості інформації про певні події, явища виникає необхідність глибокого і точного їх аналізу та вироблення адекватних висновків);
- наявність дефіциту часу (на аналіз, оцінювання обстановки, прийняття рішення і виконання конкретних дій порівняно зі звичними умовами діяльності, військовослужбовцям надається дуже мало часу);
- відповідальність (за виконання наказів і розпоряджень);
- наявність тривалих труднощів, дискомфорту, а іноді й поневірянь, яких зазнають військовослужбовці через відсутність належних для успішної життєдіяльності умов. При цьому слід зазначити, що умови діяльності військовослужбовців, їх негативні впливи виявляються в загальній дезорганізації поведінки, гальмуванні раніше напрацьованих навичок, неадекватних реакціях на зовнішні подразники, труднощах у розподілі уваги, звуженні обсягу уваги та пам'яті, імпульсивних діях [6, с. 27].

Факторами ризику гострого стресового розладу у військовослужбовців є також наявний у минулому психічний розлад, безпосередній вплив травми та поранення [50].

Враховуючи вище викладене, слід позначити, що визначені чинники виникнення ГСР у військовослужбовців в умовах бойових дій є доволі різноманітними та можуть обумовлюватися як характером та умовами несення військової служби, так і самою особистістю військовослужбовця.

Оперативна служба, будь то військова чи миротворча, є надзвичайно стресовим середовищем, яке може викликати приховані проблеми з психічним здоров'ям або створити нові проблеми, включаючи, але не обмежуючись, депресію, тривогу та посттравматичний стресовий розлад [28].

Оцінка впливу травматичних подій під час військової служби або в охоплених війною районах є важливою і часто складною частиною клінічної оцінки. Перебування в умовах війни в минулому збільшує ймовірність травматичних подій. Крім того, колишній вплив травматичних подій або минулий посттравматичний стресовий розлад може збільшити ймовірність поточного травматичного стресового розладу внаслідок нового впливу. Особи, які походять з націй з минулою або поточною історією війни та воєнних жорстокостей, можуть мати значний вплив на травматичні події. Ті, хто служить у військах підтримки в тиллових районах, а також бойові частини вразливі до нападів та інших небезпечних для життя подій; ті, хто служить в армії або бере участь у гуманітарній допомозі, могли стати свідками масової загибелі та самі померти, а також можуть мати високий рівень ГСР та ПТСР.

Військовослужбовці також можуть брати участь або бути свідками нещасних випадків, пов'язаних із навчанням, включаючи аварії транспортних засобів або авіакатастрофи. Для тих, хто проходив військову службу, часто

корисно почати оцінку з вивчення того, чому пацієнт пішов на військову службу та що він або вона сподівався зробити. Конкретні дані, які необхідно зібрати, які можуть допомогти в оцінці впливу травматичних подій, включають тривалість служби (і те, чи була ця тривалість часу перерваною чи безперебійною), наявність чи відсутність будь-яких дисциплінарних стягнень та отримані військові нагороди. Слід також запитати пацієнта, чи направляли його коли – небудь на консультацію щодо вживання алкоголю чи інших психоактивних речовин, консультацію щодо насильства в сім'ї чи психіатричне обстеження. Якщо під час служби у пацієнта була сім'я, важливо дослідити частоту та наслідки розлучення з сім'єю для військовослужбовця, дружини та дітей. З військовослужбовцями або ветеранами, які повідомляють, що брали участь у бойових діях, необхідно отримати опис місця та подій. Часто корисно отримати копії службових свідоцтв, щоб перевірити бойове опромінення. Бути свідком жорстокості, бачити смерть дітей, бачити вбитих і поранених друзів і відчувати відповідальність за смерть друга є особливо тривожними елементами деяких бойових і військових умов як для військових, так і для цивільних осіб. Як і в усіх травмах, середовище відновлення (тобто те, чи привітно чи соромно ставляться до нього сім'я, друзі та нація) відіграє велику роль у тому, як пригадується цей досвід і як він керується. Деякі особи раніше жили в зонах бойових дій або служили членами військових, воєнізованих чи повстанських підрозділів до імміграції. Деякі також могли бути жертвами тортур, жорстокого поводження або зґвалтування під час війни. Особи, які, можливо, служили при режимах, які підтримували сильну антиамериканську політику, можуть побоюватися наслідків з боку несимпатичної країни [60].

Військовослужбовці піддаються більшому ризику певних психологічних розладів, ніж цивільне населення, зокрема гострого стресового розладу пов'язаного із участю у бойових діях та посттравматичного стресового розладу.

До факторів, які пом'якшують вплив деяких стресорів на військовослужбовців, слід віднести наступні:

- наявність спеціалізованої підготовки з управління стресом, технік виживання та стратегій подолання гострих стресових реакцій та стресу в цілому;

- злагоджена діяльність військового керівництва щодо підтримки бойового духу, налагодження товариських стосунків у колективі військовослужбовців;

- фізичні вправи та фізична підготовка.

Дослідження взаємозв'язків між здоровою поведінкою та психологічними розладами вказує на те, що залучення до здоров'я зберігаючих форм поведінки може сприяти покращенню симптомів психічного здоров'я.

РОЗДІЛ 2

ОСОБЛИВОСТІ ПОДОЛАННЯ ПРОЯВУ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ В УМОВАХ БОЙОВИХ ДІЙ

2.1. Методи та процедура дослідження особливостей прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій

Для більш ґрунтовного аналізу теоретичних положень та визначення особливостей прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій, на наступному етапі роботи було проведено емпіричне дослідження.

Емпіричне дослідження проходило у **три етапи**.

На початковому етапі дослідження були підібрані методики для визначення особливостей прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій.

Практичний етап охоплював основне тестування військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій.

На завершальному етапі була проведена обробка та аналіз результатів дослідження рівня прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій.

Мета емпіричного дослідження – встановити рівень гострого стресового розладу у військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій та визначити чинники, які впливають на його прояв.

Основні завдання емпіричного дослідження:

1. Встановити рівень прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій.
2. Визначити систему чинників, які впливають на рівень гострого стресового розладу у військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій.

Проаналізувавши діагностичний інструментарій, для нашого дослідження ми обрали ряд методик, які найбільш ефективно дають можливість встановити рівень гострого стресового розладу у військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій, та визначити чинники, які впливають на його прояв.

Так, для виконання першого завдання (встановити рівень гострого стресового розладу у військовослужбовців) нами було використано набір методик, рекомендованих в Інструкції з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України, затвердженій Наказом Генерального штабу Збройних Сил України від 27.12.2018 № 462 [8] та спрямованих на визначення впливу травматичної події, тривоги, агресивності та депресії, а також для оцінки посттравматичних реакцій.

1. Опитувальник первинного психологічного скринінгу. Використовується у відповідності з нормами положень Інструкції до Наказу Генерального штабу Збройних Сил України від 27.12.2018 № 462 [8].

Опитувальник первинного психологічного скринінгу

Інструкція: цей опитувальник потрібен для найкращого розуміння Вашого психологічного стану. Ваша відвертість нам дуже допоможе. Прочитайте уважно кожне з наведених нижче тверджень і виділіть той варіант відповіді, який Вам найбільше підходить. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних або неправильних відповідей немає.

Реєстраційний бланк

ПІБ (повністю) _____

Дата обстеження _____

Вік _____

Стать _____

Посада (підрозділ) _____

Спеціальність _____

Військове звання _____

1. Чи брали безпосередню участь у бойових діях, перебували під обстрілами?

а) так; б) ні.

2. Останнє бойове зіткнення сталося:

а) не було; б) місяць тому; в) три місяці тому; г) півроку тому; ґ) більше ніж півроку тому.

3. Чи були у вашому підрозділі безповоротні втрати не пов'язані з веденням бойових дій?

а) так; б) ні.

4. Чи були у вашому підрозділі безповоротні втрати пов'язані з веденням бойових дій?

а) так; б) ні.

5. Які прояви на стрес були протягом першої доби особисто у Вас:

а) тремор (тремтіння рук, ніг або інших частин тіла); б) агресія; в) неможливість заснути; г) нав'язливі думки, нав'язливі спогади; ґ) апатія; д) дратівливість; е)

бажання вжити алкоголь чи наркотичні речовини; є) конфліктність; ж) не було.

6. Які прояви залишилися до цього часу?

а) тремор (тремтіння рук, ніг або інших частин тіла); б) агресія; в) неможливість заснути; г) нав'язливі думки, нав'язливі спогади; г) апатія; д) дратівливість; е) бажання вжити алкоголь чи наркотичні речовини; є) конфліктність; ж) не залишилися.

7. Ваші сімейні відносини за час проходження служби: а) покращилися; б) залишилися стабільними; в) погіршилися; г) стосунки розірвані.

8. Вкажіть причини, за яких Ви порушили військову дисципліну:

а) сімейні негаразди; б) відносини у військовому колективі; в) відносини з командирами (начальниками); г) незадоволеність військовою спеціальністю (посадою); г) незадоволеність рівнем дотримання соціальних гарантій (фінансове та матеріально технічне забезпечення та ін.) д) інше; е) немає таких причин.

9. Вкажіть фактори, які заважали Вам повноцінно проходити військову службу?

а) відсутність повноцінного сну; б) фізична втома; в) захворювання; г) погане харчування; г) незадовільні побутові умови; д) відсутність можливості якісного дотримання гігієни; е) нічого не заважало.

Примітка. Анкетування особового складу дозволить отримати первинні висновки психологічної травмованості підрозділу та виявити чинники, що негативно впливають на психологічний стан військовослужбовців для надання подальших рекомендацій командирам та психологам військової частини (підрозділу).

2. *Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)* – для визначення рівня використовується відповідний бланк опитувальника [1]. Для інтерпретації результатів слід скористатися Додатком 2 Інструкції до Наказу Генерального штабу Збройних Сил України від 27.12.2018 № 462 [8] , а саме визначеними у пункті 1 підпункту «а», у пункті 2 підпункту «г», у пункті 5 підпунктів «а, в, г, г», у пункті 6 підпунктів «а, в, г, г». Якщо зазначені пункти

будуть відмічені військовослужбовцем, потрібно продовжити подальше дослідження на посттравматичний стресовий розлад та депресивний стан. Але з деякими відмінностями у пункті 2 брати до уваги підпункти «б» і «в», оскільки це той період («вихід з позицій в районі ведення бойових дій») коли можна стверджувати що мають місце саме ознаки гострого стресового розладу, якщо відповідають «г» – то це вже період посттравматичного стресового розладу.

Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)

Результат слід вважати «позитивним», якщо респондент відповів «так» на будь-які три або більше запропоновані варіанти. Позитивна відповідь не обов'язково означає, що респондент має посттравматичний стресовий розлад, але вказує, що може мати ознаки ПТСР або проблеми пов'язані з травмою і повинна бути проведена подальша психодіагностика.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____
 Вік _____
 Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____
 Військове звання _____

Інструкція: нижче наведено перелік відчуттів та станів, які військовослужбовці іноді мають після виконання службових обов'язків, участі в бойових діях та операціях. Будь ласка, уважно прочитайте кожен пункт і обведіть твердження ТАК чи НІ, яке збігається з вашим станом і відчуттями протягом поточного місяця

У Вашому житті коли-небудь траплялася подія, настільки страшна, що протягом останніх 30 днів:

1. Вам снилися кошмари або Ви постійно проти своєї волі думали про цю подію?

ТАК

НІ

2. Ви докладали зусиль до того, щоб не думати про нього або спеціально уникали ситуацій, які нагадували Вам про цю подію?

ТАК

НІ

3. Ви були постійно насторожі і здригалися з кожного приводу?

ТАК

НІ

4. Відчували себе спустошеним або відрізаним від інших людей, занять або зовнішнього світу?

ТАК

НІ

Результат слід вважати «позитивним», якщо респондент відповів «так» на будь-які три або більше запропоновані варіанти. Позитивна відповідь не обов'язково означає, що респондент має посттравматичний стресовий розлад, але вказує, що може мати ознаки посттравматичного стресового розладу або проблеми, пов'язані з травмою, а тому має бути проведено подальшу психодіагностику.

Для виконання другого завдання (визначити систему чинників, які впливають на рівень гострого стресового розладу у військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій) було використано наступну методику.

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. *Mississippi Scale*) – клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі ММРІ. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення», 11 симптомів другої шкали описують

симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості». П'ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальні схильності [1, с. 160]. Використання цієї методики допускається для визначення ознак гострого стресового розладу за умови дотримання часового проміжку – до 1 місяця з моменту виникнення психічної травми, згідно класифікації гострих стресових реакцій та часових проміжків, які впливають на визначення симптомів гострого стресового розладу або посттравматичного розладу, розробленої [Israel Trauma Coalition](#). На ефективність цієї методики для визначення рівня ознак гострого стресового розладу у військовослужбовців та подальшого розвитку посттравматичних стресових реакцій, також вказують ряд іноземних досліджень [32; 41; 45].

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)

Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (англ. Mississippi Scale) - клінічна тестова методика, розроблена в 1987 році Т.М. Кеапе зі співавторами, для діагностики посттравматичних стресових розладів (ПТСР) у військовослужбовців, які виконували завдання в зоні бойових дій. Створена на основі MMPI. 30 питань утворюють три основні шкали, які співвідносяться з трьома групами симптомів ПТСР: 11 питань першої шкали описують симптоми групи «вторгнення», 11 симптомів другої шкали описують симптоми групи «уникнення», 8 питань третьої шкали описують симптоми «збудливості». П'ять питань, що залишилися, описують симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальні схильності.

Реєстраційний бланк

П.І.Б. (повністю) _____
 Дата обстеження _____
 Вік _____

Стать _____
 Посада (підрозділ) _____
 Спеціальність _____
 Військове звання _____

Інструкція: «Нижче наводяться твердження, що узагальнюють різний досвід людей, які брали участь у бойових діях. У кожного твердження є шкала від «1» до «5». Користуючись даною шкалою, вкажіть, в якій мірі Ви згодні або не згодні з даним твердженням. Оберіть тільки один варіант відповіді на кожне твердження, взявши в кружечок цифру у відповідній клітинці».

Таблиця 2.1

**«Бланк опитувальника за Міссісіпською шкалою посттравматичного
 стресового розладу»**

Твердження	Абсолютно невірно	Іноді невірно	У деякій мірі вірно	Вірно	Абсолютно вірно
<i>До служби в армії, у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.</i>	1	2	3	4	5
<i>Я не відчуваю провини за те, що робив під час служби в армії</i>	1	2	3	4	5
<i>Якщо хтось виведе мене з себе, я швидше за все застосую фізичну силу</i>	1	2	3	4	5
<i>Якщо трапляється щось, що нагадує мені про військову</i>	1	2	3	4	5

<i>службу, я дуже засмучуюсь</i>					
<i>Люди, які добре мене знають, бояться мене</i>	1	2	3	4	5
<i>Я здатний емоційно зближуватися з іншими людьми</i>	1	2	3	4	5
<i>Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні</i>	1	2	3	4	5
<i>Коли я згадую деякі речі, які я робив в армії, мені не хочеться жити</i>	1	2	3	4	5
<i>Зовні здається, ніби у мене немає почуттів</i>	1	2	3	4	5
<i>Продовження таблиці 2.1</i>					
<i>Останнім часом я відчуваю, що хочу вбити себе</i>	1	2	3	4	5
<i>Я засинаю, сплю і прокидаюся лише тоді, коли дзвонить будильник</i>	1	2	3	4	5
<i>Я задаю собі питання, чому я досі живий, коли інші загинули на війні</i>	1	2	3	4	5
<i>Перебуваючи в певних ситуаціях, я відчуваю себе так, ніби я знову в армії</i>	1	2	3	4	5
<i>Мої сни настільки</i>	1	2	3	4	5

<i>реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе не спати</i>					
<i>Я відчуваю, що більше не можу</i>	1	2	3	4	5
<i>Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають</i>	1	2	3	4	5
<i>Я все ще люблю робити багато речей, які мені подобалися раніше</i>	1	2	3	4	5
<i>Мої фантазії і сни дуже реалістичні і страшні</i>	1	2	3	4	5
<i>Продовження таблиці 2.1</i>					
<i>Мені легко було зберегти роботу після того, як я звільнився з армії</i>	1	2	3	4	5
<i>Мені важко зосередитися на виконанні завдань</i>	1	2	3	4	5
<i>Я плачу без поважної причини</i>	1	2	3	4	5
<i>Мені подобається товариство інших людей</i>	1	2	3	4	5
<i>Мене лякають мої прагнення і бажання</i>	1	2	3	4	5
<i>Я легко засинаю вночі</i>	1	2	3	4	5

<i>Від несподіваних звуків я здригаюся</i>	1	2	3	4	5
<i>Ніхто не розуміє, що я відчуваю, навіть моя родина</i>	1	2	3	4	5
<i>Я людина спокійна, врівноважена</i>	1	2	3	4	5
<i>Я відчуваю, що є певні речі, які я робив в армії, про які я ніколи не зможу нікому розповісти, тому що цього нікому не зрозуміти</i>	1	2	3	4	5
<i>Були випадки, коли я вживав алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути</i>	1	2	3	4	5
<i>Продовження таблиці 2.1</i>					
<i>Я почуваюся комфортно, коли знаходжусь у натовпі</i>	1	2	3	4	5
<i>Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібні повсякденні речі</i>	1	2	3	4	5
<i>Я боюся лягати спати</i>	1	2	3	4	5
<i>Я намагаюся триматися подалі від усього, що може нагадати про те, що сталося під час моєї служби в армії</i>	1	2	3	4	5

<i>Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше</i>	1	2	3	4	5
<i>Мені важко висловлювати свої почуття навіть людям, які мені небайдужі</i>	1	2	3	4	5

«Ключ»

Відповідь

Номера тверджень

Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$):

1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35

Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$):

2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Обробка результатів

Загальний бал: $\Sigma 1 + \Sigma 2$.

Оцінка за кожним пунктом – від одного до п'яти балів.

Підраховується сума відповідей на твердження (сумуються відповіді респондента на «прямі» твердження і відповіді за «зворотними» твердженнями, перекодовані наступним чином: відповіді респондента – 1, 2, 3, 4, 5; перекодовані відповіді – 5, 4, 3, 2, 1).

Сума пунктів, які рахуються в прямих значеннях ($\Sigma 1$): 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 23, 25, 26, 28, 29, 31, 32, 33, 35

Сума пунктів, які рахуються у зворотних значеннях ($\Sigma 2$): 2, 6, 11, 17, 19, 22, 24, 27, 30, 34

Інтерпретація результатів

Отримана сума дозволяє поділити досліджуваних на тих, які мають ПТСР і тих, які не мають ПТСР.

Застосовне в практиці військових психологів:

Добре адаптовані військовослужбовці – 76 ± 18

Мають ознаки психічного розладу – 86 ± 26

ГСР (до 1 місяця після травмуючої події опитування)/ ПТСР - 130 ± 18

2.2. Аналіз результатів дослідження особливостей прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій

Особливості бойової діяльності військовослужбовців полягають в активізації психічних процесів конструктивного та деструктивного характеру. Тому важливо визначити які саме чинники мають конкретний вплив на психоемоційний стан військовослужбовця.

У даному дослідженні ми визначили, що специфікою ГСР серед військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях є те, що вони знаходяться постійно або тимчасово під дією бойових стресорів, що призводять до розвитку ГСР: «бути свідком того, що хтось отримує травми вхідними або вихідними снарядами»; «перебувати в оточенні ворога»; «небезпека бути пораненим або вбитим, потрапити в засідку в інших дуже небезпечних ситуаціях»; «трупи або кров»; «запахи газів, трупів тощо»; «стресори сімейного життя»; «страх власної смерті респондента» та інші.

У нашому дослідженні ми розцінюємо – щоденну діяльність у районах ведення бойових дій як таку, що носить високий ризик гострого стресового розладу.

Ми згрупували основні ознаки ГСР у військовослужбовців:

Група 1. повторне переживання – нав'язливі спогади про травмуючу подію, нічні кошмари, психологічні страждання, соматичні реакції(пітливість, паніка, прискорене серцебиття при нагадування);

Група 2. надмірне збудження – безсоння, дратівливість, проблеми з концентрацією уваги, надмірна настороженість;

Група 3. емоційне заціпеніння – уникання місць, думок, почуттів, що пов'язані з цією подією, обмежені емоції, почуття відстороненості;

Група 4. дисоціативні симптоми – відчуження, дереалізація, деперсоналізація, дисоціативна амнезія

Загальна кількість досліджуваних 102 військовослужбовці підрозділів сил територіальної оборони України, які мали досвід перебування в зоні бойових дій та мали останнє бойове зіткнення у строк до 1 (одного) календарного місяця на момент опитування.

Була сформована гіпотеза про те, що є зв'язок між визначеними групами ознак гострого стресового розладу та проявами гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій.

Аналіз результатів дослідження за методикою «Опитувальник первинного психологічного скринінгу»:

Виділення у пункті 1 підпункту «а», у пункті 2 підпункту «г», у пункті 5 підпунктів «а», «в», «г», «г», у пункті 6 підпунктів «а», «в», «г», «г». Якщо зазначені пункти будуть відмічені військовослужбовцем, потрібно продовжити подальше дослідження на посттравматичний стресовий розлад та депресивний стан.

Чи брали безпосередню участь у бойових діях, перебували під обстрілами?

102 відповіді

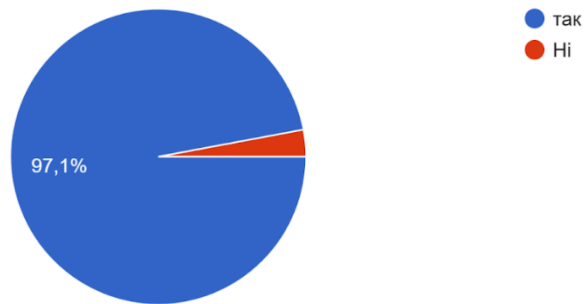


Рис. 2.1 «Відсотковий розподіл відповідей до пункту 1 Опитувальника первинного психологічного скринінгу»

У пункті 1 підпункт «а» – відмітили 97,1% респондентів (99 осіб).

Останнє бойове зіткнення сталося:

102 відповіді

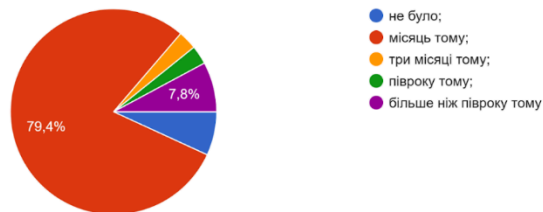


Рис. 2.2 «Відсотковий розподіл відповідей до пункту 2 Опитувальника первинного психологічного скринінгу»

У пункті 2 підпункт «г» відмітили 79, 4% (81 особа), що дає нам змогу говорити про те, що у зазначених респондентів можуть бути ознаки гострого стресового розладу, та відповідно вказує на необхідність подальшої психодіагностики.



Рис. 2.3 «Відсотковий розподіл відповідей до пункту 5 Опитувальника первинного психологічного скринінгу»

У пункті 5 підпункти «а» – 25,5% (26 осіб), «в» – 40,2% (41 особа), «г» – 15,7% (16 осіб), «г» – 16,7% (17 осіб).



Рис. 2.4 «Відсотковий розподіл відповідей до пункту 6 Опитувальника первинного психологічного скринінгу»

У пункті 6 підпунктів «а» – 10,8% (11 осіб), «в» – 26,5% (27 осіб), «г» – 16,7% (17 осіб), «г» – 12,7% (13 осіб).

Виділення у пункті 3 підпункту «а», у пункті 4 підпункту «а», дозволить виявити особовий склад, який потребує подальшого вивчення щодо наявності в них психологічних проблем після втрати товариша по службі.

Чи були у вашому підрозділі безповоротні втрати не пов'язані з веденням бойових дій?
102 відповіді

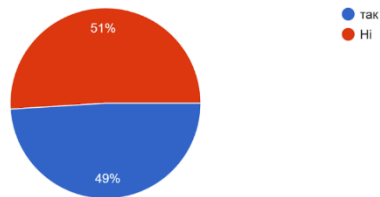


Рис. 2.5 «Відсотковий розподіл відповідей до пункту 3 Опитувальника первинного психологічного скринінгу»

У пункті 3 підпункту «а» – 49% (50 осіб) відповіли ствердно.

Чи були у вашому підрозділі безповоротні втрати пов'язані з веденням бойових дій?
101 відповідь

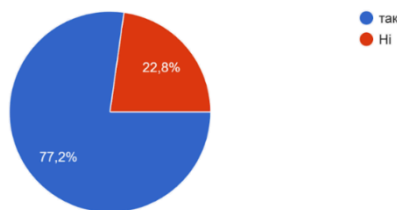


Рис. 2.6 «Відсотковий розподіл відповідей до пункту 4 Опитувальника первинного психологічного скринінгу»

У пункті 4 підпункту «а» – 77,2 % (78 осіб) відповіли ствердно.

Виділення у пункті 5 підпунктів «б», «д», «е», «є», у пункті 6 підпунктів «б», «д», «е», «є» дозволяє виявити у військовослужбовця проблеми з контролем

своїх негативних психологічних станів, які потребують подальшого контролю з боку психолога підрозділу.

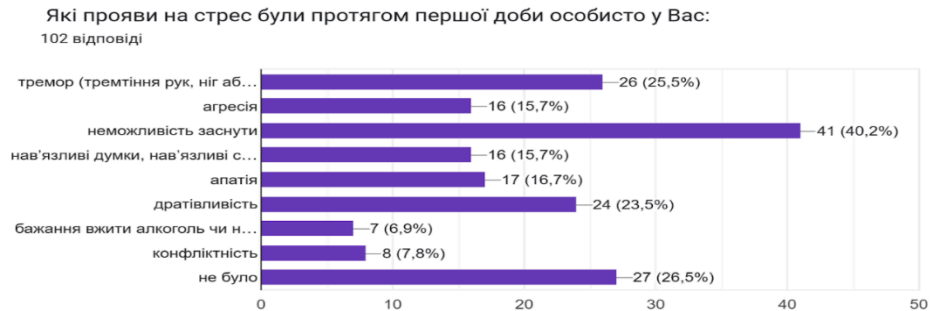


Рис. 2.7 «Відсотковий розподіл відповідей до пункту 5 Опитувальника первинного психологічного скринінгу»

У пункті 5 підпунктів «б» – 15,7% (16 осіб), «д» – 16,7% (17 осіб), «е» – 23,5% (24 особи), «є» – 6,9% (7 осіб).



Рис. 2.8 «Відсотковий розподіл відповідей до пункту 6 Опитувальника первинного психологічного скринінгу»

У пункті 6 підпунктів «б» – 8,8% (9 осіб), «д» – 12,7% (13 осіб), «е» – 16,7% (17 осіб), «є» – 2,9% (3 особи).

Виділення в пункті 7 підпунктів «в», «г» дозволяє надати рекомендації психологу для врахування в подальшій роботі фактору сімейних проблем.



Рис. 2.9 «Відсотковий розподіл відповідей до пункту 7 Опитувальник первинного психологічного скринінгу»

На проблеми у сімейних відносинах вказали в сукупності – **16 осіб, 15,6%** загальної кількості респондентів.

Варіанти відповідей, визначених у пункті 8, дозволяють виявити соціальні стрес фактори, що здійснюють деструктивний вплив на поведінку військовослужбовця, з метою надання рекомендацій психологу підрозділу для проведення подальшої психокорекційної роботи.



Рис. 2.10 «Відсотковий розподіл відповідей до пункту 8 Опитувальника первинного психологічного скринінгу»

Більшість респондентів вказали на відсутність таких причин (**80,4%**), проте **10,8 %** не конкретизували що саме могло бути причиною порушення дисципліни.

Варіанти відповідей, визначених у пункті 9, дозволяють виявити фізіологічні фактори, які деструктивно впливають на психічний стан військовослужбовця, з метою надання рекомендацій психологу підрозділу для проведення подальшої психокорекційної роботи.



Рис. 2.11 «Відсотковий розподіл відповідей до пункту 1 Опитувальник первинного психологічного скринінгу»

На гістограмі видно, що серед фізіологічних факторів, які впливають на психічний стан військовослужбовця визначені: відсутність повноцінного сну (13,7% відповідей), фізична втома (22,5 % відповідей), наявність захворювань (20,6% відповідей). В меншій ступені – це, погане харчування (2% відповідей), незадовільні побутові умови (1% відповідей), відсутність можливості якісного дотримання гігієни (2,9% відповідей).

Висновки: 37 респондентів мають ознаки гострого стресового розладу та потребують подальшої діагностики.

Аналіз результатів дослідження за методикою «Первинний скринінг посттравматичного стресового розладу»:

Умови, за яких проводилось опитування: військовослужбовці сил територіальної оборони, які брали участь в бойових діях за такий період часу – до одного календарного місяця з моменту останнього бойового виходу на момент опитування. Можливість встановлення на основі методики ознак гострого стресового розладу саме у зв'язку із описаним часовим проміжком та можливою участю таких військовослужбовців у подальшій бойовій діяльності.

Чи снилися вам жахи або ви постійно проти своєї волі думали про цю подію?
102 відповіді

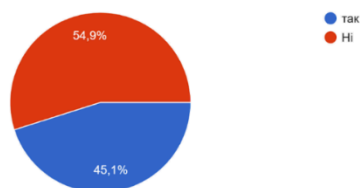


Рис. 2.12 «Відсотковий розподіл відповідей до питання 1 Опитувальника Первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу»

Відповідь «ні» надали – 56 респондентів, «так» – 46 респондентів.

Чи докладали ви зусилля до того, щоб не думати про цю подію або спеціально уникали ситуацій, які б нагадували вам про цю подію?

102 відповіді

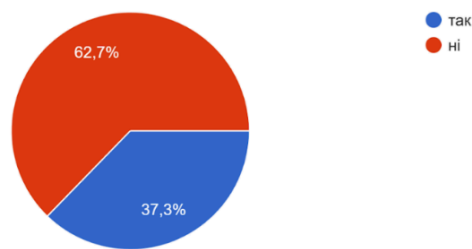


Рис. 2.13 «Відсотковий розподіл відповідей до питання 2 Опитувальника Первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу»

Відповідь «ні» надали – 64 респонденти, «так» – 38 респондентів.

Ви були у постійному очікуванні чогось поганого і здригалися з кожного приводу?

100 відповідей

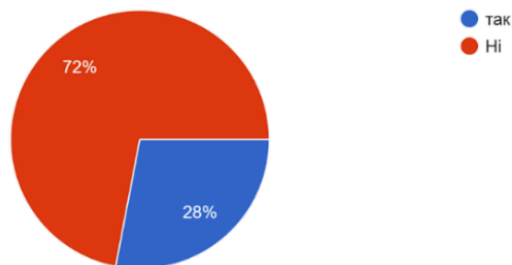


Рис. 2.14 «Відсотковий розподіл відповідей до питання 3 Опитувальника Первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу»

Відповідь «ні» надали – 72 респонденти, «так» – 28 респондентів. 2 респондентів не відповіли на питання.

Чи відчували ви себе спустошеним або відірваним від інших людей, занять або зовнішнього світу?
98 відповідей

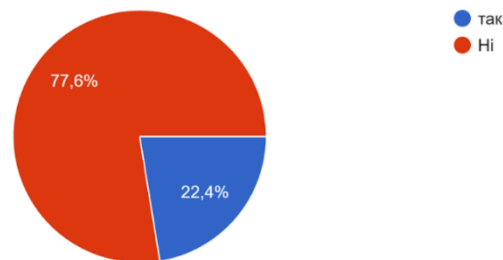


Рис. 2.15 «Відсотковий розподіл відповідей до питання 4 Опитувальника Первинного скринінгу посттравматичного стресового розладу»

Відповідь «ні» надали – 76 респондентів, «так» – 22 респонденти. 4 респонденти не відповіли на питання.

Висновки: Серед опитаних респондентів виявлено 37 осіб, які мають ознаки гострого стресового розладу та для яких рекомендовано провести подальшу психодіагностику.

Аналіз результатів дослідження за методикою «Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (військовий варіант)»:

Умови, за яких проводилось опитування: військовослужбовці сил територіальної оборони, які брали участь в бойових діях за такий період часу –

до одного календарного місяця з моменту останнього бойового виходу на момент опитування. Можливість встановлення на основі методики ознак гострого стресового розладу саме у зв'язку із описаним часовим проміжком та можливою участю таких військовослужбовців у подальшій бойовій діяльності.

Таблиця 2.2

«Оцінка посттравматичних (травматичних) реакцій за Mississippi Scale»

<i>Вибірка</i>	<i>Оцінка посттравматичних (травматичних) реакцій</i>		
	Високий рівень (осіб/відсотків від загальної кількості)	Середній рівень (осіб/відсотків від загальної кількості)	Низький рівень (осіб/відсотків від загальної кількості)
<i>102 респонденти</i>	16/15%	28/27 %	58/58%

По групах ознак ГСР у військовослужбовців (для дослідження були взяті до уваги окремі показники методики, які можуть входити до нижче перелічених груп):

Група 1. Повторне переживання – нав'язливі спогади про травмуючу подію, нічні кошмари, психологічні страждання, соматичні реакції(пітливість, паніка, прискорене серцебиття при нагадування):

Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні

102 відповіді

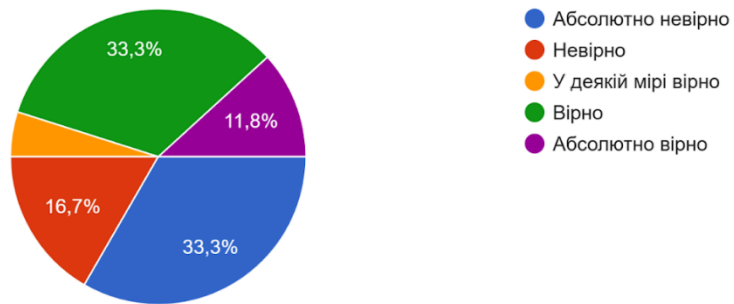


Рис. 2.16 «Відсотковий розподіл відповідей до питання про наявність нічних кошмарів з Mississippi Scale»

Серед динаміки показників опитуваних респондентів відповіли ствердно – **51** особа, відповідно **50%** загальної кількості респондентів.

Я засинаю, сплю і прокидаюся лише тоді, коли дзвонить будильник

102 відповіді

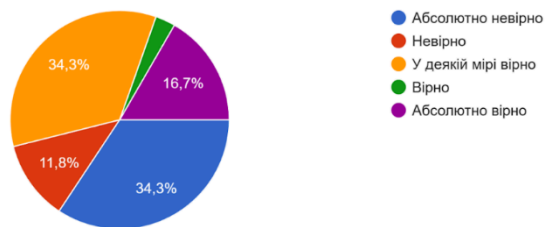


Рис. 2.17 «Відсотковий розподіл відповідей до питання про проблеми зі сном з Mississippi Scale»

Серед динаміки показників опитуваних респондентів мають проблеми зі сном – **47** осіб, відповідно **46,10%** загальної кількості респондентів.

Якщо трапляється щось, що нагадує мені про військову службу, я дуже засмучуюсь
102 відповіді

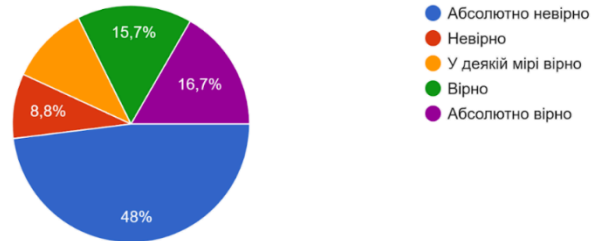


Рис. 2.18 «Відсотковий розподіл відповідей до питання про згадки щодо травмуючих подій з Mississippi Scale»

Серед динаміки показників опитуваних респондентів відчують смуток при згадуванні травмуючої події, яка сталася нещодавно – 44 особи, відповідно 43,4 % загальної кількості респондентів.

Група 2. Надмірне збудження - безсоння, дратівливість, проблеми з концентрацією уваги, надмірна настороженість:

Якщо хтось виведе мене з себе, я швидше за все застосую фізичну силу
102 відповіді

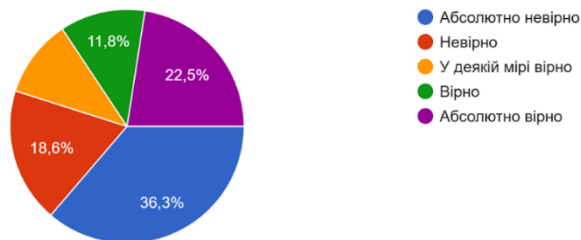


Рис. 2.19 «Відсотковий розподіл відповідей до питання щодо ознак дратівливості/агресії з Mississippi Scale»

Серед загальної кількості респондентів, які мають ознаки дратівливості/агресії – **46** респондентів, **45,1 %** відповідно.

Мені важко зосередитися на виконанні завдань
102 відповіді

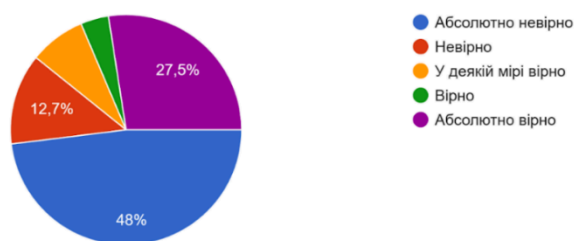


Рис. 2.20 «Відсотковий розподіл відповідей до питання щодо проблем із концентрацією з *Mississippi Scale*»

Серед загальної кількості респондентів проблеми концентрації мають **40** осіб, **39,2 %**.

Група 3. Емоційне заціпеніння - уникання місць, думок, почуттів, що пов'язані з цією подією, обмежені емоції, почуття відстороненості:

Я намагаюся триматися подалі від усього, що може нагадати про те, що сталося під час моєї служби в армії
102 відповіді

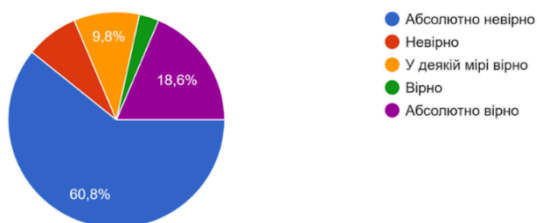


Рис. 2.21 «Відсотковий розподіл відповідей до питання щодо визначення симптомів уникання з Mississippi Scale»

Всього – **31,3 %** (32 особи) від загальної кількості респондентів мають симптоми уникання після травмуючої події.

Мені важко висловлювати свої почуття навіть людям, які мені небайдужі
102 відповіді

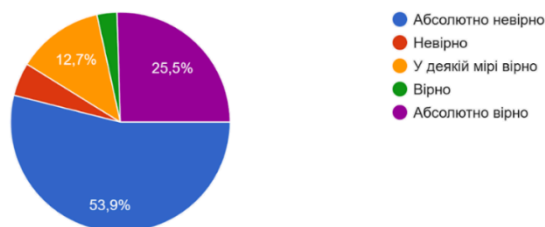


Рис. 2.22 «Відсотковий розподіл відповідей до питання щодо складнощів у висловленні власних почуттів з Mississippi Scale»

Складнощі із висловленням почуттів мають **42** респонденти, відповідно **41,1%** загальної кількості.

Зовні здається, ніби у мене немає почуттів
102 відповіді

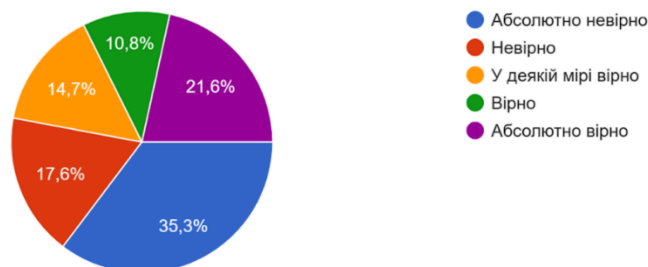


Рис. 2.23 «Відсотковий розподіл відповідей до питання щодо проявленості почуттів назовні з Mississippi Scale»

Дана діаграма демонструє яка кількість респондентів зовні не проявляють свої емоції або їх маскують: **47,1 %** загальної кількості респондентів – **48** осіб.

Група 4. Дисоціативні симптоми – відчуження, дереалізація, деперсоналізація, дисоціативна амнезія.

До служби в армії, у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.
102 відповіді

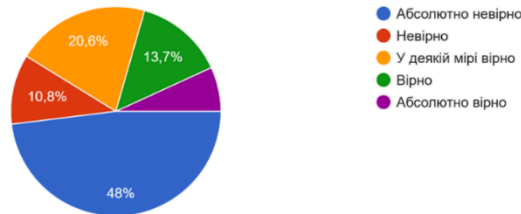


Рис. 2.24 «Відсотковий розподіл відповідей до питання щодо збереження дружніх контактів з Mississippi Scale»

Відповідь на це питання побічно може говорити про відчуженість. Серед респондентів, які відповіли ствердно – **42** особи, відповідно **41,2%** від загальної кількості респондентів.

Я здатний емоційно зближуватися з іншими людьми
102 відповіді

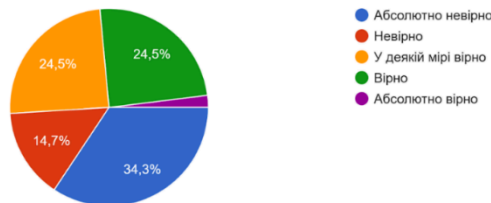


Рис. 2.25 «Відсотковий розподіл відповідей до питання щодо виявлення рівня емоційного зближення з *Mississippi Scale*»

При відповіді на питання щодо емоційного зближення майже половина респондентів (49% – 50 осіб) зазначили про наявність складнощів.

Висновки: 16 респондентів серед опитаних мають високий рівень ознак гострого стресового розладу, оскільки опитування проводилось протягом 1 календарного місяця після безпосередньої участі в бойових діях, та спостерігається динаміка до виникнення посттравматичних стресових реакцій.

2.3. Рекомендації щодо зниження рівня прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій

Перед тим як надати рекомендації щодо зниження рівня прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій, вважаємо за необхідне охарактеризувати роботу військових психологів у Збройних Силах України щодо діагностики гострих стресових розладів у військовослужбовців, а також звернути увагу на зарубіжний досвід побудови системи психологічної підтримки в армії.

У збройних силах Канади психологічною підтримкою займаються психологи, які прирівнюються до державних службовців, що працюють в армійських частинах і підрозділах. Основна увага приділяється психіатричним проблемам, і в Канаді психологи не є військовослужбовцями, а психіатри є. У той же час у багатьох канадських містах (Петавава, Оттава, Едмонтон і Валькартьєр) відкрито багатопрофільні центри для забезпечення та управління психічним і психологічним здоров'ям військовослужбовців канадських збройних сил, до складу яких входять психіатр, психолог, соціальний працівник,

капелан і медсестра. Крім того, прогресивним канадським досвідом є створення мережі спеціальних організацій, які працюють із родинами військовослужбовців. У Прибалтиці психологічну підтримку надають фахівці психологічної служби, прийняті на роботу порівняно недавно. Для підготовки військовослужбовців до виконання миротворчих завдань проводяться спеціальні психологічні вправи, спрямовані на стимулювання ряду якостей: розумових здібностей, впевненості, управління увагою, саморегуляції, творчої спрямованої уяви [40, с. 142].

З метою вдосконалення організації психологічного забезпечення у Збройних Силах України, своєчасного надання психологічної допомоги та психологічної реабілітації, відновлення морально-психологічного стану військовослужбовців, в першу чергу тих, які отримали бойові психічні травми, формування та підтримання на відповідному рівні психологічної стійкості до психотравмуючих чинників сучасного бою, психологічної готовності військовослужбовців до повсякденної та бойової діяльності створено відповідні підрозділи, які займаються психологічною підтримкою.

Психологічна підтримка військовослужбовців Збройних Сил України – цілеспрямована діяльність органів військового управління, командувачів, командирів (начальників), посадових осіб структур психологічної підтримки, що має на меті безпосередню організацію роботи щодо проведення професійно-психологічного відбору, формування, підтримання та відновлення в особового складу військ (сил) психологічної готовності до виконання завдань, емоційно-вольової стійкості до негативних психологічних чинників у будь-яких умовах обстановки, зниження психогенних втрат і збереження психічного здоров'я військовослужбовців.

Серед генералізованих завдань психологічної підтримки: оцінювання психологічних показників боєздатності підрозділів та військових частин, передусім моніторинг психологічної стійкості та готовності особового складу військ (сил); аналіз впливу психологічних чинників бою (бойових дій) на психологічну стійкість і готовність особового складу військ (сил); виявлення психологічних особливостей бойових дій (операцій) та їх врахування під час визначення вимог до емоційно-вольових і психофізіологічних якостей військовослужбовців, злагодженості та згуртованості особового складу військ (сил); організація заходів соціально-психологічної та професійної адаптації військовослужбовців; аналіз управлінських рішень діяльності командирів (начальників) із питань підтримання належного рівня психологічної стійкості та готовності особового складу військ (сил); виявлення осіб із нервово-психічною нестійкістю та надання їм цільової індивідуально-психологічної допомоги; прогнозування можливих бойових психогенних втрат особового складу; надання психологічної допомоги особовому складу; планування, організація та проведення заходів психологічної підготовки (загальної, спеціальної, цільової) особового складу військових частин (підрозділів) до виконання бойових завдань; проведення заходів психологічної просвіти (психоедукації) з особовим складом військ (сил) Збройних Сил України, в тому числі за принципом «рівний-рівному»; проведення заходів професійно-психологічного відбору в Збройних Силах України; відновлення та збереження психічного здоров'я особового складу, в тому числі проведення заходів психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України після виведення з району виконання бойових завдань.

Основним завданням психолога з надання психологічної допомоги військовослужбовцям у районах виконання завдань (ведення бойових дій) є

організація та проведення оперативних заходів з подолання наслідків впливу бойового стресу на психіку військовослужбовців. Періодичність заходів – вказана орієнтовно, оскільки психологічна допомога особовому складу надається за потреби, у разі виявлення проблеми: під час підготовки до виконання завдань: щоденно, щотижнево, щомісячно; під час виконання завдань: щоденно, щотижнево, щомісячно. Перелік та зміст заходів психологічної корекції визначаються з урахуванням віку, психологічних особливостей особистості військовослужбовців (індивідуальних ресурсних можливостей), особистих психологічних труднощів, соціального оточення, мотивації та активності військовослужбовців [2, с. 91 – 94].

Наприклад, при щоденній роботі з особовим складом здійснюються такі заходи: спостереження за особовим складом (включене та невключене), проведення бесід, опитувань *з метою оцінки* поточних психологічних станів особового складу; соціально-психологічних процесів у військовому колективі; рівня психічної стійкості до впливу психотравмуючих чинників військової служби; поточного рівня бойової активності, фізичної та розумової втоми особового складу; *виявлення у особового складу ознак* психічної дезадаптації; стресових реакцій; фізичної та розумової перевтоми, виразної астенизації; отримання психічних травм; кризових психологічних станів; нервово-психічних розладів [2, с. 91].

Для роботи з особовим складом групою контролю бойового стресу 117 ОБрТРО для зниження проявів гострих стресових розладів у військовослужбовців було розроблено *психологічний помічник військовослужбовця «Кишеньковий дахотримач»* (автори розробки – Швагер М.О., Кандибур Р.Г.). Помічник містить інформацію про те, як підтримати належний психічний стан військовим – самим собі та побратимам. Зокрема,

«Кишеньковий дахотримач» містить розділи, які пояснюють що таке психофізіологія бою, бойова психічна травма. Надають детальний опис таких технік самодопомоги як: техніки саморегуляції перед бойовим виходом, підтримки повсякденного ефективного психічного стану та технік, які допомагають заснути.

Автори позначають: «Бойовий стрес (....) викликають цілий комплекс реакцій, які можуть завадити у виконанні бойових задач, чи призвести до загибелі або поранення. Але якщо бути про них обізнаними та тренованими, то ці реакції навпаки допоможуть нам вижити та перемогти у бою».

Бойова психічна травма може мати різні негативні прояви: ступор (боєць ні на що не реагує); істерика (плаче, кричить, стинає); надмірне збудження (бігає, не розбираючи напрямку); агресія (кричить агресивно на побратимів, погрожує, очі витріщив); апатія (нічого не хоче, ніяких реакцій немає, нічого не помічає, дивиться в стіну); паніка (руки трясуться, кричить «ми всі загинемо» (чи щось таке), мечеться і все таке); панічна атака (є ознаки коли людина починає задихатись, серце калатає, підвищена пітливість, дезорганізація та інші неприємні прояви страху).

Особливість в тому що боєць перестає бути боєздатним, а також може зашкодити собі та побратимам, навіть не маючи фізичних поранень. Але він такий самий 300, як і з фізичним пораненням. Тож так само потребує допомоги для виведення із стану, до якого призвела його бойова психічна травма.

Автори помічника звертають увагу на те, що для зниження описаних вище проявів, по-перше, потрібно знати інструмент як надавати допомогу при бойовій психічній травмі, а по-друге, як укріпити свою психіку регулярними вправами, щоб покращити свою життєстійкість, і знизити шанс отримання бойової психічної травми, як різновиду гострого стресового розладу.

Для прикладу рекомендацій, які надаються авторами використання протоколу «Я поруч» (I cover):

«Наслідки бойової психічної травми можна подолати, якщо швидко надати допомогу. Це як з турнікетом, встиг накласти – зможеш вижити... Тому що борець з бойовою психічною травмою – це такий самий трьохсотий, але якщо використати цей протокол, то його можна повернути в стрій. Українські військові-психологи адаптували ізраїльський та американський досвід, та створили протокол, який допомагає вивести бійця з негативних станів та повернути його до виконання бойової задачі. Його суть полягає в перезавантаженні мозку і поверненні контролю над власним станом».

Треба зробити наступні кроки:

1. Переконатися, що у побратима немає фізичного поранення, та контролювати його зброю.

2. Налагодити контакт. «Я тисну твою руку – стисни мою», дивитися людині в очі, «Я плескаю тебе по плечу – поплескай і мене», назвати своє ім'я/позивний, попросити назвати його своє. Якщо людина знаходиться в ступорі, то можна розтерти їй вуха та плечі.

3. Виказати прихильність. «Я з тобою друже», «Я буду поруч», «Я тебе не кину».

4. Факти. Попросити бійця згадати факти про себе. «Хто твій командир», «Який номер зброї», «Яке в тебе звання», «Як називається позиція», «Позивні твоїх побратимів», «Де знаходиться ППД?».

5. Відновити лінію часу. Треба нагадати бійцю, або щоб він сам згадав, що відбувалось до події яка викликала БПТ, що відбувається зараз, що буде відбуватись в майбутньому. Приклад «Ми вийшли на позицію, почався обстріл, зараз ми в окопі, нам треба рухатись в бліндаж».

6. Дати просте завдання. «Заряджай магазини», «Зроби доповідь по рації», «Перевір/порахуй наявний бк».

Як і інші протоколи, протокол «Я поруч» важливо тренувати, доводячи послідовність до автоматизма. Що б ви та інші військові вашого підрозділу знали його, та могли надати допомогу один одному в умовах бою. Так це може дивно, але краще відпрацьовувати це в парах. Цей протокол повинен стати корисною навичкою».

Техніки саморегуляції перед бойовим виходом.

Задача цих технік - зберегти раціональне мислення та контроль на фоні викиду адреналіну, щоб кров залишилась в звивинах мозку, та не уходила на рівень середнього мозку. Для цього треба поєднувати дрібну моторику, повертати увагу на тіло та почуття, та дихання.

Вправа «п'ять пальців»:

Вдих і видих: Повільно вдихайте і видихайте, рахуйте до п'яти на вдиху та видиху. Зосередження на пальцях: Під час вдиху та видиху торкайтеся кожного пальця по черзі на одній руці іншою рукою, концентруючись на відчуттях.

Вправа «5 – 4 – 3 – 2 – 1»:

Назвіть 5 речей, які ви бачите навколо себе, 4 речі, які можете торкнутися, 3 речі, які чуєте, 2 речі, які відчуваєте запахом, і 1 річ, яку можете спробувати на смак.

Вправа «Напруження-розслаблення»

1. Покласти руки на гомілки, напружити м'язи гомілок на 50%, потримати на три рахунки та розслабити, потім напружити м'язи гомілок на 100%, потримати на три рахунки та розслабити.

2. Потім покласти руки на стегна, напружити м'язи стегон на 50%, потримати на три рахунки та розслабити, потім напружити м'язи стегон на 100%, потримати на три рахунки та розслабити.

3. Потім обійняти свій корпус, напружити м'язи корпусу на 50%, потримати на три рахунки та розслабити, потім напружити м'язи корпусу на 100%, потримати на три рахунки та розслабити.

4. Покласти руки на основу шиї, напружити м'язи шиї на 50%, потримати на три рахунки та розслабити, потім напружити м'язи шиї на 100%, потримати на три рахунки та розслабити.

5. Покласти руки на основу обличчя, напружити м'язи обличчя на 50%, потримати на три рахунки та розслабити, потім напружити м'язи обличчя на 100%, потримати на три рахунки та розслабити.

6. Покласти руки на голову (бажано зняти шолом), напружити м'язи голови на 50%, потримати на три рахунки та розслабити, потім напружити м'язи голови на 100%, потримати на три рахунки та розслабити.

Повторити весь цикл вправ потрібно двічі.

Метод гумової стрічки

Гумову стрічку одягають на зап'ястя і при перших симптомах панічної атаки необхідно відтягнути резинку, і клацнути нею по руці. Відчуття болі відверне увагу від підступаючих симптомів, і дасть час застосувати інші методи контролю страху. Іноді цього може бути достатньо для того щоб взагалі зупинити напад паніки.

Метод рахунку

Спробуйте вирішувати нескладні математичні приклади, наприклад, від 100 відняти 3, потім від отриманого числа ще 3 і так далі. Це відволікає увагу від панічних настроїв. Можна робити в парі з кимось.

Метод незручного положення

Займіть максимально незручну позу і перебувайте в цьому положенні деякий час. М'язова напруга знизить відчуття страху і перемкне увагу на ваше тіло. Бо сидючи на одній нозі в позі рожевого фламінго, дуже важко думати про щось інше окрім заляклої ноги.

Бойова цукерка

Коли дуже страшно перед виходом на позиції, або під час обстрілу, добре спрацюють льодяники (можна м'ятні з білим хрестом і запити водичкою, ну або можна будь які інші). Смакові рецептори добре перемикають увагу від тривожних станів, а цукор активує мислення. Та і взагалі вживання чогось смачненького позитивно впливає на настрій і бойовий дух.

Техніки підтримки повсякденного ефективного психічного стану

Дихання по квадрату:

Вдихайте на 4 рахунки, затримайте дихання на 4 рахунки, видихайте на 4 рахунки і знову затримайте дихання на 4 рахунки.

Сканування тіла:

Зручно сідайте або лягайте, закривайте очі і повільно проходите уявним поглядом своє тіло, починаючи від пальців ніг до голови, звертаючи увагу на відчуття та напругу. Дихання рівномірне та без пауз.

Техніки які допомагають заснути

Прогресивна м'язова релаксація

Ляжте на спину в зручне положення. Закрийте очі. Напруження та розслаблення: Почніть з пальців ніг. Напружте м'язи на 5–10 секунд, потім повільно розслабте їх. Переміщайтесь вгору по тілу (ікра, стегна, живіт, руки, шия, обличчя), повторюючи напруження та розслаблення кожної групи м'язів. Після

завершення напруження та розслаблення всіх груп м'язів, зосередьтесь на відчуттях розслаблення і спокою протягом декількох хвилин.

Візуалізація

Ляжте в зручне положення і закрийте очі. Уявіть місце, де ви почуваетесь спокійно і безпечно (наприклад, пляж, ліс, гори). Додавайте деталі до свого уявлення, щоб максимально відчувати його - звуки, запахи, відчуття. Приділіть цій візуалізації 5-10 хвилин, фокусуючись на відчутті спокою.

Техніка «військового сну»

1. Розслаблення обличчя:

- Ляжте на спину в зручне положення.
- Почніть з розслаблення м'язів обличчя: лоба, щік, щелепи, та язика.

Переконайтесь, що все ваше обличчя розслаблене.

2. Розслаблення плечей та рук:

- Розслабте плечі, дозвольте їм опуститися. Відчуйте, як напруга зникає.
- Розслабте руки, починаючи з плечей і поступово рухаючись до пальців.

3. Розслаблення ніг:

- Розслабте ноги, починаючи з стегон і поступово рухаючись до пальців ніг.
- Відчуйте, як напруга зникає з кожної частини тіла.

4. Ментальна релаксація:

- Уявіть собі тепле, темне місце, наприклад, чорний екран або темне небо.

Цей етап допомагає очистити розум від думок і зосередитися на спокої.

5. Повна релаксація:

- Продовжуйте лежати в розслабленому стані і зосередьтесь на диханні.
- Дихайте повільно і глибоко, дозволяючи собі ще більше розслабитися з кожним вдихом і видихом.

Діафрагмальне дихання

1. Початкове положення: Ляжте на спину з однією рукою на грудях, а іншою на животі.

2. Вдих: Повільно вдихайте через ніс, надуваючи живіт так, щоб рука на животі підіймалася більше, ніж рука на грудях.

3. Видих: Повільно видихайте через рот, стискаючи живіт.

4. Повтор: Продовжуйте протягом 5 – 10 хвилин.

Техніка подовженого видиху

1. Підготовка: Ляжте в зручне положення і закрийте очі.

2. Вдих: Вдихайте через ніс, рахуючи до 4.

3. Видих: Видихайте через рот, рахуючи до 8.

4. Повтор: Продовжуйте цей цикл протягом 5 – 10 хвилин, зосереджуючись на ритмі дихання.

«Позитивне дихання»

1. Підготовка: Ляжте в зручне положення і закрийте очі.

2. Вдих: Вдихайте через ніс на 4 рахунки, уявляючи собі, як вдихаєте спокій та релаксацію.

3. Видих: Видихайте через рот на 8 рахунків, уявляючи собі, як видихаєте напругу та стрес.

4. Повтор: Продовжуйте цей цикл протягом 5-10 хвилин.

Для військових, які задіяні в боях, емоційна регуляція є критично важливою, оскільки вона дозволяє зберігати холонокровність, фокусуватися на завданнях і уникати емоційного вигорання. Для кожної базової емоції є вправи, які можуть допомогти в її регуляції.

Гнів

Вправа «Контроль дихання»

Гнів часто викликає фізичну реакцію. Щоб заспокоїти тіло, можна використовувати техніку «4 – 4 – 8».

- Вдихніть носом на 4 секунди,
- Затримайте дихання на 4 секунди,
- Видихайте повільно через рот на 8 секунд.

Ця техніка сприяє зниженню рівня стресу і заспокоює нервову систему.

Вправа «Вивільнення напруги»

Фізична активність допомагає впоратися з гнівом. Коли відчуваєш агресію, і ти не можеш з цим нічого зробити, то спробуй наступне: біг на місці, віджимання чи ударна робота по мішку, або рубати дрова. Чим більше м'язів ти задіюєш, тим краще. Це допомагає вивільнити накопичену енергію та знизити рівень адреналіну.

Горе

Вправа «Заземлення через тіло»

Сидячи чи стоячи, закрийте очі і відчуйте контакт тіла з поверхнею. Сконцентруйтеся на тому, як ваше тіло торкається землі або поверхні.

Вправа «Візуалізація підтримки»

Знайди можливість поділитись цим почуттям з побратимом чи психологом. Нормально в такій розмові поплакати, дати вихід цьому почуттю.

Відраза

Вправа «Перефокусування уваги»

Спробуйте свідомо змінити свою увагу на щось позитивне чи нейтральне, наприклад, природні об'єкти (небо, дерева) або свої успіхи. Це допоможе перенести фокус з неприємного досвіду на щось більш прийнятне.

Вправа «Глибоке дихання через ніс»

При відразі допомагає глибоке дихання через ніс і повільне видихання через рот. Це дозволяє відволіктись і заспокоїти нервову систему, контролюючи фізичну реакцію на відразу.

Зневага

Вправа «Самоусвідомлення»

Зневага часто виникає через несвідоме порівняння себе з іншими. Спробуйте знайти 5 речей чому ви унікальні, чому ваш внесок важливий. Під час вправи не звертайте увагу на самокритику та знецінення.

Вправа «Емпатичний підхід»

Якщо зневага виникла до іншого, і це почуття заважає виконувати задачі, то спробуйте поставити себе на місце іншої людини, яку ви зневажаєте. Подумайте, через що вона проходить, і що могло спричинити таку поведінку. Це може знизити почуття зневаги та допомогти краще зрозуміти ситуацію.

Страх

Вправа «Використання раціоналізації»

Спробуйте розділити свій страх на факти і припущення. Запитайте себе: що з того, що ви боїтеся, є реальним, а що – продуктом вашої уяви? Що ви можете контролювати та запобігти події якої боїтеся? Це допоможе краще керувати страхом і відрізнити реальну загрозу від емоційної реакції.

Вправа «М'язова релаксація»

Напружуйте та розслабляйте групи м'язів по черзі, починаючи з ніг і поступово піднімаючись вгору по тілу. Це допоможе зняти фізичне напруження, пов'язане зі страхом, і повернути контроль над тілом.

Сором

Вправа: Замість того щоб зациклюватися на негативних аспектах того, що сталося, спробуйте зосередитися на тому, чому ця ситуація може навчити. Кожен

досвід, навіть помилковий, може мати цінні уроки для особистого та професійного розвитку. Поставте собі питання: «Чого я можу навчитися з цієї ситуації?» Напишіть кілька уроків або висновків, які можна використати для майбутніх завдань, щоб уникнути подібних ситуацій.

Вправа «Афірмації»

Сором часто підриває впевненість у собі. Важливо усвідомити, що кожен може робити помилки, але це не визначає людину в цілому. Повторення афірмацій допомагає перебудувати негативні установки на позитивні. Щоранку або в момент відчуття сорому, повторюйте позитивні твердження на кшталт: «Я заслуговую на повагу, незважаючи на свої помилки», «Я маю право на помилку і навчання». Зосередьтесь на своїх сильних сторонах, нагадуючи собі про досягнення і успіхи в минулому.

Провина

Вправа «Дія через виправлення»

Якщо провина виникла через конкретну помилку, спробуйте виправити ситуацію. Це може бути простий крок, навіть у формі вибачення або уточнення, що ви зробили не так. Важливо діяти, щоб полегшити емоційну напругу.

Вправа «Розмова з командиром або товаришем»

Поділіться своїми почуттями провини з кимось, хто вам довіряє і кому довіряєте ви. Часто відкритий діалог допомагає зняти важкість емоцій і отримати підтримку або корисні поради.

Відновлення віри у військовослужбовців, особливо після тривалого часу перебування в умовах активних бойових дій, вимагає комплексного підходу. Віра - це не тільки релігійне поняття, але й довіра до себе, своїх сил і своєї команди. Відновлення віри - це процес, який вимагає часу, проте ці кроки

можуть допомогти повернути відчуття сили, впевненості та надії. Ось кілька порад, які можуть допомогти військовим відновити віру:

1. Пам'ять про місію та цілі

Сильна віра часто базується на розумінні того, навіщо і за що людина бореться. Важливо періодично нагадувати собі про більшу мету, через яку варто продовжувати служити. Перегляньте свої особисті цінності та військові цілі. Згадайте, чому ви вирішили стати військовим, і що вас надихало раніше, для кого або чого ви стали на захист Батьківщини. Розуміння місії допомагає зосередитися на довгострокових цілях.

2. Підтримка та солідарність з побратимами та посестрами

Служба в армії часто будується на тісних зв'язках між побратимами та посестрами. Важливо підтримувати ці стосунки, оскільки почуття солідарності може відновити віру у власні сили та команду. Активно підтримуйте побратимів та приймайте підтримку від них. Підтримка команди часто може дати сили продовжувати, коли віра в себе слабшає. Розмови про спільні цілі можуть нагадати про вашу важливість в колективі.

3. Оцінка власних досягнень

Часом військові забувають про свої досягнення через постійний стрес і бойові дії. Важливо зупинитися та оцінити, що вже було зроблено, і яким чином це вплинуло на ситуацію. Згадайте свої досягнення, навіть найменші перемоги на полі бою або допомогу побратимам. Віра у свої сили будується через усвідомлення власної ефективності.

4. Позитивне мислення

Негативні думки підривають віру в себе та у те, що успіх можливий. Робота над позитивним мисленням допоможе побачити перспективи та можливості. Спробуйте зосередитися на позитивних аспектах вашої служби.

Використовуйте афірмації, такі як: «Я здатний/на подолати труднощі», «Моя сила і досвід ведуть до успіху». Це допоможе зменшити негативний внутрішній діалог.

5. Навчання на помилках

Почуття невдачі може серйозно підірвати віру у власні сили. Важливо навчитися приймати помилки як частину процесу зростання і вдосконалення. Проаналізуйте свої помилки і подумайте, чого вони вас навчили. Це допоможе побачити позитив навіть у складних ситуаціях і відчувати, що кожен досвід робить вас сильнішим.

6. Спілкування з наставниками або командирами

Звернення за порадою до досвідчених наставників, побратимів чи командирів допомагає відновити віру в свої можливості. Вони можуть поділитися своїм досвідом і підтримати вас морально.

7. Духовна або релігійна підтримка

Якщо релігія або духовні практики є частиною вашого життя, це може бути потужним інструментом для відновлення віри. Виділіть час для молитви, медитації або просто усвідомленого відпочинку, щоб відновити внутрішню гармонію. Спілкування з капеланом або духовним наставником також може допомогти знайти відповіді на важкі питання.

8. Вивчення історій героїв

Історії військових та національних героїв, які змогли подолати труднощі і зберегти віру в себе і свої сили, можуть стати важливим джерелом натхнення. Такі як Роман Шухевич, Петро Болбачан, Іван Сірко, Дмитро «Да Вінчі» Коцюбайло та інші. Читайте книги або дивіться документальні фільми про

військових героїв і лідерів, які продовжували боротися попри важкі обставини. Це може нагадати вам про силу людського та українського духу.

9. Фокус на теперішньому моменті

Часом втрачена віра пов'язана з тривогами про майбутнє або спогадами про минулі невдачі. Фокусування на теперішньому моменті допомагає зменшити тиск і побачити реальні можливості для дій. А також зменшує відчуття безсилля і дозволяє зосередитися на реальних завданнях.

Підтримання зв'язку з родиною є важливим для життєстійкості. Ось кілька порад, як зберегти міцний зв'язок з сім'єю:

1. Регулярні контакти

Навіть якщо доступ до зв'язку обмежений, варто намагатися підтримувати постійні контакти через телефон, відео зв'язок, електронну пошту або соціальні мережі. Регулярне спілкування допомагає зберегти емоційний зв'язок та відчуття єдності. Визначте конкретні дні або моменти для зв'язку, коли це можливо. Навіть короткі повідомлення здатні допомогти тримати сім'ю в курсі ваших справ і підтримати зв'язок.

2. Спілкування про важливі події

Навіть на відстані можна брати участь у важливих моментах життя родини. Обмін новинами, фотографіями та відео допоможе залишатися частиною спільних подій. Попросіть рідних надсилати фото або відео важливих моментів: днів народжень, свят, перших успіхів дітей, тощо. Це створить відчуття присутності навіть на відстані.

3. Обмін емоціями та думками

Важливо не лише обмінюватися фактами, а й ділитися своїми емоціями та думками, що відчуваєте під час служби. Це допоможе родині краще розуміти ваші переживання і підтримати вас морально. Діліться тим, що вас хвилює, але

також звертайте увагу на почуття членів сім'ї. Це створить двосторонній зв'язок і допоможе вам відчувати взаємну підтримку.

4. Планування майбутнього

Обговорення планів на майбутнє, що відбудеться після завершення служби або повернення додому, допомагає підтримувати позитивний настрій і зберігати віру в те, що час разом ще попереду. Поговоріть про те, що плануєте робити після повернення. Це може бути спільний відпочинок, родинні святкування або прості моменти разом. Така перспектива підтримує оптимізм.

5. Створення спільних традицій на відстані

Незважаючи на відстань, можна створювати традиції або ритуали, які допоможуть відчувати зв'язок. Наприклад, щомісячний обмін подарунками чи листами, спільний перегляд фільму на відстані або читання тієї ж книги може створити відчуття єдності та спільних дій.

6. Забезпечення емоційної підтримки

Іноді виконання бойових завдань або служба в безпосередній близькості до нуля може викликати стрес або занепокоєння у членів сім'ї. Важливо надавати підтримку родині, навіть якщо ви самі перебуваєте у складних умовах. Залишайтеся спокійними та впевненими під час спілкування. Дайте зрозуміти своїй родині, що, незважаючи на виклики, ви справляєтеся і їхня підтримка важлива для вас.

7. Підтримка родини на відстані

Ваші близькі також переживають стрес і потребують підтримки. Навіть на відстані важливо нагадувати їм, що ви їх любите і цінуєте. Регулярно запитуйте про їхні почуття, життя і переживання. Ваша емоційна підтримка навіть на відстані може зменшити їхнє занепокоєння.

8. Довірливе спілкування

Довіра – ключовий елемент для збереження міцного зв'язку. Важливо бути чесними й відкритими у спілкуванні, навіть якщо це складно. Якщо є моменти, які вас турбують, діліться ними відкрито. Довірливе спілкування допомагає уникнути непорозумінь і зберігати емоційну близькість.

9. Створити спільноту рідних військовослужбовців

З досвіду багатьох підрозділів та закордонного досвіду, нашим рідним треба також об'єднуватись для кращого розуміння нас. Тож ви можете зв'язати ваших рідних та рідних ваших побратимів. Обміняйтесь контактами. Створити можливо спільний чат у будь – якому із месенджерів. Такі спільноти допомагають вашим близьким отримати підтримку та краще вас зрозуміти. Якщо вам буде потрібна допомога, то є громадські організації, які працюють з близькими військовослужбовців.

ВИСНОВКИ

У магістерській роботі наведено теоретичне узагальнення та емпіричне дослідження особливостей прояву гострого стресового розладу у військовослужбовців в умовах бойових дій. Це дозволило сформулювати висновки, що відображають вирішення завдань відповідно до поставленої мети.

Було визначено, що гострий стресовий розлад вперше представлено як нозологічну категорію у DSM-IV. Діагностується у період від 2-х днів до 1 місяця після травматизації і підвищує ризик виникнення ПТСР у майбутньому

(діагноз ПТСР ставиться не раніше ніж через місяць після травматичної події У МКХ-11: Гостра реакція на стрес (F43.0) визначається як транзиторний стан і відноситься до переліку станів, що не є розладами і включені в розділ Z «Фактори, що впливають на стан здоров'я населення і звернення до закладів охорони здоров'я». Відповідно в МКХ-11 немає необхідності у діагностиці гострого стресу за типом гострого стресового розладу DSM-5. Гострий стресовий розлад було введено в DSM-IV для опису симптомів посттравматичного стресового розладу, які (а) виникають у перший місяць після травми та (б) передбачають подальший розвиток посттравматичного стресового розладу.

На підставі аналізу тексту наукових джерел проведено диференціацію гострих стресових реакцій, гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу. Відмічено, що з гострою стресовою реакцією пов'язана конструкція реакцій бойового стресу (CSR). Це схожа конструкція на гостру стресову реакцію, за винятком того, що вона не обмежена за часом. Ця класифікація може описати бойовий особовий склад, який не може функціонувати в будь-який момент після сильного стресу під час бою.

Надано характеристику стресорів - чинників навколишнього середовища або особистих, дія яких виводить з рівноваги фізіологічні й психічні функції людини, що позначаються на нервовій системі організму та спричиняють виникнення стресу. Наведені приклади кожного типу стресорів.

У ході проведеного дослідження механізму виникнення гострих стресових розладів, було зроблено висновок, що поширеність ГСР значно вища серед пацієнтів, які звертаються за загальною медичною допомогою, а також серед осіб, які зазнали сексуального насильства або масових жертв, таких як війна чи стихійне лихо. На поширеність ГСР протягом життя також, як вбачається із

аналізу наукових джерел, впливає стать – показник вище у жінок, ніж у чоловіків, й також вищий показник спостерігається за наявності основних факторів уразливості, таких як несприятливий досвід дитинства або супутні діагнози.

Визначено, що специфікою ГСР серед військовослужбовців, які беруть участь у бойових діях є те, що вони знаходяться постійно або тимчасово під дією бойових стресорів, що призводять до розвитку ГСР: «бути свідком того, що хтось отримує травми вхідними або вихідними снарядами»; «перебувати в оточенні ворога»; «небезпека бути пораненим або вбитим, потрапити в засідку в інших дуже небезпечних ситуаціях»; «трупів або кров»; «запахи газів, трупів тощо»; «стресори сімейного життя»; «страх власної смерті респондента»; «неможливість змінити умови життя респондента»; «зруйновані будівлі, техніка, споруди, ландшафт»; «фізичне знищення ворога»; «гострі міжособистісні конфлікти»; «одноманітність навколишніх умов»; «стресори морально – етичного характеру»; «незадоволені біологічні та соціальні потреби»; і «тривалі навантаження, що викликають втому». Існує також відчутна різниця між суб'єктивним сприйняттям українськими військовослужбовцями потужності бойового стресора та його реальною здатністю викликати симптоми ГСР.

Виокремлено основні ознаки ГСР у військовослужбовців:

1. повторне переживання – нав'язливі спогади про травмуючу подію, нічні кошмари, психологічні страждання, соматичні реакції(пітливість, паніка, прискорене серцебиття при нагадування);
2. надмірне збудження – безсоння, дратівливість, проблеми з концентрацією уваги, надмірна настороженість;
3. емоційне заціпеніння – уникання місць, думок, почуттів, що пов'язані з цією подією, обмежені емоції, почуття відстороженості;

4. дисоціативні симптоми – відчуження, дереалізація, деперсоналізація, дисоціативна амнезія.

Відзначено в ході проведеного дослідження, що військовослужбовці, які прибувають до зони бойового зіткнення, зазнають численних психо – фізіологічних травматизацій. Адже до тилкових службових обов’язків додається постійна загроза життю і здоров’ю, негайне виконання бойових наказів, одночасне використання зброї та слідування за стратегією бою, швидка зміна бойової обстановки, погодно-кліматичні умови, відсутність сну та звичних санітарно-гігієнічних умов, зміна харчування та мінімізація відпочинку.

Акцентовано увагу на тому, що визначені чинники прояву ГСР у військовослужбовців в умовах бойових дій можуть обумовлюватися як характером та умовами несення військової служби, так і самою особистістю військовослужбовця. Сама ж активність військовослужбовців та чітка усвідомленість їх дій в бою залежить від двох чинників:

1) зовнішніх – підтримка та повага суспільства, підтримка та розуміння сімей військовослужбовців специфіки їх діяльності, довірливі стосунки з командиром в межах чіткої субординації, проведення успішного бойового злагодження, чітке розуміння військових обов’язків і особистих завдань, вдале користування зброєю та військовою спеціальною технікою, налагоджена комунікація між всіма членами військового бойового підрозділу, які базуються на підтримці, дружбі і довірі;

2) внутрішніх – мотивація до виконання будь-яких завдань, чітке усвідомлення власної ролі та місії в даному підрозділі та збройного конфлікту загалом, адаптивність до незвичних, часом екстремальних умов, перевага окремого типу нервової системи та особливості когнітивної та емоційної сфери.

Проведено емпіричне дослідження, за результатами якого було вивчено основні ознаки та чинники гострого стресового розладу у військових, які перебували у зоні активних бойових дій.

Загальна кількість досліджуваних 102 військовослужбовці підрозділів сил територіальної оборони України, які мали досвід перебування в зоні бойових дій та мали останнє бойове зіткнення у строк до 1 (одного) календарного місяця на момент опитування. В результаті проведеного дослідження вдалося встановити рівень гострого стресового розладу у військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій та визначити чинники, які впливають на його прояв.

Для досягнення мети та завдань емпіричного дослідження було використано набір діагностичних методик, рекомендованих в Інструкції з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України, затвердженої Наказом Генерального штабу Збройних Сил України від 27.12.2018 № 462 [4] та спрямованих на визначення впливу травматичної події, тривоги, агресивності та депресії, а також для оцінки посттравматичних реакцій, зокрема *опитувальник первинного психологічного скринінгу та первинний скринінг посттравматичного стресового розладу (ПТСР)*. На підставі результатів опитування за обома методиками виявлено, що 37 осіб, які мають ознаки гострого стресового розладу та для яких рекомендовано провести подальшу психодіагностику.

Для визначення системи чинників, які впливають на рівень гострого стресового розладу у військовослужбовців, які перебувають в умовах бойових дій було використано Міссісіпську шкалу посттравматичного стресового розладу, за результатами якої високий рівень ознак гострого стресового розладу мають 16 осіб серед досліджуваних. Оскільки опитування проводилось протягом 1 календарного місяця після безпосередньої участі в бойових діях, у

тієї ж самої кількості осіб (16) спостерігається динаміка до виникнення посттравматичних стресових реакцій. Середній рівень мають – 28 осіб, та відповідно потребують подальшого спостереження за ризиками виникнення посттравматичних стресових реакцій. Низький рівень – 58 осіб.

Узагальнено рекомендації, які можуть надаватися військовослужбовцям для покращення психологічного стану та зниження прояву ознак гострих стресових розладів у військовослужбовців в умовах бойових дій. Зазначені рекомендації були розроблені та впроваджені в роботу групою контролю бойового стресу 117 ОБрТРО для зниження проявів гострих стресових розладів у військовослужбовців та було включено до змісту *психологічного помічника військовослужбовця «Кишеньковий дахотримач»* (автори розробки – Швагер М.О., Кандибур Р.Г.)¹.

Використання різних методик для визначення проявів гострих стресових розладів, аналіз та інтерпретація їх результатів дозволяють в умовах сучасної війни військовим психологам вдосконалювати вже існуючі рекомендації щодо зниження проявів таких реакцій та розробляти власні на основі досвіду психологічної роботи з військовослужбовцями, які виконують свої обов'язки по захисту Батьківщини в умовах російсько-української війни ще з 2014 року. І цей досвід є по суті унікальним.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О., Лозінська Н. С., Остапчук В. В., Ткаченко В. В. Збірник методик для діагностики негативних психічних

¹ Текст спільної розробки психологічного помічника військовослужбовця «Кишеньковий дахотримач» в частині окремих рекомендацій розміщено у параграфі 2.3 магістерської роботи за згоди співавтора Кандибур Р.Г.

- станів військовослужбовців: Методичний посібник. – К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. – 234 с.
2. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації) / Міністерство оборони України. Наук.дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Агаєв Н. А., Скрипкін О. Г., Дейко А. Б., Поливанюк В. В., Еверт О. В. – К.: НДЦ ГП ЗС України, 2016. – 147 с.
 3. Бобро О. В. До проблеми виникнення стресових розладів / Менеджмент підприємницької діяльності: навч. посіб. для проф. підготовки військовослужбовців ЗС України звільнених у запас. Проект «Україна-Норвегія». МОН України, ДЗ ПНПУ ім. К. Д. Ушинського. Одеса: Видавничий дім «Гельветика». 2020. Вип. 8. С. 267 – 272.
 4. Булах В. П. Стрес та його вплив на організм людини. *Медсестринство*. 2014. № 3. С. 10 – 15.
 5. Волошенюк Т. Гострий стресовий розлад. *Актуальні проблеми хімії, матеріалознавства та екології: матеріали II Міжнародної наукової конференції (Луцьк, 1-3 червня 2022 року)*. Луцьк, 2022. С. 186 – 189
 6. Гачак-Величко Л. А., Целюх І. М., Сивоус І. В. Психологічний аспект механізму виникнення стресових ситуацій у військовослужбовців. *Науково-педагогічний вісник*. 2022. № 25. С. 25 – 29.
 7. Гутченко К. С. та ін. Клініко-психологічні особливості поєднаної травми військовослужбовців Збройних Сил України, які є учасниками російсько-української війни. *Медичні перспективи*. 2025. № 1. С. 102-108.
 8. Інструкція з організації психологічної декомпресії військовослужбовців Збройних Сил України затверджена Наказом Генерального штабу

- Збройних Сил України від 27.12.2018 року №462 URL: <https://dovidnykmpz.info/psycho/nakaz-heneral-noho-shtabu-zbroynykh-syl-ukrainy-vid-27-12-2018-462-pro-zatverdzhennia-instruktsii-z-orhanizatsii-psykholohichnoi-dekompresii-viys-kovosluzhbovtiv-zbroynykh-syl-ukrainy/>
9. Кириченко В. В., Кротюк К. А. Динаміка ціннісно – смислової сфери військовослужбовців в умовах бойових дій. *Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права*. 2023. № 1. С. 79 – 84.
 10. Коваленко І. С., Березан О. І., Помогайбо В. М. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: теорія, дослідження та лікування. *Психологія і особистість*. 2023. Вип. 1 (23). С. 263 – 278.
 11. Коваль І. Діагностика і диференційна діагностика гострого стресового розладу та посттравматичного стресового розладу в загальномедичній практиці. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології»*. 2019. №27. URL: <https://doi.org/10.32626/2227-6246.2015-27.%p>
 12. Ковальчук О., Мороз Р. Психологічний механізм виникнення стресових ситуацій у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України*. 2020. № 53 (3). С. 84 – 93. URL: <https://doi.org/10.33099/2617-6858-2019-53-3-84-93>
 13. Когут О. О. Первинна психологічна допомога потерпілим із симптомами гострого стресового розладу. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2023. № 1. С. 31 – 38.
 14. Колісник Л. О. та ін. Стрес-реакції, травма та пост-травматичне зростання школярів в умовах війни Росії проти України. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи*. 2022. № 1(57). С. 81-98.

15. Кротюк К. А. Особливості психологічного реагування військовослужбовці внаслідок участі в бойових діях. *Журнал соціальної та практичної психології*. 2023. № 1. С. 12 – 17
16. Малиш В. Стрес та стресові розлади особистості: визначення, діагностика та корекція. *Наукові перспективи*. 2024. № 4 (46). С.1298-1310 URL: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/download/11050/11109>
17. Матвієць Л. Г. Організація та моніторинг своєчасного надання медико-психологічної допомоги на первинному рівні при гострих та посттравматичних стресових розладах. *Сімейна медицина*. 2017. № 2. С. 6 – 10. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2017_2_3
18. Міхєєва Л. та ін. Емпіричне дослідження психологічних особливостей прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Psychology Travelogs*. 2023. № 4. С. 6 – 15.
19. Перша психологічна допомога в гострих стресових ситуаціях: навч.-практич. посіб. / за заг. ред. д-ра юрид. наук, проф. Моргунов О. А. ; [Федоренко О. І. та ін.] ; МВС України, Харків. нац. ун-т внутр. справ. Харків : ХНУВС, 2022. 84 с.
20. Положення про Психологічну службу Збройних Сил України затверджене Наказом Генерального Збройних Сил України від 04.12.2014 року №317 URL: <https://surl.li/nhszbo>
21. Психічні розлади воєнного часу. *Монографія*. Київ: Видавничий дім Медкнига, 2023. 232 с.
22. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. № 121.

URL:

http://mtd.dec.gov.ua/images/dodatki/2016_121_PTZR/2016_121_YKPMR_PTZR.pdf

23. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги. *Український медичний часопис*. 2022. № 4 (150). С. 1 – 11.
24. Шелестова О. В. Розлади адаптації як наслідок впливу стресу. *Медична психологія*. 2016. № 4. С. 74 – 77.
25. Яворська А. С. Виникнення гострого стресового розладу у військовослужбовців під час війни та їх нейрореабілітація. *Актуальні проблеми практичної психології: збірн. наук. праць Всеукр. наук.-практич. Інтернет- конференції (19 травня 2023 року, м. Одеса)*. Одеса, 2023. С. 147 – 202.
26. Adler A. B., Gutierrez I. A. Acute Stress Reaction in Combat: Emerging Evidence and Peer-Based Interventions. *Curr Psychiatry Rep*. 2022. Vol. 24. PP. 277 – 284. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01335-2>
27. Bernadette von Dawans et al. The effects of acute stress and stress hormones on social cognition and behavior: current state of research and future directions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2021. № 121 PP. 75 – 88.
28. Bonner M., Ellender G. Military Training: does it predispose service personnel to negative mental health issues? *Journal of Mental Health Disorders*. 2022. Vol. 2(1). PP. 11 – 18. URL: <https://doi.org/10.33696/mentalhealth.2.012>
29. Cardena Etzel, Eve Carlson. Acute stress disorder revisited. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2011. № 7. PP. 245 – 267. URL: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032210-104502>

30. Edmondson D., Mills M. A., Park C. L. Factor structure of the acute stress disorder scale in a sample of Hurricane Katrina evacuees. *Psychological assessment*. 2010. Vol. 22.2. P. 269.
31. Falova O. Peculiarities of primary psychological care, counseling and psychotherapy in conditions of war. *Acta Neuropsychologica* . 2023. Vol. 21.3 PP. 333 – 350 URL: <https://doi.org/10.5604/01.3001.0053.8600>
32. Gerta Bardhoshi, et al. Choosing assessment instruments for posttraumatic stress disorder screening and outcome research. *Journal of Counseling & Development*. 2016. № 94.2. PP.184 – 194.
33. Gibbons W. Susanne, Edward J. Hickling, Dorraine D. Watts. Combat stressors and post-traumatic stress in deployed military healthcare professionals: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2012. Vol. 68.1. PP. 3 – 21. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05708.x>
34. Grossman D., Siddle B. Psychological effects of combat. *Encyclopedia of violence, peace and conflict*. 2000. Vol. 3. PP. 139 – 149. URL: <https://www.themoralinjuryinstitute.com/wp-content/uploads/2020/01/Psychological-Effects-of-Combat.pdf>
35. Harvey Allison G., Richard A. Bryant. Acute stress disorder: a synthesis and critique. *Psychological bulletin*. 2002. №128.6. P. 886.
36. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
37. ICD-11 Implementation or Transition guide URL: https://icd.who.int/en/docs/ICD-11%20Implementation%20or%20Transition%20Guide_v105.pdf
38. Jinsong Zhang et al. Acute stress, behavioural symptoms and mood states among school-age children with attention-deficit/hyperactive disorder during

- the COVID-19 outbreak. *Asian journal of psychiatry*. 2020. Vol. 51. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102077>
39. Kordel Piotr et al. Acute Stress Disorder among 2022 Ukrainian war refugees: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*. 2024. № 12. P. 128.
 40. Korylchuk N., Vlasenko I., Livandovska I., Bokova S., Demikhova N. Theoretical and methodological principles of providing medical and psychological assistance in the conditions of armed conflicts: experience for Ukraine. *Amazonia Investiga*. 2022. № 11(60). P. 135–144. URL: <https://doi.org/10.34069/AI/2022.60.12.14>
 41. Mohammad Javad Ahmadizadeh, et al. Development and psychometric evaluation of the treatment adherence questionnaire for patients with combat post-traumatic stress disorder. *Patient preference and adherence*. 2019. PP. 419 – 430.
 42. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder
URL: <https://www.academia.edu/download/78125275/2706b10fa857c00a91c820c292e3f97d898c.pdf>
 43. Richard A. Bryant, et al. A review of acute stress disorder in DSM-5. *Focus*. 2011. Vol. 9.3. PP. 335 – 350. URL: <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc335>
 44. Richard A. Bryant. The current evidence for acute stress disorder. *Current psychiatry reports*. 2018. № 20. P. 1 – 8.
 45. Ryan Holliday, et al. Developing the PTSD Checklist-I/F for the DSM-IV (PCL-I/F): assessing PTSD symptom frequency and intensity in a pilot study of male veterans with combat-related PTSD. *Behavioral Sciences*. 2015. № 5.1. PP. 59 – 69.

46. Saxe G., Stoddard F., Chawla N., Lopez C.G., Hall E., Sheridan R., King L. Risk Factors for Acute Stress Disorder in Children with Burns. *Journal of Trauma & Dissociation*. 2005. Vol. 6 (2). PP. 37 – 49.
47. Shahrour Ghada, Latefa Ali Dardas. Acute stress disorder, coping self-efficacy and subsequent psychological distress among nurses amid COVID-19. *Journal of nursing management*. 2020. Vol. 28.7. PP. 1686 – 1695. URL: <https://doi.org/10.1111/jonm.13124>
48. Shalev A. Y. Posttraumatic stress disorder and stress-related disorders . *Psychiatric Clinics*. 2009. Vol. 32(3). PP. 687 – 704.
49. Steve Geoffrion, et al. Systematic review and meta-analysis on acute stress disorder: Rates following different types of traumatic events. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022. № 23.1. P. 213 – 223.
50. Taymur İ., Sargin A. E. , Özdel K., Türkçapar H. M. , Çalışgan L., Zamki E., Demirel B. Possible Risk Factors for Acute Stress Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder After an Industrial Explosion. *Noro Psikiyatr Ars*. 2014. Vol. 51(1). PP. 23 – 29. URL: <https://doi: 10.4274/npa.y6510>
51. Thomas G. A., et al. Acute stress disorder, alcohol use, and perception of safety among hospital staff after the sniper attacks. *Psychiatric Services*. 2003. Vol. 54.10. PP. 1383 – 1387. URL: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.54.10.1383>
52. Troy L. Holbrook, David B. Hoyt, Raul Coimbra, Bruce Potenza, Michael Sise, John P. Anderson. High Rates of Acute Stress Disorder Impact Quality-of-Life Outcomes in Injured Adolescents: Mechanism and Gender Predict Acute Stress Disorder Risk. *The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care*. 2005. Vol. 59(5). PP. 1126 – 1130. DOI: 10.1097/01.ta.0000196433.61423.f2 URL: https://doi.org/10.1300/J229v06n02_05

53. Wang Li, et al. Factor structure of acute stress disorder symptoms in Chinese earthquake victims: A confirmatory factor analysis of the acute stress disorder scale. *Personality and individual differences*. 2010. Vol. 48.7. PP. 798 – 802.
54. Wang Ling, et al. The effectiveness and implementation of psychological first aid as a therapeutic intervention after trauma: An integrative review. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2024. № 25.4. PP. 2638 – 2656.
55. Woodward Matthew J. et al. Interacting with a friend after a trauma film reduces anxiety and intrusive memories. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2024. № 16.5. PP. 759 – 767.
56. Yossi Levi-Belz et al. PTSD, depression, and anxiety after the October 7, 2023 attack in Israel: a nationwide prospective study. *EClinicalMedicine*. 2024. № 68. PP. 1 – 9.
57. Zanettoullis A. T.; Mastorakos G.; Vakas P.; Vlahos N.; Valsamakis G. Effect of Stress on Each of the Stages of the IVF Procedure: A Systematic Review. *Int. J. Mol. Sci*. 2024. № 25. PP. 726.
58. Zaretsky Tamar G. et al. The psychedelic future of post-traumatic stress disorder treatment. *Current neuropsychopharmacology*. (2024). № 22.4. PP. 636 – 735.
59. Želimir P., Komar Z., Filjak T. Psychological model of combat stress. *International Applied Military Psychology Symposium Held in Split, Croatia on 11-15 September 2000. IAMPS 2000 Proceedings: Changing Mission for the 21st Century*. 2000. PP. 190 – 199.
60. Zhi Ye, et al. Resilience, social support, and coping as mediators between COVID-19-related stressful experiences and acute stress disorder among college students in China. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2020. Vol. 12.4. PP. 1074 – 1094. URL: <https://doi.org/10.1111/aphw.12211>

