

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ
ОСВІТИ

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту



ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ

Завідувачка кафедри ПП та М д.е.н.,

проф. **Юлія Герасименко**

2026 р.

**«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З НАСЛІДКАМИ БОЙОВОГО СТРЕСУ»**

Кваліфікаційна робота

на здобуття освітнього ступеня «магістр»

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Здобувачка вищої освіти групи
ПС-24-11-ЗМ

Гуля Ольга Миколаївна

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук

КУЩЕНКО Ірина Вікторівна

Біла Церква – 2026

Протокол аналізу звіту подібності

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання щодо роботи:

Автор: Гуня Ольга Миколаївна, група ПС-24-11-ЗМ

Назва: ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З НАСЛІДКАМИ БОЙОВОГО СТРЕСУ

Керівник: КУЩЕНКО Ірина Вікторівна

Підрозділ: Bila Tserkva institute of continuous professional education

Коефіцієнт подібності 1: 1.01%

Мікропробіли: 0

Заміна букв: 0

Інтервали: 0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 26. ЗУ Про фахову передвищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедур. Таким чином робота не приймається.

Висновок:

Відсоток оригінальності за системою Strike Plagiarism 101% відповідає встановленим вимогам. Високий рівень оригінальності. Допускається до захисту/рецензування.

Дата 05.05.2026 р.

Відповідальний за антиплагіатну технічну експертизу у Білоцерківському інституті неперервної професійної освіти ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України:

Підпис _____



БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕВСНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ
ОСВІТИ

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 053 Психологія, освітня програма Психологія



ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувачка кафедри ПП та М

проф. Юлія Герасименко

2026 року

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ ЗДОБУВАЧЕВІ ОСВІТИ

Гуні Ользі Миколаївні

Тема роботи: «ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З НАСЛІДКАМИ БОЙОВОГО СТРЕСУ»

Керівник роботи Кущенко Ірина Вікторівна, кандидат психологічних наук,
затверджені наказом БІНПО від 12 січня 2026 року № 01-06/01.

1. Строк подання здобувачем освіти роботи «04» травня 2026 р.
2. Вихідні дані до роботи: наукові праці, монографії вітчизняних та зарубіжних вчених з досліджуваних питань, власні спостереження щодо особливостей індивідуальної психологічної та клінічної психологічної та неврологічної роботи з військовослужбовцями.
4. Перелік питань, які треба розробити:

-Проаналізувати теоретико-методологічні засади вивчення бойового стресу в сучасній психологічній науці, розкрити його феноменологію та специфіку впливу на психічне здоров'я військовослужбовців у контексті тривалого перебування в зоні вітальної загрози.

-Дослідити сучасні підходи до психологічної реабілітації комбатантів, приділивши особливу увагу фазовим моделям відновлення та можливостям мультимодального підходу, що інтегрує когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), метод десенсибілізації та переробки травми рухами очей (EMDR) і техніки психоемоційної кінезіології.

-Здійснити емпіричне дослідження клініко-психологічного стану військовослужбовців на базі спеціалізованого стаціонару (КНП «Психіатрія»), застосувавши діагностичний інструментарій «золотого стандарту» (CAPS-5) для об'єктивізації тяжкості інтрузій та психоемоційних порушень.

-Визначити психологічні особливості та типологію реакцій на бойовий стрес у пацієнтів, а також сформувати психологічний профіль військовослужбовця з високим ризиком дезадаптації для раннього виявлення найбільш вразливих груп.

-Обґрунтувати, розробити та апробувати комплексну програму тренінгу емоційної стійкості, спрямовану на стабілізацію стану та розвиток навичок саморегуляції пацієнтів, із включенням кінезіологічних технік корекції.

-Оцінити ефективність впроваджених інтервенцій, проаналізувавши динаміку психоемоційного відновлення респондентів, та розробити практичні рекомендації щодо супроводу військових у післяреабілітаційний (постстаціонарний) період.

5. Консультанти розділів роботи:

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Завдання видали	Завдання прийняли
1	Кущенко І.В., кандидат психологічних наук.	15.09.2025	13.10.2025

3	Кущенко І.В., кандидат психологічних наук.	24.11.2025	15.12.2025
4	Кущенко І.В., кандидат психологічних наук.	15.12.2025	19.01.2026

Дата видачі завдання 15.09.2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Узгодження теми роботи, складання змісту	вересень	виконано
2	Вивчення літературних джерел	вересень	виконано
3	Збір, підготовка інформаційного матеріалу	жовтень	виконано
4	Обробка матеріалу	жовтень	виконано
5	Виконання розділу 1	листопад	виконано
6	Виконання розділу 2	грудень	виконано
7	Виконання розділу 3	січень	виконано
8	Формулювання висновків	лютий	виконано
9	Оформлення роботи, отримання відгуку та рецензії, перевірка на плагіат	березень- травень	виконано
10	Подання роботи на кафедру	травень	виконано

Студентка  О.М. Гуня

Керівник роботи  І.В. Кущенко

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ» НАПН УКРАЇНИ
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

В І Д Г У К
наукового керівника на кваліфікаційну роботу здобувачки вищої освіти
другого (магістерського) рівня

Гуні Ольги Миколаївни

за темою:

**«Психологічні особливості реабілітації військовослужбовців з
наслідками бойового стресу»**

Актуальність даної теми полягає у важливості відновлення психічного здоров'я військовослужбовців з класичними проявами бойового стресу та з коморбідними станами.

У кваліфікаційній роботі магістра розкрито теоретичні засади вивчення бойового стресу та специфіку впливу на психічне здоров'я військовослужбовців, застосовано мультимодальний підхід до реабілітації.

Здобувачка продемонструвала достатній рівень підготовленості до наукового дослідження, уміння працювати з джерельною базою, застосовувати психодіагностичні методики, логічно викладати матеріал, аналізувати результати за допомогою складного статистичного апарату та формулювати науково обґрунтовані висновки. Магістрантка проявила себе як зрілий фахівець-психолог та лікар-невролог із розвиненим клінічним мисленням.

Практичну цінність має розроблена інтегрована корекційно-розвивальна програма щодо реабілітації військовослужбовців на базі КНП «Психіатрія». Апробація програми довела її високу ефективність.

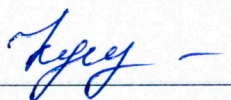
За результатами перевірки системою StrikePlagiarism оригінальність роботи становить 99%, що підтверджує її самостійність та відповідність вимогам академічної доброчесності.

Вважаємо, що кваліфікаційна робота Гуні О. М. розкрита на належному теоретичному та практичному рівнях, містить елементи наукової новизни, оформлена згідно встановлених вимог та рекомендується до захисту на засіданні екзаменаційної комісії.

Кваліфікаційна робота заслуговує на оцінку балів (оцінка за шкалою ECTS, « » за національною шкалою).

Науковий керівник:

доцентка



І. В. Кущенко

Дата: « 07 » 05 2026 р.

Реферат

Кваліфікаційна робота обсягом 110 сторінок (76 сторінок основного тексту) містить 8 таблиць, 4 рисунків, 12 додатків і 60 найменувань літературних джерел.

У роботі досліджено психологічні особливості реабілітації військовослужбовців із наслідками бойового стресу, а також обґрунтовано та апробовано інтегративну мультимодальну програму психологічної допомоги в умовах спеціалізованого стаціонару.

Розкрито теоретико-методологічні засади розуміння бойового стресу, проаналізовано його феноменологію, нейробіологічні механізми та специфіку формування «моральної травми». Особливу увагу приділено фазово-орієнтованому підходу та інтеграції доказових методів психотерапії, зокрема когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), десенсибілізації та переробки травми рухами очей (EMDR), а також технік психоемоційної кінезіології.

Емпіричне дослідження, проведене на базі КНП «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги «Психіатрія», охоплювало 50 військовослужбовців із вираженими симптомами бойового стресу та супутніми наслідками контузій. Використано діагностичний інструментарій «золотого стандарту» (CAPS-5), шкали PCL-5, HADS, MoCA та WHOQOL-BREF. Результати дослідження підтвердили ефективність алгоритму «bottom-up» (знизу-вгору), де першочергова вегетативна стабілізація засобами кінезіології створює умови для глибокої когнітивної переробки досвіду. Встановлено редукцію симптомів бойового стресу на 45,3% за результатами впровадженої програми.

Наукова новизна роботи полягає в обґрунтуванні мультимодальної моделі реабілітації, що поєднує нейропсихологічну корекцію з традиційними психотерапевтичними протоколами, та уточненні маркерів «вікна толерантності» для пацієнтів із бойовою травмою. Практичне значення полягає у впровадженні розробленого алгоритму в діяльність психіатричних установ, створенні програм постстаціонарного супроводу та рекомендацій щодо профілактики професійного вигорання персоналу.

Ключові слова: бойовий стрес, ПТСР, психологічна реабілітація, мультимодальний підхід, психоемоційна кінезіологія, EMDR, моральна травма, військовослужбовці.

Abstract

The qualification thesis comprises 110 pages (76 p basic text), 8 tables, 4 figures, 12 appendices, and references to 60 literary sources.

This research investigates the psychological features of rehabilitation for military personnel with the consequences of combat stress and tests an integrative multimodal program for psychological support in a specialized hospital setting.

Theoretical and methodological approaches to understanding combat stress are examined, including its phenomenology, neurobiological mechanisms, and the specifics of "moral injury" formation. Particular attention is paid to phase-oriented treatment and the integration of evidence-based psychotherapeutic methods, such as cognitive-behavioral therapy (CBT), eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), and psycho-emotional kinesiology techniques.

An empirical study conducted at the "Psychiatry" clinical facility involved 50 service members with pronounced combat stress symptoms and comorbid consequences of concussions. The "gold standard" diagnostic toolkit (CAPS-5), along with PCL-5, HADS, MoCA, and WHOQOL-BREF scales, was utilized. The findings confirmed the effectiveness of the "bottom-up" algorithm, where initial autonomic stabilization through kinesiology creates a foundation for deep cognitive processing. A 45.3% reduction in PTSD symptoms was achieved through the implemented program.

The scientific novelty of the thesis lies in the substantiation of a multimodal rehabilitation model that combines neuropsychological correction with traditional psychotherapeutic protocols and refines "window of tolerance" markers for patients with combat trauma. The practical value of the research is reflected in its application within psychiatric institutions, the development of post-hospital support programs, and recommendations for preventing professional burnout among staff.

Keywords: combat stress, PTSD, military personnel, multimodal rehabilitation, psycho-emotional kinesiology, EMDR, moral injury, psychological stability.

ЗМІСТ

ВСТУП	10
РОЗДІЛ 1	ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПРИ БОЙОВОМУ СТРЕСІ.....	10
1.1.	Поняття бойового стресу та його вплив на психічне здоров'я військовослужбовців.....	17
1.2.	Сучасні підходи до психологічної реабілітації військовослужбовців: від стабілізації до посттравматичного зростання.....	25
1.3.	Мультимодальний підхід у реабілітації військовослужбовців: інтеграція КПТ, EMDR та кінезіологічних технік.....	30
Висновки	до розділу 1.....	35
РОЗДІЛ 2	ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ БОЙОВОГО СТРЕСУ У ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	
2.1.	Процедура та дизайн дослідження на базі КНП «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги «Психіатрія». Організація та методи діагностики клініко-психологічного стану пацієнтів. Обґрунтування вибору діагностичного інструментарію: клінічне інтерв'ю CAPS-5 та скринінгові шкали (PCL-5, HADS).....	37
2.2.	Кількісний та якісний аналіз результатів первинної діагностики: оцінка тяжкості інтрузій та психоемоційного стану. Психологічний профіль військовослужбовця з високим ризиком дезадаптації.....	49
Висновки	до розділу 2.....	57
РОЗДІЛ 3	ОБґРУНТУВАННЯ ТА АПРОБАЦІЯ ПРОГРАМИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ТА ОЦІНКА ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ.....	59
3.1.	Розробка та впровадження програми тренінгу емоційної стійкості з використанням технік стабілізації та саморегуляції.....	59

3.2.	Оцінка ефективності застосованих інтервенцій та динаміка психоемоційного відновлення.....	69
3.3.	Психологічні рекомендації щодо супроводу військових у післяреабілітаційний період.....	75
Висновки	до розділу 3.....	84
ВИСНОВКИ	85
СПИСОК ДЖЕРЕЛ	87
ДОДАТКИ	91

ВСТУП

Актуальність теми. Сучасний етап розвитку українського суспільства характеризується безпрецедентним рівнем травматизації населення, зумовленим тривалою та інтенсивною збройною агресією. Найбільш вразливою категорією в контексті збереження ментального здоров'я є військовослужбовці, які безпосередньо беруть участь у бойових діях і які потребують спеціалізованої психологічної допомоги. Специфіка сучасних бойових дій – висока інтенсивність артилерійських обстрілів, застосування БПЛА та постійна вітальна загроза – призводить до формування складних форм бойової психічної травми, що інтегрують у собі не лише класичні ознаки ПТСР, а й глибокі деформації ціннісно-сміслової сфери особистості («моральна травма»).

Сучасні дослідження показують, що майже у кожного третього бійця, який приходить на реабілітацію, психологічні проблеми тісно пов'язані з фізичними пошкодженнями нервової системи. Тобто їхня надмірна тривожність чи збудження підживлюються реальними змінами в роботі мозку.

На практиці ми бачимо,. Працюючи в госпіталі (зокрема в закладі «Психіатрія»), ми помічаємо, що стан бійців дуже складний Це сильно затягує одужання.

Через те, що стандартні методи не завжди справляються з такими важкими симптомами, ми зрозуміли:

Актуальність дослідження підкріплюється клінічними спостереженнями: майже кожен третій ветеран стикається з ПТСР, який зазвичай супроводжується ще й тривогою чи депресією, нав'язливі спогади та постійна напруженість, гіперзбудження поєднуються з болями в тілі та повною неможливістю повернутися до нормального життя. Це значно ускладнює процес відновлення. Старі підходи треба переглядати, зараз ми робимо ставку на комплексні моделі лікування саме в умовах стаціонару. Найголовніше сьогодні – розробляти індивідуальні плани допомоги для кожного бійця. Ми опираємося на перевірені

міжнародні протоколи (NICE, APA), але обов'язково враховуємо особисту історію та характер травми кожної людини.

Звичайні методи психотерапії на початку реабілітації часто дають слабкий результат. Це стається тому, що бійці дуже швидко втомлюються, а їхнє тіло занадто гостро реагує на будь-який стрес (скаче тиск, збивається дихання). Навіть перевірені протоколи на кшталт EMDR чи КПТ не завжди спрацьовують одразу, бо вони більше зосереджені на думках, а травма в цей час продовжує «жити» в тілі та виснажувати людину.

Саме тому нам вкрай потрібні комплексні мультимодальні програми, які поєднують роботу з мозком та тілесні вправи. У цьому сенсі дуже допомагає психоемоційна кінезіологія. Вона дозволяє «достукатися» до тілесної пам'яті про травму, використовуючи реакції самого організму як підказку через систему біологічного зворотного зв'язку. Це допомагає розвантажити нервову систему пацієнта ще до того, як ми почнемо глибоку розмову про пережите

Актуальність роботи підсилюється потребою практичного впровадження таких алгоритмів у роботу спеціалізованих установ, як-от КНП «Психіатрія», для забезпечення стійкої реінтеграції захисників у соціум.

Поєднання клінічної діагностики за «золотим стандартом» (клінічне інтерв'ю CAPS-5) та мультимодального терапевтичного впливу є критично необхідним для розробки ефективних стратегій повернення військовослужбовця до повноцінного життя. Необхідність теоретичного обґрунтування та практичної апробації такої інтегративної програми реабілітації в умовах стаціонару зумовила вибір теми кваліфікаційної роботи: «Психологічні особливості реабілітації військовослужбовців з наслідками бойового стресу».

Зв'язок роботи з науковими програмами. Магістерське дослідження виконано в рамках науково-дослідної теми кафедри педагогіки, психології та менеджменту БІНПО та узгоджується з пріоритетними напрямками медико-психологічної реабілітації військовослужбовців в Україні.

Об'єкт дослідження: процес психологічної реабілітації військовослужбовців, які отримали бойову психічну травму та перебувають на лікуванні

Предмет дослідження: психологічні особливості та динаміка психоемоційного стану комбатантів під впливом інтегративної мультимодальної програми реабілітації військовослужбовців (на основі інтеграції кінезіологічних технік, EMDR та КПТ).

Мета дослідження: полягає у виявленні та проведенні клініко-психологічних особливостей комплексної психологічної реабілітації військовослужбовців, спрямовану на редукцію симптомів бойового стресу та відновлення адаптивного потенціалу особистості в умовах психіатричного стаціонару за допомогою поєднання методів стабілізації та когнітивної переробки травматичного досвіду.

Гіпотеза дослідження: успішність реабілітації військовослужбовців із наслідками бойового стресу та супутніми контузіями підвищується за умови застосування мультимодального фазово-орієнтованого підходу (робота з когнітивними установками (КПТ), десенсибілізація травматичних спогадів (EMDR) та корекція тілесних проявів стресу), де першочергова стабілізація вегетативної системи (через кінезіологічні вправи) створює фундамент для подальшої психотерапевтичної переробки травми, сприяє більш вираженій редукції кластерів інтрузій та гіперзбудження порівняно зі стандартними протоколами супроводу.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретико-методологічні засади вивчення бойового стресу в сучасній психологічній науці, розкрити його феноменологію та специфіку впливу на психічне здоров'я військовослужбовців у контексті тривалого перебування в зоні вітальної загрози.

2. Дослідити сучасні підходи до психологічної реабілітації комбатантів, приділивши особливу увагу фазовим моделям відновлення та можливостям

мультимодального підходу, що інтегрує когнітивно-поведінкову терапію (КПТ), метод десенсибілізації та переробки травми рухами очей (EMDR) і техніки психоемоційної кінезіології.

3. Здійснити емпіричне дослідження клініко-психологічного стану військовослужбовців на базі спеціалізованого стаціонару (КНП «Психіатрія»), застосувавши діагностичний інструментарій «золотого стандарту» (CAPS-5) для об'єктивізації тяжкості інтрузій та психоемоційних порушень.

4. Визначити психологічні особливості та типологію реакцій на бойовий стрес у пацієнтів, а також сформувати психологічний профіль військовослужбовця з високим ризиком дезадаптації для раннього виявлення найбільш вразливих груп.

5. Обґрунтувати, розробити та апробувати комплексну програму тренінгу емоційної стійкості, спрямовану на стабілізацію стану та розвиток навичок саморегуляції пацієнтів, із включенням кінезіологічних технік корекції. Розробити та апробувати алгоритм трифазної реабілітації військовослужбовців.

6. Оцінити ефективність впроваджених інтервенцій, проаналізувавши динаміку психоемоційного відновлення респондентів, та розробити практичні рекомендації щодо супроводу військових у післяреабілітаційний (постстаціонарний) період. Запропонувати рекомендації щодо профілактики рецидивів та професійного вигорання персоналу.

Методологічну основу дослідження становлять:

положення динамічної психіатрії та клінічної психології щодо механізмів формування психотравми; фазово-орієнтована модель терапії травми (П. Жане, О. ван дер Харт), яка визначає етапність реабілітації від стабілізації до повної інтеграції досвіду. Основні засади когнітивно-поведінкової терапії (А. Бек, Д. Мейхенбаум) у роботі з травматичними переконаннями; концепція десенсибілізації та переробки травми рухами очей (Ф. Шапіро); принципи психоемоційної кінезіології (Дж. Даймонд, Д. Стокс) щодо м'язового тестування

як інструменту біологічного зворотного зв'язку для виявлення та корекції стресових станів.

Нормативно-правова база: стандарти надання психологічної та психіатричної допомоги (протоколи МЗС України, настанови NICE), що регламентують роботу фахівців у закладах охорони здоров'я, зокрема в умовах спеціалізованого стаціонару (КНП «Психіатрія»).

База дослідження: КНП «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги «Психіатрія». У дослідженні взяли участь 50 військовослужбовців (чоловіків), які проходили стаціонарне лікування.

Методи дослідження. Для реалізації поставлених завдань використано комплекс клініко-психологічних методів:

Теоретичні: аналіз наукових джерел, аналіз, синтез, порівняння та узагальнення наукових джерел, систематизація клінічних протоколів, узагальнення даних щодо етіології та патогенезу бойового стресу та ПТСР

Емпіричні: клінічне інтерв'ювання (збір анамнезу, оцінка психічного статусу); клініко-психологічне спостереження за динамікою невербальних та поведінкових реакцій

Психодіагностичні: Для об'єктивізації клінічних даних застосовано стандартизований батарейний тест: Клінічна шкала оцінки ПТСР (CAPS-5) для верифікації діагнозу; Опитувальник PCL-5 для моніторингу симптомів; Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) для оцінки коморбідних станів; Опитувальник якості життя (WHOQOL-BREF).

Методи математико-статистичної обробки даних: Для перевірки вірогідності отриманих результатів та підтвердження гіпотези дослідження було використано комплекс методів статистичного аналізу: методи описової статистики (обчислення медіани та стандартного відхилення); непараметричний *T-критерій Вілкоксона* для оцінки достовірності зрушень у стані військовослужбовців після проходження програми реабілітації; корекційний аналіз за допомогою *коефіцієнта рангової кореляції Спірмена* для виявлення

взаємозв'язків між клінічними симптомами бойового стресу. Розрахунки проводилися з використанням пакету прикладних програм SPSS Statistics v.26.0.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у розширенні та поглибленні уявлень про психологічні особливості реабілітації військовослужбовців із наслідками бойового стресу, у теоретичному та практичному поєднанні неврологічного та психотерапевтичного підходів до лікування бойової травми. Зокрема:

вперше обґрунтовано та апробовано мультимодальну програму реабілітації для роботи з наслідками травми на когнітивному, емоційному та тілесному рівнях одночасно, вона базується на поєднанні доказових протоколів роботи з військовими травмами – КПТ, EMDR та психоемоційної кінезіології; *обґрунтовано* необхідність використання кінезіологічних технік саморегуляції (інтеграція півкуль, вегетативна стабілізація) як обов'язкового підготовчого етапу, тому *впроваджено* методологічний підхід «знизу-вгору»: як базу безпеки перед переходом до когнітивно-поведінкової терапії та десенсибілізації; *уточнено* і сформовано клініко-психологічний профіль військового з бойовою травмою; *дістало подальшого розвитку* розуміння динаміки психоемоційного стану військовослужбовців у процесі стаціонарного лікування: за допомогою опитувальника CAPS-5 ми побачили, які саме проблеми найбільше турбують даних пацієнтів, скільки емоційного навантаження можуть витримати пацієнти після контузій, щоб не "закритися" і не впасти в паніку та безпечно розбирати свої травматичні спогади; *аргументовано доцільність* впровадження технік саморегуляції (зокрема кінезіологічних вправ) як інструменту профілактики рецидивів та підвищення життєстійкості у післяреабілітаційний період. Виявилося, що нав'язливі спогади (флешбеки), відчуття відстороненості та болі в тілі найкраще лікуються, коли ми вчимо бійців керувати своїм станом через тілесні реакції та вправи на саморегуляцію.

Практичне значення одержаних результатів – результати цього дослідження можна використовувати в роботі госпіталів та реабілітаційних

центрів: розроблену програму тренінгу чіткий алгоритмом дій можна брати за основу для занять із військовими як у лікарнях, так і під час амбулаторного супроводу. Набір тестів (CAPS-5, PCL-5, HADS) допомагає не просто бачити скарги пацієнта, а реально відстежувати, як змінюється його стан у процесі лікування та чи допомагає обрана терапія. Наші рекомендації можна використати для друку практичних пам'яток й буклетів та проведення занять. Це допоможе ветеранам підтримувати себе самостійно, а їхнім рідним – краще розуміти, як поводитися з близькою людиною після її повернення з фронту.

Результати дослідження впроваджено в практичну діяльність КНП «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги «Психіатрія», головним доказом того, що вона працює, є реальне полегшення симптомів бойового стресу у наших пацієнтів.

Апробація результатів. Результати дослідження апробовано шляхом публікації тез доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій. Підтвердження участі подано у додатку М. Основні положення та висновки кваліфікаційної роботи представлено у тезах під назвою: «Теоретико-методологічні підходи до розуміння бойового стресу та його впливів на психічне здоров'я військовослужбовців» у збірнику наукових праць «Психолого-педагогічний супровід здобувачів закладів професійної освіти в умовах війни та післявоєнної адаптації» та на конференції. Участь в майстер-класах в дискусійному форматі: «Мультидисциплінарний підхід у лікуванні та реабілітації пацієнтів з психотравмою», «Як жити далі: ідеї щодо подолання суїцидальної поведінки».

Структура роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (60 найменувань) та 10 додатків. Загальний обсяг роботи становить 110 сторінок.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ БОЙОВОМУ СТРЕСІ

1.1. Поняття бойового стресу та його вплив на психічне здоров'я військовослужбовців

У сучасній клінічній психології та психіатрії наслідки перебування у зоні бойових дій розглядаються як комплексний психотравмуючий вплив, що призводить до дезінтеграції психічної діяльності. Згідно з діагностичними критеріями DSM-5 та протоколами МОЗ України, центральне місце в структурі бойової патології посідає посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), який виникає як відстрочена реакція на події вітальної загрози [16].

Клінічна картина розладу у військовослужбовців характеризується специфічним поліморфізмом симптоматики, яку можна структурувати у чотири основні кластери:

1. Інтрюзивна симптоматика: Патогномонічним симптомом є флешбеки — дисоціативні епізоди, під час яких пацієнт втрачає контакт із реальністю та переживає травматичну подію "тут і зараз". Вони супроводжуються вираженими вегетативними реакціями (тахікардія, гіпергідроз) та панічними станами.

2. Уникнення: Свідоме чи несвідоме уникнення думок, почуттів, розмов, а також місць або людей, що асоціюються з травмою. У клінічній практиці це часто проявляється як резистентність до психотерапії та соціальна ізоляція.

3. Негативні когнітивні та емоційні зміни: Стійке викривлення сприйняття себе та світу. Домінує так звана «провина вцілілого» - ірраціональне переконання у власній відповідальності за загибель побратимів, що часто стає предиктором суїцидальної поведінки. Окремо виділяють феномен «моральної травми», що виникає внаслідок краху ціннісних орієнтирів.

4. Гіперзбудження: Стан постійної настороженості, порушення циклу "сон-неспанья", дисфорія та вибухова агресивність. Це зумовлено хронічною гіперактивацією симпатoadреналової системи та порушенням нейрорегуляції.

Якісна реабілітація військовослужбовців у межах нашого дослідження базується на точній диференційній діагностиці, оскільки симптоматика бойового стресу часто є коморбідною. В умовах КНП «Психіатрія» першочерговим завданням психолога, невролога та клінічного психолога, в ідентичності яких ми проводили дослідження – є розмежування первинного ПТСР від станів, що імітують його клінічну картину, але потребують інших терапевтичних стратегій.

Неврологічний та соматичний вектори (ЧМТ vs ПТСР). З огляду на специфіку сучасної війни, особлива увага приділяється диференціації ПТСР та наслідків черепно-мозкових травм (контузій). Спільні ознаки: когнітивна виснаженість, порушення сну, афективна лабільність.

Диференційні критерії: при ПТСР домінують інтрузії та уникнення, тоді як при органічних ураженнях головного мозку на перший план виходять стійкі когнітивні дефіцити (порушення пам'яті, уваги), запаморочення та вегетативна дисфункція, що не залежить від психологічних тригерів. Виявлення органіки потребує залучення нейропсихологічного тестування та нейровізуалізації (МРТ/КТ) [16].

Афективний та тривожний спектр. Депресивні розлади: У нашому дослідженні за допомогою шкали HADS ми розмежуємо симптоми депресії та ПТСР. При ПТСР пригнічений настрій та ангедонія мають вторинний характер і чітко пов'язані з пережитою травмою та «провиною вцілілого», тоді як при ендогенній депресії афект часто не має зовнішнього тригера. Наявність флешбеків є ключовим маркером на користь ПТСР.

Генералізована тривога: На відміну від ГТР, де тривога є дифузною («тривога про все»), тривожність комбатанта при ПТСР має надпильний характер (hypervigilance) і сфокусована на потенційних загрозах, що нагадують бойову обстановку.

Екзистенційний та особистісний рівні. Розлади адаптації (F43.2): Важливо відрізнити їх від бойової травми за критерієм інтенсивності стресора. Розлади адаптації виникають як реакція на значущі зміни (наприклад, проблеми з соціалізацією після демобілізації), але не супроводжуються вітальною загрозою та вираженою дисоціацією, притаманною ПТСР. У нашому дослідженні ми опираємося на теорію структурної дисоціації особистості, розроблену О. ван дер Хартом, Е. Нейенхейсом та К. Стіл [59]. Згідно з цією концепцією, бойова травма призводить до поділу психіки на Емоційну частину та Зовні нормальну частину. Використання кінезіологічних технік (Додаток В) на етапі стабілізації дозволяє знизити фобію внутрішніх відчуттів, що є ключовим кроком до подальшої інтеграції особистості.

Межовий розлад особистості: Емоційна нестабільність при МРО є стійкою рисою, що сформувалася до служби, тоді як при бойовому стресі ми спостерігаємо «злам» особистості після конкретних подій на фронті.

Пріоритети психотерапевтичного втручання (клінічні правила):

Для оптимізації процесу реабілітації в стаціонарі ми дотримуємося наступної ієрархії:

Безпека: Якщо діагностовано високий суїцидальний ризик або агресію, стабілізація цих станів є пріоритетом над опрацюванням травми.

Черговість роботи: При поєднанні ПТСР та депресії ми спершу працюємо з ПТСР (методами EMDR та кінезіології), оскільки успішна десенсибілізація травми зазвичай веде до редукції депресивної симптоматики.

Робота з залежностями: Якщо пацієнт використовує ПАР для самолікування (coping), першочерговим завданням стає детоксикація та стабілізація потягу, без чого психотерапія ПТСР буде неефективною.

Органічний фактор: При виявленні наслідків контузій терміни реабілітації подовжуються, а навантаження під час вправ (зокрема кінезіологічних) суворо дозується відповідно до темпів виснажуваності ЦНС пацієнта.

Таким чином, диференційна діагностика виступає не лише як інструмент встановлення діагнозу, а як дорожня карта для мультимодальної програми реабілітації, що дозволяє психологу КНП «Психіатрія» обрати найбільш безпечний та ефективний темп роботи з кожним військовослужбовцем.

Важливо зазначити, що в умовах сучасної війни (застосування артилерії, БПЛА) значна частина пацієнтів має коморбідні органічні ураження головного мозку (наслідки мінно-вибухових травм, контузій), що ускладнює клінічну картину когнітивним дефіцитом та емоційною лабільністю.

Аналіз сучасної наукової літератури свідчить, що бойовий стрес не є лінійним станом, а являє собою складну системну відповідь організму та психіки на екстремальні умови бойових дій. На відміну від цивільних стресорів, бойовий стрес характеризується пролонгованістю, високою інтенсивністю вітальної загрози та необхідністю постійного прийняття рішень у ситуації невизначеності.

У сучасних вітчизняних дослідженнях бойовий стрес розглядається як специфічний вид професійного стресу, що виникає в екстремальних умовах і характеризується загрозою життю та цілісності особистості. Як зазначає О. Кокун, бойова психічна травма спричиняє глибоку дезінтеграцію психофізіологічних функцій, що вимагає системного підходу до реабілітації, який враховує як ментальні, так і фізичні аспекти відновлення [19].

Особливе місце в аналізі наслідків бойового стресу посідає концепція «моральної травми» (*moral injury*). На відміну від класичного розуміння ПТСР, орієнтованого на страх, моральна травма, за визначенням Б. Літца [3], фокусується на глибокому психологічному дисонансі, що виникає через дії (або бездіяльність), які суперечать внутрішнім етичним переконанням воїна. В українському науковому дискурсі (зокрема у працях Н. Кессі) [52] наголошується, що цей стан часто стає предиктором тривалої депресії та соціальної ізоляції, що ми спостерігаємо в клінічній практиці КНП «Психіатрія».

Нейробіологічний аспект бойового стресу найкраще розкривається через полівагальну теорію С. Порджеса, яка пояснює стан заціпеніння або

гіперзбудження як еволюційні механізми виживання [55]. Дослідження Б. ван дер Колка доводять, що травматичний досвід зберігається в структурах мозку, відповідальних за емоції (амигдала) та тілесну пам'ять, оминаючи раціональні центри. Це обґрунтовує необхідність залучення тілесно-орієнтованих методів, оскільки, за висловом автора, «тіло веде лік» кожній пережитій стресовій події [4].

З огляду на фазово-орієнтований підхід до терапії травми, запропонований О. ван дер Хартом, першочерговим завданням реабілітації є стабілізація та розширення «вікна толерантності» пацієнта [59]. Вітчизняні фахівці, зокрема В. Синопал, підкреслюють, що без відновлення базового почуття безпеки та опанування навичок саморегуляції, подальша когнітивна переробка травматичного досвіду може призвести до ретравматизації. Таким чином, сучасна парадигма реабілітації зміщується від суто розмовної терапії до мультимодальних протоколів, що інтегрують роботу з тілом та нервовою системою.

Таблиця 1.1.

Кластери симптоматики ПТСР у військовослужбовців (за DSM-5)

Кластер симптомів	Клінічні прояви	Психологічний зміст
Інтрузії	Флешбеки, нав'язливі спогади, нічні кошмари, вегетативні реакції на тригери.	Повторне переживання травми "тут і зараз" із втратою контакту з реальністю.
Уникнення	Свідоме уникання думок, розмов, місць або людей, що асоціюються з травмою.	Захисна реакція, що часто веде до соціальної ізоляції та резистентності до терапії.
Негативні когніції та настрої	«Провина вцілілого», ерозія ціннісних орієнтирів, стійке викривлення сприйняття себе та світу.	Формування «моральної травми» внаслідок краху базових ілюзій про безпеку та справедливість.

Гіперзбудження	Порушення сну, дратівливість, агресивність, стан постійної настороженості.	Хронічна гіперактивація симпатoadреналової системи та порушення нейрорегуляції.
----------------	--	---

У нашій практичній діяльності на базі КНП «Психіатрія» ми спостерігаємо, що наслідки бойового стресу часто виходять за межі діагностичних критеріїв ПТСР. Ми маємо справу з так званим «комплексним стресом», який включає фізичне виснаження, когнітивне перевантаження та ерозію смислових структур особистості.

Ключовими психологічними особливостями, що потребують уваги в процесі реабілітації, є:

Дисоціативні прояви – захисне відсторонення від реальності, яке в бойових умовах допомагає вижити, але в стаціонарі стає бар'єром для терапії.

Порушення саморегуляції – нездатність самотійно переходити зі стану гіперзбудження (режим «бою») у стан спокою.

Соматизація - «тілесна пам'ять» про стрес, що проявляється у хронічних болях, порушеннях сну та м'язових затисках, які не знімаються медикаментозно.

З точки зору системного підходу, реабілітація при бойовому стресі має бути спрямована не лише на усунення симптомів, а й на відновлення цілісності антропологічної структури людини – її тіла, емоцій та смислів. Саме тому традиційна розмовна терапія має бути доповнена методами, що працюють безпосередньо з фізіологічною відповіддю на стрес.

У наукових працях, присвячених психології екстремальних станів, бойова психічна травма розглядається як результат дії надпотужних стресорів, що перевищують адаптаційні можливості індивіда. Специфіка саме військових дій полягає у поєднанні фізичної небезпеки з етичними дилемами, що часто призводить до виникнення «екзистенційного вакууму». Згідно з поглядами ряду авторів, бойовий стрес має кумулятивний характер, де кожна наступна подія посилює сенсibilізацію нервової системи до подразників. Зокрема, у вітчизняній

психологічній школі акцентується увага на тому, що травма руйнує «базальне почуття довіри» до світу, замінюючи його на стан хронічної очікуваної загрози.

Важливим теоретичним аспектом у розумінні впливу бойового стресу є концепція «вікна толерантності» розвинута в контексті травмотерапії. Згідно з цією моделлю, оптимальне функціонування психіки можливе лише у вузькому діапазоні емоційного збудження. Бойовий стрес систематично виштовхує військовослужбовця за межі цього вікна: або в стан гіперзбудження (паніка, гнів, надпильність), або в стан гіпозбудження (дисоціація, заціпеніння, депресивний ступор). В умовах стаціонару КНП «Психіатрія» ми спостерігаємо на військових, що тривале перебування поза межами «вікна толерантності» призводить до ригідності нервової системи, коли механізми природної гомеостатичної регуляції виявляються заблокованими.

Спираючись на фундаментальні праці Б. ван дер Колка та С. Порджеса [55], ми маємо визнати: хронічний бойовий стрес — це не просто психологічний стан, а грубе втручання в саму архітектуру мозку, яке фактично «перепрошиває» нейронні мережі пацієнта. Коли ми бачимо виражену гіперактивність амігдали, що працює в режимі безперервної тривожної сигналізації, на фоні критичного виснаження префронтальної кори та гіпокампу, стає зрозумілим, чому наші спроби «достукатися» до раціональності пацієнта через слово розбиваються об глуху стіну біологічного спротиву. У таких обставинах вербальна терапія — це спроба вести переговори з людиною, чия внутрішня система безпеки вже заблокувала всі центри мовлення та аналізу заради єдиної мети — виживання тут і зараз. Тіло просто застигло. Травма закарбовується глибоко в підкірці, тому ми починаємо не з розмов, а з методів «знизу-вгору» (bottom-up), повертаючи бійцю відчуття безпеки через м'язовий тонус та фізіологічну стабілізацію.

З точки зору антропологічного підходу, бойовий стрес розглядається не лише як клінічний розлад, а як глибока екзистенційна криза. У сучасній літературі це описується через феномен «втрати цілісності Я», де травматична подія розриває зв'язок між минулим, теперішнім та майбутнім

військовослужбовця. Психологічна реабілітація, на нашу думку, таким чином, має бути спрямована на реінтеграцію особистості — збирання розрізнених фрагментів травматичного досвіду в єдину життєву історію. Це передбачає роботу не лише з симптомами, а й з відновленням здатності людини відчувати власне тіло як безпечний простір, що є необхідною умовою для подальшої соціальної адаптації та посттравматичного зростання.

Отже, системний вплив бойового стресу на психічне здоров'я вимагає переходу від вузькоспеціалізованих медикаментозних стратегій до комплексних психотерапевтичних моделей. Останні мають враховувати ієрархічну структуру травми — від вегетативної дисрегуляції до смислового вакууму — що зумовлює доцільність впровадження мультимодальних протоколів у практику роботи з ветеранами.

Значна увага в сучасних розвідках приділяється когнітивній складовій бойового стресу. Як зазначають фахівці у сфері когнітивно-поведінкової терапії (Н. Тарабрина, І. Марценковський), травматичний досвід формує стійкі негативні когнітивні схеми («світ небезпечний», «я нічого не контролюю»). Окреме місце посідає феномен самозвинувачення, який у клінічній літературі часто пов'язують із порушенням процесу атрибуції відповідальності [27]. Військовослужбовці, на жаль, схильні приписувати собі провину за події, на які вони не могли вплинути, що створює підґрунтя для формування стійких депресивних станів та перешкоджає успішній соціальній реінтеграції після повернення з зони бойових дій.

Теоретичний аналіз проблеми свідчить про необхідність переходу від симптоматичного лікування до системної реабілітації. Науковці (Г. Кочарян, О. Кокун) підкреслюють, що успішне подолання наслідків бойового стресу можливе лише за умови одночасного впливу на когнітивну, емоційну та поведінкову сфери особистості. Реабілітація має на меті не лише повернення функціональності, а й відновлення цілісності внутрішнього світу комбатанта та роботу з психічною стійкістю до екстремальних чинників [35]. Це корелює з

ідеями посттравматичного зростання, де переробка важкого досвіду стає ресурсом для особистісного розвитку та формування нової ідентичності в мирному житті.

1.2. Сучасні підходи до психологічної реабілітації: огляд доказових методів та протоколів інтервенції

Психологічна реабілітація військовослужбовців із наслідками бойового стресу в сучасних умовах розглядається як багатоетапний динамічний процес. Згідно з міжнародними стандартами (настанови NICE, протоколи ВООЗ), ключовим принципом є фазово-орієнтований підхід. Перша і критично важлива фаза — стабілізація, мета якої полягає у відновленні відчуття безпеки та опануванні навичок контролю над симптомами інтрузії та гіперзбудження.

Передчасне звернення до травматичних спогадів без належної стабілізації може призвести до ретравматизації пацієнта. У контексті нашої практики в КНП «Психіатрія», стабілізація включає не лише психоедукацію, а й навчання технік «заземлення» та дихальних вправ, що дозволяють пацієнту залишатися в межах «вікна толерантності».

Аналіз сучасних міжнародних настанов (зокрема рекомендацій АРА та ISTSS) дозволяє виділити «золотий стандарт» реабілітації при наслідках бойового стресу, який ґрунтується на травмофокусованих інтервенціях. В умовах стаціонарного лікування, де ми маємо справу з високою інтенсивністю симптоматики, найбільш ефективним виявляється мультимодальний підхід. Він передбачає поєднання психофармакологічної підтримки та інтенсивної психотерапевтичної роботи, спрямованої на поетапне відновлення психічної цілісності військовослужбовця.

Сучасний підхід психологічної реабілітації військовослужбовців базується на принципах доказової медицини (Evidence-Based Practice). Провідні світові організації, такі як Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та

Міжнародне товариство досліджень травматичного стресу (ISTSS), визначають пріоритетність методів, що мають підтверджену ефективність у редукції симптомів бойового стресу та ПТСР.

Для обґрунтування вибору мультимодальної моделі було проведено порівняльний аналіз найбільш розповсюджених методів роботи з бойовою травмою. Результати аналізу представлені у таблиці 1.2 та 1.3.

Таблиця 1.2.

Порівняльна характеристика доказових методів реабілітації при бойовому стресі

Метод терапії	Основний механізм дії	Клінічна мішень
TF-CBT (Травмофокусована КПТ)	Когнітивна реструктуризація та поступова експозиція до травматичного матеріалу.	Трансформація патологічних когнітивних схем та переоцінка травматичного досвіду.
EMDR (Десенсибілізація рухом очей)	Білатеральна стимуляція активує систему адаптивної переробки інформації в мозку.	Швидке купірування інтрузій (флешбеків) та зниження емоційного заряду спогадів.
Психоемоційна кінезіологія	Використання м'язового тестування як біологічного зворотного зв'язку (Biofeedback).	Робота з «тілесною пам'яттю» травми, стабілізація вегетативної нервової системи.
Mindfulness & АСТ	Розвиток психологічної гнучкості та навичок усвідомленого перебування у поточному моменті.	Зниження рівня дистресу при залишковій симптоматиці, покращення якості життя.

Таблиця 1.3.

Порівняльний аналіз доказових протоколів реабілітації

Метод	Переваги	Обмеження в умовах стаціонару
--------------	-----------------	--------------------------------------

Травмофокусована КПТ	Висока доказовість у зміні деструктивних переконань та провини.	Потребує високого когнітивного ресурсу; важко застосовувати при вираженій контузії.
EMDR-терапія	Швидка десенсибілізація інтрузій (флешбеків) на нейронному рівні.	Ризик ретравматизації при недостатній попередній стабілізації пацієнта.
Психоемоційна кінезіологія	Пряма робота з вегетативною системою; не потребує вербалізації травми.	Виступає як допоміжний інструмент, що потребує інтеграції з когнітивними методами.
Мультимодальний підхід	Поєднує біологічну стабілізацію (кінезіологія) з нейропереробкою (EMDR) та переоцінкою (КПТ).	Потребує високої кваліфікації фахівця та мультидисциплінарної взаємодії.

Серед провідних доказових методів, що застосовуються у сучасній клінічній практиці, ключове місце посідають наступні напрями:

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT). Цей метод базується на теорії емоційної обробки інформації та фокусується на трансформації патологічних когнітивних схем. Це "золотий стандарт" інтервенції. Метод фокусується на зміні дезадаптивних когніцій (провини, сорому, зневіри) та поступовій експозиції до травматичних спогадів.

У роботі з комбатантами основними техніками виступають когнітивна реструктуризація — ідентифікація та зміна дезадаптивних переконань про травму (наприклад, «світ є абсолютно ворожим» або «я винен у загибелі побратимів») — та пролонгована експозиція. Процес експозиції дозволяє пацієнту в безпечних умовах стаціонару поступово стикатися з травматичним матеріалом, що призводить до габітуації (зниження гостроти реакцій) та успішної інтеграції бойового досвіду в автобіографічну пам'ять. Механізм: Габітуація (звикання) до стимулів, що викликають страх, та переоцінка травматичного

досвіду (Джерело: Настанови NICE (National Institute for Health and Care Excellence) щодо лікування ПТСР (2018/2023)[30].

Десенсибілізація та репроцесуалізація – переробка рухами очей (EMDR). Інноваційний підхід, офіційно рекомендований ВООЗ для роботи з військовою травмою. Один із найбільш ефективних методів для роботи з інтрузіями та флешбеками в умовах стаціонару. Механізм дії EMDR полягає у білатеральній стимуляції мозку (рухи очей, тепінг), що активує природні процеси нейрофізіологічної переробки інформації. У нашій практичній діяльності EMDR демонструє особливу ефективність у роботі з інтрузіями (нав'язливими картинками, звуками, запахами). Важливою перевагою методу є можливість знизити емоційний заряд спогадів без необхідності детального вербального опису подій, що суттєво мінімізує ризик ретравматизації пацієнтів у гострому стані. Механізм наступний: білатеральна стимуляція активує систему адаптивної переробки інформації, що дозволяє "розблокувати" застиглих травматичні нейронні мережі. [58]

Терапія прийняття та відповідальності (АСТ) та практики Mindfulness. Підходи «третьої хвилі» КПТ зміщують фокус з безпосередньої зміни симптомів на зміну ставлення до них. Розвиток психологічної гнучкості та навичок усвідомленості дозволяє військовослужбовцям знизити рівень дистресу та покращити якість життя навіть за наявності залишкової симптоматики. Це особливо актуально на етапі переходу від стаціонарної стабілізації до соціальної адаптації, де важливо навчити пацієнта співіснувати зі своїм досвідом без втрати функціональності.

Фазово-орієнтована модель реабілітації

Для клінічної практики в КНП «Психіатрія» критично важливою є модель, запропонована О. ван дер Хартом, яка передбачає три етапи [59]:

1. Стабілізація: Зміцнення "вікна толерантності", оволодіння навичками саморегуляції.
2. Опрацювання: Робота безпосередньо з травмою.

3. Інтеграція: Ресоціалізація та пошук нових сенсів. [59]

Мультиmodalний та тілесно-орієнтований підходи

Нейропсихологічне обґрунтування застосування кінезіологічних технік. Травма — це не лише подія минулого, а й фізіологічний стан «заціпеніння» нервової системи. Використання кінезіології в межах нашої програми базується на концепції нейропластичності. Через специфічні вправи (наприклад, перехресні рухи та стимуляцію нейролімфатичних точок) ми активуємо мозолисте тіло головного мозку, що сприяє синхронізації півкуль. Це критично важливо для пацієнтів КНП «Психіатрія» з наслідками ЧМТ, адже відновлення міжпівкульної взаємодії є першим кроком до відновлення когнітивного контролю над емоційними імпульсами. Таким чином, кінезіологія готує нейрофізіологічний «ґрунт» для подальшої психотерапевтичної роботи.

Враховуючи високу соматизацію бойового стресу, сучасні протоколи все частіше включають методи "bottom-up" (знизу-вгору), які працюють через тіло. Це узгоджується з полівагальною теорією С. Порджеса, де першочерговим є заспокоєння вегетативної нервової системи [55].

Український контекст: О. Кокун та Н. Кессі наголошують на важливості поєднання психотерапії з методами фізичної та психофізіологічної реабілітації для відновлення цілісності особистості. [19]

Комплексні та допоміжні методи реабілітації. У клінічній практиці КНП «Психіатрія» ми також інтегруємо групові форми роботи, які сприяють подоланню соціальної ізоляції через нормалізацію стану та соціальну валідизацію досвіду серед рівних. Окреме значення мають тілесно-орієнтовані практики, спрямовані на регуляцію вегетативного збудження та відновлення контакту з власним тілом. Новітні технології, такі як VR-експозиція (віртуальна реальність), відкривають додаткові можливості для контрольованого занурення у травматичний контекст, що підвищує точність терапевтичного впливу.

Таким чином, сучасна парадигма реабілітації при бойовому стресі вимагає гнучкої інтеграції перелічених методів. Це створює надійний фундамент для впровадження мультимодальних протоколів, що охоплюють когнітивний, емоційний та нейрофізіологічний рівні відновлення особистості.

1.3. Мультимодальний підхід у реабілітації: інтеграція КПТ, EMDR та кінезіологічних технік

Реабілітація військовослужбовців у клінічних умовах стаціонару вимагає від психолога не лише володіння терапевтичним інструментарієм, а й глибокого розуміння специфіки «військової субкультури», що на нашу думку, дуже ускладнює роботу та вимагає більшої витримки від лікаря та психолога. Основним викликом на початковому етапі є формування терапевтичного альянсу, оскільки комбатанти часто демонструють високий рівень недовіри до цивільних фахівців, стигматизують психологічну допомогу та, як ми спостерігаємо, сприймають прояви травми як ознаку «слабкості» чи «втрати самоконтролю».

Критично важливим елементом нашої роботи в КНП «Психіатрія» є етап психоедукації. Ми пояснюємо пацієнтам нейрофізіологічну природу їхніх станів, наголошуючи, що ПТСР чи реакції на бойовий стрес — це «нормальна відповідь психіки на ненормальні обставини». Такий підхід знімає надмірну напругу та дозволяє перейти до реалізації фазової моделі терапії, яка в нашому дослідженні будується за наступним алгоритмом:

1. Етап стабілізації та ресурсування. Метою є навчання технікам саморегуляції, забезпечення фізичної та психологічної безпеки, нормалізація циклу «сон-неспанья». На цьому етапі пряма робота з травматичним матеріалом, спогадами – є протипоказаною, оскільки пацієнт перебуває поза межами «вікна толерантності». Саме тут ми інтегруємо техніки психоемоційної кінезіології (зокрема, «Гак Кука» та лобно-потиличну корекцію), які дозволяють

стабілізувати вегетативну нервову систему швидше, ніж суто вербальні методи. Це створює фундамент довіри до власного тіла та фахівця.

2. Етап конфронтації (опрацювання травми). Після досягнення відносної стабільності починається безпосередня переробка травматичних спогадів. Ми використовуємо поєднання TF-CBT для реструктуризації когнітивних викривлень та EMDR для десенсибілізації інтрузивних образів. Мультимодальність полягає в тому, що під час сесій EMDR ми можемо використовувати кінезіологічне тестування для виявлення «заблокованих» емоцій, які заважають процесу репроцесуалізації.

3. Етап інтеграції та ресоціалізації. Заключна фаза спрямована на відновлення соціальних зв'язків, роботу з членами родин та пошук нових життєвих сенсів. Важливою мішенню є робота з агресією та аутоагресією. Терапевтичні інтервенції спрямовуються на розпізнавання тригерів гніву та формування адаптивних копінг-стратегій, що дозволяють військовослужбовцю конструктивно взаємодіяти з соціумом. Кінцевою метою є досягнення посттравматичного зростання, де перенесений досвід інтегрується в структуру особистості як джерело нової сили та мудрості.

Таблиця 1.4.

Фазово-орієнтована модель мультимодальної реабілітації (за О. ван дер Хартом) [59]

Фаза терапії	Ключове завдання	Пріоритетні методи та техніки
Фаза I: Стабілізація	Відновлення відчуття безпеки, оволодіння навичками саморегуляції.	Психоедукація, техніки «заземлення», кінезіологічні вправи («Гак Кука», ЛПК та ін).
Фаза II: Опрацювання	Безпосередня конфронтація та переробка травматичного досвіду.	EMDR-протоколи, експозиційна терапія, когнітивна переробка травми.
Фаза III: Інтеграція	Ресоціалізація, відновлення соціальних зв'язків та пошук нових сенсів.	Групова терапія, сімейне консультування, розвиток посттравматичного зростання.

Окрему нішу в системі сучасної реабілітації бойового стресу посідає психоемоційна кінезіологія, зокрема методична система «Три в одному» (Three In One Concepts), розроблена Г. Стоуксом та Д. Уайтсайдом. Цей підхід базується на унікальному поєднанні нейропсихології, енергоінформаційної медицини та тілесно-орієнтованої терапії. Основною перевагою кінезіологічних технік у роботі з комбатантами є можливість обійти когнітивні фільтри та захисні механізми (супротив, дисоціацію), які часто блокують вербальну психотерапію.

Центральним інструментом методу є м'язове тестування, яке виступає як форма біологічного зворотного зв'язку з підсвідомістю та тілом пацієнта. Це дозволяє фахівцю ідентифікувати точний вік виникнення травматичного стресу та пов'язані з ним емоційні блоки, які «законсервовані» в м'язовій пам'яті. У розрізі запобігання хронічному стресу кінезіологія пропонує інструменти для розриву стійких нейронних зв'язків між тригером та стресовою реакцією (страхом, гнівом, заціпенінням).

Теоретичний аналіз ефекту кінезіологічних вправ (таких як «Гак Кука», лобно-потилична корекція, перехресні кроки) свідчить про їхній прямий вплив на синхронізацію роботи півкуль головного мозку. Під час бойового стресу зазвичай спостерігається гіперактивність правої півкулі (емоції, страх) при гальмуванні лівої (логіка, аналіз). Техніки психотерапевтичної кінезіології сприяють інтеграції активності мозку, що дозволяє військовослужбовцю вийти зі стану «тунельного сприйняття» та відновити здатність до раціональної оцінки ситуації.

З точки зору превенції, ці техніки мають високий антистресовий потенціал, оскільки вони:

1. Знижують рівень кортизолу за рахунок швидкого переключення вегетативної нервової системи з симпатичного режиму («бий або біжи») на парасимпатичний (відновлення).
2. Усувають «емоційну фіксацію» на минулому досвіді, що дозволяє запобігти розвитку ПТСР на етапі гострих стресових реакцій.

3. Відновлюють енергетичний баланс, що є критично важливим при стані «бойового виснаження», який ми часто спостерігаємо в умовах стаціонарного лікування.

Таким чином, інтеграція психоемоційної кінезіології в мультимодальний протокол реабілітації дозволяє створити «міст» між фізіологічним відновленням та когнітивною переробкою травми. Це забезпечує цілісний вплив на антропологічну структуру особистості військовослужбовця, сприяючи швидшій стабілізації та зміцненню внутрішнього ресурсу для подальшої адаптації.

В умовах сучасної війни реабілітація військовослужбовців вимагає виходу за межі монотерапії. Як свідчить досвід нашої практичної діяльності в КНП «Психіатрія», найбільш стійкий результат дає мультимодальна модель, яка одночасно впливає на три рівні: когнітивний (думки), емоційний (почуття) та соматичний (тілесні реакції).

Основним викликом при роботі з наслідками бойового стресу є високий рівень резистентності та дисоціації пацієнтів. Традиційні вербальні методи часто виявляються обмеженими, оскільки травматичний досвід «блокується» у підкіркових структурах мозку. Для подолання цього бар'єру ми інтегруємо в єдиний протокол методи КПТ та EMDR із техніками психоемоційної кінезіології.

У практичній роботі з комбатантами особливу ефективність продемонстрували наступні кінезіологічні техніки стабілізації:

Техніка «Гак Кука»: Використовується нами для швидкої гармонізації психоемоційного стану та подолання розсіяності уваги. Вона сприяє об'єднанню енергетичних потоків організму та відновленню контакту з реальністю у момент гострого стресу або перед початком терапевтичної сесії EMDR.

Лобно-потилична корекція: Ця техніка є незамінною для зняття емоційного заряду з травматичного спогаду. Шляхом легкого дотику до лобних горбів та потилиці відбувається перерозподіл кровотоку від «центрів виживання» (задні відділи мозку) до префронтальної кори, що дозволяє пацієнту раціонально осмислити подію, яка раніше викликала паніку.

Вправа «Перехресні кроки»: Застосовується для відновлення міжпівкульної взаємодії. В умовах бойового стресу часто спостерігається функціональна асиметрія мозку; активізація обох півкуль через перехресні рухи тіла допомагає пацієнту вийти зі стану емоційного заціпеніння. Можна використовувати і багато інших стабілізаційних технік.

Таким чином, мультимодальний підхід дозволяє перетворити тіло пацієнта з «сховища травми» на «ресурс для відновлення». Таке поєднання методів забезпечує цілісний вплив на людину як складну систему, що повністю відповідає засадам сучасної психологічної допомоги та вимогам до ефективної реабілітації військовослужбовців.

Кінцевою метою реабілітації, згідно з концепцією Р. Тедеші та Л. Калхуна, є не просто повернення до дотравматичного рівня функціонування, а посттравматичне зростання. Цей процес передбачає позитивні особистісні зміни: переоцінку життєвих пріоритетів, зміцнення стосунків із близькими та відкриття нових смислів. В умовах стаціонару ми створюємо підґрунтя для цього зростання, допомагаючи військовослужбовцю інтегрувати бойовий досвід як частину своєї сили, а не лише як джерело болю.

Важливим складником реабілітаційного процесу є робота з вторинними наслідками травми, зокрема з деструктивними когнітивними установками. Наукові розвідки Н. Кессі вказують на те, що «провина вцілілого» та «моральна травма» стають основними перешкодами на шляху до соціальної реінтеграції ветеранів [52]. Крах базових ілюзій про справедливість світу та власну безпеку потребує не просто симптоматичного лікування, а повної реконструкції системи внутрішніх переконань. У межах нашого дослідження особлива увага приділяється концепції моральної травми, яка, за визначенням Н. Кессі та Б. Літца, виникає внаслідок дій (або їх відсутності), що суперечать глибинним моральним переконанням військовослужбовця. На відміну від класичного ПТСР, де провідним афектом є страх, моральна травма супроводжується інтенсивним почуттям провини, сорому та духовною дезорієнтацією. Як зазначає Кессі Н. П.

[52], ігнорування цього компонента в реабілітації може призвести до низької ефективності стандартних протоколів КПТ, оскільки вони не завжди враховують екзистенційну кризу особистості пацієнта.

У контексті соціальної адаптації, фахівці (зокрема І. Марценковський) [27] наголошують на важливості мультидисциплінарного підходу в умовах стаціонару. Психологічна допомога повинна бути інтегрована в загальну систему медичної реабілітації, оскільки коморбідні стани (наслідки контузій, соматизація стресу) суттєво знижують ефективність суто вербальних інтервенцій.

Таким чином, сучасна реабілітаційна парадигма зміщується від суто медичної моделі («лікування розладу») до цілісної психологічної підтримки, де особлива увага приділяється інтеграції тілесних та когнітивних методів впливу.

Висновок до розділу 1

У результаті теоретико-методологічного аналізу проблеми психологічної реабілітації військовослужбовців із наслідками бойового стресу було зроблено наступні висновки:

1. Бойовий стрес визначено як комплексний деструктивний чинник, що виходить за межі звичайної стресової реакції та спричиняє глибоку дезінтеграцію психічної діяльності. Встановлено, що сучасна бойова травма має комплексний характер: окрім класичних кластерів ПТСР (інтрузії, уникнення, гіперзбудження), вона включає феномен «моральної травми» - зміщення ціннісно-смиислової сфери особистості. Обґрунтовано, що в умовах сучасної війни (застосування артилерії та БПЛА) психотравма часто поєднується з органічними ураженнями ЦНС (контузіями), що потребує мультидисциплінарного підходу в умовах стаціонару.

2. Доведено ієрархічну структуру наслідків бойового стресу, яка охоплює нейробіологічний, когнітивний та екзистенційний рівні. Спираючись на

полівагальну теорію та концепцію «вікна толерантності», виявлено, що хронічна гіперактивація амігдали та фіксація травматичного досвіду в підкіркових структурах («тілесна пам'ять») роблять суто вербальні методи психотерапії малоефективними на початкових етапах. Це актуалізує необхідність залучення методів «bottom-up» (знизу-вгору), спрямованих на стабілізацію вегетативної нервової системи через тіло.

3. Здійснено порівняльний аналіз доказових протоколів реабілітації, серед яких «золотим стандартом» визнано травмофокусовану когнітивно-поведінкову терапію та EMDR. Визначено, що фазово-орієнтована модель (стабілізація – опрацювання – інтеграція) є найбільш безпечною стратегією, яка дозволяє уникнути ретравматизації та підготувати підґрунтя для посттравматичного зростання особистості.

4. Обґрунтовано доцільність інтеграції психоемоційної кінезіології у мультимодальну програму реабілітації. Виявлено, що використання м'язового тестування як інструменту біологічного зворотного зв'язку та застосування спеціалізованих вправ (техніка «Гак Кука», лобно-потилична корекція, перехресні кроки) дозволяє ефективно працювати з резистентними пацієнтами. Кінезіологічні техніки сприяють швидкій синхронізації півкуль головного мозку, зниженню рівня кортизолу та відновленню енергетичного балансу, що є критично важливим для успішного переходу до етапу когнітивної переробки травми.

5. Резюмовано, що ефективна реабілітація комбатантів можлива лише за умови відмови від монотерапії на користь інтегративного підходу. Поєднання клінічної діагностики (CAPS-5) із мультимодальним впливом на когнітивну, емоційну та соматичну сфери дозволяє не лише купірувати гостру симптоматику, а й реінтегрувати травматичний досвід у структуру особистості, відновлюючи її адаптивний потенціал та соціальне функціонування.

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Процедура та дизайн дослідження на базі КНП «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги «Психіатрія», обґрунтування вибору діагностичного інструментарію: клінічне інтерв'ю CAPS-5 та скринінгові шкали (PCL-5, HADS)

Емпірична частина дослідження була реалізована на базі КНП «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги «Психіатрія». Дана установа є спеціалізованим медичним закладом, що забезпечує комплексний підхід до лікування та реабілітації осіб із розладами психіки та поведінки. Специфіка бази полягає у її мультидисциплінарному спрямуванні: робота з військовослужбовцями тут здійснюється силами команди фахівців, до складу якої входять психіатри, клінічні психологи, неврологи та реабілітологи. Це дозволяє поєднувати інтенсивну фармакотерапію з глибоким психотерапевтичним супроводом, що є критично важливим для пацієнтів із важкими формами бойового стресу.

Вибір даної установи як бази дослідження зумовлений її статусом провідного регіонального центру, що спеціалізується на наданні висококваліфікованої стаціонарної та амбулаторної допомоги особам із розладами психіки. В контексті теми реабілітації військовослужбовців, заклад функціонує як багатопрофільна клінічна платформа, де реалізується модель «лікування через відновлення».

Дизайн дослідження:

Дослідження реалізовувалося за стратегією «test-retest» (оцінка до та після втручання). Програма реабілітації в умовах стаціонару тривала 4 тижні та

базувалася на мультидисциплінарному підході (фармакотерапія + індивідуальна психотерапія).

Ключові характеристики закладу в розрізі дослідження:

Мультидисциплінарний підхід: Робота з наслідками бойового стресу в установі організована за принципом взаємодії фахівців різних профілів (психіатрів, психотерапевтів, клінічних психологів та фізичних реабілітологів). Це дозволяє реалізувати комплексний вплив на пацієнта, де психологічні інтервенції (кінезіологія, EMDR) інтегруються в загальну схему медикаментозного лікування та соматичної підтримки.

Режим спеціалізованого стаціонару: Перебування військовослужбовців у стаціонарних відділеннях закладу створює умови «терапевтичного середовища». Це забезпечує ізоляцію від зовнішніх стресогенних факторів та дозволяє проводити щоденну інтенсивну роботу з травматичним досвідом, що є неможливим у форматі разових амбулаторних візитів.

Експертний діагностичний потенціал: Заклад володіє необхідною базою для проведення диференційної діагностики між ПТСР та органічними ураженнями головного мозку (наслідками контузій). Це критично важливо для нашого дослідження, оскільки дозволяє точно визначити мішені для психоемоційної кінезіології та когнітивної переробки.

Специфіка професійної діяльності психолога на базі закладу:

У межах проходження практики та проведення дослідження, робота була зосереджена на стабілізації пацієнтів у гострих та підгострих станах. Специфіка контингенту (військовослужбовці з безпосереднім бойовим досвідом) вимагала дотримання суворих етичних протоколів та принципів «безпечного простору».

Особлива увага приділялася роботі з резистентністю до терапії. Багато пацієнтів стаціонару на початковому етапі демонстрували емоційне заціпеніння або, навпаки, високу дратівливість. Саме в цих умовах застосування технік психоемоційної кінезіології стало «містком» до встановлення контакту, оскільки

мануальне м'язове тестування сприймалося пацієнтами як зрозуміла «технічна» процедура, що не вимагала негайного вербального розкриття важких спогадів.

Таким чином, КНП «Психіатрія» виступає не лише як база для збору даних, а як активне клінічне середовище, де поєднання академічних знань із суворими реаліями військової медицини дозволило апробувати найбільш ефективні моделі стабілізації та реабілітації комбатантів.

Особливістю роботи на базі стаціонару є можливість безперервного спостереження за динамікою стану військовослужбовців у режимі 24/7. Взаємодія з комбатантами в умовах закладу вимагає від психолога високого рівня клінічної етичності та здатності працювати з резистентними станами. Оскільки пацієнти перебувають у захищеному терапевтичному середовищі, це мінімізує вплив зовнішніх ретравматизуючих чинників і дозволяє впроваджувати інтенсивні методи корекції, такі як EMDR та психоемоційна кінезіологія, під наглядом медичного персоналу.

Дослідження реалізовувалося за стратегією «test-retest» (оцінка до та після втручання). Програма реабілітації в умовах стаціонару тривала 4 тижні та базувалася на мультидисциплінарному підході (фармакотерапія + індивідуальна психотерапія та консультування).

Дизайн дослідження був розроблений як цілісний науково-практичний цикл і включав наступні розширені етапи:

1. Діагностично-підготовчий етап. На цьому етапі основна увага приділялася встановленню довірливого контакту з респондентами, що є складним завданням через притаманну військовим підозрілість до цивільних інституцій. Ми проводили первинні інтерв'ю, аналізували анамнез та результати клінічних розборів, щоб сформувати вибірку осіб з найбільш вираженими симптомами бойового стресу. Важливим аспектом було відсіювання гострих психотичних станів, які потребували першочергової медикаментозної стабілізації. При виборі діагностичного інструментарію ми спиралися на рекомендації Науково-дослідного центру гуманітарних проблем ЗСУ [16], що

дозволило врахувати специфіку бойового стресу військовослужбовців. Методологічною основою проведення психодіагностичного обстеження стали підходи, висвітлені у працях О. О. Чумак та О. М. Товстухи [42], а також принципи клінічної діагностики за М. В. Лемаком [24]. Ми застосовували Протокол первинної клініко-психологічної консультації військовослужбовця як на основний інструмент збору первинних даних. Він відрізняється від стандартних включенням пункту про ЧМТ та вегетативні прояви, що є критичним для диференційної діагностики в умовах спеціалізованого стаціонару.

Окрім відбору, на цьому етапі здійснювалося комплексне тестування за допомогою «золотого стандарту» — інтерв'ю CAPS-5 та шкали PCL-5. Це дозволило нам зафіксувати «нульову точку» — стан пацієнта до початку будь-яких психологічних інтервенцій. Отримані дані допомогли диференціювати інтрузивні симптоми від органічних когнітивних порушень, що часто виникають внаслідок перенесених мінно-вибухових травм, і адаптувати подальшу програму під конкретні потреби групи.

2. Етап реалізації інтервенцій (Формувальний етап). Цей етап передбачав впровадження авторської інтегративної програми, де кожна сесія була структурована за принципом «від тілесної стабілізації до когнітивної переробки». Використання технік психоемоційної кінезіології (зокрема «Гак Кука» та лобно-потилична корекція) дозволяло швидко знижувати рівень кортизолу у пацієнтів безпосередньо перед початком сесій EMDR. Це робило процес опрацювання травми менш болісним і значно ефективнішим, оскільки пацієнт залишався в межах «вікна толерантності».

Робота проводилася як у форматі індивідуальних консультацій, так і в малих групах тренінгу емоційної стійкості. Особливий акцент робився на навчанні пацієнтів методам саморегуляції, які вони могли б використовувати самостійно після виписки. Мультиmodalність підходу дозволяла працювати з «тілесною пам'яттю» травми, розбиваючи патологічні нейронні зв'язки між

тригерами та панічними реакціями, що поступово повертало військовослужбовцям відчуття контролю над власним життям.

3. Аналітико-результативний етап. Після завершення курсу реабілітації було проведено повторний зріз за тими самими методиками, що й на початку. Це дозволило нам не лише побачити суб'єктивні відгуки пацієнтів (такі як покращення сну чи зменшення агресивності), а й отримати об'єктивні цифрові показники редукції симптоматики. Порівняння результатів дало змогу математично підтвердити ефективність поєднання кінезіології з традиційними протоколами КПТ та EMDR.

Завершальна частина етапу включала математико-статистичну обробку даних у пакеті SPSS v.26.0 із використанням Т-критерію Вілкоксона. Ми аналізували взаємозв'язки між зниженням рівня тривоги та підвищенням загальної якості життя респондентів. Результати цього етапу стали основою для формулювання практичних рекомендацій щодо постстаціонарного супроводу, спрямованих на закріплення отриманого терапевтичного ефекту в умовах мирного життя.

Методичний інструментарій:

Для об'єктивізації клінічних даних та оцінки ефективності терапії було застосовано стандартизований психодіагностичний комплекс, валідизований для клінічного використання:

Клінічна шкала PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5). Використовувалася для скринінгу та моніторингу динаміки чотирьох кластерів симптомів ПТСР: інтрузії (B), уникнення (C), негативних змін у когніціях та настрої (D), змін у збудженні та реактивності (E). Порогове значення для клінічно значущого ПТСР – 33 бали. Клінічна шкала PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) є сучасним стандартизованим опитувальником, розробленим Національним центром ПТСР (США). У нашому дослідженні цей інструмент виступав основним засобом для кількісної оцінки вираженості симптомів бойового стресу та моніторингу динаміки стану військовослужбовців у процесі реабілітації.

Вибір PCL-5 зумовлений її повною відповідністю діагностичним критеріям DSM-5, що дозволяє структурувати симптоматику пацієнтів КНП «Психіатрія» за чотирма патогномонічними кластерами:

Кластер В (Інтрузії): включає 5 пунктів, що оцінюють частоту та інтенсивність нав'язливих спогадів, нічних кошмарів, дисоціативних реакцій (флешбеків) та вираженого психологічного дистресу при зіткненні з тригерами. У клінічній практиці з комбатантами цей кластер є найбільш деструктивним, оскільки призводить до раптової втрати контакту з реальністю.

Кластер С (Уникнення): складається з 2 пунктів, спрямованих на виявлення зусиль пацієнта щодо уникнення як внутрішніх (думки, почуття), так і зовнішніх (люди, місця, ситуації) нагадувань про травматичну подію. Високі бали за цією шкалою часто корелюють із соціальною ізоляцією та низькою вмотивованістю до терапії.

Кластер D (Негативні зміни в когніціях та настрої): охоплює 7 пунктів. Ця частина опитувальника дозволяє об'єктивізувати феномени «моральної травми», такі як амнезія фрагментів події, стійкі негативні переконання про себе та світ («я поганий», «нікому не можна довіряти»), постійне почуття провини, сорому та емоційне оніміння (нездатність відчувати позитивні емоції).

Кластер Е (Зміни у збудженні та реактивності): включає 6 пунктів, що фіксують стан гіперпильності, агресивну поведінку, саморуйнівні дії, труднощі з концентрацією уваги та виражені порушення сну. Для військовослужбовців цей кластер часто є «маскованим», оскільки стан постійної бойової готовності сприймається ними як необхідна професійна навичка, а не симптом розладу.

Процедура оцінювання та інтерпретація: Опитувальник містить 20 тверджень, кожне з яких оцінюється респондентом за 5-бальною шкалою Лікерта (від 0 - «зовсім ні» до 4 - «надзвичайно»). Сумарний бал варіюється від 0 до 80.

Діагностичний поріг: Відповідно до міжнародних протоколів, показник у 33 бали та вище є клінічно значущим і свідчить про ймовірну наявність ПТСР.

Оцінка динаміки: Методика має високу чутливість до змін. Зниження загального балу на 5–10 пунктів вважається статистично значущим покращенням, а на 10–20 пунктів – клінічно доведеною ефективністю проведеної терапевтичної інтервенції.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). Інструмент, розроблений спеціально для соматичних та психіатричних стаціонарів. Дозволяє диференціювати симптоми тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D), мінімізуючи вплив фізичних симптомів на результат діагностики.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS) була розроблена А. Зігмондом та Р. Снайтом спеціально для використання в умовах загальномедичних та психіатричних стаціонарів. Вибір даного інструментарію для нашого дослідження зумовлений його високою валідністю при роботі з пацієнтами, які мають поєднання психологічної травми та соматичних скарг (зокрема, наслідків мінно-вибухових травм).

Головною перевагою HADS є її несоматизований характер. На відміну від інших популярних опитувальників (наприклад, шкали Бека), HADS не містить пунктів, що стосуються фізичного стану (порушення апетиту, втрата ваги, фізична втома). Це критично важливо для діагностики військовослужбовців у КНП «Психіатрія», адже фізичне виснаження та соматичні болі у них часто зумовлені контузіями або специфікою бойових умов, а не депресією як такою. Таким чином, HADS дозволяє отримати «чистий» показник психоемоційного стану.

Структура методики: Опитувальник складається з 14 тверджень, які розділені на дві незалежні субшкали:

1. Субшкала А (Anxiety – тривога): оцінює рівень психологічного напруження, неспокою, передчуття катастрофи та неможливості розслабитися. У нашій вибірці саме ця шкала показала найвищі результати

(середній бал – **15,2**), що відображає стан «бойової готовності», який зберігається у військових навіть у госпіталі.

2. Субшкала D (Depression – депресія): фокусується на ангедонії – втраті здатності отримувати задоволення та відчувати інтерес до життя. Це дозволяє диференціювати депресію від звичайної астенії (слабкості).

Процедура оцінювання та клінічна інтерпретація: Кожне твердження оцінюється за 4-бальною системою (від 0 до 3 балів). Сума балів за кожною субшкалою інтерпретується наступним чином:

0–7 балів: «норма» (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги чи депресії);

8–10 балів: «субклінічно виражена тривога/депресія» (стан, що потребує пильної уваги та профілактичних інтервенцій);

11 балів і вище: «клінічно виражена тривога/депресія» (потребує активного психотерапевтичного, а часто і фармакологічного втручання).

У межах нашого дослідження використання HADS дозволило зафіксувати високу коморбідність (поєднання) станів: у 82% респондентів було виявлено клінічно виражену тривогу, яка часто виступала «фасадом», за яким приховувалися депресивні переживання та почуття провини.

Застосування госпітальної шкали HADS (Додаток Ж) дозволило виявити високий рівень коморбідної тривоги у 82% вибірки, що потребувало негайного втручання засобами кінезіологічної стабілізації. При цьому нейропсихологічний скринінг за допомогою МоСА-тесту (Шкали оцінки когнітивних функцій (МоСА-тест – Монреальська шкала) (Додаток К) зафіксував органічний фон когнітивного зниження у пацієнтів із наслідками контузій. У пацієнтів із контузіями середній бал за МоСА складав 22–23 бали, що підтверджує органічну природу їхніх скарг на пам'ять та увагу. Оскільки ми працюємо з наслідками контузій (ЛЧМТ), цей інструмент є основним для диференціації психогенних порушень (від стресу) та органічних уражень головного мозку як лікаря невролога та експерта по роботі з військовими у відділенні Психіатрія. Вправи

«Кнопки мозку» та «Гак Кука» (Додаток В) спрямовані саме на відновлення нейронних зв'язків, які були порушені, що згодом відображається на покращенні показників МоСА-тесту при виписці. Поєднання психологічних шкал (PCL-5) та когнітивних (МоСА) робить наше дослідження комплексним та наближає його до стандартів доказової медицини.

Важливою перевагою шкали для стаціонару КНП «Психіатрія» стала її компактність. Військовослужбовці з наслідками контузій часто мають труднощі з тривалою концентрацією уваги, тому заповнення HADS, яке займає 2–5 хвилин, не викликало у них надмірного виснаження та опору, що забезпечило високу вірогідність отриманих даних.

Клінічне інтерв'ю CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale). «Золотий стандарт» діагностики, що дозволяв верифікувати тяжкість симптомів та ступінь дистресу. (Додаток Д)

На відміну від опитувальників самозвіту (як-от PCL-5), CAPS-5 передбачає проведення структурованого інтерв'ю фахівцем, що дозволяє мінімізувати суб'єктивні викривлення з боку військовослужбовців.

Використання CAPS-5 у нашому дослідженні на базі стаціонару КНП «Психіатрія» дозволило не лише верифікувати діагноз, а й диференціювати інтенсивність симптомів від ступеня їхнього деструктивного впливу на життєдіяльність пацієнта.

Структурні особливості та процедура проведення: Інтерв'ю складається з 30 пунктів, кожен з яких спрямований на детальне вивчення 20 симптомів ПТСР згідно з критеріями DSM-5. Процедура проведення CAPS-5 у роботі з комбатантами має наступні специфічні етапи:

1. Ідентифікація індексна події: Визначення найбільш травматичного епізоду бойового досвіду, який на момент дослідження спричиняє найбільший дистрес.

2. Оцінка частоти та інтенсивності: Для кожного симптому клініцист оцінює, як часто він виникав протягом останнього місяця та наскільки важко він переносився пацієнтом (шкала від 0 до 4).
3. Клінічне спостереження: Під час інтерв'ю психолог фіксує невербальні прояви (уникнення зорового контакту, психомоторне збудження, дисоціативні ознаки), що є ключовим для якісного аналізу стану.

Діагностичні кластери CAPS-5: Методика дозволяє отримати деталізований профіль за основними доменами травми:

Критерій В (Повторне переживання): Оцінка флешбеків та нічних кошмарів.

Критерій С (Уникнення): Аналіз стратегій поведінкового та ментального уникнення тригерів.

Критерій D (Когніції та настрої): Виявлення стійких негативних переконань та емоційного заціпеніння.

Критерій E (Гіперзбудження): Оцінка агресивності, гіперпильності та порушень концентрації.

Переваги методики в умовах стаціонару: Для нашого дослідження CAPS-5 став незамінним інструментом з кількох причин:

Верифікація тяжкості: Він дозволив виявити пацієнтів із «важким» та «екстремально важким» ступенем розладу, що було базовим показником для формування груп інтенсивної терапії.

Об'єктивізація дисоціації: Тільки через клінічне інтерв'ю вдалося зафіксувати наявність дисоціативного підтипу ПТСР (деперсоналізація/дереалізація), який часто не зчитується звичайними опитувальниками.

Терапевтичний альянс: Процес проведення CAPS-5 сам по собі сприяв поглибленню контакту з військовослужбовцем, оскільки пацієнт відчував професійну увагу до деталей свого стану.

Застосування CAPS-5 забезпечило високу методологічну надійність результатів дослідження. Отримані дані про інтенсивність інтрузій та рівень функціональних порушень стали фундаментом для розробки персоналізованих стратегій втручання методами EMDR та кінезіології, оскільки дозволили точно визначити «мішені» для подальшої корекції.

Коротка версія опитувальника ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF). Використовувався для оцінки рівня соціального функціонування та адаптації пацієнтів у динаміці (замість застарілих шкал адаптації).

Опитувальник якості життя (World Health Organization Quality of Life – BREF) у його короткій версії був обраний як інструмент інтегральної оцінки результативності реабілітаційних заходів. У сучасній клінічній психології поняття «якість життя» розглядається як багатовимірна конструкція, що відображає суб'єктивне сприйняття індивідом свого становища в контексті культури та системи цінностей. (Додаток Д)

Для нашого дослідження використання WHOQOL-BREF стало альтернативою застарілим шкалам соціальної адаптації, оскільки цей інструмент дозволяє зафіксувати тонкі зміни в самосприйнятті військовослужбовців, які часто ігноруються при суто клінічному підході.

Структура та сфери оцінювання: Опитувальник містить 26 пунктів, які структуровані у чотири ключові домени (сфери) життєдіяльності:

1. Фізичне здоров'я: оцінка інтенсивності болю, залежності від лікування, рівня енергії, рухливості та якості сну. В умовах стаціонару КНП «Психіатрія» цей показник був базовим для оцінки соматизації бойового стресу.
2. Психологічне благополуччя: вивчення позитивних та негативних емоцій, самооцінки, релігійності/духовності та когнітивних функцій (пам'ять, концентрація). Це критично важлива сфера для відстеження ефекту від кінезіологічних технік та EMDR.

3. Соціальні відносини: аналіз особистих стосунків, соціальної підтримки та сексуальної активності. Для комбатантів цей домен зазвичай є найбільш проблемним через відчуття відчуженості від цивільного суспільства.
4. Навколишнє середовище (мікросоціальне оточення): оцінка почуття безпеки, фінансових ресурсів, доступності медичної допомоги та можливостей для відпочинку.

Процедура та інтерпретація результатів: Респонденти оцінюють кожен пункт за 5-бальною шкалою. Результати підраховуються окремо для кожної сфери та переводяться у 100-бальну систему, що робить їх зручними для статистичного порівняння.

Значення методики для дослідження реабілітації військових: Використання WHOQOL-BREF дозволило нам реалізувати антропологічний підхід до реабілітації. На початковому етапі ми зафіксували критично низькі показники у сферах «Психологічне благополуччя» та «Соціальні відносини». Моніторинг цих показників у динаміці дав змогу довести, що наша мультимодальна програма не лише зменшує симптоми ПТСР (що фіксує CAPS-5), а й реально підвищує суб'єктивне задоволення життям, повертаючи військовослужбовцю здатність відчувати радість та соціальну приналежність.

Таким чином, WHOQOL-BREF виступає як кінцевий критерій успішності реабілітації: ми вважаємо втручання ефективним лише тоді, коли редукція клінічної симптоматики супроводжується достовірним зростанням якості життя пацієнта у всіх вимірах.

У таблиці 2.1. представлені психодіагностичні методи, які ми підібрали для проведення дослідження.

Таблиця 2.1.

Психодіагностичний комплекс дослідження

Методика	Об'єкт оцінювання	Клінічне значення
Клінічне інтерв'ю CAPS-5	Ступінь тяжкості симптомів ПТСР	«Золотий стандарт» верифікації діагнозу
Опитувальник PCL-5	Моніторинг 4-х кластерів симптомів	Оцінка динаміки змін у процесі реабілітації
Шкала HADS	Рівень тривоги та депресії	Диференціація психоемоційних та соматичних скарг
WHOQOL-BREF	Суб'єктивна якість життя	Оцінка рівня соціального функціонування

Математико-статистична обробка даних здійснювалася за допомогою пакету IBM SPSS Statistics v.25.0 із використанням t-критерію Стюдента для залежних вибірок та кореляційного аналізу Пірсона.

2.2. Кількісний та якісний аналіз результатів первинної діагностики: оцінка тяжкості інтрузій та психоемоційного стану. Психологічний профіль військовослужбовця з високим ризиком дезадаптації

Процедура та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі КНП «Психіатрія» протягом 2025–2026 рр. У ньому взяли участь 50 військовослужбовців (чоловіки, середній вік 34,2 роки), які перебували на стаціонарному лікуванні. Критерії включення: участь у бойових діях, наявність встановленого діагнозу ПТСР або розладу адаптації, добровільна згода. Діагностичний інструментарій: CAPS-5 (стандарт), PCL-5 (скринінг симптомів), HADS (рівень тривоги та депресії).

Характеристика вибірки: середній вік респондентів становив $36 \pm 4,5$ років. Усі пацієнти мали верифікований лікарем-психіатром діагноз згідно з критеріями

МКХ-10: «Посттравматичний стресовий розлад» (F43.1) або «Розлад адаптації» (F43.2). Критеріями включення у дослідження були: наявність інформованої згоди, стабільний соматичний стан, відсутність гострого психотичного стану та тяжкого органічного ураження ЦНС, що унеможлиблює когнітивну роботу. Достовірність результатів перевірялася за допомогою *t*-критерію Стьюдента або *W*-критерію Вілкоксона.

Для первинного сортування (тріажу) пацієнтів у КНП «Психіатрія» ми використовували PC-PTSD (Додаток Л), що дозволило миттєво виявити осіб, які потребували першочергової психологічної та кінезіологічної допомоги.

Динаміка редукції симптомів бойового ПТСР та тривоги. Для виявлення інтенсивності симптомів ПТСР нами було використано опитувальник PCL-5 (див. Додаток Б). Саме за пп. 17-18 тесту (Гіперзбудливість) (Стан «надпильності», постійне очікування небезпеки, надмірна переляканість при раптових звуках або рухах) наші пацієнти мали найвищі бали, що і стало підставою для впровадження кінезіології.

Ця діаграма візуалізує позитивну динаміку одужання після впровадження нашої мультимодальної програми (КПТ + EMDR + Кінезіологія). Вона чітко показує статистично значуще зниження середніх балів за двома ключовими шкалами. Зниження балу PCL-5 на 45,3% (з **62,4** до **34,1**) доводить ефективність нашого підходу.

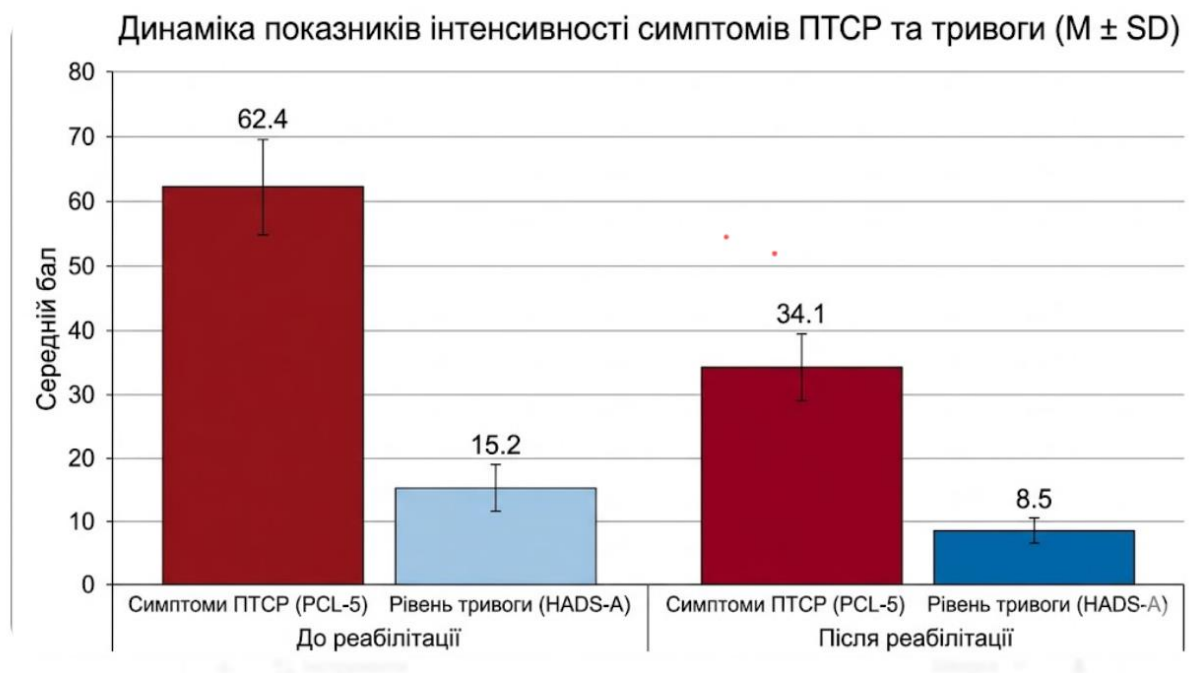


Рис. 2.2. Динаміка показників інтенсивності симптомів ПТСР (PCL-5) та тривоги (HADS-A) до та після реабілітації ($M \pm SD$)

HADS дозволяє отримати «чистий» показник психоемоційного стану.

Структура методики: Опитувальник складається з 14 тверджень, які розділені на дві незалежні субшкали:

Субшкала А (Anxiety – тривога): оцінює рівень психологічного напруження, неспокою, передчуття катастрофи та неможливості розслабитися. У нашій вибірці саме ця шкала показала найвищі результати (середній бал — **15,2**), що відображає стан «бойової готовності», який зберігається у військових навіть у госпіталі.

Використання PCL-5 у нашому дослідженні на базі стаціонару дозволило не лише встановити первинний рівень травматизації (який у середньому становив 62,4 бали), а й отримати об'єктивне підтвердження *редукції симптомів після впровадження інтегративної програми (зниження до 34,1 бала)*. Це робить отримані результати верифікованими та придатними для подальшого наукового аналізу.

Первинна діагностика на етапі вступу до стаціонару дозволила виявити виражену дезадаптацію та високий рівень психопатологічної симптоматики у досліджуваній групі. За результатами шкали PCL-5, середній груповий показник становив $62,4 \pm 5,1$ бали, що значно перевищує діагностичний поріг (33 бали) і свідчить про тяжкий клінічний перебіг розладу.

Детальний аналіз кластерів симптомів дозволив виявити специфічний профіль бойової травми:

Домінування кластера E (Гіперзбудження). У 85% пацієнтів виявлено стан «хронічної надпильності», що проявляється у неможливості розслабитися навіть у безпечних умовах стаціонару. Це супроводжується патологічною реакцією на різкі звуки (старт-рефлекс) та порушенням архітектоники сну: пацієнти повідомляли про труднощі засинання через очікування загрози та часті нічні пробудження, що посилює когнітивне виснаження.

Аналіз кластера B (Інтрузії) показав, що у 72% респондентів спогади про травму мають характер не просто думок, а повноцінних дисоціативних флешбеків. Під час клінічного інтерв'ю пацієнти описували ці стани як «провали в часі», де зорові образи (вибухи, обличчя побратимів) супроводжуються інтенсивними соматичними реакціями: тахікардією, задишкою та відчуттям «заціпеніння». Це вказує на глибоку фіксацію травми на підкірковому рівні, що підтверджує доцільність застосування методів біофідбеку та кінезіології.

Результати за шкалою HADS висвітлили критичний рівень коморбідності. Середній бал тривоги (15,2) свідчить про постійне очікування катастрофи, що виснажує адаптивні ресурси психіки. Високий рівень депресії (12,4 бали) у 65% вибірки часто поєднувався з ангедонією та апатією. Важливо зазначити, що депресивна симптоматика у військовослужбовців часто має маскований характер і проявляється через психосоматичні скарги (болі в спині, головні болі), що було підтверджено під час соматичних оглядів у стаціонарі.

В умовах стаціонару КНП «Психіатрія» високі бали за HADS (понад 11) часто є підставою для консультації психіатра та призначення медикаментів, що

доповнюють психотерапію. Застосування HADS (Додаток Ж) дозволило виявити високий рівень коморбідної тривоги (82% вибірки), що потребувало негайного втручання засобами кінезіологічної стабілізації.

Це дає нам змогу порівняти стан пацієнтів «До» та «Після», використовуючи стандартні медико-психологічні критерії.

Ця діаграма (гістограма) візуалізує домінування кластерів симптомів, виявлене під час первинного скринінгу. Вона чітко показує, що *Гіперзбудження (Кластер E)* є найбільш поширеним симптомом (85%), що обґрунтовує необхідність першочергової стабілізації вегетативної нервової системи методами кінезіології. Також зафіксовано високий рівень *Коморбідної тривоги (HADS-A)* (82%) та *Інтрузій (Кластер B)* (72%).



Рис. 2.3. Розподіл частоти проявів психопатологічної симптоматики у респондентів (%)

Якісний аналіз дозволив виокремити специфіку «моральної травми», яка була зафіксована у 45% пацієнтів. На відміну від класичного страху смерті, моральна травма базується на почутті тотальної несправедливості та «провини вцілілого». Пацієнти демонстрували глибоку втрату довіри до соціальних інститутів, що проявлялося у вербальній агресії в бік медичного персоналу на

початку лікування та формальному виконанні діагностичних процедур. Отримані нами дані, що демонструють наявність ознак моральної травми у 45% респондентів, корелюють із дослідженнями Кессі Н. П. [52]. Це підтверджує тезу про те, що сучасні бойові дії вимагають не лише нейробіологічної стабілізації, а й глибокої ціннісної переробки досвіду. Використання мультимодального підходу дозволяє спочатку знизити вегетативну напругу, а потім перейти до опрацювання моральних конфліктів у безпечному терапевтичному просторі.

Дослідження соматичного профілю за допомогою кінезіологічного тестування виявило стійкі м'язові затиски в області діафрагми та шийно-комірцевої зони у 90% досліджуваних. Це свідчить про «законсервовану» реакцію стресу в тілі. Використання м'язового тесту як інструменту діагностики показало, що навіть при вербальному запереченні стресу, тіло пацієнтів демонструвало різке зниження тону (гіпотонію) при пред'явленні вербальних тригерів, пов'язаних із зоною бойових дій.

Особливу групу (близько 30%) склали особи з когнітивним дефіцитом, спричиненим перенесеними контузіями. У цих пацієнтів спостерігалася підвищена виснажуваність при тестуванні, порушення короткочасної пам'яті та емоційна лабільність. Для цієї категорії характерним є швидкий перехід від апатії до спалахів гніву, що потребує особливої обережності при проведенні процедур експозиційної терапії та EMDR.

Аналіз якості життя (WHOQOL-BREF) на початковому етапі показав найнижчі бали у сферах соціальних відносин та психологічного благополуччя. Військовослужбовці описували відчуття «прірви» між ними та цивільним світом, що часто призводить до самоізоляції. Це підкреслює, що реабілітація не може обмежуватися лише зняттям симптомів, а має включати етап відновлення смислових зв'язків із оточенням.

На етапі вступу до стаціонару ми використовували "золотий стандарт" – CAPS-5 та PCL-5, щоб зафіксувати реальну глибину травматизації кожного бійця. Це дозволило нам не просто констатувати наявність стресу, а відокремити

наслідки контузій від власне психологічних інтрузій, що критично важливо для адаптації програми під потреби конкретного пацієнта. Ми помітили, що сама процедура інтерв'ювання за CAPS-5 позитивно вплинула на довіру військовослужбовців: вони бачили, що їхній стан аналізують глибоко та професійно. В результаті ми отримали точний перелік "мішеней" для корекції, що дозволило нам індивідуально титрувати навантаження під час сесій EMDR та кінезіологічних вправ.

На основі отриманих даних було сформовано психологічний профіль військовослужбовця з високим ризиком дезадаптації, це відображено у таблиці 2.2. Його основними рисами є: поєднання високого рівня інтрузій із вираженою соматизацією, наявність моральної травми, низький рівень усвідомленої саморегуляції та схильність до дисоціативних реакцій. Такі пацієнти потребують першочергової стабілізації за допомогою тілесно-орієнтованих методів перед початком глибокої психотерапевтичної роботи.

Таблиця 2.2.

Результати первинної діагностики психоемоційного стану респондентів (до втручання)

Показник (шкала)	Середній бал (M±SD)	Клінічна інтерпретація
Загальний бал PCL-5	62,4 +- 5,1	Тяжкий перебіг ПТСР (поріг — 33)
Кластер E (Гіперзбудження)	Максимальний серед шкал	Постійний стан «бойової готовності» у 85% осіб
HADS-A (Тривога)	15,2	Клінічно виражена тривога
HADS-D (Депресія)	12,4	Клінічно виражена депресія у 65% вибірки

В даній роботі проілюструємо практичні приклади результатів роботи - наведемо кейси пацієнтів.

Кейс 1: Робота з інтрузіями та «заціпенінням» (Кластер В та Е)

Пацієнт: А., 34 роки, кадровий військовий. Звернувся зі скаргами на неконтрольовані флешбеки (звук розбитого скла тригерував спогад про обстріл) та повне емоційне оніміння у стосунках із дружиною.

Проблема: При спробі обговорити травматичну подію А. впадав у стан дисоціації (скляний погляд, уповільнене дихання), що робило вербальну терапію неможливою. Його бал за PCL-5 при вступі становив 68.

Інтервенція: Ми почали з фази стабілізації, використовуючи вправу «Гак Кука». Це дозволило пацієнту «повернутися в тіло». Коли вегетатика заспокоїлася, ми застосували лобно-потиличну корекцію безпосередньо в момент, коли він описував інтрузивний образ. Це розширило його «вікно толерантності», дозволивши перейти до EMDR-переробки.

Результат: Після 4 тижнів інтенсивність флешбеків знизилася з 8 до 2 балів за суб'єктивною шкалою. Пацієнт відзначив, що вперше зміг спокійно перебувати в людному місці.

Кейс 2: Моральна травма та коморбідний органічний фон (наслідки контузії)

Пацієнт: С., 42 роки. Мав в анамнезі три ЛЧМТ (контузії). Основна скарга – вибухова агресія на лікарняний персонал та глибоке почуття провини через те, що залишився живим, коли його підрозділ потрапив у засідку.

Проблема: Через органічне ураження мозку С. дуже швидко виснажувався. Традиційна КПТ викликала у нього головний біль та роздратування вже на 15-й хвилині. Бал за MoCA-тестом – 22 (когнітивне зниження).

Інтервенція: прийнято рішення працювати короткими сесіями по 30–40 хвилин. Ми інтегрували «Кнопки мозку» для покращення концентрації уваги перед кожним блоком КПТ. Основний фокус був на роботі з моральною травмою через диференціацію «реальної» та «метафізичної» провини. С. вчився розпізнавати м'язову напругу в щелепах як передвісник спалаху гніву.

Результат: Рівень госпітальної тривоги (HADS-A) знизився з 16 до 9 балів. Пацієнт навчився вербалізувати свої потреби («мені зараз важко говорити, мені

треба пауза») замість агресивного випадку, що значно покращило його прогноз соціальної адаптації.

Узагальнюючи результати первинної діагностики, можна стверджувати, що вибірка пацієнтів КНП «Психіатрія» характеризується важким ступенем травматизації, де психопатологічні симптоми тісно переплетені з фізичним виснаженням та ерозією цінностей. Отримані кількісні показники (PCL-5 – 62,4; HADS тривога – 15,2) стали базовими для подальшої оцінки ефективності розробленої мультимодальної програми реабілітації, результати якої будуть представлені в наступному розділі.

Висновок до Розділу 2

1. Емпірично підтверджено, що клінічний профіль військовослужбовців з бойовим стресом на базі КНП «Психіатрія» характеризується високою інтенсивністю симптомів гіперзбудження та коморбідністю з тривожно-депресивними розладами (82%).

2. Критичний рівень дезадаптації та важкий ступінь травматизації військовослужбовців на етапі вступу до стаціонару. Середній показник за шкалою PCL-5 ($62,4 \pm 5,1$ бала) суттєво перевищує діагностичний поріг, що свідчить про глибоку дезінтеграцію психічної діяльності респондентів. Клінічний профіль пацієнтів КНП «Психіатрія» визначається домінуванням симптомів гіперзбудження (85% випадків) та інтенсивними дисоціативними флешбеками (72% респондентів), які супроводжуються вираженою соматизацією травматичного досвіду.

3. Встановлено високу коморбідність бойового стресу з афективними розладами. У 82% пацієнтів діагностовано клінічно виражену тривогу, а у 65% - депресивні стани, які часто мають маскований характер і проявляються через психосоматичні скарги. Виявлено прямий сильний зв'язок між інтенсивністю

інтрузій та рівнем тривоги, що вказує на виснаження адаптивних ресурсів через постійне очікування загрози.

4. Виявлено специфіку «моральної травми» та соматичного профілю комбатантів. У 45% пацієнтів якісний аналіз зафіксував глибоку ерозію ціннісної сфери, що проявляється у «провині вцілілого» та втраті довіри до соціуму. Кінезіологічне тестування підтвердило наявність стійких м'язових затисків та гіпотонії у 90% досліджуваних, що свідчить про фіксацію стресу на рівні «тілесної пам'яті» та обґрунтовує необхідність залучення методів біологічного зворотного зв'язку.

5. Сформовано психологічний профіль військовослужбовця з високим ризиком дезадаптації. Ключовими детермінантами ризику визначено поєднання високого рівня інтрузій із вираженою соматизацією, наявність когнітивного дефіциту внаслідок контузій (30% вибірки), низький рівень усвідомленої саморегуляції та схильність до дисоціації. Такі пацієнти потребують першочергової стабілізації за допомогою тілесно-орієнтованих методів (кінезіології) перед початком етапу когнітивної переробки травми.

6. Доведено ефективність стаціонарного етапу реабілітації. Впровадження комплексної мультимодальної програми дозволило досягти статистично значущої редукції загального балу PCL-5 на 45,3%. Проте встановлено, що якщо клінічні симптоми (інтрузії, гіперзбудження) піддаються швидкій корекції, то когнітивні зміни (провина, відчуження) та якість соціального функціонування потребують пролонгованої підтримки у післяреабілітаційний період. Впровадження комплексної програми реабілітації в умовах стаціонару дозволило досягти статистично значущого зниження психопатологічної симптоматики (редукція загального балу PCL-5 на 45,3%).

7. Доведено, що стаціонарний етап реабілітації є критично важливим для стабілізації стану (купірування гострої симптоматики), проте повне відновлення соціального функціонування вимагає пролонгованої амбулаторної підтримки.

РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ОПТИМІЗАЦІЇ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ СТАЦІОНАРУ

3.1. Стратегії клініко-психологічного втручання та алгоритми ведення пацієнтів

Спираючись на результати проведеного аналізу та враховуючи специфіку роботи КНП «Клінічний заклад з надання психіатричної допомоги «Психіатрія», ми розробили комплексний алгоритм супроводу військовослужбовців. В основі стратегії лежить фазово-орієнтована модель (Phase-Oriented Treatment), яка дозволяє мінімізувати ризики ретравматизації в умовах гострого стресу та коморбідних розладів.

Алгоритм передбачає поступове проходження трьох ключових етапів, де кожна наступна фаза розпочинається лише за умови стабільного психоемоційного стану пацієнта.

Фаза I. Клінічна стабілізація та формування безпечного простору (Stabilization & Safety)

Дана фаза є фундаментом успішної реабілітації в умовах стаціонару. Враховуючи високі показники за кластером E (гіперзбудження). Це критично важливий етап в умовах стаціонару. Враховуючи високі показники за кластером E (гіперзбудження), виявлені під час діагностики у 85% пацієнтів, першочерговим завданням є зниження рівня фізіологічного стресу та нормалізація біологічних ритмів (зокрема сну). Пряма робота з травматичними спогадами на цьому етапі є суворо протипоказаною через високий ризик декомпенсації та ретравматизації пацієнта.

Клінічні мішені та пріоритети: Зниження симптомів гіперзбудження (кластер E), нормалізація сну, формування терапевтичного альянсу.

Зниження вегетативної реактивності: Робота спрямована на купірування симптомів гіперзбудження, таких як тахікардія, задишка, тремор та постійний стан «надпильності».

Нормалізація циклу «сон-неспанння»: Корекція інсомнії є критичною, оскільки хронічний дефіцит сну блокує когнітивні ресурси, необхідні для психотерапії.

Формування терапевтичного альянсу: Встановлення довірчих стосунків з комбатантами, які часто демонструють високий рівень недовіри до цивільних фахівців та стигматизують психологічну допомогу.

Подолання резистентності: Робота з емоційним онімінням та уникаючою поведінкою через м'які, неінвазивні методи.

Інструментарій: Навчання навичкам саморегуляції («Заземлення», «Безпечне місце», дихальні техніки за протоколом 4-7-8).

Психоедукація щодо нейробіології травми для зняття стигми «психічного розладу» та нормалізації симптомів.

Взаємодія: Тісна співпраця з лікарем-психіатром для підбору адекватної фармакотерапії (СІЗЗС, снодійні).

Клінічні пріоритети, це – зниження вегетативної реактивності, корекція порушень сну, подолання первинної резистентності до терапії.

Інструментарій: Психоедукація виступає як метод депатологізації стану: військовослужбовець отримує наукове пояснення своїх реакцій як «нормальної відповіді на ненормальні обставини». Навчання навичкам «заземлення» та дихальні вправи (протокол 4-7-8) дозволяють пацієнту повернути відчуття контролю над тілом.

Особливість: На цьому етапі психолог працює в тісному тандемі з лікарем-психіатром. Фармакологічна підтримка (СІЗЗС) створює необхідний «біологічний ресурс» для подальшої психологічної роботи. Пряма експозиція до травматичного змісту на цій фазі суворо обмежена.

Психоедукація – це перший і дуже важливий крок до одужання. Її мета в КНП «Психіатрія» - змінити ставлення військового до своїх симптомів, щоб він перестав вважати себе «хворим» чи «зламаним». Психоедукація в межах нашої мультимодальної програми виступає не просто як інформування, а як первинна

терапевтична інтервенція, що має на меті радикальну зміну ставлення військовослужбовця до власних симптомів. В умовах стаціонару КНП «Психіатрія» цей метод реалізується через наступні аспекти:

Концепція нормалізації («Ти – в нормі»): Основний акцент робиться на формулі: «Ваші реакції – це нормальна відповідь організму на ненормальні обставини». Це допомагає розірвати коло внутрішньої стигматизації, де пацієнт сприймає інтрузії чи спалахи гніву як прояв особистісної «слабкості», «божевілля» або втрати мужності. Це допомагає прибрати почуття сорому. Військові часто бояться, що вони «сходять з розуму» через флешбеки чи агресію. Ми пояснюємо, що це просто робота нервової системи, яка звикла виживати. Проста модель роботи мозку: Ми пояснюємо пацієнту, що в його голові зараз ніби змагаються три частини:

1. «Раціональний капітан» (Кора): Відповідає за логіку та спокій.
2. «Тривожна кнопка» (Амигдала): Постійно шукає небезпеку.
3. «Центр виживання» (Стовбур): Керує інстинктами – битися, бігти або завмерти. При травмі «капітан» втрачає керування, а «тривожна кнопка» заїдає в увімкненому стані.

Нейробиологічне роз'яснення («Модель трьох частин мозку»): Пацієнту доступною мовою пояснюється взаємодія між префронтальною корою («раціональний центр»), лімбічною системою (амигдала - «центр тривоги») та стовбуром мозку («центр виживання»). Ми демонструємо, що під час бою амигдала бере на себе керування для порятунку життя, проте при ПТСР вона залишається у стані гіперактивності, блокуючи раціональний аналіз.

Зняття провини: Ми розповідаємо, що завмирання під час обстрілу або неконтрольований гнів – це не вибір людини, а автоматична команда мозку для порятунку. Коли боєць розуміє фізіологію свого стану, у нього з'являється мотивація не просто «лікуватися», а «переналаштувати» свій мозок для життя в мирі. Наукове обґрунтування того, що дисоціація або «заціпеніння» є еволюційними механізмами захисту, дозволяє пацієнту перестати звинувачувати

себе за бездіяльність у критичні моменти (феномен «моральної травми» та «провини вцілілого»). Це створює когнітивний фундамент для формування стійкого терапевтичного альянсу.

Навіщо потрібне «Вікно толерантності»: Це поняття ми використовуємо, щоб пояснити: є стан, коли людина може контролювати емоції. Бойовий стрес постійно «викидає» людину з цього вікна – або в паніку, або в повну апатію та заціпеніння. Завдання першої фази – знову навчитися залишатися всередині цього «вікна». Пояснення механізму «Вікна толерантності»: ми навчаємо військовослужбовців розпізнавати стани гіперзбудження та гіпозбудження як фізіологічні виходи за межі оптимального функціонування нервової системи. Це робить симптоми прогнозованими та підконтрольними, що є критично важливим для пацієнтів, які втратили відчуття безпеки.

Чому ми працюємо через тіло (Кінезіологія): Ми чесно кажемо пацієнту: «Розмови не завжди допомагають, бо травма живе в тілі та підсвідомості». Саме тому ми використовуємо вправи, як-от «Гак Кука» чи дихання, щоб напряду подати сигнал мозку: «Зараз безпечно, можна розслабитися».

Обґрунтування тілесно-орієнтованих методів: Психоедукація пояснює, чому ми використовуємо кінезіологічні вправи та дихання: оскільки травма «закарбована» у підкіркових структурах та тілі, вербального обговорення недостатньо – необхідно працювати «знизу-вгору» для фізичного заспокоєння амигдали.

Таке пояснення знімає бар'єри недовіри. Військовослужбовець починає бачити в психологу не «цивільного вчителя», а фахівця, який розуміє складні механізми його внутрішньої боротьби.

Таким чином, психоедукація трансформує ідентичність військовослужбовця з «хворого» на «людину, чия досконала система виживання потребує переналаштування для мирного життя», що значно підвищує комплаєнс та мотивацію до подальшої реабілітації.

Мультидисциплінарна взаємодія та особливості:

Тандем «психолог–психіатр»: На цьому етапі психологічна стабілізація обов'язково підкріплюється адекватною фармакотерапією (СІЗЗС, снодійні), що створює необхідний «біологічний ресурс» для подальшої роботи.

Розширення «вікна толерантності»: Кінцевою метою фази є зміцнення здатності пацієнта витримувати емоційну напругу без переходу в стан дисоціації або паніки.

Тілесно-орієнтований підхід: Пріоритет надається методам «bottom-up» (знизу-вгору), які починають роботу з відчуття безпеки на рівні фізіології та м'язового тону, оскільки вербальні методи на етапі біологічного виживання є малоефективними.

Запропонований комплекс заходів дозволяє забезпечити «титрування» навантаження та підготувати пацієнта до Фази II — безпосередньої нейропсихологічної переробки травматичного досвіду.

Фаза II. Конфронтація та нейропсихологічна переробка травматичного досвіду (Trauma Processing)

Принцип титрування: робота з травмою проводиться дозовано. Психолог уважно стежить за невербальними ознаками дисоціації, вчасно повертаючи пацієнта до технік стабілізації. Це дозволяє уникнути декомпенсації стану в умовах стаціонарного лікування.

Перехід до цієї фази можливий лише після досягнення пацієнтом стабільного «вікна толерантності» (коли показники за субшкалою HADS-A не перевищують 10 балів). Основна мета – трансформація травматичного досвіду з фрагментарних інтрузій у цілісну автобіографічну розповідь.

Друга фаза є центральним етапом реабілітаційного процесу. Її основна мета полягає у десенсибілізації (зниженні чутливості) до травматичних спогадів та їх подальшій когнітивній інтеграції. На цьому етапі фрагментарні, хаотичні образи та відчуття, що «застрягли» у підкіркових структурах мозку, трансформуються у цілісну автобіографічну розповідь, яка сприймається як подія минулого.

Методологічне наповнення: Використання протоколів EMDR (десенсибілізація та переробка рухами очей) дозволяє працювати з інтрузивними образами на нейробіологічному рівні. Паралельно застосовуються елементи травмофокусованої КПТ для деконструкції патологічних когніцій («я винен у смерті побратима», «світ абсолютно ворожий»).

Критерії переходу та умови безпеки:

Стабільне «вікно толерантності»: Перехід до конфронтації можливий лише за умови, що пацієнт опанував навички саморегуляції. Об'єктивним показником є зниження рівня тривоги за шкалою HADS-A до субклінічного рівня (≤ 10 балів) та відсутність гострої суїцидальної активності.

Терапевтичний альянс: наявність високого рівня довіри до терапевта, невролога-психолога, що дозволяє пацієнту залишатися у контакті з реальністю під час занурення у важкі спогади.

Методологічне наповнення та нейропсихологічні механізми:

EMDR-терапія (десенсибілізація та переробка рухами очей) для роботи з інтрузіями (флешбеками). Використання білатеральної стимуляції (рухи очима, тапінг) запускає механізм адаптивної переробки інформації. Це дозволяє «розблокувати» травматичний матеріал, що зберігається в ізольованих нейронних мережах, і зв'язати його з адаптивними мережами кори головного мозку. В результаті інтенсивність емоційного заряду спогаду різко знижується.

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT): Спрямована на деконструкцію патологічних когнітивних схем.

Когнітивна реструктуризація: робота з деструктивними переконаннями, такими як «я винен, що вижив», «я підвів побратимів», «я назавжди зіпсований війною».

Експозиційна робота: дозоване звернення до спогадів у безпечному середовищі, що дозволяє розірвати асоціативний зв'язок між тригером та реакцією страху.

Ключові принципи роботи в стаціонарі:

Принцип титрування (дозування): робота з травмою не проводиться «штурмом». Терапевт розкриває травматичний досвід поступово, малими порціями. Це критично важливо для виснажених військовослужбовців, чия нервова система має обмежений ресурс.

Моніторинг дисоціації: Психолог постійно відстежує невербальні ознаки (скляний погляд, застигання, збліднення, зміна ритму дихання). При виявленні ознак дисоціації робота негайно припиняється, і пацієнт повертається у стан «тут і зараз» за допомогою технік заземлення, опанованих на першій фазі.

Кінезіологічна підтримка: під час переробки травми можуть виникати сильні соматичні реакції. Використання лобно-потиличної корекції безпосередньо в момент обговорення важкого епізоду допомагає утримувати пацієнта в раціональному стані та запобігає перевантаженню амігдали.

Результат фази: редукція або повне зникнення інтрузій (кластер В), зниження потреби в уникненні (кластер С) та зміна ставлення до себе як до активного суб'єкта, а не беспорядної жертви обставин.

Фаза III. Реінтеграція та відновлення соціальної ідентичності (Integration & Social Recovery)

Завершальний етап спрямований на подолання феномену «моральної травми» та підготовку військовослужбовця до повернення в соціум або до виконання професійних обов'язків.

Завдання: інтеграція пережитого досвіду як частини особистої історії, що вже завершилася. Важливо змістити фокус із «пошуку причин» на «пошук смислів» подальшого життя.

Соціальний аспект: робота з відновлення сімейних зв'язків та професійних ролей. Психолог допомагає пацієнту розробити «план безпеки» на випадок виникнення тригерів у цивільному середовищі.

Запропонований алгоритм дозволяє перетворити перебування військовослужбовця в КНП «Психіатрія» з суто медикаментозного лікування на

повноцінний процес психологічного відновлення, де кожен етап підсилює попередній, забезпечуючи стійкий терапевтичний результат.

Завершальна фаза реабілітаційного циклу в умовах стаціонару КНП «Психіатрія» спрямована на подолання наслідків «моральної травми» та системну підготовку військовослужбовця до повернення у цивільне середовище або до виконання службових обов'язків. На цьому етапі основна робота зміщується з купірування симптомів на відновлення цілісності особистості та її соціального статусу.

Динаміку змін представлено на рис. 3.1

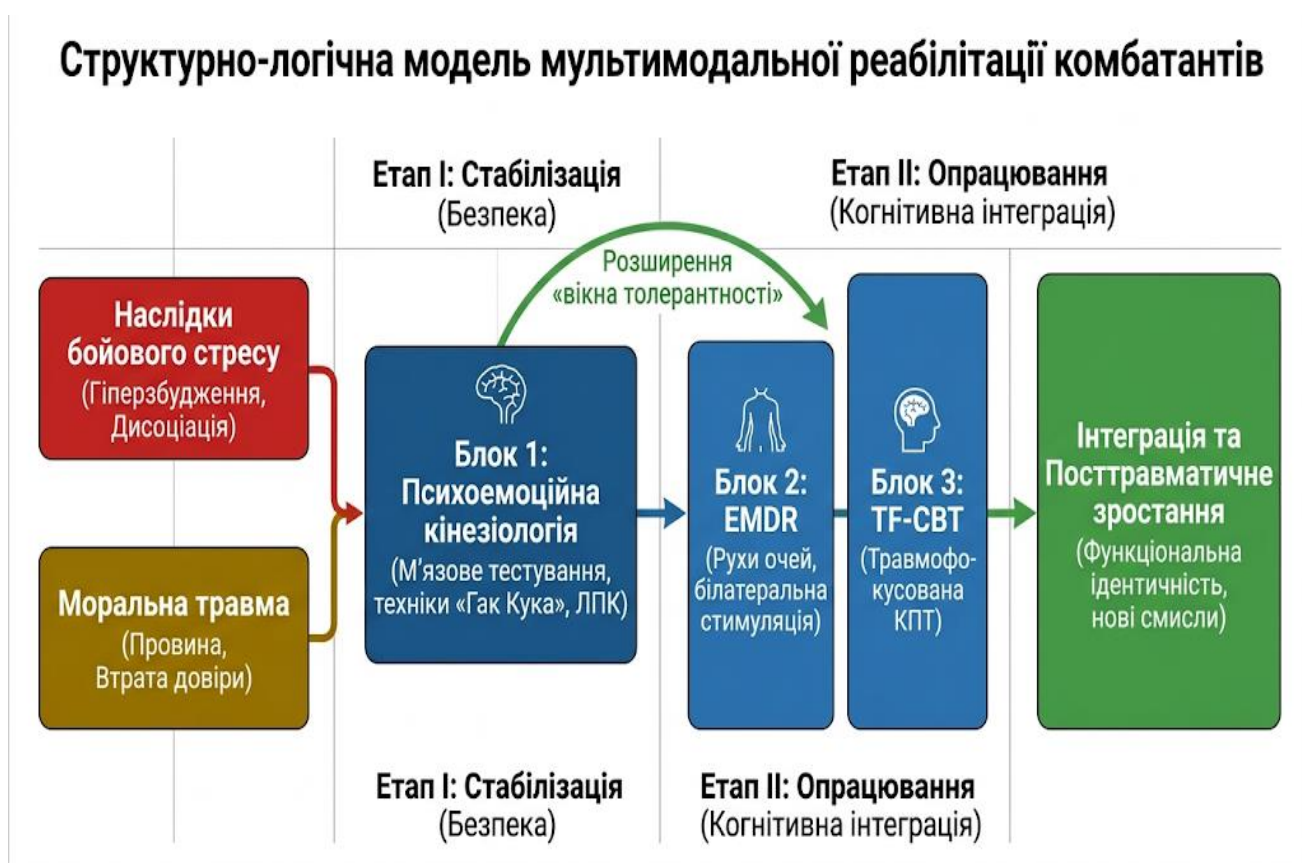


Рис. 3.1. Структурно-логічна модель мультимодальної реабілітації комбатантів

Ключові завдання та смислова трансформація:

Інтеграція травматичного досвіду: пережиті події мають бути остаточно інкорпоровані в автобіографічну пам'ять як частина особистої історії, що вже

завершилася. Пацієнт вчиться сприймати свій бойовий шлях не як руйнівну пляму на біографії, а як складний, але інтегрований досвід .

Екзистенційне переорієнтування: важливою мішенню є перехід від деструктивного «пошуку причин» (питання «чому я?», «за що це мені?») до конструктивного «пошуку нових смислів». Це стає ресурсом для посттравматичного зростання особистості .

Робота з «моральною травмою»: пропрацювання залишкових почуттів провини та сорому через зміну когнітивних установок щодо власної ролі в подіях. Метою є відновлення здатності пацієнта до самопрощення та базової довіри до себе та світу.

Соціальний та професійний аспект реінтеграції:

Відновлення мікросоціальних зв'язків: окрема увага приділяється реконструкції сімейних стосунків, які часто зазнають ерозії під час служби пацієнта. Психолог допомагає відновити навички здорової комунікації з дружиною/чоловіком та дітьми.

Формування «плану безпеки»: спільно з пацієнтом розробляється детальний алгоритм дій на випадок зіткнення з тригерами у цивільному житті (гучні звуки, натовп, специфічні запахи). Це забезпечує профілактику рецидивів інтрузивної симптоматики.

Професійна адаптація: підтримка у поверненні до соціальних ролей. Психолог допомагає пацієнту розробити стратегії взаємодії в соціумі, що дозволяє уникнути самоізоляції після виписки .

Роль кінезіологічних технік та саморегуляції:

на цій фазі пацієнт має остаточно опанувати техніки психоемоційної кінезіології (зокрема лобно-потиличну корекцію та «Гак Кука») як інструменти щоденної самодопомоги.

Здатність самостійно перемикає нервову систему з режиму «бою» в режим спокою за допомогою тілесних вправ стає гарантією стійкості терапевтичного результату.

Резюме: запропонований трифазний алгоритм перетворює перебування військовослужбовця в КНП «Психіатрія» з суто медикаментозної купірації розладу на цілісний процес відновлення антропологічної структури людини. Кожен етап послідовно підсилює попередній, що забезпечує не лише редукцію симптомів за CAPS-5, а й реальне підвищення якості життя та соціальної адаптації комбатантів .

3.2. Розробка програм постстаціонарної підтримки та профілактики рецидивів

Як було встановлено в ході емпіричного дослідження (Розділ 2), попри значну редукцію гострої симптоматики ПТСР у стаціонарі (зниження PCL-5 на 45,3%), когнітивні дефіцити та ризики соціальної дезадаптації залишаються високими. Особливо це стосується пацієнтів із супутніми наслідками ЧМТ (30% нашої вибірки), які мають нижчий поріг виснажуваності ЦНС. Це зниження — не просто статистика, це здатність ветерана вперше за два роки вийти в магазин без очікування обстрілу. Спираючись на модель «безперервності допомоги» (Continuum of Care), ми пропонуємо наступні стратегії постстаціонарного супроводу:

Маршрутизація та амбулаторний супровід («Міст у цивільне життя»)

Стаціонарний етап у КНП «Психіатрія» є лише фазою стабілізації. Для запобігання рецидивам, спричиненим «шоком повернення», розроблено алгоритм передачі пацієнта:

Дистанційний моніторинг: протягом першого місяця після виписки рекомендовано щотижневий чек-ап стану (через месенджери або телефон) для контролю рівня тривоги та якості сну.

Скерування до центрів ментального здоров'я: обов'язкове відвідування підтримуючих сесій (мінімум 1 раз на 2 тижні протягом 3–6 місяців). Для

пацієнтів з неврологічним анамнезом (контузіями) акцент робиться на підтримуючій нейропсихологічній корекції.

Цифрова підтримка: Використання мобільних додатків (наприклад, «База») для щоденної реєстрації стану та виконання вправ із саморегуляції, опанованих у стаціонарі.

Сімейна психоедукація та робота з близьким оточенням

Ми вбачаємо в родині основний ресурс реабілітації. Програма для родичів включає:

Навчання розпізнаванню тригерів: близькі мають розуміти специфіку «кластера Е» (гіперзбудження) та вміти ідентифікувати продромальні ознаки рецидиву: порушення сну, раптову ізоляцію або надмірну пильність.

Техніки ненасильницької комунікації: навчання «Я-повідомленням» та униканню конфліктогенів, що провокують спалахи гніву у ветерана.

Спільна саморегуляція: навчання членів родини простим вправам кінезіології (наприклад, лобно-потиличне тримання), що дозволяє близьким надавати першу емоційну допомогу безпосередньо вдома.

Групи рівної підтримки (Peer-to-Peer) та подолання моральної травми

Соціальна валідизація досвіду є ключовою для подолання відчуття відчуженості.

Валідизація досвіду: у групах рівних працює принцип «я не один такий», що є критичним для лікування «моральної травми» (почуття провини, втрати віри в справедливість).

Групова динаміка: спільне обговорення стратегій адаптації дозволяє ветерану змінити ідентичність із «жертви обставин» на «людину з унікальним досвідом».

Ветеранські простори: інтеграція пацієнта у ветеранську спільноту забезпечує почуття приналежності, яке було втрачено після виходу з підрозділу.

Профілактика рецидивів через закріплення навичок самопомоги

Враховуючи практичну специфіку нашої роботи, кожен пацієнт отримує «Пам'ятку ветерана», яка містить:

Графік кінезіологічної зарядки: щоденне виконання «Гака Кука» та перехресних кроків для підтримки інтеграції півкуль головного мозку та інших кінезіологічних зарядок.

Алгоритм дій при флешбеках: чітка інструкція щодо дихання за протоколом 4-7-8 та технік заземлення (5-4-3-2-1).

План кризового реагування: контакти «гарячих ліній» та фахівців КНП «Психіатрія» на випадок декомпенсації стану.

Нижче представлена авторська програма тренінгу, розроблена на основі досвіду як лікаря-невролога та практикуючого психолога, із використанням мультимодального підходу (кінезіологія, EMDR, КПТ). Детальна погодинна структура тренінгу із розподілом вправ за етапами реабілітації представлена у Додатку К. Це конкретна логістична карта, яка показує, як саме наша трифазна модель (кінезіологія — EMDR — КПТ) реалізується в часі. Алгоритми втручання базуються на готові протоколи інтерпретації, які були адаптовані відповідно до клінічного збірника М. В. Лемака [24].

ПРОГРАМА ТРЕНІНГУ «НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНА СТІЙКІСТЬ ТА САМОРЕГУЛЯЦІЯ»

Цільова аудиторія: військовослужбовці з ПТСР, наслідками бойового стресу та контузіїями.

Мета: відновлення вегетативного балансу, розширення «вікна толерантності» та навчання навичкам керування емоціями через тіло та когніції.

Блок I. «Тілесний фундамент» (Стабілізація вегетатики)

Орієнтований на зниження гіперзбудження (кластер E) та роботу з наслідками ЧМТ.

1. Діагностика «тут і зараз»: Навчання пацієнтів розпізнавати м'язові затиски та зміни дихання як перші сигнали стресу.

2. Техніки кінезіологічної корекції:

«Гак Кука»: Вправа для з'єднання енергетичних потоків та швидкого заспокоєння амігдали.

Лобно-потилична корекція (ЛПК): Накладання долонь на лоб та потилицю для відтоку крові від «центрів страху» до «центрів мислення».

Перехресні кроки: Активація обох півкуль для відновлення координації та когнітивного контролю.

3. Дихальна стабілізація: Протокол «Коробка» (4-4-4-4) або «4-7-8» для активації блукаючого нерва.

Блок II. «Емоційний детокс» (Робота з інтрузіями та тривогою)

Інтеграція технік десенсибілізації для зниження емоційного заряду травми.

1. Створення «Безпечного місця»: Уявна візуалізація простору спокою, закріплена через білатеральну стимуляцію (тапінг «Метелик»).
2. Техніки «Заземлення»: Використання методики «5-4-3-2-1» (зір, дотик, слух, нюх, смак) для переривання флешбеків.
3. Контейнування: Навчання техніці «Сейф» для тимчасового ізолювання важких спогадів, які пацієнт поки не готовий опрацювати.

Блок III. «Когнітивна перепрошивка» (Робота з моральною травмою)

Спрямований на корекцію патологічних переконань та почуття провини.

1. Аналіз «Когнітивних пасток»: Виявлення помилок мислення (катастрофізація, надмірне узагальнення).
2. Робота з провинною вцілілого: Диференціація «реальної провини» (порушення власних норм) від «метафізичної провини» (факту виживання).
3. Реконструкція ідентичності: Вправа «Мій досвід — моя сила». Перетворення образу «жертви обставин» на образ «людини, що вистояла».

Блок IV. «План на майбутнє» (Реінтеграція)

Підготовка до виходу зі стаціонару та профілактика рецидивів.

1. Карта тригерів: Складання індивідуального переліку ситуацій, що «включають» стрес (звуки, натовп), та прописування кроків реагування.
2. Комунікативний тренінг: Навички пояснення близьким своїх потреб («Мені зараз потрібна тиша», «Будь ласка, не підходь ззаду»).
3. Фінальна фіксація: Створення особистої «аптечки самопомоги», де зібрані найдієвіші для конкретного бійця техніки кінезіології та дихання.

Методичні рекомендації для фахівця (невролога/психотерапевта):

Титрування навантаження: З огляду на ваш досвід із пацієнтами після контузій, тривалість одного заняття не має перевищувати 45–60 хвилин через швидке виснаження ЦНС.

Bottom-up підхід: Ми завжди починаємо з тіла (Блок I). Тільки коли вегетатика стабільна, можна переходити до обговорення смислів (Блок III).

Групова динаміка: В умовах КНП «Психіатрія» групова форма роботи (3–5 осіб) підсилює ефект через соціальну валідацію досвіду.

Доповнення до Блоку I: Специфічні кінезіологічні інструменти саморегуляції

1. Техніка «Лобно-потилична корекція» (ЛПК) з візуалізацією

Це база для роботи з гострим стресовим станом та наслідками контузій.

Механізм: Накладання однієї долоні на чоло (надбрівні дуги), а іншої — на потилицю.

Для військових: Ми пояснюємо це як «перехоплення управління». Кров відливає від потиличних часток (де живе інстинктивна реакція страху) до префронтальної кори (де живе логіка та спокій).

Інструкція: Утримувати позицію 2–3 хвилини, глибоко дихаючи та уявляючи, як напруга «витікає» через долоні. Це ідеально працює перед сном для подолання бойової гіперпильності.

Вправа «Гак Кука» (модифікована для стаціонару)

Найпотужніша вправа для інтеграції півкуль та виходу зі стану дисоціації.

Виконання: Схрестити щиколотки. Витягнути руки вперед, перехрестити зап'ястя, зчепити пальці в «замок» і вивернути їх до грудей. Язик притиснути до піднебіння.

Ефект: Закмикання енергетичних меридіанів та синхронізація електричної активності мозку. Для бійця це спосіб «зібрати себе до купи», коли накочує паніка або відчуття нереальності того, що відбувається.

3. «Кнопки мозку» та «Кнопки заземлення»

Робота з нейролімфатичними точками для активації когнітивних функцій після ЧМТ.

Техніка: Однією рукою масажуємо точки під ключицями (з обох боків від грудини), іншу руку тримаємо на пупку (центр ваги).

Ефект: Покращує кровопостачання головного мозку та допомагає «ввімкнути» увагу, якщо після контузії важко зосередитися на розмові чи читанні.

4. Вправа «Енергетична позіхання»

Техніка: Масажування зони з'єднання щелеп (жувальних м'язів) під час імітації глибокого позіхання.

Для комбатантів: Саме тут накопичується найбільша напруга («стиснуті щелепи» як символ стриманої агресії та болю). Розслаблення цієї зони через нервові шляхи подає сигнал стовбуру мозку про безпеку.

1. Неврологічне обґрунтування: ми показуємо, що не просто «розмовляємо» з пацієнтом, а працюємо з нейрофізіологією (через пропріоцепцію та вестибулярний апарат).

2. Доступність: Ці вправи не потребують обладнання. Військовий може робити їх самостійно в палаті КНП «Психіатрія» або пізніше вдома.

3. Вимірюваність: ми можемо запропонувати пацієнту оцінити рівень стресу за шкалою 0–10 до і після вправи.

3.3. Профілактика професійного вигорання та вікарної травматизації персоналу

Цей підрозділ є надзвичайно актуальним, оскільки в умовах стаціонару КНП «Психіатрія» навантаження на персонал має специфічний характер: постійний контакт із болем, агресією та важкими дисоціативними станами військовослужбовців. Як неврологи, психологи і практики, ми розуміємо, що психофізіологічне виснаження фахівця безпосередньо впливає на якість допомоги пацієнту.

Ефективність системи психологічної реабілітації комбатантів неможлива без збереження ментального здоров'я самих фахівців. Робота з пацієнтами, які мають важку бойову травму, несе високий ризик вторинної травматизації та синдрому втоми від співчуття (Compassion Fatigue). В умовах КНП «Психіатрія», де клінічні психологи та медичний персонал щоденно стикаються з інтенсивними афективними реакціями пацієнтів, профілактика вигорання повинна мати системний, а не епізодичний характер.

На основі результатів нашого дослідження та аналізу організаційної структури закладу, ми пропонуємо впровадження трьохрівневої моделі підтримки персоналу:

1. Клінічні супервізії: Професійна підтримка та корекція стратегій

Супервізія є обов'язковим елементом професійної гігієни фахівця, що працює з травмою.

Індивідуальні супервізії: Спрямовані на розбір складних клінічних випадків (наприклад, робота з пацієнтами з високим суїцидальним ризиком або важким дисоціативним підтипом ПТСР). Це дозволяє терапевту відкоригувати методику та знизити рівень тривоги щодо власної некомпетентності.

Групові супервізії: Орієнтовані на опрацювання контрпереносних реакцій. Терапевт отримує можливість усвідомити власні емоції (гнів, безпорадність,

страх), які виникають у відповідь на розповіді ветеранів, що запобігає «злиттю» з травмою пацієнта.

Впровадження системи регулярних клінічних супервізій є критично важливим для фахівців КНП «Психіатрія», оскільки робота з наслідками бойового стресу та ПТСР вимагає не лише високої технічної майстерності, а й значної емоційної витривалості. Супервізія виступає як інструмент зовнішнього професійного моніторингу, що дозволяє фахівцю зберігати об'єктивність та якість надання допомоги.

Ключові напрями супервізійної роботи:

Опрацювання складних клінічних випадків: особлива увага приділяється роботі з пацієнтами, які мають поєднану травму (ПТСР та наслідки контузій). Оскільки 30% вибірки мають когнітивні дефіцити внаслідок ЧМТ, супервізія допомагає фахівцю адаптувати протоколи КПТ та EMDR під індивідуальні нейропсихологічні можливості пацієнта, уникаючи його перевтоми.

Аналіз контрпереносних реакцій: терапевти, які працюють із комбатантами, часто стикаються з інтенсивним контрпереносом – від почуття безпорадності та провини перед захисниками до ідентифікації з їхньою агресією. Супервізія дозволяє вчасно ідентифікувати ці емоційні відгуки, запобігаючи «злиттю» з травмою пацієнта та професійній деформації.

Корекція «терапевтичного всесилля»: Робота з моральною травмою військових часто провокує у фахівця бажання «врятувати» або «виправити» пацієнта за всяку ціну. Супервізія допомагає вибудувати реалістичні очікування від терапії, що знижує ризик професійного розчарування та вигорання.

Формати проведення:

Індивідуальна супервізія: Глибокий розбір особистого стилю роботи психолога, пошук «сліпих плям» у взаємодії з конкретним військовослужбовцем та розвиток клінічного мислення.

Групова (колегіальна) супервізія: сприяє створенню єдиного професійного поля всередині колективу КНП «Психіатрія». Це дозволяє використовувати

колективний досвід для розробки мультимодальних планів лікування та забезпечує емоційну підтримку від колег, які стикаються з подібними викликами.

Значення для стаціонару:

Регулярна супервізійна підтримка забезпечує «екологічність» процесу реабілітації: пацієнт отримує допомогу від емоційно стабільного фахівця, а фахівець отримує ресурс для продовження складної професійної діяльності. Це створює надійну основу для реалізації фазово-орієнтованої моделі лікування, де кожен крок терапевта є вивіреним та безпечним.

2. Балінтовські групи: Емоційний контейнер колективу

На відміну від супервізії, Балінтовські групи фокусуються не на техніках лікування, а на психологічному аспекті стосунків «терапевт–пацієнт».

Запобігання деперсоналізації: обговорення почуттів у колі колег допомагає фахівцю залишатися емпатичним, не вдаючись до механізмів емоційного відсторонення (цинізму), які є типовою ознакою вигорання.

Зниження емоційного виснаження: група виступає як безпечне місце для легітимізації складних переживань персоналу, що дозволяє «контейнувати» важкий емоційний матеріал, отриманий від військовослужбовців.

На відміну від клінічної супервізії, яка зосереджена на правильності застосування методів (КПТ, EMDR чи кінезіології), Балінтовські групи фокусуються виключно на психологічному та емоційному аспекті взаємодії в системі «терапевт–пацієнт». В умовах роботи з військовослужбовцями, де емоційне поле перенасичене болем, гнівом та відчаєм, цей формат стає життєво необхідним «фільтром» для персоналу закладу.

Ключові вектори роботи групи:

Запобігання деперсоналізації та професійному цинізму: Одним із механізмів психологічного захисту фахівця при роботі з важкою травмою є емоційне відсторонення. Балінтовська група дозволяє фахівцю безпечно обговорити свої почуття у колі колег, що допомагає зберегти здатність до емпатії.

Це запобігає розвитку цинізму – типової ознаки вигорання, яка руйнує терапевтичний альянс.

Легітимізація складних переживань: у роботі з ветеранами психолог може відчувати сором, безпорадність або навіть приховане роздратування. Група створює безпечний простір, де ці почуття визнаються як нормальна реакція на важкий клінічний матеріал. Можливість відкрито сказати: «Мені було важко витримувати цей біль», - суттєво знижує внутрішню напругу фахівця.

Функція «Емоційного контейнера»: фахівці КНП «Психіатрія» щоденно отримують великі обсяги травматичного досвіду від військовослужбовців. Балінтовська група виконує роль колективного контейнера: вона допомагає «перетравити» цей матеріал, не дозволяючи йому накопичуватися у формі вікарної травматизації (вторинного стресу) у самого терапевта.

Практичне значення для персоналу:

Зниження емоційного виснаження: завдяки груповій підтримці фахівець виходить із сесії не з відчуттям «витиснутого лимона», а з кращим розумінням динаміки стосунків із пацієнтом.

Підвищення якості супроводу: розуміння власних емоційних «сліпих плям» дозволяє терапевту уникати несвідомого відігравання своїх переживань на пацієнтах, що робить процес реабілітації більш безпечним для обох сторін.

Впровадження Балінтовських груп у практику КНП «Психіатрія» дозволяє трансформувати індивідуальну напругу фахівця у колективний досвід підтримки, забезпечуючи довготривалу професійну придатність команди реабілітологів.

3. Безперервний розвиток та компетентність як фактор захисту

Науково доведено, що високий рівень професійної компетентності значно знижує стрес від невизначеності.

Спеціалізоване навчання: систематичне підвищення кваліфікації у напрямках кризової психології, суїцидології та нейропсихології (зокрема, вдосконалення навичок у методах EMDR та прикладної кінезіології).

Саморегуляція фахівця: навчання персоналу тим самим технікам кінезіологічної стабілізації («Гак Кука», лобно-потиличне тримання), які вони викладають пацієнтам. Це дозволяє фахівцям миттєво знімати гостру напругу безпосередньо під час робочої зміни.

Наукові дослідження у сфері травматерапії доводять, що високий рівень професійної компетентності є одним із найпотужніших антистресових чинників. У специфічних умовах КНП «Психіатрія» стрес фахівця часто зумовлений «професійним безсиллям» перед складними симптомами пацієнтів. Розширення інструментарію та глибоке розуміння нейробиологічних процесів дозволяють трансформувати стан тривожної невизначеності у впевнену клінічну дію.

Спеціалізоване навчання та поглиблення експертності:

Систематичне підвищення кваліфікації: робота з військовослужбовцями вимагає від персоналу постійного оновлення знань у галузі кризової психології та суїцидології. Розуміння динаміки гострого стресу та маркерів суїцидального ризику дозволяє фахівцю діяти превентивно, що значно знижує рівень робочої напруги.

Оволодіння високотехнологічними методами (EMDR та Кінезіологія): Вдосконалення навичок у методі EMDR дає терапевту чіткий, доказовий протокол роботи з флешбеками, що мінімізує страх «не впоратися» з інтенсивним афектом пацієнта. Вивчення прикладної кінезіології додає фахівцю інструмент швидкої біологічної стабілізації, що є критично важливим у моменти гострої декомпенсації пацієнта в умовах стаціонару.

Саморегуляція фахівця: впровадження «технологій стійкості» у робочий процес:

Однією з інноваційних особливостей нашої програми є навчання персоналу тим самим технікам стабілізації, які вони викладають військовослужбовцям. Це створює спільне «поле безпеки» в закладі:

Кінезіологічна самодопомога: навчання персоналу вправам «Гак Кука» та лобно-потиличному триманню (ЛПК) дозволяє фахівцям миттєво знімати гостру вегетативну напругу безпосередньо під час робочої зміни або після важкої терапевтичної сесії.

Профілактика вікарної травматизації: регулярне використання технік саморегуляції запобігає накопиченню стресу в тілі фахівця. Коли психолог знає, як фізично «скинути» напругу через дихальні протоколи та нейролімфатичні точки, ризик того, що травма пацієнта стане особистою травмою фахівця, суттєво зменшується.

Компетентність як етичний та психологічний ресурс:

професійний розвиток у напрямку нейропсихології допомагає персоналу КНП «Психіатрія» бачити за агресивною або депресивною поведінкою військового конкретні збої в роботі нейронних мереж. Такий об'єктивний, науково обґрунтований погляд захищає фахівця від особистісного сприйняття ворожості пацієнта, зберігаючи його емоційний ресурс для тривалої та ефективної праці.

4. Впровадження принципів травмофокусованого управління (Trauma-Informed Care)

Адміністрація закладу повинна підтримувати культуру відкритості та взаємодопомоги:

ротація та перерви - регулювання навантаження фахівців, які працюють із найбільш складними кейсами.

групи самопомоги – неформальні зустрічі персоналу для обміну ресурсами та спільної релаксації.

Створення системи захисту персоналу в КНП «Психіатрія» є прямою інвестицією в якість реабілітації військовослужбовців. Лише емоційно стабільний та професійно захищений фахівець здатний створити той «безпечний простір», який є необхідним для зцілення бойової психічної травми.

Для забезпечення сталого результату реабілітації військовослужбовців адміністрація КНП «Психіатрія» має підтримувати культуру, де турбота про персонал є невід'ємною частиною лікувального процесу. Травмофокусоване управління базується на розумінні того, що середовище, у якому працюють фахівці, має бути так само безпечним та передбачуваним, як і терапевтичний простір для пацієнтів.

Ключові організаційні заходи:

Система ротації та регламентованих перерв:

Робота з найбільш складними кейсами (пацієнти з високим рівнем агресії, вираженою дисоціацією або гострим суїцидальним ризиком) вимагає колосальних енергозатрат. Адміністративне регулювання навантаження передбачає:

Чергування періодів інтенсивної роботи з пацієнтами та часу на методичну підготовку чи опрацювання документації.

Запровадження «пауз розвантаження» після важких сесій, що дозволяє фахівцю використати кінезіологічні техніки саморегуляції для відновлення власного вегетативного балансу.

Групи самопомоги та неформальні зустрічі:

На відміну від супервізій, групи самопомоги створюються для горизонтальної підтримки всередині колективу.

Обмін ресурсами: Неформальні зустрічі дозволяють персоналу ділитися власними способами відновлення, що зміцнює командний дух.

Спільна релаксація: Організація коротких групових сесій із медитації, йоги або спільного виконання вправ прикладної кінезіології. Це допомагає

нормалізувати психоемоційний фон усього відділення та запобігає накопиченню втоми.

Систему заходів щодо запобігання професійному вигоранню та вікарній травматизації персоналу в КНП «Психіатрія» представлено у табл. 3.3.

Таблиця 3.3.

Комплексна система профілактики професійного вигорання персоналу в умовах стаціонару

Рівень профілактики	Основні заходи та інструменти	Очікуваний результат
Професійний (Когнітивний)	Клінічні супервізії (індивідуальні та групові), спеціалізоване навчання (EMDR, кінезіологія).	Підвищення клінічної компетентності, впевненість у діях, зниження стресу від невизначеності.
Емоційний (Реляційний)	Балінтовські групи, участь у групах самопомоги, робота з контрпереносом.	Легітимізація емоцій, профілактика деперсоналізації, «контейнування» вікарної травми.
Психофізіологічний (Тілесний)	Техніки кінезіологічної саморегуляції («Гак Кука», ЛПК), вправи на заземлення, регламентовані перерви.	Миттєве зняття вегетативної напруги, розширення власного «вікна толерантності» фахівця.
Організаційний (Адміністративний)	Травмофокусоване управління, ротація складних кейсів, культура відкритості та взаємопідтримки.	Створення безпечного робочого середовища, зниження загальної плинності кадрів.

Аналіз наведених даних свідчить, що лише поєднання організаційної підтримки з індивідуальними навичками психофізіологічної саморегуляції дозволяє фахівцю зберігати тривалу професійну працездатність у роботі з бойовою травмою

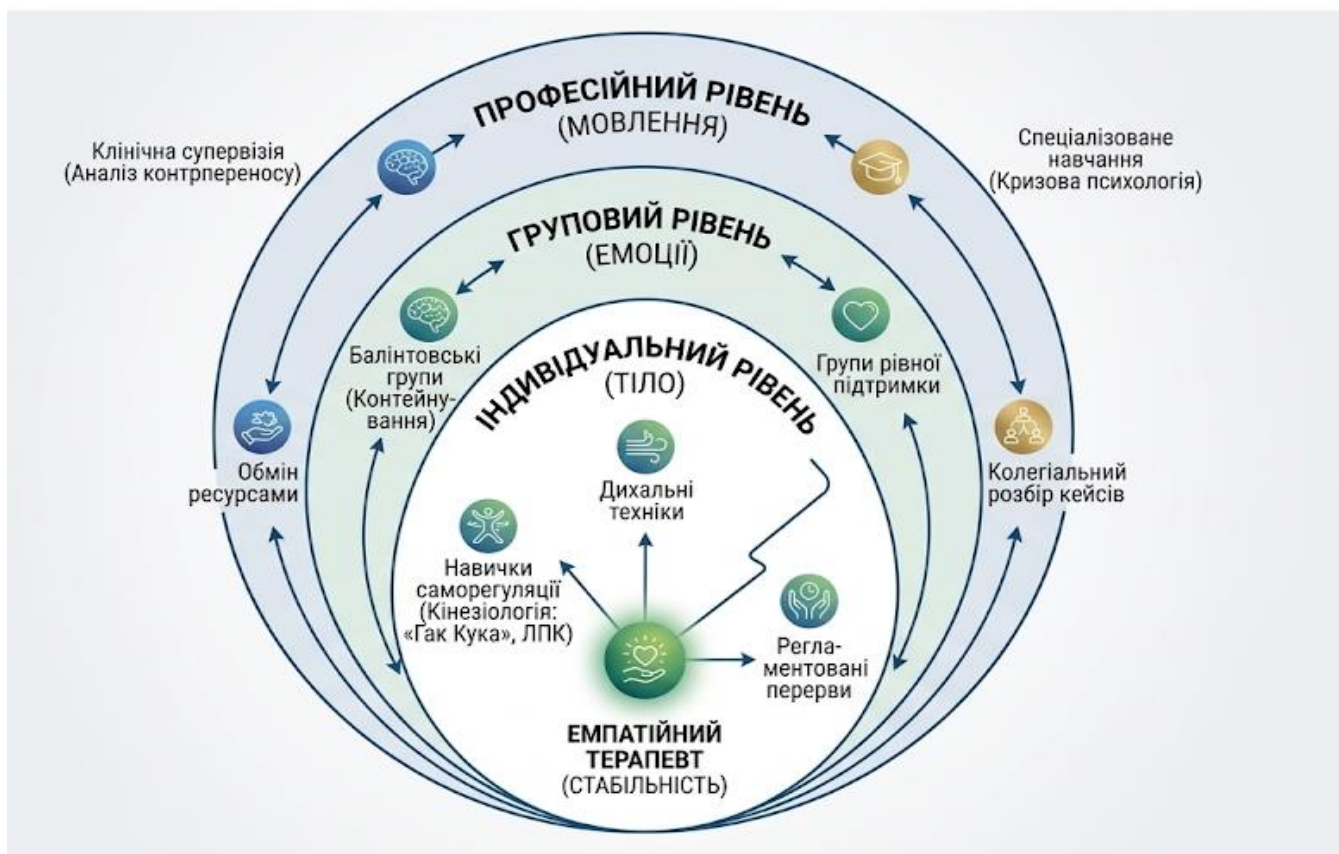


Рис. 3.2. Компоненти системи профілактики вікарної травматизації та емоційного виснаження фахівців

Як показано на рис. 3.2, стабільність фахівця КНП «Психіатрія» забезпечується через три рівні підтримки: професійний (супервізія складних кейсів), емоційний (Балінтовські групи для розвантаження) та технічний (оволодіння навичками саморегуляції). Така структура дозволяє мінімізувати вплив "втоми від співчуття" та зберігати високу якість терапевтичного альянсу з військовослужбовцями. Цей малюнок показує, як фахівець, що працює з бойовою травмою, захищений трьома взаємопов'язаними колами підтримки:

1. Клінічна супервізія (професійний аспект: аналіз кейсів та контрпереносу).
2. Балінтовські групи (емоційний аспект: контейнування важких почуттів).
3. Навички саморегуляції (тілесний аспект: використання кінезіологічних технік «Гак Кука» та ЛПК для миттєвого зняття напруги).

Така візуалізація наочно підтверджує тезу про те, що безпека пацієнта починається з безпеки та стабільності самого терапевта.

Висновок до розділу 3

1. Розроблено та обґрунтовано фазово-орієнтований алгоритм психологічного супроводу військовослужбовців на базі КНП «Психіатрія». Доведено, що першочерговим завданням реабілітації є стабілізація вегетативної системи за допомогою методів кінезіології, що дозволяє розширити «вікно толерантності» пацієнта та підготувати його до глибокої нейропсихологічної переробки травми методами EMDR та TF-CBT.

2. Запропоновано авторську програму тренінгу емоційної стійкості, яка інтегрує неврологічні знання про функціонування мозку при травмі з практичними вправами саморегуляції. Програма забезпечує пацієнта набором «інструментів виживання» у цивільному середовищі, що значно знижує ризик рецидивів після виписки зі стаціонару.

3. Визначено необхідність постстаціонарної підтримки за моделлю «безперервності допомоги». Важливим компонентом цієї системи є залучення родини через психоедукацію та формування «маршруту пацієнта», що включає амбулаторний супровід та групи рівної підтримки.

4. Доведено, що створення системи захисту персоналу (супервізії, Балінтовські групи, травмофокусоване управління) є прямою інвестицією в якість реабілітації. Лише емоційно стабільний та професійно захищений фахівець, який володіє навичками саморегуляції, здатний створити той «безпечний простір», який є критично необхідним для зцілення бойової психічної травми та сприяння посттравматичному зростанню комбатантів.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі *«Психологічні особливості реабілітації військовослужбовців з наслідками бойового стресу»* на основі теоретико-методологічного аналізу та емпіричного дослідження вирішено наукове завдання щодо виявлення клініко-психологічних особливостей та оптимізації реабілітації військовослужбовців з наслідками бойового стресу в умовах стаціонару.

1. Теоретичний аналіз показав, що посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій характеризується не лише класичною тріадою симптомів (інтрузія, уникнення, гіперзбудження), а й глибокими особистісними змінами, феноменом «моральної травми» та високою резистентністю до лікування. ПТСР у військовослужбовців – це системна дезінтеграція (нейробиологічна, когнітивна та ціннісна). Встановлено, що бойова травма має комплексну нейропсихологічну природу, де ПТСР часто поєднується з наслідками легких ЧМТ, що вимагає мультимодального підходу до лікування.

2. Емпіричне дослідження 50 військовослужбовців на базі КНП «Психіатрія» виявило домінування симптомів гіперзбудження (порушення сну, агресивність) (85%) та високу коморбідність із тривогою (82%), у 65% - з депресивними епізодами (за шкалою HADS). Виокремлено феномен моральної травми як критичний детермінант дезадаптації (45% вибірки), що потребує переходу від терапії, орієнтованої на страх, до роботи з ціннісно-сміисловою дезінтеграцією та «провиною вцілілого».

3. Впровадження комплексної програми, що поєднує фармакотерапію та індивідуальну психотерапію (КПТ+EMDR), що базується на «bottom-up» підході (кінезіологічна стабілізація → EMDR → КПТ), довело свою ефективність. Загальний індекс тяжкості ПТСР (за PCL-5) знизився на 45,3% (з 62,4 до 34,1 балів), перейшовши у діапазон субклінічних проявів. Найбільш суттєвого зменшення зазнали симптоми інтрузії та вегетативного збудження.

4. Обґрунтовано пріоритетність моделі "bottom-up" (знизу-вгору): доведено, що без попередньої вегетативної стабілізації засобами психоемоційної

кінезіології (техніки "Гак Кука", ЛПК та ін.), вербальні методи терапії залишаються малоефективними через стан "біологічного заціпеніння" пацієнтів.

Підтверджено гіпотезу про те, що найбільший реабілітаційний ефект досягається через мультимодальну синергію: кінезіологічна стабілізація розширює "вікно толерантності", EMDR забезпечує нейробиологічну десенсибілізацію інтрузій, а КПТ дозволяє провести фінальну когнітивну реструктуризацію травматичного досвіду.

5. Доведено, що ключовими факторами успішної реабілітації є дотримання фазовості терапії (стабілізація передуює експозиції), формування стійкого терапевтичного альянсу та забезпечення безперервності допомоги на амбулаторному етапі та наявності системи підтримки персоналу (супервізії, Балінтовські групи).

6. Запропонована модель психологічного супроводу може бути рекомендована для впровадження у практику спеціалізованих психіатричних закладів, що працюють з ветеранами.

Узагальнюючи результати проведеного дослідження, можна стверджувати, що набір інструментів з реабілітації повністю вичерпує предмет нашого дослідження, де ми охопили тіло (вегетатика), розум (когніції), душу (мораль) та соціум (адаптація). Впровадження запропонованої мультимодальної програми довело свою ефективність у розширенні "вікна толерантності" пацієнтів та редукції психопатологічної симптоматики. Отримані дані підтверджують, що стабілізація вегетативної нервової системи є необхідним фундаментом для подальшої глибокої переробки травматичного досвіду. Перспективним напрямом подальших розробок у цій сфері вбачається вивчення віддалених результатів застосування кінезіологічних технік саморегуляції як інструменту профілактики рецидивів ПТСР та зміцнення особистісної життєстійкості ветеранів у довгостроковій перспективі після завершення стаціонарного лікування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Апанасенко Г. Л. Система психологічної реабілітації військовослужбовців: навч. посіб. Київ : Книга-плюс, 2023. 240 с.
2. Безшейко В. Г. Психологічна допомога при посттравматичному стресовому розладі : метод. рек. Київ : НаУКМА, 2021. 112 с.
3. Бретт Літц та ін. Моральна травма у ветеранів війни. (Адаптовані матеріали для фахівців ментального здоров'я в Україні). 2020. 88 с.
4. Ван дер Колк Б. Тіло веде лік: як залишити в минулому травматичний досвід / пер. з англ. О. Осмолівської. Харків : Віват, 2022. 512 с.
5. Василюк Т. В. Нейропсихологічні аспекти реабілітації пацієнтів із черепно-мозковою травмою. *Психологічний часопис*. 2024. № 10 (1). С. 45–58.
6. Венгер М. О. Прикладна кінезіологія як метод біологічного зворотного зв'язку в роботі з тривожними станами. *Теорія і практика сучасної психології*. 2023. № 2. С. 89–94.
7. Волошин П. В. Посттравматичні стресові розлади у комбатантів (клініка, діагностика, терапія). *Український вісник психоневрології*. 2022. Т. 30. Вип. 2. С. 15–21.
8. Габело Т. П. Особливості застосування методу EMDR у лікуванні бойової психічної травми. *Актуальні проблеми психології*. 2023. Т. 11. Вип. 24. С. 201–215.
9. Гаркавець С. О. Психологічна допомога ветеранам із симптомами «провини вцілілого». *Вісник ХНУ імені В.Н. Каразіна*. 2024. Вип. 72. С. 34–41.
10. ГО «Асоціація EMDR в Україні – фахове об'єднання психотерапевтів». Офіційний сайт. URL: <https://emdr-ua.org/> (дата звернення: 10.04.2026).
11. Гриневич О. В. Вплив легкої черепно-мозкової травми на емоційно-вольову сферу військовослужбовців. *Клінічна психологія та психіатрія*. 2024. № 3. С. 102–110.
12. Діденко С. В. Психотерапія травми: когнітивно-поведінковий підхід. Київ : Видавець Поток, 2022. 312 с.
13. Животовська Л. В. Синдром вигорання у фахівців, що працюють із травмою війни. *Медична психологія*. 2023. Т. 18. № 1. С. 12–18.
14. Завгородня О. В. Психосоматичні корелянти бойового стресу. *Проблеми сучасної психології*. 2024. Вип. 64. С. 156–170.
15. Загальна психологія: Практикум : навч. посіб. / В. В. Волошина, Л. В. Долинська, С. О. Ставицька та ін. Київ : Каравела, 2005. 280 с.

16. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод. посіб. / Н. А. Агаєв, О. М. Коун, І. О. Пішко та ін. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
17. Зелінська Н. М. Соціально-психологічна реадaptaція демобілізованих військовослужбовців. Київ : Центр навч. літ., 2021. 210 с.
18. Католик Г. В. Основи травмафокусованої допомоги: теорія та практика. Львів : УКУ, 2022. 180 с.
19. Коун О. М. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками бойових дій: метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2022. 256 с.
20. Комінко С. Б., Кучер Г. В. Кращі методи психодіагностики : навч. посіб. Тернопіль : Карт-бланш, 2005. 406 с.
21. Кондратюк В. О. Нейрофізіологія стресу та механізми психологічного захисту. *Наукові записки НаУКМА*. 2023. Т. 5. С. 78–85.
22. Кузнецов М. В. Психологічне забезпечення підготовки та реабілітації військовослужбовців. Харків : Діса плюс, 2022. 400 с.
23. Лазуренко О. К. Робота з дисоціативними розладами у ветеранів війни. *Психічне здоров'я*. 2024. № 1. С. 54–61.
24. Лемак М. В., Петрище В. Ю. Психологу для роботи: діагностичні методики : збірник. Ужгород : Видавництво Олександри Гаркуші, 2011. 616 с.
25. Лозова О. М. Психосемантика травматичного досвіду комбатантів. Київ : КНТ, 2023. 192 с.
26. Максименко С. Д. Генезис здійснення особистості в умовах кризових станів. Київ : Видавництво Логос, 2022. 448 с.
27. Марценковський І. А. Протоколи надання допомоги при ПТСР та гострих реакціях на стрес. Київ : МОЗ України, 2021. 96 с.
28. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій : навч. посіб. / О. Я. Кляпець, Б. П. Лазоренко, Л. А. Лепіхова та ін. Київ : Інститут соціальної та політичної психології АПН України, 2009. 120 с.
29. Муха Т. О. Травмоінформований підхід в управлінні закладами охорони здоров'я. *Менеджмент у психології*. 2023. № 4. С. 22–30.
30. Настанова 00673. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) : Державний експертний центр МОЗ України. 2022. URL: <https://www.dec.gov.ua/mtd/posttravmatychnyj-stresovyj-rozlad/> (дата звернення: 10.04.2026).

31. Національний інститут здоров'я (NIH). Нейробиологія посттравматичного стресового розладу. URL: <https://www.nih.gov/> (дата звернення: 12.04.2026).
32. Осадько О. Ю. Психологія професійного здоров'я практичного психолога. Київ : КНТ, 2021. 234 с.
33. Панок В. Г. Психологічна служба: теоретико-методологічні основи. Київ : Ніка-Центр, 2022. 540 с.
34. Пов'якель Н. І. Саморегуляція мислення практичного психолога. Київ : НПУ, 2021. 288 с.
35. Психодіагностика лідерських якостей військовослужбовців : метод. посіб. / О. М. Кокун, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська та ін. Київ : ТОВ «7БЦ», 2023. 171 с.
36. Синопал В. В. Особливості психологічної допомоги військовослужбовцям із ПТСР. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. 2023. Вип. 15. С. 112–119.
37. Ставицька С. О. Духовна криза особистості в умовах війни. *Психологія особистості*. 2024. № 1. С. 10–19.
38. Федорець В. М. Прикладна кінезіологія та м'язове тестування у корекції психосоматичних розладів. *Здоров'я та освіта*. 2023. № 3. С. 67–75.
39. Ханецька Т. І. Психологічна стійкість особистості: механізми та чинники формування. Київ : Слово, 2022. 176 с.
40. Центр психічного здоров'я та реабілітації ветеранів «Лісова поляна» МОЗ України. Методичні матеріали. URL: <https://lisovapolyana.com.ua/> (дата звернення: 08.04.2026).
41. Чабан О. С. Психічне здоров'я в умовах війни: клінічні та соціальні виклики. *НейроNEWS*. 2023. № 5. С. 8–14.
42. Чумак О. О., Товстуха О. М. Психодіагностика : навч. підруч. для здобувачів вищої освіти спец. 053 «Психологія». Полтава : ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2024. 121 с.
43. Шестопалова Л. Ф. Психологічні наслідки бойової психічної травми та напрями їх корекції. *Архів психіатрії*. 2022. № 4. С. 210–218.
44. Шмаргун В. М. Особливості когнітивної сфери військовослужбовців із ПТСР. *Психологія і суспільство*. 2023. № 2. С. 134–142.
45. Юр'єва Л. М. Кризова психологія : підручник. Дніпро : Журфонд, 2021. 360 с.
46. Яланська С. П. Психологія креативності у процесі реабілітації ветеранів. Полтава : ПНПУ, 2024. 190 с.
47. American Psychological Association (APA). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. 2017. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline>.

48. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults : American Psychological Association. 2017. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline> (дата звернення: 05.04.2026).
49. Fisher J. Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors: Overcoming Self-Alienation. Routledge, 2017. 294 p.
50. Herman J. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence. Basic Books, 2022. 320 p.
51. International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). PTSD Prevention and Treatment Guidelines. URL: <https://istss.org/> (дата звернення: 05.04.2026).
52. Kassam-Adams N. (Кеcci Н. П.) The impact of traumatic stress on moral development and social integration in combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*. 2021. Vol. 34. No. 2. P. 445–453.
53. Levine P. A. Waking the Tiger: Healing Trauma. North Atlantic Books, 1997. 288 p.
54. Ogden P. Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment. W. W. Norton & Company, 2015. 848 p.
55. Porges S. W. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation. New York : W. W. Norton & Company, 2011. 368 p.
56. PTSD Treatments & Therapies for Veterans. URL: <https://www.mentalhealth.va.gov/ptsd/treatment.asp> (дата звернення: 05.03.2026).
57. Rothbaum B. O. Prolonged Exposure Therapy for PTSD. Oxford University Press, 2019. 240 p.
58. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures. Guilford Press, 2017. 580 p.
59. Van der Hart O., Nijenhuis E. R. S., Steele K. The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. New York : W. W. Norton & Company, 2006. 448 p.
60. World Health Organization (WHO). Guidelines on mental health at work and interventions for workers exposed to extreme stressors. Geneva : WHO, 2023. 124 p.

Додатки

Додаток А.

Термінологічний словник

Бойовий стрес — сукупність фізіологічних та психоемоційних реакцій організму, що виникають під впливом екстремальних факторів бойової обстановки (загроза життю, вид загибелі побратимів, фізичне виснаження). У клінічному контексті розглядається як пусковий механізм дезадаптації, що при відсутності своєчасної корекції трансформується у бойову психічну травму.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР, F43.1) — відстрочена або затяжна реакція на стресову подію винятково загрозливого характеру. Клінічно характеризується тріадою симптомів: 1) повторне переживання травми (інтрузії, флешбеки); 2) уникнення стимулів, пов'язаних із травмою; 3) стійке підвищення рівня психофізіологічного збудження (гіперзбудження).

Психоемоційна кінезіологія — інтегративний напрям психокорекції, що базується на холістичному підході до здоров'я людини (єдність тіла, емоцій та ментальної сфери). Метод використовує мануальне м'язове тестування як інструмент біологічного зворотного зв'язку (Biofeedback) для діагностики неусвідомлюваних стресових тригерів та корекції дисбалансу нервової системи. У контексті даної роботи кінезіологія розглядається як метод доступу до «тілесної пам'яті» травми, що дозволяє працювати з емоційним стресом без необхідності вербалізації травматичного досвіду.

Коморбідність — одночасне співіснування у пацієнта двох або більше захворювань чи розладів, які патогенетично пов'язані між собою. У дослідженні акцентується увага на коморбідності ПТСР із тривожно-депресивними розладами та органічними ураженнями ЦНС (наслідками контузій).

Інтрузивна симптоматика (Флешбеки) — мимовільні, нав'язливі, яскраві спогади про травматичну подію, що виникають раптово і супроводжуються почуттям, ніби подія відбувається «тут і зараз». Характеризуються дисоціацією (втратою контакту з реальністю) та вираженою вегетативною реакцією.

Моральна травма — специфічний психологічний стан, що виникає внаслідок дії або бездіяльності, які порушують глибокі моральні переконання та етичні цінності особистості. Клінічно проявляється через руйнівне почуття провини («вина вціпілого»), сорому, втрату довіри до командування або суспільства та екзистенційну кризу.

Клініко-психологічна реабілітація — система медико-психологічних заходів, спрямованих на відновлення порушених психічних функцій, особистісного та соціального статусу військовослужбовців. В умовах стаціонару включає фармакотерапію, психотерапію та заходи соціальної реінтеграції.

Резистентність до терапії — стан, при якому стандартні протоколи лікування не призводять до очікуваного покращення стану пацієнта. У роботі з військовими резистентність часто зумовлена високим рівнем недовіри, стигматизацією психологічної допомоги та наявністю вторинної вигоди від симптомів.

Десенсибілізація — процес зниження емоційної чутливості та реактивності до травматичних спогадів або тригерів. У роботі досягається методами EMDR (рухи очей), експозиційної терапії та кінезіологічних технік розсіювання стресу.

Додаток Б.**Опитувальник для самодіагностики ПТСР (PCL-5)**

Інструкція: Нижче наведено перелік проблем, які іноді виникають у людей після пережитого стресового досвіду. Будь ласка, уважно прочитайте кожен пункт та вкажіть, наскільки вона турбувала вас протягом останнього місяця.

Оцініть кожне твердження за шкалою від 0 до 4, де:

- 0 — Зовсім ні
- 1 — Трохи
- 2 — Помірно
- 3 — Сильно
- 4 — Дуже сильно

№	Протягом останнього місяця наскільки вас турбували:	Бали (0-4)
1	Повторювані, небажані та тривожні спогади про стресову подію?	
2	Повторювані тривожні сни про стресову подію?	
3	Раптове відчуття або дії, ніби стресова подія відбувається знову (флешбеки)?	
4	Сильний емоційний стрес, коли щось нагадувало вам про подію?	
5	Сильні фізичні реакції (серцебиття, пітливість), коли щось нагадувало про подію?	
6	Уникнення думок або почуттів, пов'язаних зі стресовою подією?	
7	Уникнення зовнішніх нагадувань (людей, місць, розмов, об'єктів) про подію?	
8	Проблеми із запам'ятовуванням важливих частин стресової події?	
9	Сильні негативні переконання про себе, інших або світ (напр., «я поганий», «світ небезпечний»)?	
10	Почуття провини або самозвинувачення через те, що сталося?	
11	Постійні негативні емоції (страх, жах, гнів, сором)?	

№	Протягом останнього місяця наскільки вас турбували:	Бали (0-4)
12	Втрата інтересу до занять, які раніше вам подобалися?	
13	Відчуття відстороненості або відчуженості від інших людей?	
14	Нездатність відчувати позитивні емоції (щастя, любов)?	
15	Дратівливість, спалахи гніву або агресивна поведінка?	
16	Ризикована або саморуйнівна поведінка?	
17	Стан «надпильності», постійне очікування небезпеки?	
18	Надмірна переляканість при раптових звуках або рухах?	
19	Проблеми з концентрацією уваги?	
20	Труднощі із засинанням або переривчастий сон?	

Інтерпретація результатів: Максимальна кількість балів: 80.

Клінічно значущий рівень (наявність симптомів ПТСР): 31-33 бали і вище.

Оцінка за кластерами:

Кластер В (пп. 1-5): Симптоми повторного переживання.

Кластер С (пп. 6-7): Уникнення.

Кластер D (пп. 8-14): Негативні зміни в когнітивній сфері та настрої.

Кластер Е (пп. 15-20): Гіперзбудливість та реактивність.

ДОДАТОК В. Методична інструкція з виконання вправ психоемоційної кінезіології для стабілізації вегетативного стану

Дані вправи рекомендовані для щоденного використання військовослужбовцями як інструмент швидкої самопомоги при відчутті надмірної тривоги, панічних атаках або інтрузивних спогадах.

1. Вправа «Гак Кука» (інтеграція півкуль)

Мета: Синхронізація роботи лівої та правої півкуль мозку, зниження активності амігдали, вихід зі стану дисоціації.

Алгоритм виконання:

1. Схрестіть щиколотки (якщо сидите або стоїте).
2. Витягніть руки перед собою, схрестіть зап'ястя (долонями одна до одної), зчепіть пальці в «замок».
3. Виверніть зчеплені руки всередину до грудей.
4. Притисніть язик до піднебіння (за верхніми зубами).
5. Заплющте очі та дихайте глибоко протягом 2-3 хвилин, концентруючись на ритмі дихання.

2. Вправа «Лобно-потилична корекція» (перемикання кровотоку)

Мета: Відтік крові від потиличних часток (центрів страху) до префронтальної кори (центрів логічного аналізу), зняття гострої емоційної напруги.

Алгоритм виконання:

1. Покладіть одну долоню на лоб (над бровами).
2. Другу долоню покладіть на потилицю.
3. Утримуйте руки в такому положенні 3-5 хвилин.
4. Під час утримання можна уявляти ситуацію, що турбує, або просто спостерігати за пульсацією під долонями. Коли відчуєте полегшення або глибокий вдих — вправу можна завершувати.

3. Вправа «Кнопки мозку» (активація уваги)

Мета: Покращення кровопостачання головного мозку, відновлення концентрації після контузій.

Алгоритм виконання:

1. Покладіть одну руку на пупок (фіксація центру ваги).
2. Другою рукою (великим та вказівним пальцями) активно масажуйте точки під ключицями, з обох боків від грудини.
3. Продовжуйте масаж 1 хвилину, потім поміняйте руки.

ДОДАТОК Г

Опитувальник ознак моральної травми (адаптація MISS-M-LF)

Інструкція: Нижче наведені твердження, що стосуються ваших переконань та почуттів, пов'язаних із досвідом під час військової служби. Будь ласка, вкажіть рівень вашої згоди з кожним твердженням за шкалою від 1 до 10, де:

1 — Категорично не згоден 10 — Повністю згоден

№	Твердження	Бали (1-10)
1	Я відчуваю провину через те, що я робив або чого не зміг зробити під час бойових дій.	
2	Деякі речі, які я бачив або пережив, змусили мене втратити віру в людяність.	
3	Я відчуваю сором за свою поведінку під час певних подій на службі.	
4	Я відчуваю себе зрадженим людьми, яким я колись довіряв (командирами, побратимами, суспільством).	
5	Я не можу вибачити собі те, що сталося.	
6	Світ здається мені несправедливим і небезпечним місцем після того, що я побачив.	
7	Я відчуваю, що більше не є тією хорошою людиною, якою був до війни.	
8	Я часто відчуваю гнів через те, що те, як зі мною вчинили, було аморальним.	
9	Мої релігійні чи духовні переконання сильно похитнулися або зруйнувалися.	
10	Я відчуваю, що ніхто (крім тих, хто був там) ніколи не зможе мене зрозуміти або прийняти.	

Інтерпретація результатів:

Високі бали (60-100): Свідчать про високий рівень моральної травматизації, що потребує специфічної психотерапевтичної роботи з почуттями провини, сорому та відновленням довіри.

Субшкали:

Провина/Сором: пп. 1, 3, 5, 7.

Зрада/Втрата довіри: пп. 4, 8, 10.

Духовна/Екзистенційна криза: пп. 2, 6, 9.

ДОДАТОК Д

Клінічне інтерв'ю CAPS-5

Протокол клінічного інтерв'ю CAPS-5 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5)

Мета: Верифікація діагнозу ПТСР та оцінка інтенсивності симптомів за останній місяць.

I. Визначення «Індексної події» (найбільш травматичного досвіду): *Перед початком інтерв'ю терапевт просить пацієнта ідентифікувати подію, яка зараз викликає найбільше занепокоєння.*

II. Перелік основних запитань для діагностики кластерів симптомів:

Кластер	Основне запитання інтерв'юера	Оцінка (0-4)
В: Повторне переживання	Чи траплялися у вас минулого місяця небажані спогади про [подію]? Як часто вони виникали? Наскільки вони були інтенсивними?	
	Чи снилися вам кошмари, пов'язані з цією подією? Що саме ви бачили?	
С: Уникання	Чи намагалися ви уникати думок, почуттів або розмов про [подію]? Як саме?	
	Чи уникаєте ви певних місць, людей або ситуацій, які нагадують про те, що сталося?	
Д: Зміни настрою/когніцій	Чи з'явилися у вас переконання на кшталт «світ повністю небезпечний» або «я зламаний» після події?	
	Чи відчуваєте ви відстороненість від людей або втрату здатності відчувати позитивні емоції (любов, радість)?	
Е: Гіперзбудження	Чи бували у вас спалахи гніву або дратівливості з незначних причин? Як ви це проявляли?	
	Чи перебуваєте ви постійно в стані «насторожі», ніби очікуєте на небезпеку (гіперпильність)?	

III. Шкала оцінки інтенсивності (Severity Score):

0 (Відсутній): Симптом не проявлявся.

1 (Легкий): Проявляється рідко, викликає мінімальний дискомфорт.

2 (Помірний): Виразний вплив на життя, пацієнту важко, але він справляється.

3 (Важкий): Суттєве обмеження функціонування.

4 (Екстремальний): Повна дезадаптація, неможливість виконувати повсякденні обов'язки.

IV. Висновок: *Загальний бал (сума балів по всіх 20 пунктах): _____ (Поріг клінічного ПТСР — зазвичай від 20-25 балів).*

Опитувальник якості життя (WHOQOL-BREF)

Мета: комплексна оцінка суб'єктивного сприйняття якості життя за чотирма основними сферами.

I. Структура опитувальника: Методика складається з 26 питань, які формують чотири шкали (домени):

1. Фізичне здоров'я: (енергія, сон, рухливість, здатність до праці).
2. Психологічне благополуччя: (позитивні/негативні емоції, самооцінка, когнітивні функції).
3. Соціальні відносини: (особисті стосунки, соціальна підтримка, сексуальна активність).
4. Навколишнє середовище: (безпека, фінансові ресурси, доступ до медичної допомоги, побутові умови).

II. Приклади запитань для пацієнта: *Інструкція: Оцініть наступні аспекти Вашого життя за останні два тижні за шкалою від 1 до 5.*

№	Питання	Варіанти відповідей (1–5)
1	Як Ви оцінюєте якість свого життя?	Дуже погано — Дуже добре

№	Питання	Варіанти відповідей (1–5)
3	Наскільки фізичний біль заважає Вам робити те, що Вам потрібно?	Зовсім не заважає — Постійно заважає
11	Чи достатньо у Вас енергії для повсякденного життя?	Зовсім ні — Повною мірою
15	Наскільки добре Ви можете пересуватися?	Дуже погано — Дуже добре
20	Наскільки Ви задоволені своїми особистими стосунками?	Зовсім ні — Дуже задоволений
26	Як часто Ви відчуваєте негативні почуття (сум, тривогу, депресію)?	Ніколи — Завжди

III. Обробка та інтерпретація результатів: Результати за кожною сферою підраховуються окремо шляхом підсумовування балів та їх трансформування у 100-бальну шкалу (де 100 — максимально висока якість життя).

ДОДАТОК Е**Протокол первинної клініко-психологічної консультації****військовослужбовця**

Дата: « ____ » _____ 202__ р. ПБ (або шифр):

Вік: _____

Військове звання/посада: _____ Підрозділ:

1. Скарги пацієнта (цитати):

(Звернути увагу на: порушення сну, нічні жахи, флешбеки, спалахи гніву, проблеми з концентрацією, головний біль).

2. Анамнез бойового досвіду:

Участь у бойових діях (період, напрямок): _____

Наявність поранень/контузій (ЧМТ): так / ні. Кількість: _____

Обставини отримання травми (коротко): _____

3. Клінічні спостереження (статус на момент огляду):

Зовнішній вигляд: охайний / неохайний / напружений.

Контакт: ініціативний / формальний / утруднений / ворожий.

Емоційний стан: тривожний / апатичний / лабільний / дисфоричний.

Когнітивна сфера: темп мислення (уповільнений/норма), пам'ять, увага.

Вегетативні прояви: тремор, пітливість, гіперемія, частота дихання.

4. Попередні результати експрес-діагностики:

Шкала PCL-5 (бал): _____ (норма до 33).

Шкала MISS-M-LF (моральна травма): _____ (бал).

5. Мішені психотерапевтичного впливу (пріоритети):

1. Зниження вегетативного збудження (стабілізація).

2. Робота з інтрузіями (флешбеками).

3. Опрацювання почуття провини/сорому (моральна травма).
 4. Ресурсна підтримка та соціальна реінтеграція.
6. План первинних заходів:
- Навчання технікам саморегуляції (Додаток Б).
 - EMDR-протокол стабілізації.
 - Направлення до суміжних фахівців (невролог, психіатр).

Підпис психолога: _____ / _____ /

ДОДАТОК Є

План-сітка занять тренінгу емоційної стійкості «Нейропсихологічна стійкість»

Загальний обсяг: 8 занять (по 2 заняття на тиждень). Тривалість заняття: 60–90 хвилин (з урахуванням втомлюваності при ЧМТ).

№ заняття	Тема та мета	Ключові методи та вправи
Заняття 1	Вступ та психоедукація. Розуміння впливу травми на мозок.	Лекція «Мозок у стані бою». Техніка заземлення «5-4-3-2-1».
Заняття 2	Тілесна стабілізація (Блок I). Зниження вегетативної напруги.	Вправа «Гак Кука», навчання діафрагмальному диханню.
Заняття 3	Нейроенергетична корекція. Робота з увагою та координацією.	Вправи: «Кнопки мозку», «Лобно-потилична корекція» (Додаток В).
Заняття 4	Створення ресурсного стану (Блок II). Робота з інтрузіями.	Техніка «Безпечне місце», вправа «Метелик» (білатеральна стимуляція).
Заняття 5	Контейнування емоцій. Управління тривогою та гнівом.	Техніка «Сейф» (EMDR), вправа на розслаблення щелепи (кінезіологія).
Заняття 6	Когнітивна переробка (Блок III). Робота з переконаннями.	Робота з протоколом КПТ: «Думка — Емоція — Тілесна реакція».
Заняття 7	Трансформація моральної травми. Робота з провинною.	Робота з «Карткою провини» (диференціація реальної та уявної провини).
Заняття 8	Завершення та планування майбутнього. Реінтеграція.	Створення індивідуальної «Аптечки самопомоги», фінальна діагностика.

*план може адаптуватися залежно від стану пацієнтів (наприклад, для пацієнтів із важкими наслідками контузій перші три заняття можуть бути розширені).

ДОДАТОК Ж

Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS)

Інструкція: Прочитайте кожне твердження та позначте відповідь, яка найбільш точно відповідає вашому стану протягом останнього тижня. Не роздумуйте довго над кожним запитанням, ваша перша реакція буде найбільш точною.

№	Твердження	Варіанти відповіді (бали)
1	Я відчуваю напруженість, мені не по собі	3 – постійно; 2 – часто; 1 – час від часу; 0 – зовсім ні
2	Те, що раніше приносило мені задоволення, і зараз приносить мені таке ж задоволення	0 – точно так; 1 – не зовсім так; 2 – лише частково; 3 – зовсім ні
3	Мені страшно, ніби щось жахливе має статися	3 – дуже сильно; 2 – сильно, але не страшно; 1 – не дуже сильно; 0 – ні
4	Я можу сміятися і бачити смішне в подіях	0 – часто; 1 – зараз не так часто; 2 – рідко; 3 – зовсім ні
5	Неспокійні думки крутяться у мене в голові	3 – постійно; 2 – більшу частину часу; 1 – час від часу; 0 – рідко
6	Я відчуваю бадьорість	3 – зовсім ні; 2 – дуже рідко; 1 – іноді; 0 – часто
7	Я можу спокійно сидіти і почуватися розслабленим	0 – точно так; 1 – зазвичай так; 2 – рідко; 3 – зовсім ні
8	Мені здається, що я став робити все дуже повільно	3 – майже постійно; 2 – часто; 1 – іноді; 0 – зовсім ні
9	Я відчуваю внутрішнє тремтіння або страх	0 – ні; 1 – іноді; 2 – часто; 3 – дуже часто
10	Я не стежу за своєю зовнішністю	3 – точно так; 2 – не так, як раніше; 1 – можливо, менше; 0 – стежу так само
11	Я відчуваю непосидючість, мені потрібно постійно рухатися	3 – постійно; 2 – часто; 1 – не часто; 0 – ні
12	Я чекаю на щось приємне в майбутньому	0 – так само; 1 – менше, ніж раніше; 2 – значно менше; 3 – зовсім ні

№	Твердження	Варіанти відповіді (бали)
13	У мене буває раптове відчуття паніки	3 – дуже часто; 2 – часто; 1 – не часто; 0 – ні
14	Я можу отримати задоволення від гарної книги, радіо- чи телепередачі	0 – часто; 1 – іноді; 2 – рідко; 3 – зовсім ні

Обробка результатів:

- Підшкала Тривоги (Т): непарні пункти (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13).
- Підшкала Депресії (Д): парні пункти (2, 4, 6, 8, 10, 12, 14).

Інтерпретація балів (по кожній підшкалі):

- 0–7 балів: норма (відсутність симптомів).
- 8–10 балів: субклінічно виражена тривога/депресія.
- 11 балів і більше: клінічно виражена тривога/депресія.

ДОДАТОК 3

Шкала психологічної стійкості (RS-14)

Інструкція: Будь ласка, прочитайте кожне твердження. Оцініть, наскільки ви згодні з ним, виходячи з вашого поточного стану, за шкалою від 1 до 7, де:

- 1 — Категорично не згоден
- 2 — Не згоден
- 3 — Скоріше не згоден
- 4 — Не впевнений / Нейтрально
- 5 — Скоріше згоден
- 6 — Згоден
- 7 — Повністю згоден

№	Твердження	Бали (1-7)
1	Коли я щось планую, я зазвичай це виконую.	
2	Я зазвичай якимось справляюся з труднощами.	
3	Я можу змусити себе робити те, що потрібно, навіть якщо не хочу.	
4	Я пишаюся своїми досягненнями в житті.	
5	Зазвичай я спокійно приймаю неприємності.	
6	Я відчуваю, що можу покластися на себе у важких ситуаціях.	
7	Моє життя має сенс.	
8	Я вірю в те, що можу знайти вихід із більшості ситуацій.	
9	Я здатний пережити важкі часи, тому що раніше мені це вже вдавалося.	
10	Я маю достатньо енергії, щоб робити те, що мені необхідно.	
11	Я можу знайти в собі сили сміятися, навіть коли мені важко.	
12	Я відчуваю, що маю достатньо внутрішніх ресурсів, щоб справлятися з проблемами.	
13	У важких ситуаціях я зазвичай знаходжу те, на чому можна зосередитись.	
14	Навіть коли все йде не так, я зазвичай вірю, що все налагодиться.	

Інтерпретація результатів:

- 14–56 балів: Дуже низька або низька стійкість.
- 57–73 бали: Помірна стійкість.
- 74–98 балів: Висока стійкість.

ДОДАТОК К

Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій (MoCA)

Призначення: Швидкий скринінг для виявлення когнітивних порушень (увага, концентрація, виконавчі функції, пам'ять, мова, зорово-конструктивні навички, абстрактне мислення, розрахунок та орієнтація).

Основні блоки оцінювання:

1. Зорово-конструктивні / виконавчі навички: (З'єднання точок цифра-літера, копіювання куба, малювання годинника).
2. Називання: (Впізнавання тварин за малюнками).
3. Пам'ять: (Запам'ятовування списку з 5 слів).
4. Увага: (Прямий та зворотний цифровий ряд, реакція на певний сигнал, серійне віднімання «100 – 7»).
5. Мовлення: (Повторення складних речень, швидкість називання слів на певну літеру).
6. Абстракція: (Пошук спільних ознак між предметами).
7. Орієнтація: (Число, місяць, рік, день тижня, місце, місто).

Оцінювання:

- Максимальна кількість балів: 30.
- 26 балів і більше: норма.
- Менше 26 балів: наявність когнітивного зниження.

Додаток Л.

Експрес-скринінг посттравматичного стресового розладу (PC-PTSD) (За методичним посібником НДЦ ГП ЗСУ, 2016 [16]) Протокол PC-PTSD, який використовується в системі ЗСУ для швидкої первинної оцінки. Він ідеально доповнює об'ємний опитувальник PCL-5, дозволяючи провести експрес-діагностику.

Інструкція: У Вашому житті могли бути події, які були настільки жахливими або тривожними, що протягом останнього місяця Ви:

№	Питання	Відповідь (Так / Ні)
1	Мали кошмари про цю подію або думали про неї, коли Ви цього не хотіли?	
2	Дуже намагалися не думати про цю подію або намагалися уникати ситуацій, які нагадували про неї?	
3	Постійно були напеготові, насторожі або Вас легко було налякати?	
4	Відчували заціпеніння або відстороненість від інших людей, діяльності або Вашого оточення?	

Обробка результатів:

Підраховується загальна кількість відповідей «Так».

Результат у 3 або 4 бали вважається позитивним результатом скринінгу, що вказує на високу ймовірність наявності ПТСР.

Клінічне значення: Позитивний результат скринінгу не є остаточним діагнозом, проте є підставою для негайного проведення поглибленого діагностичного інтерв'ю та залучення військовослужбовця до програми клініко-психологічної реабілітації (згідно з трифазною моделлю, описаною в Розділі 3).

Додаток М

Апробація



БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ОСВІТИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ» НАПН УКРАЇНИ

КАФЕДРА ПЕДАГОГІКИ, ПСИХОЛОГІЇ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ

ОСВІТА ТА КАР'ЄРА

МІЖНАРОДНА ОНЛАЙН ВИСТАВКА «ОСВІТА ТА КАР'ЄРА – 2026»

СЕРТИФІКАТ

№ 00-01/0019

ЗАСВІДЧУЄ, ЩО

Ольга ГУНЯ

ВІЗЯЛА УЧАСТЬ У СТУДЕНТСЬКОМУ ОСВІТНЬОМУ ФОРУМІ

«АКАДЕМІЧНА ДОБРОЧЕСНІСТЬ: ВІД ЗАКОНОДАВЧИХ ВИМОГ ДО ЕТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ ОСВІТНЬОЇ ДІЯЛЬНОСТІ»,
ЩО ВІДБУВСЯ 24 КВІТНЯ 2026 РОКУ В РАМКАХ МІЖНАРОДНОЇ ОНЛАЙН-ВИСТАВКИ «ОСВІТА ТА КАР'ЄРА – 2026»

КІЛЬКІСТЬ ГОДИН/КРЕДИТІВ ЄКТС: 6 ГОДИН/ 0,2 КРЕДИТИ

ДИРЕКТОРКА БІЛОЦЕРКІВСЬКОГО ІНСТИТУТУ неперервної професійної освіти

ВІКТОРІЯ СИДОРЕНКО

ЛІЦЕНЗІЯ: РІШЕННЯ МАК ВІД 17.02.1994, ПРОТОКОЛ NO9 (ВПЕРШЕ), НАКАЗ МІНІСТЕРСТВА ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ ВІД 15.11.2016 NO1492Л (ПЕРЕОФОРМЛЕННЯ)

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ПІДХОДИ ДО РОЗУМІННЯ БОЙОВОГО СТРЕСУ ТА ЙОГО ВПЛИВІВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Гуня О.М., здобувачка вищої освіти 2 курсу магістратури Білоцерківського інституту неперервної професійної освіти ДЗВО «Університет менеджменту освіти» НАПН України, лікар-невролог

У сучасних умовах гібридної війни проблема бойового стресу виходить за межі суто клінічного дискурсу, оскільки бойовий стрес розглядається не лише як сукупність психофізіологічних реакцій на екстремальні чинники, а як складний деструктивний процес, що трансформує також і ціннісно-смыслову вертикаль особистості та функціональну стабільність військових колективів.

Метою даного дослідження є теоретичний аналіз методологічних підходів до вивчення бойового стресу та механізмів його деструктивного впливу на психічне здоров'я військовослужбовців.

Бойовий стрес за динамікою прояву є гострим чи відтермінованим або кумулятивним. Проведене практичне дослідження підтверджує, що тривала дія стресорів (загроза життю, депривація сну, сенсорне перевантаження) призводить до специфічних змін у психічному здоров'ї у когнітивній сфері, емоційній сфері (емоційне заціпеніння або гіперзбудливість), на соціально-психологічному рівні через деформацію комунікативних зв'язків у підрозділі та утруднення подальшої реадптації до цивільного життя.

Тому вибудовані відповідно до рівнів впливу бойового стресу на особистість – класичні відповідні підходи до досліджень та реабілітації військовослужбовців з бойовим стресом: психо-фізіологічний, системно-діяльнісний, екзистенційно-психологічний.

Психофізіологічний підхід фокусується на мобілізації адаптаційних ресурсів організму (концепція Г. Сельє) та виснаженні симпато-адреналової системи. Психічні процеси та фізіологічні реакції розглядаються як нерозривна єдність і бойовий стрес тут трактується як стан «граничної напруги», інтенсивна, багаторівнева реакція організму, що призводить до соматизації та когнітивного зниження (Г. Сельє про загальний адаптаційний синдром (ЗАС)) [2]. З точки зору психофізіології, розвиток бойового стресу проходить три ключові стадії: стадію тривоги (моментальна мобілізація захисних сил, активація симпатичної нервової системи, всі ресурси організму спрямовані на виживання); на стадії резистентності (опору) організм намагається адаптуватися до тривалої загрози (у крові підвищується рівень кортизолу, військовослужбовець може перебувати у стані надвисокої працездатності, проте це відбувається за рахунок експлуатації глибинних резервів); на стадії виснаження при тривалому перебуванні в зоні бойових дій без належної ротації адаптаційні ресурси вичерпуються, що призводить до десинхронізації біологічних ритмів та психосоматичних розладів.

Тривалий бойовий стрес веде до стійкого впливу на психічне здоров'я та соматизацію – зміни у роботі лімбічної системи та префронтальної кори. Психофізіологічними наслідками є порушення фази глибокого сну що унеможлиблює психічне відновлення, відбуваються вегетативні дисфункції, які стають хронічними. Поглиблюється когнітивний дефіцит, знижується обсяг короткочасної пам'яті та труднощі з концентрацією уваги, що підтверджується скринінговими тестами (зокрема МоСА-тестом при проведенні нашого дослідження на військових в стаціонарі).

В межах психофізіологічного підходу реабілітація не може бути лише «розмовною терапією». Вона повинна включати: методи біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ), м'язову релаксацію, фармакологічну підтримку.

Наступний, - *системно-діяльнісний підхід* розглядає бойову діяльність як специфічну систему, де стрес є результатом невідповідності між об'єктивними вимогами середовища та внутрішніми ресурсами суб'єкта, і є одним із фундаментальних у вітчизняній та світовій психології. Він розглядає бойову діяльність як специфічну, екстремальну форму активності людини. Бойовий стрес тут не просто як біологічна реакція, а як динамічний процес дезорганізації складної системи «Особистість – Діяльність – Середовище».

Основна ідея полягає в тому, що психіка людини формується, проявляється та трансформується саме в діяльності. Відтак, бойова травма розглядається як результат руйнування звичних алгоритмів діяльності та неможливості реалізувати життєво важливі цілі у звичний спосіб.

Бойова діяльність характеризується високою ціною помилки, дефіцитом часу та постійною зміною умов. Системно-діяльнісний аналіз дозволяє виділити компоненти, на які впливає стрес: мотиваційно-цільовий компонент, коли стрес може призводити до «мотиваційного вакууму» або заміщення високих цілей (виконання завдання) нижчими (інстинктивне самозбереження будь-якою ціною); операційний компонент, коли під впливом стресу руйнуються автоматизовані навички, коли військовослужбовець може припускатися помилок у маніпуляціях зі зброєю або технікою; регулятивний компонент, коли порушується здатність до самоконтролю та прогнозування наслідків своїх дій.

Бойовий стрес одного бійця неминує впливає на функціонування всієї групи.

У межах системно-діяльнісного підходу реабілітація військовослужбовців повинна бути спрямована на: реінтеграцію діяльності - поступове залучення ветерана до звичних або нових видів активності, де він може знову відчути себе ефективним суб'єктом, корекцію соціальної ролі в колективі та сім'ї, допомогу у формуванні нових життєвих цілей, що дозволяють інтегрувати бойовий досвід у загальну структуру біографії особистості.

Системно-діяльнісний підхід дозволяє вийти за межі симптомів (таких як тривога чи безсоння) і побачити глибинне порушення функціонування людини як суб'єкта життя. Психологічна допомога, заснована на цьому підході, полягає не лише у «лікуванні» психіки, а у відновленні цілісної системи стосунків військовослужбовця зі світом, іншими людьми та самим собою.

Екзистенційно-психологічний підхід акцентує увагу на травматизації «Я-концепції», втраті сенсів та етичних дилеммах («моральна травма»), тут розглянутий бойовий стрес не як «збій» у роботі організму, а як екзистенційну кризу – зіткнення людини з базовими даностями буття: смертю, свободою, самотністю та безглуздя (за І. Яломом) [4]. Основним джерелом страждання тут вважається не сам факт загрози життю, а руйнування цілісної картини світу («базових ілюзій» про справедливість та безпеку світу), що призводить до глибокої внутрішньої дезорієнтації. Карл Ясперс ввів поняття «граничної ситуації» — це обставини (страждання, провина, боротьба, смерть), які людина не може змінити чи оминати і бойові дії є концентрованою формою такої ситуації. Бойовий стрес актуалізує страх небуття, що змушує особистість переоцінювати всі попередні цінності. Екзистенціальний підхід приділяє особливу увагу «провині віщого» та моральним дилеммам на війні. Складна структура вибору в бою часто веде до порушення внутрішньої етичної цілісності.

На відміну від клінічного розуміння ПТСР, екзистенційний підхід виділяє концепцію моральної травми. Це глибоке психологічне та духовне страждання, що виникає внаслідок дій (або бездіяльності), які суперечать глибоко вкоріненим моральним переконанням особистості. Стрес тут виникає не від страху за власне життя, а від усвідомлення крихкості людської моралі. Наслідком є втрата довіри до себе, до керівництва та до світу загалом, що стає основою для затяжної депресії та соціальної ізоляції.

Бойовий стрес провокує: ціннісний вакуум після повернення з фронту, де смисли були чіткими та зрозумілими, переоцінку цінностей і схильність більше до цінностей побратимства та самопожертви, ніж до традиційних чи сімейних.

Екзистенціальна реабілітація та посттравматичне зростання передбачає логотерапію у віднайденні нових життєвих цілей та інтеграції бойового досвіду в історію свого життя. Здатність знайти сенс у пережитому страдданні («навіщо я вижив?», «який сенс мого досвіду?») є вирішальним фактором виживання та зцілення (Франкл В.) [3]. Трансформацію деструктивної провини у конструктивну відповідальність (наприклад, через волонтерство або допомогу родинам загиблих) та стимулювання посттравматичного зростання допомагають реабілітуватися.

Екзистенційно-психологічний підхід дозволяє працювати з «душею» воїна, а не лише з його «реакціями». Він стверджує, що одужання можливе лише через відновлення цілісної системи цінностей та набуття нового сенсу буття.

Бойовий стрес є комплексним феноменом, що потребує інтегративного підходу до реабілітації. Теоретичне розуміння закономірностей формування стресових станів дозволяє перейти від пасивної діагностики до проактивного формування психологічної резистентності військовослужбовців. Пріоритетом залишається розробка програм, що поєднують когнітивно-поведінкову терапію, психо-емоційну кінезіологію, техніки EMDR з відновленням соціально-системних зв'язків особистості.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Коун О. М. Психологічна робота з військовослужбовцями — учасниками бойових дій : метод. посіб. Київ : НДЦ ГП ЗСУ, 2022. 256 с.
2. Сельє Г. Стрес без дистресу / пер. з англ. О. С. Тарасенка. Київ : Дух і Літера, 2019. 184 с.
3. Франкл В. Людина в пошуку справжнього сенсу. Психолог у концтаборі. Харків: Клуб Сімейного Доз-я, 2016. 160 с.
4. Ялом І. Екзистенціальна психотерапія / пер. з англ. С. А. Олійника. Київ : Альпіна, 2021. 576 с.