

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Іван Клименко

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ОСІБ ПОСТРАЖДАЛИХ
ВНАСЛІДОК ВІЙНИ В УКРАЇНІ

Монографія

Київ
Видавництво Ліра-К
2024

УДК 615.85+364.62]:355.1-058.65](477)(02)

K52

DOI: <https://doi.org/10.59647/978-617-8565-29-9/1>

Усі права застережено. Копіювання,
сканування, запис на електронні носії
і тому подібне будь-якої частини
видання заборонено

*Рекомендовано до друку вченою радою Зігмунд Фройд
Університет Україна,
(протокол № 4 від 11.12.2024)*

Рецензенти:

Карамушка Л. М. – дійсний член (академік) НАПН України, професор, доктор психологічних наук, заступник директора Інституту психології імені Г.С.Костюка НАПН України з науково-організаційної роботи та міжнародних наукових зв'язків.

Макаренко О. М. – академік міжнародної академії освіти і науки, доктор медичних наук, професор, професор кафедри медичної психології Міжрегіональної академії управління персоналом.

Расєвська Я. М. – доктор психологічних наук, професор, директор Навчально-наукового інституту психології Міжрегіональної академії управління персоналом.

Клименко І. С.

K52 Медико-психологічне забезпечення осіб постраждалих внаслідок війни в Україні : монографія. Київ : Видавництво Ліра-К, 2024. 294 с

ISBN 978-617-8565-29-9

У монографії обґрунтовано вирішення наукового завдання щодо підвищення ефективності медико-психологічного забезпечення осіб постраждалих внаслідок війни в Україні шляхом удосконалення процесу медико-психологічного супроводу.

Призначено для науковців, викладачів і студентів із медичної психології, клінічної психології та суміжних галузей.

УДК 615.85+364.62]:355.1-058.65](477)(02)

ISBN 978-617-8565-29-9

© Клименко І.С., 2024

© Видавництво Ліра-К, 2024

ЗМІСТ

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСІБ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ В УКРАЇНІ	9
1.1. Психологічні наслідки війни в Україні	9
1.2. Медичні аспекти військового стану та його вплив на психічне здоров'я	13
1.3. Роль психологів у медико-психологічному забезпеченні постраждалих	20
1.4. Теоретичні основи комплексної медико-психологічної допомоги	29
Висновки до розділу 1	36
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ.....	38
2.1. Методологія дослідження	38
2.2. Психологічний аналіз стану постраждалих.....	47
2.3. Медичний стан постраждалих	63
Висновки до розділу 2	75
РОЗДІЛ 3. РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ	78
3.1. Модель реабілітаційного центру для військовослужбовців.....	78
3.2. Протокольна модель медичної та психологічної реабілітації.....	93
3.3. Програма підвищення кваліфікації військових психологів «Клінічна психологія».....	124
3.4. Програма допомоги військовополоненим та людям з окупованих територій.....	135
3.5. Програма допомоги тимчасово внутрішньо переміщеним особам	154
3.6. Проект «Психологія та духовність» для дітей.....	163
Висновки до розділу 3	179

РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПОСТРАЖДАЛИХ	181
4.1. Групування постраждалих за психологічними та медичними критеріями	181
4.2. Розробка медико-психологічної моделі постраждалих	193
Висновки до розділу 4	208
РОЗДІЛ 5. РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ....	211
5.1. Огляд результатів емпіричного дослідження	211
5.2. Аналіз результатів констатуючого експерименту	223
5.3. Рекомендації для вдосконалення медико-психологічного забезпечення.....	230
Висновки до розділу 5	234
ВИСНОВКИ	238
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	246
ДОДАТКИ.....	270
ДОДАТОК А.....	270
ДОДАТОК Б	272
ДОДАТОК В	274
ДОДАТОК Г	275
ДОДАТОК Д	277
ДОДАТОК Е	279
ДОДАТОК Є	280
ДОДАТОК Ж	283
ДОДАТОК З.....	284
ДОДАТОК І	286
ДОДАТОК К	290
ДОДАТОК Л.....	291
ДОДАТОК М	292
ДОДАТОК Н.....	293

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВПО	Внутрішньо переміщені особи
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГТР	Генералізований тривожний розлад
ДПТ	Діалектична поведінкова терапія
ДС	Депресивний синдром
ЗСУ	Збройні сили України
КПТ	Когнітивно-поведінкова терапія
КПТСР	Комплексний посттравматичний стресовий розлад
ЛПМД	Локальні протоколи медичної допомоги
МКХ-11	Міжнародна класифікація хвороб 11-го видання
МО України	Міністерство оборони України
МОЗ України	Міністерство охорони здоров'я України
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ОКР	Обсесивно-компульсивний розлад
ПЕТ КПТ	Пролонгована експозиційна терапія – когнітивно-поведінкової терапії
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
РДУГ	Розлад дефіциту уваги та гіперактивності
СИЗС	Селективні інгібітори зворотнього захвату серотоніну
СРТ	Когнітивно-процесуальна терапія
ТВПО	Тимчасово внутрішньо переміщені особи
ТДС	Тривожно-депресивний синдромом
ТрО	Територіальна оборона
ТЦК	Територіальний центр комплектування
EMDR	Eye movement desensitization and reprocessing

ВСТУП

У сучасних умовах повномасштабної війни росії проти України спостерігається паралельне формування як індивідуальної, так і колективної травматизації, що негативно впливає на рівень як індивідуального психосоматичного, так і фізичного здоров'я. Війна, яку зараз переживає наше суспільство, створює ідеальні умови для зростання тягаря на громадське здоров'я через психічні розлади. Міжнародні дослідження у країнах, де відбувалися війни, показують, що поширеність посттравматичних стресових розладів ПТСР серед осіб, які перебували в зоні активних бойових дій (як військових, так і цивільних), зростає вдвічі і досягає 15-20%. Комплекс інтенсивних тривалих стресових чинників впливає не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, а й на їх психічну врівноваженість, світогляд та стабільність фізичного здоров'я [68, 136, 210].

Медико-психологічна реабілітація постраждалих внаслідок війни в Україні зумовлена необхідністю врахування цілісності психіки людини, яка є міжфункціональною психологічною системою. Психічні явища не існують ізольовано, а утворюють унікальний візерунок, що характеризує особистість як цілісність. Розуміння структурно-динамічних закономірностей цієї цілісності дозволяє не лише аналізувати окремі психологічні функції, але й визначати шляхи оптимізації існування людини. Особистість, як форма існування психіки, характеризується здатністю до саморозвитку, самовизначення, свідомої діяльності та саморегуляції, що є ключовими аспектами для розробки ефективних реабілітаційних програм, спрямованих на відновлення внутрішньої гармонії та психологічної стійкості [101].

У середньому, поширеність ПТСР, тривожних розладів і депресії серед військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб (ВПО), біженців і тих, хто залишився в зонах активних бойових дій та тимчасово окупованих територій, становить до 30% [14, 21]. ПТСР, депресія часто супроводжуються іншими психічними станами: 90% тих, хто пережив ПТСР та депресію, мають принаймні одне супутнє захворювання протягом життя. Найчастіше це тривожні розлади, зловживання алкоголем або залежність, інші стресові розлади та психосоматичні порушення [50, 91]. Значущими є також наслідки війни на особливо уразливе населення країни, жінок та дітей, що

підкреслює необхідність тривалого медико-психологічного забезпечення та реабілітації постраждалих родин. Перед медичною, психологічною та соціальною допомогою стоїть завдання комплексного відновлення психосоматичного та психосоціального здоров'я населення України, де реабілітація є найскладнішим і найтривалішим етапом. Ранні діагностичні та лікувальні втручання можуть знизити поширеність ПТСР серед постраждалих [9].

Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців та цивільних осіб включає комплекс заходів, спрямованих на максимально можливе відновлення здоров'я та компенсацію порушених або повністю втрачених функцій організму. Реабілітація охоплює фізичну реабілітацію, яка націлена на відновлення здорового фізичного стану та працездатності людей з соматичними захворюваннями, психіатричну реабілітацію, орієнтовану на відновлення пацієнтів з психічними розладами, наркологічну реабілітацію, яка допомагає алкоголікам, наркоманам та токсикоманам повернутися до здорового і повноцінного життя, а також реабілітацію для людей з обмеженими можливостями, розумовою відсталістю, порушеннями слуху, зору, мовлення тощо [135].

Попри існування в Україні нормативно-правових актів, що регулюють проведення реабілітації, таких як Закони України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану» від 29.07.2022 № 2494-IX [164], «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 6 жовтня 2005 р. № 2961-ІУ [165], «Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей» від 20 груд. 1991 р. № 2011-ХІІ [166]; Постанови Верховної Ради України про Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про військово-медичну доктрину України» [183]. Накази Міністра оборони України «Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України та Державної спеціальної служби транспорту [147]. Указ Президента України про «Питання розвитку національної системи фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни» [145] та положення про Уповноваженого Президента України з питань реабілітації учасників бойових дій [148]. Постанови та розпорядження Кабінету Міністрів України про «Порядок здійснення реабілітаційних заходів» [149] та постанова про «Порядок надання допомоги на проживання внутрішньо

переміщеним особам» [150], концепція державної цільової програми з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадаптації [47] та деякі питання соціальної підтримки внутрішньо переміщених осіб та інших вразливих категорій осіб [48]. Наказ Головнокомандувача Збройних Сил України про затвердження Положення про пункти психологічної допомоги у ЗСУ [167].

Загальні підходи до реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні представлені в роботах Алещенко В. І. [3], Блінов О. А. [22], Войтенко О. В, Ткачук Т. Л. [31], Коростій В. І., Поліщук В. Т., Заворотний В. І., Платинюк О. Б. [49], Михайлов Б. В. [113] та Животовська Л. В., Скрипніков А. М., Сокіл А. А., Бойко Д. І. [57, 193].

Поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та їх клінічні ознаки, принципи діагностики, розвитку і перебігу, принципи терапії та реабілітації хворих представлені у роботах Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Курило В. О., Саржевський С. Н. [154], Романюк О. О. [185], Алещенко В. І. [3], Безшейко В.Г. [15], Божко Є. О. [16], Герасименко Л. О. [41], Лагутіна С. І. [88] та дослідження ПТСР у дітей вивчала Самойлова О. В. [188].

Отже, актуальність проблеми та її недостатня теоретична розробленість зумовили вибір теми дисертаційної роботи «Медико-психологічне забезпечення осіб постраждалих в наслідок війни в Україні».

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСІБ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ В УКРАЇНІ

1.1. Психологічні наслідки війни в Україні

24 лютого 2022 року росія розпочала повномасштабне вторгнення в Україну, що призвело до широкого спектра серйозних проблем як у країні, так і на світовому рівні. Велика кількість досліджень показала, що досвід переживання таких травматичних подій, пов'язаних з загрозою власному або чужому життю, безпосередньо збільшує ризик розвитку психічних розладів: люди з прямим або непрямим контактом з війною можуть розвивати серйозні фізичні та психічні проблеми. В контексті воєнного травматизму важливо враховувати ПТСР та КПТСР як показники досвіду травми. Модель ПТСР за МКХ-11 включає шість симптомів, що вимірюють три основні елементи (кожен елемент складається з двох симптомів) [271]:

- а) переживання травми в теперішньому часі,
- б) уникнення нагадувань про травму,
- в) постійне відчуття загрози, що виявляється збільшеною активацією [273].

КПТСР складається з шести симптоматичних кластерів: три спільні з ПТСР і три, які колективно називаються «порушеннями в саморегуляції»:

- афективна дисрегуляція – афективна лабільність, надмірний гнів і намагання уникнути покинутості;
- стійкі та поширені труднощі у регулюванні емоцій, негативні переконання щодо себе та міжособистісної діяльності;
- порушені взаємини [37, 260].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [35] заявила, що в умовах збройного конфлікту, близько 10% людей, які переживають травматичні події, матимуть серйозні проблеми з психічним здоров'ям, і ще 10% розвиватимуть поведінку, яка буде перешкоджати їхньому ефективному функціонуванню. Депресія, тривога та

психосоматичні проблеми, такі як безсоння, – найбільш поширені наслідки.

Довгострокові наслідки травматичних подій для військовослужбовців є значними. Військовослужбовці по всьому світу опиняються в ситуації, коли вони можуть бути відкриті для травматичних подій, і разом із травматичним впливом виникають загальні медичні ускладнення, дисфункція в сім'ях, безробіття, вживання наркотиків та інші проблеми [90, 274].

Військова травма є узагальненим поняттям, яке включає будь-які травматичні події, пережиті людиною під час підготовки до війни або безпосередньої участі в ній [22]. Війна однаково впливає як на дорослих, так і на дітей. Згідно зі звітом Save The Children за 2022 рік [279], 468 мільйонів молодих людей у світі (тобто кожна шоста дитина) проживають у «зонах конфлікту», а 1,7 мільярда (дві третини) перебувають у країнах, які постраждали від конфліктів. За даними ЮНІСЕФ [225], діти нерідко залучаються до конфліктів як шпигуни, солдати або кухарі. В Україні, за останніми даними, 2,9 мільйона дітей потребують термінової гуманітарної допомоги, а вплив війни на їхнє психічне здоров'я є надзвичайно серйозним. Через три роки після початку війни майже 4 мільйони людей в Україні залишаються внутрішньо переміщеними, тоді як 6,3 мільйона змушені були залишити країну в пошуках захисту. Багато з них перебувають у критичному стані, стикаючись із загрозами для здоров'я, безпеки та засобів до існування.

Внаслідок війни в Україні, психологічний стан громадян викликає ряд проблем: масовість постраждалих, наростання травматичних випадків, травми дітей, недостатній рівень психологічної підтримки, нестача кваліфікованих фахівців, недостатність тривалих програм відновлення для людей з травматичним досвідом, недостатня наявність якісного обладнання та методів психодіагностики, неготовність суспільства та медичних працівників до реінтеграції військових, поляризація суспільства, завищені очікування на майбутнє після війни і найбільше вплив війни на психічне здоров'я українців додає зростання рівнів тривоги, депресії, стресу та досвіду травми (рівні ПТСР та КПТСР).

Також війна створює значні проблеми громадського здоров'я з величезними психічними наслідками. Цивільні, які постраждали від війни, мають вищий ризик розвитку психічних проблем, ніж військовослужбовці. Тривога, депресія та ПТСР є найпоширенішими

викликами для психічного здоров'я серед населення, яке постраждало від війни [267].

Тривога, депресія та ПТСР є найпоширенішими викликами для психічного здоров'я серед населення, яке постраждало від війни [267]. ПТСР було офіційно визнано і закодовано в Діагностичному і статистичному посібнику психічних розладів (DSM)-3 в 1980 році [288, 295]. Як складна і постійно розвиваюча комбінація біологічних, психологічних і соціальних факторів, вивчення та діагностика ПТСР ставить значні виклики. ПТСР характеризується негативними думками, відчуттями, спогадами про минулі травматичні події, що призводять до уникнення нагадувань, гіпервігільантності та проблем зі сном. Часто переживання події може викликати відчуття загрози так само інтенсивно, як і вихідне травмуюче переживання [41].

Травматичні події, пережиті під час війни, часто призводять до уникання ситуацій, пов'язаних із травмою, та повторного переживання цих подій. Такі спогади можуть спричинити розвиток посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Під час війни багато людей стають внутрішньо переміщеними особами (ВПО) або шукачами притулку в сусідніх країнах. Умови проживання, які суттєво відрізняються від їхніх звичних домівок, посилюють ризик розвитку тривожних і депресивних розладів серед цих груп. Примусове переселення характеризується значною невизначеністю, що спричиняє зростання тривожності, а втрати соціальної підтримки через війну ще більше погіршують цей стан.

ПТСР є психіатричним розладом, що виникає внаслідок переживання однієї або кількох травматичних подій чи навіть отримання інформації про них. Його симптоми включають:

- емоційне заціпеніння;
- порушення когнітивних функцій і пам'яті;
- дисоціацію, втрату задоволення від улюблених раніше речей;
- фізичні симптоми, такі як головний біль [240].

За даними Національного центру з ПТСР [275], близько 7% ветеранів переживають ПТСР у певний момент свого життя, порівняно з 6% цивільного населення. ПТСР є одним із найпоширеніших психічних діагнозів серед осіб, які зазнали військової сексуальної травми. Крім того, військові травми часто стають причиною розвитку тривожних і депресивних розладів.

Отже, ПТСР – це психіатричний розлад, що виникає внаслідок переживання одного або декількох травматичних подій або навіть

відомостей про них. Симптоми ПТСР включають: моцйне заціпеніння, труднощі з когніцією та пам'яттю, дисоціацію зменшення або повну відсутність задоволення від раніше улюблених речей, фізичний біль, такий як головні болі [234].

Військове середовище виступає каталізатором для виникнення та прогресування депресії. Відокремлення від близьких, втрата систем підтримки, бойові стресори та усвідомлення небезпеки для себе й інших – усі ці фактори підвищують ризик депресії серед військово-службовців, ветеранів і цивільного населення. Важка депресія проявляється через такі симптоми, як пригнічений настрій, втрата інтересу до діяльності, безсоння, зміна ваги, психомоторна затримка, виснаження, труднощі з концентрацією уваги, відчуття безнадійності та думки про самогубство. Ці прояви значно знижують здатність людини виконувати свої повсякденні обов'язки.

Тривога та депресія є типовими реакціями у постраждалих внаслідок воєнних дій. Рівень тривоги може залишатися високим, особливо якщо людина сприймає кризу як тривалу. Значні рівні тривоги та депресії зафіксовано серед молоді, яка зазнала впливу війни в Україні. Також серед студентів спостерігається зростання рівня депресії та збільшення схильності до зловживання алкоголем і наркотиками. Висока поширеність тривожних і депресивних станів характерна й для біженців та внутрішньо переміщених осіб [130, 216].

У військовій психології часто використовуються поняття «бойовий стрес» і «бойова психічна травма», які є аналогами загальних термінів «стрес» і «психотравма». Бойовий стрес визначається як сукупність станів, які виникають у військовослужбовців під час адаптації до бойових умов, що супроводжуються ризиком для життя та важливих цінностей [219]. Натомість бойова психічна травма – це інтенсивні емоційні переживання, які виникають через короточасний або тривалий вплив психотравматичних факторів у бойових ситуаціях і можуть призводити до порушень психічного стану та руйнування психологічних механізмів [177].

Стрес є природною реакцією організму на серйозні зовнішні загрози. Війна в Україні спричинила значне підвищення рівня стресу серед постраждалих. Реакції на травматичні події можуть бути як гострими, так і хронічними. Гострий стрес проявляється інтенсивними емоційними реакціями протягом місяця після травматичної події. Водночас окремі люди можуть залишатися в стані підвищеного ризику тривалого дистресу. Постійний вплив стресових подій

може спричинити важкі психічні розлади, такі як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Експозиція насильству, втрати близьких та друзів негативно впливають на психічне здоров'я як військовослужбовців, так і цивільного населення.

Отже, психологічні наслідки війни в Україні є серйозною проблемою, яка впливає на психічне здоров'я громадян країни. Дослідження показують, що експозиція війни може призвести до підвищених рівнів тривожності, депресії, стресу та травматичних розладів серед населення. Порівняно з військовими, цивільні особи, особливо ті, хто опинився безпосередньо в зоні конфлікту, мають вищий ризик розвитку психічних проблем. Значні травматичні досвіди, такі як переміщення населення, страх та втрата рідних і близьких, можуть викликати серйозні наслідки для ментального здоров'я. Для ефективного розв'язання цих проблем необхідні комплексні підходи, які враховують особливості кожного індивіда та його потреби в психологічній підтримці та лікуванні.

1.2. Медичні аспекти військового стану та його вплив на психічне здоров'я

Однією з ключових медичних аспектів воєнного стану є фізичні травми, які можуть виникати внаслідок бойових дій або нещасних випадків під час служби. Ці травми включають поранення, контузії, опіки та інші види травм, які можуть мати серйозний вплив на фізичне та психічне здоров'я військовослужбовців та цивільних осіб.

Воєнний стан часто супроводжується розповсюдженням психологічних проблем, таких як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресія, тривожні розлади та інші порушення. Ці стани виникають унаслідок стресу, спричиненого бойовими діями, вимушеним відокремленням від близьких, а також іншими факторами, пов'язаними зі службою чи впливом війни на цивільне населення [71].

Для підтримки психічного здоров'я постраждалих надзвичайно важливо забезпечити доступ до якісної медичної та психологічної допомоги. Це охоплює психологічне консультування, психотерапію, групову підтримку та лікування психічних розладів.

Розробка та впровадження стратегій розв'язання проблем психічного здоров'я та психосоціальної підтримки мають здійснюватися як у фазі готовності до надзвичайної ситуації, так і після її гострої фази (комплексне реагування). Система мінімального реагування

служить базисом для надання повноцінної підтримки особам, які постраждали внаслідок війни в Україні [89, 110].

Медико-психологічна допомога – це область практичного застосування психології та медицини, орієнтована на підвищення медико-психологічної компетентності, на розширення психологічних можливостей людей і надання медико-психологічної допомоги та медико-психологічної підтримки як окремій людині, так і сім'ї, групі людей чи організації [219].

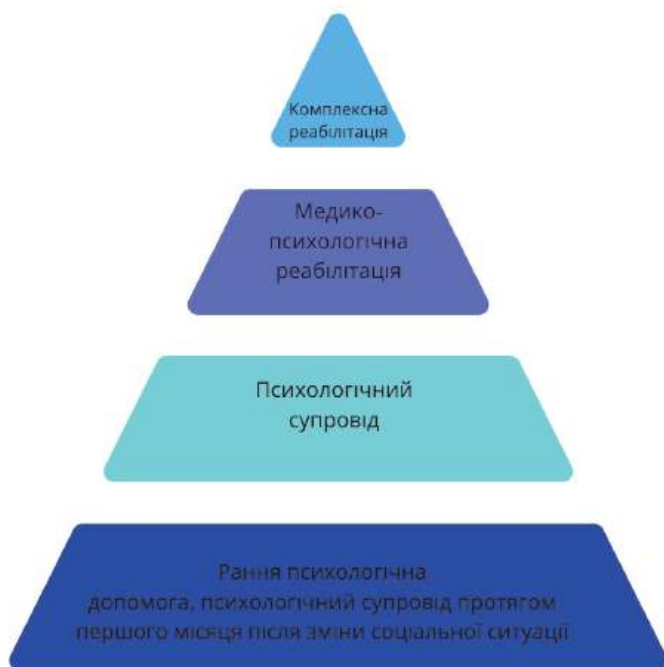


Рис. 1.1. Психічне здоров'я та медико-психологічна підтримки на етапі комплексного реагування після гострої фази надзвичайної ситуації

Крім того, важливо надавати військовослужбовцям інформацію та навички зі стресового менеджменту та самопомоги, щоб вони могли ефективно керувати своїм психічним станом під час служби та після неї. Також потрібно забезпечити систему підтримки та ресурси для тих, хто потребує додаткової допомоги або лікування.

Відомості, отримані з попередніх досліджень та досвіду інших країн, що постраждали від збройних конфліктів, свідчать про те, що принаймні одна з п'яти осіб може мати негативні наслідки для свого психічного здоров'я, а кожна десята може відчувати ці наслідки на серйозному або навіть важкому рівні [34].

Наслідки війни негативно впливають на психічне здоров'я і можуть проявлятися навіть через тривалий час, створюючи додатковий тиск на систему охорони здоров'я:

- психічні розлади здатні сприяти виникненню таких захворювань, як серцево-судинні хвороби, діабет, артрит, астма й онкологічні патології;

- вони також погіршують результати лікування хронічних хвороб та підвищують смертність від онкологічних захворювань;

- понад половина осіб із психічними розладами страждають на розлади сну, що нерідко призводить до захворювань дихальних органів;

- люди з психічними розладами частіше курять, важче відмовляються від цієї звички та загалом споживають більше тютюну;

- психічні розлади знижують частоту звернень до лікарів, увагу до власного здоров'я та проходження рутинних обстежень, що ускладнює діагностику та лікування захворювань;

- ризик смерті від раку серед осіб із депресією зростає на 50%, а від серцевих хвороб – на 67%;

- у пацієнтів із ПТСР частіше спостерігаються гіпертонія, стенокардія, тахікардія, інші серцеві хвороби, виразкова хвороба шлунка, гастрит і артрит. Крім того, ПТСР може провокувати ризиковану поведінку, що призводить до зловживання алкоголем, наркотиками чи інших деструктивних дій із відповідними наслідками;

- у випадках тяжких пережитих травм окремі ризики для здоров'я можуть виникати на 10-15 років раніше, ніж це спостерігається в загальній популяції [34].

Бойовий стрес та бойова психічна травма зазвичай виникають у ситуаціях відчуття безпорадності, безсилля та відчуття втрати надії. Ці стани часто ускладнюються черепно-мозковими травмами, контузіями, пораненнями, соматичними захворюваннями та іншими причинами. Згідно з даними Центру досліджень мозку (США, Колорадо), черепно-мозкова травма і ПТСР мають дуже схожі симптоми [218, 289]. Важливо пам'ятати про це, надаючи допомогу військовослужбовцям та цивільним особам які постраждали внаслідок війни в Україні.

Люди, які мають довготривалий стрес, ПТСР та інші розлади, пов'язані з пережитими травматичними подіями, можуть розвивати посттравматичний кризовий стан. Цей стан характеризується почуттям тривоги різного ступеня інтенсивності, фіксацією на травматичних подіях, відчуттям безпорадності і відчаю, песимістичною оцінкою себе, поточної ситуації і майбутнього, а також утрудненням у плануванні дій (див. табл.1.1).

Військовослужбовці, особи з тимчасово окупованих територій та ВПО, які мають досвід психотравм, реагують по-різному на кризові, травматичні та стресові події і відмінно пристосовуються до нових умов життя. Тому допомога в кожному конкретному випадку має свої особливості [288].

Таблиця 1.1.

Реакції на травматичні події

Фізичні	Когнітивні	Емоційні	Поведінкові
Проблеми з диханням; запаморочення; підвищення кров'яного тиску; втрата свідомості; втома; скреготіння зубів; головний біль; тремтіння.	Звинувачування інших; збільшена або надмірна тривожність; розгубленість; підвищена пильність; зміни в усвідомленні реальності, що можуть бути або збільшені, або зменшені.	Підвищена активність; стан тривоги; відчуття незручності; відкидання (заперечення); почуття пригніченості; емоційний шок; почуття страху.	Надмірне вживання алкоголю; несоціальна поведінка; зміни в активності; зміни в спілкуванні; зміни в сексуальній активності; зміни в мовленні.
Дискомфорт у шлунку; біль; інтенсивне потовиділення; прискорене серцебиття; тремор; втомленість.	Напливи нав'язливих думок; проблеми з пам'яттю; нічні кошмари; погіршене абстрактне мислення; погіршена увага; складнощі з концентрацією; важкість у прийнятті рішень; проблеми з розв'язанням проблем.	Почуття надмірного навантаження; туга; відчуття вини; надмірна емоційна реакція; роздратованість; втрата емоційного контролю.	Емоційні вибухи; неможливість заспокоїтися; зміни в апетиті; безцільне ходіння туди-сюди; збільшення старт-рефлексу (здригання); підозрілість; відчуження від соціуму (ізоляція).

Один з принципів психологічної допомоги під час комплексного реагування, як і на етапі мінімального реагування, а також у системі психологічної реабілітації, полягає в багаторівневості. Кожен рівень, на якому надається психологічна допомога, передбачає конкретні вимоги до місця надання, до підготовки фахівців, які її надають, а також до реалізації різноманітних заходів та форм психологічної підтримки, що залежать від соціальної ситуації, потреб та стану постраждалих осіб [209].

Важливо відзначити, що такі види психологічної допомоги, як психологічна підтримка, інформування, психологічна просвіта (психоосвіта) та психологічна діагностика, застосовуються на всіх рівнях, змінюючи лише свій зміст. Таким чином, психологічне консультування, яке є основною формою роботи на другому рівні, також проводиться на третьому та четвертому рівнях, тоді як психотерапевтична допомога надається на третьому і четвертому рівнях [51].

На першому рівні надається рання психологічна допомога протягом першого місяця після травматичної події, що триває від 4 до 30 днів. Якщо у людини спостерігаються симптоми гострого стресового розладу, вона може потребувати психотерапевтичної допомоги. Заходи на цьому рівні спрямовані на: стабілізацію психічного стану; відновлення попереднього рівня функціонування; запобігання розладам адаптації; виявлення осіб, які потребують психологічної допомоги на інших рівнях.

Форми психологічної допомоги на першому рівні включають [169]:

- психодіагностика;
- медико-психологічна діагностика;
- психологічна підтримка;
- психологічна просвіта (психоедукація) для постраждалих та їх родин [104].

Інформування щодо специфіки поточної медико-психологічної ситуації, можливостей спільноти, включаючи доступ до психосоціальної підтримки, психологічної, психотерапевтичної та комплексної медико-психологічної допомоги, а також про існування та роботу цільових груп підтримки та/або взаємодопомоги (як у місцях проживання, так і в соціальних мережах), є обов'язковим для військовослужбовців, цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні та їхніх родин.

Психологічна реабілітація військовослужбовців та цивільних осіб, що пережили травму або вплив травматичної події

забезпечується для всіх, хто брав участь у війні або екстремальній ситуації (працівників силових структур, медичного персоналу, рятувальників, психологів, соціальних працівників тощо), а також для всіх, хто постраждав від травматичного впливу (мешканців зон бойових дій, родин загиблих тощо) у перший місяць після зміни соціальної ситуації (повернення до мирного життя для військовослужбовців, переїзд для ВПО, отримання звістки про загибель чи пропажу безвісти члена сім'ї, діагноз небезпечної для життя хвороби чи інвалідності тощо) [110, 139]. Заходи спрямовані на психологічну підтримку постраждалих осіб та їхніх родин та мають на меті допомогу у процесі адаптації та реадaptaції до нових соціальних умов, стимулювання відповідального ставлення до власного здоров'я та родини, сприяння формуванню активної соціальної позиції, розв'язання психологічних проблем, аналіз отриманого досвіду у складних ситуаціях та підтримку після кризи [29, 292].

Форми психологічної підтримки включають: психологічну підтримку, медичну підтримку, надання інформації, психологічну просвіту (психоосвіту), медико-психологічну діагностику, індивідуальну медико-психологічну консультацію, сімейну медико-психологічну консультацію, групову медико-психологічну консультацію та групову роботу [87, 195].

Психологічне консультування – це форма психологічної допомоги, спрямована на вирішення проблемних ситуацій, розвиток особистості та покращення міжособистісних відносин [105, 178].

Групову роботу – це проведення психологічних тренінгів та сесій підтримки, які базуються на стандартизованих методиках. Вона спрямована на безпечне саморозкриття учасників, активізацію їхнього власного досвіду та пошук шляхів розв'язання психологічних проблем. Групову роботу також сприяє самопізнання та саморозвитку, засвоєнню нової інформації та розвитку комунікативних і поведінкових стратегій [43, 101].

Психологічний супровід проводиться відповідно до запитів осіб, що пережили травму, та враховує їхню соціальну ситуацію. Важливою є також участь у програмах групової підтримки або взаємодопомоги, де учасники спілкуються на рівних з рівними. Для успішної реалізації таких заходів необхідні внутрішні та зовнішні ресурси, а також мотивація співпраці з психологом чи соціальним працівником.

Медико-психологічна реабілітація для тих, хто пережив травму – це система заходів, спрямованих на відновлення або корекцію медико-

психологічних функцій, якостей, станів та властивостей постраждалих від травматичних подій. Ці заходи також створюють сприятливі умови для розвитку та задоволення особистісних потреб [117].

Мета заходів медико-психологічної реабілітації включає відновлення або компенсацію порушених психічних функцій та особистісних якостей, створення умов для повного виходу з кризового стану та післякризового зростання особистості, а також відновлення життєздатності та працездатності.

На цьому рівні проводиться діагностика та психотерапія посттравматичних симптомів та супутніх розладів, включаючи розлади сну, агресії, депресії тощо. Залежно від потреб і стану постраждалих, на цьому рівні можуть проводитися всі форми психологічної допомоги, що застосовуються на психологічному супроводі, а також індивідуальна, сімейна та групова психотерапія.

Комплексна медико-психологічна реабілітація надається у таких випадках, коли військовослужбовець або цивільна особа, що постраждала особисто висловлює бажання отримати таку допомогу, чи у разі наявності значних фізичних травм або небезпечних захворювань (наприклад, онкологія, туберкульоз і т. д.), або при наявності патологічних реакцій на травматичну подію (наприклад, психотичні симптоми, гостре збудження) і також для військовослужбовців або цивільних осіб з одним або кількома такими розладами [115, 124]: високим ризиком самогубства або вбивства, схильністю до самозабиття, диференційними розладами (наприклад, біполярний розлад, зловживання психоактивними речовинами), у випадку важкої депресії (з вираженою дезадаптацією через депресивний розлад), якщо після 4-6 тижнів психотерапії ПТСР стан військовослужбовця або цивільної особи не покращується чи при погіршенні соматичного стану під час психотерапії [40, 204].

Психологічні послуги на цьому рівні надаються командою фахівців у медичних закладах, таких як лікарні, санаторії та реабілітаційні центри, де є можливості для комплексного надання психологічної допомоги та медичного лікування [99, 101, 292].

Отже, психогенні розлади, викликані воєнними діями мають особливе значення через свою можливість виникати у великій кількості людей одночасно. Російська військова агресія в Україні призвела до значної кількості жертв і поранених, а також до масового переміщення людей зі своїх домівок, біженцями. Ще більше осіб, які проживають поза зоною бойових дій, перебувають у стані тривоги за

своє майбутнє та безпеку своїх родин, очікуючи поганих новин. Це підкреслює необхідність своєчасної оцінки стану потерпілих, прогнозування розладів та вжиття всіх можливих заходів корекції та лікування, що стає нагальною потребою в медико-психологічній реабілітації постраждалих від дистресових наслідків війни в Україні.

1.3. Роль психологів у медико-психологічному забезпеченні постраждалих

Розвиток психології як спеціальності з охорони здоров'я та дисципліни призводить до появи кількох під спеціалізацій. Серед цих під спеціалізацій є клінічна психологія, психологія здоров'я (також відома як медична психологія), клінічна нейропсихологія, консультативна психологія, реабілітаційна психологія, громадська психологія та дитяча психологія з під спеціалізаціями в кожній з них [99].

Клінічна психологія – це застосування психологічних знань і навичок, дослідницьких технік до питань здоров'я та хвороб, особливо у зв'язку з психічним здоров'ям [228, 275].

Американська психологічна асоціація визначає клінічну психологію як «клінічну дисципліну, яка передбачає надання діагностичних, оцінювальних, планувальних, лікувальних, профілактичних та консультативних послуг пацієнтам екстреної допомоги, стаціонарних відділень та клінік лікарень» [249]. Інше визначення, надане Канадською психологічною асоціацією, розглядає її як широке поле практики та досліджень у межах дисципліни психології, яке застосовує психологічні принципи до оцінки, профілактики, полегшення та реабілітації психологічного стресу, інвалідності, дисфункціональної поведінки та поведінки, що становить ризик для здоров'я, а також до підвищення психологічного та фізичного благополуччя [237].

Загалом, область клінічної психології інтегрує науку, теорію та практику для розуміння, передбачення та полегшення адаптації, інвалідності та дискомфорту, а також для сприяння адаптації людини та особистісного розвитку [130]. Таким чином, вона зосереджується на інтелектуальних, емоційних, біологічних, психологічних, соціальних та поведінкових аспектах людської функції в різних культурах та на всіх рівнях соціально-економічного розвитку [234].

Основними завданнями клінічних психологів є зменшення психічного дистресу, навчання методам зниження стресу, проведення

психоосвіти та формування реалістичних уявлень про захворювання у постраждалих. Це включає розвиток адаптивного стилю поведінки під час лікування. Клінічна психологія також має під спеціалізації, такі як психологія дітей, підлітків, дорослих, а також геронтопсихологія і психологія залежностей [269].

Психологія здоров'я, також відома як медична психологія або поведінкова медицина, визначається як внесок психології в підтримку здоров'я, запобігання та лікування захворювань, а також удосконалення системи охорони здоров'я та формування політики здоров'я. Психологи здоров'я використовують психологічні методи для управління хворобами, визначення факторів, що сприяють фізичним захворюванням, та покращення системи охорони здоров'я. Ці фахівці досліджують, як біологічні, психологічні та соціальні фактори впливають на здоров'я, сприяючи підтримці здорової поведінки і запобіганню захворювань [282].

Медична психологія – наука, що вивчає психологічні особливості людей з різними захворюваннями, методи та способи діагностики психічних відхилень, диференціації психологічних феноменів і психопатологічних симптомів і синдромів, психологію взаємин пацієнта і медичного працівника, психопрофілактичні, психокорекційні і психотерапевтичні способи допомоги пацієнтам [99].

Психокорекція є системою заходів, спрямованих на корекцію порушень у психологічному розвитку або поведінці людини шляхом застосування спеціальних методів психологічного впливу. Її основна мета – підтримка або покращення психічного благополуччя клінічно здорових осіб, незалежно від характеру та рівня вираженості проблем. Психокорекція зосереджена на сучасних та майбутніх потребах клієнтів і передбачає середньостроковий період реалізації допомоги.

Психотерапія, у свою чергу, являє собою комплекс лікувальних методів, спрямованих на вплив на психіку людини, а через неї – на організм загалом. Основною її метою є усунення різних емоційних, особистісних чи соціальних проблем. Як правило, цей процес здійснює кваліфікований психотерапевт, створюючи стійкий контакт із клієнтом за допомогою бесід, обговорень та інших терапевтичних технік, серед яких когнітивні, поведінкові й навіть медикаментозні методи. Водночас поняття "психотерапія" залишається багатоаспектним, і в сучасній науці досі не існує єдиного загальноприйнятого визначення.

Психологічне консультування є однією з основних сфер практичної діяльності психолога, орієнтованою на надання допомоги людям у вирішенні життєвих психологічних проблем. Така допомога реалізується через безпосереднє спілкування клієнта з консультантом, під час якого проводиться детальний аналіз сутності проблеми, визначаються причини її виникнення та розробляються оптимальні шляхи подолання [104].

У сучасній науці існує значна кількість споріднених дисциплін, які безпосередньо пов'язані з медичною психологією, зокрема патопсихологія, психопатологія, нейропсихологія, психологія девіантної поведінки, психіатрія, психосоматична медицина тощо. Кожна з цих галузей інтегрує як психологічні, так і медичні знання, будучи тісно пов'язаною з клінічною практикою, що дозволяє розглядати їх як складові частини медичної психології.

З огляду на те, що центральним об'єктом діяльності медицини є людина, вирішення більшості завдань, які виникають у медичній теорії та практиці, потребує залучення даних із широкого спектра наук про людину, серед яких психологія відіграє ключову роль. Саме психологи забезпечують інтеграцію цих знань, зосереджуючи увагу на глибинному розумінні людської поведінки та психологічного стану, що є невід'ємною частиною комплексного медико-психологічного забезпечення постраждалих [103].

Одним із ключових завдань медичної психології є комплексне вивчення складних психосоматичних проблем, що передбачає глибоке дослідження психологічних аспектів взаємозв'язку психічного і соматичного. Особливу увагу в цьому контексті приділяють вивченню психологічного стресу, який має значний вплив на ці взаємозв'язки.

Серед медико-психологічних викликів окреме місце займає проблема залежності (алкогольної, наркотичної, медикаментозної), розвиток якої значною мірою зумовлюють соціально-психологічні чинники. При цьому алкоголізм призводить до суттєвих змін у структурі людських потреб, де домінуючою стає потреба у споживанні алкоголю, що вимагає особливої уваги з боку психологів у процесі профілактики та терапії [103].

Психологи здоров'я застосовують психологічні дослідження та методи до запобігання та управління хворобами, підтримки та збереження здоров'я, визначення психологічних факторів, що сприяють фізичним захворюванням, удосконалення системи охорони здоров'я та формулювання політики здоров'я.

В Американській психологічній асоціації сформульовано цілі психології здоров'я як розуміння етіології, сприяння та збереження здоров'я, запобігання, діагностики, лікування та реабілітації фізичних і психічних захворювань; вивчення психологічних, соціальних, емоційних та поведінкових чинників у фізичних і психічних захворюваннях; і удосконалення системи охорони здоров'я та формулювання політики здоров'я [277].

Отже, психологи здоров'я цікавляться тим, як біологічні, психологічні та соціальні фактори впливають на здоров'я та захворювання. Тому вони займаються сприянням та підтримкою поведінки, пов'язаної зі здоров'ям, запобіганням та лікуванням захворювань та аналізом і удосконаленням системи охорони здоров'я.

Педіатрична психологія – міждисциплінарна галузь, що охоплює фізичний та психічний розвиток дітей і підлітків. Педіатричні психологи діагностують і лікують психологічні проблеми, що впливають на фізичне здоров'я, а також працюють над покращенням психічної служби та запобіганням захворювань у дітей і підлітків [70, 277].

Внесок військової психології в загальний розвиток психологічної науки не може бути недооцінений. Окрім того, що вона сприяла розвитку психологічних інструментів і їх широкому застосуванню, військова психологія зробила свій внесок в основоположні знання у галузях психології керування та управління, організаційної психології, психології комунікації і комунікології, пропаганди і маркетингу, ергономіки, когнітивної психології, клінічної психології, спортивної психології, психології стресу і посттравматичного стресового синдрому, психології креативності тощо. Фактично, важко знайти галузь застосовної психології, яка б не мала коріння від військової психології або якій вона не дала поштовху до подальшого розвитку. Також важливо відзначити, що армія та війни сприяли не лише розвитку психологічної науки, але й розвитку інших наукових і технічних дисциплін, від хімії, фізики та біохімії до машинобудування та інших галузей.

У складі ЗСУ працює багато кваліфікованих фахівців, які допомагають військовим подолати складні ситуації та виявити в собі потенціал для подальшого руху вперед, оскільки піклування про психічне здоров'я є так само важливим, як і про фізичне. Відповідальність за діагностику та надання першої психологічної допомоги у разі виникнення бойового стресу або психічної травми покладається на психологів [36, 118].

Робота психолога вимагає збереження внутрішньої рівноваги, здатності співчувати, не завдаючи шкоди клієнтам, та допомоги у зміні їхнього життя на краще. Обов'язки військового психолога включають особисту психологічну готовність, а також знання й практичні навички для надання підтримки військовослужбовцям і їхнім родинам. У період війни наявність поруч людини, яка вислухає, дасть пораду та підтримає, стає критично важливою через постійну загрозу життю та здоров'ю, ризик втрати товаришів, а також тривалі стресові навантаження, що можуть перевищувати людські можливості. Відповідальність психолога охоплює не лише турботу про психічний та емоційний стан військових, а й їхню життєву безпеку [199].

Військовий психолог має гуманітарну освіту в галузі психології, тому не займається діагностикою психічних хвороб, лікуванням або призначенням лікарських препаратів. Його діяльність не пов'язана безпосередньо з медичною сферою. Однак психолог зобов'язаний вміти відрізнити патологічні симптоми від умовно нормальної поведінки та переживань, спричинених психологічними труднощами [2].

Професійний психолог повинен виявляти патологічні ознаки у мисленні, емоціях, поведінці та міжособистісних відносинах, щоб уникнути помилок у розумінні індивідуальних особливостей клієнта і не пропустити проявів психіатричних розладів.

Такий підхід передбачає, що психолог має знати феноменологію психічних захворювань і чітко розуміти межі власної професійної компетенції, залишаючи лікування психічних розладів спеціалістам із медичною освітою.

Важливо, щоб психолог усвідомлював межі своєї компетенції та не втручався в лікування психічних захворювань, залишаючи це фахівцям з медичною освітою, оскільки неправильне втручання може негативно вплинути на пацієнта і професійну репутацію психолога.

Психолог є експертом у міждисциплінарній галузі, що висуває високі вимоги до компетентності, включаючи ерудованість, гнучкість мислення та толерантність до невідомого. Робота в умовах невизначеності викликає тривогу, що ставить на випробування адаптивні здібності психолога. Вміння контролювати цю тривогу є важливою професійною навичкою. Професійна зрілість психолога виявляється у здатності брати на себе відповідальність за потреби клієнта, розуміти їх динаміку та зберігати цю свідомість непомітною для клієнта [50, 64].

Медико-психологічна реабілітація спрямована на відновлення психологічних характеристик постраждалих, створюючи умови для

розвитку та самореалізації. Психологи працюють індивідуально, допомагаючи долати психологічні перешкоди та знаходити ефективні стратегії дій у складних ситуаціях.

Психологи працюють індивідуально з кожною людиною, допомагаючи подолати психологічні перешкоди, сприяючи розвитку внутрішніх якостей і допомагаючи переглянути труднощі з різних ракурсів та знайти ефективні стратегії дій у складних ситуаціях.

Медико-психологічні консультації спрямовані на покращення самопочуття, зменшення стресу, розвиток здатності самостійно розв'язувати проблеми та приймати рішення. Консультант працює з людьми або групами, спрямовуючи їх на розв'язання міжособистісних проблем та особистісного зростання [139].

Консультації покликані покращити самопочуття, зменшити стрес та розвинути здатність самостійно вирішувати проблеми. Психологічне консультування має на меті турботу про особистість, яка розвивається, і допомогу клієнтові у розумінні його проблем. Основні завдання включають:

1. Уважне вислуховування де психолог використовує спеціальні методи, щоб клієнт краще зрозумів свою ситуацію, що визначає ефективність роботи.

2. Розширення уявлення, коли психолог допомагає переглянути ситуацію та формулює альтернативні варіанти поведінки.

3. Залучення до відповідальності, коли клієнта спонукають брати на себе відповідальність за своє життя та стосунки з оточенням.

А от мета психологічної корекції є подолання недоліків у розвитку особистості. Вона відрізняється від психологічного консультування та психотерапії тим, що не спрямована на трансформацію поглядів чи глибинних аспектів внутрішнього світу людини. Психокорекція може проводитися навіть у тих випадках, коли клієнт не усвідомлює своїх проблем або психологічного змісту запропонованих вправ. Вона також розглядається як процес розширення поведінкових реакцій клієнта, спрямований на формування навичок, які забезпечують більшу гнучкість та адаптивність його особистості.

Згідно з узагальненнями Г. Онищенка, психологічна корекція є делікатним втручанням у психічний і особистісний розвиток людини, метою якого є виправлення відхилень. Вона впливає не лише на індивіда, а й на його соціальне оточення та організацію життєдіяльності [104].

Завдання психокорекції визначаються залежно від специфіки клієнта (наприклад, діти з особливостями розвитку або особи з відхиленнями в межах психологічної норми) і змісту корекційної роботи. Це може

включати корекцію розумового або емоційного розвитку, а також профілактику й подолання невротичних станів чи неврозів.

До основних аспектів корекції належать усунення таких недоліків характеру, як:

- підвищена збудливість, гнівливість, конфліктність, імпульсивність, песимізм, легковажність, упертість, байдужість, неохайність;
- надмірне прагнення до задоволення, гіперактивність або пасивність, замкненість, хвороблива сором'язливість;
- схильність до крадіжок, обману, негативізму, блукання тощо.

Ці недоліки можуть бути ізольованими, впливаючи лише на певні аспекти емоційно-вольової сфери, або носити комплексний характер, будучи пов'язаними з акцентуаціями характеру, домінуючими переживаннями, системою цінностей та ставлень особистості [104].

Багато клієнтів, звертаючись до психолога, стикаються з труднощами відкрито обговорити свої проблеми, що може заважати їхньому емоційному благополуччю. Спокійна розмова з фахівцем допомагає їм краще зрозуміти себе та оточення, що підвищує їхню психологічну стабільність і може спонукати звернутися до інших спеціалістів, якщо буде потрібно.

Психологи в лікарнях можуть працювати як незалежно, так і в командах. Клінічні психологи надають послуги психічного здоров'я, в той час як психологи здоров'я займаються поведінковими аспектами фізичного здоров'я. Вони працюють зі стаціонарними та амбулаторними пацієнтами, забезпечуючи діагностику, втручання, консультації, розробку програм та адміністрування психологічних послуг. Американська рада клінічної психології як навчальний орган стверджує, що послуги, надані психологами, зазвичай включають: діагностику та оцінку, втручання та лікування, консультації з фахівцями та іншими особами, розробку програм, нагляд, адміністрування, психологічні послуги й оцінку та планування цих послуг, а також викладання та дослідження і сприяння у збільшенні знань у всіх цих областях [279].

Одним із ключових завдань психологів, які працюють у лікарнях та у сфері первинної медичної допомоги, є проведення клінічної оцінки. Для цього вони застосовують психологічні тести та методи вимірювання, спрямовані на досягнення конкретних цілей. Зокрема, такі інструменти використовуються для оцінки поточного стану функціонування з метою встановлення діагнозів. Це може включати підтвердження чи спростування попередніх клінічних висновків і проведення диференційної діагностики аномальної поведінки, наприклад, депресії, психозу, розладів особистості, деменції тощо.

Крім психіатричних проблем, клінічна оцінка охоплює також вирішення не психіатричних питань, таких як проблеми у відносинах, дотримання правил, особливості навчання, визначення навчального потенціалу, кар'єрні інтереси тощо. Результати таких оцінок допомагають у визначенні потреб пацієнта в лікуванні, виборі відповідної терапії, моніторингу ефективності лікування з часом і розробці стратегій управління ризиками [138].

Психологи застосовують психодіагностичні тести для оцінки різноманітних функцій, таких як інтелект, особистість, мотивація та психічні проблеми. Серед тестів, що використовуються, можна виділити:

- поведінкову оцінку та спостереження;
- інтелектуальні тести (IQ);
- нейропсихологічні тести;
- шкали особистості (об'єктивні та проєктивні);
- діагностичні інтерв'ю (структуровані та напівструктуровані);
- психофізіологічні моніторинги;
- оцінку психічного статусу;
- судові оцінки;
- психоосвітні вимірювання та професійні тести [168, 169].

Психологи, єдині серед спеціалістів у сфері психічного та фізичного здоров'я, мають право проводити та інтерпретувати ці оцінки.

Основною діяльністю психологів є надання клінічних втручань для осіб, груп та сімей з фізичними та психічними проблемами. Ці втручання спрямовані на попередження і лікування емоційних конфліктів, розладів особистості та психопатології. До психологічних втручань належать:

- когнітивно-поведінкова терапія;
- модифікація поведінки;
- сімейна та парна терапія;
- біофідбек;
- групова психотерапія;
- нейропсихологічна реабілітація [166].

Всесвітні дослідження показують, що менше ніж 25% фізичних скарг, представлених лікарям, мають відомі або демонструють органічні або біологічні ознаки, і що значна кількість фізичних або медичних симптомів, представлених пацієнтами, медично невизначені (функціональні симптоми), які добре реагують на психологічне втручання. Тому психологічні втручання є ефективними та

ефективними з погляду вдосконалення фізичного та психічного здоров'я та якості життя [272].

Клінічні та медичні психологи займаються дослідженнями, серед яких:

- розробка та стандартизація клінічних інструментів для діагностики;
- адаптація та перевірка ефективності психологічних та біологічних втручань;
- дослідження культурних аспектів психологічних аномалій; вивчення впливу людської поведінки на фізичне здоров'я;
- нагляд за дослідницькими проектами з психологічними компонентами [169, 179].

Психологи, так само як і інші медичні працівники, мають етичні принципи та кодекс поведінки. Це включає:

- 1) загальні принципи (наприклад, компетентність, чесність, професійна та наукова відповідальність, повага до прав та гідності людей, турбота про добробут інших та соціальна відповідальність);
- 2) конкретні етичні стандарти, пов'язані з їхньою роллю у відносинах з пацієнтами та експериментами.

Роль психолога у військовій сфері полягає у мінімізації негативного впливу на психічне здоров'я військовослужбовців і цивільних осіб, а також у наданні командирам підтримки для кращого розуміння переживань підлеглих у бойових та екстремальних умовах. Індивідуальні особливості, темперамент і поведінкова орієнтація дозволяють прогнозувати рівень психічної стійкості військовослужбовця до впливу службових і соціально-побутових факторів, які можуть спричиняти розвиток пограничних психічних розладів. Водночас, окрім аналізу таких характеристик, психолог повинен володіти знаннями про критерії передхворобних станів для своєчасного вжиття заходів із запобігання нервово-психічним зривам і психічним захворюванням [199].

Одним із важливих завдань психолога у період воєнного стану є пояснення військовослужбовцям і цивільним, що такі реакції, як страх, заціпеніння, паніка чи тремор, є нормальною фізіологічною відповіддю організму на екстремальні обставини. Крім того, психолог навчає, як ефективно надавати допомогу собі та іншим у таких ситуаціях.

Система психопрофілактики під час воєнного стану включає заходи, спрямовані на створення оптимальних умов для збереження

психічного здоров'я, зміцнення нервово-психічної стабільності та запобігання розвитку психічних розладів серед військовослужбовців.

Психологічна підготовка допомагає запобігти так званім «невидимим пораненням» або значно зменшити їхній вплив на постраждалих. Люди, які інформовані про можливі ризики та підготовлені до стресових ситуацій, мають менше шансів зазнати серйозних наслідків, зокрема й від участі у бойових діях.

1.4. Теоретичні основи комплексної медико-психологічної допомоги

Основна мета медичної та фізичної реабілітації – відновлення здоров'я через комплексний підхід, включаючи корекцію психічного стану та розвиток позитивного ставлення до лікування. У разі неможливості відновлення функцій організму розвиваються компенсаторні механізми. У психологічному аспекті реабілітації здійснюється корекція психічного стану пацієнта та формування його позитивного ставлення до лікування, виконання рекомендацій та участі в реабілітаційних заходах. Професійний аспект реабілітації охоплює питання трудової зайнятості, професійного навчання, включаючи навчання новим професіям, а також визначення працездатності пацієнтів.

Медична реабілітація оцінює добробут людини через фізичні, психологічні та соціальні аспекти. Перевантаження, фізичне чи психічне, знижує адаптаційні можливості організму, підвищує ризик соматичних хвороб і невротичних розладів. Бойові травми мають комплексний характер, що включає механічні, термічні та хімічні компоненти, які викликають стрес і порушують адаптацію [79].

Перевантаження, як фізичне, так і психічне, може вплинути на адаптаційні можливості організму людини, зменшити ефективність боротьби з хворобами, збільшити ризик соматичних захворювань та підвищити ймовірність розвитку невротичних розладів.

Бойові травми часто мають комплексний характер, включаючи механічні (ударна хвиля, баротравма, кульові/осколкові поранення), термічні та хімічні компоненти. Вони можуть призводити до фізичного та психічного стресу, порушення адаптаційних ресурсів організму, ускладнення перебігу соматичних захворювань та формування невротичних розладів [103, 131].

Гострий психічний стрес може призвести до подальшого погіршення адаптаційних можливостей організму, збільшення ризику нових соматичних захворювань або травм, а також до розвитку та хронізації посттравматичних невротичних розладів.

Негативний психогенний вплив може призвести до внутрішньоособистісних та міжособистісних конфліктів, порушень вегетативно-судинної та ендокринної систем, а також до формування соматоформних розладів та хронічних соматичних захворювань [94, 101].

Основними патогенетичними механізмами впливу бойової соматичної травми на психічний стан військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні є:



Рис. 1.2. Механізми формування медико-психічних розладів у військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні

Стресові розлади виникають через неспецифічні реакції на короточасні чи тривалі проблеми, що викликають фізичний, психічний або емоційний дискомфорт. Найпоширеніші – це тривожні та страхові розлади, що знижують продуктивність та якість життя. У МКХ-11 вони об'єднані в одну категорію, а також окремо виділені агорафобія та панічний розлад. Генералізований тривожний розлад тепер є синдромом, а не окремим діагнозом [37, 197].

Система медико-психологічної допомоги повинна бути поетапною та враховувати характер травм і психопатологічні симптоми. Основні етапи її створення включають:

1. Передвоєнну психопрофілактику для оцінки особистості військових перед відправленням на бойові завдання, аналіз самооцінки, комунікативних і поведінкових навичок, а також виявлення психічних проблем [111].

2. Надання медико-психологічної допомоги під час виконання військових завдань і переміщення ВПО та біженців [141].

3. Реабілітацію після виведення військових із зони бойових дій для відпочинку та підвищення боєздатності [169].

4. Надання першої допомоги військовим і цивільним у гострій фазі захворювань [192].

Після бойових дій чи повернення цивільних з окупованих територій, реабілітація має відбуватися за такими принципами: ранній початок, обов'язкове обстеження, комплексне використання різних методів терапії, індивідуальний підхід, послідовність заходів, корекція на основі результатів та завершальна психопрофілактика [210].

Стресом зумовлені розлади – це психічні стани, що виникають в результаті неспецифічної реакції на короткотривалі або тривалі проблеми, що викликають фізичний, психічний або емоційний дискомфорт. Найпоширенішими серед них є тривожні та пов'язані зі страхом розлади, які є важливою проблемою у всьому світі, призводячи до значних втрат продуктивності, економічних затрат та зниження якості життя. У МКХ-11 обидва типи розладів об'єднані в одній категорії, тоді як у попередньому виданні їх розміщували окремо. Також у новому виданні відмінно відокремлені агорафобія та панічний розлад, враховуючи їхні особливості та відмінності у клінічному прояві, розподілі за статтю та відгуках на лікування. Генералізований тривожний розлад у МКХ-11 більше не є окремим діагнозом, але розглядається як синдром, який встановлюється методом виключення інших тривожних розладів [37, 197]. Опишемо основні

медико-психологічні розлади у військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні:

1. Афективні розлади (L1-6A6). Афективні розлади, відомі також як розлади настрою, охоплюють широкий спектр психічних станів, що характеризуються емоційними змінами від депресії до ейфорії. Ці розлади відзначаються загальною зміною рівня активності, а інші симптоми зазвичай є вторинними до цієї зміни та пов'язані зі зміною настрою та активності. Група афективних розладів поділяється на біполярний розлад та депресивні розлади. Афективні розлади визначаються за конкретними типами афективних епізодів і їхніми характеристиками з часом. Основними типами афективних епізодів є депресивний, маніакальний, змішаний і гіпоманіакальний епізоди. Афективні епізоди не є самостійними діагностичними одиницями, тому не мають власних діагностичних кодів. Афективні епізоди є компонентами депресивних і біполярних розладів.

Основні типи афективних розладів:

- Біполярні розлади I та II типів (6A60, 6A61);
- Гіпоманія (6A60.2);
- Циклотимія (6A62);
- Легкий депресивний епізод (6A70.0);
- Помірний депресивний епізод без психотичних симптомів та з психотичними симптомами (6A70.1, 6A70.2);
- Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів та з психотичними симптомами (6A70.3, 6A70.4);
- Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод середньої важкості без психотичних симптомів та з психотичними симптомами (6A71.1, 6A71.2);
- Рекурентний депресивний розлад (6A71.0 – 6A71.7);
- Дистимія (6A72) [262].

1. Тривожні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (L1-6B0) – це група розладів, де основним симптомом є страх або тривога в ситуаціях, де реальної небезпеки немає, що призводить до уникнення або переживання зі страхом таких ситуацій. Розлади, пов'язані з тривогою та страхом, характеризуються надмірним переживанням цих емоцій і відповідними порушеннями поведінки, причому симптоми настільки виражені, що призводять до значного дистресу або порушень у особистому, сімейному, соціальному, навчальному, професійному та інших важливих сферах функціонування. Страх і тривога є тісно пов'язаними явищами: страх – це

реакція на загрозу, яку сприймають як неминучу в цей момент, тоді як тривога більше спрямована на майбутнє і стосується сприйняття ймовірної загрози. Однією з основних ознак, за якою тривожні та пов'язані зі страхом розлади відрізняються один від одного, є об'єкт побоювань, тобто стимул або ситуація, які викликають страх чи тривогу. Клінічна картина тривожних і пов'язаних зі страхом розладів зазвичай включає специфічні супутні когнітивні особливості, що можуть мати значення для уточнення об'єкта побоювань при диференційній діагностиці цих розладів [263]. Основні тривожними, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади:

- Генералізований тривожний розлад (6B00);
- Панічний розлад (6B01);
- Агорафобія (6B02);
- Специфічна фобія (6B03);
- Соціальний тривожний розлад (6B04);
- Сепараційний тривожний розлад (6B05);
- Селективний мутизм (6B06).

2. Обсесивно-компульсивний розлад (L1-6B2) – це група патологічних станів, що характеризуються повторюваними думками та поведінкою, які мають схожі етіологічні фактори та ключові діагностичні ознаки. Центральними характеристиками цих станів (таких як обсесивно-компульсивний розлад, дисморфічний розлад, іпохондрія та патологічна озабоченість власним запахом) є обсесії, нав'язливі думки та занепокоєння, які супроводжуються відповідними повторюваними діями. Патологічне накопичення відрізняється від нав'язливих небажаних думок і характеризується компульсивною потребою накопичувати різні предмети та дистресом у разі їх втрати. Також у даному розладі включені патологічні повторювані дії щодо власного тіла, які переважно проявляються періодичними звичними діями, спрямованими на шкіру або волосся (наприклад, висмикування волосся, ковирення шкіри) з менш вираженим когнітивним аспектом. Ці симптоми призводять до значного дистресу або суттєвих порушень в особистій, сімейній, соціальній, навчальній, професійній або інших важливих сферах життя [264]. Основні обсесивно-компульсивні розлади:

- Obsесивно-компульсивний розлад (6B20);
- Дисморфічний розлад (6B21);
- Патологічна озабоченість власним запахом (6B22);

- Іпохондричний розлад (6B23);
- Патологічне накопичення (Хординг) (6B24);
- ПТСР (6B40);
- Адаптаційні розлади, короточасна депресивна реакція (6B43);
- Дисоціативні (конверсійні) розлади з неврологічними симптомами (6B60);
- Гостра реакція на стрес (QE84);
- Соматизований розлад (6C20);
- Синдром деперсоналізації-дереалізації невротичної (6B66) [265].

3. Поведінкові розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами включають (6B8, MG41):

– Розлади приймання їжі (6B8) – це розлад, який характеризується навмисним зниженням ваги, спричиненим або підтримуваним самим пацієнтом. Він частіше спостерігається у дівчат підліткового віку та молодих жінок, але може також виникати у хлопців підліткового віку, молодих чоловіків, дітей під час статевого дозрівання та жінок старшого віку під час менопаузи. Цей розлад пов'язаний з особливою психопатологією, коли страх перед товстим та кволим тілом перетворюється на нав'язливу ідею, а пацієнти самостійно встановлюють для себе поріг мінімальної ваги. Хвороба супроводжується різним ступенем недоїдання, а також вторинними ендокринними та метаболічними змінами та розладами функцій організму. Симптоматика включає дотримання вкрай суворої дієти, надмірне фізичне навантаження, штучне викликання блювоти та очищення кишківника, а також вживання препаратів для пригнічення апетиту та сечогінних препаратів.

– Розлад сну неорганічної природи (MG41). Часто порушення сну виступає як один з симптомів іншого розладу, або психічного, або соматичного характеру. Незалежно від того, чи є розлад сну у пацієнта самостійним станом, чи лише однією з ознак іншого розладу, який класифікується в інших розділах, у цьому класі чи іншому, він повинен оцінюватися на підставі клінічних проявів та перебігу, а також висновків лікаря та пріоритетів, встановлених під час консультації. Загалом, якщо порушення сну є основною скаргою та розглядається як окремий стан, цей код слід використовувати разом з іншими відповідними діагнозами, які описують психопатологію та патофізіологію даного випадку. Ця категорія включає лише ті порушення сну, в яких емоційні причини вважаються головним

фактором і які не були спричинені конкретними соматичними розладами, класифікованими в інших розділах [75].

4. 5. Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (6D10) – цей розділ охоплює різноманітні стани та моделі поведінки, які мають клінічне значення, і які є стійкими та відображають характерний спосіб життя та взаємини особистості з собою та іншими людьми. Деякі з цих станів і моделей поведінки формуються на ранніх стадіях розвитку особистості через конституційні чинники та соціальний досвід, тоді як інші стають характерними на пізньому етапі. Розлад особистості характеризується наявністю проблем функціонування власного «Я» (наприклад, особистісної ідентичності, самосприйняття, ставлення до себе, саморегуляції) та/або порушеннями міжособистісного функціонування (наприклад, здатності до встановлення і підтримання близьких та взаємно задовольняючих відносин, розуміння думки іншої людини, вирішення конфліктів), які тривають протягом тривалого часу (тобто не менше двох років). Такі порушення проявляються у дезадаптивних (тобто негнучких або погано регульованих) когнітивних, емоційних (включаючи переживання та вираження емоцій) та поведінкових паттернах і спостерігаються в різних особистих та соціальних ситуаціях (тобто не обмежуються конкретними відносинами чи соціальними ролями). Поведінкові моделі, що характеризують ці порушення, не є властивими певному віковому етапу і не можуть бути пояснені соціальними або культурними факторами, включаючи вплив соціально-політичних конфліктів. Ці проблеми пов'язані з вираженим дистресом і суттєвими порушеннями в особистому, сімейному, соціальному, навчальному, професійному або інших важливих сферах функціонування.

- Легкий розлад особистості (6D10.0);
- Помірний розлад особистості (6D10.1);
- Важкий розлад особистості (6D10.2);
- Параноїдний розлад особистості (MB26.7);
- Розлад особистості шизоїдного типу (6D10.Z);
- Дисоціальний розлад особистості (6D11.2);
- Розгормошеність при розладі особистості та особистісних проблемах (6D11.3);
- Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості (6D11.4) [238];
- Тривожний розлад особистості (6D10.Z);
- Залежний розлад особистості (6D10.Z) [269].

Незважаючи на значну потребу у медико-психологічній реабілітації серед постраждалих від дистресу через війну, підтримку соціальної реклами та доступність спеціалізованих чат-ботів, багато людей уникають звертатися до фахівців у сфері психічного здоров'я. Натомисть вони шукають допомоги у працівників соціальних служб, медичних установ первинної допомоги чи відділень невідкладної допомоги. Однією з причин цього є симптом уникання, характерний для посттравматичного стресового розладу (ПТСР), що віддаляє людей від візиту до психолога, психотерапевта або психіатра, залишаючи ПТСР невиявленим.

Таким чином, при наданні медичної допомоги будь-якого характеру важливо проводити оцінку наявності ознак ПТСР, депресії та тривожних розладів у групах ризику (військовослужбовці, ветерани, внутрішньо переміщені особи (ВПО), біженці, постраждалі внаслідок травматичних подій). Особливо це стосується пацієнтів з поведінковими проявами, які можуть свідчити про симптоми психічних розладів, а також осіб з тривалими або поточними психологічними труднощами (наприклад, під час ротації військовослужбовців). Найбільш ефективним методом є скринінг для всіх, хто пережив травматичну подію, включаючи учасників бойових дій, переселенців, біженців та звільнених з полону.

Висновки до розділу 1

1. Війна в Україні, яка триває з 2014 року, має значний вплив на психічне здоров'я населення, зокрема на учасників бойових дій, їхніх родин, та всіх, хто проживає в зоні конфлікту, страждає від ракетних та дронних вибухів чи є ВПО. Психологічні наслідки цієї війни виявляються у формі ПТСР, депресії, тривожних розладів, стресу. Недостатність доступу до психологічної допомоги та реабілітації, а також соціальна та економічна нестабільність у регіонах, що потерпають від війни, ускладнюють ситуацію.

2. Вирішення психологічних наслідків війни в Україні потребує комплексного підходу, що включає підтримку для військовослужбовців та їхніх сімей, цивільних осіб, які перебувають на тимчасово окупованих територіях чи ВПО, доступність до психологічної допомоги та терапії, а також розвиток системи медико-психологічної

реабілітації. Забезпечення психологічної підтримки для учасників війни та їхніх сімей є необхідним кроком у створенні стійкого та здорового суспільства, яке може відновитися після травматичного досвіду війни.

3. Отже, психогенні розлади, викликані воєнними діями мають особливе значення через свою можливість виникати у великій кількості людей одночасно. Російська військова агресія в Україні призвела до значної кількості жертв і поранених, а також до масового переміщення людей зі своїх домівок, біженців. Ще більше осіб, які проживають поза зоною бойових дій, перебувають у стані тривоги за своє майбутнє та безпеку своїх родин, очікуючи поганих новин. Це підкреслює необхідність своєчасної оцінки стану потерпілих, прогнозування розладів та вжиття всіх можливих заходів корекції та лікування, що стає нагальною потребою в медико-психологічній реабілітації постраждалих від дистресових наслідків війни в Україні.

4. Також фактори, що спричиняють соматичні та психічні порушення та призводять до розвитку психічних розладів у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях та цивільних осіб, які постраждали внаслідок війни, включають психічне та фізичне перевантаження, можливість соматичної хвороби, гострий психічний стрес та відтермінований психогенний фактор. Тому для успішної реабілітації та адаптації цих військовослужбовців та цивільних осіб, які постраждали внаслідок війни необхідна не лише проведення окремих медичних та психотерапевтичних заходів, але й системи медико-психологічної допомоги та реабілітації. Ця система повинна бути послідовною та поетапною, змінюючи свої завдання, форми та методи залежно від етапу реабілітації.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ВІЙНИ

2.1. Методологія дослідження

Методологія психологічної медицини була ключовою основою для методичного забезпечення даного дослідження, включаючи використання системного підходу, аналізу, бібліосемантичного, епідеміологічного, психологічного, медико-статистичного методів, а також моделювання та експертних оцінок. Опитування було проведене з використанням діагностично-дослідницьких критеріїв МКХ-11, що сприяло високій точності діагностики та інтерпретації результатів [259]. Дослідження проводилось з моменту повномасштабного вторгнення росії на територію України, впродовж 2022-2024 років.

У рамках першого етапу проводився аналіз внутрішніх і міжнародних наукових та інформаційних джерел, а також статистично-довідникових матеріалів з метою вивчення медико-психологічного забезпечення осіб постраждалих в наслідок війни в Україні. Результати цього етапу дозволили ідентифікувати вказані фактори та зробити висновки. На цьому етапі було проаналізовано 300 наукових джерел, включаючи 100 іноземних, що дозволило визначити невирішені питання та уточнити напрямок, об'єкт та предмет дослідження. Пошук наукової інформації проводився за допомогою інтернет-ресурсів, таких як Національна бібліотека імені В.І. Вернадського [127], Національна бібліотека України [128], база даних «PubMed» [11], «Medscape» [12]. Використані ключові слова включали «первинна медична допомога», «психічне здоров'я», «стрес», «розвиток та перебіг хвороб», «чинник впливу» та інші.

На другому етапі дослідження було сформульовано мету і завдання, розроблено та підібрано відповідні методики, визначено методи та базу дослідження на основі аналізу медико-психологічних аспектів стану постраждалих, проведеного раніше. Ключовою частиною цього етапу стало створення методологічних інструментів,

зокрема анкетних опитувальників. Збір даних та їхня статистична обробка були здійснені самим дисертантом.

Під час дослідження психологічного стану постраждалих, з урахуванням характеру їхніх захворювань і специфіки медико-психологічної структури особистості, основний акцент робився на розумінні індивідуально-психологічних і вікових відмінностей пацієнтів. Це відбувалося в контексті впливу стрес-асоційованих факторів, таких як глобалізація і масові впливи, пов'язані з нею, а також інших стресорів – фізичних, біологічних і психологічних [13]. За попередньою згодою пацієнтів, після обговорення їхніх медико-психологічних проблем проводилося заповнення анкет, при цьому респонденти були проінформовані, що опитування здійснюється в рамках наукового дослідження.

До участі в опитуванні виявили готовність 572 особи. З отриманих анкет для аналізу використали 550 (96,2%), тоді як 22 анкети (5,1%) були виключені через низьку якість заповнення. Обсяг проаналізованих даних забезпечив репрезентативність вибірки пацієнтів, які зверталися до закладу охорони здоров'я, де проводилося дослідження, і отримували медичні послуги.

При виборі методик дотримувалися таких принципів: простота використання, взаємодоповнюваність, доступність, оперативність проведення і достовірність результатів [86]. Анкети допрацьовувалися на основі аналізу літературних джерел з урахуванням вимог охорони здоров'я в умовах воєнного стану [44, 69, 95, 208, 238].

На цьому етапі було визначено такі методики для аналізу медико-психологічних аспектів стану постраждалих внаслідок війни в Україні:

1. Психодіагностична методика: «Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Методика PCL-M і PCL-C» [297, 298] (див. Додаток А).

2. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale) (див. Додаток Б) [267].

3. Шкала тривоги Бека (див. Додаток В) [261].

4. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A) (див. Додаток Г) [268].

5. Опитувальник пацієнта про стан здоров'я PHQ-2 (двопунктова шкала депресії) і PHQ-9 (дев'ятипунктова шкала депресії) (див. Додаток Д) [168].

6. Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21) (див. Додаток Е) [222].

7. Оцінка та діагностика медичних аспектів стану постраждалих.
8. Методи математичної обробки даних.

Таким чином, застосування обраних методик дозволило проаналізувати медико-психологічні аспекти стану постраждалих, серед яких військовослужбовці, військовополонені, мешканці тимчасово окупованих територій і внутрішньо переміщені особи.

Вибір та обґрунтування методів дослідження є важливим етапом у проведенні наукових досліджень, зокрема в області психічного здоров'я та вивчення стресових розладів в умовах війни в Україні. Для цього дослідження було обрано комплекс психодіагностичних методик, серед яких: «Шкала самооцінки проявів ПТСР (Методика PCL-M (військова версія) та PCL-C (цивільна версія))», «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу», «Шкала тривоги Бека», «Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)», «Методика визначення стану здоров'я – PHQ-2 (шкала самооцінки депресії з двох пунктів) та PHQ-9 (шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів)», «Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21)», «Тест на визначення медичних аспектів стану постраждалих» та методи математичної обробки даних.

1. Психодіагностична методика «Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Методика PCL-M (військова версія) та PCL-C (цивільна версія)» (див. Додаток А) створена для оцінки тяжкості симптомів ПТСР як упродовж останнього місяця, так і в посттравматичний період загалом. Ця шкала зазвичай використовується у поєднанні зі структурованим клінічним інтерв'ю (Structured Clinical Interview for DSM III-R) для точного діагностування симптомів ПТСР, їх вираженості та частоти прояву. Методика дає можливість визначити інтенсивність і частоту симптомів ПТСР, а також їхній вплив на робочу і соціальну активність пацієнта. Крім того, вона дозволяє оцінити динаміку змін стану пацієнта при повторних дослідженнях, валідність результатів і загальну інтенсивність симптомів [1, 276].

Анкета для оцінки симптомів ПТСР застосовується для систематичного моніторингу стану пацієнта під час та після лікування, виявлення осіб, що можуть страждати від ПТСР, а також для попередньої діагностики цього розладу [295]. Анкета містить 20 запитань, на які респонденти відповідають за 5-бальною шкалою, де 0 – «ніколи», а 4 – «дуже часто». Заповнення анкети зазвичай займає 5-10 хвилин. Після того, як респондент відповідає на всі питання,

спеціаліст підсумовує бали, що дозволяє оцінити загальний рівень ПТСР та інтенсивність симптомів у кожному з кластерів згідно з DSM-5 [294].

2. Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale) є самозвітною анкетною, розробленою Т. М. Кіном та іншими в 1987 році з метою діагностики ПТСР у військовослужбовців, які пережили бойові дії. У 1995 році була створена цивільна версія шкали, яка пройшла валідацію на групі цивільних осіб з підтвердженим діагнозом ПТСР. Міссісіпська шкала ґрунтується на ММПІ для оцінки ПТСР [261]. Анкета складається з 30 запитань, що формують три основні шкали, які відповідають трьом групам симптомів ПТСР згідно з DSM-III: 11 питань першої шкали описують симптоми вторгнення, 11 питань другої шкали відображають симптоми уникнення, а 8 запитань третьої шкали стосуються симптомів збудливості. П'ять інших питань охоплюють симптоми, пов'язані з почуттям провини та суїцидальними нахилами.

3. Шкала тривоги Бека (BHS) використовується для попередньої оцінки тривожних розладів серед різних вікових груп – від молоді 14 років до дорослих і літніх осіб, включаючи клієнтів клінік і тих, хто проходить скринінг. Цю шкалу зазвичай застосовують під час профілактичних оглядів для визначення осіб, які потребують детальнішого обстеження та консультацій з фахівцем. Вона вимірює рівень тривоги, що пов'язана з негативним ставленням до майбутнього. Цей метод також є корисним для оцінки суїцидального ризику серед пацієнтів, які страждають від депресії [230, 236]. Шкала Бека містить 20 тверджень, на які респондент повинен відповісти, обираючи одну з чотирьох варіантів: «Зовсім невірно», «Швидше невірно», «Швидше вірно», «Дуже вірно».

4. Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A) – це клінічний інструмент для оцінки рівня тривожних розладів у дітей, підлітків і дорослих. Оцінка за цією шкалою займає близько 10-20 хвилин і проводиться під час напівструктурованого інтерв'ю, в ході якого фахівець збирає анамнестичні дані та спостерігає за поведінкою і іншими невербальними проявами психопатологічних явищ. Шкала Гамільтона не є самооцінною, і її не слід надавати пацієнтові для заповнення самостійно. Вона використовується для точної оцінки ступеня тяжкості тривоги у пацієнтів з діагнозом тривожного розладу та для оцінки симптомів у осіб з іншими розладами, часто депресивними. Під час оцінки фахівець звертається до суб'єктивної оцінки пацієнта, що є

важливим для аналізу стану до початку лікування та моніторингу поліпшень під час терапії. Шкала складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінюється від 0 до 4 балів. Тринадцять пунктів стосуються проявів тривоги в повсякденному житті, а чотирнадцятий – тривоги, що виявляється під час огляду. Загальна оцінка варіюється від 0 до 56 балів. Перші 6 пунктів оцінюють прояви тривоги в психічній сфері, а інші 8 – у соматичній. Оцінка від 0 до 6 балів вказує на відсутність тривоги, 7-13 балів – на можливу наявність тривожного розладу, 14-20 балів – на легкий ступінь тривоги, 21-28 балів – на середньо виражений розлад, і понад 29 балів – на тяжкий ступінь тривоги.

5. Для дослідження депресії використовувалися опитувальники, зокрема Patient Health Questionnaire – PHQ-2 (шкала самооцінки депресії з двох пунктів) та PHQ-9 (шкала самооцінки депресії з дев'яти пунктів) [147]. Шкала PHQ є окремим модулем, призначеним для виявлення депресивних симптомів у рамках «Опитувальника оцінки здоров'я пацієнта» (Patient Health Questionnaire, PHQ). Зараз вона застосовується для діагностики незалежно від основного опитувальника.

Також варто зазначити, що шкала депресії PHQ може бути включена до складу великого опитувальника «Patient Health Questionnaire», що є вдосконаленою версією методики PRIME-MD, яка зараз вважається застарілою. Ця методика є дуже гнучкою та широко використовується. Згодом, кластер, що виявляє депресивні симптоми в «Patient Health Questionnaire», був виокремлений в окремий опитувальник, відомий як PHQ-9 або Шкала депресії PHQ.

На сьогодні кожен кластер «Patient Health Questionnaire» може використовуватись незалежно, і часто модуль PHQ-9 застосовують для самостійної діагностики депресії. Якщо пацієнт набирає 3 бали чи більше за шкалою PHQ-2, проводиться наступний тест – PHQ-9. Інтерпретація результатів PHQ-9 така: 0–4 бали – відсутність депресії; 5–9 балів – легка (субклінічна) депресія; 10–14 балів – помірна депресія; 15–19 балів – середньої тяжкості депресія; 20–27 балів – тяжка депресія [65].

Відсутність депресії, коли симптоми або відсутні, або мінімальні. Людина може почуватися добре або мати незначні коливання настрою, що є звичними для більшості людей. Повсякденне життя та соціальні взаємодії не обмежені.

Легка депресія проявляється, коли симптоми присутні, але не мають значного впливу на повсякденне життя. Людина може відчувати сум, зниження інтересу до звичних занять або незначну втому.

Можуть бути проблеми зі сном, апетитом або концентрацією. Симптоми легкі.

Помірна депресія, коли симптоми посилюються і можуть впливати на повсякденну діяльність. Людина може відчувати значну втрату настрою, постійну втому або безнадійність. Можуть виникати проблеми з роботою, навчанням чи соціальними контактами.

Виражена депресія, коли симптоми є дуже помітними та суттєво обмежують повсякденне життя. Людина може мати труднощі з виконанням звичних завдань, відчуття безцінності чи провини. Можуть з'являтися думки про самогубство або автоагресію.

Тяжка депресія, коли симптоми є екстремальними і можуть призвести до кризової ситуації. Втрата інтересу до всіх або майже всіх справ. Існує серйозний ризик для здоров'я чи життя, включаючи ймовірність самогубства. Такий стан вимагає термінової госпіталізації або інших інтенсивних лікувальних заходів.

6. Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21) створена для оцінки негативних емоційних станів, таких як депресія, тривога та стрес. Вона широко використовується як у клінічній практиці для діагностики та моніторингу ефективності лікування, так і в не клінічних умовах для оцінки загального психічного здоров'я [222, 274].

Інтерпретація результатів:

Загальний бал (діапазон: 0–63):

- депресія (0–21): проявляється дисфорією, почуттям безнадії, знеціненням життя, самоприниженням, відсутністю інтересу або залучення, ангедонією та інертністю;

- тривога (0–21): характеризується вегетативним збудженням, напруженням скелетних м'язів, ситуаційною тривожністю та суб'єктивним переживанням тривожного стану;

- стрес (0–21): включає прояви хронічного неспецифічного збудження, труднощі з розслабленням, нервові напруження, легке збудження або засмучення, дратівливість, підвищену реактивність і нетерплячість.

7. Оцінка та діагностика медичних аспектів стану постраждалих. Для оцінювання та діагностики впливу стану здоров'я постраждалих на розвиток різних симптомів було використано тестування. Застосування алгоритму медичного сортування дозволяє підвищити ефективність надання медичної допомоги у випадках масового надходження пацієнтів до закладів охорони здоров'я, особливо за умов обмежених ресурсів. Відповідно до встановлених стандартів,

постраждали поділяються на групи (категорії) сортування екстреної медичної допомоги:

- постраждали, для яких прогноз лікування є сумнівним через тяжкість травми або невідкладний стан за обмежених ресурсів;
- пацієнти у критичному стані, які потребують негайних медичних втручань для збереження життя;
- постраждали, надання допомоги яким можна відкласти на кілька годин без загрози для життя;
- особи зі стабільним станом, яким можна відкласти надання допомоги на тривалий час без ризику для їхнього життя [197];
- методи математичної обробки включали аналіз даних на персональному комп'ютері із використанням ліцензованого офісного пакета Microsoft Excel та програмного забезпечення StatSoft Inc. Отримані результати представлені у вигляді середніх значень $\pm$ похибка репрезентативності при рівні значущості $p < 0,05$.

Визначення об'єкта дослідження та вибір вибіркової групи передбачає встановлення предмета аналізу та обрання конкретних категорій для подальшого наукового вивчення. У цьому випадку об'єктом дослідження є психологічний стан різних категорій осіб, пов'язаних із війною в Україні та її наслідками.

Вибіркова група дослідження включає такі категорії осіб (загальна кількість опитаних – 550 осіб):

1. Військовослужбовці ЗСУ та ТрО – особи, які безпосередньо беруть участь у військових операціях або тренуваннях. Дослідження охоплює аспекти їхнього психологічного та медичного стану, стресових ситуацій і адаптації до військового життя. Кількість опитаних – 200 осіб (112 – військовослужбовці ЗСУ, 78 – військовослужбовці ТрО).

2. Військовополонені – дослідження цієї групи може включати вивчення психологічних наслідків полонення, відновлення психічного здоров'я та адаптації до життя після звільнення. Кількість опитаних після звільнення з полону – 50 осіб.

3. Особи з тимчасово окупованих територій – дослідження включає вивчення психологічних аспектів, пов'язаних зі стрімкими змінами у житті людей, які опинилися під впливом окупації. Кількість опитаних – 80 осіб.

4. Тимчасово внутрішньо переміщені особи та біженці – дослідження вивчає вплив переселення на їхню стабільність, можливе

погіршення психічного здоров'я та адаптацію до нового середовища. Кількість опитаних – 120 осіб.

5. Діти – дослідження їхнього психологічного стану в умовах війни включає вивчення впливу стресових ситуацій на розвиток і психічне здоров'я. Кількість опитаних – 100 осіб.

Вибір таких груп дозволить отримати комплексні дані та глибше зрозуміти психологічні аспекти різних категорій осіб, пов'язаних із війною в Україні.

Основні етапи організації медико-психологічного дослідження військовослужбовців, які включають:

- перший етап включає проведення перед військової превентивної реабілітації перед відправленням військовослужбовців у райони активних бойових дій для виконання призначених завдань;

- другий етап включає здійснення медико-психологічної реабілітації під час виконання військовослужбовцями завдань у районі проведення активних бойових дій;

- третій етап – проведення медико-психологічної реабілітації після виведення військовослужбовців із районів ведення активних бойових дій, спрямованої на їх відпочинок, доукомплектування особовим складом та відновлення бойової готовності;

- четвертий етап включає проведення медико-психологічної реабілітації у лікувально-профілактичних закладах МО України, МОЗ України, які забезпечують різні рівні медичної допомоги;

- п'ятий етап, при потребі, провадження медико-психологічної реабілітації у відділення медичних центрів МО України та госпіталью ветеранів війни.

Основні етапи організації медико-психологічного дослідження для внутрішньо переміщених осіб та осіб із тимчасово окупованих територій дорослих та дітей:

- попереднє обстеження та оцінка ризиків – проведення збору анамнезу щодо пережитих стресових ситуацій та травматичних подій. Оцінка поточного стану психічного здоров'я та визначення основних факторів ризику;

- першочергова психологічна допомога включає надання першої допомоги в разі невідкладних психічних реакцій на стрес та спрямування на тимчасове психологічне консультування та підтримку;

- проведення комплексного медико-психологічного обстеження, проведення психологічних тестувань та оцінка рівня психічної

стійкості. А медичне обстеження провести для виявлення фізичних травм та супутніх психічних проблем;

- розробка індивідуальних планів реабілітації включає складання індивідуальних психотерапевтичних та медичних програм;

- проведення медико-психологічної реабілітації включає надання психотерапевтичної допомоги для подолання психічних травм та стресу та застосування медичних методів та лікування для поліпшення стану фізичного та психічного здоров'я;

- моніторинг та після діагностична оцінка включає постійний моніторинг стану психічного здоров'я та внесення корекцій до реабілітаційних програм.

Медико-психологічні заходи для військовослужбовців, військово-полонених та внутрішньо переміщених осіб здійснюються офіцерами-психологами, психологами, медичними працівниками та військовими психологами зі складу позаштатних груп психологічного забезпечення. За необхідності та можливості можуть бути залучені представники громадських та волонтерських психологічних організацій.

Заходи медико-психологічного відновлення для військовослужбовців, осіб із тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб включають:

- медичний огляд та складання списку тих постраждалих, хто за наявності відповідних показників потребує глибокої медичної, наркологічної та психологічної допомоги. Також проводиться сортування військовослужбовців, які постраждали, за регістрами порушень – непсихотичними та психотичними;

- психодіагностика поточних психофізіологічних станів з метою виявлення осіб, що потребують психологічної та/або психіатричної допомоги. Це включає виявлення гострих реакцій на стрес, посттравматичних стресових розладів, ознак фізичної та розумової перевтоми, вираженої астенизації, психічної дезадаптації та інших станів; оцінка наявних адаптаційних резервів для визначення їхньої подальшої придатності до виконання завдань;

- надання екстреної психологічної допомоги постраждалим, які перебувають у кризовому стані;

- здійснення відповідних заходів зі співробітниками, які потребують психокорекції (при відсутності сформованого психічного розладу), проводяться штатними силами з залученням позаштатних груп; психотерапевтичні заходи (якщо психічний розлад вже сформований) здійснюються позаштатними групами;

– запобігання психологічній деформації особистості постраждалих.

Для проведення заходів у психологічному напрямку реабілітації залучаються спеціалісти, які мають диплом про повну вищу освіту на рівні не нижче спеціаліста або магістра за фахом «психологія», «практична психологія» або «медична психологія». Крім того, вони повинні мати загальний робочий досвід за відповідною спеціальністю не менше 5 років [100].

2.2. Психологічний аналіз стану постраждалих

Ефективні методи подолання психотравм, отриманих у кризових ситуаціях під час війни, включають когнітивно-поведінкову терапію, яка широко використовується у країнах з досвідом військових конфліктів. Наказом МОЗ України №2118 від 13.12.2023 «Про організацію надання психологічної допомоги населенню» визначено, що допомога військовим повинна включати індивідуальні консультації, групову терапію, кризову допомогу та інтегративний підхід. Такі заходи спрямовані на подолання психотравм, зниження дистресу та покращення психологічного стану військовослужбовців, що підвищує їхню готовність до виконання службових завдань [122].

Досвід роботи військового психолога, зосереджений виключно на когнітивно-поведінковому підході, не завжди виявляється достатнім для вирішення специфічних клінічних випадків. У таких ситуаціях доцільним є використання інтегративного або комплексного психотерапевтичного підходу в кризовому консультуванні [77, 185]. Відповідно до наказу МОЗ України №2118, вибір конкретного психотерапевтичного методу (інтервенції, методики) залежить від стандартів медичної допомоги та відповідних клінічних протоколів. До рекомендованих підходів належать арттерапія, гештальт-терапія, десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR), діалектично-поведінкова терапія, емоційно-фокусована терапія, інтерперсональна терапія (IPT), клієнт-центрована терапія, когнітивно-поведінкова терапія, логотерапія, тілесно-орієнтована терапія, майндфулнес-базований підхід, мотиваційна терапія, нарративна терапія, нейролінгвістична психотерапія, позитивна психотерапія, протокол реконсолідації травматичної пам'яті, психодинамічна терапія, психодрама, кататимно-імагінативна психотерапія, системна

сімейна терапія, схема-терапія, танце-рухова терапія, терапія прийняття та зобов'язання, терапія базована на менталізації, транзакційний аналіз [133].

Аналіз психологічного стану постраждалих є ключовим для розуміння впливу травматичних подій на психіку людини. Такий підхід дає змогу визначити як внутрішні, так і зовнішні фактори, що впливають на психічне здоров'я, оцінити стресові реакції та розробити ефективні стратегії психологічної підтримки та реабілітації [20, 293].

У цьому дослідженні основна увага приділяється аналізу психологічних аспектів стану осіб, які пережили травматичні події. Особливий акцент зроблено на реакціях, адаптаційних механізмах і можливих шляхах відновлення психічного здоров'я військовослужбовців, мешканців тимчасово окупованих територій і внутрішньо переміщених осіб. Мета роботи – поглибити розуміння психологічного стану постраждалих і надати практичні рекомендації для їхньої психологічної підтримки та реабілітації.

У дослідженні взяли участь 200 (36,3%) військовослужбовців та 50 (9,2%) військовополонених, які мали різні психологічні симптоми. Також серед досліджених були особи, що перебували деякий час на тимчасово окупованих територіях – 80 (14,5%) дорослих та 30 (5,5%) дітей. Також серед досліджуваних цивільних було 120 (21,8%) дорослих та 70 (12,7%) дітей внутрішньо переміщених осіб чи біженців. Всі випадки психологічних станів мали різні стресові реакції та психопатологічні симптоми. Розглянемо отримані дані за допомогою методик.

Психодіагностична методика «Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Методика PCL-M та PCL-C». На першому етапі нашого дослідження ми вивчили характеристики вираженості симптомів ПТСР з використанням опитувальника PCL-M (згідно з DSM-IV, військова версія) [287, 288]. У дослідженні взяли участь 250 військовослужбовців ЗСУ (112 осіб) та ТрО (88 осіб) та військовополонених (50 осіб). Результати за сумарним показником методики PCL-M наведено в таблиці 2.1.

В таблиці представлені результати для різних симптоматичних категорій, включаючи інтрузії, уникання, негативні думки та емоції, підвищену реактивність і загальний бал. Досліджувані військовослужбовці ЗСУ та ТрО в середньому отримали 66 балів ($\pm 1,2 - 1,3$), свідчаючи про тяжкість симптомів ПТСР. З іншого боку, військовослужбовці, які пережили полон в середньому тяжкість симптомів на

рівні 67 балів ($\pm 1,6$), що свідчить також про присутність ПТСР у цій групі.

Таблиця 2.1.

**Тяжкість симптомів ПТСР за методикою PCL-M для
військовослужбовців ЗСУ та ТрО та військовополонених**

Симптоми	Військово- службовці ЗСУ	Військово- службовці ТрО	Військово- полонені	p
	Кількість балів, $\pm\sigma$	Кількість балів, $\pm\sigma$	Кількість балів, $\pm\sigma$	
Інтрузії	$19 \pm 1,6$	$19 \pm 1,2$	$18 \pm 1,6$	$\leq 0,05$
Уникання	$10 \pm 1,2$	$9 \pm 1,1$	$10 \pm 1,1$	$\leq 0,05$
Негативні думки та емоції	$17 \pm 1,5$	$19 \pm 1,1$	$19 \pm 1,7$	$\leq 0,05$
Підвищена реактивність	$20 \pm 0,7$	$19 \pm 1,7$	$20 \pm 1,8$	$\leq 0,05$
Загальний бал	$66 \pm 1,2$	$66 \pm 1,3$	$67 \pm 1,6$	$\leq 0,05$

Виявлено, що рівень симптоматики ПТСР у військовополонених дещо вищий, що свідчить про вплив психологічної травми на посилення стресових симптомів, пов'язаних із емоційними переживаннями та тортурами. Для порівняння досліджено ПТСР у цивільних: 200 осіб із тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб, серед яких дорослі (80 і 120 осіб) та діти (30 і 70 осіб). Результати за методикою PCL-C, наведені в таблиці 2.2, дозволяють врахувати специфіку травматизації різних груп населення та провести детальний порівняльний аналіз.

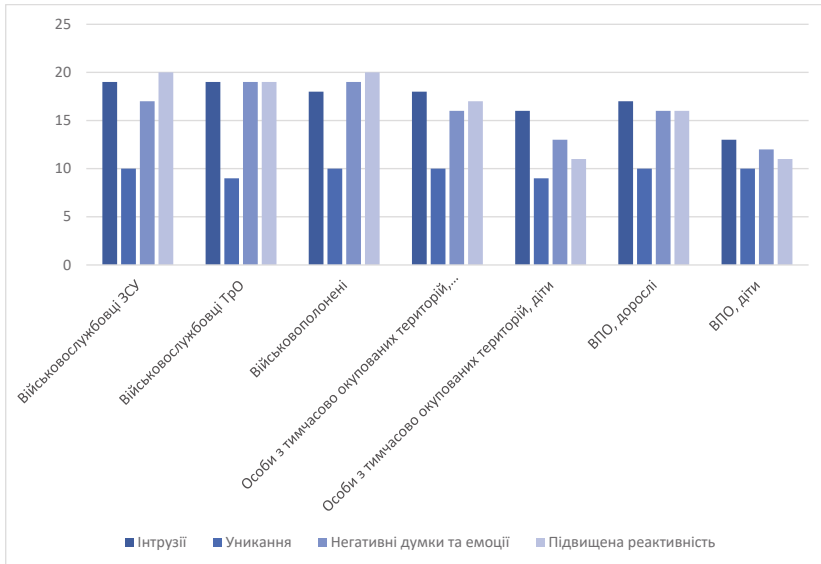
Дорослі, що проживали на тимчасово окупованих територіях, виявили високий рівень симптоматики ПТСР із середнім балом 61 ($\pm 1,3$), включаючи інтрузії ($18 \pm 1,0$), уникання ($10 \pm 1,7$), негативні думки ($16 \pm 1,4$) та підвищену реактивність ($17 \pm 1,1$). У дітей з цієї групи середній рівень симптоматики становить 49 ($\pm 1,0$) балів.

Серед ВПО та біженців також спостерігається висока тяжкість симптомів у дорослих ($59 \pm 1,7$ балів), тоді як у дітей показники нижчі – 46 ($\pm 1,25$), що вказує на відсутність ПТСР. Інтрузії, уникання, негативні думки та реактивність у дорослих ВПО становлять відповідно 17 ($\pm 1,9$), 10 ($\pm 1,8$), 16 ($\pm 1,7$) та 16 ($\pm 1,4$) балів, а у дітей – 13 ($\pm 1,6$), 10 ($\pm 1,1$), 12 ($\pm 1,2$) та 11 ($\pm 0,8$) балів.

Таблиця 2.2.

**Тяжкість симптомів ПТСР за методикою PCL-C осіб
із тимчасово окупованих територій та внутрішньо
переміщених осіб**

Симптоми	Особи з тимчасово оку- пованих територій		ВПО та біженці		p
	Дорослі	Діти	Дорослі	Діти	
	Кількість балів, $\pm\sigma$	Кількість балів, $\pm\sigma$	Кількість балів, $\pm\sigma$	Кількість балів, $\pm\sigma$	
Інтрузії	$18 \pm 1,0$	$16 \pm 1,7$	$17 \pm 1,9$	$13 \pm 1,6$	$\leq 0,05$
Уникання	$10 \pm 1,7$	$9 \pm 0,6$	$10 \pm 1,8$	$10 \pm 1,1$	$\leq 0,05$
Негативні думки та емоції	$16 \pm 1,4$	$13 \pm 1,1$	$16 \pm 1,7$	$12 \pm 1,2$	$\leq 0,05$
Підвищена реактивність	$17 \pm 1,1$	$11 \pm 0,7$	$16 \pm 1,4$	$11 \pm 0,8$	$\leq 0,05$
Загальний бал	$61 \pm 1,3$	$49 \pm 1,0$	$59 \pm 1,7$	$46 \pm 1,25$	$\leq 0,05$



*Рис. 2.1. Порівняння симптомів ПТСР серед військовослужбовців
та цивільного населення*

Кореляційні зв'язки ПТСР між військовослужбовцями та цивільним населенням не показали значущих відмінностей.

Порівнюючи військовослужбовців та цивільне населення, можна визначити, що середні бали та тяжкість симптомів ПТСР схильні відрізнятися. Військовослужбовці, які пережили полон, мають трошки вищий середній бал, вказуючи на більш виражені симптоми ПТСР порівняно з іншими групами. У цивільного населення (особи з тимчасово окупованих територій та ВПО), хоча середні бали також високі, вони демонструють певні відмінності у рівні симптоматики. Таке порівняння дозволяє визначити особливості психічного стану різних груп населення та може слугувати основою для розробки ефективних програм психологічної підтримки.

Клінічні прояви ПТСР дослідили за допомогою методики «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale)» [261]. Результати особливостей адаптованості військовослужбовців ЗСУ та ТрО, військовополонених та цивільних (осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО) наведено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Особливості адаптованості військовослужбовців ЗСУ та ТрО, військовополонених та осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО

Постраждалі		Достатній рівень адаптації	Виражене порушення адаптації	Адаптація значно порушена, ПТСР
Військовослужбовці ЗСУ		72,2%	14,2%	13,6%
Військовослужбовці ТрО		67,6%	17,9%	14,5%
Військовополонені		59,9%	22,4%	17,7%
Особи із тимчасово окупованих територій	Дорослі	73,4%	14,7%	11,9%
	Діти	90%	5,9%	3,1%
ВПО	Дорослі	74,3%	16,5%	9,2%
	Діти	98,3%	1,7%	-

Отже, 72,2% військовослужбовців ЗСУ виявили достатній рівень адаптованості, 14,2% мають проблеми з адаптацією і потребують медико-психологічного супроводу в медичних закладах, що не

спеціалізуються на психіатрії, а 13,6% потребують консультації психіатра для підтвердження діагнозу ПТСР та відповідного лікування. Військовослужбовці ТрО мають 67,7% достатнього рівня адаптації, 17,9% – виражені порушення адаптації. А 14,5% військовослужбовців ТрО мають значні порушення адаптації та ПТСР. Серед військовополонених було виявлено найбільші показники порушення адаптації та ПТСР – 17,7%, виражені порушення у 22,4%. Достатній рівень виявлено у 59,9% військовополонених. Серед цивільно населення показники порушення адаптації та ПТСР мають нижчі значення. Достатній рівень адаптації серед повнолітніх осіб із тимчасово окупованих територій та ВПО мав значення 73,4% та 74,3% відповідно. Виражені порушення адаптації виявлено у 14,7% повнолітніх осіб із тимчасово окупованих територій та 16,5 % у ВПО. Ознаки значного порушення адаптації та ПТСР серед повнолітніх осіб тимчасово окупованих територій та ВПО були у 11,9% та 9,2% постраждалих. Показники порушення адаптації та ПТСР були виявлені лише у дітей із тимчасово окупованих територій – 3,1%. Достатній рівень адаптації виявлено у дітей з тимчасово окупованих територій – 90% та ВПО – 98,3%, а виражені порушення адаптації мали діти із тимчасово окупованих територій – 5,9% та ВПО – 1,7%. Статистичний аналіз відмінностей в адаптації за допомогою U-критерію Манна-Уїтні не показав значущих різниць у рівні адаптованості військовослужбовців та цивільного населення ($p>0,05$).

Шкала тривоги Бека (див. Додаток В), підходить для виявлення тривоги як симптому тривожного розладу. Аналіз результатів дослідження тривоги у військовослужбовців та цивільних осіб показав значущі відмінності рівня показників ВАІ лише у тих, хто має провідний тривожно-фобічний або тривожно-депресивний синдром (див. табл. 2.4). Встановлено, що зі збільшенням тривалості стресу зростає рівень тривоги у пацієнтів із тривожними розладами. Таким чином, тривога «хронізується», що, врешті-решт, може негативно впливати як на задоволеність наданням медичної допомоги, так і на якість життя, пов'язану зі здоров'ям.

Низький рівень тривожності за результатами тестування за «Шкалою тривоги Бека» було виявлено у 23 (4,1%) пацієнтів. Серед військовослужбовців ЗСУ, ТрО та військовополонених цей рівень тривоги спостерігався у 2 (0,4%) осіб у кожній групі. Серед цивільного населення низький рівень тривожності зафіксовано у 15 (2,7%) дітей ВПО та 9 (1,6%) осіб із тимчасово окупованих територій. Для

дорослих із тимчасово окупованих територій цей показник становив 12 (2,1%), а серед ВПО – 14 (2,5%) осіб.

Таблиця 2.4.

**Оцінка рівнів тривоги за «Шкалою тривоги Бека, ВАІ»
військовослужбовців та цивільних осіб**

Рівень тривоги	Всі пацієнти (n=550), к-ть, (%)	Військово-службовці, к-ть, (%)		Військово-положені, к-ть, (%)	Особи із тимчасово окупованих територій, к-ть, (%)		ВПО, к-ть, (%)	
		ЗСУ	ТрО		Дорослі	Діти	Дорослі	Діти
Низький рівень	23 (4,1)	2 (0,4)	2 (0,4)	2 (0,4)	12 (2,1)	9 (1,6)	14 (2,5)	15 (2,7)
Легкий рівень тривоги	127 (23,1)	12 (2,1)	13 (2,4)	1 (0,2)	17 (3,1)	15 (2,7)	29 (5,3)	23 (4,2)
Середній рівень тривоги	299 (54,4)	78 (14,2)	47 (8,5)	38 (6,9)	29 (5,3)	5 (1)	65 (11,8)	28 (5)
Високий рівень тривоги	101 (18,4)	20 (3,6)	16 (2,9)	11 (2)	22 (4)	1 (0,2)	12 (2,1)	4 (0,8)

Легкий рівень тривоги було виявлено у 127 осіб. Серед військових найбільше пацієнтів із цим рівнем тривожності спостерігалось серед військовослужбовців ТрО – 13 (2,4%). Серед цивільного населення цей рівень тривоги переважав серед дорослих ВПО – 29 (5,3%) та дітей ВПО – 23 (4,2%).

Середній рівень тривоги було зафіксовано у найбільшій кількості постраждалих – 299 (54,4%) осіб. Серед військовослужбовців ЗСУ він становив 78 (14,2%), серед військовослужбовців ТрО – 47 (8,5%), а серед військовополонених – 38 (6,9%). У дорослих із тимчасово окупованих територій середній рівень тривожності виявлено у 29 (5,3%) осіб, а серед дітей – у 5 (1%). Серед ВПО цей рівень тривоги спостерігався у 65 (11,8%) дорослих та 28 (5%) дітей.

Високий рівень тривожності було виявлено у 101 (18,4%) постраждалого. Найбільше таких пацієнтів було серед військовослужбовців ЗСУ – 20 (3,6%) та дорослих осіб із тимчасово окупованих територій – 22 (4%).

Дослідження показало різні рівні тривожності серед груп населення, постраждалих від війни в Україні. Це дозволяє визначити специфічні потреби кожної групи у рамках підтримки психічного здоров'я.

Наступним етапом було проведення замірів тривожності за шкалою Гамільтона (НАМ-А) [250]. Показники тривожності й депресивності є ключовими аспектами дослідження, оскільки постраждалі перебувають у стані постійної тривоги та звертають підвищену увагу на стан свого здоров'я. Таблиця 2.5 містить дані аналізу основних ознак тривожності серед військових ЗСУ та ТрО, військовополонених і цивільних (дорослих і дітей з тимчасово окупованих територій та ВПО).

Таблиця 2.5.

Оцінка тривожності за шкалою Гамільтона у військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій, ВПО

Постраждалі		Середнє значення	Низький рівень, %	Легкий рівень, %	Середній рівень, %	Високий рівень, %
ЗСУ		17,5	5	23	32	40
ТрО		16	2	40	29	29
Військовополонені		19,1	-	12	44	44
Особи з тимчасово окупованих територій	Дорослі	14,3	-	45	50	5
	Діти	11,8	19	55	21	5
ВПО	Дорослі	15,13	8	35	32	25
	Діти	10	27	42	31	-

За даними таблиці можна визначити, що рівень тривожності відрізняється між різними групами, а порівняння між військовослужбовцями та цивільними підкреслює необхідність приділення уваги психічному здоров'ю різних категорій населення, зокрема тих, хто пережив військові події. Серед військовослужбовців ЗСУ середнє значення: 17,5 балів, що вказує на депресивний розлад середнього ступеня тяжкості. Військовослужбовці ТрО: середнє значення – 16 балів, які теж мають депресивний розлад середнього ступеня тяжкості, а військовослужбовці, які пережили полон мають у середньому депресивний розлад важкого ступеня – 19 балів. Серед цивільного населення дорослі особи, що проживали деякий час на тимчасово окупованих територіях мають у середньому легкий та

середній депресивний розлад (14,3 бала), а ВПО у середньому мають депресивний розлад середнього ступеня тяжкості (15,13 бала). Серед дітей з тимчасово окупованих територій та ВПО у середньому спостерігається легкий депресивний розлад – 11,8 бала та 10 балів відповідно.

За допомогою критерію Краскела-Уолліса проведемо аналіз розбіжності серед всіх груп досліджуваних. Параметри результатів (зазначені в роботі): $h_{\text{емп.}} = 46.65138$, $p = -16670531422.3$. На підставі результатів, можна вважати, що існують статистично значущі відмінності між розглянутими групами при рівні значущості $p \leq 0,01$. Це вказує на те, що групи відрізняються за деяким параметром, який був об'єктом вивчення, і це відкриває додаткові можливості для аналізу та інтерпретації цих відмінностей.

Анкета здоров'я пацієнта – депресія (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9) [5]. Аналіз рівня депресії у постраждалих внаслідок війни в Україні за шкалою PHQ-9 (табл. 2.6) показує збільшення депресії при пережитому стресу внаслідок війни як у військовослужбовців, так і цивільних осіб (дорослих та дітей).

Таблиця 2.6.

Динаміка депресії за шкалою PHQ-9 у військовослужбовців та цивільних осіб

Депресія	Військовослужбовці ЗСУ	Військовослужбовці ТРО	Військовополонені	Особі з тимчасово окупованих територій		ВПО	
				Дорослі	Діти	Дорослі	Діти
Відсутня	10 (9%)	12 (13%)	-	11 (14%)	5 (15%)	27 (22%)	22 (31%)
Легка (субклінічна)	20 (18%)	4 (5%)	9 (18%)	7 (9%)	10 (35%)	16 (14%)	19 (27%)
Помірної тяжкості	40 (36%)	36 (42%)	5 (10%)	40 (40%)	10 (35%)	33 (28%)	25 (36%)
Середньої тяжкості	30 (27%)	24 (27%)	22 (44%)	11 (14%)	5 (15%)	22 (18%)	4 (6%)
Тяжка	12 (10%)	12 (13%)	14 (28%)	21 (23%)	-	22 (18%)	-

У 9% військовослужбовців ЗСУ, не було виявлено депресії, у 18% – легка депресія, у 36% – помірна, у 27 % – середньої тяжкості депресія, а у 10% була виявлена тяжка депресія. Серед військовослужбовців ТрО 12% не мали депресії, 5% – легка депресія, 42% – помірна, у 27 середньої тяжкості і 13% мали тяжку депресію. У військовополонених не було виявлено осіб без депресії, легку стадію мали 18%, у 10% – помірної тяжкості, 44 % мали середньої тяжкості депресію, а 28% – тяжку стадію депресії.

Серед цивільних осіб у 14% дорослих осіб з тимчасово окупованих територій депресії не було, а серед дітей у 15%. У дорослих легка депресія – 9% та 35% у дітей. Дорослі з тимчасово окупованих територій мали 40% помірної тяжкості депресію, а серед дітей у 35%. Середньої тяжкості депресія спостерігалася у 14% дорослих та 15% дітей. Серед дорослих осіб 23% мали тяжку депресію у дітей така стадія не спостерігалася. У дорослих ВПО відсутня депресія у 22%, а у дітей у 31%. Легка стадія депресії спостерігалася у 14% дорослих та 27% дітей, а помірної тяжкості у 28 % дорослих та 36% дітей. Середньої тяжкості депресія спостерігалася у 18% дорослих та 6% дітей. Тяжка стадія депресії спостерігалася лише у 18% дорослих ВПО.

Щодо зв'язку депресії, тривоги та стресу у постраждалих внаслідок війни в Україні маємо такі результати (табл. 2.7) за шкалою депресії, тривоги та стресу (Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21).

Результати дослідження, представлені у таблиці 2.7, ілюструють рівень вираження депресії, тривоги та стресу серед різних груп респондентів після проведення медико-психологічної реабілітації за шкалою DASS-21. У військовослужбовців ЗСУ значний відсоток респондентів досягли нормального (1,8%) або легкого (3,6%) рівня депресії, тоді як важкі випадки депресії становили 8,75%. Схожа динаміка спостерігається у військовослужбовців ТрО, де нормальний рівень депресії був 2,2%, легкий – 2,9%, а важкі випадки – 7,9%.

Серед військовополонених рівень депресії в основному характеризувався середніми (1,8%) і важкими (6,02%) випадками, з меншою кількістю легких (1,6%) або нормальних (0,36%) випадків. У дорослих осіб з тимчасово окупованих територій значний відсоток респондентів мав помірний (8,3%) або важкий (3,6%) рівень депресії, з більшою кількістю нормальних випадків серед дітей (2,2%).

Таблиця 2.7.

Рівень вираження депресії, тривоги та стресу в респондентів досліджуваних груп за DASS-21.

Ступінь вираження	Військовослужбовці ЗСУ, (%)	Військовослужбовці ТрО, (%)	Військовополонені, (%)	Особи з тимчасово окупованих територій, (%)		ВПО, (%)	
				Дорослі	Діти	Дорослі	Діти
Рівень депресії							
Нормальний	10 (1,8)	12 (2,2)	2 (0,36)	12 (2,2)	5 (0,9)	24 (4,4)	22 (4)
Легкий	20 (3,6)	16 (2,9)	9 (1,6)	8 (1,45)	10 (1,8)	12 (2,2)	22 (4)
Помірний	38 (7,9)	34 (7,1)	10 (1,8)	40 (8,3)	15 (3,13)	38 (7,9)	25 (4,6)
Тяжкий	42 (8,75)	38 (7,9)	29 (6,02)	20 (3,6)	-	39 (8,13)	1 (0,18)
Рівень тривоги							
Нормальний	8 (1,45)	8 (1,45)	7 (1,3)	9 (1,6)	3 (0,54)	14 (2,8)	16 (3,3)
Легкий	24 (4,4)	28 (32%)	12 (2,2)	12 (2,2)	12 (2,2)	29 (6,02)	38 (7,9)
Помірний	48 (8,7)	32 (6,7)	19 (3,95)	37 (7,7)	15 (3,13)	43 (8,95)	16 (3,3)
Тяжкий	32 (6,7)	20 (3,6)	12 (2,2)	22 (4)	-	33 (6,9)	-
Рівень стресу							
Нормальний	6 (1,15)	8 (1,45)	3 (0,54)	9 (1,6)	3 (0,54)	22 (4)	12 (2,2)
Легкий	14 (2,8)	19 (3,95)	11 (2,3)	19 (3,95)	11 (2,3)	25 (4,6)	27 (5,6)
Помірний	58 (10,5)	38 (6,9)	14 (2,8)	37 (7,7)	14 (2,8)	45 (9,4)	28 (5,8)
Тяжкий	32 (6,7)	23 (4,2)	27 (4,9)	15 (3,13)	1 (0,18)	28 (5,1)	3 (0,54)

ВПО також демонстрували позитивні результати реабілітації, з високим відсотком респондентів у нормальному (4,4%) або легкому (2,2%) рівні депресії серед дорослих, а у дітей 4% і 4% відповідно.

Рівень тривоги та стресу в усіх групах також показує тенденцію до покращення, з більшою кількістю нормальних і легких випадків у порівнянні з довоєнними даними. В цілому, дані свідчать про суттєве зниження рівнів депресії, тривоги та стресу серед респондентів після проведення медико-психологічної реабілітації.

Отже, результати дослідження свідчать про високий рівень поширення ПТСР, депресії, тривоги та стресу серед військовослужбовців ЗСУ, ТрО, зокрема серед тих, хто перебував у полоні певний час та цивільних осіб, які перебували на тимчасово окупованих територіях чи ВПО. Виявлені дані підкреслюють необхідність системних заходів для підтримки психічного здоров'я різних груп населення, щоб забезпечити їм можливість подолати емоційні труднощі та відновити психологічну стійкість.

Наступним етапом дослідження стало визначення факторів, які впливають на психічне здоров'я осіб, постраждалих внаслідок війни в Україні.

Проблему збереження психічного здоров'я як військовослужбовців, так і цивільних осіб слід розглядати на різних рівнях: державному, військовому та індивідуальному. Водночас заходи, спрямовані на підтримку психічного здоров'я, можуть бути недостатньо ефективними, якщо самі постраждалі не долучаються до цього процесу. Необхідно, щоб вони свідомо впливали на власні психічні явища, поведінку та діяльність, спрямовуючи зусилля на збереження свого психічного здоров'я.

Наукові дані підтверджують, що підтримка психічного здоров'я вимагає не лише фізичної гігієни, але й дотримання психогігієни, самовиховання, формування чіткої життєвої позиції та позитивного мислення. Психічне здоров'я досягається шляхом гармонійного розвитку особистості, яка здатна уникати внутрішніх конфліктів, сумнівів і невпевненості в собі [59].

Зважаючи на це та результати проведених досліджень, можна зробити висновок, що як військовослужбовці, так і особи, які перебували на тимчасово окупованих територіях або є ВПО, повинні аналізувати власні сильні й слабкі сторони, а також об'єктивно оцінювати свої фізичні та психічні ресурси. У ролі суб'єкта та об'єкта збереження здоров'я вони мають навчитися управляти своїм психічним станом, розвивати пам'ять, увагу, уяву й розкривати внутрішні резерви психіки.

Для запобігання психічним розладам, прикордонним станам і захворюванням необхідно формувати цілісну, гармонійну й самодостатню

особистість. Така людина здатна активно пізнавати й удосконалювати себе, ефективно організовувати свою діяльність, побут, відпочинок і взаємодію з іншими людьми, як у сім'ї, так і в колективі.

Особливу роль у збереженні психічного здоров'я військових, військовополонених, ВПО та осіб із тимчасово окупованих територій відіграє самовиховання. Воно дозволяє формувати якості, які позитивно впливають на психічний стан. Самовиховання передбачає дії, спрямовані на саморозвиток відповідно до життєвих ідеалів, цілей і внутрішніх принципів. Завдяки цьому процесу особи, постраждалі від війни, можуть працювати над удосконаленням свого характеру, волі й інших важливих рис [101].

Здатність до самовиховання є ключовою для підтримки психічного здоров'я військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, ВПО та осіб із тимчасово окупованих територій. Через самовиховання вони розвивають якості, що позитивно впливають на їхній психічний стан. Цей процес включає особистісні дії, спрямовані на саморозвиток відповідно до внутрішніх ідеалів, життєвих цілей і стандартів, що дозволяє постраждалим вдосконалювати свій характер, волю та інші корисні риси. Завдяки цьому вони стають активними суб'єктами підтримки власного здоров'я, зокрема психічного. У таблиці 2.8 наведені показники ситуативної тривожності серед постраждалих внаслідок війни в Україні.

Таблиця 2.8.

Аналіз тривожності військовослужбовців, осіб із тимчасово окупованих територій та ВПО

Тривожність	Військовослужбовці ЗСУ	Військовослужбовці ТрО	Військовополонені	Особи з тимчасово окупованих територій		ВПО	
				Дорослі	Діти	Дорослі	Діти
Низький рівень	17 (15%)	19 (22%)	8 (16%)	21 (26%)	16 (53%)	16 (22%)	51 (42%)
Середній рівень	56 (50%)	48 (54%)	23 (46%)	27 (34%)	9 (30%)	36 (52%)	49 (41%)
Високий рівень	39 (35%)	21 (24%)	19 (38%)	32 (40%)	5 (17%)	18 (26%)	20 (17%)

Майже у всіх постраждалих спостерігається найбільше середній показник тривожності, лише серед дітей найвищий низький рівень.

На основі нашого дослідження було зроблено висновок, що для ефективного збереження психічного здоров'я військовослужбовців, внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та осіб із тимчасово окупованих територій необхідно дотримуватися таких ключових вимог:

1. Усвідомлення свого психічного стану: розуміння значення психічного здоров'я для повноцінної життєдіяльності, обізнаність про основні чинники, які можуть впливати на нього як позитивно, так і негативно, а також знання різновидів психогігієни та методів впливу на власну психіку.

2. Контроль над емоціями та станом: здатність управляти власними почуттями та психічним станом за допомогою ефективних методів саморегуляції.

3. Здоровий спосіб життя та програма самозбереження: свідоме впровадження практик, спрямованих на підтримку психічного та фізичного здоров'я, зокрема:

- уникнення негативних умов життєдіяльності;
- регулярні заняття спортом;
- організація повноцінного відпочинку;
- уникнення деструктивних стосунків у сім'ї та колективі;
- відмова від шкідливих звичок (алкоголь, наркотики, тютюнокуріння);
- запобігання фізичному, моральному й психічному перевантаженню.

Таким чином, виявлення чинників, які впливають на психічне здоров'я постраждалих, є важливим кроком для кращого розуміння їхньої ситуації та ефективного управління психосоціальними аспектами життя.

Основними факторами, які можуть впливати на психічний стан постраждалих, є: травматичні події, наявність соціальної підтримки, економічні труднощі, доступ до медичних послуг, здатність адаптуватися до змін і використання індивідуальних ресурсів.

Для ефективного управління та підтримки осіб, постраждалих внаслідок війни в Україні, необхідно аналізувати ці чинники та розробляти програми й ініціативи, спрямовані на мінімізацію їхнього негативного впливу та підвищення рівня психічного добробуту.

Також, проведено дослідження якості життя у пацієнтів за допомогою опитувальна SF-12. Інтегральний показник якості життя

обчислюється як середнє арифметичне з суми показників [259, 291]. Оцінки кожної шкали подаються у балах (від 0 до 100), де вищий бал вказує на вищий рівень ЯЖ. Значення від 0 до 20 балів для показників фізичного та психічного компонентів вказують на погану якість життя; 21–40 – середню; 41–60 – хорошу; 61–80 – дуже хорошу; 81–100 – відмінну. Тестові шкали дозволяють оцінити два інтегральних показники, які відображають якість життя: «фізичний компонент здоров'я» (PCS) та «психічний компонент здоров'я» (MCS).

Таблиця 2.9.

Дослідження якості життя військовослужбовці ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО за двома категоріями: «фізичний компонент здоров'я» (PCS) та «психічний компонент здоров'я» (MCS).

Група постраждалих			Провідний синдром			
			тривожно-фобічний	тривожно-депресивний	депресивно-іпохондричний	астено-апатичний
1			2	3	4	5
MCS	Військовослужбовці ЗСУ		41,75 (35,19-46,02)	43,81 (42,29-47,71)	38,28 (34,15-43,55)	51,81 (41,73-55,55)
	Військовослужбовці ТрО		42,12 (36,22-47,32)	44,11 (43,17-48,71)	37,18 (33,29-42,71)	49,12 (39,13-52,28)
	Військовополонені		40,81 (37,19-46,31)	36,40 (33,07-42,28)	33,40 (23,91-38,61)	42,42 (30,30-53,18)
	Особи з тимчасово окупованих територій	Дорослі	40,81 (37,22-46,31)	44,68 (43,29-48,71)	39,29 (35,05-44,45)	42,36 (30,10-54,11)
		Діти	44,47 (40,27-45,46)	45,45 (42,71-49,79)	44,68 (43,29-48,71)	47,16 (35,19-56,12)
	ВПО	Дорослі	41,81 (38,21-47,37)	44,68 (43,29-48,71)	39,29 (35,05-44,45)	42,80 (32,53-51,16)
		Діти	47,89 (39,22-53,31)	48,81 (45,20-53,73)	52,81 (42,73-56,56)	48,36 (37,10-54,11)

Продовження табл. 2.9.

1			2	3	4	5
PCS	Військовослужбовці ЗСУ		45,45 (42,71-49,79)	43,09 (35,44-48,76)	34,66 (30,66-45,65)	43,22 (36,33-48,79)
	Військовослужбовці ТрО		43,15 (41,78-48,13)	41,24 (34,86-43,72)	36,68 (30,39-44,62)	37,53 (31,92-45,27)
	Військовополонені		42,47 (41,27-45,46)	40,14 (35,91-42,73)	34,38 (31,87-45,12)	42,36 (31,10-54,21)
	Особи з тимчасово окупованих територій	Дорослі	44,71 (39,14-47,43)	43,83 (42,49-49,81)	38,29 (36,15-42,55)	53,8 (44,73-58,86)
		Діти	49,45 (41,17-48,49)	59,45 (51,18-58,91)	52,75 (43,70-54,19)	53,15 (46,17-58,92)
	ВПО	Дорослі	43,87 (41,43-48,18)	44,27 (41,91-51,12)	42,11 (41,71-52,29)	43,18 (40,11-52,16)
		Діти	47,17 (41,87-46,49)	58,15 (50,10-59,11)	53,15 (44,12-55,12)	52,18 (42,18-55,13)

Дослідження показало, що пацієнти, які були обстежені, мають меншу якість життя порівняно з середнім показником по країні (50 ± 10 балів) [261]. У досліджуваній групі середні показники якості фізичного та психічного життя серед військовослужбовців ЗСУ – 43,91 та 41,61, військовослужбовців ТрО – 43,13 та 39,65 бала, військовополонених – 38,25 та 39,65 бала, дорослих осіб із тимчасово окупованих територій – 41,78 та 41,15 бала, діти з тимчасово окупованих територій – 46,76 та 53,7 бала та ВПО дорослі мали середній бал 42,14 та 43,35, серед дітей ВПО – 49,46 та 52,66 бала.

Дані в таблиці 2.9. показують, що низький показник фізичного компонента якості життя може бути прогнозований наявністю соматичних симптомів. У той час як зниження психічного компоненту якості життя є показником впливу наявних неспецифічних реакцій (НПР). Результати свідчать про те, що зі збільшенням тривалості ангіоспастичного стану коронарних судин якість життя погіршується, при цьому психічний компонент виявляється більш вразливим, ніж фізичний. Це вказує на вплив хронічного захворювання на психічний стан особи.

2.3. Медичний стан постраждалих

Надання медичної допомоги постраждалим внаслідок війни в Україні, які мають депресію, ПТСР або тривожний розлад, здійснюється переважно лікарями загальної практики або сімейними лікарями. Завдання лікарів загальної практики включає активне виявлення випадків депресії серед пацієнтів із групи ризику [201]. До критеріїв визначення групи ризику відносяться:

- наявність психічних або поведінкових розладів у особистій чи сімейній історії;
- епізоди депресії, тривоги чи ПТСР у медичному анамнезі;
- хронічні хвороби або інвалідність;
- психоемоційне навантаження, зокрема втрата близької людини чи роботи;
- соціальна ізоляція та відсутність підтримки у міжособистісних відносинах.

У закладах первинної медичної допомоги пацієнтам із виявленим депресивним синдромом (ДС) або тривожно-депресивним синдромом (ТДС) легкого та помірного ступеня призначають відповідну терапію [43, 179].

Важливим елементом лікування є інформування пацієнтів із депресією про їхній стан здоров'я, перебіг захворювання та варіанти лікування. Це включає як усне, так і письмове надання рекомендацій щодо медикаментозних і немедикаментозних методів.

Принцип «покрокової допомоги», який застосовується у закладах первинної медичної допомоги, охоплює широкий спектр інтервенцій: від моніторингу легких епізодів та підтримки самоконтролю до короткострокової психотерапії. У разі необхідності призначають медикаменти першої лінії або направляють пацієнтів на вищий рівень медичної допомоги [218].

Для лікування депресії у закладах первинної медичної допомоги використовуються антидепресанти першої лінії, які демонструють високу ефективність і безпеку, а також низький ризик побічних ефектів. Препарати з групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну (СІЗЗС) мають найбільш вагомі докази ефективності [239].

Пацієнти з депресією направляються до психіатра в медичні заклади вторинної допомоги або консультуються з ним для постановки діагнозу. Лікування депресії на первинному рівні включає психотерапію та медикаментозне лікування, а лікарі загальної практики

можуть направити пацієнтів на психотерапевтичні втручання, такі як навчання самоконтролю. Пацієнти з високим ризиком суїциду негайно направляються до спеціалізованих стаціонарів для невідкладної допомоги.

Для забезпечення послідовності медичної допомоги пацієнтам із депресією у кожному медичному закладі рекомендується розробляти та впроваджувати локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), які визначають клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до наявної технічної та кадрової бази [143]. Взаємодія між медичними закладами, що надають первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану медичну допомогу, може бути регульована відповідними наказами Міністра охорони здоров'я та структурними підрозділами органів охорони здоров'я регіонів [114].

Оцінка фізичного здоров'я військовослужбовців та постраждалих внаслідок війни є важливою частиною реабілітації. Військові дії можуть призводити до серйозних травм, психічних розладів та інших проблем, що потребують комплексного підходу для ефективного лікування. Основні етапи оцінки включають:

1. Медична евакуація та невідкладна допомога – надання першої допомоги та транспортування постраждалих [164].
2. Компенсація втрат функцій – оцінка травм та розробка індивідуальних програм реабілітації з використанням фізіотерапії та інших методів [73].
3. Оцінка психічного здоров'я – надання психотерапевтичної допомоги, зокрема для лікування ПТСР та депресії [138].
4. Лікування хронічних захворювань – відновлення доступу до медичної допомоги та лікування загострень [93].
5. Соціальна та економічна реінтеграція – програми для адаптації та здобуття нових навичок [7].

Проведені комплексні дослідження у сфері медико-психологічних аспектів були спрямовані на виявлення факторів ризику розвитку психічних розладів, таких як тривога, депресія та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), що є основними індикаторами порушень психосоматичного здоров'я. Також досліджувалися чинники, які впливають на зміни у фізичному стані. Дослідження сучасних факторів ризику дозволяє вдосконалити підходи до профілактики та ранньої діагностики психічних розладів у пацієнтів із соматичними патологіями на етапі первинної медичної допомоги (ПМД).

Згідно з розділом 2, у дослідженні взяли участь 550 пацієнтів, серед яких 412 чоловіків та 136 жінок. Воно проводилося в межах розробленої наукової програми, яка зосереджувалася на вивченні чинників, що впливають на перебіг і розвиток порушень психосоматичного здоров'я серед військовослужбовців Збройних сил України (ЗСУ), територіальної оборони (ТрО), військовополонених, осіб із тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Для збору даних використовувався метод соціологічного опитування на основі спеціально розробленої анкети з чітким переліком питань.

Аналіз вікових характеристик учасників показав, що їхній вік варіювався від 10 до 82 років. Розподіл за статтю не мав статистично значущих відмінностей у межах окремих вікових груп ($p = 0,267$). Середній вік чоловіків становив $36,7 \pm 15,8$ років, тоді як середній вік жінок – $23,1 \pm 16,8$ років (таблиця 2.10).

Таблиця 2.10

Розподіл респондентів за віковими групами (абс., %)

Вікові групи	Число осіб, всього	У тому числі			
		чоловіки		жінки	
		абс.	%	абс.	%
До 18	100	45	8,2	55	10
18-25	120	89	16,2	31	5,6
26-35	215	176	32	39	7
36-45	56	47	8,5	9	1,6
46-55	29	25	4,5	4	0,7
Старше 55	30	26	4,7	4	0,7

Окрім аналізу досліджуваних за віком провели дослідження характеристик на розвиток депресії, ПТСР, тривожності та аналіз впливу наявності хронічних соматичних захворювань на розвиток стресових станів у постраждалих внаслідок війни. Першим етапом аналізу було визначення та розподіл постраждалих за наявністю окремих захворювань (табл. 2.11) та їх поєднання (табл. 2.12)

Підтверджено, що у 98,5% постраждалих внаслідок війни виявлено різні захворювання і лише 11,5% мали прояви депресії або тривоги. У перерахунку на кількість осіб захворювання органів дихання мали 46 осіб (8,5%), органів травлення – 128 осіб (23%), хвороб нервової системи – 127 осіб (23%), новоутворення – 11 осіб (2%), хвороб ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин – 77 осіб (14%) та системи кровообігу – 19 осіб (3,5%).

Таблиця 2.11.

Розподіл постраждалих внаслідок війни за наявністю окремих захворювань

Захворювання	Кількість досліджуваних, абс., (%)
Відсутні захворювання	74 (14,5%)
Хвороби органів дихання	46 (8,5%)
Хвороби органів травлення	128 (23%)
Хвороби нервової системи	127 (23%)
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	77 (14%)
Хвороби системи кровообігу	19 (3,5%)
Хвороби сечостатевої системи	79 (14,5%)

У таблиці 2.12 наведено характеристику різних поєднань захворювань.

Таблиця 2.12

Частота поєднання основного та супутніх захворювань у досліджуваних умовах (абс., %)

Класи захворювань (МКХ-11)	Супутні захворювання							
	Відсутність захворювання	Хвороби органів дихання	Хвороби органів травлення	Хвороби нервової системи	Хвороби ендокринної системи	Хвороби системи кровообігу	Хвороби сечостатевої системи	Всього
Основні	абс,	15	12	1	8	4	6	46
	%	32	27	2	17	9	13	100
Хвороби органів дихання	абс,	13	43	36	14	8	14	128
	%	10	33	28	11	7	11	100
Хвороби органів травлення	абс,	3	31	48	3	17	25	127
	%	2	24	38	2	13	21	100
Хвороби нервової системи	абс,	11	4	14	18	21	9	77
	%	14	5	18	24	28	11	100
Хвороби ендокринної системи	абс,	2	1	0	12	3	1	19
	%	11	5	0	63	16	5	100
Хвороби системи кровообігу	абс,	2	1	0	12	3	1	19
	%	11	5	0	63	16	5	100

Продовження табл. 2.12.

Хвороби сечостатевої системи	абс,	11	5	18	29	2	14	79
	%	14	6	23	37	3	17	100
Всього	абс,	55,83	97	118,09	85,54	55,76	69,78	476
	%	11,72	20,37	24,80	17,97	11,71	13,43	100

При аналізі частоти поєднання основного та супутніх захворювань були включені дані про пацієнтів із запитаним захворюванням (n=476) та виключені відвідувачі поліклініки з іншою (профілактичною) метою. У військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні у 476 осіб (86,5%) – встановлено більше одного діагнозу.

При аналізі частоти поєднання основного та супутніх захворювань були включені дані про пацієнтів із запитаним захворюванням (n=476) та виключені відвідувачі поліклініки з іншою (профілактичною) метою. У військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні у 476 осіб (86,5%) – встановлено більше одного діагнозу.

Отримані об'єднані частотні дані використовували для визначення прогностичної цінності формування стресового психологічного фону пацієнтів та підвищення ризику розвитку ПТСР (табл. 2.13).

Таблиця 2.13

Частота виявлення ПТСР у військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО залежно від поширення хвороб

Класи хвороб (за МКХ-11)	Кількість досліджуваних, абс., (%)	Частота виявлення ПТСР, кількість осіб, абс., (%)	p
Відсутні захворювання	74 (15,5)	13 (2,7)	-
Хвороби органів дихання	46 (9,5)	14 (2,9)	0,421
Хвороби органів травлення	128 (27)	98 (20,5)	0,001*
Хвороби нервової системи	127 (26)	89 (18,7)	0,512
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	77 (16)	71 (15)	0,002*
Хвороби системи кровообігу	19 (4)	17 (3,5)	0,016
Хвороби сечостатевої системи	79 (16,5)	68 (14,3)	0,316
Всього	476	370 (77,7)	0,017

Примітка. * – статистично значима оцінка відносного частоти виявлення ($p < 0,05$)

Таблиця 2.13 надає важливу інформацію щодо зв'язку між різними класами хвороб та поширенням ПТСР серед вказаних категорій військовослужбовців та осіб, пов'язаних із військовими конфліктами. Значущі статистичні різниці вказують на потенційний вплив певних хвороб на ризик розвитку ПТСР.

Аналізуючи частоту діагностування посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб із тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб (ВПО), залежно від поширення супутніх захворювань, встановлено такі результати.

У групі досліджуваних із захворюваннями органів дихання (46 осіб, 8,5%) симптоми ПТСР виявлено у 14 осіб (2%). Хвороби органів травлення діагностовано у 128 осіб (23%), при цьому ПТСР зафіксовано у 98 осіб (18%). Захворювання нервової системи були виявлені у 127 осіб (23%), із них ПТСР виявлено у 89 осіб (17%).

Захворювання ендокринної системи, порушення харчування та обміну речовин виявлено у 77 осіб (14%), а симптоми ПТСР спостерігалися у 71 особи (13%). Хвороби системи кровообігу діагностовані у 19 осіб (3,5%), з них ПТСР виявлено у 17 осіб (3%). У 79 осіб (15%) спостерігалися хвороби сечостатевої системи, серед яких ПТСР виявлено у 68 осіб (12%).

Загальна частота діагностування ПТСР серед усіх обстежених становила 370 осіб (67%).

Отримані об'єднані частотні дані використовували для визначення прогностичної цінності формування стресового психологічного фону пацієнтів та підвищення ризику розвитку тривоги (табл. 2.14).

Таблиця 2.14

Частота виявлення тривожних розладів у військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО в залежності від поширення хвороб

Класи хвороб (за МКХ-11)	Кількість досліджува- них, абс., (%)	Частота вияв- лення депресії, кількість осіб, абс., (%)	p
Відсутні захворювання	74 (15,5)	54 (11,3)	-
Хвороби органів дихання	46 (9,5)	32 (6,7)	0,301
Хвороби органів травлення	128 (27)	112(23,5)	0,002*
Хвороби нервової системи	127 (26)	109 (22,9)	0,001*

Продовження табл. 2.14.

Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	77 (16)	52 (11)	0,292
Хвороби системи кровообігу	19 (4)	14 (3)	0,006*
Хвороби сечостатевої системи	79 (16,5)	68 (14,3)	0,116
Всього	476	441 (92,6)	0,007

Примітка. * – статистично значима оцінка відносного частоти виявлення ($p < 0,05$)

За відсутності соматичного захворювання тривожні розлади проявлялися у 54 випадках (10%). Наявність соматичного захворювання підвищує ризик розвитку у пацієнта стану тривоги, який є показником стану стресу. Збільшення частоти тривоги порівняно з особами без соматичних захворювань характерне для всіх соматичних захворювань, але не є статистично значущим при патологіях органів травлення, неврологічних та хворобах системи кровообігу ($p > 0,05$).

Взаємозв'язок частоти депресії залежно від окремих соматичних захворювань у постраждалих внаслідок війни в Україні наведено в таблиці 2.15.

Таблиця 2.15

Частота виявлення депресії у військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО залежно від поширення хвороб

Класи хвороб (за МКХ-11)	Кількість досліджуваних, абс., (%)	Частота виявлення тривоги, кількість осіб, абс., (%)	p
Відсутні захворювання	74 (15,5)	14 (3)	0,412
Хвороби органів дихання	46 (9,5)	28 (6)	0,001*
Хвороби органів травлення	128 (27)	67 (14)	0,529
Хвороби нервової системи	127 (26)	87 (18)	0,002*
Хвороби ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин	77 (16)	58 (12)	0,001*
Хвороби системи кровообігу	19 (4)	17 (3,5)	0,478
Хвороби сечостатевої системи	79 (16,5)	70 (15)	0,001*
Всього	476	341	0,004

Примітка. * – статистично значима оцінка відносного частоти виявлення ($p < 0,05$)

Згідно з отриманими даними, депресія зустрічалася з найменшою частотою в 14 випадках (3%) за відсутності соматичних захворювань. Захворювання органів травлення мали статистично значущі побічні ефекти: частота депресії у 67 випадках (14%), хвороби нервової системи – частота депресії у 87 випадках (11%), захворювання сечостатевої системи – депресія виявлена у 70 випадках (15%), захворювання ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин – частота депресії 58 осіб (12%).

Отже, оцінка фізичного здоров'я та медичних проблем постраждалих від війни вимагає інтегрованого підходу, щоб забезпечити повноцінну та ефективну реабілітацію. Головною метою є покращення якості життя постраждалих та їх повноцінне відновлення в суспільстві.

Для аналізу медичного обслуговування досліджуваних військовослужбовців та цивільних, що постраждали внаслідок війни після отримання первинної медичної допомоги проводилося анкетування з використанням розробленої анкети (див. Додаток Ж). Анкетування проводилося в період з 05.01.2024 р. по 11.02.2024 р.

Оцінка загального самопочуття за віковими групами представлена в таблиці 2.16.

Таблиця 2.16.

Розподіл відповідей осіб на питання «Оцініть своє загальне самопочуття?», абс., $P \pm m$ (у %)

Група постраждалих		Оцінка загального самопочуття, абс, (%)			Всього	p
		чудове	добре	погане		
Військовослужбовці ЗСУ		12 (10,7)	97 (86,6)	3 (2,7)	112	0,2461
Військовослужбовці ТрО		20 (22,8)	63 (71,6)	5 (4,6)	88	
Військовополонені		5 (10)	39 (78)	6 (12)	50	
Особи з тимчасово окупованих територій	Дорослі	0	65 (81,25)	15 (18,75)	80	0,1091
	Діти	3 (10)	21 (70)	6 (20)	30	
ВПО	Дорослі	1 (0,8)	87 (72,5)	33 (26,7)	120	0,3021
	Діти	2 (0,6)	61 (89,4)	7 (10)	70	
Всі респонденти		43 (7,7)	433 (78,7)	75 (13,6)	550	-

Респонденти в цілому висловили своє загальне самопочуття так: добре – 433 осіб (78,7%), чудове – 43 осіб (7,7 %), погане – 75 особи

(13,6 %). Стосовно розподілу оцінок свого загального самопочуття між військовослужбовцями ЗСУ, ТрО та військовополонених не виявлено статистично значущої різниці ($p > 0,05$).

Аналогічні результати з відсутністю статистично значущої різниці в розподілі оцінок загального самопочуття були отримані між дорослими та дітьми з тимчасово окупованих територій та ВПО. Найбільше досліджуваних по всіх категоріях відповіли, що загальне самопочуття – добре.

Розподіл оцінок респондентів в залежності групи постраждалих (військовослужбовці ЗСУ, ТрО, військовополонені, особи з і тимчасово окупованих територій та ВПО) представлено у таблиці 2.17.

Таблиця 2.17.

Розподіл відповідей осіб на питання «На вашу думку, чи вважаєте Ви за потрібне звертатися до сімейного лікаря на консультацію при наявності відчуття неспокою, тривоги, депресії тощо?» абс., $P \pm m$ (у %)

Група постраждалих		Кількість опитаних, число відповідей, абс, (%)			Всього	p
		так	ні	інше		
Військовослужбовці ЗСУ		98 (87,5)	10 (9)	4 (3,5)	112	0,768
Військовослужбовці ТрО		50 (57)	36 (41)	2 (2)	88	
Військовополонені		31 (62)	14 (28)	5 (10)	50	
Особи з тимчасово окупованих територій	Дорослі	49 (61,25)	30 (37,5)	1 (1,25)	80	0,699
	Діти	23 (76,7)	1 (3,3)	6 (20)	30	
ВПО	Дорослі	87 (72,5)	33 (27,5)	0	120	0,689
	Діти	61 (87)	8 (11,7)	1 (1,3)	70	
Всі респонденти		388 (72,5)	143 (24)	19 (3,5)	550	-

Навіть при відсутності статистично значущої різниці в схильності до лікування (звернення до лікаря) ($p > 0,05$), отримані результати свідчать про те, що всі досліджувані більше проявляють увагу до свого здоров'я, звертаючись до лікаря для консультації у випадках відчуття неспокою, тривоги, депресії.

Своєчасне звернення до лікаря та проведення профілактичних заходів відображається на кращій оцінці загального самопочуття респондента. Звертання до лікаря залежить не лише від постраждалого, але й від оцінки загального самопочуття (таблиця 2.18).

Таблиця 2.18

Аналіз оцінок загального самопочуття та потреби звернення до лікаря, абс., %

Оцінка само- почуття	Постраждалі, які звернулися до лікаря (число осіб), абс., %			
	так	ні	інше	всього
Чудове	39 (90,7%)	3 (7%)	1 (2,3%)	43 (100%)
Добре	312 (72%)	109 (25%)	11 (3%)	433 (100%)
Погане	37 (49,3%)	31 (41,3%)	7 (9,3%)	75 (100%)
Всього	388 (72,5)	132 (24)	19 (3,5)	550
p	< 0,0001			

Загалом, відображені дані дозволяють оцінити рівень задоволення пацієнтів і якість медичної допомоги. Більшість пацієнтів (72%) відзначили своє самопочуття як «Добре», що свідчить про те, що постраждалі внаслідок війни часто звертаються до лікарів, в цілому задоволені наданою допомогою.

З іншого боку, група осіб із незадовільним самопочуттям (49,3%) свідчить про наявність певних проблем або викликів у сфері медичної практики, що потребують уваги та вдосконалення. Важливо також зазначити, що 24% осіб не зверталися за медичною допомогою, незалежно від стану свого здоров'я. Це може вказувати на необхідність підвищення рівня обізнаності населення про важливість медичних послуг та забезпечення їх більшої доступності для цієї категорії.

Узагальнюючи, аналіз отриманих даних свідчить про те, що медичне обслуговування та реабілітація військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб із тимчасово окупованих територій та ВПО загалом здійснюються на високому рівні. Водночас виявлено потенціал для подальшого вдосконалення, особливо в аспекті доступності та якості медичних послуг для зазначених груп населення.

Аналіз наслідків війни в Україні для розвитку ПТСР, депресії та тривоги у пацієнтів із соматичними захворюваннями надає цінну наукову інформацію, яка може бути використана для вдосконалення профілактичних заходів, особливо в межах первинної медичної допомоги [132]. Основна мета цього дослідження – оцінка сучасного стану організації первинної медичної допомоги для пацієнтів із ознаками психічних розладів.

Як зазначено вище, серед обстежених 87 осіб не мали ознак депресії, 65 – тривоги, тоді як у 63 осіб було виявлено симптоми

стресового стану. Загалом депресія спостерігалася у 463 осіб, а тривога – у 485 осіб різного ступеня тяжкості, переважно легкої та середньої форми, або у комбінації цих розладів. Подальший аналіз проводився з урахуванням зазначених груп респондентів.

Таблиця 2.19

Характеристика переважних типів лікування залежно від проявів порушень психічного здоров'я у постраждалих внаслідок війни в Україні (абс., %)

Переважний тип лікування	Порушення психічного здоров'я у хворих, абс., (%)		Всього хворих, абс., (%)
	Відсутні порушення	Наявні порушення	
Первинне спостереження	115 (58,4)	108 (30,6)	223 (40,5)
Регулярне лікування	19 (9,6)	54 (15,3)	73 (13,3)
Курсове лікування	23 (11,7)	57 (16,1)	80 (14,5)
Періодичне лікування	98 (49,7)	132 (37,4)	330 (60)

Отже, серед пацієнтів без порушень психічного здоров'я виявилася значно більша кількість осіб, які перебували під первинним спостереженням (58,4 %), у порівнянні з групою постраждалих із проявами психічних розладів. Це призвело до зменшення обсягу різних видів лікування, що підтверджується статистично значущою різницею між вказаними групами ($p=0,0001$).

Експертна оцінка обґрунтованості вибору спеціаліста при першому звертанні пацієнтів була проведена на основі даних 550 медичних карт амбулаторних хворих: військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО.

Виявлено, що обсяг звернень до лікарів загальної практики був значно вищим серед пацієнтів без ознак порушень психічного здоров'я – 76,6 % осіб, порівняно із групою пацієнтів із проявами стресу – 38 % опитаних ($p=0,001$).

Дослідження показало, що до лікарів загальної практики звернулося 95,4% пацієнтів без ознак психічних розладів, тоді як серед хворих із проявами стресу цей показник становив 68,7% ($p=0,031$). У 55,52% випадків пацієнти із симптомами стресу спочатку зверталися до вузькопрофільних фахівців, порівняно із 49,7% осіб без

психоемоційного стресу, які обрали лікаря загальної практики як першого спеціаліста ($p=0,001$). Також встановлено, що 91,9% пацієнтів із ознаками стресу відвідували фахівців-спеціалістів при першому зверненні, порівняно із 72,5% осіб з іншої групи ($p=0,037$) (табл. 2.21).

Таблиця 2.20.

Аналіз обґрунтованості вибору спеціаліста хворими при первинному звертанні, (кількість хворих, абс., %)

Показники	Хворі з порушенням психічного здоров'я, абс., (%)		Всього хворих, абс.=550, (%)	p
	Відсутні порушення, абс.=197, %	Наявні порушення, абс.=353, %		
Обсяг звернень до лікарів загальної практики	151/197 (76,6)	134/353 (38)	285/550 (51,8)	0,001
Обсяг звернень до лікарів-психологів	144/151 (95,4)	92/134 (68,7)	236/285 (82,8)	0,031
Обсяг звернень до лікарів вузьких спеціалістів	98/197 (49,7)	196/353 (55,52)	294/550 (53,5)	0,002
Обґрунтовані звернення до спеціаліста при первинному зверненні	91/99 (91,9)	137/189 (72,5)	228/288 (79,2)	0,029

Таблиця 2.21.

Частота відвідувань лікаря за одне захворювання варіюється залежно від виявлених проявів порушень психічного здоров'я (кількість хворих, в абсолютних числах та у відсотках)

Кількість прийомів	Постраждали з порушенням психічного здоров'я, абс., (%)		Всього хворих, абс., (%)
	Відсутні порушення	Наявні порушення	
1-2	134 (68)	141 (39,94)	275 (50)
3-4	32 (16,2)	46 (13)	78 (14,1)
Більше 4	117 (59,4)	80 (22,66)	197 (35,9)
p	0,0005		-

Отже, присутність факторів стресу, тривоги, депресії та психоемоційних труднощів впливала на обґрунтованість звернення як до лікарів загальної практики, так і до фахівців з вузьким профілем.

Таким чином, наявність стресу, тривоги, депресії та інших психо-емоційних труднощів впливала на вибір між лікарями загальної практики та вузькопрофільними фахівцями. Аналіз виконання призначеного лікування (табл. 2.21) показав незначні відмінності між групами: 134 пацієнти (68%) без психічних розладів дотримувалися лікарських рекомендацій, порівняно із 141 пацієнтом (39,94%) із порушеннями психічного здоров'я ($p=0,398$).

Дослідження частоти відвідувань за один випадок лікування виявило, що 275 (50%) пацієнтів здійснюють один-два візити, тоді як 197 (35,9%) – понад чотири. Статистично значуща різниця була зафіксована між групами: серед осіб із порушеннями психічного здоров'я 80 (22,6%) пацієнтів здійснили понад чотири візити, у той час як 141 (39,94%) обмежилися одним-двома. У групі осіб без психічних розладів спостерігався зворотний тренд ($p<0,05$), що підкреслює специфічні потреби пацієнтів із ПТСР, тривогою та депресією у сфері первинної медичної допомоги.

Висновки до розділу 2

1. Розроблено та визначено для аналізу медико-психологічних аспектів стану постраждалих внаслідок війни в Україні методики дослідження, визначення об'єкта дослідження та вибір вибіркової групи. Це надало чітке розуміння підходів, використаних у процесі збору та аналізу даних.

2. Психологічний аналіз стану постраждалих включав оцінку психологічних станів, стресових реакцій та психопатологічних симптомів. Виявлення факторів, які впливають на психічне здоров'я постраждалих, та аналіз взаємозв'язків між психологічними та медичними аспектами надають глибокий інсайт у психосоматичний аспект стану постраждалих.

3. З'ясовано, що чисельність хворих з проявами порушень психічного здоров'я ПТСР найвища у військовослужбовців ЗСУ, ТрО та військовополонених – максимально 69 балів за методикою PCL-M. Аналіз результатів дослідження тривоги у військовослужбовців та цивільних осіб показав значущі відмінності рівня показників ВАІ лише у тих, хто має провідний тривожно-фобічний або тривожно-депресивний синдром, найбільше постраждалих мали середній рівень тривоги 54,4%. Оцінка тривожності за шкалою Гамільтона теж

показала найвищі показники легкого та середнього рівнів тривоги у всіх постраждалих. Динаміка депресії за шкалою PHQ-9 у військовослужбовців та цивільних осіб найвищі показники середньої та помірної тяжкості. Щодо зв'язку депресії, тривоги та стресу у постраждалих внаслідок війни в Україні найвищі показники – помірний ступінь за шкалою депресії, тривоги та стресу (Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21)

4. У досліджуваній групі за двома категоріями: «фізичний компонент здоров'я» (PCS) та «психічний компонент здоров'я» (MCS) середні показники якості фізичного та психічного життя серед військовослужбовців ЗСУ – 43,91 та 41,61, військовослужбовців ТрО – 43,13 та 39,65 бала, військовополонених – 38,25 та 39,65 бала, дорослих осіб із тимчасово окупованих територій – 41,78 та 41,15 бала, діти з тимчасово окупованих територій – 46,76 та 53,7 бала та ВПО дорослі мали середній бал 42,14 та 43,35, серед дітей ВПО – 49,46 та 52,66 бала.

5. Медичний стан постраждалих включав оцінку фізичного здоров'я та медичних проблем, аналіз медичного обслуговування та реабілітації, а також визначення впливу фізичного стану на психічне здоров'я. Для цього проведено розподіл постраждалих внаслідок війни за наявністю окремих захворювань. У 98,5% постраждалих внаслідок війни виявлено різні захворювання і лише 11,5% мали прояви депресії або тривоги. У перерахунку на кількість осіб захворювання органів дихання мали 46 осіб (8,5%), органів травлення – 128 осіб (23%), хвороб нервової системи – 127 осіб (23%), новоутворення – 11 осіб (2%), хвороб ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин – 77 осіб (14%) та системи кровообігу – 19 осіб (3,5%).

6. Для аналізу медичного обслуговування досліджуваних військовослужбовців та цивільних, що постраждали внаслідок війни після отримання первинної медичної допомоги проводилося анкетування з використанням розробленої анкети. Респонденти в цілому висловили своє загальне самопочуття так: добре – 433 осіб (78,7%), чудове – 43 осіб (7,7 %), погане – 75 особи (13,6 %). Стосовно розподілу оцінок свого загального самопочуття між військовослужбовцями ЗСУ, ТрО та військовополонених не виявлено статистично значущої різниці ($p > 0,05$). Також проведено аналіз оцінок загального самопочуття та потреби звернення до лікаря. Більшість пацієнтів (72%) відзначили своє самопочуття як «Добре», що свідчить про

те, що постраждалі внаслідок війни часто звертаються до лікарів, в цілому задоволені наданою допомогою. З іншого боку, група з поганим самопочуттям (49,3%) вказує на наявність проблем або певних викликів у медичній практиці, які вимагають уваги й вдосконалення. Необхідно також звернути увагу на відсоток осіб, які не зверталися до лікаря незалежно від свого самопочуття (24%). Це може вказувати на можливу потребу в підвищенні свідомості та доступності медичних послуг для даної групи населення.

7. Показано, що прояви розладів психічного здоров'я (ПТСР, тривога та депресія) значним чином знижували якість життя хворих за усіма досліджуваними критеріями оцінки якості.

РОЗДІЛ 3

РОЗРОБКА ТА ВПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

3.1. Модель реабілітаційного центру для військовослужбовців

Створення комплексної моделі соціальної адаптації та медико-психологічної підтримки військовослужбовців, які брали або беруть участь у бойових діях, передбачає чітке визначення ролей усіх залучених організацій:

1. Військовослужбовці ТЦК займаються обліком та створенням бази даних і інформуванням організацій для соціальної адаптації цієї категорії осіб [152].

2. Органи соціального захисту забезпечують матеріальну підтримку, правовий захист, та соціальні виплати військовим і їхнім сім'ям [134, 222].

3. Органи охорони здоров'я відповідають за медичну реабілітацію ветеранів і організацію центрів медико-відновлювальної допомоги.

4. Спеціалісти з соціально-психологічної реабілітації (психологи та психотерапевти) надають підтримку та співпрацюють з медичними працівниками.

5. Служба зайнятості допомагає у професійній підготовці та працевлаштуванні колишніх військовослужбовців.

6. Організації ветеранів забезпечують моральну підтримку військовим та їхнім сім'ям.

Для ефективної роботи цих структур доцільно створити регіональні координаційні ради. Також важливо організувати реабілітаційні центри для членів сімей військових, які теж зазнали психотравм. Медико-психологічні центри реабілітації військових надають повний спектр послуг – медичних, психологічних та соціальних – для військовослужбовців, які повертаються з бойових дій або перебувають у складних психоемоційних ситуаціях і потребують допомоги [111, 196].

Основними завданнями центру медико-психологічної реабілітації є забезпечення комплексної допомоги військовослужбовцям, які

потребують медико-психологічної підтримки. Це включає створення умов для всебічної реабілітації учасників бойових дій, розробку та впровадження уніфікованих методик реабілітації, що сприятиме передачі досвіду для утворення подібних центрів у майбутньому. Крім того, центр займається підготовкою фахівців для надання психологічної допомоги, а також організовує супровід військових, щоб забезпечити доступність послуг кожному демобілізованому військовослужбовцю ЗСУ і ТрО.

Пріоритет у наданні послуг у клініці відводиться найбільш уразливим категоріям населення, зокрема:

- військовослужбовцям;
- ветеранам бойових дій;
- членам їхніх родин.

Медико-психологічний центр реабілітації функціонує з метою забезпечення пацієнтам повного спектра мультидисциплінарної медичної, психологічної допомоги та реабілітації. До цього пакета входить [56, 85, 111]:

- первинне обстеження пацієнта за участю команди фахівців відповідно до міжнародних стандартів;
- проведення лабораторних та інструментальних досліджень у співпраці з передовими лабораторіями;
- постановка діагнозу та розробка індивідуального плану лікування, психокорекції, психотерапії, медичної та фізичної реабілітації;
- безпосереднє здійснення лікування, психокорекції, психотерапії, реабілітації, моніторинг стану пацієнта, корекція реабілітаційного плану на основі отриманих результатів;
- надання подальших рекомендацій.

Основна мета центру медико-психологічної реабілітації та ключові завдання включають:

1. Забезпечення комплексної медико-психологічної допомоги.
2. Організація умов для всебічної реабілітації учасників бойових дій.
3. Розробка та впровадження уніфікованих методик і підходів до реабілітації з метою поширення досвіду створення аналогічних центрів для військовослужбовців ЗСУ та ТрО.
4. Підготовка фахівців, здатних надавати психологічну допомогу та проводити заходи психологічного супроводу військовослужбовців.

5. Забезпечення доступу до медико-психологічної допомоги кожному демобілізованому військовослужбовцю ЗСУ або ТрО.

Система медико-психологічної реабілітації побудована на принципах етапності та послідовності. На кожному етапі визначені конкретні завдання, форми і методи реабілітації, що дає змогу оптимально адаптувати процес під індивідуальні потреби військовослужбовців. Перший етап передбачає первинну психопрофілактику безпосередньо в районах бойових дій, коли військовослужбовці готуються до виконання бойових завдань. На другому етапі реабілітаційні заходи продовжуються під час виконання військових завдань у бойових умовах.

Третій етап реабілітації відбувається після виходу військових із зони бойових дій, де вони проходять відновлення, доукомплектування особовим складом і підготовку до нових завдань. На четвертому етапі медико-психологічна допомога надається в лікувальних установах МО і МОЗ України, що забезпечують первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану допомогу. П'ятий етап охоплює спеціалізовані відділення реабілітації у медичних центрах МО України, де військовослужбовці отримують всебічну медико-психологічну підтримку.

Розробка моделі реабілітаційного центру для військовослужбовців ЗСУ та ТрО включає кілька основних етапів і аспектів. Вона базується на інтегрованому підході для забезпечення комплексної медико-психологічної допомоги та підтримки. Загальний план створення реабілітаційного центру передбачає:

- аналіз та вивчення потреб військовослужбовців у медичній і психологічній допомозі із залученням фахівців різних напрямів для визначення основних проблем і запитів.

- розробка плану та формулювання основної мети реабілітаційного центру, визначення конкретних завдань і встановлення критеріїв оцінки ефективності програм і послуг.

- інфраструктура та обладнання, включає вибір локації для центру, забезпечення його сучасним обладнанням і облаштування приміщень для психотерапевтичної та групової роботи.

- фаховий персонал включає підбір кваліфікованих медичних і психологічних спеціалістів, а також проведення тренінгів для роботи з військовослужбовцями.

- програми реабілітації та розробка індивідуальних планів медичної та фізичної реабілітації, створення програм психологічної підтримки, організація групових сесій для взаємопідтримки.

- соціальна підтримка, включає надання консультацій із соціальної адаптації, допомога у виборі нових професій і підтримка сімей військових.

- моніторинг та оцінка, а саме створення системи контролю прогресу, аналіз ефективності програм, опитування пацієнтів і внесення коректив на основі отриманих результатів.

- партнерства та ресурси включають співпрацю з урядовими та неприбутковими організаціями, навчальними закладами, медичними установами для реалізації програм і обміну ресурсами.

- інформаційна кампанія, створення інформаційних матеріалів, вебресурсів, брошур і заходів для підвищення обізнаності суспільства щодо проблем військовослужбовців і необхідності їхньої реабілітації.

- фінансування, а саме формування детального бюджету, включаючи витрати на зарплати, обладнання, програми й інформаційні заходи, а також залучення фінансування від держави, міжнародних організацій і бізнесу.

- запуск роботи та тестування програм і послуг перед офіційним запуском, урочисте відкриття та початок діяльності центру.

- розвиток і вдосконалення та регулярний аналіз ефективності роботи центру, удосконалення програм і послуг, а також розширення діяльності залежно від зростання потреб.

Цей покроковий підхід забезпечить ефективність функціонування реабілітаційного центру та його відповідність потребам військовослужбовців.

Модель організації центру медико-психологічної реабілітації передбачає надання всебічної психологічної допомоги військовослужбовцям, включаючи психологічний супровід, реабілітацію, абілітацію та ресоціалізацію демобілізованих осіб [174]. Вона також охоплює психологічну підготовку мобілізованих, їх реабілітацію в військових частинах і полігонах [183], підтримку сімей загиблих, а також роботу з родинами військовослужбовців [195].

Процес організації психологічної роботи в реабілітаційному центрі включає кілька етапів. На першому етапі кожен госпіталізований військовослужбовець проходить скринінговий психологічний тест і первинну зустріч з психологом для оцінки стану, виявлення потреб у підтримці та планування подальшої реабілітації. Пацієнтам, що не мають потреби в психологічній допомозі, надається право відмовитися від подальшого супроводу.

Другий етап передбачає курс психологічної реабілітації з індивідуальними і груповими консультаціями, абілітацією та соціалізацією, а також запрошення на профілактичні зустрічі за місцем проживання. Для кожного військовослужбовця створюється карта психологічного супроводу, де відображається хід консультацій і терапії.

На третьому етапі, після виписки з реабілітаційного центру, при необхідності продовжуються індивідуальні консультації. Діяльність центру також включає виїзні консультації, забезпечення методичними матеріалами, щомісячні звіти районних психологів і гнучку міжвідомчу координацію, спрямовану на задоволення індивідуальних потреб військовослужбовців.

Організація центру реабілітації дозволяє максимально ефективно та результативно забезпечувати психологічну допомогу, і вона складається з таких підрозділів:

1. відділення психологічної реабілітації та психологічного супроводу для учасників бойових дій;
2. відділення психологічної реабілітації та психологічного супроводу для осіб, які не брали участь у бойових діях (члени родин учасників бойових дій, волонтери, медичний персонал);
3. факультативне відділення підготовки до участі у бойових діях та розробки програм підготовки.

Склад реабілітаційного центру включає керівника та психологів, розподілених за відділеннями психологічної реабілітації та підготовки.

Медико-психологічний центр реабілітації розрахований на 100 ліжок, стаціонар денного перебування та консультативний (амбулаторний) прийом.

Клініка має наступні приміщення:

- 50 окремих палат;
- ординаторська;
- холл;
- в холі місця кейс-менеджерів;
- кімната для середнього медичного персоналу;
- маніпуляційний кабінет;
- кабінет директора;
- кабінети лікарів терапевта (сімейного лікаря);
- кабінет лікаря отоларинголога;
- кабінет лікаря гастроентеролога;

- кабінет лікаря окуліста;
- кабінети лікарів психіатрів;
- кабінет лікаря невролога;
- кабінет лікаря уролога/гінеколога;
- кабінет ультразвукової, ендоскопічної та функціональної діагностики;
- десять кабінетів психологів (психотерапевтів);
- дві зали групової терапії;
- кабінет логопеда;
- кабінет соціальних працівників;
- кабінети фізичної реабілітації;
- зала лікувальної фізкультури, механотерапії;
- кабінет для забору аналізів та біоматеріалів;
- кухня та столова, кафетерій;
- кабінет старшої медичної сестри;
- кабінет сестри-господарки;
- технічні приміщення.

Організаційна структура медико-психологічного центру реабілітації (див. додаток 3):

Перелік лікарського складу:

- лікар терапевт;
- лікар психіатр;
- лікар невролог;
- лікар травматолог/ортопед;
- нейрофізіолог;
- лікар реабілітолог.

Перелік лікарського складу консультантів:

- лікар гастроентеролог;
- лікар уролог/гінеколог;
- лікар окуліст;
- лікар отоларинголог;
- лікар кардіолог;
- лікар ендокринолог;
- лікар ультразвукової діагностики;
- лікар інфекціоніст.

Перелік психолого-педагогічного складу:

- клінічний психолог;
- психотерапевт;

- логопед.

Середній медичний персонал:

- старша медична сестра;
- маніпуляційна медична сестра;
- медичні сестри.

Молодший медичний персонал:

- сестра-господарка;
- санітари/санітарки.

Мета психологічної реабілітації включає:

- Збереження або відновлення фізичного та психічного здоров'я отримувачів послуг.

- Досягнення соціально-психологічного благополуччя.

- Зниження частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій.

- Запобігання інвалідності.

- Профілактика агресивної та саморуйнівної поведінки.

Основні цілі проведення психологічної реабілітації включають:

- Діагностика та нормалізація психічних функцій особи, яка користується послугами.

- Відновлення порушених (втрачених) психічних функцій до оптимального рівня їх вираженості.

- Корекція особистості для забезпечення ефективного функціонування в суспільстві.

- Надання допомоги в установленні (відновленні) конструктивних взаємин у сім'ї та суспільстві.

- Відновлення адаптивних механізмів до екстремальних (бойових) дій.

- Опанування методів саморегуляції та керування стресом (заспокоєння).

- Запобігання психологічному травмуванню та психічним розладам.

- Проведення психопрофілактичної та психокорекційної роботи із сім'єю особи, яка отримує послуги.

- Формування позитивних реакцій, мотивацій та соціальних установок на життя та професійну діяльність.

Психологічна реабілітація включає надання таких послуг:

- Психологічна діагностика, яка включає оцінку актуального психологічного стану та індивідуально-психологічних

особливостей користувача послуг, контроль за його психічним станом, визначення потреб та оптимальних методів психологічної реабілітації [66].

- Психологічна освіта та інформаційний вплив – передача отримувачу послуг інформації для формування розуміння закономірностей функціонування людської психіки, поведінки в екстремальних умовах, розвиток навичок та методів саморегуляції психіки, надання самопомоги та першої психологічної допомоги іншим особам, а також готовності та бажання отримувати професійну психологічну допомогу у разі потреби;

- Психологічне консультування – комплекс короткострокових заходів, які проводить психолог, і спрямовані на надання отримувачу послуг інформації з психологічних питань, емоційної підтримки, допомоги у прийнятті усвідомлених рішень та оцінці власних психологічних ресурсів для зміни поведінки, розвитку відповідальності за власну поведінку, самосвідомості та зміни ставлення до проблеми, підвищення стресостійкості та розвитку психологічної культури [17];

- Психологічна підтримка і супровід – система соціально-психологічних засобів і методів, спрямованих на соціально-професійне самовизначення особистості під час відновлення її здібностей, ціннісних орієнтацій і самосвідомості, з метою підвищення конкурентоспроможності та адаптованості, подолання стресових та інших життєвих ситуацій і запобігання виникненню психологічних кризових станів;

- Психотерапія – застосування психологічних методів для вирішення особистісних та міжособистісних проблем за допомогою стандартизованих процедур у формі індивідуальних або групових сесій, спрямованих на відновлення порушеної діяльності організму отримувача послуг для відновлення або компенсації його психічних функцій, особистісних якостей, взаємостосунків і поліпшення якості життя [189];

- Групова робота – проведення психологічних тренінгів, інтерв'ю, сеансів з психологічної освіти та інформації для групової підтримки застосуванням стандартизованих процедур, спрямованих на самовиявлення учасників таких груп, активацію наявного досвіду і пошук шляхів розв'язання власних психологічних проблем, розвиток навичок саморозкриття та самовдосконалення, освоєння нових комунікативних і поведінкових стратегій.

Реабілітаційний центр для надання комплексної медико-психологічної допомоги військовослужбовцям ЗСУ та ТрО має структуру, що

охоплює різні функціональні блоки для забезпечення ефективної реабілітації. Адміністративний блок керує персоналом та фінансовими ресурсами, а медичний блок забезпечує фізіотерапію, реабілітаційні вправи, а також індивідуальну і групову психотерапію для подолання стресу. Соціальний блок надає консультації та допомагає військовим адаптуватися в соціальній сфері, включаючи підтримку в професійній реабілітації. Освітні програми сприяють розвитку навичок, а спортивні та творчі активності – фізичному та емоційному відновленню. Центр також має IT-інфраструктуру з електронною медичною документацією, що спрощує моніторинг і обмін інформацією, а вебсайт і онлайн-ресурси забезпечують доступ до інформації для пацієнтів і громадськості. Нарешті, постійний моніторинг та оцінка ефективності дозволяють покращувати програми на основі зворотного зв'язку.

Процедури та методики реабілітації, що реалізуються у реабілітаційному центрі для військовослужбовців ЗСУ та ТрО, адаптуються до індивідуальних потреб кожного пацієнта. Проте можна виділити основні напрямки, що охоплюють медичну, психологічну та соціальну реабілітацію:

1. Медична реабілітація охоплює фізіотерапію та рухову активність: індивідуальні заняття для відновлення рухових функцій і силової витривалості, групові вправи (наприклад, фітнес чи йога) для сприяння загальному фізичному відновленню. Лікувальний масаж та мануальну терапію, використання масажу для зниження м'язового напруження та покращення кровообігу; мануальна терапія для відновлення функцій хребта та суглобів. Гідротерапію, застосування басейнів і гідромасажів для зменшення болю та поліпшення рухливості [129].

2. Психологічна реабілітація включає: індивідуальну терапію: робота над подоланням посттравматичних стресових реакцій, зокрема когнітивно-поведінкову терапію та групову терапію: обмін досвідом і взаємопідтримка серед учасників, і мистецьку терапію: використання художніх засобів, музики та танців для емоційного вираження й творчої самореалізації [6].

Психологічна підтримка передбачає: діагностику соціально-психологічної дезадаптації, аналіз результатів психодіагностичних обстежень, оцінку психоемоційного стану, а також розробку стратегій адаптації. Психологічне консультування, проведення індивідуальних і сімейних сесій, під час яких військовослужбовцям надається можливість висловити свої переживання та отримати підтримку. Наголос

робиться на поясненні тимчасовості пережитого досвіду та необхідності відкритої підтримки з боку спеціалістів і близьких. Психокорекцію, надання допомоги при психічних розладах, які заважають нормальній адаптації, таких як депресія, залежності чи девіантна поведінка [30, 52, 54]. Навчання саморегуляції, освоєння технік релаксації, ауто-тренінгу та інших методів зняття напруги та соціально-психологічні тренінги: спрямовані на підвищення адаптивності та особистісного розвитку. Цей підхід забезпечує комплексну реабілітацію, сприяючи поверненню військовослужбовців до повноцінного життя.

3. Соціальна реабілітація передбачає участь соціальних працівників у консультуванні, проведення індивідуальних сесій для вирішення соціальних проблем і надання доступу до необхідних ресурсів. До цього також входять тренінги та програми, спрямовані на розвиток навичок соціальної взаємодії. У процесі реабілітації забезпечується підтримка сімей військовослужбовців із наданням їм відповідної допомоги [213].

Центр соціально-психологічної реабілітації для військовослужбовців ЗСУ та ТрО має виконувати такі завдання:

- медична реабілітація з акцентом на допомогу військовим, які отримали інвалідність;
- психологічна та психотерапевтична допомога: проведення індивідуальних і групових сесій;
- соціально-психологічна підтримка: створення умов для психологічного розвантаження, зокрема обладнання спеціальної кімнати в межах центру;
- соціально-правовий захист: координація дій із військкоматами, військовими частинами, центрами зайнятості та навчальними закладами. Сюди входять юридичні консультації, підтримка підприємництва й участь у розробці та реалізації системи соціального захисту.

4. Професійна реабілітація включає аналіз навичок військовослужбовців і допомогу у виборі професійної сфери для подальшого розвитку. Вона забезпечує можливості для здобуття нових знань і вмінь, що сприятимуть професійному зростанню.

Ці методи та процедури спрямовані на не лише фізичне, а й психологічне та соціальне відновлення військовослужбовців ЗСУ та ТрО, з орієнтацією на їхню адаптацію до повноцінного життя. Необхідно гарантувати індивідуальний підхід до кожного клієнта та адаптувати програми реабілітації відповідно до його потреб і прогресу.

Кожен військовослужбовець повинен пройти комплексну психологічну та медичну реабілітацію, що забезпечує цілісний підхід до медико-психологічного відновлення та соціальної підтримки.

Під час нового відрядження у складні та небезпечні умови стрес проходить через кілька етапів. На початковій стадії тривоги організм реагує на подразник, який спричиняє стрес, що викликає фізіологічні зміни: прискорення дихання, незначне підвищення артеріального тиску та частоти пульсу. Психічні функції також зазнають впливу: увага фокусується на стресовому факторі, а контроль над ситуацією підвищується.

Це активує захисні ресурси організму та механізми саморегуляції, що сприяють подоланню стресу. За умови ефективності цих процесів тривога зменшується, і стрес завершується. У більшості випадків стресові ситуації вирішуються саме на цьому етапі.

Розробка та впровадження ефективної моделі надання медико-психологічної допомоги військовослужбовцям стає надзвичайно важливою. Ця модель повинна враховувати специфіку потреб цільової аудиторії, забезпечувати доступність послуг та гарантувати комплексний підхід до реабілітації (див. рис. 3.1). Враховуючи різноманітні потреби та індивідуальні особливості військовослужбовців, модель включає як стаціонарне, так і амбулаторне лікування з різноманітним спектром послуг та програм, що сприяють їхньому фізичному та психічному відновленню.

Відповідно до визначених критеріїв було виявлено виражені показники невротичного стану у військовослужбовців двох груп: перша група – особи, які повернулися із зони активних бойових дій, та друга група – ті, які планують повернення у активну зону бойових дій [206] (див. рис. 3.2.). Перед проведенням медико-психологічної реабілітації військовослужбовців було використано методику «Скринінг наявності посттравматичного стресового розладу (PCL-5)» [138, 290]. Ця методика є широко використовуваною в практиці для виявлення ознак посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед осіб, що були в екстремальних ситуаціях або брали участь у воєнних діях [240].

Результати аналізу психологічного стану військовослужбовців після проведення методики реабілітації у центрі з використанням опитувальника «Скринінг наявності посттравматичного стресового розладу (PCL-5)» були представлені на графіку (див. рис. 3.2). Оскільки рівень значущості (p) більший за критичний ($p_{\text{набл}} > p_{\text{крит}}$), виявлено

статистично значущу залежність між показниками. Графічно це відображено на графіку, де видно різницю у показниках самопочуття, активності, настрою, ситуативної та особистісної тривожності до та після реабілітації. Отримані результати є статистично значущими, оскільки ймовірність похибки низька ($p < 0,05$) [198].

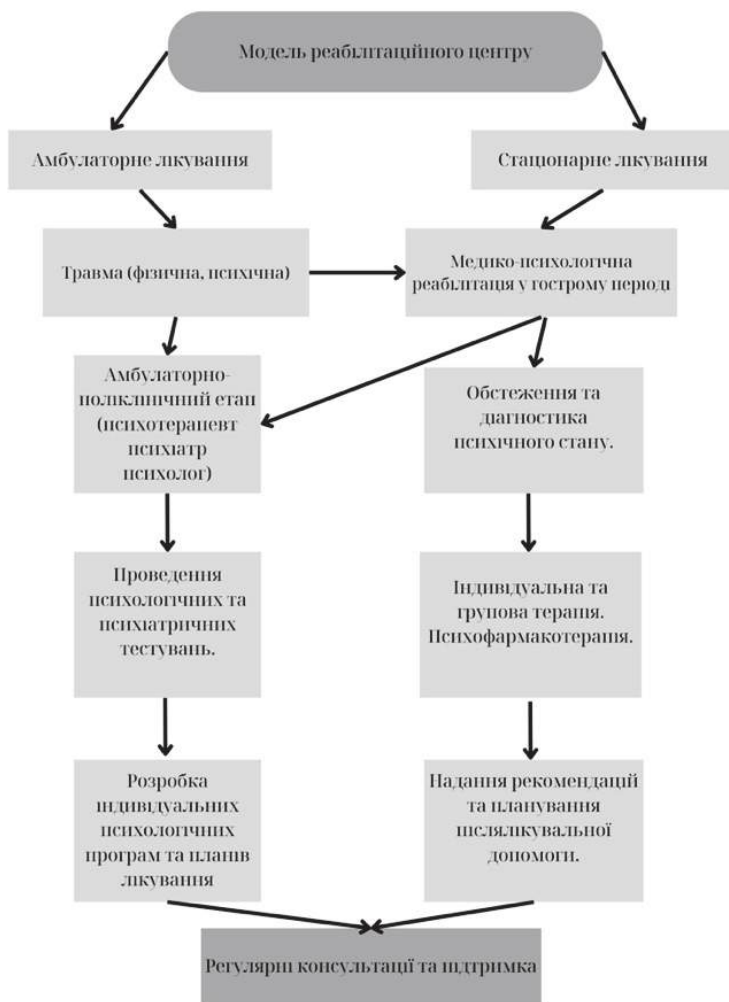


Рис. 3.1. Модель медико-психологічної реабілітації військовослужбовців

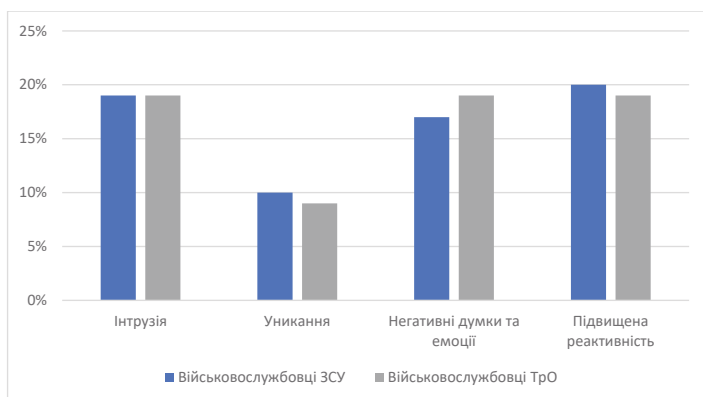


Рис. 3.2. Показники психологічного стану військовослужбовців ЗСУ та ТрО до методики реабілітації (за методикою «Скринінг наявності посттравматичного стресового розладу (PCL-5)»).

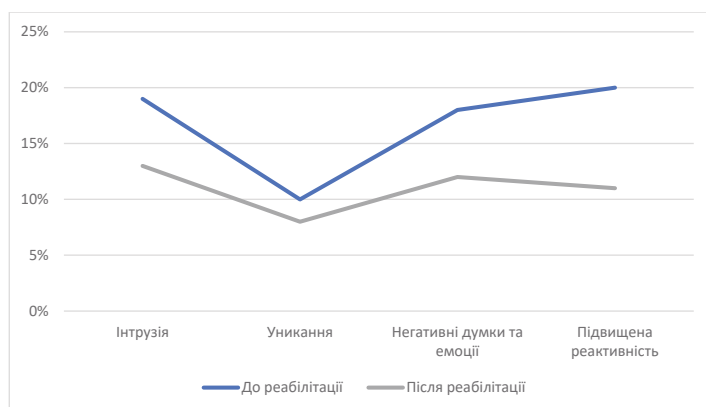


Рис. 3.3. Динаміка змін результатів психологічного стану військовослужбовців за методикою «Скринінг наявності посттравматичного стресового розладу (PCL-5)»

Внаслідок проведеної реабілітації можна стверджувати, що психоемоційний стан військовослужбовців, які повернулися з зони активних бойових дій, значущим чином покращився відповідно до визначених критеріїв. Реальні результати методик відображаються відповідно до показників, що підтверджуються t-критерієм Стьюдента. Отримані результати реабілітації військовослужбовців ЗСУ та

ТрО є значущими, що дозволяє зробити висновок про достовірність отриманих даних [27]

Кількість осіб, які після стабілізації стану та лікування потребують подальшої реабілітації, невпинно зростає, тому забезпечення їх повернення до повноцінного життя є пріоритетом МОЗ. Щоб зробити послуги з реабілітації доступнішими, наприкінці 2022 року програму медичних гарантій було доповнено новими пакетами: «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям у стаціонарних умовах» і «Реабілітаційна допомога дорослим та дітям в амбулаторних умовах» [117, 155]. Особа, яка потребує комплексного відновлення, може самостійно обрати медичний заклад, що законтрактований НСЗУ за цими пакетами [118]. Усі послуги з реабілітації є безкоштовними й повністю покриті в межах Програми медичних гарантій.

Відповідно до Закону України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» [60], у мультидисциплінарну реабілітаційну команду входять:

- лікарі фізичної та реабілітаційної медицини, які очолюють команду, організовують її роботу та забезпечують виконання індивідуального реабілітаційного плану;
- фізичні терапевти, що відновлюють рухові функції;
- ерготерапевти, які допомагають відновити соціальні, побутові та професійні навички;
- терапевти мови й мовлення;
- протезисти-ортезисти;
- психологи та психотерапевти;
- медичні сестри з реабілітації;
- асистенти фізичних терапевтів та ерготерапевтів.

Програма медико-психологічної реабілітації передбачає наступні етапи:

- підготовчий етап (тривалість до 21 дня);
 - діагностично-лікувальний етап (тривалість 21 доба);
 - реабілітаційний етап (тривалість 24 доби);
 - профілактично-стабілізаційний етап (тривалість від 3 до 6 місяців);
 - повторний етап: за необхідності або при регресії стану клієнта [6].
- Медико-психологічна реабілітація учасників бойових дій включає:
- проведення психологічної просвіти та консультацій;
 - психологічну діагностику (тестування, опитування, спостереження);

- індивідуальні консультації;
- групову роботу (лекції, семінари, тренінги, бесіди);
- супровід і консультаційну підтримку сімей військовослужбовців;
- заходи соціально-психологічного розвантаження (зустрічі з волонтерами, участь у культурних заходах: концертах, виставках, лекціях тощо);
- психоемоційне розвантаження (релаксаційні вправи, медитації);
- психологічну корекцію та планування майбутнього через індивідуальні та групові тренінги, орієнтовані на цілепокладання, мотивацію та побудову життєвих планів.

Терапевтичний огляд (загальний медичний огляд) здійснюється сімейним лікарем, терапевтом або лікарем загальної практики. Його структура включає:

- аналіз скарг пацієнта;
- збір загального анамнезу життя;
- визначення наявності алергічних реакцій;
- уточнення інфекційного анамнезу;
- антропометричні вимірювання;
- оцінку температури тіла, артеріального тиску, сатурації та інших базових показників;
- призначення лабораторних досліджень (загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові, електрокардіографія тощо);
- проведення спеціалізованих інструментальних обстежень за показаннями (ультразвукова діагностика, ехокардіографія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, флюорографія, рентгенографія, електроенцефалографія та інші);
- консультації клінічного психолога, лікаря-реабітолога та вузькопрофільних спеціалістів;
- встановлення клінічного та супутніх діагнозів із подальшим формуванням плану лікування, індивідуальної програми медико-психологічної допомоги та реабілітації відповідно до чинних протоколів МОЗ України;
- надання лікувальних, консультаційних, психокорекційних, психотерапевтичних і реабілітаційних послуг;
- повторне проведення діагностичних процедур (аналізи, обстеження, огляди);
- оформлення виписного епікризу.

Етапи взаємодії медичного персоналу з військовослужбовцями в медичному центрі [23]:

1. Оцінка потреб – аналіз травм, захворювань та інших факторів, що впливають на здоров'я військовослужбовців.

2. Планування медичних заходів – підготовка до евакуації, організація лікування та екстреної медичної допомоги.

3. Надання екстреної допомоги – проведення першої допомоги, стабілізація стану та транспортування до медичного закладу.

4. Лікування та реабілітація – співпраця з фізіотерапевтами, психологами та іншими спеціалістами для забезпечення повного фізичного та психічного відновлення.

5. Постійний моніторинг – регулярні медичні огляди, контроль ефективності лікування та підтримка в процесі відновлення.

6. Реакція на кризові ситуації – оперативна медична допомога, організація евакуації та відновлення медичної інфраструктури.

7. Взаємодія з родинами військовослужбовців – надання інформації, психологічної підтримки, участь у програмах сімейної терапії, сприяння збереженню сімейних зв'язків.

8. Удосконалення медичних практик – впровадження інноваційних методів лікування та реабілітації, участь у дослідженнях.

Зазначені етапи та роль медичних працівників і психологів у реабілітаційному процесі спрямовані на забезпечення комплексної підтримки фізичного та психічного здоров'я військовослужбовців.

3.2. Протокольна модель медичної та психологічної реабілітації

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є популярною та науково обґрунтованою формою психотерапії для лікування психічних розладів, зокрема депресії, тривожних розладів, ПТСР та розладів харчування. Вона застосовується для людей різного віку як в індивідуальному, так і груповому форматах і є частиною офіційних протоколів терапії [30, 247]. Зі зростанням поширеності ПТСР серед військових і переселенців в Україні, КПТ набула особливого значення як ефективний немедикаментозний метод допомоги. Цей підхід працює з дисфункціональними думками, які є мішенню терапевтичного втручання [248].

До основних методів КПТ входять когнітивна терапія, яка коригує спотворені думки, та діалектична поведінкова терапія (ДПТ), яка допомагає управляти емоціями і свідомо підходити до своїх реакцій [76, 105]. Мультимодальна терапія охоплює сім ключових аспектів (поведінка, афекти, відчуття тощо), а раціонально-емоційна поведінкова терапія акцентує на корекції ірраціональних переконань [167].

Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) є однією з найефективніших форм психологічної корекції психічних розладів і рекомендована як провідний немедикаментозний метод лікування невротичних станів. Цей підхід базується на ідеї, що багато психічних розладів є наслідком дисфункціональних або ірраціональних моделей мислення, які стають основною ціллю терапевтичного втручання [248].

- Когнітивна терапія передбачає ідентифікацію та корекцію неточних або викривлених думок, а також управління емоціями та поведінковими реакціями, що з ними пов'язані [113].

- Діалектична поведінкова терапія (ДПТ) фокусується на роботі з деструктивними думками і поведінкою, застосовуючи методи регуляції емоцій та практики усвідомленості [76].

- Мультимодальна терапія вирішує психологічні проблеми, охоплюючи сім взаємопов'язаних сфер: поведінку, емоції, сенсорне сприйняття, уяву, когнітивні процеси, міжособистісні взаємини та біологічні аспекти.

- Раціонально-емоційна поведінкова терапія спрямована на виявлення ірраціональних переконань, їх активне заперечення та заміну на раціональні моделі мислення [167].

- Методи і техніки КПТ обираються фахівцем залежно від стану пацієнта, з урахуванням динаміки терапевтичного прогресу [84]. Деякі з ключових технік:

- Щоденник автоматичних думок: клієнт фіксує ситуації, які вплинули на його настрій, думки, що виникли, та пов'язані емоції. Під час сесії разом із терапевтом аналізуються ці думки, визначаються когнітивні спотворення, а також їхня правдивість. У результаті клієнт здобуває навички самостійного аналізу, що стає основою для подальшої роботи [215].

- Сократичний діалог: метод, який передбачає взаємодію терапевта і клієнта, де фахівець ставить запитання, спрямовані на осмислення проблеми, уникаючи прямих відповідей. Ця техніка допомагає клієнту самостійно прийти до розуміння суті своїх труднощів [187].

– Експозиція: ефективна техніка для роботи з фобіями, яка передбачає поступове привчання пацієнта до тривожних ситуацій. Весь процес розбивається на етапи, під час яких терапевт спостерігає за реакціями пацієнта. Якщо рівень тривоги зростає, терапевт допомагає знизити її через спеціальні вправи, що дозволяє клієнту раціонально оцінювати ситуацію і долати страхи [207].

– Поведінкові експерименти: ці вправи допомагають перевірити переконання клієнта і закріпити нові навички. Терапевт планує експеримент, враховуючи рівень підготовки клієнта, щоб зменшити ризик невдачі. Успішні результати закріплюють позитивні установки, а невдачі забезпечують матеріал для подальшого аналізу. Це допомагає клієнту розширити уявлення про власні можливості [84].

З урахуванням описаних технік і методів КПТ пропонуємо протокольну модель медичної та психологічної реабілітації для пацієнтів із різними нозологіями, адаптовану до специфіки кожного захворювання.

КПТ у медичній та психологічній реабілітації

Мета протоколу: досягнення психологічної стійкості та поліпшення якості життя пацієнтів із різними захворюваннями за допомогою когнітивно-поведінкової терапії.

Етапи та компоненти протоколу:

1. Оцінка та діагностика (перший етап):
 - збір медичної та психосоціальної інформації;
 - виявлення основних симптомів і факторів ризику;
 - психологічна оцінка особистих даних пацієнта.
2. Формулювання цілей терапії (другий етап):
 - постановка конкретних психологічних і поведінкових цілей;
 - врахування індивідуальних особливостей пацієнта з пріоритетом найбільш важливих проблем.
3. Планування терапії (третій етап):
 - розробка індивідуального терапевтичного плану;
 - підбір найбільш ефективних методів КПТ відповідно до специфіки пацієнта.

Сесії КПТ спрямовані на досягнення визначених результатів і оперативне вирішення проблем пацієнта. Для обробки запиту, який привів клієнта на терапію, і закріплення отриманих результатів зазвичай потрібно від 5 до 20 сесій із частотою 1-2 рази на тиждень. Під час першої зустрічі терапевт і клієнт знайомляться та формують

скаррги у вигляді чітко визначеного запиту. Основні етапи терапевтичного процесу:

- використання технік КПТ;
- експозиція пацієнта до стресових ситуацій;
- відстеження психологічного стану під час сесій;
- запровадження змін у мисленні та поведінці;
- оцінка прогресу й коригування терапевтичного плану;
- завершення терапії після досягнення цілей;
- моніторинг стану після завершення лікування.

Адміністративні аспекти:

- сесійні записи для відстеження прогресу;
- індивідуальні терапевтичні плани, адаптовані до потреб кожного пацієнта.

Ця протокольна модель є універсальним інструментом для медичної та психологічної реабілітації, який можна адаптувати до специфічних потреб пацієнтів.

Серед основних технік КПТ є щоденник автоматичних думок, що дозволяє клієнту відстежувати та аналізувати власні думки і визначати когнітивні спотворення [215]. Інші методи включають сократичний діалог, що допомагає клієнту самостійно осмислити суть проблеми, та експозицію, яка поступово привчає людину до подолання страхів [187, 207]. Також застосовуються поведінкові експерименти, що дозволяють перевірити переконання клієнта і закріпити нові навички [84]. Терапевти підбирають оптимальні підходи залежно від потреб клієнта і ступеня досягнутого прогресу.

Згідно з сучасними рекомендаціями щодо терапії депресії [24], когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) та фармакотерапія антидепресантами вважаються двома основними методами лікування. При депресивних епізодах легкого або помірного ступеня обидва методи є однаково ефективними, при цьому КПТ дозволяє зменшити всі симптоми депресії, включаючи біологічні [240].

КПТ для військовослужбовців із тривожними розладами проводиться відповідно до стандартного протоколу, затвердженого наказом МОЗ «Про затвердження нових клінічних протоколів за темою «Бойова травма» [45]. Проте терапевтична ефективність у цій категорії пацієнтів може бути нижчою, а іноді навіть статистично незначущою порівняно з результатами лікування цивільного населення. Дослідження вказують, що для досягнення бажаних результатів

військовослужбовцям може знадобитися від 5 до 20 сесій, які проводяться 1-2 рази на тиждень. Перша сесія зазвичай включає встановлення контакту між клієнтом і терапевтом та формулювання скарг у вигляді конкретного запиту.

Наукові дані також свідчать про необхідність розробки додаткових заходів для підвищення ефективності терапії у військовослужбовців. Зокрема, військові, які отримують соціальну підтримку, демонструють кращі результати терапії. Регулярне звернення до служб психічного здоров'я є одним із ключових факторів успішного лікування. У цій групі пацієнтів соціальна підтримка виявилася єдиним і найважливішим предиктором ефективності КПТ, тоді як у цивільного населення її вплив є незначним.

Цікаво, що хоча початковий рівень соціальної підтримки у цивільних осіб і військовослужбовців був однаковим, саме цей фактор відігравав вирішальну роль для ефективності терапії серед військових. Крім того, тривалість терапевтичного процесу може впливати на його результативність: деякі дослідження демонструють, що коротші сесії КПТ мають більшу ефективність. Водночас стандартний протокол, який передбачає триваліший курс, може бути менш ефективним для військовослужбовців. Для ветеранів регулярна соціальна підтримка та систематичне звернення до служб психічного здоров'я залишаються визначальними факторами успішності терапії [138].

Ефективність КПТ підтверджена численними науковими дослідженнями в контексті лікування різних психіатричних розладів. Відповідно до сучасних протоколів професійних асоціацій психіатрів і психотерапевтів, а також рекомендацій міністерств охорони здоров'я і ВООЗ, КПТ належить до категорії «втручань першого вибору» для пацієнтів із загальними психічними розладами [32, 33]. Нижче представлено основні напрямки її використання та обґрунтування за окремими нозологіями:

1. Депресія. КПТ рекомендована як ефективний метод лікування депресії, що може застосовуватися разом із антидепресантами для зменшення симптомів, попередження рецидивів і управління суїцидальними настроями. Це підтверджено наказом МОЗ України №1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії» [120]. Депресія є одним із найбільш поширених розладів серед ветеранів, на який мають звертати особливу увагу фахівці, що працюють із військовослужбовцями. Особливо важливо враховувати високу

кореляцію між депресією і посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) [28]. Дослідження вказують, що рівень депресії у військово-службовців може бути навіть вищим, ніж рівень ПТСР, що ускладнює діагностику. Симптоми депресії можуть проявлятися в нехарактерних формах, таких як гнів, дратівливість, соматичні скарги, порушення сну та апатія [208].

Адаптація до мирного життя також може спричиняти депресивні симптоми через труднощі з відновленням соціальних зв'язків, інтеграцією в повсякденне життя та адаптацію на роботі. Переживання втрат і нових обставин можуть додатково ускладнювати цей процес. Суспільне неприйняття та моральні конфлікти також є значними чинниками розвитку депресії у ветеранів [122].

2. Тривожні розлади. Згідно з наказом МОЗ України від 13.12.2023 р. №2118 КПТ є оптимальним методом лікування різних видів тривожних розладів, зокрема соціальних і простих фобій, панічного розладу, генералізованого тривожного розладу та obsесивно-компульсивного розладу (ОКР) [136].

Для військовослужбовців і ветеранів КПТ рекомендована за стандартними протоколами, однак її ефективність у цих групах може бути меншою, а в деяких випадках – статистично незначущою порівняно з результатами у цивільного населення. Дослідження наголошують на потребі додаткових заходів для підвищення результативності терапії у військових [277].

Ефективність терапії генералізованого тривожного розладу (ГТР) у військовослужбовців і ветеранів вища у випадках, коли вони отримують достатню соціальну підтримку [73]. Соціальна підтримка та регулярне звернення до служб психічного здоров'я виявилися ключовими факторами ефективності терапії. Хоча рівень соціальної підтримки серед цивільних і військових на початку дослідження був подібним, саме соціальна підтримка стала визначальним фактором для ветеранів, тоді як для цивільних її вплив на результативність терапії був мінімальним [264].

3. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Для лікування ПТСР рекомендовано застосування травмофокусованої КПТ у поєднанні з методом десенсибілізації та репроцесування рухами очей (EMDR) [235], відповідно до наказу МОЗ України від 23.02.2016 №121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ПТСР» [264]. ПТСР є одним із найбільш розповсюджених розладів серед ветеранів [237],

тому в роботі з цією категорією пацієнтів йому приділяють особливу увагу. Більшість рекомендацій відзначають, що КПТ є основним методом у лікуванні цього розладу. Протоколи, що активно використовуються для роботи з військовослужбовцями, включають пролонговану експозиційну терапію (ПЕТ КПТ) та когнітивно-процесуальну терапію (КПСТ) [223]. У той час як ці підходи менш поширені в Україні, травмофокусована КПТ залишається домінуючим методом. Проведення аналізу та впровадження інших протоколів може розширити можливості лікування ветеранів із ПТСР [231, 238].

4. Залежність. КПТ є частиною комплексної моделі допомоги при розладах, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, а також ефективно застосовується у випадках інших видів залежної поведінки, таких як ігрова залежність та подібні розлади.

5. Розлади харчової поведінки. Спеціалізовані моделі КПТ ефективно використовуються для лікування розладів харчової поведінки, таких як булімія та анорексія. Крім того, КПТ застосовують для управління масою тіла у пацієнтів із ожирінням.

6. Шизофренія. КПТ входить до складу протоколів лікування шизофренії як важлива частина комплексного підходу, разом із медикаментозною терапією та іншими методами втручання.

7. Нейророзвиткові розлади. КПТ є важливим компонентом допомоги дітям та підліткам із нейророзвитковими розладами, такими як розлад дефіциту уваги з гіперактивністю (РДУГ) та аутизм. У цьому контексті терапія включає залучення родини та соціального середовища дитини.

8. Поведінкові розлади. КПТ широко використовується для допомоги дітям і підліткам із поведінковими розладами, зокрема для навчання батьків ефективним стратегіям позитивного керівництва поведінкою дитини.

9. Особистісні розлади. КПТ застосовується у довготривалих форматах для роботи з пацієнтами, які мають розлади особистості. Спеціалізована форма КПТ, схема-терапія, також виявила високу ефективність у лікуванні таких розладів, що підтверджено сучасними дослідженнями [176].

З огляду на ці аспекти, вибір КПТ як базового терапевтичного підходу є виправданим і може бути результативним у вирішенні широкого спектра психологічних та психіатричних проблем.

Травмофокусована КПТ разом із методом EMDR є основними методами лікування ПТСР згідно з наказом МОЗ №121 від 23.02.2016

[235, 264]. Для ветеранів з ПТСР особливо рекомендуються протоколи пролонгованої експозиційної терапії (ПЕТ КПТ) та когнітивно-процесуальної терапії (КПСТ), хоча вони менш популярні в Україні порівняно з травмофокусованою КПТ. Аналіз цих підходів може розширити можливості лікування ПТСР серед військових [231, 238]. КПТ є частиною комплексної допомоги при розладах, пов'язаних із психоактивними речовинами, а також інших форм залежності, зокрема ігрової.

КПТ використовує спеціалізовані моделі для лікування булімії, анорексії, а також для контролю ваги при ожирінні. КПТ входить до комплексного плану лікування шизофренії, зокрема як доповнення до медикаментозної терапії. КПТ допомагає дітям і молоді з розладами, такими як РДУГ і аутизм, із залученням їхнього соціального оточення. КПТ є основним методом допомоги дітям і підліткам з поведінковими розладами, передбачає навчання батьків позитивному керівництву поведінкою. КПТ у довготривалому форматі та схематерапія ефективні для людей із розладами особистості [176]. Таким чином, вибір КПТ як основного підходу є обґрунтованим і охоплює широкий спектр психічних розладів.

Для лікування важких форм депресії фармакотерапія виявляється ефективнішою як самостійний метод, проте її поєднання з КПТ забезпечує кращі результати, особливо у хронічних випадках. Дослідження свідчать, що додавання КПТ до фармакотерапії значно знижує ризик рецидивів. У порівнянні з ізольованим застосуванням КПТ або фармакотерапії, КПТ має переваги у забезпеченні тривалої ремісії та профілактиці повторних епізодів. Виходячи з аналізу ефективності лікування депресії, протоколи NICE рекомендують наступне:

- легкий ступінь депресії, при якій основним методом терапії є КПТ;
- помірний ступінь депресії, при якій рекомендується фармакотерапія антидепресантами групи SSRI, або за вибором пацієнта – КПТ;
- виражений ступінь депресії, оптимальним є поєднання антидепресантів та КПТ;
- фармакорезистентна депресія, у таких випадках, поряд із модифікацією або аугментацією фармакотерапії, розглядається можливість додавання КПТ до лікування;
- хронічна та рекурентна депресія, при якій рекомендовано комбінувати терапію антидепресантами із КПТ;

– депресія у дітей та підлітків, при якій основним методом є КПТ, яку також можна поєднувати з інтерперсональною або короткотривалою сімейною терапією. Застосування антидепресантів (SSRI) допускається лише у разі недостатньої ефективності психотерапевтичних підходів або їхньої недоступності.

Таким чином, комбінований підхід, з урахуванням індивідуальних потреб пацієнта, забезпечує найкращі результати у лікуванні депресивних розладів.

Загальний протокол КПТ включає створення індивідуальних планів для різних психічних розладів із врахуванням особливостей кожного пацієнта. Основні етапи:

- оцінка та діагностика включає визначення виду розладу (депресія, тривожність, ПТСР тощо) та індивідуальна оцінка проблем і цілей пацієнта;

- встановлення цілей – це визначення конкретних, досяжних цілей на період терапії;

- розробка плану лікування, формування стратегії з урахуванням потреб пацієнта, використання методів КПТ (когнітивна перебудова, релаксація, експозиція);

- моніторинг прогресу включає систематичну оцінку результатів терапії, корекція плану за потреби;

- підтримка та профілактика рецидивів: розробка стратегій підтримки після терапії, навчання навичок стресостійкості;

- оцінка ефективності – аналіз результатів терапії та задоволення пацієнтів;

- оновлення протоколів, що включає регулярне вдосконалення на основі нових досліджень.

Для того, щоб перевірити правильність даної моделі проведено методичку DRRI-2 – опитувальник факторів ризику та стійкості під час служби, являє собою науково обґрунтований комплекс з 17 шкал, який аналізує фактори, пов'язані зі службою в армії та їх вплив на здоров'я та добробут військовослужбовців та ветеранів після звільнення [123, 286]. Інформація, отримана за допомогою DRRI-2, може також допомогти краще зрозуміти потреби в спеціальній підготовці персоналу. Розуміння факторів ризику та стійкості дозволяє краще розробляти методи профілактики стресу. Отримані результати, представлені в табл. 3.1. Середній час між проведенням тестування до КПТ та тестування після КПТ становило 19 днів й варіювався від 14 до 32 днів. 146 осіб, які завершили повторне

тестування, не відрізнялися значуще від тих, хто брав участь до КПТ (n = 150) за симптомами депресії, тривогою та ПТСР.

Таблиця 3.1

Результати діагностичної методики «Опитувальник факторів ризику та стійкості під час служби, DRRI-2» перед та після проведення КПТ та вираженістю симптомів ПТСР, депресії та тривоги

Шкала DRRI-2	ПТСР, %		Депресія, %		Тривожність, %	
	До КПТ	Після КПТ	До КПТ	Після КПТ	До КПТ	Після КПТ
Стресові фактори до служби	13,6	9,5	19,7	11,5	27,7	13,9
Дитячий сімейний досвід	19,8	12,7	21,5	16,1	22,5	13,7
Умови служби	22,5	13,5	28,8	17,1	26,7	12,0
Бойовий досвід	28,7	21,7	38,7	29,1	37,7	14,2
Наслідки бойових дій	32,5	14,5	42,1	27,6	42,9	22,6
Вплив ядерних, біологічних або хімічних агентів	7,5	3,5	11,5	7,0	12,5	7,7
Загрози під час служби	65,2	32,9	66,5	43,4	67,7	39,7
Навчання та підготовка до служби	12,5	7,7	17,5	11,9	16,7	12,0
Підтримка сім'ї та друзів	13,5	8,7	15,5	9,1	17,7	12,7
Підтримка підрозділів	11,5	7,5	14,4	3,1	12,5	2,7
Загрози домагання	2,5	1,1	2,0	1,1	3,5	2,1
Сексуальні домагання	-	-	1,5	-	4,5	1,1
Занепокоєння щодо життєвих негараздів	19,9	13,7	26,8	11,9	29,7	13,7
Сімейні стресові фактори	28,9	17,7	22,4	8,7	27,7	13,0
Стресові фактори після служби	35,7	28,7	32,5	13,1	41,7	12,1
Соціальна підтримка після служби	15,5	11,1	12,2	11,0	10,0	1,9
Сімейна ситуація після служби	12,5	8,7	13,7	5,8	17,7	4,9

У всіх пацієнтів виявлено погіршення самопочуття та настрою, а також зниження активності. Після повернення до цивільного життя військовослужбовців стикаються із вже наявною депресією, ПТСР,

пов'язаним з бойовими ситуаціями, а також новим стресовим розладом, який виникає внаслідок соціальної дезадаптації учасників бойових дій [252].

Таблиця 3.1 містить кореляції між кожною зі шкал DRRI-2 та рівнем прояву симптомів ПТСР, депресії та тривоги, а також підтверджує критеріальну валідність DRRI-2. Середній зв'язок із рівнем симптомів ПТСР, що є основним критерієм, становив 0,39, при чому всі кореляції були статистично значущими на рівні 0,01. Загалом, показники показали зв'язок від помірного до сильного з рівнем симптомів ПТСР, до КПТ 19,8% та після – 12,7% (дитячий сімейний досвід) та високі показники симптомів ПТСР від 65,2% до 32,9% (умови служби, загрози під час служби та стресові фактори після служби). Всі шкали DRRI-2 також показали значні зв'язки з рівнем симптомів депресії та тривоги. Крім того, додаткове вивчення валідності показало, що нові шкали DRRI-2 додали унікальну дисперсію в прогнозуванні тяжкості симптомів ПТСР порівняно з наявними шкалами DRRI-2, що свідчить про те, що включення цих нових показників забезпечує більш комплексне оцінювання ризику, пов'язаного зі службою, та стійкості до стресу [98].

За результатами отриманих даних за методикою «Опитувальник факторів ризику та стійкості під час служби, DRRI-2», до та після корекційної роботи свідчать про значущість проведеної роботи [298].

КПТ протокол для лікування депресії.

Особливості роботи з групою: психолог має ретельно розглянути приклади, які надали учасники групи, щоб використовувати їх на кожній зустрічі з метою досягнення завдань даної зустрічі. Наприклад, якщо лікар пояснює нові методи втручання, використання простих прикладів може бути більш ефективним. Корисно використовувати приклади, які відображають спільні переживання багатьох учасників групи (наприклад, відчуття непотрібності, неадекватності) [236].

Відбіркове інтерв'ю:

- пояснення мети групи, моделі КПТ та встановлення правил групи;
- проведення діагностичного інтерв'ю для оцінки придатності клієнта для участі в групі.

Зустріч 1: Надання орієнтації в групі та пояснення моделі КПТ

- Знайомство з учасниками групи.
- Обговорення правил та норм групи, встановлення очікувань щодо виконання домашніх завдань.

– Розгляд проблем кожного учасника групи та впливу депресії на їхнє життя.

– Початок пояснення КПТ моделі депресії з виділенням 5 компонентів: поведінка, думки, емоції, тілесні відчуття та середовище.

– Коротке пояснення плану лікування, який включає поведінкові та когнітивні втручання.

Домашнє завдання: записати ці 5 компонентів на прикладі власної депресії.

Зустріч 2: Поведінкові втручання

– Перевірка домашнього завдання.

– Формулювання цілей:

1) Презентація цілей від кожного учасника,

2) Визначення поведінкових змін для досягнення цих цілей.

– Обговорення зв'язку між настроєм та поведінкою.

– Пояснення методів оцінки настрою на шкалі від 0 до 10.

– Розгляд взаємозв'язку різних видів діяльності та настрою (які види діяльності підвищують настрій, а які – погіршують).

Домашнє завдання: створення графіка на кожен день тижня, в якому вказані 1) плановані дії на кожну годину та 2) рівень настрою (0-10) для кожної години.

Зустріч 3: Поведінкові втручання

– Перегляд результатів домашнього завдання.

– Складання плану на зустріч.

– Впровадження поведінкових інтервенцій: зміна видів діяльності протягом тижня для покращення настрою.

1. Пояснення необхідності відчуття досягнення та насолоди для підтримки позитивного настрою. Обговорення минулих прикладів для розуміння того, як досягнення та насолоди впливають на наше самопочуття.

2. Розгляд того, які види діяльності можна включити у тиждень для покращення настрою. Учасники групи спільно визначають, які види діяльності можуть позитивно вплинути на їхній настрій.

– Заохочення учасників групи виконати поведінкові експерименти для перевірки чи справедлива думка про те, що певна діяльність не поліпшить настрій.

Домашнє завдання: Заповнити годинний графік на кожен день тижня, додавши нові діяльності, які можуть приносити відчуття досягнення та насолоди. Вказати рівень настрою (0-10) для кожної години.

Зустріч 4: Поведінкові та когнітивні втручання

– Перевірка виконання домашнього завдання. Обговорення, які види діяльності покращили настрій, чи були очікування учасників щодо невдачі вірними. Основна мета – заохочення учасників продовжувати займатися покращенням настрою через різні види діяльності.

– Вивчення навичок розпізнавання моментів, коли настрої погіршується, з метою подальшої роботи над думками, пов'язаними зі змінами в настрої.

– Домашнє завдання: Заповнити дві колонки щоденника негативних думок: ситуації та настрої.

Зустріч 5: Когнітивні втручання

– Перевірка виконання домашнього завдання.

– Обговорення результатів щоденника негативних думок.

– Розробка плану на зустріч.

– Когнітивні втручання: розгляд впливу думок на емоційний стан, використовуючи приклади учасників групи. Роз'яснення понять «автоматичні думки» (часто непомітні, але вважаються абсолютно правильними) та «гарячі думки» (спричиняють депресивні та інтенсивні емоції) [146]. Основна мета КПТ – робота з «гарячими думками», оскільки вони безпосередньо пов'язані з емоціями. Заохочення учасників групи впізнавати саме ці «гарячі думки».

– Психотерапевт підкреслює подібність депресивних думок учасників групи.

Домашнє завдання: заповнити три колонки щоденника негативних думок: ситуації, думки («гарячі думки») та настрої.

Зустріч 6: Когнітивні втручання

– Перевірка виконання домашнього завдання.

– Розробка плану на зустріч.

– Когнітивні втручання:

1. Пояснення опорних циклів і їхнього походження від глибинних переконань. Учасники групи визначають свої опорні цикли та обговорюють негативні наслідки цих циклів.

2. Розгляд нових альтернативних поведінок, які можна використовувати замість негативних опорних циклів.

Домашнє завдання: почати впроваджувати нові поведінки замість старих опорних циклів.

Зустріч 7: Когнітивні втручання

– Перевірка виконання домашнього завдання.

- Обговорення результатів заповнення щоденника негативних думок та виявлення «гарячих думок».

- Розробка плану на зустріч.

- Когнітивні втручання:

- Розпочати обробку спотворених думок.

Інтервенція: пошук доказів, які підтверджують негативну думку (Яка інформація/докази підтверджують цю думку?).

Домашнє завдання: заповнити 4 колонки щоденника негативних думок: ситуації, думки («гарячі думки»), настрій та інформація, що підтверджує думку.

Зустріч 8: Когнітивні втручання

- Перевірка виконання домашнього завдання. Обговорення результатів щоденника негативних думок. Розробка плану на зустріч.

- Когнітивні втручання:

- Інтервенція: знаходження доказів «проти» негативної думки (Яка інформація/докази зменшують правдивість цієї думки?). Психотерапевт заохочує учасників групи питати один одного питання, які допомагають знаходити (побачити) інформацію, що зменшує правдивість негативної думки [67]. Використання прикладів учасників групи.

Домашнє завдання: Заповнити 5 колонок щоденника негативних думок: ситуації, думки («гарячі думки»), настрій, інформація, що підтверджує думку, інформація «проти» цієї думки.

Зустріч 9: Когнітивні втручання

- Перевірка виконання домашнього завдання.

- Обговорення результатів щоденника негативних думок.

- Розробка плану на зустріч.

- Когнітивні втручання:

1. Інтервенція: обговорення поняття когнітивних спотворень. Надання прикладів типових когнітивних спотворень при депресії. Заклучення учасників групи до впізнавання цих когнітивних спотворень в наведених в домашньому завданні прикладах.

Зустріч 10: Когнітивні втручання

- Перевірка виконання домашнього завдання. Створення плану на зустріч.

- Когнітивні втручання:

1. Інтервенція: Роз'яснення «альтернативних пояснень» ситуацій за допомогою прикладів учасників групи. Застосування

сократівських питань між учасниками групи та спроба пояснити ситуації у новий спосіб для покращення настрою.

Домашнє завдання: Заповнювати 6 колонок щоденника негативних думок: ситуації, думки («гарячі думки»), настрої, інформація, що підтверджує думку, інформація «проти» цієї думки, альтернативне пояснення ситуації.

Зустріч 11: Когнітивні втручання

– Перевірка виконання домашнього завдання. У деяких прикладах клієнтів може бути недостатньо інформації для того, щоб зробити висновки щодо правдивості своїх думок.

– Створення плану на зустріч.

– Когнітивні втручання:

1. Інтервенція: Розгляд «поведінкових експериментів» з метою збирання інформації для переоцінки думок. Розроблення в групі експериментів, що допоможуть учасникам перевірити правдивість їхніх думок (наприклад, клієнт може вважати, що його друзі забули про нього та не хочуть його бачити. Експеримент – зателефонувати другу та спробувати зустрітися).

Домашнє завдання: Провести експеримент.

Зустріч 12: Поведінкові втручання

– Перевірка виконання домашнього завдання. Визначення випадків, де існують реальні проблеми, які потребують вирішення.

– Створення плану на зустріч.

– Поведінкові втручання: Пояснення учасникам групи етапів розв'язання реальних проблем. Група сприяє тим учасникам, у яких є реальні проблеми, у розробці цих етапів та пошуку варіантів розв'язання проблеми.

Домашнє завдання: Виконання завдань, які сприятимуть розв'язанню реальної проблеми.

Зустріч 13: Когнітивні втручання

– Перевірка виконання домашнього завдання.

– Розроблення плану на зустріч.

– Когнітивні втручання:

1. Уточнення того, що автоматичні думки виникають з проміжних та глибинних переконань. Роз'яснення правил та глибинних переконань.

2. Розгляд правил через інтервенцію «стрілка вниз». Поставити питання типу «Якби ця думка була правдивою, що б це означало для вас?» або «Як це впливає на ваше уявлення про себе?» [187].

3. Обговорення наслідків (позитивних і негативних) цього правила.

4. Розробка нового (гнучкішого) правила.

Домашнє завдання: заповнення вправи «стрілка вниз» для «гарячих думок» – розуміння особистих правил про себе та інших.

Зустріч 14: Когнітивні втручання

– Перевірка виконання домашнього завдання.

– Створення плану на зустріч.

– Когнітивні втручання:

1. Роз'яснення зв'язку між правилами та глибинними переконаннями за допомогою прикладів з групи. Дослідження глибинних переконань клієнтів.

2. Обговорення походження глибинних переконань. Клієнти діляться своїм досвідом з дитинства та життя. Оцінка ступеня віри в ці глибинні переконання. Передача надії на те, що ці переконання можна замінити на більш здорові.

3. Пояснення, як дивитися на глибинні переконання у вигляді діапазону (від 0 до 10), а не чорно-білого мислення (як поганий або хороший чоловік).

4. Використання різних когнітивних втручань (наприклад, докази за і проти глибинного переконання) для зменшення інтенсивності старого глибинного переконання та розвитку нового.

5. Заохочення роботи над розвитком альтернативних (нових) глибинних переконань, використовуючи інтервенції з попередніх зустрічей (збір інформації, проведення експериментів). Домашнє завдання: Слідкування за інформацією, яка підтверджує нове глибинне переконання.

Зустрічі 15 та 16: Зустрічі що два тижні для підтримки навичок.

– Клієнти обговорюють, про що говорити на цих зустрічах. Пояснення того, що таке рецидив і як йому запобігти.

Зустріч 17: Продовження обговорення запобігання рецидивам.

– Клієнти розробляють план для запобігання рецидивам.

Отже, докладне обстеження при депресії є ключовою передумовою успішної психотерапії. Психіатричний огляд становить перший етап перед психотерапевтичним втручанням і служить основою для визначення необхідних заходів фармакотерапії та психотерапії, а також встановлення показань для проведення психотерапії. Основний психіатричний огляд містить вимір «інтенсивності» депресії за допомогою відповідних анкет та на пів структурованого клінічного

інтерв'ю. Ці дані становлять важливий компонент для порівняння та подальшого моніторингу ефективності терапії. Також важливо вивчення наявності та ступеня суїцидальності при обстеженні пацієнтів з депресією, оскільки це має важливий вплив на загальне управління пацієнтом та проведення психотерапії [141].

Сам процес психотерапевтичного обстеження передбачає не лише точне визначення діагнозу депресії, але і є комунікативним взаємодіям між пацієнтом і психотерапевтом. Під час цього процесу формується терапевтичний альянс, досягається взаєморозуміння терапевтом життєвої ситуації пацієнта, формуються цілі терапії та визначається перелік проблем, які потрібно вирішити. Зазвичай тривалість сесії становить одну годину, але в разі важких форм депресії на початку може бути обмежена до 20 хвилин, при цьому збільшується їхня частота (3-5 разів на тиждень) [172, 192]. Це обумовлено бажанням протидіяти почуттям відчаю та безнадії у пацієнтів та активізувати їхню поведінку. Фактори, такі як вік пацієнта, наявність супутніх розладів, медичні аспекти та соціальні проблеми, можуть значно впливати на планування та структуру терапії, а також вимагати додаткових фармакотерапевтичних та психосоціальних втручань, таких як сімейна психотерапія, групова терапія, соціальні інтервенції та т. д..

Тестування та валідація протокольної моделі для лікування депресії були орієнтовані на оцінку її ефективності та придатності до реальних умов лікування. Результати тестування показали значне зменшення симптомів депресії після завершення терапії, що супроводжувалося покращенням загального настрою та психічного стану учасників.

Тестування та валідація протокольної моделі для лікування депресії спрямована на оцінку ефективності та придатності протоколу для реальних клієнтів. Результати тестування та валідації:

1. Ефективність зменшення симптомів депресії виникла після завершення протоколу і спостерігалось значуще зниження симптомів депресії учасників. Також спостерігалось покращення загального настрою та психічного стану клієнтів.

2. Зміни в підтримці при яких клієнти стали більше підтримувати один одного в спробах змінити погані практики та розвивати нові навички. Також групова динаміка виявилася позитивною для стимулювання прогресу та мотивації.

3. Зміни в рівні віри в самого себе: клієнти розпочали розуміти та переосмислюють свої погляди на себе, що призводить до

покращення віри в власні сили. Також відбулося покращення в самооцінці та впевненості у власних можливостях.

4. Успішність розвитку нових поведінкових стратегій, після терапії клієнти успішно інтегрують нові стратегії в щоденне життя, що сприяє поліпшенню настрою та добробуту. Збільшення відсотка клієнтів, які повідомляють про позитивні зміни в житті.

5. Підвищення когнітивної свідомості своїх думок та переконань, що може впливати на емоційний стан клієнтів. Зменшення когнітивних спотворень та збільшення гнучкості у мисленні.

6. Здатність до самостійного управління емоціями. Покращення регулювання настрою та відповіді на стресові ситуації.

7. Здатність до запобігання рецидивам, оскільки клієнти розробляють і активно впроваджують плани для запобігання поверненню симптомів депресії та зменшення ймовірності рецидивів через систематичне використання набутих стратегій.

Зміни в груповій динаміці також стали важливим фактором у лікуванні: клієнти почали більше підтримувати один одного, активно працюючи над зміною негативних звичок і розвитку нових навичок. Позитивна групова атмосфера сприяла прогресу та підвищенню мотивації.

Одним із помітних результатів стало покращення рівня віри в себе. Клієнти почали переосмислювати свої погляди на себе, що призвело до зміцнення самооцінки та впевненості в своїх силах. Паралельно спостерігалось збільшення самоусвідомлення своїх думок і переконань, що також позитивно вплинуло на емоційний стан. Клієнти успішно інтегрували нові поведінкові стратегії в повсякденне життя, що призвело до покращення настрою та загального самопочуття. Збільшилась кількість учасників, які відзначали позитивні зміни в своєму житті після терапії.

Також відбулося підвищення когнітивної свідомості, що сприяло зменшенню когнітивних спотворень і поліпшенню гнучкості мислення. Покращилося регулювання емоцій, що допомогло ефективно реагувати на стресові ситуації. Останнім важливим результатом стало здатність клієнтів до самостійного управління емоціями та запобігання рецидивам. Учасники розробили плани для запобігання поверненню симптомів депресії, що дозволяє знизити ймовірність рецидивів завдяки систематичному використанню набутих стратегій.

Також проведемо дослідження впливу бойових дій на сексуальне здоров'я військовослужбовців та особливостей лікування і терапії у

цьому контексті. Сексуальне здоров'я військовослужбовців є важливою складовою загального психофізичного стану, і його порушення можуть суттєво впливати на якість життя та ефективність бойової діяльності. Бойові дії, зокрема стресові ситуації та травматичні події, можуть призводити до розвитку сексуальних дисфункцій, що потребує спеціального підходу в лікуванні та терапії. У сучасних умовах недостатня увага до специфічних аспектів сексуального здоров'я військовослужбовців може призвести до серйозних психологічних і соціальних наслідків.

Сексуальне здоров'я охоплює фізичні, психологічні та соціальні аспекти й не обмежується лише відсутністю захворювань [2]. Воно впливає на якість взаємин, рівень життя, загальний стан здоров'я та благополуччя. Водночас сексуальна дисфункція охоплює низку станів, які ускладнюють отримання задоволення від сексуальної активності й негативно позначаються на житті людини. Встановлено, що сексуальна дисфункція асоціюється з інвалідністю, психічними розладами, фізичними захворюваннями та навіть суїцидом [5].

Дослідження показують, що військовослужбовці мають підвищений ризик проблем із сексуальним здоров'ям, включаючи сексуальну дисфункцію та компульсивну сексуальну поведінку (КСП). Однак емпіричних даних, які б детально розглядали фактори ризику серед цієї групи, наразі недостатньо [4].

КСП визначається як нездатність контролювати інтенсивні й повторювані сексуальні бажання, фантазії чи дії. Симптоми КСП можуть настільки домінувати в житті людини, що вона нехтує своїм здоров'ям, доглядом за собою чи особистими інтересами. КСП асоціюється з рядом негативних соціальних і психологічних наслідків, включаючи участь у сексуальних злочинах, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), депресію, тривожність та залежність від психоактивних речовин [10]. Ці психічні розлади частіше зустрічаються серед військових, ніж серед цивільних. Частота КСП серед військовослужбовців/ветеранів досягає 17%, із вищими показниками серед чоловіків (13,8%) порівняно з жінками (4,3%). Ці дані свідчать про важливість глибшого вивчення факторів, пов'язаних із КСП у чоловіків військовослужбовців. Зокрема, КСП у них асоціюється з високими показниками ПТСР, особливо симптомами повторного переживання, сексуальною травмою в дитинстві та старшим віком.

Огляд, виконаний Rosebrock і Carroll (2016), розглядав зв'язок між особистими та військовими факторами і сексуальним

функціонуванням [213]. Попри те, що модель орієнтована на військових, є докази, що схожі взаємозв'язки існують між факторами вразливості (наприклад, дитячими травмами) та травматичними подіями (зокрема, бойовими діями чи сексуальним насильством) і сексуальним здоров'ям чоловіків-військовослужбовців. Модель передбачає, що травматичні події впливають на сексуальне функціонування як безпосередньо, так і через розвиток психічних розладів чи інших наслідків травми. Наприклад, бойові дії та сексуальне насильство тісно пов'язані з ПТСР, який є одним із факторів ризику сексуальної дисфункції серед військових. Згідно з моделлю Rosebrock, ПТСР може бути посередником між цими факторами стресу та порушеннями сексуального здоров'я.

Механізми виникнення проблем сексуального здоров'я при ПТСР включають (1) емоційне оніміння, (2) зміни у нейроендокринних маркерах та (3) побічні ефекти призначених медикаментів. У дослідженні описуються три типи медіаційних шляхів, які ілюструють вплив бойових дій чи сексуального насильства на розвиток сексуальної дисфункції через ПТСР: прямий (В), непрямий (А і Б) та загальний (А, Б, В).

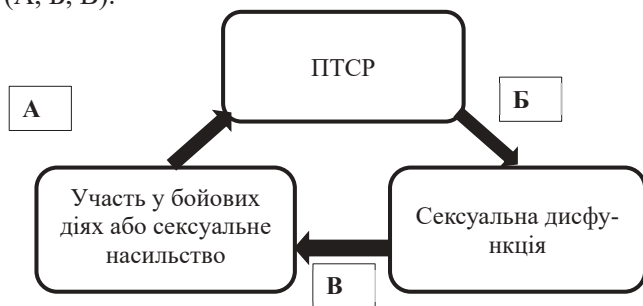


Рис. 3.3. Шляхи медіації. Прямий (В), непрямий (А і Б) і загальний (А, Б, В).

Прямий шлях (В) демонструє безпосередній вплив посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на виникнення сексуальної дисфункції. Непрямий шлях (А і Б) відображає вплив бойових дій або сексуального насильства через ПТСР, що згодом спричиняє сексуальні розлади. Загальний шлях (А, Б, В) інтегрує ці впливи, показуючи взаємозв'язок між бойовими діями, ПТСР та сексуальною дисфункцією.

Аналіз впливу бойових дій на сексуальне здоров'я військовослужбовців включає діагностику ПТСР за шкалою PCL-C (Post-

Traumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version). Цей валідований інструмент дозволяє оцінити тяжкість 17 симптомів ПТСР і має високу внутрішню узгодженість у досліджуваній вибірці. Згідно з критеріями DSM-V, ПТСР визначається, якщо учасник відповідає «помірно» або вище на щонайменше один симптом вторгнення, три симптоми уникнення та два симптоми гіперзбудження [8].

Великий депресивний розлад (ВДР) оцінюється за допомогою анкети PHQ-9, де діагноз встановлюється при частоті «більше половини днів» за щонайменше п'ятьма пунктами, одним із яких є пригнічений настрій або ангедонія. Це відповідає критеріям DSM-IV [27].

ПТСР значною мірою впливає на сексуальне здоров'я військово-службовців, спричиняючи численні фізіологічні та психологічні проблеми. Сексуальна дисфункція серед військових із ПТСР є поширеним явищем через такі фактори, як підвищена реактивність, уникання, повторювані думки (інтрузії) та негативні емоції, що перешкоджають формуванню здорових сексуальних стосунків.

Також, фізіологічні зміни, пов'язані з ПТСР, наприклад, еректильна дисфункція, можуть бути наслідком дисбалансу нейротрансмітерів, що регулюють статеву функцію, та постійної напруги й підвищеної реактивності.

Психоемоційні наслідки ПТСР, такі як депресія, тривога, низька самооцінка та конфлікти у стосунках, також знижують лібідо, ускладнюють отримання задоволення від сексуальної активності або викликають уникання інтимності через асоціацію з травматичними подіями.

Соціальні наслідки сексуальної дисфункції, пов'язаної з ПТСР, значні, адже вони впливають на якість життя та міжособистісні відносини військовослужбовців. Часто ці проблеми залишаються не діагностованими або не отримують належної допомоги через стигматизацію чи недостатню увагу медичного персоналу.

З огляду на це, комплексне лікування ПТСР із врахуванням сексуального здоров'я є ключовим для покращення загального стану військовослужбовців. Такий підхід має включати психологічну та медичну підтримку для забезпечення успішної реабілітації.

Розглянемо дані щодо розподілу військовослужбовців за рівнем тяжкості симптомів ПТСР за шкалою PCL-C і кількістю осіб, які стикаються з проблемами сексуального здоров'я.

Згідно з даними таблиці, переважна більшість військовослужбовців ЗСУ та ТрО демонструють достатній рівень адаптації – 72,2% та 67,6% відповідно. Водночас серед осіб із можливими сексуальними

захворюваннями цей показник суттєво знижується до 47,5%. Це свідчить про можливу кореляцію між зниженням рівня адаптації та зростанням ризику сексуальних розладів.

Таблиця 3.2.

Тяжкість симптомів ПТСР за методикою PCL-C та кількість постраждалих із можливими сексуальними захворюваннями у військовослужбовців ЗСУ, ТрО.

Симптоми	Військово-службовці ЗСУ	Військово-службовці ТрО	Сексуальні захворювання
Кількість балів, $\pm\sigma$	Кількість постраждалих, %	Кількість постраждалих, %	Кількість постраждалих, %
Достатній рівень адаптації	72,2	67,6	47,5
Виражене порушення адаптації	14,2	17,9	7,1
Адаптація значно порушена, ПТСР	13,6	14,5	9,6
Загальний бал	100	100	64,2

Виражені порушення адаптації спостерігаються у 14,2% військовослужбовців ЗСУ та 17,9% ТрО, тоді як серед осіб із сексуальними захворюваннями цей показник становить лише 7,1%. Суттєве порушення адаптації, пов'язане з діагнозом ПТСР, зафіксоване у 13,6% військовослужбовців ЗСУ та 14,5% ТрО, тоді як у групі із сексуальними захворюваннями – у 9,6%. Ці дані підтверджують значний вплив ПТСР на сексуальне здоров'я.

Основні аспекти опитування щодо сексуального здоров'я військовослужбовців наведені в таблиці 3.3. Теми охоплюють питання сексуальної функції, активності, впливу зовнішніх чинників, динаміки змін із часом, а також причинно-наслідкових зв'язків і можливих шляхів покращення сексуального здоров'я. У таблиці також розглянуто психосоціальний вплив сексуальних дисфункцій, а також взаємозв'язок між загальним самопочуттям і станом сексуального здоров'я.

Отже опитування має охоплювати широкий спектр тем, пов'язаних із сексуальним здоров'ям військовослужбовців. Це включає не лише фізичні та психологічні аспекти сексуальної дисфункції, але й фактори, що впливають на сексуальну активність, важливість обстановки, а також зміни, що відбуваються з часом. Крім того має підкреслюватися важливість розуміння причинно-наслідкових зв'язків, розробки ефективних рішень для лікування, а також врахування

психосоціального впливу на загальне самопочуття та сексуальне здоров'я військовослужбовців.

Таблиця 3.3.

Теми опитування про сексуальне здоров'я військовослужбовців

Тема	Опис
Сексуальна дисфункція	Патофізіологічні та психологічні проблеми, які заважають організму займатися і брати участь у сексуальній діяльності.
Активність	Питання, пов'язані з сексуальною активністю, включаючи частоту, тип і характер активності.
Обстановка	Обговорення важливості обстановки або контексту сексуальної активності для сексуального здоров'я та функціонування.
Часовий зсув	Зміни в сексуальному здоров'ї, функціях і активності з часом.
Причина	Причинно-наслідковий зв'язок проблем сексуального здоров'я, включаючи дисфункцію.
Рішення	Методи лікування або стратегії управління сексуальною дисфункцією, включаючи медичні та медичні варіанти.
Вплив	Психосоціальний вплив сексуальної дисфункції, включаючи вплив на сприйняття себе учасником – когнітивний, емоційний і поведінковий; партнер та стосунки.
Загальне самопочуття	Взаємозв'язок між загальним здоров'ям та благополуччям і сексуальним здоров'ям.

Також розглянемо тілесно-орієнтовану психотерапію, яка є відносно новим підходом, який залишається маловідомим серед широкої аудиторії та часто сприймається з упередженням. Водночас, це сучасний, доказовий та ефективний метод психотерапевтичної підтримки, що дозволяє ефективно вирішувати різні запити клієнтів. Основний принцип цього методу базується на уявленні про функціональну єдність тіла і психіки, де тіло розглядається не як механізм, що обслуговує роботу мозку та свідомості, а як активний учасник і простір прояву психічних процесів. У зв'язку зі зростанням кількості військовослужбовців, які зазнають психічних травм через війну в Україні, тілесно-орієнтована психотерапія може відігравати важливу роль у роботі з дисоціативними розладами.

Ефективні підходи до подолання психотравм у кризових ситуаціях під час війни включають використання тілесно-орієнтованої терапії, яка добре зарекомендувала себе в країнах, що мали досвід військових конфліктів. Відповідно до наказу МОЗ України №2118 від

13.12.2023 «Про організацію надання психологічної допомоги населенню», психологічна підтримка військовослужбовців має включати індивідуальні консультації, групову терапію, кризове консультування, екстрену психологічну допомогу, а також інтегративний підхід. Ці заходи спрямовані на ефективне подолання наслідків психотравм, зниження дистресу та покращення психологічного стану військових, що сприятиме їхній здатності виконувати службові обов'язки [115].

Проте обмеження практичного досвіду військових психологів лише когнітивно-поведінковим підходом може виявитися недостатнім у специфічних клінічних випадках. Тому доцільним є застосування інтегративних чи комплексних методів психотерапії в кризовому консультуванні [112]. Згідно з наказом МОЗ України №2118, вибір методів терапії залежить від стандартів медичної допомоги та клінічних протоколів. До таких методів належать арттерапія, гештальт-терапія, десенсибілізація та репроцесуалізація рухом очей (EMDR), когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтована терапія, майндфулнес-підхід, позитивна психотерапія, системна сімейна психотерапія та інші [115].

Управління дисоціативними розладами починається з точного діагнозу, виключення інших можливих причин симптомів, оцінки супутніх захворювань і травматичних факторів. Дисоціація, як змінений стан свідомості, проявляється через емоційне та ментальне відсторонення, флешбеки, дисоціативну амнезію чи зміну сприйняття часу. Травматичні події асоціюються з дисоціативними реакціями, а поєднання дисоціації з іншими посттравматичними симптомами часто вказує на підвищену тяжкість ПТСР. Виражена дисоціація може стати перешкодою для терапевтичного прогресу, через що травмоорієнтоване лікування іноді вважається недоцільним у таких випадках.

Тілесно-орієнтована терапія є психотерапевтичним методом, який використовує фізичний контакт і спеціальні техніки для зняття тілесних блоків, що виникають унаслідок психологічних травм. Процес лікування передбачає усвідомлення свого тіла та вивільнення накопичених емоцій. Поєднання роботи з тілом та аналітичної терапії сприяє кращому розумінню психологічних змін і закріпленню терапевтичних результатів [245].

Основи тілесно-орієнтованої терапії були розроблені Вільгельмом Райхом, який звернув увагу на взаємозв'язок емоційних

переживань із фізичними проявами, такими як м'язова напруга, блоки та больові зони [1].

Основна мета застосування тілесно-орієнтованої терапії до військовослужбовців із наслідками стресу полягає у створенні безпечного простору, де можуть проявлятися пригнічені почуття та травматичні спогади, що сприяє їхньому повторному проживанню, вираженню та емоційному звільненню. Це допомагає зняти психологічні блоки, забезпечити емоційну розрядку та досягти зцілення.

Терапія включає низку методів, які спрямовані на підвищення емоційної обізнаності, зниження стресу та покращення загального психічного стану, особливо для осіб із дисоціативними розладами:

1. Усвідомлене дихання акцентує увагу на глибині, ритмі та техніці дихання. Цей метод допомагає зменшити тривожність та регулювати емоційний стан.

2. Емоційно-тілесні вправи зосереджуються на рухах, положенні тіла та виразах обличчя, що сприяє встановленню глибшого зв'язку з тілом і кращому розумінню емоційних реакцій.

3. Методи релаксації, як-от прогресивна м'язова релаксація чи йога-нідра, допомагають зменшити м'язову напругу, покращити сон і загальний стан.

4. Тілесні вправи для вираження почуттів, як-от танцювальні практики, стимулюють емоційне звільнення через рухи, сприяючи саморегуляції та інтеграції [267].

Застосування таких технік дозволяє пацієнтам краще усвідомлювати свої тілесні відчуття, ефективніше управляти ними та покращувати своє психічне здоров'я. Основною метою терапії є зменшення рівня дисоціації та відновлення гармонії між свідомістю та тілом. Однак, незважаючи на поширеність таких підходів, емпіричних доказів їхньої ефективності поки що недостатньо.

Тілесно-орієнтовані методи є важливим елементом відновлення психічного стану, особливо в умовах стресу, викликаного війною в Україні. Завдяки здатності покращувати регуляцію емоцій та знижувати рівень дисоціації, вони можуть бути корисними для військовослужбовців, які стикаються з такими проблемами, як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР).

Для вивчення ефективності цих підходів було проведено дослідження, у якому взяли участь 250 військовослужбовців. Учасники дослідження заповнювали опитувальники PCL-M для оцінки симптомів ПТСР. На першому етапі дослідження оцінювалась

інтенсивність симптомів ПТСР серед військових, які перебували у зоні бойових дій. Опитування проводилося серед представників ЗСУ (112 осіб) та ТРО (88 осіб). Методика «Шкала самооцінки проявів ПТСР» надала об'єктивні дані щодо вираженості симптомів, а результати дослідження відображено в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

**Тяжкості симптомів ПТСР за методикою PCL-M
для військовослужбовців ЗСУ та ТРО
до та після тілесно-орієнтованої терапії**

Симптоми	Військовослужбовці до терапії	Військовослужбовці після терапії	p
Інтрузії	18 ± 1,8	15 ± 1,4	≤ 0,05
Уникання	11 ± 1,3	8 ± 1,2	≤ 0,05
Негативні думки та емоції	16 ± 1,6	13 ± 1,5	≤ 0,05
Підвищена реактивність	21 ± 0,8	17 ± 1,3	≤ 0,05
Загальний бал	66 ± 1,4	53 ± 1,6	≤ 0,05

Встановлено, що застосування тілесно-орієнтованої терапії сприяло зниженню симптомів ПТСР у військовослужбовців, що підтверджує її ефективність у зменшенні психологічного навантаження та відновленні емоційної рівноваги. Водночас, серед учасників дослідження виявлено значну поширеність дисоціативних розладів, які вимагали спеціалізованого терапевтичного підходу. Було проведено аналіз динаміки дисоціативних симптомів до і після впровадження тілесно-орієнтованих методик.

У групі з 200 військовослужбовців психічні травми та стресові реакції були зафіксовані у 143 осіб (71,5%), з яких 85 (42,5%) мали дисоціативні розлади. У деяких учасників виявлено кілька симптомів одночасно. Розподіл дисоціативних розладів у досліджуваній групі був таким:

- Дисоціативний розлад неврологічних симптомів (6B60) – 20% (17 осіб), які демонстрували порушення моторних або сенсорних функцій без фізіологічного пояснення.

- Дисоціативна амнезія (6B61) – 15% (13 осіб) із втратою пам'яті на періоди, пов'язані з травматичними подіями, що супроводжувалася емоційною відстороненістю.

- Трансовий розлад (6B62) – 10% (8 осіб) з епізодами глибокого трансу, що супроводжувався частковою втратою свідомості та порушенням особистісної ідентичності.

– Розлад трансової одержимості (6B63) – 5% (4 особи), які мали епізоди, пов’язані з відчуттям одержимості або зміною самосприйняття під впливом іншої особистості.

– Дисоціативна ідентичність (6B64) – 8% (7 осіб), у яких спостерігалися зміни особистості та фрагментація ідентичності.

– Частковий розлад дисоціативної ідентичності (6B65) – 10% (8 осіб), із частковою втратою цілісності ідентичності без повної зміни особистості.

– Деперсоналізація-дереалізація (6B66) – 12% (10 осіб) з відчуттям відчуженості від власного тіла та нереальності оточення.

– Інші уточнені дисоціативні розлади (6B6Y) – 20% (17 осіб), із симптомами, які не підпадали під зазначені категорії, але супроводжувалися значними емоційними та поведінковими змінами.

Застосування тілесно-орієнтованих методик сприяло кращій інтеграції психофізичних відчуттів і зниженню вираженості дисоціативних симптомів. Узагальнені результати дослідження представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Оцінка динаміки дисоціативних розладів до та після застосування тілесно-орієнтованих технік.

Дисоціативний розлад	Військовослужбовці до терапії	Військовослужбовці після терапії	p
Дисоціативний розлад неврологічних симптомів (6B60)	20% (17 осіб)	12% (10 осіб)	$\leq 0,05$
Дисоціативна амнезія (6B61)	15% (13 осіб)	9% (8 осіб)	$\leq 0,05$
Трансовий розлад (6B62)	10% (8 осіб)	5% (4 особи)	$\leq 0,05$
Розлад трансової одержимості (6B63)	5% (4 особи)	3% (2 особи)	$\leq 0,05$
Дисоціативна ідентичність (6B64)	8% (7 осіб)	4% (3 особи)	$\leq 0,05$
Частковий розлад дисоціативної ідентичності (6B65)	10% (8 осіб)	6% (5 осіб)	$\leq 0,05$
Деперсоналізація-дереалізація (6B66)	12% (10 осіб)	7% (6 осіб)	$\leq 0,05$
Інші уточнені дисоціативні розлади (6B6Y)	20% (17 осіб)	13% (11 осіб)	$\leq 0,05$

Результати дослідження вказують на суттєве зменшення проявів дисоціативних розладів після застосування тілесно-орієнтованої

терапії, що підтверджує її ефективність у реабілітації військовослужбовців, які пережили психічні травми.

Дані, представлені в обох таблицях, демонструють статистично значуще зниження частоти дисоціативних розладів серед військових після терапії ($p \leq 0,05$). Зокрема, зафіксовано зменшення частоти таких розладів, як дисоціативний розлад неврологічних симптомів (з 20% до 12%), деперсоналізація-дереалізація (з 12% до 7%) та інших. Ці покращення є подібними у всіх категоріях, що свідчить про стабільний вплив терапії на різні типи дисоціативних симптомів.

Отримані результати підкреслюють позитивний вплив тілесно-орієнтованих методів на стан військовослужбовців із дисоціативними розладами. Це підтверджує доцільність використання таких технік як ефективного засобу для покращення психічного здоров'я, зниження вираженості симптомів та інтеграції психофізичних відчуттів.

Також розроблено систему персоналізованої корекції стрес-асоційованих розладів, які виникають унаслідок бойового стресу, адже такі розлади супроводжуються серйозними психосоціальними наслідками та мають великий вплив на психічне здоров'я. Багато військовослужбовців отримали як фізичні, так і психологічні травми під час бойових дій, що виснажують їхню психіку до граничних меж. Це призводить до зниження ефективності виконання завдань в екстремальних умовах, а масштаби поширення психічних розладів серед військовослужбовців є доволі значними.

Розлади, пов'язані зі стресом, є групою психічних порушень, у яких стрес виступає ключовим чинником, що впливає на їх виникнення, розвиток і перебіг. Для військовослужбовців такі стани часто супроводжуються підвищеною емоційною збудливістю, почуттям необґрунтованої тривоги, внутрішньою напругою, когнітивними труднощами (зокрема, проблемами з пам'яттю, концентрацією, організацією та плануванням) і підвищеною дратівливістю. У рамках короткотривалої психоаналітичної терапії важливим є забезпечення можливості усвідомленого проживання симптомів стресу, створення безпечного середовища, надання соціальної підтримки та нормалізація психологічного стану. Ці заходи сприяють розвитку ефективних стратегій подолання наслідків травми. Ефективність терапії залежить від характеру травматичної події, рівня соціальної підтримки, попереднього досвіду травм і наявності ресурсів для відновлення. Знання про техніки самопомогі та підтримки оточуючих у таких ситуаціях є важливим компонентом реабілітації [22].

До розладів, асоційованих зі стресом, належать гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і розлад адаптації. Часто вони супроводжуються такими станами, як депресія чи генералізований тривожний розлад. У випадках, коли травматична подія супроводжується втратою, можливий розвиток ускладненої реакції на горе [291].

Відповідно до DSM-5, ПТСР визначається як складне психічне порушення, що виникає у відповідь на травматичну подію, суттєво впливаючи на мислення, емоційну регуляцію та поведінку військового, порушуючи його здатність адаптуватися до повсякденного життя. ПТСР може бути викликаний безпосереднім переживанням травми під час виконання обов'язків, спостереженням за подією або усвідомленням того, що травма трапилася з товаришем по службі чи близькою людиною. У випадках смерті або загрози життю членів команди або друзів, травматична подія має бути насильницькою чи випадковою. Крім того, розлад може розвинути внаслідок багаторазового чи несподіваного впливу деталей травматичних подій, із якими військовослужбовці стикаються в бойових умовах [290].

Адаптаційний розлад проявляється емоційними чи поведінковими симптомами, що виникають у відповідь на конкретний стресовий чинник протягом трьох місяців після його дії. Симптоми є клінічно значущими, про що свідчить сильний дистрес, непропорційний тяжкості чи інтенсивності стресора, або значні порушення у соціальному, професійному чи інших важливих аспектах життя. Цей стан не відповідає критеріям іншого психічного розладу та не є загостренням наявного психічного стану [231].

Діагностика стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців є складним процесом, що вимагає чітких критеріїв і встановлення причинно-наслідкових зв'язків з психосоціальними стресорами. Важливо визначити, чи є емоційне та поведінкове реагування, яке виходить за межі нормальної реакції на стрес, а також чи виникає невротична симптоматика та порушення в основних сферах життєдіяльності військовослужбовця, таких як професійна, міжособистісна та побутова сфери [285].

Для раннього виявлення порушень в контексті короткотривалої психоаналітичної психотерапії важливо звертати увагу на такі основні патопсихологічні ознаки:

3. Емоційно-когнітивні порушення:

- труднощі в регуляції емоцій: надмірна тривога, сильний страх смерті, панічні переживання, емоційна ригідність, дратівливість;

- «тунельне мислення» – песимістичні настрої, відсутність альтернативних уявлень розвитку подій;

- нездатність зосередитись на позитивних аспектах «тут і зараз».

4. Порушення уваги:

- зниження здатності перемикаєти увагу;

- функціональні порушення пам'яті.

5. Порушення вольової активності:

- труднощі в плануванні діяльності, нестриманість, конфліктність;

- деструктивні стратегії подолання стресу – схильність до уникання або завмирання в стресових ситуаціях.

6. Психалгії:

- соматоформний біль різної локалізації [134].

Короткотривала психоаналітична психотерапія допомагає військовослужбовцям, розробляючи стратегії для подолання цих ознак і сприяючи відновленню емоційного та поведінкового балансу.

Аналіз поширеності психічних розладів серед військовослужбовців, які постраждали під час війни в Україні, дозволяє оцінити ефективність короткотривалої психоаналітичної психотерапії (КПП) як методу відновлення їх психологічного стану. Оцінювання рівнів депресії, тривожних розладів, стресу і посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед військових проводилось за допомогою шкал PHQ та PCL-C перед початком, під час та після завершення терапії. Результати показують значне зниження симптомів після терапевтичних втручань, що свідчить про позитивну динаміку у покращенні психічного стану пацієнтів (табл. 3.6).

Результати дослідження поширеності психічних розладів серед військовослужбовців показують ефективність КПП у зменшенні симптомів депресії, тривожності, стресу та ПТСР. Згідно з даними, спостерігається помітне зниження рівня тяжкості депресії: до терапії 22,5% військовослужбовців мали мінімальні симптоми, а після КПП цей показник знизився до 4,5%. Аналогічно, кількість випадків середньої і тяжкої депресії зменшилася майже вдвічі після завершення терапії.

Статистично значущі результати також зафіксовано для тривожних розладів: кількість військовослужбовців із тривожними симптомами знизилася з 77,5% до 39,5% ($p < 0.001$). Показники стресу та ПТСР, виміряні за шкалами PHQ і PCL-C відповідно, вказують на

стійке зниження рівня психічного дистресу і наявність прогресивного покращення психічного стану після терапії.

Таблиця 3.6.

Поширеність психічних захворювань перед, під час та після завершення короткотривалої психоаналітичної психотерапії (КПП) (n=200 військовослужбовців)

Показник	Перед КПП	Під час КПП	Після КПП	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Депресія (PHQ-9)				
Мінімальна	45 (22,5%)	37 (18,5%)	9 (4,5%)	<0,001
Легка	50 (25,0%)	46 (23,0%)	4 (2,0%)	
Помірної тяжко- сті	72 (36,0%)	59 (29,5%)	13 (6,5%)	
Середньої тяжко- сті	21 (10,5%)	20 (10,0%)	1 (0,5%)	
Тяжка	12 (6,0%)	10 (5,0%)	1 (0,5%)	
Тривожні розлади (PHQ)				
Так	155 (77,5%)	135 (67,5%)	79 (39,5%)	<0,001
Ні	5 (2,5%)	3 (1,5%)	2 (1,0%)	
Стрес (PHQ)				
Низький	46 (23,0%)	38 (19,0%)	8 (4,0%)	<0,001
Середній	110 (55,0%)	74 (37,0%)	15 (7,5%)	
Високий	18 (9,0%)	15 (7,5%)	5 (2,5%)	
ПТСР (PCL-C)				
Низький	37 (18,5%)	30 (15,0%)	5 (2,5%)	<0,001
Середній	16 (8,0%)	10 (5,0%)	3 (1,5%)	
Високий	9 (4,5%)	4 (2,0%)	1 (0,5%)	

Крім того, результати дослідження свідчать про позитивну динаміку в покращенні психічного стану військових, зокрема зниження рівня депресії, тривожності та ПТСР після терапевтичних втручань. Це підтверджує потенціал короткотривалої психоаналітичної психотерапії як ефективного інструменту відновлення психологічного стану військовослужбовців, що постраждали від стресових факторів війни.

3.3. Програма підвищення кваліфікації військових психологів «Клінічна психологія»

Основні цілі та завдання кваліфікаційного курсу полягають у науково-теоретичному обґрунтуванні та розвитку практичних навичок діагностики та наданні психологічної допомоги різної інтенсивності людям з ментальними розладами, а також у підготовці фахівців до роботи з особами з особливими потребами [39, 74].

Курс для психологів надає практичні навички з сучасної діагностики за МКХ-11, складання планів лікування в мультидисциплінарних групах, розробки психокорекційних програм та надання індивідуальної психологічної і психотерапевтичної допомоги. Учасники ознайомляться з новітніми підходами та інтерактивними методами психологічного втручання. Програма включає 5 модулів, 55 тем, 180 годин (6 ЄКТС), з яких 76 годин лекцій та 104 години практичних занять.

Завдання та обов'язки клінічного психолога:

- керується законодавством України про охорону здоров'я та нормативно-правовими актами, що визначають діяльність органів управління і закладів охорони здоров'я, реабілітаційних закладів, організацію психологічної допомоги населенню;
- здійснює психопрофілактику розвитку психічних, психосоматичних та поведінкових розладів, психодіагностику, психологічну корекцію та реабілітацію хворих з різними соматичними захворюваннями спільно з відповідними лікарями-спеціалістами, без права самостійно виписувати лікарські засоби;
- надає психологічну допомогу особам, неспроможним справитися з несприятливими умовами, що склалися в їхньому житті у тому й телемедичне консультування. Проводить консультації пацієнтів та членів їх сімей з питань психічного здоров'я. Здійснює профілактику психічних захворювань;
- сприяє створенню здорового психологічного клімату в закладі охорони здоров'я, реабілітаційному закладі;
- здійснює заходи з психопрофілактики професійного вигорання медичного та іншого персоналу закладу охорони здоров'я, реабілітаційного закладу;
- планує роботу та аналізує її результати;
- веде відповідну документацію, в тому числі в електронній формі;

- бере активну участь в поширенні медико-психологічних знань серед населення;

- дотримується принципів професійної етики та деонтології;

- постійно удосконалює свій професійний рівень, в тому числі обов'язково проходить супервізії (професійну допомогу та підтримку, спрямовану на роботу з професійними труднощами, аналіз недоліків та удосконалення організації роботи) індивідуально або в групі.

Курс містить вирішення наступних завдань:

- аналіз особливостей навчального процесу під час воєнних дій;
- вивчення особливостей нормативно-правового регулювання навчального процесу в умовах воєнного стану;

- розуміння етіології стресу та його впливу на навчальний процес;

- розпізнання проявів стресу;

- опанування інструментами психологічної підтримки;

- розвиток навичок неформальної взаємодії.

Основною метою програми є:

- сприяння у формуванні студентів системи професійних психологічних знань, щодо особливостей процесу реадaptaції осіб, які повернулися з полону та ветеранів війни;

- надання слухачам основ військової патопсихології та психологічної допомоги для відновлення оптимального психоемоційного та психофізичного стану;

- розвиток практичних навичок щодо застосування ключових психологічних технологій під час надання психологічної допомоги військовослужбовцям та членам їх сімей під час процесу реадaptaції;

- засвоєння студентами знань і навичок у використанні методів психопрофілактики дезадаптивних і девіантних форм поведінки, а також соціально-психологічної реабілітації.

Клінічний психолог відповідає за планування та аналіз роботи, ведення документації, зокрема в електронній формі, активну участь у поширенні медико-психологічних знань та дотримання професійної етики. Важливим аспектом є постійне підвищення професійного рівня, зокрема через супервізії.

Кваліфікаційний курс «Клінічна психологія» для психологів з досвідом роботи понад 5 років, що переводяться на посаду «клінічний психолог», включає 5 модулів, спрямованих на вдосконалення теоретичних знань і практичних навичок у клінічній психології.

У сучасних умовах, коли вимоги до професіоналів постійно зростають, підвищення кваліфікації стає невід'ємною частиною

професійного розвитку. Особливо це актуально у сфері клінічної психології, де спеціалісти повинні ефективно реагувати на складні ситуації та розуміти складні психологічні механізми. Враховуючи багатогранність теоретичних і прикладних аспектів, програма спрямована на освоєння сучасних підходів і практичних навичок, необхідних для впевненої роботи в галузі клінічної психології [232, 237].

Структура кваліфікаційного курсу (спеціалізації) «Клінічна психологія» орієнтована на психологів і практичних психологів із досвідом роботи понад 5 років у сфері охорони здоров'я, які переводяться на посаду «клінічний психолог» (див. Додаток І).

Модуль 1. Теоретико-методологічні основи клінічної психології:

- загальна проблематика клінічної психології;
- вікова періодизація і специфіка захворювань;
- концептуальні підходи до аналізу психопатологічних явищ;
- диференціація норми та патології;
- патопсихологічні синдромокомплекси.

Модуль 2. Методи дослідження в клінічній психології:

- клінічне інтерв'ю та принципи організації;
- експериментально-психологічні методи;
- патопсихологічна оцінка когнітивних і емоційних процесів;
- дослідження інтелектуальних порушень та особистісних характеристик;
- нейропсихологічне вивчення порушень мовлення, читання, письма, праксису, орієнтації у просторі та сприйняття;
- інструментальні методи дослідження функцій ЦНС і нейровізуалізації;
- узагальнення даних патопсихологічного обстеження [262, 269].

Модуль 3. Психологічні втручання в клінічній психології:

- надання першої психологічної допомоги;
- кризове консультування;
- втручання низької інтенсивності;
- психологічне консультування, психокорекція, психотерапія: принципи, різновиди;
- основи психофармакології.

Модуль 4. Прикладні аспекти клінічної психології за МКХ-11:

- нововведення, структура та діагностичні критерії МКХ-11;
- диференційна діагностика й специфіка втручань при різних розладах (нейропсихічні, психотичні, афективні, тривожні, стресові, харчові, адиктивні, поведінкові, особистісні, когнітивні та ін.);

- розлади, пов’язані з вагітністю, та вплив психологічних факторів на захворювання [261].

Модуль 5. Психологічна допомога в реабілітації

- реабілітація як гуманітарна складова медицини: підходи та етапи;

- медико-психологічні аспекти соматичних, психічних і паліативних станів;

- психогігієна та профілактика психічних розладів [81].

Програмні результати навчання (загальні, інтегральні, фахові компетентності):

Загальні компетентності

Інструментальні компетентності:

- здатність формувати цілісний світогляд, аналізувати процеси людського буття, взаємодії суспільства та природи, розвивати духовну культуру;

- вміння здійснювати саморегуляцію та дотримуватись здорового способу життя;

- компетентність у застосуванні інформаційних і комунікаційних технологій [226].

Міжособистісні компетентності:

- здатність здійснювати ефективну комунікацію [235];

- толерантне ставлення до культурних відмінностей та унікальності інших;

- здатність до конструктивної критики й самокритики;

- навички міжособистісної взаємодії та роботи в команді.

Системні компетентності:

- здатність виконувати професійні завдання відповідно до стандартів якості;

- вміння розвивати культуру мислення й аналізу;

- готовність до навчання протягом життя;

- здатність генерувати нові ідеї та проявляти креативність.

- Інтегральні компетентності:

- здатність вирішувати складні спеціалізовані завдання та практичні проблеми в клінічній психології, застосовуючи основні теорії й методи, а також працювати в умовах невизначеності.

Фахові компетентності:

- здатність до теоретичного, методологічного та емпіричного аналізу актуальних психологічних проблем;

- уміння враховувати антропометричні, анатомічні та фізіологічні параметри в аналізі психічних процесів і станів;
- розуміння специфіки психофізичного функціонування людини з урахуванням вікових, соціальних, гендерних та інших особливостей;
- практичні навички аналізу соціалізації, професійної діяльності та життєвих обставин індивідів, у тому числі за наявності захворювань;
- здатність застосовувати системний підхід у вивченні особистості;
- прогнозування змін у розвитку когнітивної, мотиваційно-вольової та інших сфер;
- використання знань для планування професійної діяльності клінічного психолога;
- вміння реалізовувати науково обґрунтовані методи психодіагностики, консультування та терапії;
- здатність організовувати просвітницьку діяльність у сфері психології;
- ефективна взаємодія в моно- та мультидисциплінарних командах;
- прийняття рішень у складних умовах та адаптація до нових викликів;
- дотримання професійної етики та загальнолюдських цінностей;
- здатність до розробки інноваційних методів психологічної допомоги;
- інтеграція нових знань у практику психології;
- проєктування й оцінка реабілітаційного процесу із застосуванням сучасних технологій [100, 105].

Методи та засоби навчання

Програма підвищення кваліфікації з клінічної психології передбачає використання різноманітних методів і засобів навчання, спрямованих на поглиблене розуміння та практичне застосування здобутих знань. Її мета – забезпечити студентів ефективним навчальним середовищем для здобуття як теоретичних знань, так і практичних навичок. Основні методи включають:

1. Лекції та семінари – викладачі надають базові теоретичні знання та практичні рекомендації, що сприяють обговоренню та аналізу теоретичних концепцій через призму реальних прикладів.
2. Практичні заняття – студенти розглядають і аналізують клінічні випадки, моделюючи реальні ситуації, що допомагає формувати практичні навички та вміння вирішувати професійні завдання.

3. Науково-дослідницький проєкт – цей елемент програми розвиває критичне мислення, сприяє глибокому вивченню актуальних питань галузі.

4. Електронні ресурси та онлайн-платформи – забезпечують доступ до мультимедійних матеріалів, відеолекцій, наукових статей, що допомагає студентам самостійно поглиблювати свої знання.

Завдяки таким методам навчання програма забезпечує інтеграцію теоретичних знань із практичними навичками, необхідними для ефективної діяльності у сфері клінічної психології.

Для оцінки ефективності програми проводився підсумковий контроль у вигляді екзамену, відповідно до графіка навчального процесу та обсягу навчального матеріалу, визначеного робочою програмою навчальної дисципліни. Форма контролю (усна, письмова, комбінована, а також тестування з використанням технічних засобів та практичне виконання нормативів), вміст і структура контрольних завдань, білетів, а також перелік матеріалів, які військові психологи можуть використовувати під час екзамену (програми, довідники, карти, таблиці, макети та інші посібники), а також критерії оцінювання обговорюються на засіданні кафедри і затверджуються начальником кафедри не пізніше, ніж за місяць до початку проведення контрольного заходу. Вказані матеріали є актуальними протягом навчального року, вони складають частину навчально-методичної документації з дисципліни та зберігаються на кафедрі. Також можливе використання різних форм контролю в комбінації.

Засобами діагностики успішності навчання програми «Клінічна психологія» виступають: контрольні питання до семінарських, групових та практичних занять; завдання для поточного контролю; індивідуальні завдання; перелік питань теоретичного опитування та письмової перевірки, практичне завдання; білети до диференційованого заліку та екзамену; які визначаються у робочій програмі навчальної дисципліни.

Ця програма готує фахівців до ефективного застосування знань у клінічній практиці та надання психологічної підтримки пацієнтам.

Оцінка ефективності курсу підвищення кваліфікації військових психологів визначається через ретельний аналіз академічної успішності студентів у рамках конкретного курсу «Клінічна психологія» (табл. 3.7).

Таблиця 3.7.

**Оцінка ефективності програми підвищення кваліфікації
військових психологів «Клінічна психологія»**

№	Оцінка з курсу «Клінічна психологія»	Середній бал студента по всіх предметах	Ефективність програми
1	83	80	3
2	80	78	2
3	75	71	4
4	82	80	2
5	90	85	5
6	75	75	0
7	90	82	8
8	94	89	5
9	76	75	1
10	77	75	2
11	84	80	4
12	76	77	-1
13	93	88	5
14	77	70	7
15	62	60	2
16	76	75	1
17	84	80	4
18	75	70	5
19	91	86	5
20	93	91	2
21	88	85	3
22	67	63	4
23	87	80	7
24	65	67	-2
25	65	63	2
26	73	70	3
27	77	75	2
28	65	67	-2
29	66	60	6
30	88	79	9
Сер. значення	79,13	75,86	-

З аналізу таблиці можна зробити висновок, що програма підвищення кваліфікації військових психологів «Клінічна психологія» виявила свою ефективність для значної частини учасників.

Студенти, які брали участь у програмі, продемонстрували позитивну динаміку успішності, що підтверджується зростанням їхніх середніх балів. Особливо високий рівень ефективності спостерігався у студентів з номерами 7, 13, 14, 19 і 30, які суттєво покращили свої результати. Водночас окремі учасники зазнали незначного зниження балів. Загалом отримані результати є основою для подальшого вдосконалення програми з метою підвищення її ефективності для всіх учасників.

Близько 75% серйозних проблем із психічним здоров'ям виникають до 24 років, і численні дослідження свідчать, що студенти частіше повідомляють про проблеми з психічним здоров'ям порівняно із загальним населенням. Ці труднощі пов'язані з істотним порушенням функціонування, зниженням академічної успішності, зменшенням задоволеності життям, вищими показниками супутніх фізичних захворювань, підвищенням рівня відмов від навчання, а також збільшеним вживанням алкоголю, тютюну та наркотичних речовин. За даними двох міжнародних опитувань Всесвітньої організації охорони здоров'я, рівень поширення психічних розладів серед студентів коливається від 20% до 31%. Найбільш поширеними проблемами є тривожні й афективні розлади, які зазвичай виникають у ранньому або середньому підлітковому віці та можуть зберігатися надалі [149, 158, 159].

Базове опитування складалося з 21 питання, визначали симптоми депресії, симптоми тривожності та стрес (Шкала депресії, тривожності та стресу [DASS-21], наприклад: «Протягом останнього тижня я відчував себе пригніченим і сумним» [265].

Порівняння психічного здоров'я психологів та практичних психологів закладів охорони здоров'я зі стажем роботи у системі охорони здоров'я понад 5 років, які переводяться на посаду «Клінічний психолог» на базовому та вихідному опитуваннях виявили наступні зміни в показниках DASS-21 протягом 2 місяців від початку проведення курсу: помірний рівень депресії (20,7%), помірний рівень тривоги у психологів (19,5%) та практичних психологів (22,3%), також максимальна кількість опитаних мали помірний рівень стресу (23,3%), після проведення курсу показники рівня тривоги, стресу та депресії знизилися. Рівень вираження депресії, тривоги та стресу дає загальну картину впливу самого курсу «Клінічний психолог» на психологів та практичних психологів. Розглянемо середні показники по кожному питанню тесту DASS-21 ($M \pm m$, бали) у військовослужбовців, біженців та ВПО (табл. 3.9).

Таблиця 3.8.

Рівень вираження депресії, тривоги та стресу в психологів та практичних психологів закладів охорони здоров'я зі стажем роботи у системі охорони здоров'я понад 5 років, які переводяться на посаду «Клінічний психолог» досліджуваних за методикою DASS-21 до проведення курсу та після

Ступінь вираження	Психологи, абс. (%)		Практичні психологи, абс. (%)	
	До	Після	До	Після
Рівень депресії				
Нормальний	12 (6,2)	5 (2,6)	24 (12,4)	22 (11,4)
Легкий	8 (4,1)	10 (5,1)	12 (6,2)	22 (11,4)
Помірний	40 (20,7)	15 (7,7)	38 (19,7)	25 (13)
Тяжкий	20 (10,4)	-	39 (20,2)	1 (0,5)
Рівень тривоги				
Нормальний	9 (4,6)	3 (1,6)	14 (7,3)	16 (8,3)
Легкий	12 (6,2)	12 (6,2)	29 (15)	28 (14,5)
Помірний	37 (19,2)	15 (7,7)	43 (22,3)	16 (8,3)
Тяжкий	22 (11,4)	-	33 (17,1)	-
Рівень стресу				
Нормальний	9 (4,6)	3 (1,6)	22 (11,4)	12 (11,4)
Легкий	19 (9,8)	11 (5,7)	25 (13)	27 (14)
Помірний	37 (19,2)	14 (7,3)	45 (23,3)	28 (14,5)
Тяжкий	15 (7,9)	1 (0,5)	28 (14,5)	3 (1,6)

Аналіз тесту DASS-21 (табл. 3.9) показав, що військовослужбовці та ВПО, які отримали допомогу від практичних психологів та психологів до проходження курсу виявляють більшу схильність до відчуття занепаду духу й нудьги ($p<0,001$), жаху ($p<0,01$), близького до паніки ($p<0,001$), або почуття тривоги в ситуаціях, що можуть викликати паніку або призвести до обману ($p<0,001$). Вони також відзначаються високим рівнем витрати нервової енергії ($p<0,001$), низькою самооцінкою особистості ($p<0,01$), втратою ініціативи ($p<0,05$) та здатності відчувати позитивні емоції загалом ($p<0,05$). Крім того, вони проявляють збільшену чутливість ($p<0,001$) та стурбованість, збудженість ($p<0,01$).

Таблиця 3.9.

**Середні показники по кожному питанню тесту DASS-21
($M \pm m$, бали) у військовослужбовців та ВПО**

Питання тесту	Усі досліджувані, $M \pm m$, ($n=193$).	Військовослужбовці та ВПО, $M \pm m$, ($n=193$).		p
		До	Після	
Мені важко відпочивати належним чином	0,68 $\pm$ 0,045	0,63 $\pm$ 0,065	0,7 $\pm$ 0,05	<0,05
Я відчуваю сухість у роті	0,97 $\pm$ 0,04	1,08 $\pm$ 0,075	0,92 $\pm$ 0,055	<0,05
Я втратив(-ла) здатність відчувати позитивні події	0,88 $\pm$ 0,04	0,74 $\pm$ 0,065	0,97 $\pm$ 0,05	<0,05
В мене виникають труднощі з диханням, які виявляються в надмірному або затриманому диханні навіть без фізичного навантаження.	0,38 $\pm$ 0,04	0,35 $\pm$ 0,05	0,45 $\pm$ 0,045	<0,05
Мені важко брати ініціативу для будь-яких дій	1,05 $\pm$ 0,045	0,98 $\pm$ 0,055	1,18 $\pm$ 0,045	<0,05
У мене часто виникає надмірна реакція на будь-які ситуації.	1,28 $\pm$ 0,04	1,18 $\pm$ 0,075	1,36 $\pm$ 0,06	<0,05
Я відчуваю тремтіння, особливо у кінцівках	0,68 $\pm$ 0,04	0,57 $\pm$ 0,05	0,78 $\pm$ 0,05	<0,05
Мені здається, що я витрачаю значну кількість нервової енергії.	1,37 $\pm$ 0,045	1,15 $\pm$ 0,06	1,57 $\pm$ 0,06	<0,001
Мене хвилюють ситуації, коли я можу почати панікувати або відчувати себе обдуреним.	1,25 $\pm$ 0,045	0,98 $\pm$ 0,07	1,45 $\pm$ 0,05	<0,001
Відчуваю, що у майбутньому мені нічого очікувати.	0,65 $\pm$ 0,04	0,56 $\pm$ 0,055	0,68 $\pm$ 0,045	<0,05

Продовження табл. 3.9.

Я почуваю себе збудженим і тривожним	0,98±0,045	0,88±0,055	1,08±0,045	<0,01
Виявляється, що мені важко розслабитися.	0,98±0,045	0,88±0,07	1,08±0,045	<0,05
Відчуваю поглиблення смутку і нудьги.	0,98±0,05	0,89±0,08	1,08±0,055	<0,001
Я маю нульове терпіння до чого-небудь, що заважає мені досягти успіху у своїй діяльності.	1,21±0,045	1,08±0,075	1,28±0,05	<0,05
Відчуваю, що наближаюся до стану паніки.	0,85±0,045	0,58±0,055	0,98±0,06	<0,001
Я не можу проявляти ентузіазм для чого-небудь.	0,82±0,04	0,59±0,055	0,79±0,05	<0,05
Я почуваю, що не вартий багато чого як особистість	0,58±0,05	0,46±0,05	0,68±0,06	<0,01
Я відчуваю себе надто чутливим.	1,18±0,045	0,89±0,06	1,25±0,06	<0,001
Моє серце б'ється навіть без фізичного напруження (імпульсні відчуття або прискорені серцеві поштовхи).	0,79±0,045	0,65±0,07	0,87±0,06	<0,05
Я відчуваю жах без видимої причини	0,47±0,045	0,32±0,045	0,58±0,055	<0,01
Мені здається, що життя не має сенсу	0,48±0,04	0,58±0,07	0,48±0,05	<0,05

Після проходження курсу «Клінічний психолог» психологи та практичні психологи допомагають знизити рівень депресії, тривоги та стресу у військовослужбовців та ВПО. Отримані результати свідчать про ефективність навчання клінічних психологів, що працюють в лікарнях, у розв'язанні психологічних проблем у військовій та соціальній сферах. Їхні знання та навички дозволяють здійснювати компетентну психологічну допомогу військовослужбовцям та ВПО, які зазнали стресу або пережили травматичні події, і сприяють підвищенню загального рівня благополуччя й адаптації у цих груп. Тому

навчання клінічних психологів, спеціалізованих на роботі з військово-службовцями та ВПО, відіграє важливу роль у забезпеченні психологічного здоров'я та соціальної адаптації цільових груп.

Послідовність вивчення та методика викладання дисципліни передбачає послідовне проведення всіх видів занять, що сприяє зменшенню часу між поданням матеріалу, його сприйняттям і закріпленням.

3.4. Програма допомоги військовополоненим та людям з окупованих територій

У процесі надання медико-психологічної допомоги військовополоненим та людям з тимчасово окупованих територій особливе значення мають психологічні аспекти, що супроводжують лікувальний процес. Ці аспекти включають явища, пов'язані з особистістю пацієнта, взаємодією з фахівцем і застосованими терапевтичними методами, які можуть як сприяти одужанню, так і ускладнювати його. Психологічні феномени, такі як очікування пацієнта, емоційний контакт, катарсис та усвідомлення, широко розглядаються у світовій літературі, але часто інтерпретуються крізь призму психоаналітичних теорій.

Пацієнт у цьому контексті є не лише об'єктом діагностики та терапії, але й суб'єктом зі складним психологічним світом, який індивідуально реагує на хворобу, умови мікросоціального середовища та травматичні обставини. Інтеграція психологічного аспекту у медичну модель допомагає бачити людину не просто як нозологічну одиницю, а як унікальну особистість із власним емоційним і психологічним досвідом. Ігнорування індивідуальних реакцій може призводити до зведення пацієнта до носія симптомів, тоді як увага до емоційного стану сприяє більш ефективному лікуванню і реабілітації [103].

У процесі психосоціальної реабілітації важливо спрямовувати особистість на побудову нової суб'єктивної моделі світу й усвідомлення свого місця в ньому, а також розвивати адаптивні стратегії поведінки. Психологічна допомога військовослужбовцям, які брали участь у бойових діях, має включати декілька ключових аспектів [51]:

- діагностика синдрому соціально-психологічної дезадаптації, враховуючи психоемоційний стан військових після виходу із зони бойових дій, використанні ними адаптивні стратегії та поведінкові реакції. Психодіагностика дозволяє врахувати індивідуальні особливості кожного військовослужбовця [53];

– психологічне консультування, що включає як індивідуальні, так і сімейні сесії. Під час індивідуальної роботи важливо надати можливість військовим висловити свої емоції та переживання, виявляючи зацікавленість у їхній історії. Після цього слід пояснити, що їхній стан є тимчасовим і типовим для осіб, які пережили бойові дії. Важливо забезпечити підтримку як від професійних фахівців, так і від близького оточення, оскільки щире розуміння й терпіння з боку родини є ефективним засобом реабілітації. Нестача такої підтримки може мати трагічні наслідки [132];

– психокорекція, яка спрямована на корекцію психічних особливостей, що не відповідають прийнятим критеріям або оптимальній моделі психічного розвитку [198];

– навчання навичкам саморегуляції, що включає техніки зниження напруги, такі як релаксація, аутотренінг тощо [71];

– соціально-психологічні тренінги, метою яких є підвищення адаптивності військовослужбовців і розвиток їхньої особистості;

– профорієнтація та допомога у професійному самовизначенні, які сприяють переосвіті й подальшому працевлаштуванню.

Кожен учасник бойових дій має отримати як психологічну, так і медичну реабілітацію. Це дозволяє забезпечити комплексний підхід до медико-психологічної допомоги та соціальної підтримки військових [138].

Найефективнішим рішенням у системі соціальної реабілітації є створення спеціалізованого центру для учасників бойових дій. Такий заклад здатен вирішувати повний спектр питань, пов'язаних із соціальною адаптацією та реабілітацією ветеранів зон конфлікту.

Основні завдання комплексної медико-психологічної допомоги військовополоненим і людям, які перебували на тимчасово окупованих територіях, включають такі аспекти:

1. Задоволення базових потреб та стабілізація ситуації, що охоплює забезпечення продуктами харчування, житлом, медичною допомогою, відновлення документів тощо. Цей процес, хоча й може бути тривалим і складним, є необхідним для осіб, які вимушено залишили свої домівки. Ефективна реалізація таких заходів сприяє відновленню довіри до оточуючих, зниженню страхів і тривожності у постраждалих.

2. Відновлення сімейних та соціальних зв'язків, які часто руйнуються під час перебування у полоні або в умовах окупації. Особи, які пережили ці випробування, нерідко схильні до самоізоляції та

втрата бажання відновлювати близькі стосунки. Для відновлення довіри до суспільства важливо сприяти доступу постраждалих до правосуддя та надавати інформацію про їхні права.

3. Повернення до самоідентичності та пошук нового сенсу життя, що є важливим у процесі подолання травматичного досвіду. Травма часто розділяє життя на «до» і «після», викликаючи втрату зв'язку з минулим і позбавляючи людину колишніх ресурсів. Соціальні ініціативи можуть стати корисним інструментом для подолання цих викликів. Однак через об'єктивні або суб'єктивні обмеження іноді необхідно сприяти розвитку нових навичок, здобуттю нових професій або пошуку нових інтересів.

4. Відновлення людської гідності, яка є фундаментальною цінністю. Воєнні конфлікти, зокрема тортури та перебування в полоні, нерідко мають на меті приниження людської особистості. Цінності, як-от справедливість, честь і гідність, часто зазнають руйнування внаслідок жорстокого поводження. Особи, які пережили полон або окупацію, можуть відчувати сором за пережиті страждання або почуття провини за те, що залишилися живими [26, 42, 148].

Мета програми комплексної медико-психологічної допомоги для військовополонених та осіб з тимчасово окупованих територій полягає у наданні інтегрованої підтримки для фізичного, психічного та соціального відновлення цієї групи.

Програма складається з кількох етапів, які охоплюють фізичне та психічне відновлення. Спочатку проводиться медична оцінка, що включає дослідження фізичного стану, психіатричний огляд і оцінку рівня стресу, а також психологічне тестування для визначення рівня тривоги та депресії.

Фаза невідкладної медичної допомоги включає лікування травм і психотерапевтичну підтримку для зменшення стресу та негативних емоцій. Медико-психологічна реабілітація передбачає фізіотерапію, вправи для відновлення активності, а також індивідуальні та групові психотерапевтичні сесії.

У рамках соціальної реінтеграції надається допомога з працевлаштуванням та розвитку кар'єри. Після завершення програми учасники отримують постійну психотерапевтичну підтримку, а також медичне спостереження.

Завершальний етап включає психосоціальну підтримку сім'ї, де проводяться тренінги і терапевтичні сесії для покращення взаємодії та вирішення конфліктів.

Серед типових психічних реакцій військовополонених та осіб із тимчасово окупованих територій на етапі невідкладного реагування виділяють наступні:

1. Повторне переживання травматичних подій, що характеризуються поверненням у спогадах до досвіду полону або перебування на окупованих територіях. Це може проявлятися у вигляді нав'язливих думок, яскравих нічних кошмарів із реалістичними або символічними образами пережитого. Душевний біль, асоційований із ситуацією полону, часто викликає недовіру до авторитетних осіб, зокрема лікарів і психологів [53].

2. Уникнення і емоційна відчуженість, що включає прагнення уникати будь-яких нагадувань про травматичні події. Відзначається емоційна загальмованість, почуття ізоляції, а також труднощі у відновленні соціальних зв'язків. Часто спостерігається неможливість пригадати окремі ключові аспекти пережитих подій [75].

3. Перезбудження, яке проявляється у вигляді проблем зі сном, підвищеної дратівливості, неконтрольованих спалахів гніву, труднощів із концентрацією, надмірної настороженості та посиленої реакції на раптові подразники [88].

4. Симптоми тривоги, серед яких прискорене дихання, рясне потовиділення, сухість у роті, запаморочення та шлунково-кишкові розлади [37].

5. Депресивні стани, що включають пригнічений настрій, втрату інтересу до колишніх занять, розлади сну або апетиту, почуття втоми, зниження енергії, надмірну провину, складнощі із концентрацією та навіть суїцидальні думки [73, 209].

6. Порушення самооцінки та перспективи майбутнього, що виражається у сприйнятті себе як людини, якій завдано невідновної шкоди. Постраждали можуть втрачати віру у своє професійне та особисте майбутнє, а також у можливість тривалого і повноцінного життя [108].

7. Дисоціативні явища та деперсоналізація, які характеризуються порушенням цілісності свідомості, самосприйняття та пам'яті. Це може супроводжуватися частковою амнезією або відчуттям «спостереження за собою збоку» [121].

8. Соматичні симптоми, що включають біль у різних частинах тіла, зокрема хронічні головні болі, біль у спині та кістково-м'язові болі. Ці прояви можуть мати як фізичні причини, пов'язані з тортурами, так і психологічне підґрунтя, спричинене травматичними

подіями. Головні болі, зокрема посттравматичні, є поширеним наслідком тортур і часто посилюються під впливом стресу [194, 116].

9. Сексуальні розлади є частим явищем серед колишніх військовополонених та осіб, які перебували на тимчасово окупованих територіях, особливо серед тих, хто пережив катування або став жертвою сексуального насильства чи зґвалтування [108].

10. Зловживання алкоголем та вживання наркотиків, як засобу зменшення болючих спогадів, емоційного напруження та тривожності. У таких випадках також можливе використання наркотичних речовин для досягнення аналогічного ефекту [18].

Зазначимо, що у багатьох військовослужбовців, які пережили полон, та осіб із тимчасово окупованих територій можуть одночасно спостерігатися кілька психічних реакцій, зумовлених пережитими травматичними подіями.

Етапи медико-психологічної реабілітації військовополонених та осіб із тимчасово окупованих територій

Процес реабілітації включає три основні етапи:

1. Підготовчий (діагностичний). На цьому етапі лікар аналізує клінічні дані пацієнта, визначає стан здоров'я та ставить діагноз. Психолог проводить психодіагностику для оцінки поточного психічного стану постраждалого.

2. Основний (психотерапевтичний). Цей етап передбачає реалізацію заходів, спрямованих на зниження проявів психологічного стресу, відновлення емоційного балансу та соціальної адаптації.

3. Завершальний (рекомендаційний). Розробляються рекомендації щодо подальшого лікування, соціальної підтримки та профілактики можливих ускладнень.

Серед поширених діагнозів, пов'язаних із досвідом полону чи тортур, найчастіше зустрічаються:

- посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);
- глибока депресія;
- стійкі зміни особистості.

7. Депресивний стан є поширеним явищем серед осіб, які пережили військовий полон або перебували на тимчасово окупованих територіях. У таких випадках складно чітко розмежувати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) і глибоку депресію як два окремі захворювання [199].

До депресивних розладів належить глибока депресія, що може проявлятися як ізольований напад або повторювані епізоди. Вона

може супроводжуватися психотичними, кататонічними, меланхолійними чи атиповими проявами або протікати без них.

Основними ознаками депресивних розладів є:

- пригнічений настрій;
- значне зниження інтересу чи задоволення від повсякденних занять;
- втрата ваги або зміна апетиту;
- порушення сну (безсоння чи надмірна сонливість);
- психомоторне збудження чи загальмованість;
- втома або відчуття втрати енергії;
- почуття нікчемності, надмірної або невиправданої провини;
- труднощі з концентрацією уваги або мисленням;
- повторювані думки про смерть або самогубство.

2. ПТСР є частим наслідком психологічних травм, пов'язаних із військовим полонем. Його діагностика базується на виявленні порушень пам'яті, викликаних травмою, таких як нав'язливі спогади, нічні кошмари та нездатність відтворити деталі пережитих подій. Військовослужбовці або особи, які перебували на тимчасово окупованих територіях, можуть згадувати основні моменти тортур, але не завжди вдається детально описати їх обставини, що є додатковим підтвердженням достовірності їхніх розповідей [189].

ПТСР проявляється у таких формах:

- нав'язливі спогади про полон, які спричиняють постійний емоційний біль;
- повторювані болісні сни, пов'язані з пережитою подією;
- відчуття або поведінка, ніби подія відбувається знову (ретроспекції, галюцинації, ілюзії);
- сильний психологічний стрес під час згадування травматичних подій;
- фізіологічна реакція на подразники, що нагадують ситуацію полону чи катувань [82].

До критеріїв діагностики ПТСР також входять постійні симптоми підвищеної збудливості, що проявляються через:

- труднощі із засинанням чи сном;
- підвищену дратівливість або раптові спалахи гніву;
- складнощі із зосередженням;
- надмірну підозрілість;
- інтенсивну реакцію здригання.

Перебіг ПТСР може варіюватися: в окремі періоди домінують симптоми підвищеної збудливості, тоді як в інші моменти пацієнти демонструють емоційну пригніченість або соціальну ізоляцію. Варто зазначити, що навіть за відсутності формального діагнозу ПТСР військовослужбовець може страждати від наслідків пережитих подій. У деяких випадках хронічний ПТСР унаслідок тортур може з часом трансформуватися в стійкі зміни особистості.

3. Стійка зміна особистості. Згідно з Міжнародною класифікацією хвороб (МКХ-11), діагноз «стійка зміна особистості» встановлюється лише за наявності підтверджених доказів значущої та тривалої зміни у сприйнятті, реакціях або судженнях особистості щодо себе чи навколишнього середовища. Ця зміна супроводжується негнучкою та неадаптивною поведінкою, яка була нехарактерною для людини до ситуації військового полону.

Варто зазначити, що цей діагноз не охоплює зміни, які виникають як наслідок інших психічних розладів, залишкових симптомів попередніх захворювань чи порушень, а також змін особистості, зумовлених хворобами, порушеннями нормальної діяльності чи травмами головного мозку.

Для встановлення діагнозу «стійка зміна особистості» після пережитого полону чи тортур необхідно, щоб зміни тривали не менше двох років після стресової події.

Згідно з МКХ-11, стресовий чинник повинен бути настільки інтенсивним, що його вплив не потребує врахування індивідуальної вразливості для пояснення глибини наслідків. Така зміна особистості може проявлятися через:

- ворожість або підозрілість до оточення;
- соціальну ізоляцію;
- почуття безцільності або безнадійності;
- постійне відчуття «роздратування» та відчуженості.

Ці симптоми вказують на суттєві зрушення в поведінкових та емоційних реакціях, що виникають унаслідок травматичного досвіду [197].

Дуже часто особи, які не зазнали серйозних поранень або травм, можуть уникнути негайного проходження медичного огляду після виходу з полону або після окупації, відразу вирушаючи до своїх рідних чи відправляючись у відпустку. Однак серйозною проблемою є випадки, коли поранені особи не отримали належної допомоги негайно після визволення. Опрацьовано 60 кейсів.

Проведено анкетування, яке включало питання про медичний стан та допомогу, яку отримали військовослужбовці після виходу з полону або цивільні особи після визволення з тимчасово окупованих територій. Результати анкетування вказують на те, що деякі респонденти, які не зазнали серйозних поранень або травм, можуть уникати проходження медичного огляду відразу після визволення.

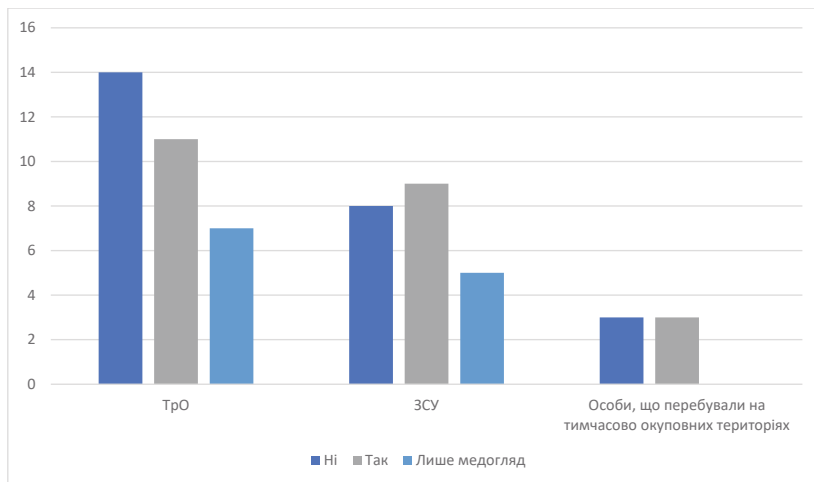


Рис. 3.4. Отримання комплексної медико-психологічної допомоги військовополоненим та людям з тимчасово окупованих територій

Таким чином, ми маємо констатувати, що комплексна медико-психологічної допомоги військовополоненим та людям з тимчасово окупованих територій є необхідною і при її не отриманні виникають випадки серйозних захворювань як фізичних, так і психологічних.

Також розглянемо досвід проведення судово-психологічної експертизи військовополонених, яка є важливим інструментом використання спеціалізованих психологічних знань у цивільному судочинстві, який допомагає вирішувати питання психологічного характеру. Її метою є визначення особливостей психічної діяльності та їх проявів у поведінці, що мають юридичне значення та можуть впливати на правові наслідки. Цей вид експертизи нерідко стає складовою частиною комплексних експертних досліджень, коли потрібне поєднання знань з різних галузей науки, таких як психолого-психіатрична, психолого-медико-психіатрична, медико-психологічна,

психолого-автотехнічна, психолого-почеркознавча або психолого-лінгвістична експертизи.

Зокрема, судово-психологічна експертиза враховує психологічні, вікові особливості та психоемоційні стани військовополонених у період, що має юридичне значення, або після нього. Встановлення цих змін може мати суттєві процесуальні наслідки [21]. Така експертиза дає змогу визначити моральні та фізичні страждання, їх інтенсивність, оцінити розмір моральної шкоди у фінансовому еквіваленті, а також оцінити психологічний стан особи.

Проведення судово-психологічної експертизи військовополонених є складним процесом, що здійснюється експертами з метою визначення властивостей і станів досліджуваного об'єкта, які мають значення для вирішення поставлених завдань. Предмет експертизи визначається питаннями, адресованими експерту, і відображає завдання, які вирішуються в межах відповідної галузі знань.

Ця експертиза передбачає оцінку здатності військовополонених розуміти зміст укладених угод, приймати обґрунтовані рішення, а також виявлення психологічних аномалій, що можуть впливати на їх поведінку та сприйняття реальності. Окрім цього, експерт аналізує психологічну сумісність військовополонених з оточуючими, їх здатність до адекватного сприйняття та передачі важливої інформації, основні мотиви поведінки та вплив психічного стану на виконання професійних обов'язків.

Дослідження ґрунтувалося на матеріалах судово-психологічних експертиз, проведених для 50 військовополонених ЗСУ та ТрО. Основними джерелами інформації стали судово-психологічні висновки, які містять результати оцінок психологічного стану та експертні заключення, отримані під час і після перебування в полоні. Додатково використовувалася інформація з інтерв'ю з військовополоненими та їхніми родичами, що відображала психологічні та фізичні наслідки полону. Також було залучено результати психологічного тестування, спрямованого на оцінку рівня стресу, депресії, ПТСР та інших психічних розладів.

У дослідженні застосовувалися різноманітні методи. Психологічне тестування дозволяло визначити рівень стресу, депресії та інших психологічних проблем у військовополонених. Для збору більш глибокої інформації про їхній психологічний стан проводилися як структуровані, так і неструктуровані інтерв'ю. Окрім цього, здійснювався ретельний аналіз медичних даних для виявлення фізичних травм і їхнього впливу на психічне здоров'я. Заключним етапом

дослідження був аналіз судово-психологічних висновків, що дозволив скласти загальну картину стану психічного здоров'я військовополонених та оцінити ефективність проведених експертиз.

Результати дослідження продемонстрували, що військовополонені часто зазнають різноманітних психологічних травм, таких як ПТСР, депресія та тривожні розлади. Серед основних виявлених симптомів були флешбеки, нічні жахи, уникнення ситуацій, які нагадують про полон, підвищена тривожність, хронічна меланхолія, втрата інтересу до звичних справ і знижена самооцінка. Також зафіксовано, що надмірна тривожність ускладнювала виконання повсякденних завдань. Отримані результати подано у логічній послідовності та проілюстровано кількісними даними у вигляді таблиць і графіків.

Обговорення результатів підкреслює необхідність комплексного підходу до реабілітації військовополонених. Програми підтримки повинні включати не лише терапію ПТСР і депресії, але й сприяти соціальній інтеграції та адаптації до мирного життя [136]. Особливо важливим є вдосконалення методик судово-психологічної експертизи, таких як збір інформації та оцінка психологічного стану. Використання свідчень, медичних даних та психологічних тестів забезпечує більш точну діагностику стану потерпілих і сприяє розробці ефективних реабілітаційних стратегій. Наприклад, у двох випадках попередні психіатричні розлади ускладнили стан після полону, що акцентує увагу на важливості аналізу історії хвороби під час експертиз. Крім того, застосовані психологічні й фізичні методи, імовірно використані супротивником, корелюють з тактиками, описаними у світових звітах про катування.

Загалом, група військовополонених ЗСУ та ТрО виявила високий рівень стійкості. Інтерв'ю показали, що багато з них були елітними військовими своїх підрозділів, а їхня участь у бойових місіях на початку війни розглядалася як заслужена нагорода за роки підготовки. Лише двоє військових мали психіатричні розлади до війни: один страждав на алкоголізм, який лікувався, а інший мав синдром дефіциту уваги з гіперактивністю, діагностований у дитинстві. Обидва випадки ускладнилися розвитком ПТСР через полон, причому перший знову пережив рецидив алкоголізму. Щодо бойового досвіду, лише один військовий мав попередню участь у бойових діях, однак цей досвід не спричинив жодних симптомів.

Характеристики полонених, тривалість їх перебування в полоні, втрата ваги та можливі види катувань подано в таблиці 3.10. Як і в будь-якому цивільному процесі, достовірність свідчень

військовополонених оцінюють експерти, а остаточне рішення ухвалює суддя. Високий рівень довіри до свідчень полонених пояснюється кількома чинниками. По-перше, імовірно застосовані до них методи відповідали загальновідомим тактикам політичних і військових катувань. По-друге, свідчення, зібрані окремо, демонстрували схожість в описах умов утримання та поведінки. Крім того, психологічні симптоми й фізичні травми, зафіксовані під час експертиз у 2023 році, значною мірою збігалися з описами, зробленими після звільнення. Свідчення членів родин щодо психологічних і фізичних симптомів також підтверджували дані військових, за винятком тих випадків, коли полонені намагалися мінімізувати свої переживання.

Таблиця 3.10.

Характеристики 50 військовополонених ЗСУ та ТрО і деталі полону

Характеристика	Значення
Військовополонені	50
Військовополонені ЗСУ	17
Військовополонені ТрО	33
На активній службі у 2023 році	
Так	50
Ні	-
Тривалість полону (дні)	
Середнє значення	202
Медіана	190
Діапазон	100–320
Втрата ваги (кг)	
Середнє значення	14
Медіана	12,5
Діапазон	4,5 – 18
Інтерогативні побиття	
Так	40
Імітаційні страти	
Так	15
Систематичний голод	
Так	47
Примусові відеозізнання	
Так	10
Тривале закування в наручники	
Так	36
Погрози шкоди родинам	
Так	50

Аналіз характеристик 50 військовополонених ЗСУ та ТрО, а також обставин їх утримання в полоні виявив як спільні риси, так і суттєві відмінності, що заслуговують на увагу. Отримані дані свідчать про застосування жорстоких і масштабних методів поводження з полоненими, підкреслюючи необхідність комплексної фізичної та психологічної реабілітації для цих осіб.

Після звільнення військовополонені отримали медичну допомогу у військових госпіталях, що включало лікування гострих травм, таких як переломи, рани, перфорація барабанних перетинок, а також медичне втручання у випадках дизентерії та лямбліозу. Було досягнуто відновлення ваги та початкового фізичного стану. Довгострокові наслідки включали хронічну діарею та нервові ушкодження верхніх кінцівок, які спричинили сильні парестезії та гіперестезії. Усі військовослужбовці також пройшли психологічну оцінку та дебрифінг, що стало основою для ідентифікації психіатричних симптомів упродовж першого року після звільнення.

Діагностичні результати, що стосуються ПТСР, депресії та зловживання алкоголем, подано в таблиці 3.11. Повна форма ПТСР відповідає критеріям DSM-IV, тоді як підпорогова форма характеризується симптомами, що відповідають двом із трьох кластерів (повторні переживання, уникання чи відчуженість), або проявами у всіх трьох кластерах, але у недостатній кількості для відповідності повним критеріям. Зібрані дані дозволили оцінити симптоматику протягом першого року після полону та на момент проведення дослідження.

Таблиця 3.11.

**Діагностичні результати для 50
військовополонених ЗСУ та ТрО**

Результат діагностики	ПТСР (Повний)	ПТСР (Підпороговий)	Без ПТСР	Депресія	Зловживання алкоголем
Відразу після полону	22 (44%)	18 (36%)	10 (20%)	48 (96%)	14 (%)
Через 6 місяців після полону	20 (40%)	10 (20%)	20 (40%)	32 (64%)	11 (%)
Через 12 місяців після полону	16 (32%)	10 (20%)	24 (48%)	24 (48%)	7 (%)

Аналіз діагностичних результатів 50 військовополонених ЗСУ та ТрО показує поступове покращення їхнього психічного стану протягом року після звільнення. Негайно після полону 44% мали повний ПТСР, але через 12 місяців цей показник знизився до 32%. Частка підпорогового ПТСР залишалася стабільною (20%), тоді як кількість осіб без ПТСР зросла з 20% до 48%. Депресія також зменшувалася: з 96% негайно після полону до 48% через рік. Зловживання алкоголем знизилося з 14% до 7%. Ці дані вказують на загальне покращення психічного здоров'я з часом.

Щодо зв'язку депресії, тривоги та стресу у постраждалих внаслідок війни в Україні, отримано результати (див. табл. 3.12) за допомогою шкали депресії, тривоги та стресу (Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21).

Таблиця 3.12.

Рівень вираження депресії, тривоги та стресу в респондентів досліджуваних груп за DASS-21 відразу після полону

Ступінь вираження	Рівень депресії	Рівень тривоги	Рівень стресу
Нормальний	2 (4)	7 (14)	3 (6)
Легкий	9 (18)	12 (24)	11 (22)
Помірний	10 (20)	19 (38)	14 (28)
Тяжкий	29 (58)	12 (24)	22 (44)

У таблиці 3.12, яка показує рівні депресії, тривоги та стресу за шкалою DASS-21 одразу після полону, виявлено, що 58% військовополонених мали тяжкий рівень депресії, 38% – помірний рівень тривоги, а 44% – тяжкий рівень стресу. Спостерігається значний рівень стресу та депресії одразу після полону, який зменшується з часом, що корелює з покращенням загального психічного стану.

Результати досліджень однозначно підтвердили, що тривале перебування під стресом та катування, відсутність їжі та сну, розлука з родиною, примусова праця в умовах, близьких до рабських, та життя в антисанітарних умовах призводять як до психічних, так і до фізичних змін. У більшості випадків психічні зміни проявляються у вигляді таких розладів, як депресія або тривожність. Соматичні захворювання є не тільки прямим наслідком фізичних травм, але й наслідком перенесених інфекційних хвороб та різних типів захворювань, що розвиваються внаслідок тривалого стресу. Специфічним наслідком

перебування в полоні є передчасне старіння та наслідки дефіциту харчування. На сьогодні ПТСР розлади класифікуються як такі, що належать до однієї з наступних груп синдромів: посттравматичний стрес і стійка зміна особистості після пережиття екстремальної ситуації. Ці розлади часто співіснують з іншими симптомами, такими як депресія. Вищезазначені спостереження були підтверджені численними дослідженнями, проведеними майже по всьому світу.

Надзвичайно складний і важкий процес судово-психіатричної оцінки набуває особливого значення в разі застосування процедур оцінки воєнної інвалідності. Правові основи цієї проблеми для медичних працівників спільно аналізуються юристом і спеціалістом-психіатром.

Основними змінними дослідження стали дисоціативні розлади, які кількісно оцінювалися за шкалою дисоціативних переживань (DES), а також прояви посттравматичного стресового розладу (ПТСР), виміряні відповідно до критеріїв DSM-IV. Рівень тривожності, агресії та депресії розглядали як залежні змінні, а соціальна підтримка та участь у терапії – як незалежні змінні для аналізу впливу на результати лікування [111].

Процедура дослідження включала індивідуальні інтерв'ю та оцінювання за допомогою адаптованих до українського контексту інструментів: шкали дисоціативних переживань (DES), яка демонструє високу надійність і клінічну валідність, та анкети соціально-демографічної історії, що забезпечує збір даних про вік, сімейний статус, рівень освіти та військовий досвід [233].

Дослідження складалося з двох етапів. На першому проводилася попередня оцінка стану учасників, що включала збір демографічних і базових клінічних даних. На другому етапі виконували контрольну оцінку після завершення курсу психологічних втручань. Усі процедури проводилися кваліфікованими психотерапевтами, які пройшли спеціальне навчання з використання психодіагностичних інструментів, із дотриманням етичних норм і конфіденційності, схвалених Етичним комітетом.

Статистична обробка даних включала аналіз кореляцій, дисперсійний аналіз і регресійний аналіз для оцінки взаємозв'язків між змінними, виявлення групових відмінностей і прогнозування результатів. Така послідовність дослідження забезпечила логічність і цілісність аналізу.

Етапи дослідження дозволили глибоко вивчити вплив дисоціативних розладів, симптомів ПТСР, тривожності та агресії на психічний

стан військовополонених, а також оцінити ефективність психологічних втручань для стабілізації їхнього стану. Отримані результати сприяють вдосконаленню підходів до медико-психологічної підтримки військовополонених та підвищенню якості надання реабілітаційних послуг.

Дисоціативні розлади є складними психічними станами, які охоплюють широкий спектр симптомів, включаючи порушення зору, слуху, рухових функцій, когнітивних процесів і відчуття ідентичності [283]. Дисоціативні розлади з неврологічними симптомами включають порушення без фізіологічного підґрунтя, такі як зорові та слухові дисфункції, неепілептичні судоми, розлади мовлення та аномалії рухів. Ці симптоми часто виникають унаслідок травматичних подій, проявляються спонтанно та супроводжуються когнітивними порушеннями, такими як амнезія та труднощі концентрації, які істотно ускладнюють виконання щоденних завдань [283].

Серед інших форм виділяють трансів стани, дисоціативний розлад ідентичності, при якому людина відчуває наявність кількох ідентичностей, та синдром деперсоналізації-дереалізації, що характеризується відчуттям відстороненості від власного тіла або оточення. Вторинний дисоціативний синдром, спричинений іншими розладами або травмами, ускладнює клінічну картину, негативно впливаючи на соціальну, особистісну та професійну сфери життя.

Симптоми цих розладів включають порушення інтеграції різних сфер функціонування, таких як ідентичність, сприйняття, пам'ять та емоції. Вони не пов'язані з іншими психічними або фізіологічними станами, не викликані зовнішніми речовинами та не є частиною культурної чи релігійної практики. Такі стани завдають значного дистресу та порушують функціонування в різних сферах життя, іноді вимагаючи значних зусиль для підтримки базових активностей [242].

Дослідження військового полону акцентують на глибокій психотравматизації, спричиненій специфічними умовами полону. Основною ознакою є персоналізована травматизація, спрямована на припинення та психологічне зламання військовополоненого. Полон супроводжується втратами контролю, невизначеністю, повторюваними формами насилля, що призводять до кумулятивного ефекту психотравми [283].

Полон характеризується тривалою травматизацією та ізоляцією, відсутністю інформації й зв'язку із зовнішнім світом. Умови утримання включають антисанітарію, нестачу їжі, води, медичної допомоги, а також одиночне ув'язнення, яке часто вважають одним із

найтравматичніших елементів полону. Така ситуація суттєво відрізняється від бойових умов, де, незважаючи на загрозу життю, солдати залишаються в оточенні товаришів, мають доступ до ресурсів і зв'язку.

Таким чином, дисоціативні розлади, спричинені тривалими травматичними подіями, зокрема військовим полоном, формують складний комплекс симптомів, що вимагає спеціалізованого підходу до діагностики та лікування.

Однак умови, з якими стикаються військовополонені, значно відрізняються: вони зазнають ізоляції, нестачі підтримки, обмеженого доступу до необхідних ресурсів і систематичного психологічного тиску. Це суттєво підвищує ризик розвитку дисоціативних розладів, таких як деперсоналізація, дереалізація та амнезія, які виступають захисною реакцією на тривале травматичне середовище. Дослідження дисоціативних порушень у військовополонених, аналіз рівнів цих розладів та розробка методів психологічного втручання спрямовані на глибше розуміння динаміки порушень і створення ефективних підходів до лікування, враховуючи унікальний досвід полону.

Проведено об'єктивний аналіз розподілу травм серед різних груп постраждалих внаслідок воєнних дій. Отримані результати є основою для впровадження індивідуалізованих підходів до реабілітації та психологічної підтримки кожної категорії постраждалих.

У групі, що включала 50 колишніх військовополонених, психічні травми та стресові реакції виявлено у 35 осіб (70%), тоді як 15 (30%) показали задовільний психічний стан. Як і очікувалося, серед військовополонених спостерігалася висока частота психічних травм. Найпоширенішими видами були фізичне насильство (100%), зневага (82%), емоційне насильство (80%) і сексуальне насильство (24%). Незважаючи на стандартизовані методики оцінювання, низький рівень повідомлень про сексуальне насильство може бути зумовлений гендерними відмінностями у сприйнятті, культурними, релігійними та традиційними бар'єрами.

Серед досліджуваних військовополонених у 12 осіб (25%) виявлено прояви дисоціативних розладів, причому деякі мали більше одного симптому. Високі показники амнезії та занурення можуть свідчити про використання амнезії як способу зниження психологічного дискомфорту, викликаного полонем. Показники занурення мають схожість із симптомами ПТСР, зокрема, яскравими спогадами, проблемами з концентрацією уваги та її порушенням, що свідчить про зв'язок із травматичними переживаннями.

Результати засвідчили значний зв'язок між високими балами за шкалою DES, випадками сексуального насильства та іншими травматичними подіями, які відповідають критерію А. Інші дослідження підтверджують подібні зв'язки. Утім, на відміну від деяких інших робіт, дисоціативні симптоми частіше асоціювалися з травматичними подіями під час полону, ніж із попереднім досвідом, як-от фізичне насильство чи зневага.

Таблиця 3.13.

Шкала дисоціативних переживань (DES) у військовополонених після звільнення з полону

№	Питання	Набір більше 30 балів	
		Кількість осіб	%
1	Забування частини полону	6	12
2	Пропуск частини розмови	8	16
3	Незнання, як ви потрапили на нове місце	4	8
4	Одягнений у одяг, якого не пам'ятаєте, коли вдягали	5	10
5	Невідомі речі серед ваших особистих речей	12	24
6	Незнайомці знають вас і називають іншим ім'ям	3	6
7	Відчуття поза тілом	4	8
8	Не впізнаєте друзів чи родину	4	8
9	Відсутність спогадів про важливі події	5	10
10	Звинувачення у брехні, хоча ви впевнені, що цього не було	7	14
11	Невпізнавання себе у дзеркалі	5	10
12	Відчуття, що інші люди, особи чи предмети не є реальними	8	16
13	Відчуття, що тіло не належить вам	4	8
14	Згадування минулого так яскраво, ніби знову переживаєте його	19	38
15	Невпевненість, чи щось дійсно сталося, чи це був сон	7	14
16	Знайоме місце здається чужим та незнайомим	5	10
17	Занурення у телепередачу або фільм	7	14
18	Занурення у фантазії, що здається реальною	8	16
19	Здатність ігнорувати біль	7	14
20	Погляд в нікуди, незнання часу	14	28
21	Розмови вголос із собою на самоті	13	26

Продовження табл. 3.13.

22	Дієте інакше, майже як дві різні особи	9	18
23	Дивовижна легкість і спонтанність у деяких ситуаціях	12	24
24	Невпевненість, що зробили щось, не пам'ятаючи цього	8	16
25	Знаходження доказів виконання дій, яких ви не пам'ятаєте	7	14
26	Знаходження записів чи малюнків, яких не пам'ятаєте	14	28
27	Чути голоси всередині голови	4	8
28	Погляд на світ крізь туман	5	10

Таблиця 3.13 демонструє показники шкали дисоціативних переживань (DES) серед військовополонених після їх визволення. Найвищий відсоток (38%) припадає на пункт, пов'язаний із яскравими спогадами про минуле, тоді як інші симптоми коливаються від 6% до 28%, що вказує на різноманіття проявів дисоціативних переживань серед цієї групи.

Серед цих травматичних симптомів дисоціативні розлади було діагностовано у 25% військовополонених (12 осіб). Основними типами таких розладів були деперсоналізація, яка проявлялася через емоційну відстороненість і відчуженість від власного «я», а також дереалізація, що супроводжувалася почуттям ілюзорності навколишнього середовища. Деякі учасники також демонстрували ознаки дисоціативної амнезії, що характеризувалася втратою пам'яті про травматичні події.

У вибірці з 50 колишніх військовополонених психічні травми та стресові реакції були виявлені у 48 осіб (94%), з яких 25% (12 осіб) мали дисоціативні розлади. У декотрих спостерігалось кілька симптомів одночасно. Розподіл дисоціативних розладів був наступним:

- дисоціативний розлад неврологічних симптомів (6B60): 8% (4 особи) з порушеннями моторних або сенсорних функцій без фізіологічного пояснення;
- дисоціативна амнезія (6B61): 6% (3 особи), що виявляли втрату пам'яті на періоди, пов'язані з травмою, за умов збереження емоційної дистанції від цих подій;
- трансівний розлад (6B62): 4% (2 особи) з епізодами занурення у трансівний стан, що супроводжувалися частковою втратою свідомості та відчуттям зміненої ідентичності;

- розлад трансової одержимості (6B63): 4% (2 особи), які відчували тимчасову зміну ідентичності чи вплив іншої особистості;
- дисоціативна ідентичність (6B64): 2% (1 особа) з проявами зміни особистості та фрагментації ідентичності;
- частковий розлад дисоціативної ідентичності (6B65): 2% (1 особа), що мала часткову втрату ідентичності без повного переходу до іншої особистості;
- деперсоналізація-дереалізація (6B66): 10% (5 осіб) з відчуттями дистанціювання від власного тіла та ілюзорності оточення;
- інші уточнені дисоціативні розлади (6B6Y): 4% (2 особи), де спостерігалися симптоми, не класифіковані в інших категоріях, але супроводжувалися значними емоційними чи поведінковими змінами.

Отримані результати підкреслюють складність дисоціативних порушень серед військовополонених і вказують на потребу в індивідуалізованих підходах до їх реабілітації (див. рис. 3.5).

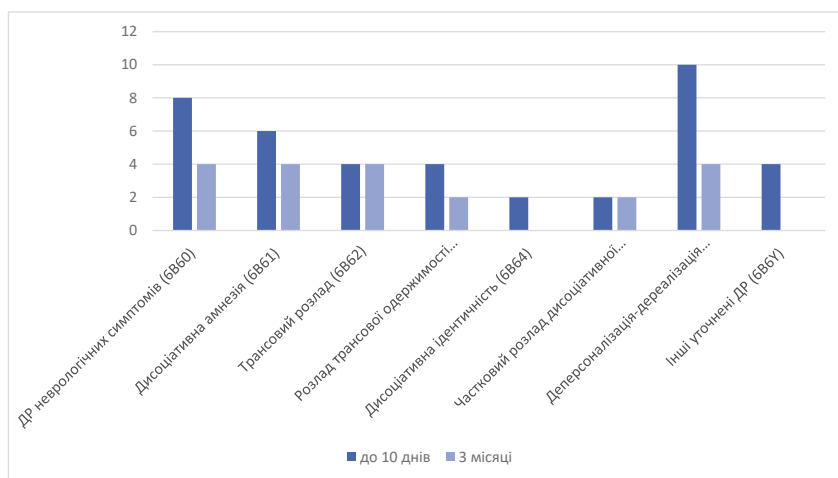


Рис. 3.5 Структура психічних травм та дисоціативних розладів у військовополонених, %

Аналіз даних щодо частоти дисоціативних розладів серед 50 військовополонених через 10 днів після звільнення та через три місяці показав суттєві зміни. На початку дисоціативні розлади були виявлені у 12 осіб, але через три місяці кількість випадків зменшилася до 6, що відповідає зниженню на 50%. Найбільш помітне зменшення

спостерігалось у випадках деперсоналізації-дереалізації (6B66), які скоротилися з 5 до 2 (на 60%), та дисоціативного розладу неврологічних симптомів (6B60), кількість яких зменшилася з 4 до 2 (на 50%).

Для оцінки значущості цих змін було застосовано тест Мак-Немара. Результати аналізу показали, що зменшення кількості випадків певних розладів, зокрема деперсоналізації-дереалізації та дисоціативних розладів неврологічних симптомів, є статистично значущим ($p < 0,05$). Це свідчить про покращення психічного стану частини колишніх військовополонених.

3.5. Програма допомоги тимчасово внутрішньо переміщеним особам

Питання соціального захисту громадян, які змушені переміщуватися із зон збройного конфлікту, регулюється Законом України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб». Відповідно до статті 1 цього Закону, внутрішньо переміщеною особою вважається громадянин України, який постійно проживає на її території та був змушений або самостійно залишив місце свого проживання через збройний конфлікт, тимчасову окупацію, масові акти насильства, масштабні порушення прав людини чи надзвичайні ситуації природного або техногенного характеру.

Адаптація внутрішньо переміщених осіб значною мірою залежить від готовності приймаючої громади сприймати їх як нових членів, а не тимчасових мешканців. Важливо, щоб громада з повагою ставилася до їхнього минулого, політичних переконань, організації побуту, мови та інших аспектів.

Однак, недостатнє фінансування програм підтримки, забезпечення тимчасового житла та адаптації переміщених осіб створює основу для виникнення соціальної напруги між місцевими жителями та внутрішньо переміщеними особами. Така напруга зумовлена обмеженими ресурсами приймаючих громад, які необхідно поділити з переміщеними людьми. Ігнорування цих чинників у роботі з внутрішньо переміщеними особами та їх соціальним середовищем є помилковим.

Основними потребами внутрішньо переміщених осіб є:

1. Отримання тимчасового притулку, а також забезпечення їжею, одягом та гігієнічними засобами.

2. Проведення медичних оглядів та надання необхідного лікування.

3. Забезпечення психологічною підтримкою.

4. Надання інформації про права на допомогу, види послуг та порядок їх отримання, а також про організації, що їх надають.

5. Вирішення питань щодо отримання соціальних виплат відповідно до законодавства.

6. Надання правової допомоги, включаючи юридичні консультації, відновлення втрачених документів, реєстрацію, встановлення або відновлення опіки над дітьми, представництво в суді тощо.

7. Допомога в питаннях працевлаштування та зайнятості.

8. Пошук членів сім'ї, яких роз'єднав збройний конфлікт, за потреби [129, 100].

Мета програми: розробити та впровадити комплексну систему медико-психологічної допомоги для ТВПО з метою покращення їхнього фізичного і психологічного стану, сприяння їх соціальному відновленню та адаптації до нового середовища.

Етапи програми:

1. Планування та підготовка (перший квартал) включає формування робочої групи для розробки програми, аналіз потреб ТВПО та визначення основних проблем, а також складання бюджету та ресурсів для реалізації.

2. Розробка програми (другий квартал) передбачає створення індивідуальних планів медичного та психологічного втручання, побудову медичної та психологічної інфраструктури для надання послуг, а також розробку навчальних матеріалів для ТВПО.

3. Запуск та впровадження (третій квартал) передбачає надання медичних та психологічних послуг ТВПО, організацію тренінгів з управління стресом та психологічної підтримки, а також постійну оцінку програми на основі результатів і відгуків учасників.

4. Моніторинг та оцінка (четвертий квартал) включають збір даних про покращення фізичного та психологічного стану ТВПО, оцінку впливу програми на їхню соціальну адаптацію та якість життя, а також визначення недоліків і можливих змін на наступний рік.

5. Звітність та поширення (п'ятий квартал) передбачає публікацію результатів програми і методичних матеріалів для організацій, що працюють з ТВПО, а також звіт перед спонсорами та громадськістю.

При наданні допомоги ВПО важливо враховувати, що після травматичних подій, пов'язаних зі збройним конфліктом, багато з них

перебуває в постійному стресовому стані та може переживати нові психологічні травми, пов'язані з переїздом і адаптацією на новому місці. Це може виявлятися в сильній тривозі і хвилюванні, або в спалахах гніву, нерідко без зрозумілої причини. Також можуть виникати фізичні симптоми стресу, такі як болі в м'язах, хронічна втома, прискорений пульс та інші [186].

Оцінка результативності реалізації програми комплексної медико-психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам та біженцям є надзвичайно важливим аспектом. Так включає проведення не лише загальної оцінки після завершення роботи з клієнтом, але й систематичне обговорення та оцінка проміжних результатів. Такий підхід дозволяє:

- Разом із клієнтом визнавати його успіхи! Цей позитивний досвід можна пізніше використовувати як ресурс для клієнта.
- Оперативно реагувати на те, що не вдається, негайно виявляти причини та намагатися їх усунути, уникнувши втрати часу.
- Цей підхід допомагає оперативно враховувати зміни у житті особи, які можуть виникнути під час роботи, і коригувати перелік потреб клієнта.

Також, необхідно проводити зустрічі кожні два-три тижні, це сприятиме збереженню зв'язку із клієнтом та утриманню довірливих відносин. І по завершенні роботи з клієнтом важливо провести фінальну зустріч і зробити підсумок: визначити досягнене та те, що залишається невирішеним, а також визначити, чи потрібна подальша допомога, і в якому обсязі.

Перша психологічна допомога має гарантувати відчуття безпеки, підтримувати зв'язок з іншими людьми, спокій і надію. Сприяти доступу до соціальної, фізичної та емоційної підтримки; підсилювати віру в можливість допомагати собі та оточенню; формувати у дитини розуміння того, що надзвичайна подія, якою вона була свідком або учасником, закінчилась і не становить більше загрози [8, 276].

Програма комплексної медико-психологічної допомоги для біженців (дорослих та дітей) має на меті забезпечити їм необхідну підтримку та адаптацію до нового середовища шляхом врахування їхніх релігійних і культурних потреб (див. рис. 3.6).

Основні складові програми включають:

1. Оцінка потреб, що передбачає проведення індивідуальних та групових консультацій з біженцями та ВПО для визначення їхніх

релігійних і культурних потреб, а також для оцінки психологічного стану та потреб у медичній підтримці.



Рис. 3.6. Модель медико-психологічної допомоги біженцям та ВПО

2. Розробка індивідуальних планів допомоги для кожного біженця та ВПО, які враховують їхні релігійні та культурні звичаї, віру і психологічні потреби.

3. Психологічна підтримка, яка включає надання допомоги біженцям та ВПО з урахуванням їхніх релігійних переконань і культурних традицій. Це також включає індивідуальні та групові консультації, терапію та техніки релаксації.

4. Культурні заходи, що сприяють збереженню та відновленню культурної та релігійної ідентичності біженців та ВПО.

5. Спільнотна підтримка, що включає залучення представників біженців та ВПО до участі в спільнотних заходах, де вони можуть брати участь у прийнятті рішень та розвитку програми.

6. Партнерство з релігійними та культурними організаціями, яке забезпечує додаткову підтримку біженцям та ВПО, зокрема доступ до релігійних обрядів і ресурсів.

7. Регулярна оцінка ефективності програми з внесенням коректив на основі зібраних даних та зворотного зв'язку від учасників.

Програма спрямована на підтримку біженців у процесі інтеграції в нове середовище та забезпечення їхнього фізичного, психологічного та соціокультурного добробуту.

Модель розроблена з урахуванням основних потреб та характеристик психологічного стану ВПО, які виникають у зв'язку з переживанням війни та переміщенням. Вона містить такі елементи:

- профілактика медичних санів;
- медико-психологічна реабілітація ВПО;
- формування в суспільстві позитивного ставлення до постраждалих особи;
- організація спеціального середовища для спілкування за допомогою спільнот та громадських організацій;
- проведення психокорекційної роботи;
- оцінювання та при потребі корекція результатів;
- критерії: інформаційно-пізнавальний, мотиваційно-ціннісний, операційно-дієвий.

Люди, які переживають травматичний стрес, активують автоматичний багатофазний каскад реакцій центральної та вегетативної нервової систем, тривалість та інтенсивність якого залежить від різних біопсихосоціальних чинників. Гостра, відтермінована та хронічна фази реакції на стрес характеризуються відповідними емоційними реакціями на кожній стадії, а також можуть призвести до розвитку конкретних нозологічно визначених розладів [83].

Концепція медико-психологічної реабілітації осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО

Медико-психологічні умови ефективності реабілітації ВПО

Профілактика психічних захворювань та розладів

Профілактика психічних станів

Медико-психологічна реабілітація і підготовка ВПО

Формування в суспільстві позитивного ставлення до постраждалої особи	Організація спеціального середовища для спілкування за допомогою спільнот та громадських організацій	Проведення психокорекційної роботи
--	--	------------------------------------

Діяльність реабілітаційного центру медико-психологічної допомоги постраждалим

Організація психологічної роботи із сім'ями

Медико-психологічна адаптація постраждалих

Оцінювання та при потребі корекція результатів

Критерії: інформаційно-пізнавальний, мотиваційно-ціннісний, операційно-дієвий

Кінцевий результат

Відчуття полегшення та спокою

Сімейне благополуччя

Успішна професійна реалізація

Задоволеність від вирішених проблем

Психологічна та фізична стабільність особистості

Відсутність суїцидів, вживання алкоголю, наркотиків

Рис. 3.7. Модель медико-психологічної допомоги ВПО

Для визначення рівня депресії у біженців проведено анкетування за методикою «Анкета здоров'я пацієнта – депресія (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)» (див. табл. 3.14). Цільовою групою дослідження були чоловіки та жінки у віці від 18 до 60 років (n=110), які проживали у містах з населенням понад 50 тисяч осіб на території України до початку повномасштабного вторгнення.

Таблиця 3.14.

Тяжкість депресивної симптоматики за шкалою PHQ-9 перед медико-психологічною допомогою та після

Тяжкість депресивної симптоматики	До надання допомоги (n=110)		Після надання допомоги (n=99)		p
	n	%	n	%	
Відсутня	14	12,7	21	19,1	0,01
Легка (субклінічна)	17	15,5	26	23,6	0,38
Помірної тяжкості	40	36,4	29	26,4	0,01
Середньої тяжкості	23	20,9	16	14,5	0,05
Виражена	16	14,5	7	6,4	0,001

Виявлені вірогідні кореляційні зв'язки між тяжкістю депресивної симптоматики за методикою PHQ та ступенем їх важкості. Дослідження виявило, що до надання медико-психологічної допомоги біженці, які постраждали внаслідок війни мали вищі показники помірної (36,4%), середньої (20,9%) та вираженої (14,5%) депресії, а після тяжкості депресивної симптоматики знизилася.

Основні механізми допомоги ВПО розробляються та впроваджуються для забезпечення цих осіб необхідними ресурсами, підтримкою та послугами в умовах, коли вони були змушені залишити своє звичайне місце проживання через війну та інші небезпечні ситуації [19]. Основні механізми допомоги внутрішньо переміщеним особам та біженцям:

1. Постачання тимчасового притулку, а саме забезпечення місць проживання для ВПО та біженців. Це включає створення тимчасових приймальних центрів, надання житла у тимчасових умовах, таких як наметові містечка або обладнані приміщення.

2. Надання харчів та води для забезпечення фізичного здоров'я та добробуту ВПО.

3. Медична допомога та доступ до неї для лікування та запобігання захворювань, а також психологічної підтримки для подолання стресу та травм.

4. Освіта – це можливості для навчання та розвитку навичок зокрема дітей, через організацію шкільних програм та вивчення професій.

5. Психосоціальна підтримка для допомоги в адаптації та подоланні психологічних труднощів, пов'язаних з переміщенням.

6. Захист прав та інтересів ВПО та біженців, у тому числі захист від насильства, експлуатації та будь-якої форми дискримінації.

7. Створення програм інтеграції та підтримки зайнятості для ВПО та біженців, щоб допомогти їм утриматися в суспільстві та забезпечити стабільний дохід.

8. Забезпечення доступу ВПО до інформації про їхні права, послуги та ресурси, доступні для них в нових умовах проживання [61, 62, 154].

Ці механізми спрямовані на створення системи підтримки, яка забезпечить ВПО та біженців необхідними ресурсами для їхнього фізичного, психічного та соціального добробуту під час періоду переміщення та після нього.

Для оцінки рівня медико-психологічної допомоги для тимчасово внутрішньо переміщених осіб, було використано систему показників, яка включала 37 тверджень адаптивності та 37 дезадаптивності. Чим вищий коефіцієнт, тим вищий рівень медико-психологічної адаптивності.

У дослідженні взяли участь 23 особи, віком від 18 до 30 років, включаючи 15 жінок та 8 чоловіків. Для аналізу даних була створена матриця, яка базувалася на двох показниках: коефіцієнті та рівні впливу травмуючої події.

Таблиця 3.15.

Матриця коефіцієнта та рівня впливу травмуючої події

Номер	Вік	Стать	Коефіцієнт	Рівень впливу травми
1	23	Жінка	0.75	3.8
2	27	Чоловік	0.82	2.6
3	20	Жінка	0.68	4.0
4	30	Чоловік	0.89	2.2
5	22	Жінка	0.94	3.2
6	25	Чоловік	0.77	3.6
7	19	Жінка	0.71	4.1
8	28	Чоловік	0.88	2.9
9	21	Жінка	0.79	3.9
10	29	Чоловік	0.76	3.7
11	24	Жінка	0.72	4.2
12	26	Чоловік	0.85	2.7

Продовження табл. 3.15.

13	18	Жінка	0.90	3.1
14	30	Чоловік	0.81	2.4
15	22	Жінка	0.74	3.5
16	27	Чоловік	0.87	2.8
17	20	Жінка	0.70	4.3
18	29	Чоловік	0.80	3.0
19	23	Жінка	0.73	3.4
20	25	Чоловік	0.86	2.5
21	19	Жінка	0.69	4.4
22	28	Чоловік	0.84	2.3
23	24	Жінка	0.78	3.3

У цій таблиці представлена інформація про всіх 23 учасників, включаючи їхній вік, стать, коефіцієнт медико-психологічної адаптивності та рівень впливу травмуючої події.

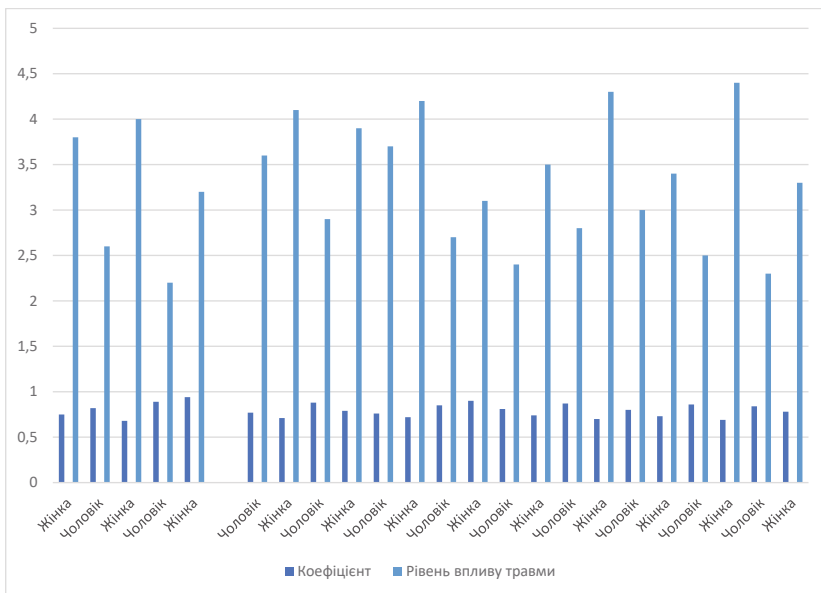


Рис. 3.8. Зв'язок між коефіцієнтом та рівнем впливу травмуючої події.

На графіку показано взаємозв'язок між коефіцієнтом (який може вказувати на рівень впливу травмуючої події) та рівнем впливу травми для групи осіб різної статі та віку. Кожен точка на графіку

представляє окремого учасника, і її положення відповідає значенню коефіцієнта та рівню впливу травми для цього учасника.

Також, після проведення кореляційного аналізу за методом Пірсона (r_{xy}), отримані результати показали значення $r_{xy}=0,56$, що свідчить про чинну помітну кореляційну залежність між показниками. Ця залежність є зворотною, і свідчить про те, що чим нижчий рівень впливу травмуючої події на особистість, тим вищий рівень її медико-психологічної адаптивності.

Ця програма має на меті поліпшити якість життя тимчасово ВПО та сприяти їхньому успішному відновленню та адаптації у новому оточенні.

У рамках першого року реалізації програми комплексної медико-психологічної допомоги для тимчасово ВПО, проведено дослідження, спрямоване на визначення зв'язку між впливом травматичних подій та рівнем медико-психологічної адаптивності учасників програми. Дослідження базувалося на використанні шкали оцінки впливу травматичної події (Impact of Event Scale, IES-R) для виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та на оцінці ступеня їх вираженості [219].

3.6. Проект «Психологія та духовність» для дітей

Війна в Україні стала важливим чинником, що сприяє виникненню та загостренню різноманітних психічних розладів, таких як тривожні розлади, депресія, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), різні залежності, психотичні порушення, а також порушення поведінки та особистості, нейророзвиткові розлади у дітей і інші [198].

Конвенція ООН про права дитини (КПД), ратифікована майже всіма країнами світу, проголошує основні права дітей, зокрема право на життя, здоров'я та розвиток, забороняє дискримінацію та передбачає захист інтересів дітей. У пізнішій резолюції Рада Безпеки ООН ухвалила КПД разом з Додатковим протоколом до КПД про «Права дитини щодо участі дітей у збройних конфліктах» і встановила, що насильство над дітьми в збройних конфліктах є загрозою для сталого миру, безпеки та розвитку. Війна в країні та військова агресія до дітей вважається порушенням основних прав дитини. З точки зору розвитку та психопатології, це може призвести до стійких порушень здоров'я, благополуччя та потенціалу розвитку [298].

Вплив війни, життя в зонах активних бойових дій чи на окупованих територіях, переселення та примусова міграція можуть створювати або збільшувати ризик широкого спектру прямого та непрямого впливу на фізичне і психічне здоров'я, особливо для дітей і їхніх опікунів, і позбавляють дітей можливостей для розвитку та основних ресурсів. Наслідки для здоров'я дітей виникають внаслідок насильства над ними і їхніми родинами, а також через неналежну медичну допомогу, недоїдання, хвороби та стрес, спричинений для їхніх родин. Щодо здоров'я матері та дитини, дослідження показують тенденцію до гірших результатів вагітності, таких як підвищений рівень передчасних пологів серед матерів-біженок, вищі показники мертвороджень, дітей з низькою вагою при народженні та збільшенням перед- та післяпологової смертності. Глобальне навантаження психічних наслідків війни з високими показниками депресії та ПТСР в Україні. Переселення та примусова міграція є додатковими факторами ризику для психічного здоров'я дітей, особливо для неповнолітніх, які розлучені з батьками [292].

Окрім наслідків для фізичного та психічного здоров'я, війна завдає значних витрат, оскільки основні соціальні послуги погіршуються, існуючі соціальні розмежування розширюються, місцеві економіки руйнуються, навчання порушується, а можливості для освіти зменшуються. Таким чином, ризики, що виникають через війну, життя в зонах конфлікту, переселення та примусову міграцію для дітей є численними і можуть мати довічні наслідки для фізичного, психічного, соціального благополуччя та розвитку.

Особливо постраждали ті, хто безпосередньо брав участь у бойових діях, а також їхні родини. Однією з найбільш вразливих категорій є діти, які зазнали значних негативних впливів війни. Серед факторів, що підтверджують цю вразливість, можна виділити:

1. Незрілість та вразливість дітей, які перебувають на етапі формування своєї особистості та адаптації до навколишнього світу. Вони ще не мають достатньо розвинених психологічних механізмів, що робить їх більш схильними до стресу, травмуючих подій і негативного впливу війни.

2. Втрата безпеки та стабільності, порушення звичного ритму життя, що призводить до серйозного підриву відчуття безпеки дітей. Руйнування інфраструктури, евакуація, втрата житла та навчальних закладів можуть спричинити тривожність, страх і безпорадність [80].

3. Травматичні події та втрати, такі як обстріли чи втрата близьких, можуть викликати ПТСР, тривожність і депресію.

4. Розрив сімейних зв'язків через участь батьків у війні та дистанціювання між ними і дітьми, що спричиняє стрес і тривогу, а також впливає на емоційний і соціальний розвиток дітей.

5. Вплив медіа та інформаційне перенавантаження, зокрема подача інформації про насильство у ЗМІ, що викликає психологічний страх і тривогу у дітей.

6. Батьки, які беруть участь у війні або були свідками воєнних подій, можуть зазнавати психологічного стресу, що знижує їх здатність ефективно підтримувати дітей і створювати для них стабільне середовище [75].

7. Передача емоційного навантаження, що впливає на емоційний стан і загальне самопочуття дітей.

8. Відсутність доступу до необхідної психологічної підтримки, консультування та терапії.

9. Порушення освітнього процесу, що знижує можливості для отримання якісної освіти, що може мати довготривалі наслідки для розвитку та соціальних зв'язків дітей.

Проект «Психологія та духовність» охоплює кілька груп:

1. Інтрुзивні спогади. Метою цієї групи є відновлення контролю дітей над нав'язливими спогадами. Для цього на занятті потрібно провести наступні заходи:

- психоедукація щодо постстресових реакцій;
- ознайомлення з техніками безпечного місця;
- використання імагінативних, звукових та нюхових методів змін;
- опанування технік подвійного фокусу уваги;

Реструктуризація снів та відволікання. Під час заняття учасники повинні отримати практичний досвід застосування цих методик та тренуватися передавати їх дітям. Важливо, щоб група спочатку обговорила власний досвід, пов'язаний із проблемою, та зрозуміла, як ці навички можуть бути інтегровані в попередню роботу з підтримки дітей у громадах. Окремо слід обговорити методи викладання в дитячих групах, зокрема правила мозкового штурму. Техніку подвійного фокусу уваги можна вдосконалювати через дотик до колін, а також за допомогою рухів очей, що рекомендуються в оригінальних протоколах роботи з ПТСР. Важливо, щоб група випробувала техніки на власному досвіді і змогла оцінити їх ефективність. Зокрема,

підкреслюється, що реструктуризація снів є дієвим методом, що застосовується як до дорослих, так і до дітей.

2. Збудливість. Основною метою цієї групи є навчання дітей методам релаксації. Потрібно допомогти дітям виявити фізичні відчуття, пов'язані зі страхом, та зрозуміти зв'язок між тими відчуттями, емоціями і думками. Важливо акцентувати увагу на тому, що розслаблені м'язи знижують відчуття страху. Під час інтерактивних занять необхідно уникати дидактичного підходу, а також запропонувати групі створити список фізичних відчуттів страху. Учасників слід навчити технікам глибокого розслаблення м'язів і контролю дихання. Важливим є показати приклад глибокого розслаблення одного з учасників (за бажанням), щоб інші мали можливість спостерігати за процесом. Цю техніку можна поєднувати з іншими методами, зокрема технікою безпечного місця. Також корисно записати сеанс на відео для подальшого перегляду і аналізу.

3. Уникання. Під час короткого огляду ролі уникання в підтримці симптомів тривоги і ПТСР важливо нагадати про обережність при проведенні цього заняття, оскільки експозиція є важливою, але не слід надмірно сенсibiliзувати дітей. Один із підходів полягає в обговоренні важливості звичного оточення для дітей, яке дає їм почуття безпеки та можливість вільно виражати свої почуття. Також важливо співпрацювати з батьками, враховуючи їхню роль у цьому процесі. На заняттях групі необхідно запропонувати обговорити та проаналізувати наступні теми:

- градування травматичних нагадувань та створення ієрархії страху;
- моніторинг страху з використанням аналогій;
- позитивна внутрішня бесіда та застосування уявних помічників. Під час обговорення слід підкреслити важливість залишатися в ситуації до зменшення страху.

Групі необхідно пояснити кроки градуваної експозиції та практикувати коротку імагінативну експозиційну вправу [181]:

- створення ієрархії страху;
- вибір «мішеней» та підготовка до зустрічі з травматичним нагадуванням з використанням розслаблення;
- залишання в ситуації та застосування позитивних самостверджень;
- контроль рівня страху за допомогою «термометра страху»;
- самопохвала та нагороди за досягнення;
- повторення з більш складними «мішенями».

Освітня програма «Психологія та духовність» складається з двох основних блоків. Перший блок орієнтований на психологічну підтримку учнів, розвиток емпатії, профілактику психологічних проблем та формування етичних цінностей. Він також включає розвиток громадянської свідомості та розуміння міжкультурних взаємин, що важливо для гармонійного розвитку учнів, особливо в умовах війни, допомагаючи їм подолати виклики, що вона приносить.

Другий блок зосереджений на підтримці батьків і близьких, які повернулися з війни та можуть мати психічні розлади. Це сприятиме створенню здорових сімейних стосунків і психологічної підтримки з боку дітей для їхніх близьких. Програма також фокусується на реабілітації родин, подоланні відчуженості, і розвитку розуміння важливості психічного здоров'я для стабільності та взаєморозуміння в сім'ях, що постраждали від війни.

Проект «Психологія та духовність» підтримує психологічний та духовний розвиток учнів у фізичній, емоційно-вольовій, інтелектуальній та духовній сферах. Він сприяє поєднанню навчання з розвитком особистості та стимулює дітей до творчості, як на зовнішньому, так і на внутрішньому рівні.

Впровадження принципу духовності вимагає забезпечення можливості самореалізації дітей через творчість як на зовнішньому, так і на внутрішньому рівнях.

Реалізація програми курсу передбачає комплекс науково обґрунтованих теоретичних і практичних заходів, спрямованих на всебічний розвиток особистості. В рамках фізичної культури учні знайомляться з особливостями функціонування власного організму, мистецтвом праці та відпочинку, а також основами здорового способу життя. Зокрема, вони вивчають практичні вправи на ритмічне дихання, правильну поставу та координацію рухів.

Інтегративність курсу досягається завдяки поєднанню різних світоглядних позицій у єдину картину світу. Включення досягнень світової науки, релігії, мистецтва та філософії допомагає дитячій душі знайти натхнення для творчості, збагачує психологічними знаннями, а також моральними і етичними принципами співіснування людства.

Програма передбачає також науково обґрунтовані заходи для всебічного розвитку особистості. Наприклад, у фізичній культурі учні ознайомлюються з особливостями організму, мистецтвом праці та відпочинку, а також вивчають здоровий спосіб життя та вправи для покращення дихання, постави і координації рухів.

Розробка методик та практичних інструментів для роботи з дітьми є важливим напрямом у педагогіці та соціальній роботі, що вимагає синергії теоретичних знань, практичного досвіду та врахування індивідуальних особливостей кожної дитини [182]. Ось основні етапи та принципи розробки таких методик та інструментів:

1. Етапи розробки включають детальне вивчення потреб дітей у різних вікових групах, в контексті їхнього соціального середовища та обставин. Створення теоретичної основи, яка послужить базою для подальших наукових і практичних розробок.

2. Наукові дослідження передбачають проведення емпіричних досліджень для збору даних про ефективність методів, реакцію дітей на різні інструменти та врахування культурних і соціальних особливостей цільової групи. Проведення пілотних проєктів дає змогу оцінити ефективність і внести корективи.

3. Створення матеріалів та ресурсів передбачає розробку конкретних навчальних матеріалів, інструкцій та ресурсів, що використовуватимуться під час роботи з дітьми.

4. Принципи розробки включають індивідуалізацію методик, адаптацію їх до потреб кожної дитини та активне залучення дітей до навчання через інтерактивні та цікаві методи. Також важлива комплексність – застосування різноманітних інструментів для всебічного розвитку дітей.

5. Співпраця з батьками та вчителями передбачає впровадження методик, що забезпечують їхню активну участь та підтримку, постійне вдосконалення методик на основі отриманих відгуків та результатів досліджень.

6. Приклади практичних інструментів включають індивідуальні проєкти для розвитку творчого та критичного мислення, групові інтерактивні вправи для розвитку комунікаційних і соціальних навичок.

7. Електронні навчальні платформи використовують сучасні технології для залучення дітей і покращення процесу навчання.

8. Арттерапія застосовується для вираження емоцій та розвитку творчого потенціалу дітей.

9. Педагогічні ігри використовуються для ефективного засвоєння і закріплення навчального матеріалу.

Оцінка проявів ПТСР, депресії, тривоги та стресу у тимчасово внутрішньо переміщених дітей до проведення програми медико-психологічної допомоги описана у таблиці 3.16 дозволяє оцінити рівень виявлення вказаних психологічних симптомів.

Таблиця 3.16.

**Оцінка проявів ПТСР, депресії, тривоги та стресу у тимчасово
внутрішньо переміщених дітей до проведення програми
медико-психологічної допомоги**

	ПТСР	Депресія	Тривога	Стрес
Низький рівень	28 (40%)	22 (31%)	15 (21,4%)	27 (38%)
Середній рівень	2 (6,7%)	25 (36%)	28 (40%)	28 (41%)
Високий рівень	-	1 (2%)	4 (5,7%)	3 (4%)
Всього	30 (46,7%)	48 (69%)	47 (67,1%)	58 83%)

Ознаки ПТСР не виявлені у 40 дітей (53,3%). Загалом у 46,7% виявлено низький рівень, що є найбільш поширеним серед досліджуваних, в той час у 2 дітей (6,7%) виявлено середній рівень симптомів ПТСР. Під час дослідження ознак депресії у 22 дітей (31%) відсутні ознаки. У 69% виявлено депресію, з яких 31% мають низький рівень, 36% – середній рівень і 2% – високий рівень. Це свідчить про значний рівень виявлення симптомів депресії серед досліджуваних осіб. Ознаки тривожних розладів не спостерігалися серед 23 досліджуваних, а у 47 (67,1%) виявлено тривогу, причому 21,4% мають низький рівень, 40% – середній рівень і 5,7% – високий рівень. Це показує значну поширеність симптомів тривоги серед досліджуваних. Ознаки стресу спостерігалися у 83% досліджуваних дітей, із яких 38% мають низький рівень, 41% – середній рівень і 4% – високий рівень. Це також свідчить про значну поширеність симптомів стресу серед досліджуваних. Загальне порівняння показує, що депресія, тривога і стрес більш поширені серед досліджуваних, ніж ПТСР. Однак середня та висока інтенсивність симптомів може варіювати в залежності від конкретного психологічного стану кожної особи.

Розробка ефективних методик та інструментів для роботи з дітьми вимагає поєднання творчості, наукового підходу та глибокого розуміння потреб цільової аудиторії. Розглянемо методи, які застосовують при роботі з дітьми, що переживають стрес.

Таблиця 3.17.

**Методи, які можна застосувати при роботі з дітьми,
що переживають стрес (для батьків та спеціалістів)**

Реакція	Можливі прояви	Допомога
Дитина постійно слідує за батьками	Вона відмовляється проявляти самостійність. Відмовляється йти в дитячий садок або школу.	Намагайтеся відновити впевненість в собі у дитини, акцентуючи на її успіхах і досягненнях. Спробуйте проводити більше часу разом з нею, займаючись звичайними справами. Використовуйте розмову для заспокоєння, пояснюйте свої плани та вказуйте час. Дотримуйтеся звичайного розкладу дня для стабільності.
Проблеми з їжею	Відсутність апетиту, нудота, випльовування, неможливість проковтнути їжу.	Не намагайтеся примусити дитину їсти та утримуйтеся від конфліктів на цю тему. Рекомендується дотримуватися звичайного режиму приймання їжі та враховувати вже сформовані її харчові звички. Немає потреби перейматися – здорова дитина сама висловлює бажання їсти. Але, якщо вона тривалий час уникає приймання їжі та виглядає схильною до захворювань, розгляньте можливість консультації з психологом чи лікарем.
Проблеми особистої гігієни	Регрес поведінки в навичках самоглядку, туалетній кімнаті (дитина перестала самостійно вдягатися, користуватися туалетом тощо).	Старайтеся утримувати в собі гнів та уникайте конфліктів з дитиною, оскільки це може ще більше підвищити рівень стресу. Заспокоюйте дитину словесно та допомагайте їй встановлювати регулярний та комфортний графік відвідування туалету.
Нічні страхи	Страх самотності. Дитина боїться бути одна в темряві, боїться прокинутися в темряві, боїться кошмарів.	Будьте поруч з дитиною, коли вона відчуває страх. Сідайте поруч з її ліжком, але не виводьте її з її власного ліжка, якщо вона має своє. Сприяйте утриманню дитини в режимі сну. Обговорюйте з нею її почуття страху. Якщо це не

		приносить полегшення, варто звернутися за консультацією до фахівця. Вживайте будь-які препарати або лікарські трави тільки за рекомендацією лікаря.
Фізичний дискомфорт	Біль у животі, головний біль.	Тримайтеся біля дитини, проводьте час з нею, обговорюйте її страхи. Порадьтеся з лікарем щодо можливих рекомендацій. Вживайте будь-які препарати тільки за вказівкою медичного спеціаліста.
Агресивність	Фізична агресивність стосовно членів сім'ї та сторонніх. Агресивність і впертість з метою подолати почуття безпорадності.	Ведіть бесіду з дитиною, надавайте їй можливість висловити свої почуття. Важливо усвідомлювати для неї межі між вимогами та агресивністю. Якщо дитина роздратована, важливо зупинити її та рішуче попросити заспокоїтися. Дозвольте виражати страх та гнів через фізичні активності, колективні ігри, малювання, акторську гру або висловлення словами. Забезпечте участь всієї родини в цьому процесі.
Неможливість зосередитися	Смокотання великого пальця; мастурбація; заїкання, нервові тики (неконтрольовані одноманітні скорочення певних м'язів або групи м'язів обличчя, ший, рук тощо).	Не маєте причин боятися цього; утримуйтеся від погроз та покарань дитині. Спробуйте заспокоїти її. Щодо заїкання і тиків, рекомендується консультуватися зі спеціалістом (лікарем або психологом).
Інші труднощі	Дитині важко зосередитися на чомусь одному; вона збита з пантелику, нудьгує, не знає, чим себе зайняти та в які ігри грати.	Надавайте дитині короткі, прості завдання, що легко розуміються – це допоможе їй відновити емоційну стабільність і відчуття контролю над ситуацією.

Підходи до взаємодії з дітьми повинні змінюватися відповідно до їхнього вікового розвитку. Важливо враховувати не лише фізичний, але й психічний розвиток, а також визначену форму активності та інтереси кожної дитини. З цього погляду цілеспрямовано розподіляти дітей за три вікові групи:

- Діти дошкільного віку, для цієї групи характерною формою активності є гра, розповідання казок, малювання та інші творчі процеси. У роботі з дошкільнятами слід активно використовувати ці види діяльності.

- Дітям 7-12 років має бути приділена особлива увага рольовим іграм, постановці мінівистав, розвитку творчості та фізичній активності.

- У підлітків від 13 років ефективними можуть бути методи обговорення, групового спілкування на задані теми та тренінгові заняття.

Для порівняння та оцінки програми опишемо у таблиці 3.18. результати психологічного стану внутрішньо переміщених дітей після проведення адаптаційної програми. Ця інформація дозволяє оцінити ефективність адаптаційної програми та визначити потреби дітей у подальшій психологічній підтримці та реабілітації.

Таблиця 3.18

Оцінка проявів ПТСР, депресії, тривоги та стресу у тимчасово внутрішньо переміщених дітей після проведення адаптаційної програми медико-психологічної допомоги

	ПТСР	Депресія	Тривога	Стрес
Низький рівень	12 (17,14%)	13 (18,6%)	9 (12,8%)	6 (8,6%)
Середній рівень	-	1 (1,4%)	3 (4,3%)	7 (10%)
Високий рівень	-	-	-	-
Всього	12 (17,14%)	14 (20%)	12 (17,1%)	13 18,6%)

Отже, взаємодія практичних психологів системи освіти з фахівцями вторинної та третинної ланки щодо медико-психологічної допомоги дітям, включає координацію дій, а саме створення мережі зв'язку та співпраці між практичними психологами в системі освіти та фахівцями з медико-психологічної сфери, забезпечення обміну інформацією про дітей, які потребують психологічної підтримки. Важливим є організація регулярних нарад та тренінгів для обміну досвідом та

оновлення навичок, залучення експертів для проведення семінарів та лекцій щодо новітніх методів медико-психологічної допомоги. Створення ефективної інформаційної системи для збору та обробки даних про стан психічного здоров'я дітей. Забезпечення конфіденційності та безпеки обміну інформацією між усіма рівнями системи.

Для порівняння депресії у дітей до та після проведення адаптаційної програми можна представити дані наступним чином. До проведення адаптаційної програми низький рівень депресії спостерігався у 22 дітей (31%), середній рівень депресії у 25 дітей (36%) та високий рівень депресії у 1 дитини (2%). Після проведення адаптаційної програми низький рівень депресії був присутній у 13 дітей (18,6%), середній рівень депресії у 1 дитини (1,4%), а високий рівень депресії відсутній. Для порівняння рівня тривоги у дітей, до та після проведення адаптаційної програми, дані можна представити наступним чином. До проведення адаптаційної програми низький рівень тривоги спостерігався у 15 дітей (21,4%), середній рівень тривоги у 28 дітей (40%) та високий рівень тривоги у 4 дітей (5,7%). Після адаптаційної програми низький рівень тривоги був присутній у 9 дітей (12,8%), середній рівень тривоги у 3 дітей (4,3%), високий рівень тривоги відсутній.

Також, для порівняння рівня стресу у дітей до проведення адаптаційної програми спостерігалися такі показники: низький рівень стресу у 27 дітей (38%), середній рівень стресу у 28 дітей (41%) та високий рівень стресу у 3 дітей (4%). Після проведення адаптаційної програми низький рівень стресу спостерігався у 6 дітей (8,6%), середній рівень стресу у 7 дітей (10%) та високий рівень стресу був відсутній серед досліджуваних.

Орієнтація професійної взаємодії між психологом та фахівцями первинної та вторинної ланки повинна зосереджуватися на головній меті освітньої діяльності та завданнях шкільної психологічної служби. Практична інтеграція цих завдань передбачає психологізацію звичайного навчально-виховного процесу. Організаційно це вимагає спільного планування, координації та реалізації системи психолого-педагогічної взаємодії між психологом і вчителями протягом навчального року в умовах школи. Серед елементів цієї системи можуть бути семінари особистісного зростання для вчителів, на яких вони ознайомлюються з психічними властивостями особистості, віковими потребами учнів і методами психологічного розвантаження школярів під час уроку.

Методи та способи психолого-педагогічної взаємодії між психологом і вчителем можуть проявлятися через зміст і форми проведення уроків, роботу гуртків, секцій, клубів, а також проведення різноманітних заходів, що сприяють гармонійному розвитку особистості учнів. Важливу роль у цьому процесі відіграють психологічні спецкурси, спрямовані на активізацію самопізнання та саморозвитку учнів.

Часом перевантаження інформацією в шкільних програмах ускладнює здатність дітей до систематичного особистісного розвитку поза школою і обмежує можливості введення психології в навчальний процес. У зв'язку з цим, в умовах традиційного навчально-виховного процесу, уроки мають бути наповнені специфічним психологічним контентом, що може реалізуватися за допомогою практичного психолога. Традиційний урок можна оптимізувати, включаючи такі психологічні аспекти та способи:

- створення позитивного психологічного настрою на початку уроку;
- впровадження елементів релаксації в середині або наприкінці уроку;
- звертання уваги учнів на їх емоційний стан перед контрольними роботами чи іспитами;
- активізація творчої уяви дитини, відповідно до теми диктанту.

Психологічна та духовна взаємодія між психологом і вчителем відкриває нові можливості для освітнього процесу, оскільки такий підхід сприяє не лише гармонійному розвитку дітей, але й координації дій усіх учасників навчально-виховного процесу.

За спостереженнями психолога та вчителя, проведення заходів призводить до значних позитивних змін у структурі особистості більшості учнів класу та активізація таких підструктури, як спілкування, спрямованість, характер і самосвідомість. Такий позитивний досвід взаємодії шкільного психолога і вчителя може бути впроваджений в навчальних закладах.

Висока ефективність професійної взаємодії психолога і вчителя досягається не лише за умов відповідної підготовки практичного психолога: успішне розв'язання проблем потребує також змін у педагогічній підготовці. Рівно важливим фактором успішної взаємодії є конструктивне ставлення до співпраці як психолога, так і самого вчителя.

Рекомендації вчителю класному керівнику щодо взаємодії з дитиною:

1. Надання інформації, яка відповідає віковим можливостям; чітко та відкрито пояснюйте події; сприяйте висловленню їхніх почуттів через розмову, ігри, малювання та інше.

2. Надання порад, як дитина може реагувати на питання інших дітей, особливо стосовно ситуацій, які викликають тривогу (наприклад, стосовно бомбосховищ, обстрілів, та подій, пов'язаних із батьками).

3. В позаурочний час або на перервах необхідно організувати відпочинок та заняття, які приносять задоволення; підтримуйте загальну підтримку в сім'ї та навчальному закладі.

4. Необхідно зберігати звичний розпорядок дня для відновлення відчуття спокою.

5. Регулярно необхідно запевнювати дитину, що все буде добре, та наголошувати на тому, що дорослі піклуються і забезпечують безпеку.

6. У випадку, якщо дитина втратила кого-небудь або виявляє ознаки депресії, повідомте батьків або родичів/опікунів, щоб вони могли надати необхідну підтримку; поділіться порадами, як допомогти дитині.

7. Також важливо заохочувати батьків звертатися до соціальної служби та психолога для отримання додаткової допомоги.

Згідно з сучасними дослідженнями, війна та конфлікти спричиняють у дітей із нейропсихічними порушеннями не лише миттєві стресові реакції, а й суттєве підвищення ризику розвитку психічних розладів, включаючи ПТСР, депресію та тривожні розлади. Поширеність таких станів серед постраждалих дітей значно перевищує показники загальної популяції, а їхній перебіг ускладнюється факторами, що виникають після стресової ситуації: низькою соціальною підтримкою, ізоляцією, порушеннями сімейного функціонування та пригніченням думок [132].

Діти, які перебувають у зонах активних бойових дій або на окупованих територіях, стикаються з додатковими ризиками, такими як насильство, торгівля людьми та сексуальна експлуатація. Вони нерідко стають свідками обстрілів, втрати членів родини, а також переживають складнощі адаптації до нових умов життя, культури та мови. Зростає загроза рекрутування дітей до війни, що перетворює їх на носіїв насильства у своїх громадах.

Травматичний досвід може залишати відбиток не лише на психологічному здоров'ї постраждалих дітей, а й передаватися наступним

поколінням через епігенетичні механізми. У таких дітей підвищується ризик розвитку депресії, хронічного болю, серцевих захворювань та інших проблем. Крім того, війна поглиблює освітні прогалини, які ускладнюють соціальний розвиток і потребують довгострокових зусиль для вирішення.

Реабілітація дітей із нейропсихічними порушеннями має здійснюватися у два етапи. Перший – короткостроковий – спрямований на стабілізацію, медичну допомогу та створення умов для відкритого висловлення емоцій. Другий – довгостроковий – включає поступову інтеграцію дітей у суспільство з урахуванням їхньої культури та мови.

Ефективним методом психологічної допомоги для дітей є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), що адаптується до конкретних травматичних подій. Така терапія включає дев'ять сесій (7 для дітей і 2 для опікунів), спрямованих на навчання навичок подолання стресу, саморегуляції та соціальної адаптації [291].

Таким чином, інтеграція медико-психологічної допомоги з урахуванням потреб дітей із нейропсихічними порушеннями дозволяє зменшити негативний вплив війни на їхній психічний стан і забезпечити належний рівень адаптації в суспільстві.

Таблиця 3.19.

Проведення діагностичних сесій для дітей з нейропсихічними порушеннями

№	Мета сесії	Опис сесії
1	Знайомство	Зосередження на створенні довірчої атмосфери між учасниками, яка допоможе їм відчувати себе комфортно і безпечно. Проводиться знайомство, обговорюються основні проблеми і турботи, що допомагає визначити індивідуальні потреби кожної дитини.
2	Нормалізація	Фокусування на обговоренні травматичних подій і їх реакцій. Важливо нормалізувати реакції дітей на ці події та ввести техніку візуалізації «Безпечного місця», щоб допомогти дітям відчувати себе в безпеці.
3	Техніка	Обговорення думок, використання технік образного мислення, завдань на подвійне увагу, робота з снами і відволікання.
4	Релаксація	Практика технік релаксації, контролю дихання та позитивних вправ для подолання стресу. Розуміння активностей “термометр страху” та гігієни сну. Важливо навчити дітей, як управляти своїм стресом і страхами.

5	Градація	Обговорення спогадів про воєнні події, перегляд концепції градації і персоналізованої ієрархії страху, підготовка до реального поступового впливу.
6	Терапія	Вивчення способів впливу на травматичні події через малювання, розмови та написання, а також впровадження технік, вивчених на попередніх сесіях, і акцент на важливості знання приємними справами.
7	Підсумок	Огляд майбутнього без подальшого обговорення змісту втручання. Дати дітям надію і мотивацію для майбутнього
8	Психоосвіта (опікуни)	Відбувається до початку сесій дітей і включає психоосвіту про травми та їх вплив на дітей і дорослих.
9	Інформування (опікуни)	Відбувається між другою та четвертою сесіями дітей. Опікуни ознайомлені з інформацією, яку отримують діти, і з тим, як опікуни можуть допомогти молоді справлятися з минулими та поточними травмами.

Таблиця 3.19 надає структурований огляд сесій терапевтичного втручання для дітей, які пережили травматичні події, зокрема війну. Кожна сесія має чітко визначену мету та методи, які допомагають дітям справлятися з посттравматичним стресом, тривогою та іншими психічними розладами. Вона включає різноманітні техніки, від знайомства і нормалізації до практики релаксації і роботи з травматичними спогадами. Таблиця також охоплює навчання для опікунів, що підвищує ефективність терапії завдяки залученню батьків або опікунів у процес підтримки.

Досвід війни та військової агресії може мати довготривалий та постійний вплив на фізичне і психічне здоров'я дітей, з далекосяжними і тривалими наслідками для їх розвитку. Ці наслідки можуть бути результатом різних проблем, таких як недостатнє медичне обслуговування, недоїдання, інфекційні захворювання та сімейний стрес, які можуть суттєво вплинути на психічне здоров'я.

Основні результати дослідження включають оцінку проявів ПТСР, депресії, тривоги та стресу у дітей до проведення КПТ та після (таблиця 3.20), що дозволяє оцінити рівень виявлення вказаних психологічних симптомів. Дослідження охопило 100 дітей, переміщених з районів, постраждалих від війни в Україні. Дослідники відзначили значне збільшення поширеності різних психічних розладів протягом 6-12 місяців після переміщення.

Таблиця 3.20.

Оцінка проявів ПТСР, депресії, тривоги та стресу у дітей до та після терапії, к-ть (%)

Рівні	ПТСР		Депресія		Тривога		Стрес	
	До	Після	До	Після	До	Після	До	Після
Відсутні симптоми	70	76	52	58	53	57	43	50
Низький рівень	28	23	22	29	15	22	27	34
Середній рівень	2	1	25	13	28	19	28	16
Високий рівень	-	-	1	-	4	2	3	-

Аналіз даних, представлених у таблиці, яка порівнює рівень проявів ПТСР, депресії, тривоги та стресу у дітей до і після проведення реабілітаційної програми, демонструє позитивну динаміку. Після впровадження програми спостерігається суттєве зниження виражених симптомів цих розладів, що свідчить про її ефективність у пом'якшенні важких психічних станів. Зокрема, частка дітей без симптомів ПТСР зросла з 70% до 76%, а середній рівень депресії зменшився з 25% до 13%.

Хоча у випадках тривоги та стресу відзначається незначне збільшення частки дітей із низьким рівнем симптомів, загальна тенденція підтверджує покращення психічного здоров'я. Це підкреслює значущість продовження медико-психологічної допомоги, спрямованої на зниження середнього рівня симптомів і поліпшення психоемоційного стану тимчасово переміщених дітей.

Додатково, результати дослідження вказують на те, що діти з діагнозом ПТСР частіше схильні до виникнення інших психічних розладів і мають підвищену вразливість до майбутніх травматичних подій. Таким чином, інтеграція систематичної психологічної допомоги є критично важливою для підтримки довгострокового психічного благополуччя дітей.

Отже, взаємодія практичних психологів системи освіти з фахівцями вторинної та третинної ланки щодо медико-психологічної допомоги дітям, включає координацію дій, а саме створення мережі зв'язку та співпраці між практичними психологами в системі освіти та фахівцями з медико-психологічної сфери, забезпечення обміну інформацією про дітей, які потребують психологічної підтримки. Важливим є організація регулярних нарад та тренінгів для обміну досвідом та оновлення

навичок, залучення експертів для проведення семінарів та лекцій щодо новітніх методів медико-психологічної допомоги. Створення ефективної інформаційної системи для збору та обробки даних про стан психічного здоров'я дітей. Забезпечення конфіденційності та безпеки обміну інформацією між усіма рівнями системи. Також важливим є взаємодія з батьками для отримання додаткової інформації та підтримки в процесі надання медико-психологічної допомоги.

Висновки до розділу 3

1. Наступним було розглянуто та розроблено і впроваджено комплексну медико-психологічну допомогу, яка критично важливою для забезпечення ефективної реабілітації військовослужбовців ЗСУ та ТрО, військовополонених та цивільних осіб. На основі детального аналізу було створено модель реабілітаційного центру, яка включає інтеграцію медичних і психологічних послуг. Ця модель передбачає надання персоналізованої допомоги, що враховує специфічні потреби кожного військовослужбовця. Ефективність центру підтверджується значним зниженням рівня тривожності та покращенням психоемоційного стану військових після проходження реабілітації. Впровадження такої моделі сприятиме швидшому відновленню боєздатності та адаптації військовослужбовців до мирного життя. Перший етап передбачав обов'язковий скринінговий психологічний тест та зустріч з психологом для оцінки стану клієнта та складання плану реабілітації. Другий етап включав серію консультацій та заходів з реабілітації, соціалізації, а також планові профілактичні зустрічі. На третьому етапі передбачено індивідуальне психологічне консультування після виписки з центру, а також навчання і методичну підтримку районних фахівців.

2. Розробка протокольної моделі медичної та психологічної реабілітаційної допомоги на основі КПТ дозволяє ефективно лікувати широкий спектр психіатричних розладів. КПТ є одним із найвивченіших і найбільш доказових методів психотерапії, що демонструє значні успіхи у лікуванні депресії, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу та інших психічних захворювань. Модель організації реабілітаційної допомоги включає використання різних методів КПТ, таких як щоденники автоматичних думок, сократичний діалог, експозиція та поведінкові експерименти, що дозволяють індивідуально адаптувати терапію до потреб пацієнтів. Цей підхід допомагає ефективно коригувати дисфункціональні

моделі мислення, управлінню емоціями та поведінкою, що суттєво покращує психоемоційний стан постраждалих. Включення КПТ у протоколи реабілітаційної допомоги забезпечує систематичний та доказовий підхід до лікування, сприяючи покращенню якості життя та адаптації пацієнтів до мирного життя.

3. Також, розроблено програму підвищення кваліфікації військових психологів «Клінічна психологія», яка спрямована на науково-теоретичне обґрунтування та розвиток практичних навичок діагностики та надання психологічної допомоги людям з ментальними розладами. Курс включає сучасні методи діагностики відповідно до МКХ-11, складання планів лікування, розробку психокорекційних програм, і підготовку до роботи в мультидисциплінарних командах. Психологи ознайомляться з сучасними підходами до роботи з пацієнтами та інтерактивними методами втручання, що сприятиме їхній професійній компетенції. Завдання курсу включають надання психологічної допомоги, психопрофілактику, реабілітацію, консультації пацієнтів і членів їх сімей, а також профілактику професійного вигорання медичного персоналу. Військові психологи набудуть вмінь у сфері телемедичного консультування, створення здорового психологічного клімату в медичних закладах, аналізу навчального процесу під час воєнних дій та розвитку навичок неформальної взаємодії.

4. Розробка програми комплексної медико-психологічної допомоги військовополоненим та людям з тимчасово окупованих територій спрямована на психосоціальну реабілітацію та розвиток адаптивних стратегій. Основні завдання програми включають діагностику синдрому соціально-психологічної дезадаптації, індивідуальне та сімейне психологічне консультування, психокорекцію та навчання саморегуляції. Важливим аспектом є проведення соціально-психологічних тренінгів для підвищення адаптивності, допомога у професійному самовизначенні та реабілітації. Програма також зосереджується на задоволенні основних потреб, відновленні соціальних зв'язків, самоідентичності та людської гідності постраждалих. Створення спеціалізованих центрів реабілітації дозволяє ефективно реалізовувати ці завдання, забезпечуючи комплексну підтримку та адаптацію ветеранів і цивільних осіб, які зазнали травматичних впливів війни та окупації.

Загалом, комплексна програма медико-психологічної допомоги сприяє відновленню фізичного та психологічного здоров'я військовослужбовців, осіб з тимчасово окупованих територій, ВПО та біженців, їх соціальній інтеграції та покращенню якості життя в нових.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПОСТРАЖДАЛИХ

4.1. Групування постраждалих за психологічними та медичними критеріями

До обмеженої кількості типових проявів можна віднести різні вирази психічних розладів під впливом надзвичайних ситуацій, війни. У випадку війни, психічні порушення виявляються в широкому спектрі – від стану дезадаптації та невротичних реакцій до реактивних психозів. Серйозність цих порушень залежить від різних факторів, таких як вік, стать, рівень попередньої соціальної адаптації, індивідуальні характеристики та інші обтяжливі чинники у момент кризи.

Психологічний вплив екстремальних умов включає не тільки безпосередню загрозу життю, але й опосередковану, пов'язану з очікуванням цієї загрози. Психічні реакції на різні екстремальні ситуації не мають конкретного характеру, який би був властивий лише конкретній ситуації; замість цього, вони являють собою універсальні відповіді на небезпеку, з частотою і глибиною, що визначаються раптовістю та інтенсивністю самої екстремальної ситуації.

У виникненні розладів психіки та поведінки важливу роль відіграють характер і сила психічної травми з одного боку, і конституційні особливості та преморбідний стан особи – з іншого. Ці психопатологічні розлади проявляються в типових виявах.

Психогенні розлади, що виникають під час і після надзвичайних ситуацій, поділяються на чотири групи: непатологічні реакції, патологічні реакції, невротичні стани та реактивні психози. Після подій надзвичайного характеру можливий розвиток посттравматичного стресового розладу або хронічних змін особистості. Основні категорії постраждалих охоплюють військовослужбовців, військовополонених, дорослих і дітей з тимчасово окупованих територій, а також внутрішньо переміщених осіб (ВПО).

Постраждалі групуються за такими критеріями:

1. Рівень травматичного досвіду: особи з фізичними травмами, а також особи з психічними травмами та стресовими реакціями, викликаними військовими подіями.

2. Вікові особливості: згідно з віковими групами постраждалих.
3. Ступінь фізичної та психічної непридатності: особи з обмеженими фізичними можливостями та ті, хто потребує тривалої реабілітації після важких травм.

Групування осіб за цими детально розглянутими критеріями визначає широкий спектр потреб і особливостей постраждалих від воєнних подій. Цей підхід сприяє розробці індивідуалізованих та цілеспрямованих програм медико-психологічного супроводу, які враховують не лише медичні, а й соціальні, психологічні та економічні аспекти відновлення психічного здоров'я та життєвого балансу постраждалих.

З метою вивчення та оцінки рівня травматичного досвіду осіб, які пережили фізичні ушкодження внаслідок воєнних дій проведено детальний аналіз ефективних підходів до реабілітації, спрямовані на полегшення психологічних труднощів та покращення якості життя постраждалих.

Рівень травматичного досвіду є ключовим чинником, який впливає на психічне здоров'я осіб, котрі зазнали фізичних ушкоджень, зокрема поранень, отриманих під час воєнних дій. У зв'язку з цим визначення та аналіз цього досвіду набуває важливого значення для формування дієвих підходів до психологічної підтримки та реабілітації потерпілих [145].

Люди, які пережили фізичні травми, стикаються не лише з фізичними труднощами, але й з істотними психологічними наслідками. Поранення та інші ушкодження можуть призводити до розвитку стресових реакцій, підвищеної тривожності, депресивних станів та інших розладів, що вимагають кваліфікованого психологічного супроводу [55].

Проведено детальний аналіз осіб, які зазнали прямих фізичних ушкоджень в результаті воєнних дій, таких як поранення та травми (наприклад від катувань) або інші ушкодження (таблиця 4.1).

Дані таблиці демонструють чисельність осіб у кожній групі та розподіл їхніх травм за типами. Усі показники наведено як в абсолютних значеннях, так і у відсотках від загальної кількості постраждалих у межах кожної групи. Серед військовослужбовців ЗСУ переважає частка бойових поранень – 78,5%. Загальна кількість постраждалих у цій групі становить 112 осіб, з яких 6,25% отримали травми, не пов'язані з бойовими діями.

Таблиця 4.1.

**Аналіз постраждалих внаслідок війни в Україні,
які отримали поранення та травми**

Група постраждалих		Отримані поранення, абс., (%)			Всього	р
		бойове поранення	травма	інше		
Військовослужбовці ЗСУ		88 (78,5)	7 (6,25)	3 (2,75)	98/112	0.3557
Військовослужбовці ТрО		43 (48,8)	5 (5,6)	1 (1)	49/88	
Військовополонені		8 (16)	39 (78)	0	47/50	
Особи з тимчасово окупованих територій	Дорослі	0	38 (47,5)	5 (6,5)	43/80	0.0224
	Діти	0	3 (10)	3 (10)	6/30	
ВПО	Дорослі	0	14 (11,7)	34 (28,3)	48/120	0.1389
	Діти	0	3 (3,75)	15 (18,75)	18/80	
Всі респонденти		139 (25,3)	109 (20)	61 (11)	309/550	-

У військовослужбовців ТрО майже половина постраждалих (48,8%) зазнала бойових поранень, а травми, що не стосуються бойових дій, зафіксовані лише у 5,6%. Загальна кількість постраждалих цієї групи дорівнює 88 особам. Серед військовополонених понад 78% отримали травми під час перебування у полоні, а 16% мали бойові поранення, отримані до потрапляння у полон.

Для дорослих і дітей із тимчасово окупованих територій характерним є переважання травм, не пов'язаних із бойовими діями (47,5% у дорослих та 10% у дітей). Крім того, 6,5% дорослих і 10% дітей отримали інші види травм. Загальна кількість постраждалих у цій категорії становить 80 дорослих і 30 дітей.

У групі ВПО найчастіше реєстрували інші травми, не пов'язані з катуваннями чи бойовими пораненнями (28,3%).

Представлений аналіз забезпечує об'єктивне уявлення про розподіл травм серед різних категорій постраждалих унаслідок воєнних дій. Ці результати можуть слугувати основою для розробки індивідуалізованих програм реабілітації та психологічної допомоги для кожної групи.

З нашого дослідженого контингенту, що складався з 550 військовослужбовців та цивільних (дорослих та дітей), психічних травм та стресових реакцій були виявлені у 387 осіб (70,2%), тоді як 163 досліджуваних (29,8%) виявилися практично здоровими.

У структурі психічних травм та стресових реакцій ми виявили наступне: афективні розлади настрою (L1-6A6) були виявлені у

71 (12,9%) військовослужбовців та 46 (8,4%) цивільних осіб, що становить 21,2% від загальної кількості досліджуваних, які мали психічні травми та стресові реакції; тривожні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (L1-6B0) та obsесивно-компульсивні розлади (L1-6B2) були виявлені у 63 (11,5%) військовослужбовців та 63 (11,%) цивільних осіб; поведінкові розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (6B8, MG41), були виявлені у 43 (7,8%) військовослужбовців та 39 (7%) цивільних осіб; розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (6D10, 6D11) були діагностовані у 21 військовослужбовців (3,8%) та у 41 цивільних осіб (7,5%). Структуру психічних травм та стресових реакцій представлено на рисунку 4.1.

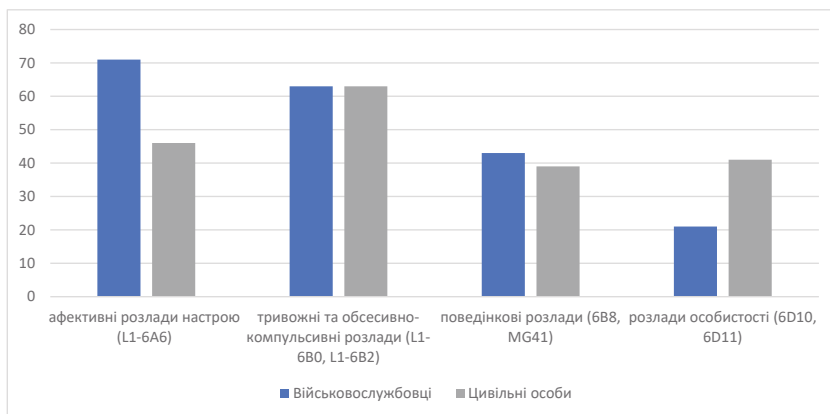


Рис. 4.1. Структура психічних травм та стресових реакцій у військовослужбовців та цивільних осіб (осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО)

Проведемо детальний аналіз психічних травм та стресових реакцій, які отримали постраждалі внаслідок війни. Враховують вплив воєнних дій на психічне здоров'я в різних категоріях населення, допомагаючи виявити основні аспекти, які вимагають уваги та подальших наукових досліджень. Аналіз результатів буде корисним для розробки ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації для тих, хто отримав травми та психологічний стрес. У структурі психічної патології найбільша увага приділялася невротичним, пов'язаним зі стресом та соматоформним розладам, з меншим акцентом на

афективних, розладах зрілої особистості та поведінці, а також на поведінкових аспектах, що пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами у психічних травмах та стресових реакціях (рис. 4.1) [104]. Детальну структуру психічних травм та стресових реакцій за класифікацією МКХ-11 можна знайти у таблиці 4.2.

Таблиця 4.2.

**Структура психічних травм та стресових реакцій
у військовослужбовців та цивільних осіб (осіб з тимчасово
окупованих територій та ВПО) (абс., %)**

Психічних травм та стресових реакцій (шифр за МКХ-11)	Військово-службовці		Цивільні особи (особи з тимчасово окупованих територій та ВПО)	
	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5
Афективні розлади (L1-6A6)				
Біполярні розлади I і II типів (6A60, 6A61)	12	2,2	4	0,72
Гіпоманія (6A60.2)	3	0,5	3	0,5
Циклотимія (6A62)	13	2,4	12	2,2
Легкий депресивний епізод (6A70.0)	16	2,9	11	2
Помірний депресивний епізод без психотичних симптомів та з психотичними симптомами (6A70.1, 6A70.2)	7	1,3	5	0,9
Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів та з психотичними симптомами (6A70.3, 6A70.4)	13	2,4	6	1,1
Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод середньої важкості без психотичних симптомів та з психотичними симптомами (6A71.0 – 6A71.7)	4	0,72	3	0,5
Дистимія (6A72)	3	0,5	2	0,36
Разом	71	12,9	46	8,4
Тривожні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (L1-6B0)				
Генералізований тривожний розлад (6B00)	4	0,72	3	0,5
Панічний розлад (6B01)	5	0,9	3	0,5
Агорафобія (6B02)	7	1,3	6	1,1

Продовження табл. 4.2.

1	2	3	4	5
Специфічна фобія (6B03)	9	1,6	11	2
Соціальний тривожний розлад (6B04)	3	0,5	3	0,5
Сепараційний тривожний розлад (6B05)	7	1,3	5	0,9
Селективний мутизм (6B06)	5	0,9	6	1,1
Разом	40	7,22	37	6,6
Обсесивно-компульсивний розлад (L1-6B2)				
Обсесивно-компульсивний розлад (6B20)	6	1,1	6	1,1
Дисморфічний розлад (6B21)	2	0,36	3	0,5
Патологічна озабоченість власним запахом (6B22)	1	0,2	2	0,36
Іпохондричний розлад (6B23)	2	0,36	5	0,9
Патологічне накопичення (Хординг) (6B24)	1	0,2	2	0,36
ПТСР (6B40)	3	0,5	2	0,36
Адаптаційні розлади, короткочасна депресивна реакція (6B43)	3	0,5	2	0,36
Дисоціативні (конверсійні) розлади з неврологічними симптомами (6B60)	2	0,36	1	0,2
Гостра реакція на стрес (QE84)	1	0,2	1	0,2
Соматизований розлад (6C20)	1	0,2	1	0,2
Синдром деперсоналізації-дереалізації невротичної (6B66)	1	0,2	1	0,2
Разом	23	4,18	26	4,74
Поведінкові розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (6B8, MG41)				
Розлади прийому їжі (6B8)	27	4,9	25	4,5
Розлад сну неорганічної природи (MG41)	16	2,9	14	2,5
Разом	43	7,8	39	7,1
Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (6D10, 6D11)				
Легкий розлад особистості (6D10.0)	6	1,1	11	2
Помірний розлад особистості (6D10.1)	3	0,5	4	0,72

Продовження табл. 4.2.

1	2	3	4	5
Важкий розлад особистості (6D10.2)	4	0,72	2	0,36
Параноїдний розлад особистості (MB26.7)	2	0,36	12	2,2
Розлад особистості шизоїдного типу (6D10.Z)	5	0,9	6	1,1
Дисоціальний розлад особистості (6D11.2)	1	0,2	6	1,1
Розторможеність при розладі особистості та особистісних проблемах (6D11.3)	2	0,36	3	0,5
Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості (6D11.4)	1	0,2	1	0,2
Тривожний розлад особистості (6D10.Z)	11	2	12	2,2
Залежний розлад особистості (6D10.Z)	5	0,9	4	0,72
Разом (6D10, 6D11)	40	7,24	61	11,4
Разом	217	39,34	209	38,2

Клінічні ознаки психічних травм та стресових реакцій у пацієнтів, які були проаналізовані, повністю відповідали діагностичним критеріям МКХ-11. Проте, спостерігались особливості клінічної типології таких розладів, що визначалися наявністю певних ознак, а також відсутністю інших ознак при загальному відповіданні критерію.

Клінічні ознаки психічних травм та стресових реакцій у пацієнтів описані по вікових групах представлені у таблиці 4.3.

Аналізуючи зміну поширення психічних травм та стресових реакцій за різних вікових груп, виявлено, що найвищий рівень спостерігався у 36-45 річних військовослужбовців – 24,2%, тоді як найнижчий – у військовополонених старше 56 років – 2%.

Представимо розподіл діагностичних рубрик у різних груп населення, пов'язаних з військовою діяльністю та конфліктними ситуаціями. Дослідження охоплює військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб, що проживають на тимчасово окупованих територіях, а також ВПО. У таблиці 4.4. представимо структуру та розподіл діагностичних категорій серед вказаних категорій осіб, що

дозволить краще зрозуміти психічний стан та специфіку проблем, з якими зіштовхуються досліджувані внаслідок війни в Україні.

Таблиця 4.3.

Ознаки психічних травм та стресових реакцій у військово-службовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій, ВПО по вікових групах

Вік	Військовослужбовці ЗСУ, ТрО		Військовополонені		Особи з тимчасово окупованих територій		ВПО	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10-14	-	-	-	-	14	7,4	22	11,6
15-17	-	-	-	-	8	4,2	12	6,4
18-25	22	11,1	8	4	4	2,1	6	3,2
26-35	45	22,7	5	2,5	12	6,4	8	4,2
36-45	48	24,2	15	7,6	34	18	13	6,9
46-55	31	15,7	12	6,1	24	12,7	16	8,5
Старше 56	8	4	4	2	7	3,7	9	4,8

Таблиця 4.4.

Розподіл діагностичних рубрик між постраждалими залежно від віку

Діагностична рубрика МКХ 11	10-14	15-17	18-25	26-35	36-45	46-55	Старше 55
	%	%	%	%	%	%	%
L1-6A6	7,3	25,8	23,5	21,5	32,5	25,4	66,9
L1-6B0, L1-6B2	64,5	56,2	52,9	67,5	47,5	51,8	21,5
6B8, MG41	11,6	7,9	12,7	6,2	3,6	5,7	2,1
6D10, 6D11	16,6	10,1	10,9	4,8	16,4	17,1	9,5
Всього	100	100	100	100	100	100	100

Як видно з таблиці найбільші показники L1-6B0, L1-6B2 – 67,5% у віковій категорії 26-35 років. Найнижчі показники у діагностичній рубриці – 6B8, MG41, вікова категорія старше 55 років – 2,1%.

Розглянемо класифікацію за рівнем фізичної та психічної непридатності військовослужбовців і цивільних осіб унаслідок війни в Україні. Виділяють п'ять основних категорій інвалідності, які характеризуються наступними порушеннями: фізичні обмеження, зокрема

ураження опорно-рухового апарату; інтелектуальні порушення та психічні розлади; проблеми слуху, що включають глухоту та приглухуватість; порушення зору, серед яких сліпота та слабозорість; а також порушення роботи внутрішніх органів, що стосуються загальних захворювань, таких як цукровий діабет, бронхіальна астма, онкологічні хвороби тощо [220].

Для дорослих залежно від ступеня втрати здоров'я встановлюються три групи інвалідності:

I група – тяжкі фізичні ураження або хвороби, що практично повністю виключають можливість виконання будь-яких обов'язків. Ця група поділяється на підгрупи А і Б залежно від рівня втрати здоров'я і необхідності постійного стороннього догляду. Підгрупа А визначається максимально високим рівнем втрати здоров'я, що обумовлює повну залежність від інших для задоволення базових потреб. Підгрупа Б характеризується значним рівнем втрати здоров'я, але з можливістю часткового самозабезпечення за умови використання технічних засобів і адаптації житла.

II група – помірні фізичні ураження або хвороби, що викликають серйозні стійкі порушення функціонування організму. Вони значно обмежують життєдіяльність, але зберігають здатність до самообслуговування і не потребують постійного стороннього догляду чи нагляду.

III група – стійкі порушення середньої тяжкості, викликані захворюваннями, травмами або вродженими вадами. Ці порушення помірно обмежують життєдіяльність і працездатність, але потребують соціальної допомоги та захисту [96].

Для дітей з інвалідністю зазвичай встановлюється одна загальна категорія інвалідності, що залежно від ступеня втрати здоров'я поділяється на дві підгрупи: «А» або «Б». У більшості випадків діти потребують постійного догляду та стороннього нагляду.

Розглянемо у таблиці 4.5. огляд осіб з обмеженими фізичними можливостями внаслідок воєнних ушкоджень. Це допомагає розуміти різноманітність та складність ситуацій, з якими зіштовхуються ці особи, а також визначає рівень їхніх потреб у підтримці для забезпечення належного життя та участі в суспільстві.

Загальна кількість осіб у кожній категорії інвалідності свідчить про значний вплив війни на здоров'я військовослужбовців та цивільних осіб, в тому числі військовополонених та осіб, що проживають на тимчасово окупованих територіях. Найбільша кількість

постраждалих серед ВПО (2,2%) мали порушення роботи внутрішніх органів та діти ВПО А категорії інвалідності (2,2%).

Таблиця 4.5.

**Особи з обмеженими фізичними можливостями внаслідок
воєнних ушкоджень**

Категорії інвалідності	Групи	Військово-службовці ЗСУ	Військово-службовці ТрО	Військово-полонені	Особи з тимчасово окупованих територій	ВПО
		абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)	абс. (%)
Фізичні недоліки	I	-	-	1 (0,2)	1 (0,2)	-
	II	2 (0,36)	1 (0,2)	4 (0,72)	3 (0,54)	7 (1,27)
	III	6 (1,1)	1 (0,2)	7 (1,27)	5 (0,9)	-
Порушення інтелекту і психічні захворювання	I	-	-	3 (0,54)	2 (0,36)	-
	II	1 (0,2)	-	7 (1,27)	6 (1,1)	8 (1,45)
	III	4 (0,72)	3 (0,54)	-	-	-
Порушення функцій слуху	I	-	1 (0,2)	-	6 (1,1)	-
	II	3 (0,54)	2 (0,36)	4 (0,72)	3 (0,54)	2 (0,36)
	III	7 (1,27)	-	2 (0,36)	-	7 (1,27)
Порушення функцій зору	I	1 (0,2)	-	-	-	1 (0,2)
	II	1 (0,2)	4 (0,72)	3 (0,54)	4 (0,72)	5 (0,9)
	III	-	1 (0,2)	-	-	-
Порушення роботи внутрішніх органів	I	-	1 (0,2)	-	-	-
	II	2 (0,36)	-	1 (0,2)	3 (0,54)	12 (2,2)
	III	-	-	-	-	2 (0,36)
Діти	A	-	-	-	5 (0,9)	12 (2,2)
	B	-	-	-	3 (0,54)	1 (0,2)
Всього		27 (4,9)	14 (2,5)	32 (5,8)	41 (7,5)	57(10,4)

Виявлення особливостей, що впливають на медико-психологічний супровід, є ключовим завданням у забезпеченні ефективної підтримки військовослужбовців. Це передбачає комплексний підхід до вивчення психофізіологічного стану, особистісних характеристик та міжособистісних відносин військових. Аналіз цих аспектів дозволяє своєчасно реагувати на психологічні виклики та підвищувати рівень адаптивності особового складу до екстремальних умов служби.

Психологічний супровід є важливою складовою медико-психологічного супроводу та поділяється на дві основні форми: «повсякденний психологічний супровід» і «бойовий психологічний супровід»

[58]. До основних особливостей медико-психологічного супроводу належать:

- проведення діагностики психофізіологічного стану кожного військовослужбовця;
- вивчення індивідуально-психологічних характеристик військовослужбовців;
- корекція рівня розвитку та значущості певних психічних якостей чи станів особистості;
- аналіз соціально-психологічного клімату в родинях військовослужбовців;
- надання підтримки для вирішення родинно-побутових проблем;
- вивчення настроїв, запитів та претензій у військових колективах для своєчасного реагування;
- оцінка морально-психологічного клімату у військових підрозділах для прогнозування розвитку міжособистісних відносин та запобігання конфліктам;
- ідентифікація військовослужбовців із психологічними відхиленнями;
- організація заходів, спрямованих на підтримку психофізіологічного здоров'я та підвищення адаптивності особового складу;
- проведення навчально-практичних тренінгів для розвитку навичок самодопомоги та взаємодопомоги;
- налагодження співпраці з медичними службами з питань збереження психофізіологічного стану військових [165].

Ці заходи спрямовані на забезпечення гармонійного поєднання медичної та психологічної підтримки, що є необхідною умовою успішного функціонування особового складу.

Основними завданнями медико-психологічного супроводу в умовах бойових дій є:

- проведення аналізу, оцінювання та прогнозування психологічного стану військовослужбовців під час підготовки до бойових завдань і в процесі їх виконання;
- визначення впливу психологічного стану особового складу на рівень його боєздатності (боєготовності);
- розробка та реалізація заходів із цілеспрямованої корекції психологічного стану військових;
- надання своєчасної психологічної допомоги під час бойових дій;

- організація соціально-психологічної реабілітації для військовослужбовців, які повернулися із зони бойових дій;
- підготовка особового складу до виконання завдань в екстремальних умовах шляхом розвитку психологічної стійкості;
- ідентифікація осіб, які потребують психологічної підтримки, оцінювання обсягу необхідної допомоги та ізоляція військовослужбовців із важкими психічними розладами, небезпечними для себе чи оточення;
- координація з медичною службою для організації допомоги та евакуації осіб із проявами серйозних бойових психічних розладів;
- здійснення психотерапевтичних і психокорекційних заходів із військовослужбовцями, які залишаються на службі.

Основною метою медико-психологічного супроводу є забезпечення стабільного та позитивного психоемоційного стану військовослужбовців, що дозволяє їм ефективно виконувати навчально-бойові та бойові завдання.

Діяльність із медико-психологічного супроводу орієнтована на об'єкт та зміст військової психологічної роботи, зокрема підтримку військовослужбовців упродовж служби, а також допомогу особам із тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщеним особам (ВПО).

Психологічна підтримка спрямована на розвиток у військових і цивільних осіб, які постраждали внаслідок війни, психологічних ресурсів, що допомагають адаптуватися до бойових умов як до звичайного аспекту військової служби: швидко аналізувати бойову ситуацію, визначати загрози, адекватно реагувати та підтримувати необхідний рівень активності та боєздатності [188].

Фінальний етап медико-психологічного супроводу передбачає реабілітацію, необхідність якої виникає у 20–85% військовослужбовців і цивільних осіб залежно від інтенсивності бойових дій. Реабілітаційна діяльність включає:

- проведення психодіагностики для виявлення психологічних відхилень і розладів [183];
- організацію заходів для повноцінного відпочинку, психотерапевтичної допомоги та психологічного розвантаження [50];
- використання як традиційних (медикаментозних), так і нетрадиційних (фізіотерапевтичних, фітотерапевтичних, гомеопатичних) методів [53].

4.2. Розробка медико-психологічної моделі постраждалих

Основна мета створення медико-психологічної моделі, яка сприятиме формуванню катамнезу осіб, що постраждали внаслідок війни полягає у вивченні та описі теоретичної моделі, заснованої на аналізі процесу прийняття рішень військовослужбовцями, військовоположеними, особами з тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщеними особами (ВПО) щодо звернення за психологічною допомогою.

На початковому етапі дослідження було визначено десять ключових теоретичних категорій, що є критично важливими для досягнення поставленої мети. Ці категорії охоплюють різні аспекти, зокрема вплив військової культури, досвід подолання перешкод, спроби самостійного вирішення проблем тощо, які формують механізми прийняття рішення про звернення за психологічною підтримкою.

Крім спеціалізованих медичних засобів, психологічні методи відіграють вагомую роль у відновленні психічної стійкості постраждалих. Застосування психологічного інструментарію в рамках медико-психологічної реабілітації має значний вплив на ефективність процесу відновлення та зміцнення психоемоційного стану.

У ряді методів медико-психологічної реабілітації ключове значення має психотерапія, яка здійснюється через спілкування з пацієнтом. Основною метою таких розмов є заспокоєння особи, виклад їй про тимчасовий характер змін, що відбуваються у її психічному стані, спрямування на вихід з травматичної ситуації, пояснення механізмів виникнення психічних розладів і підтримка у її впевненості в можливості саморегуляції деяких нервових процесів.

Медична реабілітація, чи лікувальна, чи клінічна, являє собою комплекс заходів, спрямованих на своєчасну та точну діагностику, госпіталізацію, відновлення та розвиток фізіологічних функцій пацієнта, виявлення його компенсаторних можливостей, усунення патологічного процесу, запобігання ускладнень, а також відновлення або часткову компенсацію втрачених функцій, протидію інвалідності, підготовку до повсякденних та професійних обов'язків тих, хто одужує, а також інвалідів, сприяння активному самостійному життю. Клінічні спостереження підтверджують теоретичні положення, що в деяких випадках, таких як інфаркт міокарда, психічний аспект реабілітації є важливішим, ніж фізичний [192].

Таблиця 4.6

**Використання медико-психологічних методів
у процесі реабілітації та особливості самостійної допомоги
під час відновлення постраждалих**

Види допомоги	Медико-психологічне консультування	Медико-психологічна корекція	Психотерапія
Об'єкт впливу	Клієнт / пацієнт	Клієнт / пацієнт	Пацієнт
Предмет впливу	Проблема, індивідуально-психологічні особливості	Проблема та особистісні аномалії	Психопатологічні симптоми, характерологічні девіації
Спосіб впливу	Інформування, навчання	Тренінг	Терапія різними способами
Позиція постраждалого	Активна, постраждалих відповідальний за результат	Активна, постраждалих відповідальний за результат	Пасивна, постраждалих не відповідальний за результати
Мета впливу	Формування особистісної позиції	Формування вправності медико-психологічної компетентності	Купірування психопатологічної симптоматики
Час проведення	Короткотривала (10-15 сеансів)	Середньої тривалості (2-3 місяці)	Довготривала (6 місяців і більше)

Психогенні розлади, що виникають під час або після надзвичайних ситуацій, поділяються на непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани та реактивні психози. У довгостроковій перспективі можуть проявлятися психічні порушення, такі як посттравматичний стресовий розлад або хронічні зміни особистості, спричинені пережитими катастрофами. Основні категорії постраждалих включають військовослужбовців ЗСУ та ТрО, військовополонених, дорослих і дітей із тимчасово окупованих територій, а також внутрішньо переміщених осіб. Групування цих людей за психологічними та медичними критеріями передбачає розподіл за рівнем травматичного досвіду (фізичні та психічні травми), віковими особливостями, а також ступенем фізичної та психічної непридатності. Таке детальне групування дозволяє визначити широкий

спектр потреб постраждалих, що сприяє створенню індивідуальних програм медико-психологічної допомоги, які враховують не лише медичні, але й соціальні, психологічні та економічні аспекти відновлення психічного здоров'я та життєвого балансу постраждалих.

Під час виконання бойових завдань медико-психологічна реабілітація спрямована на:

1. Вивчення умов бойової діяльності, рівнів впливу стрес-факторів.
2. Аналіз навичок військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни у подоланні страху і травматичного стресу, психічної стійкості.
3. Вивчення взаємин у колективах, готовності взяти відповідальність на себе.
4. Аналіз бойової здатності військовослужбовців і прогнозування психогенних втрат.
5. Визначення потреб у ресурсах, часі та успішності медико-психологічної реабілітації.
6. Здійснення контролю психогенних реакцій на травматичний стрес (бойова стресова реакція, бойова апатія, посттравматичні стресові розлади, реактивні стани тощо).
7. Профілактику психогенних захворювань (наслідків бойового стресу) та військово-медичну роботу.

Медико-психологічна допомога військовослужбовцям поділяється на:

- оперативну психологічну допомогу у вигляді медико-психологічної підтримки, психологічної корекції;
- медико-психологічну допомогу на рівні батальйону (бригади), спрямовану на здійснення психологічної підтримки, психологічної корекції, психологічного консультування, психотерапії.

Медико-психологічна реабілітація після переміщення військовослужбовців із зон активних бойових дій або місць постійної дислокації військових частин передбачає класифікацію за рівнем ураження бойовим стресом (низький, середній або високий ступені). Осіб, які потребують стаціонарного лікування, спрямовують до медичних установ для подальшої реабілітації [127].

У військових госпіталях медико-психологічна реабілітація фокусується на комплексній допомозі, що включає психопрофілактику, психологічне консультування, психодіагностику, корекцію, реабілітацію, психотерапію, розвиток психологічних навичок військовослужбовців, а також медичне відновлення. Особливе значення має

створення оптимальних умов для реабілітації поранених, які сприяють їх швидшому одужанню. Не менш важливим аспектом є підвищення кваліфікації психологів, їх професійна підготовка та розвиток необхідних професійних компетенцій.

У реабілітації цивільних осіб, які постраждали внаслідок війни в Україні, ключовими завданнями є аналіз їхніх особистісних характеристик, внутрішнього сприйняття хвороби, а також активізація адаптаційного потенціалу особистості [164].

Істотним компонентом реабілітаційного процесу для військових і цивільних є створення сприятливих умов у групах на різних соціальних рівнях: первинному (наприклад, у лікарняних палатах серед постраждалих або в колективах медичного персоналу) та вторинному (в межах сім'ї, серед друзів, співслужбовців чи колег).

Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців та осіб, які перебували на тимчасово окупованих територіях чи є внутрішньо переміщеними особами (ВПО), у санаторіях та оздоровчих закладах спрямована на досягнення таких цілей:

- аналіз особливостей прояву розладів адаптації постраждалих, включаючи вплив посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та вторинних стресових факторів [38];
- забезпечення медико-психологічного супроводу процесу реабілітації постраждалих [31].

Психокорекційна робота з військовими та особами з тимчасово окупованих територій чи ВПО включає такі етапи: оцінку позитивних змін у процесі адаптації, використання показників ефективності медико-психологічної реабілітації, визначення рівнів адаптації (повна адаптація, часткова адаптація, дезадаптація). Основним результатом цієї роботи є досягнення психологічної адаптації, яка визначається такими критеріями: внутрішня гармонія, успішна професійна реалізація, добробут у сімейному житті, задоволення вирішенням матеріальних і побутових проблем, медико-психологічна стабільність, а також відсутність таких негативних явищ, як спроби самогубства, вживання наркотиків або алкоголю.

Методика збору та аналізу даних для створення моделі медико-психологічної реабілітації військовослужбовців, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО включає кілька етапів. Спершу збирають дані про фізичний стан, психологічні характеристики (рівень стресу, депресії, тривоги) та соціальні фактори (сімейна підтримка, соціальні зв'язки) постраждалих. Наступним кроком є статистичний

аналіз цих даних для виявлення ключових взаємозв'язків, що впливають на ефективність реабілітації. На основі аналізу розробляється модель, яка враховує потреби постраждалих та включає основні елементи реабілітації. Далі модель тестується в практичній роботі, а результати її впровадження періодично оцінюються для вдосконалення. Останній етап включає апробацію і впровадження ефективної моделі у реабілітаційну практику. Важливими є дотримання етичних стандартів, конфіденційності та отримання згоди учасників на всі етапи дослідження.

Важливою частиною цього процесу є забезпечення конфіденційності та етичних стандартів при зборі, зберіганні та аналізі даних, а також збору згоди від учасників дослідження.

Для кращого розуміння цих категорій та їх взаємозв'язку, яка деталізує теоретичні категорії та підкатегорії опишемо кожен категорію розробки медико-психологічної моделі детальніше:

1. Військова культура:
 - роль у війську;
 - військова підготовка;
 - сприйняття психічного здоров'я;
 - сприйняття доступу до підтримки.
2. Звільнення з військової служби:
 - відчуття забуття;
 - відчуття покинутості;
 - обмежена підготовка до цивільного життя;
 - не врахування довгострокових наслідків.
3. Досвід перешкод:
 - повторювана проблемна поведінка;
 - відмова від підтримки;
 - заперечення перешкод;
 - нормалізація перешкод;
 - приховування проблем;
 - погіршення проблем;
 - посилення проблем;
 - втрата соціальних зв'язків.
4. Спроба самостійно впоратися з труднощами:
 - блокування / пригнічення труднощів;
 - вживання алкоголю;
 - приймання наркотиків;

- фізичні вправи;
 - робота;
 - ігнорування труднощів;
 - тимчасове полегшення;
 - припинення поганого самопочуття;
 - невідомість про наявність підтримки.
5. Досягнення точки «неповернення»:
- визнання потреби в змінах;
 - визнання потреби у допомозі;
 - зменшення можливостей для самостійного розв'язання проблем;
 - прийняття труднощів;
 - визнання наслідків поведінки;
 - відмова від негативних наслідків поведінки;
 - бажання нормальності
6. Доступ до послуг:
- направлення фахівцями;
 - направлення родиною;
 - направлення ветеранами;
 - самонаправлення;
 - рішення спробувати
7. Негативний досвід підтримки / послуг:
- бар'єри доступу до послуг;
 - невизнані перешкоди;
 - відкинуті перешкоди;
 - обмежене розуміння військової культури;
 - тип підтримки;
 - обмежена підтримка / припинення контакту;
 - відчуття непослухання;
 - некомпетентність лікаря / взаємодія з лікарем;
 - відсутність довіри;
 - рішення не взаємодіяти;
 - відчуття безнадійності.
8. Отримання правильної підтримки:
- розуміння військової культури;
 - компетентність лікаря;
 - взаємодія з лікарем;

- рішення взаємодіяти з підтримкою;
- створення довіри;
- тип наданої підтримки;
- спільна робота;
- визнання користі від підтримки;
- відсутність тиску;
- індивідуальна підтримка;
- своєчасний доступ до підтримки;
- постійна підтримка.

9. Відновлений внутрішній світ:

- оцінка наданої підтримки;
- самостійне розв’язання проблем;
- знання про наявність підтримки.

10. Неможливість самостійно впоратися з труднощами у майбутньому:

- самонаправлення для подальшої підтримки;
- обізнаність про наявність підтримки.

Покращення психічного стану населення України можливе за умови залучення інституцій державного, регіонального та місцевого рівнів. Тому розробка алгоритму надання медичної допомоги постраждалим, враховуючи їх медико-психологічний стан та фактори ризику для порушень психічного здоров’я, у межах профілактичних програм вимагає детального розгляду відповідних профілактичних заходів не лише на індивідуальному, але й на груповому (у сім’ях) та популяційному (національному) рівнях.

Реалізація заходів з популяризації здорового способу життя на рівні суспільства, громади та сім’ї стає ефективною лише в умовах розвинутого громадянського суспільства. Це вимагає наявності якісних правових норм, спрямованих на нормативно-правове регулювання принципів здорового способу життя та їх впровадження на інституційному рівні з урахуванням економічних чинників.

Інституційна взаємодія передбачає впровадження масштабних і системних змін, спрямованих на створення орієнтованої на пацієнта системи. Така система має забезпечувати доступ до медичної допомоги для всіх громадян України на рівні стандартів розвинутих європейських країн. Водночас пацієнт виступає ключовим суб’єктом, відповідальним за підтримання власного здоров’я через дотримання принципів здорового способу життя, які він також поширює у своєму середовищі.

Теоретичні основи медико-психологічної реабілітації
постраждалих внаслідок війни в Україні

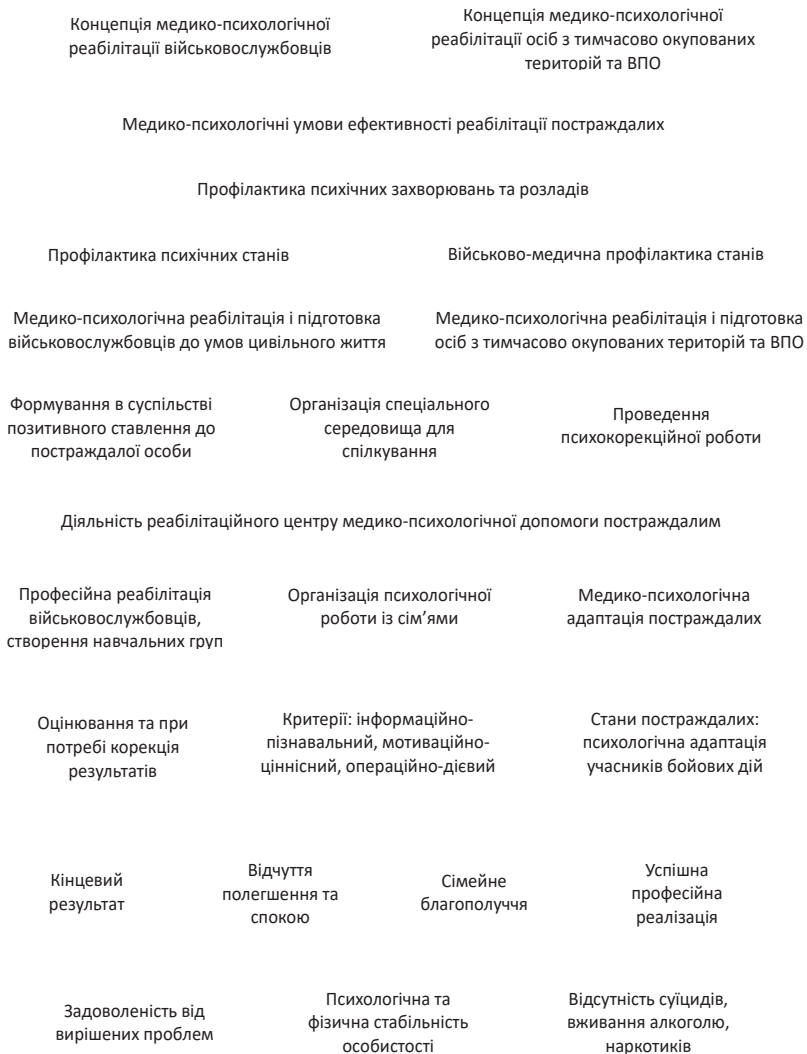


Рис. 4.3. Модель медико-психологічної реабілітації військовослужбовців, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО

Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО має комплексний підхід, спрямований на відновлення фізичного та психічного здоров'я цих осіб після військових подій та стресових ситуацій. Ця модель містить ряд заходів, спрямованих на поліпшення як фізичного, так і психічного стану постраждалих.

Одним з ключових елементів цієї моделі є проведення медичних обстежень та психологічних консультацій з метою виявлення та оцінки можливих проблемних аспектів здоров'я. На основі цих даних розробляється індивідуалізований план реабілітації, який містить медичні та психологічні втручання.

У моделі також передбачається проведення психологічних тренінгів та групових сесій з метою підвищення стресостійкості, розвитку адаптаційних стратегій та покращення соціальної взаємодії. Одним із важливих аспектів моделі є також включення родини та близьких у процес реабілітації. Це може включати проведення сімейних консультацій та надання підтримки родинам військовослужбовців та цивільних осіб що постраждали внаслідок війни в Україні.

Важливою частиною моделі є також моніторинг та оцінка ефективності проведених заходів реабілітації, а також постійна підтримка та відкритий доступ до психологічної допомоги. Це дозволяє забезпечити постійну підтримку та допомогу постраждалим, сприяючи їхньому поверненню до повноцінного життя після військових подій.

Програма медико-психологічної реабілітації включає лікувальні та психологічні методи, спрямовані на запобігання розвитку патологій, які виникають після ПТСР, депресивних станів, тривожних розладів та стресу. Такі стани можуть призводити до руйнування соціальних зв'язків, професійної та особистісної дезінтеграції, а також до проблем, пов'язаних із зловживанням алкоголем, наркотиками та ризиком суїцидальної поведінки. Держава забезпечує постраждалих інформаційною підтримкою, надає соціальну та фінансову допомогу, а також створює можливості для перепідготовки й професійного навчання з подальшим гарантуванням працевлаштування. Важливою складовою є моральна та ідеологічна підтримка військовослужбовців і цивільних осіб, а також етичне визнання їхнього досвіду суспільством.

Медико-психологічна допомога передбачає проведення групових занять і індивідуальної терапії. Групові сесії та тренінги спрямовані на подолання неврозів, вирішення проблем міжособистісного

спілкування та соціальної адаптації. Учасники таких занять спільно долають негативні емоції, розширюють коло інтересів і соціальних зв'язків, одночасно розвиваючи комунікативні навички.

Індивідуальна терапія націлена на відновлення психоемоційного стану пацієнтів. Використання методів роботи з образами у стані глибокого розслаблення та імпульсної терапії допомагає знизити психічне напруження, відключити вплив зовнішніх стресорів і активувати самовідновлення організму. Така практика сприяє відновленню енергетичних резервів, оптимізації процесів нейрорегуляції та заміні негативних спогадів на позитивні.

Процес психологічної реабілітації поділяється на чотири основні етапи [10, 25]:

1. Діагностичний етап, вивчаються психологічні проблеми військовослужбовців та цивільних осіб, які постраждали від війни, а також їхній вплив на психічне здоров'я та повсякденне життя. Завданням етапу є оцінка негативних наслідків бойового стресу, виявлення причин та рецидивів цих проблем, а також аналіз ефективності методів медико-психологічної допомоги [226].

2. Психологічний етап включає застосування специфічних методик, спрямованих на відновлення психоемоційного стану постраждалих.

3. Реадаптаційний етап реалізується під час цільової реабілітації, спрямованої на відновлення соціального та професійного функціонування осіб.

4. Етап супроводу передбачає довгострокове спостереження, консультування та надання додаткової психологічної підтримки військовим і цивільним особам, які зазнали наслідків війни, після завершення основного курсу психологічної реабілітації.

Принципи психологічної реабілітації базуються на таких засадах:

- Оперативність.
- Системність.
- Гнучкість.
- Багатоступеневість [135].

Психологічна підтримка сімей учасників бойових дій передбачає:

– Роботу з сім'ями як із ключовим фактором, що сприяє психореабілітації постраждалих.

– Надання психологічної допомоги членам сімей військовослужбовців і цивільних осіб, які брали участь у бойових діях [99].

Для покращення сімейної динаміки варто розглянути введення обмежень на вживання алкоголю в сім'ї, що сприятиме зміцненню психологічного клімату. Активне слухання та підтримка обговорень

найскладніших переживань дозволяють знизити емоційну напругу та рівномірно розподілити емоційне навантаження.

Рекомендації для ефективного відновлення після ПТСР, депресії, тривожного розладу чи стресу:

- Регулярні зустрічі з терапевтом або участь у групах підтримки.
- Освоєння методик управління стресом (релаксація, самогіпноз, аутогенне тренування).
- Уникання контенту з елементами насильства.
- Використання технік для покращення сну.
- Дотримання збалансованого раціону.
- Регулярна фізична активність.
- Обговорення питань, пов'язаних із вживанням алкоголю чи наркотиків, разом із терапевтом.
- Створення сприятливого та підтримуючого середовища.
- Систематична терапевтична робота.
- Прийняття можливих затримок у процесі відновлення.
- Суворе дотримання прописаного лікування.
- Негайне звернення за допомогою при потребі [192].

Необхідно також спільно з терапевтом розробити індивідуальний план дій на випадок повторного прояву симптомів ПТСР, депресії, тривожного розладу чи стресу. Цей план має включати чіткий опис симптомів і конкретні заходи для їх ефективного подолання. Застосування моделі для катамнестичного спостереження та планування подальшого супроводу охоплює такі етапи:

1. Катамнестичне спостереження здійснюється після завершення першої фази реабілітації. Воно передбачає перевірку результатів та динаміки стану кожного військовослужбовця, осіб із тимчасово окупованих територій та ВПО. Це дає змогу оцінити ефективність використаних методів і визначити, чи досягнуто очікуваних результатів.

2. Аналіз катамнестичних даних базується на отриманій інформації, що дозволяє виявити зміни у фізичному та психологічному стані пацієнтів за певний період. Особлива увага приділяється визначенню факторів, які сприяли позитивним змінам, а також виявленню можливих ускладнень чи труднощів, що можуть виникнути.

3. Розробка плану подальшого супроводу проводиться на основі аналізу катамнезу. Для кожного клієнта створюється індивідуальний план, який може включати психологічні консультації, групові підтримуючі сесії, медичну допомогу, соціальну підтримку та інші

заходи. План формується з урахуванням унікальних потреб і особливостей кожного пацієнта.

4. Моніторинг і корекція передбачають постійне спостереження за станом клієнта для вчасного виявлення можливих проблем або ризиків. Це дозволяє оперативно вносити зміни до плану супроводу і надавати необхідну допомогу.

5. Документування результатів охоплює збереження даних про катamnестичне спостереження та планування подальшого супроводу. Така документація потрібна для систематичного обліку змін у стані клієнтів і для якісного аналізу ефективності реабілітаційних заходів.

Цей підхід забезпечує послідовність та індивідуальний підхід до кожного пацієнта, сприяючи підвищенню ефективності реабілітації.

Реабілітацію рекомендували для військовослужбовців, осіб із тимчасово окупованих територій та ВПО, які потребували психіатричної допомоги. Загалом психіатрична допомога була рекомендована у 463 випадках. Хоча на етапі скринінгу діагнози не встановлювалися, направлення на психіатричну допомогу здійснювалися для подальшого аналізу психологами, психіатрами або фахівцями психосоціальних служб. Додаткові перевірки під час огляду призвели до рекомендації психіатричної допомоги ще у 12 випадках. Клінічні психологи рекомендували медичну допомогу в 312 випадках, тоді як 479 осіб направили одночасно на медичну та психіатричну допомогу. Загалом медичну та психіатричну допомогу отримали 479 осіб, що становило 87% усіх постраждалих. Дані про надання психіатричної допомоги класифікувалися у трьох категоріях: ніколи не отримували допомоги, перебувають на реабілітації, або завершили реабілітацію.

Для вимірювання показників депресії, панічного розладу, тривожного розладу та психосоціальних стресорів використовували методику «Опитувальника оцінки здоров'я пацієнта» (PHQ). Оцінка депресії здійснювалася за допомогою шкали PHQ-9, де респондентів запитували, як часто протягом останніх двох тижнів вони відчували певні симптоми. Загальний бал визначав категорії від «відсутніх та мінімальних» до «тяжких» депресивних станів, а надійність PHQ-9 становила 0,88. Панічний розлад оцінювався через низку питань про панічні напади. Якщо респонденти позитивно відповідали на всі чотири запитання, їх стан визначався як «імовірний панічний розлад». Надійність шкали панічного розладу була прийнятною (0,72).

Тривожний розлад оцінювався за допомогою семи питань, які вивчали частоту симптомів протягом останніх чотирьох тижнів. Загальні бали дозволяли класифікувати стан від «відсутнього та

мінімального» до «важкого». Надійність цієї шкали становила 0,82. Рівень стресу визначався через аналіз відповідей на питання про 10 можливих проблем (наприклад, фінансових труднощів), що дозволило визначити низький, середній або високий рівень ризику. Надійність шкали стресу була 0,79.

Симптоми ПТСР оцінювали за допомогою ПТСР-методики, цивільної версії (PCL-C). Респонденти вказували, наскільки вони турбувалися про кожен із 17 симптомів протягом останнього місяця. Загальні бали дозволяли визначати рівень ризику (низький, середній або високий). Надійність PCL-C була дуже високою (0,94). Усі методики застосовувалися зі статистичною значущістю на рівні $p < 0,05$.

Таблиця 4.7.

Поширеність психічних захворювань після завершення першої стадії реабілітації (n=550)

Зміна	Усього		Рекомендації				p
			Так		Ні		
	п	%	п	%	п	%	
Депресія (PHQ-9)							
Мінімальна	123	22,36	101	18,4	22	4	<0,001
Легка	137	24,9	126	22,9	11	2	
Помірної тяжкості	198	36	163	29,6	35	6,4	
Середньої тяжкості	57	10,3	55	10	2	0,4	
Тяжка	35	6,4	34	6,2	1	0,2	
Тривожні розлади (PHQ)							
Так	427	77,6	392	27,2	35	6,4	<0,001
Ні	23	4,2	16	3	7	1,3	
Загальна тривога (PHQ)							
Мінімальна	101	18,4	91	16,5	10	1,8	<0,001
Легка	176	32	152	27,6	24	4,4	
Помірна	91	16,54	75	13,6	16	3	
Тяжка	42	7,6	34	6,2	8	1,5	
Стрес (PHQ)							
Низький	126	23	105	19	21	3,8	<0,001
Середній	303	55	205	37,3	41	7,5	
Високий	51	9,2	39	7,1	12	2,2	
ПТСР (PCL-C)							
Низький	103	18,7	78	14,2	12	2,3	<0,001
Середній	45	8,2	32	5,8	6	1,15	
Високий	27	5	12	2,3	2	0,4	

Таблиця 4.7. демонструє відсоткове співвідношення осіб, які постраждали від війни в Україні та мають проблеми з психічним здоров'ям, у всіх категоріях ризику. Розподіл представлений як для загальної групи, так і з урахуванням рекомендацій щодо отримання допомоги. Близько 29,6% постраждалих повідомили про помірний рівень депресії, 13,6% – про помірний рівень тривоги, а 5,8% і 2,3% перебували відповідно на середньому та високому ризику розвитку ПТСР. Тривожні розлади були зафіксовані у менш ніж 27,2% респондентів, з яких 13,6% мали середній ризик, а 6,3% – високий ризик загальної тривоги. Водночас 37,3% перебували на середньому ризику виникнення стресу, а 7,1% – на високому.

Загалом, 33,3% обстежених осіб перебували на помірному або високому ризику однієї чи кількох психічних проблем або психосоціальних стресорів, тоді як 7,1% – на найвищому рівні ризику. Рекомендації щодо подальшого лікування отримали 19,7% перевірених військовослужбовців і цивільних, постраждалих внаслідок війни. Серед них 65,7% відповідали критеріям щонайменше помірного рівня однієї або кількох психічних проблем чи психосоціальних стресорів. З осіб із помірним або високим ризиком 38,9% отримали рекомендації щодо лікування, а серед тих, хто перебував на найвищому рівні ризику, цей показник склав 50,6%.

Аналіз взаємозв'язку між кожною психічною проблемою та рекомендаціями показав, що особи з помірними або важкими симптомами частіше отримували рекомендації щодо лікування, ніж ті, у кого симптоми були відсутні або мінімальні. Зокрема, від 61% до 76% респондентів із симптомами депресії середньої та високої тяжкості отримали рекомендації, 70% тих, хто страждав на тривожні розлади, також були рекомендовані для лікування, від 54% до 70% осіб із симптомами тривоги помірного та важкого рівня отримали направлення, 44–70% тих, хто перебував на високому рівні стресу, отримали рекомендації, і від 62% до 70% осіб із середнім або високим ризиком ПТСР були рекомендовані до лікування.

Метою дослідження було з'ясувати, якою мірою самооцінка психічного здоров'я унаслідок війни в Україні впливала на подальші рекомендації під час обстеження. Виявлено, що близько п'ятої частини перевірених осіб були рекомендовані для лікування. При цьому половина тих, хто мав щонайменше помірні симптоми, отримали рекомендації, а вищі рівні ризику корелювали з більшою часткою направлень. Однак фактичні показники рекомендацій виявилися нижчими, ніж очікувалося.

Застосування катamnестичної моделі та планування подальшого супроводу пацієнтів є ключовим аспектом надання якісної медичної допомоги. Такий підхід дозволяє систематично оцінювати результати лікування після завершення курсу терапії, ідентифікувати потенційні проблеми й ризики, а також своєчасно коригувати подальші медичні стратегії.

Отже, використання моделі для катamnезу та планування подальшого супроводу є необхідним компонентом в організації комплексного та індивідуалізованого підходу до лікування та догляду за пацієнтами. Це дозволяє забезпечити якісну та безперервну медичну допомогу з урахуванням потреб та специфіки кожного конкретного випадку.

Висновки до розділу 4

1. Аналіз системи медико-психологічного супроводу військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні, націлений на розкриття та вдосконалення цього комплексного підходу. Розглянули значущі аспекти, охоплюючи психотерапевтичні стратегії та результати наукових досліджень, спрямованих на підвищення ефективності та якості надання допомоги особам, які пережили воєнні події в контексті російсько-української війни.

2. У структурі психічних травм та стресових реакцій ми виявили наступне: афективні розлади настрою (L1-6A6) були виявлені у 71 (12,9%) військовослужбовців та 46 (8,4%) цивільних осіб, що становить 21,2% від загальної кількості досліджуваних, які мали психічні травми та стресові реакції; тривожні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (L1-6B0) були виявлені у 40 (7,22%) військовослужбовців та 37 (6,6%) цивільних осіб; obsесивно-компульсивний розлад (L1-6B2), був виявлений у 23 (4,18%) військовослужбовців та 26 (4,74%) цивільних осіб; поведінкові розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (6B8, MG41) виявлені у 43 (7,8%) військовослужбовців та 39 (7,1%) цивільних осіб; розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (6D10, 6D11) були діагностовані у 40 військовослужбовців (7,24%) та у 61 цивільних осіб (11,4%). Було рекомендовано проходження реабілітації для військовослужбовців, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО, а також тих, кому надавалась психіатрична допомога. Психіатрична допомога була специфічно рекомендована у 426 випадках.

Хоча на етапі скринінгу не встановлюються діагнози, зазвичай направлення на психіатричну допомогу робляться для подальшого оцінювання психічних проблем психологом, психіатром або психосоціальними службами. Під час огляду також було рекомендовано проведення додаткових перевірок, в результаті чого ще у 12 випадках було рекомендовано надання психіатричної допомоги. Клінічними психологами було рекомендовано медичну допомогу у 312 випадках, тоді як 438 осіб були направлені як на медичну, так і на психіатричну допомогу. Загалом, 438 постраждалим було рекомендовано одержати медичну та психіатричну допомогу, що становить 87% від усіх постраждалих. Історія психіатричної допомоги була розглянута в трьох категоріях: ніколи не отримувала, перебуває на реабілітації, або вже пройшла реабілітацію.

3. Для вимірювання показників депресії, панічного розладу, тривожного розладу та психосоціальних стресорів застосовувалась методика «Опитувальника оцінки здоров'я пацієнта (PHQ)». Для оцінки депресії використовувався PHQ-9, який запитував респондентів про наявність симптомів протягом останніх 2 тижнів. Отримані відповіді підсумовувалися для визначення загального балу, що дозволяло визначити категорії від «відсутніх та мінімальних» до «тяжких» депресійних станів. Надійність PHQ-9 була високою (0,88). Для оцінки панічного розладу респондентам ставилися певні запитання, результати яких використовувалися для визначення «імовірного панічного розладу». Надійність цієї методики також була прийнятною (0,72). Загальний тривожний розлад оцінювався за допомогою семи пунктів, а загальні бали використовувалися для визначення рівня тривоги. Надійність цієї методики також була високою (0,82).

4. Рівень стресу оцінювали шляхом запитань про те, чи турбувалися респонденти через будь-які з 10 проблем. Отримані загальні бали використовувалися для класифікації рівня стресу на низький, середній або високий ризик. Надійність шкали стресу вважається прийнятною з коефіцієнтом 0,79.

5. Симптоми ПТСР оцінювалися за допомогою методики PCL-C, цивільної версії. Респонденти оцінювали, наскільки сильно турбувалися через кожен з 17 симптомів протягом минулого місяця, а загальні бали використовувалися для класифікації ризику на низький, середній або високий рівень. Надійність методики PCL-C була високою, з коефіцієнтом 0,94. Статистична значущість була встановлена на рівні $p < 0,05$ для всіх проведених методик.

6. У результаті поглибленого аналізу медико-психологічного забезпечення постраждалих внаслідок війни в Україні можна вважати, що констатуючий експеримент другого порядку розкрив значущість та ефективність застосування комплексного підходу до реабілітації та психотерапевтичної підтримки постраждалих. Зроблені відомості створюють базу для подальших досліджень та розвитку стратегій, спрямованих на поліпшення якості життя військовослужбовців, цивільних осіб та їхніх родин, що пережили воєнні події.

Отже, вивчення медико-психологічного забезпечення стає важливим кроком у забезпеченні повноцінної підтримки для тих, хто постраждав внаслідок війни в Україні.

РОЗДІЛ 5

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ

5.1. Огляд результатів емпіричного дослідження

Медико-психологічний супровід охоплює проведення контрольованих досліджень ефективності терапевтичних втручань і застосування медикаментів. Констатуючі експерименти використовуються для вивчення поширеності психологічних травм серед осіб, які постраждали від війни, а також для опису їхніх симптомів та умов, за яких ці симптоми проявляються.

Емпіричні та констатуючі експерименти забезпечують цінну інформацію для розробки ефективних методів допомоги й підтримки як військовослужбовців, так і цивільного населення, які постраждали внаслідок війни. На основі отриманих даних було виділено низку важливих аспектів, які необхідно враховувати для забезпечення ефективного медико-психологічного супроводу. Згідно з результатами досліджень, рекомендовано такі заходи:

1. Індивідуалізація підходів до реабілітації передбачає створення персоналізованих планів медико-психологічної реабілітації з урахуванням унікального травматичного досвіду, рівня психологічної стійкості та поточного стану психічного здоров'я кожної особи. Застосування різноманітних методів психологічної допомоги, зокрема когнітивно-поведінкової терапії, арттерапії, групової терапії, залежно від потреб пацієнта.

2. Розширення ролі психологічних і психіатричних служб включає збільшення кількості психологів і клінічних психологів у закладах, що займаються реабілітацією постраждалих. Підвищення професійної компетентності медичних працівників у галузі травматичної психології та психіатрії.

3. Підтримка родин постраждалих зосереджена на запровадженні програм психологічної допомоги для членів родин, оскільки їхній емоційний стан впливає на процес реабілітації. Проведення тренінгів і семінарів для членів родин із метою навчання навичок підтримки й ефективної взаємодії з постраждалими.

4. Моніторинг і оцінка ефективності реабілітаційних заходів передбачає регулярне відстеження та аналіз результативності медико-психологічної допомоги. Використання відгуків пацієнтів для вдосконалення реабілітаційних програм і їхнього адаптування до потреб постраждалих.

5. Підвищення обізнаності та профілактика спрямовані на інформування населення про можливі психологічні наслідки війни й способи їх подолання.

Реалізація зазначених рекомендацій сприятиме підвищенню ефективності медико-психологічного супроводу осіб, які зазнали впливу війни, а також поліпшенню їхнього психічного й фізичного здоров'я.

Огляд та аналіз результатів емпіричного дослідження є важливими складовими для розуміння впливу війни на психічне та фізичне здоров'я осіб, які зазнали травматичного впливу військових дій. Дане дослідження зосереджене на оцінці стану постраждалих, виявленні основних психологічних та медичних проблем, а також розробці рекомендацій щодо ефективного медико-психологічного супроводу.

У повторному дослідженні після проведення медико-психологічної реабілітації взяли участь 480 постраждалих, з них 221 особа (40,2%) військовослужбовців та 259 осіб (47,1%) з тимчасово окупованих територій та ВПО. Отже, повторне опитування не пройшли 70 осіб (12,7%).

Після проведення медико-психологічної реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб було повторно застосовано психодіагностичну методику «Шкала самооцінки проявів ПТСР». Використовувалися опитувальники PCL-M (для військових) та PCL-C (для цивільних). Дослідження було спрямоване на вивчення характеристик вираженості симптомів ПТСР серед учасників, з використанням опитувальника PCL-M згідно з DSM-IV, військова версія [260].

Дослідження було спрямоване на вивчення характеристик вираженості симптомів ПТСР серед учасників, з використанням опитувальника PCL-M згідно з DSM-IV, військова версія [260]. Результати цього дослідження дозволили оцінити зміни у рівні вираженості симптомів ПТСР після проведеної реабілітації. Це включало аналіз змін у когнітивних, емоційних та фізичних проявах ПТСР, що дозволило визначити ефективність проведених реабілітаційних заходів та окреслити подальші кроки для надання підтримки постраждалим.

Таблиця 5.1.

Симптоми ПТСР після проведення медико-психологічної реабілітації за методикою PCL-M та PCL-C

Симптоми	Військово-службовці	Військовополонені	Особи з тимчасово окупованих територій	ВПО	р
	Кількість балів, $\pm\sigma$	Кількість балів, $\pm\sigma$	Кількість балів, $\pm\sigma$	Кількість балів, $\pm\sigma$	
Інтрузії	15 $\pm$ 1,2	11 $\pm$ 1,3	13 $\pm$ 1,4	14 $\pm$ 1,1	$\leq 0,05$
Уникання	8 $\pm$ 1,3	6 $\pm$ 1,1	7 $\pm$ 1,1	6 $\pm$ 1,1	$\leq 0,05$
Негативні думки та емоції	13 $\pm$ 1,1	11 $\pm$ 1,1	12 $\pm$ 1,4	9 $\pm$ 1,4	$\leq 0,05$
Підвищена реактивність	15 $\pm$ 0,7	12 $\pm$ 1,1	13 $\pm$ 1,4	14 $\pm$ 1,2	$\leq 0,05$
Загальний бал	51 $\pm$ 1,1	40 $\pm$ 1,2	45 $\pm$ 1,3	43 $\pm$ 1,2	$\leq 0,05$

Дослідження показало значне зниження симптомів ПТСР у всіх групах після проходження медико-психологічної реабілітації. Порівняльний аналіз засвідчив такі зміни: показники інтрузії зменшилися на 4-6 балів, уникання – на 2-4 бали, негативних думок та емоцій – на 5-7 балів, а підвищеної реактивності – на 5 балів.

Отримані дані свідчать про ефективність медико-психологічної реабілітації у зменшенні симптомів ПТСР серед військовослужбовців, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО. Клінічні прояви ПТСР після реабілітації також були оцінені за допомогою методики «Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (Mississippi Scale)».

Порівняльний аналіз результатів до та після проведення медико-психологічної реабілітації демонструє суттєве поліпшення рівня адаптації серед усіх категорій постраждалих. У військовослужбовців ЗСУ частка осіб із достатнім рівнем адаптації збільшилася з 72,2% до 81,1%, тоді як випадки значних порушень адаптації та ПТСР знизилися з 14,2% до 10,8% та з 13,6% до 8,1% відповідно.

Серед військовослужбовців ТрО кількість осіб із достатньою адаптацією зросла з 67,6% до 84,5%, а випадки значних порушень зменшилися з 17,9% до 9,3% та з 14,5% до 6,2%. У військовополонених показник достатньої адаптації зріс з 59,9% до 78,3%, тоді як значні порушення зменшилися з 22,4% до 15,4% та з 17,7% до 6,3%.

Таблиця 5.2.

Особливості адаптованості після проведення медико-психологічної реабілітації постраждалих за методикою «Міссісіпська шкала ПТСР».

Постраждалі		Достатній рівень адаптації	Виражене порушення адаптації	Адаптація значно порушена, ПТСР	
Військовослужбовці ЗСУ		81,1%	10,8%	8,1%	$p \leq 0,01$
Військовослужбовці ТрО		84,5%	9,3%	6,2%	$p \leq 0,01$
Військовополонені		78,3%	15,4%	6,3%	$p \leq 0,01$
Особи із тимчасово окупованих територій	Дорослі	79,2%	12,5%	8,3%	$p \leq 0,01$
	Діти	93%	4,4%	2,6%	$p \leq 0,01$
ВПО	Дорослі	82,1%	10,6%	7,3%	$p \leq 0,01$
	Діти	99,1%	0,9%	-	$p \leq 0,01$

Серед дорослих, які проживали на тимчасово окупованих територіях, рівень достатньої адаптації зріс з 73,4% до 79,2%, а значні порушення адаптації знизилися з 14,7% до 12,5% та з 11,9% до 8,3%. У дітей з цих територій частка з достатньою адаптацією збільшилася з 90% до 93%, а випадки значних порушень зменшилися з 5,9% до 4,4% та з 3,1% до 2,6%.

У дорослих ВПО рівень достатньої адаптації зріс з 74,3% до 82,1%, тоді як значні порушення зменшилися з 16,5% до 10,6% та з 9,2% до 7,3%. Серед дітей ВПО частка з достатньою адаптацією збільшилася з 98,3% до 99,1%, а виражені порушення знизилися з 1,7% до 0,9%.

Отримані дані свідчать про високу ефективність реабілітаційних заходів у покращенні психічного здоров'я та рівня адаптації осіб, які постраждали внаслідок війни.

Також, було досліджено рівні тривоги як ключовий показник психоемоційного стану пацієнтів. Для оцінки застосовувалася «Шкала тривоги Бека (BAI)», що дозволяє кількісно виміряти інтенсивність тривожних симптомів. Результати, наведені в таблиці 5.3, відображають рівні тривоги серед військовослужбовців та цивільних осіб

після реабілітаційних заходів, що дає можливість оцінити їх ефективність та вплив на психоемоційний стан різних груп постраждалих.

Таблиця 5.3.

**Оцінка рівнів тривоги за «Шкалою тривоги Бека, ВАІ»
після проведення медико-психологічної реабілітації
військовослужбовців та цивільних осіб**

Рівень тривоги	Всі пацієнти, n=480 к-ть, (%)	Військово-службовці, к-ть, (%)		Військово-вополонені, к-ть, (%)	Особи із тимчасово окупованих територій, к-ть, (%)		ВПО, к-ть, (%)	
		ЗСУ	ТрО		Дорослі	Діти	Дорослі	Діти
Низький рівень	127 (26,5)	7 (1,4)	12 (2,5)	11 (2,4)	22 (4,5)	29 (6,1)	21 (4,4)	25 (5,2)
Легкий рівень тривоги	179 (37,3)	26 (5,4)	24 (5,4)	7 (1,4)	31 (6,5)	32 (6,7)	42 (8,75)	17 (3,5)
Середній рівень тривоги	132 (27,5)	38 (7,9)	17 (3,5)	8 (1,7)	21 (3,4)	15 (3,1)	25 (5,2)	8 (1,7)
Високий рівень тривоги	42 (8,7)	6 (1,25)	9 (1,9)	7 (1,4)	12 (2,5)	-	7 (1,4)	1 (0,2)

Аналіз рівнів тривоги серед постраждалих до та після медико-психологічної реабілітації виявив суттєві покращення психоемоційного стану пацієнтів. Для визначення статистичної значущості змін використовувався U-критерій Манна-Уїтні – непараметричний тест, що дозволяє порівнювати дві незалежні вибірки. Результати свідчать про статистично значущі зміни у рівнях тривоги у всіх досліджуваних групах.

Загалом серед пацієнтів рівень тривоги суттєво знизився. Частка осіб із низьким рівнем тривоги зросла з 4,1% до 26,5% ($p < 0,01$), легким – з 23,1% до 37,3% ($p < 0,01$), тоді як середній рівень тривоги зменшився з 54,4% до 27,5% ($p < 0,01$), а високий – з 18,4% до 8,7% ($p < 0,01$).

У військовослужбовців ЗСУ низький рівень тривоги збільшився з 0,4% до 1,4% ($p < 0,01$), легкий – з 2,1% до 5,4% ($p < 0,01$), середній зменшився з 14,2% до 7,9% ($p < 0,01$), а високий – з 3,6% до 1,25%

($p < 0,01$). Серед військовослужбовців ТрО низький рівень зріс з 0,4% до 2,5% ($p < 0,01$), легкий – з 2,4% до 5,4% ($p < 0,01$), середній знизився з 8,5% до 3,5% ($p < 0,01$), а високий – з 2,9% до 1,9% ($p < 0,01$).

У військовополонених низький рівень тривоги зріс з 0,4% до 2,4% ($p < 0,01$), легкий – з 0,2% до 1,4% ($p < 0,01$), середній зменшився з 6,9% до 1,7% ($p < 0,01$), а високий – з 2% до 1,4% ($p < 0,01$).

Серед дорослих з тимчасово окупованих територій низький рівень тривоги зріс з 2,1% до 4,5% ($p < 0,01$), легкий – з 3,1% до 6,5% ($p < 0,01$), середній знизився з 5,3% до 3,4% ($p < 0,01$), а високий – з 4% до 2,5% ($p < 0,01$). У дітей цих територій низький рівень тривоги збільшився з 1,6% до 6,1% ($p < 0,01$), легкий – з 2,7% до 6,7% ($p < 0,01$), середній зменшився з 1% до 3,1% ($p < 0,01$), а високий залишився нульовим.

У дорослих ВПО низький рівень зріс з 2,5% до 4,4% ($p < 0,01$), легкий – з 5,3% до 8,75% ($p < 0,01$), середній знизився з 11,8% до 5,2% ($p < 0,01$), а високий – з 2,1% до 1,4% ($p < 0,01$). У дітей ВПО низький рівень збільшився з 2,7% до 5,2% ($p < 0,01$), легкий – з 4,2% до 3,5% ($p < 0,01$), середній зменшився з 5% до 1,7% ($p < 0,01$), а високий – з 0,8% до 0,2% ($p < 0,01$).

Отримані результати підтверджують ефективність медико-психологічної реабілітації у покращенні психоемоційного стану постраждалих, що проявилось у суттєвому зниженні рівня тривоги у всіх досліджуваних групах.

Також рівень тривожності постраждалих визначали за допомогою шкали Гамільтона, яка дозволяє детально визначити ступінь тривоги та супутні психічні симптоми. Цей підхід забезпечує можливість отримання об'єктивної оцінки стану пацієнтів до та після реабілітаційних заходів, дозволяючи порівняти ефективність втручання. Таблиця 5.4 відображає результати оцінки тривожності постраждалих після проведення медико-психологічної реабілітації за шкалою Гамільтона.

Порівняльний аналіз даних до і після реабілітації, проведений за допомогою U-критерію Манна-Уїтні, підтвердив статистично значущі зміни рівнів тривожності ($p < 0,01$) у всіх досліджуваних групах. Середні значення тривожності до початку реабілітації становили: у військовослужбовців ЗСУ – 17,5, військовослужбовців ТрО – 16, військовополонених – 19,1, дорослих з тимчасово окупованих територій – 14,3, дітей з цих територій – 11,8, дорослих ВПО – 15,13, дітей ВПО – 10. Після реабілітації показники знизилися відповідно до: 12,4, 11, 14,2, 9,2, 8,4, 11,38 та 7,7.

Таблиця 5.4.

**Оцінка тривожності постраждалих після проведення
медико-психологічної реабілітації за шкалою Гамільтона**

Постраждалі		Середнє значення	Низький рівень, %	Легкий рівень, %	Середній рівень, %	Високий рівень, %
Військовослужбовці ЗСУ		12,4	29	43	19	9
Військовослужбовці ТрО		11	31	49	11	9
Військовополонені		14,2	15	39	30	16
Особи з тимчасово окупованих територій	Дорослі	9,2	21	47	31	1
	Діти	8,4	39	60	1	-
ВПО	Дорослі	11,38	28	39	21	12
	Діти	7,7	32	58	10	-

Частка осіб із низьким рівнем тривожності значно зросла: серед військовослужбовців ЗСУ – з 5% до 29%, військовослужбовців ТрО – з 2% до 31%, військовополонених – з 0% до 15%, дорослих з тимчасово окупованих територій – з 0% до 21%, дітей з цих територій – з 19% до 39%, дорослих ВПО – з 8% до 28%, дітей ВПО – з 27% до 32%. Легкий рівень тривожності також зріс: у військовослужбовців ЗСУ – з 23% до 43%, військовослужбовців ТрО – з 40% до 49%, військовополонених – з 12% до 39%, дорослих з тимчасово окупованих територій – з 45% до 47%, дітей з цих територій – з 55% до 60%, дорослих ВПО – з 35% до 39%, дітей ВПО – з 42% до 58%.

Середній рівень тривожності демонструє суттєве зменшення: серед військовослужбовців ЗСУ – з 32% до 19%, військовослужбовців ТрО – з 29% до 11%, військовополонених – з 44% до 30%, дорослих з тимчасово окупованих територій – з 50% до 31%, дітей з цих територій – з 21% до 1%, дорослих ВПО – з 32% до 21%, дітей ВПО – з 31% до 10%.

Високий рівень тривожності також знизився: у військовослужбовців ЗСУ – з 40% до 9%, військовослужбовців ТрО – з 29% до 9%, військовополонених – з 44% до 16%, дорослих з тимчасово окупованих територій – з 5% до 1%, дітей з цих територій – з 5% до 0%, дорослих ВПО – з 25% до 12%, дітей ВПО залишився на рівні 0%.

Ці результати підтверджують ефективність реабілітаційних заходів, що суттєво покращили психоемоційний стан постраждалих, знизивши рівень тривожності у всіх групах.

Важливим є оцінка рівня депресії у постраждалих за шкалою RNQ-9, яка дозволяє оцінити тяжкість депресивних симптомів. Дана методика є ефективним засобом для моніторингу психічного стану пацієнтів та виявлення динаміки змін до і після реабілітаційних заходів. Таблиця 5.5 ілюструє динаміку рівнів депресії за шкалою RNQ-9 у військовослужбовців та цивільних осіб після проведення медико-психологічної реабілітації.

Таблиця 5.5.

Динаміка депресії за шкалою RNQ-9 у військовослужбовців та цивільних осіб після проведення реабілітації

Депресія	Військовослужбовці ЗСУ, к-ть (%)	Військовослужбовці ТрО, к-ть (%)	Військовополонені, к-ть (%)	Особи з тимчасово окупованих територій, к-ть (%)		ВПО, к-ть (%)	
				Дорослі	Діти	Дорослі	Діти
Відсутня	12 (2,5)	15 (3,1)	2 (0,4)	15 (3,1)	12 (2,5)	37 (7,6)	23 (4,8)
Легка (субклінічна)	32 (6,7)	4 (0,8)	13 (2,7)	11 (2,3)	11 (2,3)	23 (4,8)	24 (5)
Помірної тяжкості	45 (9,4)	36 (7,5)	12 (2,5)	39 (8,1)	7 (1,5)	14 (2,9)	19 (3,95)
Середньої тяжкості	9 (1,8)	24 (7,5)	9 (1,8)	5 (1)	6 (1,25)	12 (2,5)	2 (0,4)
Тяжка	2 (0,4)	12 (2,5)	6 (1,25)	3 (0,6)	-	10 (2)	-

Загалом, після реабілітації спостерігається покращення стану постраждалих у всіх категоріях. Зокрема, збільшилась кількість осіб з відсутністю депресії: у військовослужбовців ЗСУ з 9% до 2,5%, у військовослужбовців ТрО з 13% до 3,1%, та серед осіб з тимчасово окупованих територій, дорослих – з 14% до 3,1%, дітей – з 15% до 2,5%. Військовополонені, які не мали відсутності депресії до реабілітації, показали результат 0,4% після реабілітації. Суттєво знизився відсоток тих, хто мав помірну або середню тяжкість депресії. Наприклад, у військовополонених показники помірної тяжкості знизилися

з 44% до 2,5%, а середньої тяжкості з 10% до 1,8%. Також значно зменшилася кількість осіб з тяжкою депресією, особливо серед військовополонених (з 3,95% до 1,25%) та дорослих з тимчасово окупованих територій (з 23% до 0,6%).

Для оцінки статистичної значущості змін рівнів депресії до та після реабілітації застосовувався U-критерій Манна-Уїтні. У військовослужбовці ЗСУ зниження середніх показників депресії після реабілітації ($U = 1432$, $p < 0.01$) вказує на ефективність реабілітації. У військовослужбовці ТрО результати показують значне зниження рівнів депресії ($U = 1528$, $p < 0.01$), що також свідчить про позитивний вплив реабілітаційних заходів. Військовополонені мали наступні значення: $U = 1104$, $p < 0.01$, що підтверджує ефективність реабілітації для цієї групи. Серед дорослих осіб з тимчасово окупованих територій значні зміни у рівнях депресії: $U = 1203$, $p < 0.01$ свідчать про успішність реабілітаційних заходів. А серед дітей відчутне покращення стану $U = 1307$, $p < 0.01$ показує, що реабілітація ефективна і для цієї групи. Серед ВПО дорослих помітне зниження рівнів депресії до статистично значущих показників ($U = 1122$, $p < 0.01$) демонструє ефективність медико-психологічної підтримки. У дітей теж позитивні зміни ($U = 1384$, $p < 0.01$) підтверджують успішність реабілітаційної програми.

Для оцінки психоемоційного стану респондентів з різних досліджуваних груп було проведено дослідження рівня вираження депресії, тривоги та стресу за допомогою шкали DASS-21. Ця шкала є одним із найпоширеніших інструментів для вимірювання трьох основних негативних емоційних станів (див. таблиця 5.6).

Аналіз рівнів депресії, тривоги та стресу у респондентів до і після медико-психологічної реабілітації виявив значні зміни у всіх досліджуваних групах. До реабілітації більшість респондентів демонстрували високі показники депресії, тривоги та стресу. Наприклад, серед військовополонених 6,02% мали тяжкий рівень депресії, тоді як серед військовослужбовців ЗСУ цей показник становив 8,75%. Після реабілітації відсоток респондентів з тяжким рівнем депресії значно зменшився, зокрема серед військовослужбовців ЗСУ – до 2,1%, а серед військовополонених – до 0,6%.

Що стосується тривоги, до реабілітації значна частина респондентів перебувала в стані помірної або тяжкої тривоги. Так, у військовослужбовців ТрО 6,7% мали помірний рівень тривоги, а 3,6% – тяжкий. Після реабілітації ці показники знизилися до 4% і 1,8% відповідно. Серед дітей ВПО також відбулося зниження нормального рівня тривоги – з 3,3% до 1,8%.

Таблиця 5.6.

Рівень вираження депресії, тривоги та стресу після проведення медико-психологічної реабілітації за DASS-21

Ступінь вира- ження	Військовослужбо- вці ЗСУ, (%)	Військовослужбо- вці ТрО, (%)	Військовополонені, (%)	Особи з тимча- сово окупова- них територій, (%)		ВПО, (%)	
				Дорослі	Діти	Дорослі	Діти
Рівень депресії							
Нормальний	27 (5,6)	23 (4,8)	9 (1,8)	21 (4,4)	11 (2,3)	32 (6,8)	25 (5,2)
Легкий	31 (6,5)	32 (6,8)	18 (3,75)	27 (5,6)	12 (2,6)	33 (7,1)	29 (6)
Помірний	29 (6)	13 (2,7)	17 (3,5)	27 (5,6)	3 (0,6)	18 (3,75)	14 (2,9)
Тяжкий	10 (2,1)	12 (2,6)	3 (0,6)	20 (4,2)	-	7 (1,45)	-
Рівень тривоги							
Нормальний	26 (5,4)	19 (4)	12 (2,6)	19 (4)	9 (1,8)	23 (4,8)	24 (5)
Легкий	37 (7,7)	34 (7)	19 (4)	24 (5)	13 (2,7)	39 (8,1)	35 (7,3)
Помірний	25 (5,2)	19 (4)	7 (1,45)	21 (4,4)	4 (0,8)	19 (4)	9 (1,8)
Тяжкий	12 (2,6)	9 (1,8)	4 (0,8)	9 (1,8)	-	9 (1,8)	-
Рівень стресу							
Нормальний	26 (5,4)	28 (5,8)	13 (2,7)	18 (3,75)	13 (2,7)	32 (6,67)	24 (5)
Легкий	34 (7)	29 (6)	16 (3,3)	31 (6,5)	5 (1,04)	37 (7,7)	26 (5,4)
Помірний	23 (4,8)	13 (2,7)	7 (1,45)	16 (3,3)	8 (1,67)	18 (3,75)	18 (3,75)
Тяжкий	17 (3,54)	11 (2,3)	6 (1,25)	8 (1,67)	-	3 (0,6)	3 (0,6)

Рівень стресу також зменшився після реабілітації. До цього більшість респондентів із різних груп мали помірний або тяжкий рівень стресу. Наприклад, у військовополонених 4,9% відчували тяжкий стрес, але після реабілітації цей показник знизився до 1,25%. У дорослих ВПО рівень стресу знизився з 5,1% до 0,6%. Усі ці результати підтверджують значне покращення психологічного стану респондентів, що зафіксовано статистично значущими результатами за допомогою U-критерію Манна-Уїтні.

Окрім психоемоційного стану, важливим аспектом є також оцінка якості життя респондентів, яка включає фізичний та психічний компоненти здоров'я. Таблиця 5.7 представляє результати дослідження якості життя після проведення медико-психологічної реабілітації за двома категоріями: «фізичний компонент здоров'я» (PCS) та «психічний компонент здоров'я» (MCS). Ці показники допомагають зрозуміти, як реабілітація вплинула на загальний стан здоров'я респондентів, включаючи як фізичний, так і психічний добробут.

Таблиця 5.7.

Дослідження якості життя після проведення медико-психологічної реабілітації за двома категоріями: «фізичний компонент здоров'я» (PCS) та «психічний компонент здоров'я» (MCS)

Група постраждалих			Провідний синдром			
			тривожно-фобічний	тривожно-депресивний	депресивно-іпохондричний	астено-апатичний
MCS	Військовослужбовці ЗСУ		44,75 (39,12-49,02)	47,21 (42,19-51,11)	41,38 (36,15-45,15)	52,21 (46,23-56,25)
	Військовослужбовці ТрО		44,22 (39,23-49,22)	46,21 (41,17-51,11)	39,98 (34,99-44,91)	50,42 (45,43-55,48)
	Військовополонені		43,71 (38,69-48,71)	39,80 (34,87-44,88)	38,90 (32,91-47,11)	46,52 (40,70-53,18)
	Особи з тимчасово окупованих територій	Дорослі	45,31 (41,32-49,31)	46,68 (41,80-51,71)	41,29 (35,05-47,45)	45,26 (34,20-57,19)
		Діти	49,72 (41,73-54,68)	47,25 (41,61-53,70)	48,68 (42,91-53,71)	49,86 (41,89-56,82)
	ВПО	Дорослі	43,81 (37,21-51,37)	46,82 (42,89-51,71)	42,11 (39,05-49,15)	45,82 (39,83-51,76)
		Діти	49,19 (42,22-54,22)	49,11 (45,20-53,13)	53,11 (45,13-57,06)	49,16 (44,10-55,19)

Продовження табл. 5.7.

S	PCS	Військовослужбовці ЗСУ		49,35 (44,31-54,39)	44,19 (42,14-51,76)	46,16 (42,26-51,15)	47,22 (42,33-51,39)
		Військовослужбовці ТрО		47,15 (42,08-52,23)	44,24 (40,26-49,22)	44,18 (40,19-49,12)	41,53 (39,52-49,57)
		Військовополонені		46,47 (40,37-52,46)	46,24 (41,18-49,33)	41,18 (38,17-47,12)	43,36 (40,30-51,21)
		Особи з тимчасово окупованих територій	Дорослі	45,31 (41,14-50,33)	47,13 (43,19-52,11)	43,29 (40,15-49,25)	54,12 (49,13-58,16)
			Діти	49,51 (47,47-53,49)	52,45 (49,18-58,91)	54,75 (48,70-56,19)	54,15 (48,17-58,92)
		ВПО	Дорослі	45,17 (42,13-51,18)	48,27 (44,91-55,12)	45,11 (42,11-53,29)	45,18 (41,11-53,16)
			Діти	48,17 (42,47-52,49)	59,15 (52,10-60,20)	55,15 (49,12-59,12)	53,18 (48,18-59,13)

До реабілітації показники фізичного компонента здоров'я (PCS) серед військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО варіювалися в межах від 34,38 до 49,45, залежно від типу синдрому та групи постраждалих. Після реабілітації ці показники значно покращилися, досягнувши діапазону від 41,53 до 59,15. Наприклад, серед військовослужбовців ЗСУ з тривожно-фобічним синдромом PCS зріс з 45,45 (42,71-49,79) до 49,35 (44,31-54,39). Серед військовополонених з тривожно-депресивним синдромом PCS підвищився з 40,14 (35,91-42,73) до 46,24 (41,18-49,33).

Щодо психічного компонента здоров'я (MCS), до реабілітації цей показник серед тих самих груп коливався від 33,40 до 52,81. Після реабілітації MCS покращився, досягнувши значень від 38,90 до 59,15. Наприклад, серед військовослужбовців ЗСУ з тривожно-фобічним синдромом MCS зріс з 41,75 (35,19-46,02) до 44,75 (39,12-49,02). У дітей з тимчасово окупованих територій з депресивно-іпохондричним синдромом MCS підвищився з 44,68 (43,29-48,71) до 48,68 (42,91-53,71).

Порівняння якості життя до і після реабілітації за допомогою U-критерію Манна-Уїтні продемонструвало статистично значущі покращення в усіх досліджуваних групах, що підтверджує ефективність медико-психологічної реабілітації у поліпшенні як фізичного, так і психічного здоров'я постраждалих.

Медико-психологічна реабілітація виявилася ефективною для всіх досліджуваних груп, незалежно від провідного синдрому. Значне покращення показників PCS і MCS після реабілітації свідчить про те, що ці заходи суттєво покращують якість життя постраждалих. Результати U-критерію Манна-Уїтні підтверджують, що зміни є статистично значущими, підкреслюючи важливість таких програм для відновлення здоров'я та добробуту людей, які зазнали різних психічних і фізичних травм.

5.2. Аналіз результатів констатуючого експерименту

Констатуючий експеримент має важливе значення для дослідження впливу війни на психічне та фізичне здоров'я осіб, які постраждали. Основною метою експерименту було глибоке вивчення поточного стану постраждалих та виявлення ключових проблем, що потребують корекції через медико-психологічну реабілітацію.

Для реалізації констатуючого експерименту застосовувалися як кількісні, так і якісні методи, зокрема анкетування, психологічне тестування та медичні обстеження. У дослідженні брали участь військовослужбовці ЗСУ, ТрО, військовополонені, ВПО, біженці та особи з тимчасово окупованих територій, які стали жертвами війни.

Далі буде описано характер психічних травм і стресових реакцій, що спостерігалися у військовослужбовців та цивільних осіб (з тимчасово окупованих територій і ВПО) після проходження курсу медико-психологічної реабілітації. Подані дані, що містять кількісні показники у відсотках та абсолютних числах, дозволяють здійснити детальний аналіз ефективності реабілітаційних заходів і оцінити рівень зменшення психоемоційного стресу в різних групах пацієнтів.

Порівняння структури психічних травм та стресових реакцій у військовослужбовців та цивільних осіб до і після медико-психологічної реабілітації демонструє суттєве зниження кількості таких випадків, що відображено у таблицях 4.4 і 5.8. Серед військовослужбовців випадки афективних розладів зменшилися з 12,9% до 9,2%,

тривожних розладів – з 7,22% до 3,75%, поведінкових розладів – з 7,8% до 5,625%, а розладів особистості – з 7,24% до 4,8%. Загальна кількість випадків серед військовослужбовців знизилася з 217 (39,34%) до 130 (27,1%).

Таблиця 5.8.

**Структура психічних травм та стресових реакцій
після проведення медико-психологічної реабілітації
у військовослужбовців та цивільних осіб
(осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО) (абс., %)**

Психічних травм та стресових реакцій (шифр за МКХ-11)	Військово-службовці		Цивільні особи (особи з тимчасово окупованих територій та ВПО)	
	абс.	%	абс.	%
1	2	3	4	5
Афективні розлади (L1-6A6)				
Біполярні розлади I і II типів (6A60, 6A61)	8	1,6	2	0,4
Гіпоманія (6A60.2)	2	0,4	1	
Циклотимія (6A62)	7	1,45	8	1,6
Легкий депресивний епізод (6A70.0)	11	2,3	7	1,45
Помірний депресивний епізод без психотичних симптомів та з психотичними симптомами (6A70.1, 6A70.2)	4	0,83	3	0,625
Важкий депресивний епізод без психотичних симптомів та з психотичними симптомами (6A70.3, 6A70.4)	9	1,875	2	0,4
Рекурентний депресивний розлад, поточний епізод середньої важкості без психотичних симптомів та з психотичними симптомами (6A71.0 – 6A71.7)	2	0,4	1	0,2
Дистимія (6A72)	1	0,2	1	0,2
Разом	44	9,2	25	5,2
Тривожні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (L1-6B0)				
Генералізований тривожний розлад (6B00)	3	0,625	1	0,2
Панічний розлад (6B01)	2	0,4	1	0,2
Агорафобія (6B02)	3	0,625	3	0,625
Специфічна фобія (6B03)	6	1,25	8	1,6

Продовження табл. 5.8.

1	2	3	4	5
Соціальний тривожний розлад (6B04)	1	0,2	2	0,4
Сепараційний тривожний розлад (6B05)	3	0,625	3	0,625
Селективний мутизм (6B06)	0	0	1	0,2
Разом	18	3,75	19	3,95
Обсесивно-компульсивний розлад (L1-6B2)				
Обсесивно-компульсивний розлад (6B20)	3	0,625	3	0,625
Дисморфічний розлад (6B21)	1	0,2	2	0,4
Патологічна озабоченість власним запахом (6B22)	0	0	2	0,4
Іпохондричний розлад (6B23)	1	0,2	3	0,625
Патологічне накопичення (Хординг) (6B24)	2	0,4	2	0,4
ПТСР (6B40)	3	0,625	2	0,4
Адаптаційні розлади, короткочасна депресивна реакція (6B43)	2	0,4	1	0,2
Дисоціативні (конверсійні) розлади з неврологічними симптомами (6B60)	2	0,4	1	0,2
Гостра реакція на стрес (QE84)	2	0,4	1	0,2
Соматизований розлад (6C20)	1	0,2	1	0,2
Синдром деперсоналізації-дереалізації невротичної (6B66)	1	0,2	1	0,2
Разом	18	3,75	19	3,95
Поведінкові розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (6B8, MG41)				
Розлади прийому їжі (6B8)	16	3,3	17	3,5
Розлад сну неорганічної природи (MG41)	11	2,3	9	1,875
Разом	27	5,625	26	5,42
Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (6D10, 6D11)				
Легкий розлад особистості (6D10.0)	3	0,625	8	1,67
Помірний розлад особистості (6D10.1)	2	0,4	2	0,4
Важкий розлад особистості (6D10.2)	2	0,4	2	0,4

Продовження табл. 5.8.

1	2	3	4	5
Параноїдний розлад особистості (MB26.7)	1	0,2	7	1,45
Розлад особистості шизоїдного типу (6D10.Z)	2	0,4	3	0,625
Дисоціальний розлад особистості (6D11.2)	1	0,2	3	0,625
Розторможеність при розладі особистості та особистісних проблемах (6D11.3)	1	0,2	1	0,2
Ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості (6D11.4)	1	0,2	1	0,2
Тривожний розлад особистості (6D10.Z)	7	1,45	9	1,875
Залежний розлад особистості (6D10.Z)	3	0,625	3	0,625
Разом (6D10, 6D11)	23	4,8	39	8,125
Разом	130	27,1	128	26,7

Серед цивільних осіб (осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО) також спостерігається зменшення випадків афективних розладів з 8,4% до 5,2%, тривожних розладів – з 6,6% до 3,95%, поведінкових розладів – з 7,1% до 5,42%, а розладів особистості – з 11,4% до 8,125%. Загальна кількість випадків у цивільних осіб знизилася з 209 (38,2%) до 128 (26,7%).

Аналіз даних з використанням U-критерію Манна-Уїтні для порівняння психічних травм та стресових реакцій до і після медико-психологічної реабілітації показує, що для військовослужбовців значення U-критерію становить $U=6$, $p=0,014$, а для цивільних осіб U-критерій дорівнює $U=3$, $p=0,008$. Це свідчить про значуще зниження рівня психічних травм та стресових реакцій як у військовослужбовців, так і серед цивільних осіб після медико-психологічної реабілітації. Значення p для обох груп менше за 0,05, що підтверджує статистично значущі відмінності між показниками до і після реабілітації.

У наступній таблиці 5.9. представлено ознаки психічних травм та стресових реакцій після проведення медико-психологічної реабілітації серед різних груп населення: військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та

ВПО. Дані розподілені за віковими групами, що дозволяє здійснити детальний аналіз впливу віку на поширеність та характер психічних травм та стресових реакцій після реабілітації.

Таблиця 5.9.

**Ознаки психічних травм та стресових реакцій
після проведення медико-психологічної реабілітації
у військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з
тимчасово окупованих територій, ВПО по вікових групах**

Вік	Військовослужбовці ЗСУ, ТрО		Військовополонені		Особи з тимчасово окупованих територій		ВПО	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
10-14	-	-	-	-	9	4	15	7,6
15-17	-	-	-	-	5	2,6	7	3,7
18-25	19	10,5	4	2	2	1,1	2	1,1
26-35	32	17,7	3	1,75	8	4,2	4	2
36-45	31	17,1	11	6	26	13	9	4,8
46-55	20	11,1	7	3,7	17	8,9	10	5,2
Старше 56	3	1,7	-	-	4	2,1	4	2,1

Аналіз даних до та після проведення медико-психологічної реабілітації виявив значне зниження випадків психічних травм та стресових реакцій серед усіх вікових груп різних категорій осіб. Зокрема, серед військовослужбовців ЗСУ та ТрО спостерігається помітне зменшення у вікових групах 26-35 років (з 22,7% до 17,7%) та 36-45 років (з 24,2% до 17,1%), що свідчить про високу ефективність реабілітаційних заходів для середнього віку військових. Серед військовополонених найбільше зменшення випадків зафіксовано в групах 18-25 років (з 4% до 2%) та 36-45 років (з 7,6% до 6%).

Серед осіб з тимчасово окупованих територій також спостерігається значне зменшення випадків психічних травм у вікових групах 36-45 років (з 18% до 13%) та 46-55 років (з 12,7% до 8,9%). У молодших вікових групах, таких як 10-14 та 15-17 років, показники знизилися до 4% та 2,6% відповідно. ВПО також продемонстрували тенденцію до зниження випадків у всіх вікових групах, зокрема в 10-14 роках (з 11,6% до 7,6%) та 18-25 роках (з 3,2% до 1,1%).

Отже, медико-психологічна реабілітація довела свою ефективність у зниженні психічних травм та стресових реакцій серед різних

вікових груп і категорій осіб. Це підкреслює важливість і необхідність подальшого впровадження таких реабілітаційних програм, зокрема для військових і осіб з тимчасово окупованих територій, з метою покращення їх психічного здоров'я та загального добробуту.

Наступною розглянемо таблицю 5.10, яка має на меті представити результати дослідження поширеності психічних захворювань після завершення кінцевої частини медико-психологічної реабілітації. Ця таблиця ілюструє стан психічного здоров'я осіб після проходження повного курсу реабілітації, відображаючи динаміку змін у порівнянні з попередніми етапами.

Таблиця 5.10.

Поширеність психічних захворювань після проходження повного курсу медико-психологічної реабілітації (n=480)

Зміна	Усього		Рекомендації				p
			Так		Ні		
	n	%	n	%	n	%	
Депресія (PHQ-9)							
Мінімальна	163	33,95	122	25,41	41	8,53	<0,001
Легка	149	31,04	132	27,50	17	3,54	
Помірної тяжкості	138	28,75	123	25,63	15	3,13	
Середньої тяжкості	16	3,33	11	2,30	5	1,03	
Тяжка	14	2,92	12	2,50	2	0,42	
Тривожні розлади (PHQ)							
Так	285	59,38	255	53,13	30	6,25	<0,001
Ні	115	23,95	69	14,38	46	9,58	
Загальна тривога (PHQ)							
Мінімальна	111	23,12	99	20,62	12	2,5	<0,001
Легка	152	31,67	140	29,16	12	2,5	
Помірна	21	4,34	15	3,12	6	1,25	
Тяжка	15	3,12	12	2,5	3	0,62	
Стрес (PHQ)							
Низький	158	32,92	139	28,96	19	3,95	<0,001
Середній	199	41,46	178	37,08	21	4,37	
Високий	42	8,68	37	7,70	5	1,04	
ПТСР (PCL-C)							
Низький	120	25	99	20,62	21	4,37	<0,001
Середній	27	5,62	23	4,80	4	0,83	
Високий	12	2,50	9	1,87	3	0,62	

Порівняння даних з таблиць 4.7 і 5.10 дозволяє оцінити ефективність медико-психологічної реабілітації на різних етапах. Рівень депресії вимірюваний за допомогою методики РНҚ-9 після першої стадії реабілітації показав, що мінімальні показники спостерігалися у 22,36% пацієнтів, тоді як після повного курсу цей показник збільшився до 33,95%. Кількість постраждалих із легкою формою депресії знизилася з 24,9% до 31,04%, а помірної тяжкості депресія також зменшилася з 36% до 28,75%. Рівень тяжкої депресії також знизився з 6,4% до 2,92%, що свідчить про суттєве покращення стану постраждалих.

Дослідження тривожних розладів проводили за методикою РНҚ. Після першої стадії реабілітації 77,6% пацієнтів мали тривожні розлади, а після завершення повного курсу цей показник знизився до 59,38%. Пацієнти без тривожних розладів становили 4,2% після першої стадії, а після повного курсу медико-психологічної реабілітації цей відсоток збільшився до 23,95%. Загальний рівень тривоги також змінився: мінімальна тривога зросла з 18,4% до 23,12%, легка тривога знизилася з 32% до 31,67%, а помірна та тяжка тривога зменшилися з 16,54% і 7,6% до 4,34% і 3,12% відповідно.

Рівень стресу також був оцінений за методикою РНҚ. Після першої стадії реабілітації низький рівень стресу спостерігався у 23% пацієнтів, а після повного курсу цей показник підвищився до 32,92%. Середній рівень стресу зменшився з 55% до 41,46%, а високий рівень стресу знизився з 9,2% до 8,68%.

Для дослідження рівня ПТСР було використано методику PCL-C. Після першої стадії реабілітації низький рівень ПТСР мав 18,7% пацієнтів, а після повного курсу цей показник зріс до 25%. Середній рівень ПТСР знизився з 8,2% до 5,62%, а високий рівень ПТСР зменшився з 5% до 2,5%.

Отримані дані після завершення курсу медико-психологічної реабілітації підтверджують позитивний вплив на зниження поширеності психічних розладів, зокрема депресії, тривожних розладів, стресу та ПТСР.

Таким чином, результати дослідження підтверджують ефективність медико-психологічної реабілітації для військовослужбовців та цивільних осіб, сприяючи значному покращенню їх психічного та фізичного здоров'я і зниженню рівня психічних травм і стресових розладів.

5.3. Рекомендації для вдосконалення медико-психологічного забезпечення

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 січня 2023 року № 138, що затверджує зміни до довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, Випуск 78 «Охорона здоров'я», зазначає, що основними завданнями клінічного психолога є діяльність відповідно до законодавства України щодо охорони здоров'я та нормативно-правових актів, які регулюють функціонування органів управління, закладів охорони здоров'я, реабілітаційних установ, а також організація психологічної допомоги для населення [111]. Серед обов'язків психолога – здійснення психопрофілактики психічних, психосоматичних і поведінкових розладів, психодіагностика, психологічна корекція та реабілітація пацієнтів з різними соматичними захворюваннями в співпраці з лікарями-спеціалістами, без права самостійного призначення медичних препаратів. Психолог надає допомогу людям, що не можуть справлятися з життєвими труднощами, зокрема за допомогою телемедичних консультацій, а також проводить консультації з питань психічного здоров'я для пацієнтів і їхніх родин. До обов'язків також входить профілактика психічних захворювань, сприяння створенню здорового психологічного клімату в медичних і реабілітаційних закладах, а також заходи, спрямовані на профілактику професійного вигорання медичного та іншого персоналу цих закладів. Психолог планує та аналізує свою роботу, веде відповідну документацію, в тому числі електронну, активно сприяє поширенню медико-психологічних знань серед населення, дотримується принципів професійної етики та деонтології та постійно вдосконалює свій професійний рівень, проходячи супервізії (професійної допомоги та підтримки) індивідуально чи в групі.

У наказі МОЗ України щодо порядку здійснення реабілітаційних заходів [141] описується механізм надання комплексних реабілітаційних послуг для осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, дітей до трьох років, які входять до групи ризику щодо інвалідності, а також для інших осіб. Послуги надаються в державних, комунальних і приватних реабілітаційних закладах, що фінансуються з державного бюджету. Реабілітаційні заходи включають медичні, психологічні, педагогічні, фізичні, професійні та соціальні аспекти, спрямовані на відновлення функцій організму та інтеграцію осіб в суспільство. Обсяг і зміст реабілітаційних заходів визначаються державними

соціальними нормативами відповідно до Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю.

У Наказі МОЗ України від 23 лютого 2016 року № 121, який затверджує уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» [205], зазначено, що метою медико-психологічної реабілітації для військовослужбовців та цивільних осіб, які постраждали від наслідків війни, є:

- підтримка та відновлення їх фізичного і психічного здоров'я;
- повернення психологічної безпеки особистості та відновлення фізичної і психологічної готовності до виконання військових обов'язків;
- зменшення частоти та інтенсивності наслідків психічних травм, зокрема гострих стресових реакцій, які можуть призвести до розвитку ПТСР і хронічних психопатологічних змін особистості.

Незважаючи на те, що роль медико-психологічної реабілітації військовослужбовців та цивільних осіб закріплена у відомчих нормативних актах, її потенціал наразі не використовується повною мірою. Тому важливо більш активно залучати фахівців з медико-психологічної реабілітації до проведення психопросвітницьких, інформаційних, виховних та психопрофілактичних заходів серед військовослужбовців, військовополонених, осіб, що перебували на тимчасово окупованих територіях, ВПО та біженців. Це має забезпечити комплексну підтримку цих категорій осіб, яка надається вже протягом останніх п'яти років.

Спираючись на дослідження українських учених [71, 78, 97, 211] і зарубіжних авторів [245, 240, 262], а також на результати цього дослідження, були розроблені практичні рекомендації для клінічних психологів щодо медико-психологічного забезпечення постраждалих від війни військовослужбовців та цивільних осіб.

За результатами дослідження, загальний показник ефективності медико-психологічного забезпечення до реабілітації був вищим, ніж після неї. Ця динаміка спостерігається як серед військовослужбовців, так і серед цивільних осіб, що вказує на необхідність вдосконалення методологічного підходу до надання медико-психологічної допомоги. Таким чином, з 2022 року постраждалі отримували необхідну медичну та психологічну підтримку. У період з 2022 до 2023 року психологічні служби здобували новий досвід співпраці з

військовослужбовцями та цивільними особами, спрямований на їх медико-психологічну адаптацію. Дані цього дослідження можуть доповнити чинні медичні та психологічні рекомендації щодо ефективної медико-психологічної реабілітації.

Основні рекомендації:

- Відновлення фізичного та психологічного здоров'я військово-службовців і цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні, має бути тісно пов'язане з їх емоційною комфортністю. Тому перед початком будь-яких психокорекційних заходів важливо забезпечити клієнту почуття емоційної безпеки та створити довірчі відносини.

- Військовослужбовцям і цивільним особам, які постраждали через війну, властива підвищена недовіра та хронічна напруженість. Зрозумілість терапевтичної термінології покращує взаєморозуміння між психологом і клієнтом. Психолог має узгодити з клієнтом мовні кліше, які будуть зрозумілі всім учасникам терапії.

- На етапі реабілітації необхідно акцентувати увагу на трьох основних сильних сторонах постраждалих: бажанні налагодити стосунки з іншими (ставлення до людей), прагненні до змін (бачення нових можливостей) і вірі в свої можливості (сила особистості). Це три аспекти є найважливішими при посттравматичному зростанні, як показують дослідження.

- Важливо обговорити з постраждалими від війни поняття «синдром ПТСР», «депресія», надати чіткі відповіді на запитання, забезпечити конфіденційність і визначити межі дозволеного втручання в терапевтичний процес реінтеграції клієнта в соціум.

- Під час консультиування слід враховувати вікові особливості і вплив стресових подій на розвиток фізичних та психологічних проблем у клієнта. Це дозволяє стежити за динамікою захворювань і ставлень особистості, що важливо для медико-психологічної реабілітації.

- Клінічний психолог повинен мати достатній досвід і кваліфікацію для об'єктивної оцінки результатів тестувань і робити висновки на основі безпосереднього спілкування. Дослідження показують, що високий рівень стресу, який проявляється у надмірній тривожності про інших і себе, може свідчити про ПТСР або депресію. Для оцінки рівня стресу у військовослужбовців і цивільних осіб важливо застосовувати кілька методів дослідження.

- Клінічний психолог має суворо дотримуватись етичних норм поведінки, особливо у питаннях особистого характеру. Зважаючи на

специфіку роботи з військовослужбовцями і цивільними особами, постраждалими від війни, деякі питання не можуть бути обговорені під час терапевтичної роботи.

- Рекомендується розробити план поступового медико-психологічного забезпечення, який може включати можливість зміни професійної орієнтації та підвищення кваліфікації. Це сприятиме пошуку місця в суспільстві та встановленню нових медичних і психологічних зв'язків.

- Важливо провести аналіз оточення постраждалих з точки зору його впливу на емоційний стан особистості. Для успішної адаптації важливо підтримувати високий рівень емоційного комфорту у військовослужбовців і цивільних осіб, що постраждали від війни.

- Клінічний психолог повинен мати вміння слухати та надавати емоційну підтримку, особливо на початкових етапах реабілітації.

- Слід проаналізувати можливість фізичних навантажень для психологічного розвантаження (наприклад, заняття спортом, йога, танці).

- Важливо впровадити режим дня і контролювати харчування. Відновлення фізичного і психологічного здоров'я повинно включати поліпшення фізичного самопочуття, адже для ефективної психологічної роботи потрібна енергія.

- На завершальному етапі терапії, після опрацювання основних проблем, рекомендується застосовувати техніки для тренування пам'яті. Важливо стимулювати активне відновлення функцій мислення. Якщо потенціал особистості не використовується, можуть розпочатися процеси деградації.

- Під час активної фази роботи з клінічним психологом слід підібрати індивідуальні техніки релаксації, які клієнт зможе використовувати самостійно для запобігання розвитку гострих стадій ПТСР і депресії, а також для ефективного контролю емоцій без шкоди для оточення.

- Після завершення реабілітаційного процесу рекомендується провести повторну діагностику для виявлення ПТСР, депресії, рівня тривожності та стресу. Ці тести повинні проводитися через певний час після завершення медико-психологічної реабілітації (місяць, півроку, рік), щоб оцінити фізичний та психологічний стан постраждалих, рівень їх адаптації в суспільстві, попередити розвиток постстресових розладів і оцінити ефективність роботи психологічної служби.

Медико-психологічні рекомендації мають охоплювати три основні аспекти, що впливають на реабілітаційний процес: соціальні відносини (самореалізація в професійній сфері, матеріальне забезпечення), психологічну адаптацію (відносини з оточенням, емоційний баланс, розвиток емпатії) та відновлення фізичного здоров'я (здоровий спосіб життя, фізичні навантаження, зміна звичок, режим дня). Під час медико-психологічної підтримки важливо враховувати всі аспекти життєдіяльності клієнта, оскільки вони взаємопов'язані. Для ефективного надання допомоги необхідно мати повне уявлення про «картину світу» клієнта і не обмежуватися лише психологічним аспектом його адаптації.

Клінічним психологам рекомендується приділяти особливу увагу розвитку емпатії у клієнтів протягом їх життя. Це дозволить оцінити типову динаміку емпатії та зрозуміти вплив стресу на її рівень і тип.

Таким чином, основним завданням медико-психологічної реабілітації є відновлення психічного та фізичного здоров'я, а також забезпечення високої ефективності поведінки у військовослужбовців та цивільних осіб.

Отже, можна зробити висновок, що система медико-психологічної реабілітації перебуває у процесі динамічного розвитку, відповідаючи на вимоги часу. Рання діагностика та медико-психологічна реабілітація значно підвищують ефективність і знижують витрати на медичну допомогу, сприяючи відновленню боєздатності військовослужбовців і допомоги цивільним особам, що постраждали. Для забезпечення безперервності медико-психологічного супроводу необхідно розробити і впровадити клінічні маршрути пацієнтів і визначити обсяги лікувально-діагностичних заходів, що відповідають матеріально-технічному та кадровому забезпеченню.

Висновки до розділу 5

1. Провівши огляд та аналіз отриманих результатів емпіричного та констатуючого експериментів щодо медико-психологічного забезпечення осіб, постраждалих внаслідок війни в Україні визначили, що система медико-психологічної реабілітації перебуває у стані динамічного розвитку відповідно до вимог часу. Раннє (своєчасне) виявлення розладів і проведення медико-психологічної реабілітації значно підвищують ефективність і знижують витрати на

медичну допомогу, сприяючи відновленню боєздатності військово-службовців та допомозі цивільним особам, що постраждали. Для забезпечення послідовності надання медико-психологічної допомоги необхідно розробити та впровадити клінічні маршрути пацієнта та обсяги лікувально-діагностичних заходів з урахуванням наявних матеріально-технічних та кадрових ресурсів.

2. Емпіричне дослідження виявило значне зниження симптомів ПТСР у різних групах після реабілітації за методиками PCL-M та PCL-C. Результати показують, що інтрузії (зниження на 4-6 показники), уникання (на 2-4 показники), негативні думки та емоції (на 5-7 показники), а також підвищена реактивність значно покращилися. Порівняння результатів показало значне покращення рівня адаптації серед усіх груп постраждалих. Зокрема, серед військовослужбовців ЗСУ кількість осіб із достатнім рівнем адаптації зросла з 72,2% до 81,1%, а у військовослужбовців ТрО – з 67,6% до 84,5%. Порівняння рівнів тривоги серед постраждалих показало значні покращення у психоемоційному стані пацієнтів. Використання U-критерію Манна-Уїтні підтвердило статистично значущі зниження рівнів тривоги у всіх досліджуваних групах. Ці результати свідчать про високу ефективність реабілітаційних заходів у покращенні психічного здоров'я та адаптації постраждалих внаслідок війни.

3. Також після проведення медико-психологічної реабілітації спостерігалось значне зниження рівня тривожності серед усіх груп постраждалих, оціненого за шкалою Гамільтона. Середнє значення тривожності у військовослужбовців ЗСУ зменшилося з 17,5 до 12,4, у військовослужбовців ТрО з 16 до 11, а у військовополонених з 19,1 до 14,2. Низький рівень тривожності значно зріс у всіх групах, що підтверджує ефективність реабілітаційних заходів у покращенні психоемоційного стану постраждалих.

4. Динаміка депресії за шкалою PHQ-9 у військовослужбовців та цивільних осіб після проведення реабілітації показала збільшення кількості осіб з відсутністю депресії: у військовослужбовців у середньому показники зменшилися з 9% до 2,5%, а серед осіб з тимчасово окупованих територій, дорослих – з 14% до 3,1%, дітей – з 15% до 2,5%. Рівень вираження депресії, тривоги та стресу після проведення медико-психологічної реабілітації за DASS-21, у військовополонених 6,02% мали тяжкий рівень депресії який зменшився до 0,6%, наприклад у військовослужбовців ЗСУ цей показник складав 8,75% і знизився до 2,1%. До реабілітації більшість респондентів з

різних груп мали помірний або тяжкий рівень стресу. Наприклад, у військовополонених 4,9% мали тяжкий рівень стресу, тоді як після реабілітації цей показник знизився до 1,25%. У ВПО (дорослі) рівень стресу знизився з 5,1% до 0,6%.

5. Окрім психоемоційного стану, важливим аспектом була також оцінка якості життя респондентів, яка включала фізичний та психічний компоненти здоров'я. До реабілітації показники фізичного компонента здоров'я (PCS) у військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО коливалися в межах від 34,38 до 49,45, залежно від провідного синдрому та групи постраждалих. Після реабілітації ці показники значно покращилися, досягаючи діапазону від 41,53 до 59,15. До реабілітації показники психічного компонента здоров'я (MCS) серед тих же груп варіювалися від 33,40 до 52,81. Після реабілітації ці показники значно покращилися, досягаючи діапазону від 38,90 до 59,15.

6. Провівши аналіз результатів констатуючого експерименту виявлено значне зниження структури психічних травм та стресових реакцій. У військовослужбовців кількість випадків афективних розладів зменшилася з 12,9% до 9,2%, тривожних розладів – з 7,22% до 3,75%, поведінкових розладів – з 7,8% до 5,625%, та розладів особистості – з 7,24% до 4,8%. Загальна кількість випадків у військовослужбовців зменшилася з 217 (39,34%) до 130 (27,1%). У цивільних осіб також спостерігається зниження кількості випадків афективних розладів з 8,4% до 5,2%, тривожних розладів – з 6,6% до 3,95%, поведінкових розладів – з 7,1% до 5,42%, та розладів особистості – з 11,4% до 8,125%. Загальна кількість випадків у цивільних осіб зменшилася з 209 (38,2%) до 128 (26,7%).

7. Рівень депресії виміряний за допомогою методики PHQ-9 збільшився на 12%. Кількість постраждалих із легкою формою депресії знизилася з 24,9% до 31,04%, а помірної тяжкості депресія також зменшилася з 36% до 28,75%. Рівень тяжкої депресії також знизився на 3,5%, що свідчить про суттєве покращення стану постраждалих. Дослідження тривожних розладів повторно проводили за методикою PHQ. Мінімальна тривога зросла з 18,4% до 23,12%, легка тривога знизилася з 32% до 31,67%, а помірна та тяжка тривога знизилася з 16,54% і 7,6% до 4,34% і 3,12% відповідно. Низький рівень стресу зріс на 10%. Середній рівень стресу зменшився на 13,5%, а високий рівень стресу знизився з 9,2% до 8,68%. Рівень ПТСР у постраждалих досліджували за допомогою методики PCL-C. Після

першої стадії реабілітації низький рівень ПТСР спостерігався у 18,7% постраждалих, тоді як після повного курсу цей показник зріс до 25%. Середній рівень ПТСР зменшився з 8,2% до 5,62%, а високий рівень ПТСР знизився з 5% до 2,5%.

8. До основних рекомендацій віднесемо відновлення фізичного та психологічного здоров'я, зниження рівня недовіри та постійної напруженості, прагнення до налагодження стосунків із іншими (ставлення до інших), бажання змін (бачення нових можливостей) та віра в свої можливості. Клінічному психологу необхідно дотримуватися етичних правил поведінки, особливо у питаннях особистого характеру. Після завершення реабілітації рекомендується провести повторну діагностику на наявність ПТСР, депресії, рівня тривоги та стресу. Ці повторні тести слід проводити через деякий час після завершення медико-психологічної реабілітації (через місяць, пів року, рік). Це дозволить оцінити фізичний та психологічний стан військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни, рівень їх адаптації в суспільстві, запобігти розвитку постстресових розладів та оцінити ефективність роботи психологічної служби.

ВИСНОВКИ

Запропоновано один із можливих способів підвищення ефективності збереження психічного здоров'я військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні шляхом вдосконалення процесу психологічного і фізичного стану та роль клінічних психологів у цьому процесі. Результати дослідження дозволяють зробити такі висновки:

1. На основі теоретичного аналізу наукових праць з цього питання визначили, що війна має значний вплив на психічне здоров'я населення, зокрема на учасників бойових дій, їхніх родин, та всіх, хто проживає в зоні конфлікту, страждає від ракетних та дронних вибухів чи є ВПО. Психологічні наслідки цієї війни виявляються у формі ПТСР, депресії, тривожних розладів, стресу. Недостатність доступу до психологічної допомоги та реабілітації, а також соціальна та економічна нестабільність у регіонах, що потерпають від війни, ускладнюють ситуацію.

2. Психогенні розлади, викликані воєнними діями мають особливе значення через свою можливість виникати у великій кількості людей одночасно. Російська військова агресія в Україні призвела до значної кількості жертв і поранених, а також до масового переміщення людей зі своїх домівок, біженців. Ще більше осіб, які проживають поза зоною бойових дій, перебувають у стані тривоги за своє майбутнє та безпеку своїх родин, очікуючи поганих новин. Це підкреслює необхідність своєчасної оцінки стану потерпілих, прогнозування розладів та вжиття всіх можливих заходів корекції та лікування, що стає нагальною потребою в медико-психологічній реабілітації постраждалих від дистресових наслідків війни в Україні. Також фактори, що спричиняють соматичні та психічні порушення та призводять до розвитку психічних розладів у військовослужбовців, які брали участь у бойових діях та цивільних осіб, які постраждали внаслідок війни, включають психічне та фізичне перевантаження, можливість соматичної хвороби, гострий психічний стрес та відтермінований психогенний фактор.

3. З'ясовано, що чисельність хворих з проявами порушень психічного здоров'я ПТСР найвища у військовослужбовців ЗСУ, ТрО та військовополонених – максимально 69 балів за методикою PCL-M.

Аналіз результатів дослідження тривоги у військовослужбовців та цивільних осіб показав значущі відмінності рівня показників ВАІ лише у тих, хто має провідний тривожно-фобічний або тривожно-депресивний синдром, найбільше постраждалих мали середній рівень тривоги 54,4%. Оцінка тривожності за шкалою Гамільтона теж показала найвищі показники легкого та середнього рівнів тривоги у всіх постраждалих. Динаміка депресії за шкалою PHQ-9 у військовослужбовців та цивільних осіб найвищі показники середньої та помірної тяжкості. Щодо зв'язку депресії, тривоги та стресу у постраждалих внаслідок війни в Україні найвищі показники – помірний ступінь за шкалою депресії, тривоги та стресу (DASS-21)

4. Проведено дослідження групі за двома категоріями: «фізичний компонент здоров'я» (PCS) та «психічний компонент здоров'я» (MCS) середні показники якості фізичного та психічного життя серед військовослужбовців ЗСУ – 43,91 та 41,61, військовослужбовців ТрО – 43,13 та 39,65 балів, військовополонених – 38,25 та 39,65 бала, дорослих осіб із тимчасово окупованих територій – 41,78 та 41,15 бала, діти з тимчасово окупованих територій – 46,76 та 53,7 бала та ВПО дорослі мали середній бал 42,14 та 43,35, серед дітей ВПО – 49,46 та 52,66 бала.

5. Медичний стан постраждалих включав оцінку фізичного здоров'я та медичних проблем, аналіз медичного обслуговування та реабілітації, а також визначення впливу фізичного стану на психічне здоров'я. Для цього проведено розподіл постраждалих внаслідок війни за наявністю окремих захворювань. У 98,5% постраждалих внаслідок війни виявлено різні захворювання і лише 11,5% мали прояви депресії або тривоги. У перерахунку на кількість осіб захворювання органів дихання мали 46 осіб (8,5%), органів травлення – 128 осіб (23%), хвороб нервової системи – 127 осіб (23%), новоутворення – 11 осіб (2%), хвороб ендокринної системи, розладу харчування та порушення обміну речовин – 77 осіб (14%) та системи кровообігу – 19 осіб (3,5%). Отже, прояви розладів психічного здоров'я (ПТСР, тривога та депресія) значним чином знижували якість життя хворих за усіма досліджуваними критеріями оцінки якості.

6. Наступним було розглянуто та розроблено і впроваджено комплексну медико-психологічну допомогу, яка критично важливою для забезпечення ефективної реабілітації військовослужбовців ЗСУ та ТрО, військовополонених та цивільних осіб. На основі детального аналізу було створено модель реабілітаційного центру, яка включає

інтеграцію медичних і психологічних послуг. Ця модель передбачає надання персоналізованої допомоги, що враховує специфічні потреби кожного військовослужбовця. Ефективність центру підтверджується значним зниженням рівня тривожності та покращенням психоемоційного стану військових після проходження реабілітації. Впровадження такої моделі сприятиме швидшому відновленню боєздатності та адаптації військовослужбовців до мирного життя. Перший етап передбачав обов'язковий скринінговий психологічний тест та зустріч з психологом для оцінки стану клієнта та складання плану реабілітації. Другий етап включав серію консультацій та заходів з реабілітації, соціалізації, а також планові профілактичні зустрічі. На третьому етапі передбачено індивідуальне психологічне консультування після виписки з центру, а також навчання і методичну підтримку районних фахівців. Розробка протокової моделі медичної та психологічної реабілітаційної допомоги на основі КПТ дозволяє ефективно лікувати широкий спектр психіатричних розладів. КПТ є одним із найвивченіших і найбільш доказових методів психотерапії, що демонструє значні успіхи у лікуванні депресії, тривожних розладів, посттравматичного стресового розладу та інших психічних захворювань.

7. Також, розроблено програму підвищення кваліфікації військових психологів «Клінічна психологія», яка спрямована на науково-теоретичне обґрунтування та розвиток практичних навичок діагностики і надання психологічної допомоги людям з ментальними розладами. Курс включає сучасні методи діагностики відповідно до МКХ-11, складання планів лікування, розробку психокорекційних програм, і підготовку до роботи в мультидисциплінарних командах. Психологи ознайомляться з сучасними підходами до роботи з пацієнтами та інтерактивними методами втручання, що сприятиме їхній професійній компетенції. Завдання курсу включають надання психологічної допомоги, психопрофілактику, реабілітацію, консультації пацієнтів і членів їх сімей, а також профілактику професійного вигорання медичного персоналу. Військові психологи набудуть вмінь у сфері телемедичного консультування, створення здорового психологічного клімату в медичних закладах, аналізу навчального процесу під час воєнних дій та розвитку навичок неформальної взаємодії.

8. Розробка програми комплексної медико-психологічної допомоги військовополоненим та людям з тимчасово окупованих територій спрямована на психосоціальну реабілітацію та розвиток

адаптивних стратегій. Загалом, комплексна програма медико-психологічної допомоги сприяє відновленню фізичного та психологічного здоров'я військовослужбовців, осіб з тимчасово окупованих територій, ВПО та біженців, їх соціальній інтеграції та покращенню якості життя в нових умовах.

9. Аналіз системи медико-психологічного супроводу військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни в Україні, націлений на розкриття та вдосконалення цього комплексного підходу. Розглянули значущі аспекти, охоплюючи психотерапевтичні стратегії та результати наукових досліджень, спрямованих на підвищення ефективності та якості надання допомоги особам, які пережили воєнні події в контексті російсько-української війни.

10. У структурі психічних травм та стресових реакцій ми виявили наступне: афективні розлади настрою (L1-6A6) були виявлені у 71 (12,9%) військовослужбовців та 46 (8,4%) цивільних осіб, що становить 21,2% від загальної кількості досліджуваних, які мали психічні травми та стресові реакції; тривожні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (L1-6B0) були виявлені у 40 (7,22%) військовослужбовців та 37 (6,6%) цивільних осіб; obsесивно-компульсивний розлад (L1-6B2), був виявлений у 23 (4,18%) військовослужбовців та 26 (4,74%) цивільних осіб; поведінкові розлади, пов'язані з фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (6B8, MG41) виявлені у 43 (7,8%) військовослужбовців та 39 (7,1%) цивільних осіб; розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (6D10, 6D11) були діагностовані у 40 військовослужбовців (7,24%) та у 61 цивільних осіб (11,4%). Було рекомендовано проходження реабілітації для військовослужбовців, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО, а також тих, кому надавалась психіатрична допомога. Психіатрична допомога була специфічно рекомендована у 426 випадках. Хоча на етапі скринінгу не встановлюються діагнози, зазвичай направлення на психіатричну допомогу робляться для подальшого оцінювання психічних проблем психологом, психіатром або психосоціальними службами. Під час огляду також було рекомендовано проведення додаткових перевірок, в результаті чого ще у 12 випадках було рекомендовано надання психіатричної допомоги. Клінічними психологами було рекомендовано медичну допомогу у 312 випадках, тоді як 438 осіб були направлені як на медичну, так і на психіатричну допомогу. Загалом, 438 постраждалим було рекомендовано одержати медичну та психіатричну допомогу, що становить

87% від усіх постраждалих. Історія психіатричної допомоги була розглянута в трьох категоріях: ніколи не отримувала, перебуває на реабілітації, або вже пройшла реабілітацію.

11. Для вимірювання показників депресії, панічного розладу, тривожного розладу та психосоціальних стресорів застосовувалась методика «Опитувальника оцінки здоров'я пацієнта (PHQ)». Для оцінки депресії використовувався PHQ-9, який запитував респондентів про наявність симптомів протягом останніх 2 тижнів. Отримані відповіді підсумовувалися для визначення загального балу, що дозволяло визначити категорії від «відсутніх та мінімальних» до «тяжких» депресійних станів. Надійність PHQ-9 була високою (0,88). Для оцінки панічного розладу респондентам ставилися певні запитання, результати яких використовувалися для визначення «імовірного панічного розладу». Надійність цієї методики також була прийнятною (0,72). Загальний тривожний розлад оцінювався за допомогою семи пунктів, а загальні бали використовувалися для визначення рівня тривоги. Надійність цієї методики також була високою (0,82).

12. Рівень стресу оцінювали шляхом запитань про те, чи турбувалися респонденти через будь-які з 10 проблем. Отримані загальні бали використовувалися для класифікації рівня стресу на низький, середній або високий ризик. Надійність шкали стресу вважається прийнятною з коефіцієнтом 0,79. Симптоми ПТСР оцінювалися за допомогою методики PCL-C, цивільної версії. Респонденти оцінювали, наскільки сильно турбувалися через кожен з 17 симптомів протягом минулого місяця, а загальні бали використовувалися для класифікації ризику на низький, середній або високий рівень. Надійність методики PCL-C була високою, з коефіцієнтом 0,94. Статистична значущість була встановлена на рівні $p < 0,05$ для всіх проведених методик.

13. У результаті поглибленого аналізу медико-психологічного забезпечення постраждалих внаслідок війни в Україні можна вважати, що констатуючий експеримент другого порядку розкрив значущість та ефективність застосування комплексного підходу до реабілітації та психотерапевтичної підтримки постраждалих. Зроблені відомості створюють базу для подальших досліджень та розвитку стратегій, спрямованих на поліпшення якості життя військовослужбовців, цивільних осіб та їхніх родин, що пережили воєнні події. Отже, вивчення медико-психологічного забезпечення стає важливим кроком

у забезпеченні повноцінної підтримки для тих, хто постраждав внаслідок війни в Україні.

14. Провівши огляд та аналіз отриманих результатів емпіричного та констатуючого експериментів щодо медико-психологічного забезпечення осіб, постраждалих внаслідок війни в Україні визначили, що система медико-психологічної реабілітації перебуває у стані динамічного розвитку відповідно до вимог часу. Раннє (своєчасне) виявлення розладів і проведення медико-психологічної реабілітації значно підвищують ефективність і знижують витрати на медичну допомогу, сприяючи відновленню боєздатності військово-службовців та допомозі цивільним особам, що постраждали. Для забезпечення послідовності надання медико-психологічної допомоги необхідно розробити та впровадити клінічні маршрути пацієнта та обсяги лікувально-діагностичних заходів з урахуванням наявних матеріально-технічних та кадрових ресурсів.

15. Емпіричне дослідження виявило значне зниження симптомів ПТСР у різних групах після реабілітації за методиками PCL-M та PCL-C. Результати показують, що інтрузії, уникання, негативні думки та емоції, а також підвищена реактивність значно покращилися. Зокрема, серед військовослужбовців ЗСУ кількість осіб із достатнім рівнем адаптації зросла з 72,2% до 81,1%, а у військовослужбовців ТрО – з 67,6% до 84,5%. Порівняння рівнів тривоги серед постраждалих показало значні покращення у психоемоційному стані пацієнтів. Також після проведення медико-психологічної реабілітації спостерігалось значне зниження рівня тривожності серед усіх груп постраждалих, оціненого за шкалою Гамільтона. Середнє значення тривожності у військовослужбовців ЗСУ зменшилося з 17,5 до 12,4, у військовослужбовців ТрО з 16 до 11, а у військовополонених з 19,1 до 14,2. Низький рівень тривожності значно зріс у всіх групах, що підтверджує ефективність реабілітаційних заходів у покращенні психоемоційного стану постраждалих.

16. Динаміка депресії за шкалою PHQ-9 у військовослужбовців та цивільних осіб після проведення реабілітації показала збільшення кількості осіб з відсутністю депресії: у військовослужбовців у середньому показники зменшилися з 9% до 2,5%, а серед осіб з тимчасово окупованих територій, дорослих – з 14% до 3,1%, дітей – з 15% до 2,5%. Рівень вираження депресії, тривоги та стресу після проведення медико-психологічної реабілітації за DASS-21, у військовополонених 6,02% мали тяжкий рівень депресії який зменшився до

0,6%, наприклад у військовослужбовців ЗСУ цей показник складав 8,75% і знизився до 2,1%. До реабілітації більшість респондентів з різних груп мали помірний або тяжкий рівень стресу. Наприклад, у військовополонених 4,9% мали тяжкий рівень стресу, тоді як після реабілітації цей показник знизився до 1,25%. У ВПО (дорослі) рівень стресу знизився з 5,1% до 0,6%.

17. Окрім психоємційного стану, важливим аспектом була також оцінка якості життя респондентів, яка включала фізичний та психічний компоненти здоров'я. До реабілітації показники фізичного компонента здоров'я (PCS) у військовослужбовців ЗСУ, ТрО, військовополонених, осіб з тимчасово окупованих територій та ВПО коливалися в межах від 34,38 до 49,45. Після реабілітації ці показники значно покращилися, досягаючи діапазону від 41,53 до 59,15. До реабілітації показники психічного компонента здоров'я (MCS) серед тих же груп варіювалися від 33,40 до 52,81. Після реабілітації ці показники значно покращилися, досягаючи діапазону від 38,90 до 59,15.

18. Провівши аналіз результатів констатуючого експерименту виявлено значне зниження структури психічних травм та стресових реакцій. У військовослужбовців кількість випадків афективних розладів зменшилася з 12,9% до 9,2%, тривожних розладів – з 7,22% до 3,75%, поведінкових розладів – з 7,8% до 5,625%, та розладів особистості – з 7,24% до 4,8%. Загальна кількість випадків у військовослужбовців зменшилася з 217 (39,34%) до 130 (27,1%). У цивільних осіб також спостерігається зниження кількості випадків афективних розладів з 8,4% до 5,2%, тривожних розладів – з 6,6% до 3,95%, поведінкових розладів – з 7,1% до 5,42%, та розладів особистості – з 11,4% до 8,125%. Загальна кількість випадків у цивільних осіб зменшилася з 209 (38,2%) до 128 (26,7%).

19. Рівень депресії виміряний за допомогою методики РНQ-9 збільшився на 12%. Кількість постраждалих із легкою формою депресії знизилася з 24,9% до 31,04%, а помірної тяжкості депресія також зменшилася з 36% до 28,75%. Рівень тяжкої депресії також знизився на 3,5%, що свідчить про суттєве покращення стану постраждалих. Дослідження тривожних розладів повторно проводили за методикою РНQ. Мінімальна тривога зросла з 18,4% до 23,12%, легка тривога знизилася з 32% до 31,67%, а помірна та тяжка тривога знизилася з 16,54% і 7,6% до 4,34% і 3,12% відповідно. Низький рівень стресу зріс на 10%. Середній рівень стресу зменшився на 13,5%, а

високий рівень стресу знизився з 9,2% до 8,68%. Рівень ПТСР у постраждалих досліджували за допомогою методики PCL-C. Після першої стадії реабілітації низький рівень ПТСР спостерігався у 18,7% постраждалих, тоді як після повного курсу цей показник зріс до 25%. Середній рівень ПТСР зменшився з 8,2% до 5,62%, а високий рівень ПТСР знизився з 5% до 2,5%.

20. До основних рекомендацій віднесемо відновлення фізичного та психологічного здоров'я, зниження рівня недовіри та постійної напруженості, прагнення до налагодження стосунків із іншими (ставлення до інших), бажання змін (бачення нових можливостей) та віра в свої можливості. Клінічному психологу необхідно дотримуватися етичних правил поведінки, особливо у питаннях особистого характеру. Після завершення реабілітації рекомендується провести повторну діагностику на наявність ПТСР, депресії, рівня тривоги та стресу. Ці повторні тести слід проводити через деякий час після завершення медико-психологічної реабілітації (через місяць, пів року, рік).

Отже, медико-психологічна реабілітація дозволить оцінити фізичний та психологічний стан військовослужбовців та цивільних осіб, що постраждали внаслідок війни, рівень їх адаптації в суспільстві, запобігти розвитку постстресових розладів та оцінити ефективність роботи психологічних служб.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/8#tbl1> (дата звернення: 02.04.2024).
2. Алгоритм роботи військового психолога щодо психологічного забезпечення професійної діяльності особового складу Збройних Сил України (методичні рекомендації). Міністерство оборони України, Наук.-дослід. центр гуманітар. проблем Збройних Сил України: Н. А. Агаєв, О. Г. Скрипкін, А. Б. Дейко[таін.]. К:НДЦПЗС України, 2016. 147с.
3. Алещенко В. І. Характеристика бойового стресу й основні симптоми бойових психічних травм. Вісн. Нац. ун-ту оборони України : зб. наук. пр.. Нац. ун-т оборони України ім. Івана Черняхівського. Київ, 2015. Вип. 2. С. 7-13
4. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А.. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність як спосіб зниження тривожності у внутрішньо переміщених осіб. Місце і роль фізичної терапії у сучасній системі охорони здоров'я: матеріали II Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. (м. Чернівці, 16 лют. 2023 р.). Чернівці: Чернівецький нац. ун-т, 2023. С. 13-16.: URL: <https://fr.kpnu.edu.ua/wp-content/uploads/2023/02/zbimyk-materialiv-ii-vseukr.konf-2023-l.pdf#page=87> (дата звернення: 06.05.2024).
5. Анкета здоров'я пацієнта – депресія. (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9.) URL: https://www.eztests.xyz/tests/personality_phq9/ (дата звернення: 02.03.2024)
6. Артюхова В. В. Особливості травматичного досвіду учасників бойових дій, напрямки його психокорекції. Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1. С. 115. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_98 (дата звернення: 02.04.2024).
7. Асонов Д. О. Резилієнс у ветеранів війни з травматичним ураженням головного мозку: огляд та клінічний випадок. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2020. Вип. 14. С. 58-67. DOI: 10.26565/2312-5675-2020-14-07 (дата звернення: 12.02.2024).
8. Атаманчук Г. І. *Формування інтелектуальних ресурсів вимушено переміщених осіб як складова успішної адаптації. Освітологічний дискурс: електронне наукове фахове видання, 2021. №1(34). С. 88–97.*
9. Бойко Д. І., Животовська Л. В., Скрипніков А. М., Сокіл А. А. Афективні порушення при віддалених наслідках посттравматичного стресу. Вісник проблем біології і медицини. 2019. Вип. 1, т. 1. С. 32-36.
10. Бабов К. Д., Романчук О. П., Єнін Р. В. Роль лікувальної фізичної культури в системі медичної реабілітації хворих на післятравматичні стресові розлади. Медична гідрологія та реабілітація. 2015. Том 13, № 4. С. 16-24.
11. База даних «PubMed». URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> (дата звернення: 12.03.2024).

12. База даних «Medscape». URL: <https://www.medscape.com/publichealth/> (дата звернення: 12.03.2024).

13. Байгузіна І. Ч, Демченко М. І., Кондратюк А. І., Кривоніс Т. Г. Вивчення циклу психологічних дисциплін, як основа формування професійно-орієнтованих особистісних якостей лікаря загальної практики. В: Тези доп. метод. конф. Підготовка лікарів за спеціальністю «Загальна практика- сімейна медицина» у відповідності до «Наскрізної програми» затвердженої Міністерством охорони здоров'я України від 6 квітня 2011 року. с. 10-11. URL: <https://www.vnmu.edu.ua/матеріали-навчально-методичної-конференції>. (дата звернення: 11.04.2024).

14. Безшейко В. Г. Адаптація шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника «Перелік симптомів ПТСР» для української популяції. *НефіроNEWS*. 2018. № 3. С. 30-31.

15. Безшейко В. Г. Діагностика постстресових розладів: погляд на проблему [Електронний ресурс]. *Мед. психологія*. 2016. № 1. С. 99 – 104. URL : http://nbuv.gov.ua/UPRN/Mpsl_2016_11_1_19 (дата звернення: 12.02.2024).

16. Божко Є. О. Діагностика та біохімічні маркери посттравматичного стресового розладу. *Укр. наук.-мед. молодіжний журнал*. 2022. спецвип. № 3. С. 10-11.

17. Божук Б. С., Коростій В. І., Поліщук О. Ю. Організація допомоги особам, що перенесли екстремальні події засобами дистанційного психологічного консультування. *Укр. вісн. психоневрології*. 2015. Вип. 2. С. 106

18. Болточосов С. В. Особливості клінічних проявів посттравматичного стресового розладу в учасників бойових дій на сході України, що вживають алкоголь. *Архів психіатрії*. 2018. Том 24, № 2. С. 77-80.

19. Борисова О. В., Знаткова О.М., Кульга О.О., Нікітіна В.В. Соціальна робота з вимушеними переселенцями в сучасній Україні: монографія. Луганський націон. аграрний. ун-т. К.: Видавничий дім «Кондор». 2019. 468 с. URL: https://condor-books.com.ua/index.php?route=product/product&path=1&product_id=880 (дата звернення: 12.02.2024).

20. Бондарчук О. І. Соціально-психологічні проблеми готовності практичних психологів до надання психологічної допомоги особам, які беруть участь в АТО, та членам їх сімей: матеріали міжвідом. наук.-практ. Конференції. Київ, 2016. с. 11 – 14

21. Блінов О. А. Опитувальник скринінгу посттравматичного стресового розладу (ОС ПТСР): наук.-метод. вид. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Нац. авіац. ун-т, Нац. військ.-мед. клініч. центр «ГВКГ». К.: Талком, 2019. 22 с.

22. Блінов О. А. Бойова психічна травма. Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, Нац. авіац. ун-т. К.: Талком, 2019. 699 с.

23. Блінов О. А. Соціально-психологічні основи реабілітації в соціальній роботі : практикум. К. : НАУ, 2013. 80 с.

24. Британський протокол та огляд досліджень щодо ефективності КПТ депресії у NICE. 2004, с. 119-131

25. Бриндіков Ю. Л. Реабілітація військовослужбовців учасників бойових дій в системі соціальних служб: теоретико-методичні основи: монографія. Хмельницький, 2018. 388 с. URL: <https://elar.khmnu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/72d78f6-f57c-4f53-b3f3-cac20c27097f/content> (дата звернення 01.04.2024)

26. Бріер Д., Скотт К. Основи травмофокусованої психотерапії. Львів: Свічадо, 2015. 448 с.

27. Васильєва Г. В., Колеснік Н. В. Матеріали студентської наукової конференції «Українська молодь для сталого майбутнього України». Могилянські читання. 2020: Особливості корекції сімейних відносин у сім'ях військовослужбовців. 17 листопада. Миколаїв. 2021

28. Васильєва Г. В., Колеснік Н. В. Емоційні та поведінкові порушення в наслідок ПТСР. Габітус. 2021

29. Ведення пацієнтів із посттравматичним стресовим розладом у закладах охорони здоров'я, які надають першу психологічну й первинну медичну допомогу (за матеріалами «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад», адаптована версія). Therapia. Український медичний вісник. 2017. №1. С. 28-31

30. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк ДЖ. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. Львів: Свічадо, 2014. 410 с. Вип. 30. С. 65–69

31. Войтенко О. В., Ткачук Т. Л. Психологічні наслідки бойового стресу у військовослужбовців. Лікарська справа = Врачебное дело. 2017. № 7. С. 141-146.

32. ВООЗ (2017). Перша психологічна допомога. Посібник для працівників на місцях. К.: Пульсари, 2017. 66 с. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9786176150787-ukr.pdf?sequence=72> (дата звернення 02.04.2024)

33. ВООЗ (2020). Керівництво mhGAP: для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, версія 2.0. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334239/WHO-EURO-2020-37299-37299-55107-ukr.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 11.04.2024)

34. Вплив війни на психічне здоров'я – колосальний, Віктор Ляшко. Міністерство охорони здоров'я України, 07 червня 2022 р. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/vpliv-vijni-na-psihichne-zdorovya-kolosalniy-viktor-lyashko> (дата звернення 19.03.2024)

35. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ). URL: <https://www.who.int/ukraine/uk/publications/9789241516822> (дата звернення 11.04.2024)

36. Гавловський О. Д. Організація фізичної та психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції (АТО) в Україні. Вісн. проблем біології і медицини. 2019. Вип. 2, т. 1. С. 275-279. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2019_2%281%29_62 (дата звернення 21.02.2024)

37. Гайдабрус А. В. Комплексний посттравматичний стресовий розлад у учасників бойових дій в зоні операції об'єднаних сил у ракурсі одинадцяті редакції Міжнародної класифікації хвороб. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2019. Вип. 11. С. 19-24. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2019-II-02> (дата звернення 11.04.2024)

38. Гавловський О. Д., Голованова І. А. Аналіз фокус-групи організаторів охорони здоров'я, щодо системи реабілітації учасників АТО. Вісн. пробл. біол. і медицини. 2021. № 3. С. 302-305.

39. Гальчук О. Я. Клінічна психологія: [навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів]. К. : Атіка, 2012. 216 с.

40. Герасименко Л. О., Гальченко А. В. Комплексна та персоніфікована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб за наявності психосоціальної дезадаптації та невротичного розладу. Вісник проблем біології і медицини. 2021. № 1. С. 35-38.

41. Герасименко Л. О. Посттравматичний стресовий розлад. NeftroNEWS. 2021. № 8. С. 27-32.

42. Глушко М. Л. Становлення та специфіка міжнародно-правового режиму військово-полонених. Автореферат. Одеса, 2015 с.

43. Голованова І. А., Гавловський О. Д. Аналіз думки лікарів та пацієнтів – учасників АТО щодо необхідності психологічної реабілітації. Вісн. пробл. біол. і медицини. 2021. № 1. С. 351-354.

44. Горачук В. В., Вороненко Ю. В., Гойда Н. Г., Криштопа Б. П., Матюха Л. Ф., Карета О. О. (укладачі). Організація соціологічних опитувань пацієнтів/їх представників і медичного персоналу в закладах охорони здоров'я: метод. рек. Київ: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України; 2012. 23 с.

45. Громадське обговорення проєкту наказу МОЗ «Про затвердження нових клінічних протоколів за темою «Бойова травма». URL: <https://www.mil.gov.ua/news/2024/02/29/gromadske-obgovorennnya-proektu-nakazu-moz-pro-zatverdzhennya-novih-klinichnih-protokoliv-za-temoyu-bojova-travma/> (дата звернення 11.05.2024)

46. Даник Ю. Г., Зборовська О. В. Інструментальне виявлення і діагностика стрес-асоційованих та посттравматичних стресових розладів. Одеський медичний журнал. 2019. № 1. С. 61-65.

47. Державна цільова програма з фізичної, медичної, психологічної реабілітації і соціальної та професійної реадaptaції учасників антитерористичної операції та осіб, які брали участь у здійсненні заходів із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації в Донецькій та Луганській областях, забезпеченні їх здійснення, на період до 2022 року [Електронний ресурс] : схвалено розпорядок. Кабінету Міністрів України від 12 лип. 2017 р. № 475-р : [ред. від 19.09.2018 р.]

48. Деякі питання соціальної підтримки внутрішньо переміщених осіб та інших вразливих категорій осіб [Електронний ресурс] : постанова Кабінету Міністрів України від 26 січ. 2024 р. № 94. Законодавство України. Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/94-2024-%D0%BF#Text> (дата звернення: 22.04.2024)

49. Диференційна діагностика та коморбідність психогенних розладів, що виникають внаслідок бойової травми в комбатантів. В. І. Коростій, В. Т. Поліщук, В. І. Заворотний, О. Б. Платинюк. Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 132-133. URL: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/10662> (дата звернення: 14.05.2024)

50. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : метод, рек. (147.14/258.14). уклад.: П. В. Волошин [та ін.]. Харків : [б. в.], 2014. 79 с.

51. Діагностика та корекція психофізіологічних та психічних порушень здоров'я в післястресовий період: метод, посіб. / ред.: А. І. Гоженко, Е. М. Псядло ; уклад. : І. Я. Пінчук, С. І. Табачников, О. С. Чабан. Одеса : Фенікс, 2015. 109 с.

52. Друзь, О. В., & Черненко, І. О. Напрямки медико-психологічної профілактики постстресових психічних розладів у учасників локальних бойових дій. Український вісник психоневрології, т. 25, 1(90), 2017. С. 45–48.

53. Друзь О. В., Черненко І. О. Аналіз бойової психічної травми в учасників локальних бойових дій. Медичне забезпечення антитерористичної операції: науково-організаційні та медико-соціальні аспекти : зб. наук, праць. Київ : Пріоритети, 2016. С. 168-179.

54. Дудник О. А. Набута безпорадність та депресія: особливості взаємозв'язку. *Психологічний журнал*. Умань: ВПЦ «Візаві», 2021. Вип. 7. С. 37–45

55. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: метод. рек. Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, Б. С. Федак, І. М. Сарвір. Харків, 2014. 16 с.

56. Єна А. І., Маслюк В. В., Сергієнко А. В. Актуальність і організаційні засади медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції. *Науковий журнал МОЗ України*. 2014. № 1. С. 5-16.

57. Животовська Л. В., Скрипніков А. М., Сокіл А. А., Бойко Д. І. Афективні порушення при віддалених наслідках посттравматичного стресу. *Вісник проблем біології і медицини*. 2019. Вип. 1, т. 1. С. 32-36;

58. Жигайло Н., Матеюк О. Психологічний супровід військовослужбовців у зоні ведення бойових дій. *Вісник Львів, ун-ту. Серія психологічні науки*. 2022. Випуск 13. С. 64-70

59. Життєві кризи особистості: Наук. методичний посібник: У 2 ч. Ред: В.М. Доній, Г.М. Несен, Л.В. Сохань, І.Г. Єрмаков та ін. К.: ІЗМН, 1998. Ч. 1: Психологія життєвих криз особистості. 354 с.

60. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Відомості Верховної Ради (ВВР), 2021, № 8, ст.59. URL:<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 14.04.2024)

61. Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб» зі змінами URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text> (дата звернення: 11.04.2024)

62. Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо посилення гарантії дотримання прав і свобод внутрішньо переміщених осіб». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/921-19#Text> (дата звернення: 12.04.2024)

63. Закон затв. постановою Кабінету Міністрів України від 19 січ. 2022 р. № 31 (в ред. постанови Кабінету Міністрів України від 04 жовт. 2022 р. № 1116). Законодавство України / Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/31-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.05.2024)

64. Зеленська К. О. Персоніфікована програма корекції постстресових розладів у різних категорій осіб, які пережили бойові дії (комбатантів та волонтерів). Укр. вісн. психоневрології. 2021. Том 29, вип. 4. С. 27–29.

65. Зубцов Д. Депресія: визначення та симптоматика. Науковий вісник МНУ імені В. О. Сухомлинського. Психологічні науки. 2016. № 1 (16). С. 77–81

66. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : метод, посіб.. Н. А. Агаєв, О. М. Кокун, І. О. Пішко [та ін.]. Київ, 2016. 234 с.

67. Інновації у медико-психологічній реабілітації учасників бойових дій та постраждалих внаслідок надзвичайних ситуацій (клінічна настанова) / під заг. ред. Б. В. Михайлова; Харків, мед. акад. післядиплом. освіти [та ін.]. Харків; Київ : Укрпрофоздоровниця, 2019. 152 с.

68. Інструкція про організацію санаторно-курортного лікування, медичної та медико-психологічної реабілітації у Збройних Силах України [Електронний ресурс] : затв. наказом М-ва оборони України від 04.11.2016 р. № 591 : [ред. від 28.08.2018 р.]. Законодавство України. Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2018. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1538-16#Text> (дата звернення: 07.05.2024).

69. Інтерв'ю агентства «Інтерфакс-Україна». «Під час війни система охорони здоров'я України показала свою працездатність – голова Бюро ВООЗ в Україні». URL: interfax.com.ua/news/interview/821272.html (дата звернення: 07.04.2024).

70. Іщенко А. Психологія війни: як допомогти ветеранам АТО повернутися до нормального життя. Сьогодні. 2018. №4 [Електронний ресурс]. URL: <https://ukr.segodnya.ua/regions/donetsk/psihologiya-voynv-kak-pomoch-veteranam-ato-vemutsva-k-nonnalnoY-zhizni-1117099.html>. (дата звернення: 07.05.2024).

71. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я особистості під час війни: як його зберегти та підтримати : метод, рекомендації. Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 52 с.

72. Карлаш В.В. (2020) Державне регулювання сучасним станом охорони здоров'я України. Інвестиції: практика та досвід, №1: 161. URL: www.investplan.com.ua/pdf/1_2020/28.pdf (дата звернення: 17.04.2024).

73. Клініко-психопатологічні особливості постстресових розладів у осіб, які пережили бойові дії. Уклад.: Г. М. Кожина [та ін.]. Світ медицини та біології. 2021. № 4(78). С. 71–74.

74. Клінічна психологія: навчальний посібник. Укл. Ю. П. Никоненко. К., 2016. 368 с. URL: https://pidru4niki.com/88714/psihologiya/klinichna_psihologiya (дата звернення: 22.05.2024).

75. Коваль І. А. Поведінкові розлади у дітей і піддітків-біженців. Збірник матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Життєві виклики сучасного суспільства: реалії та перспективи», 09-10 листоп. 2023 р., м. Київ. Київ, 2023. С. 23-25.

76. Козира П. В., Маркова М. В. Фрустрація, психологічний захист та долаюча поведінка в генезі постстресової дезадаптації у співробітників МВС України – учасників АТО. Укр. вісн. психоневрології. 2015. Вип.3.-С. 130-131.

77. Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозінська Н. С. Основи психологічних знань про психічні розлади для військового психолога. Методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ. 2018, 310 с.5.

78. Комар З. Психологічна стійкість воїна: (підручник для військових психологів). Київ, 2017. [Електронний ресурс]. URL: https://shrnl.chtyvo.org.ua/Komar_Zoran/Psykholohichna_stiikist_voina.pdf (дата звернення: 29.04.2024).

79. Кондрюкова В. В., Слюсар І.М. Соціально-психологічна адаптація військовослужбовців силових структур, звільнених у запас : навчально-методичний посібник. К.: Гнозис, 2013. 116 с.

80. Кононенко О. І., Григоращенко А. В. Психологічні особливості адаптації дітей в умовах війни та еміграції. Психологія та соціальна робота. 2022. Вип. 1-2. С. 55-56. DOI: <https://doi.org/10.18524/2707-0409.2022.1-2.286668> (дата звернення: 11.04.2024).

81. Концепція охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#Text> (дата звернення: 09.04.2024).

82. Корня Л. В. Теоретичний аналіз проблеми бойового стресу [Електронний ресурс] Філософсько-соціологічні та психолого-педагогічні проблеми підготовки особистості до виконання завдань в особливих умовах, 5 листоп. 2020 р. / МО України, Нац. ун-т оборони України імені Івана Черняхівського, Ін-т психології імені Г. С. Костюка НАГІН України. Київ, 2020. С. 136-138. URL: https://nuou.org.ua/assets/_documents/zbirnyk-conf-gi-05-11-2020.pdf (дата звернення: 19.04.2024).

83. Коршняк В. О., Коршняк О. В. Актуальність та обґрунтованість нейропсихологічної та фізіотерапевтичної реабілітації хворих із закритою черепно-мозковою травмою, зумовленою дією вибухової хвилі. Здобутки клін. і експерим. медицини. 2019. № 1. С. 80-85. URL: <https://ois.tdmu.edu.ua/index.php/zdobutky-eks-med/article/view/10053/9609> (дата звернення: 25.03.2024).

84. КПТ є невід'ємною частиною сучасної, цілісної, ефективної моделі турботи про психічне здоров'я. [Електронний ресурс]. URL: <https://i-cbt.org.ua/pro-kpt/> (дата звернення: 29.04.2024).

85. Кризова психологія: Навч. посіб. : 2-е вид. За заг. ред. проф. О. В. Тімченка. Х. : НУЦЗУ, КП «Міська друкарня», 2013. 380 с.

86. Крушельницька О. В. Методологія та організація наукових досліджень: навч. посіб. Київ: Кондор; 2006. 206 с

87. Кушнікова С. В. Психологічна підтримка вимушених переселенців в умовах війни. Наукові перспективи. 2022. № 11(29)

88. Лагутіна С. І. Дослідження здоров'я сну постраждалих від війни в Україні за допомогою цифрового інструменту. Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2023. № 21. С. 32-37. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-21-04> (дата звернення: 29.04.2024).

89. Лазорко О.В. Психологія професійної безпеки особистості. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 439 с.

90. Лазуренко О. О., Сміла Н. В. Актуальні питання психологічної допомоги під час війни та у післявоєнний період. Збірник матеріалів Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Життєві виклики сучасного суспільства: реалії та перспективи», 09-10 листоп. 2023 р., м. Київ. К. 2023. С.26-28.

91. Лашин О. І. Функціонально-організаційна модель медичного та медико-психологічного супроводу військовослужбовців з ПТСР. Військова медицина України. 2019. Том 19, № 3. С. 122-127.

92. Лісовський П. М. Військова психологія: методологічний аналіз : навч. посіб. Київ: Кондор-Видавництво, 2017. 290 с.;

93. Літовченко Т. А., Бородай О. М., Тондій О. Л. Якість життя пацієнтів з посттравматичними нейропатіями та плексопатіями, що супроводжуються хронічним нейропатичним больовим синдромом. Міжнародний неврологічний журнал. 2021. Т. 17, № 2. С. 25-28.

94. Ліхолетов Є. О. Обґрунтування персоніфікації лікувально- реабілітаційної допомоги цивільним особам з адаптаційними розладами, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, на основі прогнозу тяжкості їх наслідків. Український вісник психоневрології. 2021. Том 29, вип. 2(107). С. 41-46. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-7> (дата звернення: 11.04.2024).

95. Логвиненко Б. О. Публічне адміністрування сферою охорони здоров'я в Україні: теорія і практика: монографія. 2017. 244 с.

96. Люди з обмеженими можливостями (інваліди). URL: <https://igov.org.ua/subcategory/1/3/situation/20> (дата звернення: 15.04.2024).

97. Максименко С. Д., Максименко К. С., Папуча М. В. Психологія особистості: підруч. для студентів вищ. навч. закл. за ред. С. Д. Максименка. Київ : КММ, 2007. 295 с.

98. Максименко С.Д., Носенко Е.Л. (2021) *Експериментальна психологія. Підручник*. Центр учбової літератури, м. Київ, Україна. ISBN 978-966-364-756-2. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/738661>.

99. Максименко С. Д., Коваль І. А., Максименко К. С., Папуча М. В. Медична психологія: За редакцією академіка С. Д. Максименка. Підручник. Вінниця: Нова Книга, 2008. 520 с.

100. Максименко С. Д. Розвиток психіки в онтогенезі. К.: Форум, 2002. 319 с. URL: https://scholar.google.com.ua/citations?view_op=view_citation&hl=ru&user=EL_oKCUAAAAJ&citation_for_view=EL_oKCUAAAAJ:HE397vMXCl0C

101. Максименко С. (2018). Поняття особистості у психології. *Психологія і особистість*, (1), 11–17. <https://doi.org/10.33989/2226-4078.2016.1.151724>

102. Максименко С.Д., Шевченко Н.Ф. Психологічна допомога тяжким соматично хворим: навчальний посібник. К.: Інститут психології ім. ГС Костюка АПН України. 2007.

103. Максименко, С.Д., Максименко, К.С., Коваль, І.А., Шпортун, О.М., Бондаренко, О.Ф. та ін. (2023) *Медицина психологія: підручник*, 1. «Видавництво Людмила», м. Київ, Україна. ISBN 978-617-555-097-7

104. Максименко С. Д., Прокоф'єва О. О., Царькова О. В., Кочкурова О. В. (2015) *Практикум із групової психокорекції: підручник*. Видавничо-поліграфічний центр «Люкс», Мелітополь.

105. Максименко С.Д. Генетико-креативний підхід: діяльнісне опосередкування особистісного розвитку : монографія / С.Д. Максименко, С.П. Яланська. К. : Вид-во Людмила, 2021. 524 с.

106. Маркова М.В., Марков А.Р. Медико-психологічні детермінанти інформаційно-психологічної безпеки цивільного населення (монографія). Харків, «Друкарня Мадрид», 2019. 248 с. URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-232297-mediko-psihologichni-naslidki-distresu-vijni-v-ukrayini-shho-mi-ochikuyemo-ta-shho-potribno-vrahovuvati-pri-nadanni-medichnoyi-dopomogi (дата звернення: 19.04.2024).

107. Маркова М. В., Російський Т.С. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців – учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми. Укр.вісн.психоневрології. 2018. Вип.1. С.78-82.

108. Марценковський Д. І. Віковий поліморфізм посттравматичних стресових розладів та депресій у дітей внутрішньо переміщених осіб з окупованих територій. Архів психіатрії. 2018. Том 24, №1. С. 15-20.

109. Марута Н.О., Маркова М.В. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання. Укр. вісн.психоневрол. 2015. вип. 3(84): С. 21–28. URL: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-232297-mediko-psihologichni-naslidki-distresu-vijni-v-ukrayini-shho-mi-ochikuyemo-ta-shho-potribno-vrahovuvati-pri-nadanni-medichnoyi-dopomogi (дата звернення: 29.04.2024).

110. Матяш М. М. Особливості діагностування психічного стану особистості в сучасних умовах. Військова медицина України. 2016. Том 16, № 2. С. 108-114. URL: <http://nbuv.gov.ua/UJRNATnuk> 2016 16 2 17 (дата звернення: 02.04.2024).

111. Матяш М. М. Медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах російсько-української війни: етнопсихологічний дискурс, національні перспективи громадського здоров'я. Стаття. 8 березня 2023 р. URL: <https://umj.com.ua/uk/publikatsia-239628-mediko-psihologichna-reabilitatsiya-vijskovoslužhbovtiv-v-umovah-rosijsko-ukrayinskoyi-vijni-etnopsihologichnij-diskurs-natsionalni-perspektivi-gromadskogo-zdorov-ya> (дата звернення: 09.04.2024).

112. Михайлов Б. В., Зінченко О. М., Федак Б. С., Сарвір І. М. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження: метод. рек. Харків, 2014. 28 с.

113. Михайлов Б. В., Риженко С. А., Мороз С. М. Війна в Україні: патоморфоз психічних і поведінкових розладів. Київ: Дніпро, 2019. 377 с.

114. Міністерство охорони здоров'я. URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення: 19.03.2024).

115. Мішура С. С., Меленчук С. А. Комплексна реабілітація пацієнтів із посттравматичним головним болем внаслідок мінно-вибухової травми. Укр. наук.-мед. молодіжний журнал. 2022. Спецвип. № 3. С.36-37

116. Могильова Н. М. Особливості психічного здоров'я та психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб в умовах війни: досвід України. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. 2023. Вип. 2. С. 81-85. DOI: <https://doi.org/10.51547/ppp.dp.ua/2023.2.12> (дата звернення: 09.04.2024).

117. МОЗ інформує, як отримати послуги з реабілітації. Міністерство охорони здоров'я України, опубліковано 21 червня 2023 року о 12:06. URL: <https://www.kmu.gov.ua/news/moz-informuie-iak-otrymaty-posluhy-z-reabilitatsii> (дата звернення: 29.04.2024).

118. Мошонська Д. В. Стрес в умовах війни та можливі шляхи його опанування. Scientific Collection «InterConfii. 2023. № 158. С. 189-192.

119. Наказ МОЗ України про затвердження змін до довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. «Охорона здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0138282-23#Text> (дата звернення: 29.04.2024).

120. Наказ МОЗ України №1003 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при депресії» https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2014_1003_nakaz.pdf (дата звернення: 12.04.2024).

121. Наказ від 23 лютого 2016 року № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ25625> (дата звернення: 09.04.2024).

122. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 грудня 2014 року № 1003. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, депресія. 2014

123. Наказ «Про організацію надання психосоціальної допомоги населенню» від 13.12.2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0126-24#n19> (дата звернення: 11.04.2024).

124. Напреєнко О. К., Напреєнко Н. Ю. Комплексна психологічна, психіатрична та наркологічна допомога постраждалим у збройних конфліктах, при мирних протестах і вимушених переселенцям. Укр. терапевт. журнал. 2015. № 3. С. 80-85

125. Наумов В. Д. Особливості клініко-психопатологічних проявів розладів адаптації, посттравматичних стресових розладів та постстресових розладів особистості в учасників бойових дій. Архів психіатрії. 2018. Том 24, №3. С. 136-141

126. Національна служба здоров'я України. URL: <https://nszu.gov.ua> (дата звернення: 11.02.2024).

127. Національна бібліотека імені В.І. Вернадського. URL: <https://library.gov.ua/> (дата звернення: 11.02.2024).

128. Національна бібліотека України. URL: <http://www.nbuv.gov.ua/> (дата звернення: 11.02.2024).

129. Нейрофізіологічні механізми реалізації асоціативної пам'яті у ветеранів АТО/ООС, які зазнали черепно-мозкової травми. Уклад.: С. Корж, Н. Філімонова, М. Макачук [та ін.]. Вісн. Київ. нац. ун-ту ім. Тараса Шевченка. Біологія. 2019. Вип. 2. С. 28-35 : рис. Бібліогр.: 27 назв. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VKNU_biol_2019_2_7 (дата звернення: 07.04.2024)

130. Неляпіна М. М., Шихалєєв С. Ю. Клінічна специфіка ураження емоційно-психологічного спектру у військовослужбовців із зони антитерористичної операції/операції об'єднаних сил. Укр. наук.-мед. молодіжний журнал. 2021. Спецвип. № 3. С. 75

131. Опитувальник факторів ризику та стійкості під час служби, версія 2 (DRRI-2). URL: <https://start.ua-test.com/account/education/drri-2/> (дата звернення: 07.03.2024).

132. Оптимізація когнітивної нейрореабілітації пацієнтів із бойовими травматичними ураженнями головного мозку. Уклад.: В. В. Білошицький, А. П. Гук, Т. С. Бондар [та ін.]. Міжнар. неврол. журнал. 2016. № 5. С. 70-75.

133. Орбіна Т. Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю. URL: https://moz.gov.ua/uploads/10/53864-dn_2118_13122023_dod_4.pdf (дата звернення: 11.04.2024).

134. Організація реабілітації військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом: аналіз зарубіжних підходів та вітчизняного досвіду. Уклад.: І. Б. Заболотна, С. Г. Гуца, І. К. Бабова [та ін.] Актуальные проблемы транспортной медицины. 2021. № 2 (64). С. 32-44. — DOI: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.5110594> (дата звернення: 01.04.2024).

135. Основи психотравматології: медико-психологічні аспекти реабілітації: навч.-метод. посібник. Уклад.: Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Бойко Д. І. [та ін.]; Полтавський державний мед. ун-т. Полтава: ПУЕТ, 2021. 160 с.;

136. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. Уклад.: О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. 170 с

137. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навч. посіб. Т. 3 / за ред.: Л. Гридковець. Київ, 2018. 236 с. URL: <https://www.osce.org/files/f/documents/4/d/430841.pdf> (дата звернення: 11.03.2024).

138. Особливості емоційного стану у внутрішньо переміщених осіб О. С. Семікіна, В. Ю. Федченко, І. О. Явдак [та ін.] Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2020. Вип. 13. С. 23-28. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-03> (дата звернення: 01.04.2024).

139. Особливості бойового травмування, що супроводжувалося акубаротравмою у військовослужбовців-учасників бойових дій. А. М. Галушка, Ю. В. Подолян, А. В. Швець, О. О. Горшков. Військова медицина України. 2019. Т. 19, № 3. С. 56-66. URL: <https://uimm.org.ua/index.php/iounial/article/view/54/41> (дата звернення: 09.01.2024).

140. Особливості надання психологічної допомоги військовослужбовцям, ветеранам та членам їхніх сімей цивільними психологами : метод, посіб. О. М. Кокур [та ін.] К. : 7БЦ, 2023. 175 с.

141. Особливості впливу чинників бойового середовища на військовослужбовців. І. С. Трінька [та ін.] Військова медицина України. 2016. Том 16, № 2. С. 84-94.

142. Основні права військовослужбовців в українському законодавстві. 2019 р. URL: https://www.mil.gov.ua/content/social_adaptation/dov_pravo.pdf (дата звернення: 07.03.2024).

143. Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія і практика. В. І. Цимбалюк [та ін.] ; за заг. ред. В. І. Цимбалюка. Київ : Медицина, 2021. 254 с.

144. Перелік методів психотерапії з доведеною ефективністю. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0129-24#Text> (дата звернення: 11.03.2024).

145. Питання розвитку національної системи фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів війни та членів їх сімей, сімей загиблих (померлих) ветеранів війни. [Електронний ресурс] : указ Президента України від 23 серп. 2020 р. № 342/2020 // Законодавство України / Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2020. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/342/2020#Text> (дата звернення: 07.02.2024)

146. Платинюк О. Б., Кошій В. О.. Система психотерапевтичної підтримки учасників бойових дій, які одержали поранення. Медицина сьогодні і завтра = Медицина сегодня и завтра. 2020. № 3. С. 89-94. URL: <https://msz.knmu.edu.ua/article/view/704/695> (дата звернення: 09.01.2024).

147. Положення про психологічну реабілітацію військовослужбовців Збройних Сил України та Державної спеціальної служби транспорту, які брали участь в антитерористичній операції, здійснювали заходи із забезпечення національної безпеки і оборони, відсічі і стримування збройної агресії Російської Федерації у Донецькій та Луганській областях чи виконували службові (бойові) завдання в екстремальних умовах [Електронний ресурс] : затв. наказом М-ва оборони України від 09.12.2015 р. № 702 (у ред. наказу М-ва оборони України від 11 груд. 2019 р. № 629) // Законодавство України / Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2019. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0237-16#Text> (дата звернення: 07.02.2024)

148. Положення про Уповноваженого Президента України з питань реабілітації учасників бойових дій [Електронний ресурс] : затв. указом Президента України від від 22 листоп. 2018 р. № 386/2018: [ред. від 23.05.2019 р.] // Законодавство України / Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2019. URL:

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/386/2018#Text> (дата звернення: 15.05.2024)

149. Порядок здійснення реабілітаційних заходів [Електронний ресурс] : затв. постановою Кабінету Міністрів України від 19 січ. 2022 р. № 31 (в ред. постанови Кабінету Міністрів України від 04 жовт. 2022 р. № 1116). Законодавство України. Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/31-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення: 15.05.2024)

150. Порядок надання допомоги на проживання внутрішньо переміщеним особам [Електронний ресурс] : затв. постановою Кабінету Міністрів України від 20 берез. 2022 р. № 332 (в ред. постанови Кабінету Міністрів України від 11 лип. 2023 р. № 709) // Законодавство України / Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/332-2022-%P0%BE#п54> (дата звернення: 22.05.2024)

151. Посібник для розробників клінічних рекомендацій/медичних стандартів. К., 2006. 166 с.

152. Постанова про затвердження Положення про територіальні центри комплектування та соціальної підтримки. 23 лютого 2022 р. № 154 Київ. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/154-2022-п#Text> (дата звернення: 12.03.2024)

153. Посттравматичні стресові розлади: навч. посіб. / за заг. ред. Б. В. Михайлова, В. В. Чугунов, С. Є. Казакова [та ін.] Х.: ХМАПО, 2013. 224 с.

154. Посттравматичні стресові розлади : навч. посіб. / за заг. ред. Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, В. О. Курило, С. Н. Саржевський. Вид. 2-е, перероб. та доп. Х.: ХМАПО, 2014. 270 с

155. Поширеність тривожних та депресивних розладів у військових лікарів / за заг. ред. Г. З. Мороз, І. В. Седченко, І. М. Ткачук, С. В. Мосур. Укр. мед. Часопис. 2017. № 23. С. 1–3

156. Профілактика порушень адаптації молоді до повсякденних стресів і кризових життєвих ситуацій: навч. посіб. Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. К. Міленіум, 2011. 272 с.

157. Практична психосоматика: депресія. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. 2-е видання, доповнене. К., 2021. 216 с.

158. Практична психосоматика: діагностичні шкали. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. К.: ВНТУ, 2018. 108 с.

159. Практична психосоматика: тривога. Навчальний посібник / За заг. ред. О. С. Чабана, О. О. Хаустової. К.: Видавничий дім Медкнига, 2022. 144 с.

160. Приходько І. І., Ліпатов І. І., Шестопалова Л. Ф. та ін. Прикладна психологія службово-бойової діяльності сил охорони правопорядку [Текст] : підручник. Х. : Акад. ВВ МВС України, 2012. С. 256–257.

161. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей [Електронний ресурс] : Закон України від 20 груд. 1991 р. № 2011-ХП : [ред. від 05.10.2023 р.]. Законодавство України / Верхов. Рада України. Текст,

дані. Київ, 2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text> (дата звернення: 17.02.2024).

162. Про затвердження Комплексної державної програми щодо підтримки, соціальної адаптації та реінтеграції громадян України, які переселилися з тимчасово окупованої території України та районів проведення антитерористичної операції в інші регіони України, на період до 2017 року, №1094, 16.12.2015. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1094-2015-п#Text> (дата звернення: 07.03.2024).

163. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. 2021, № 8, ст.59. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text> (дата звернення: 17.03.2024).

164. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо підвищення доступності медичної та реабілітаційної допомоги у період дії воєнного стану [Електронний ресурс] : Закон України від 29.07.2022 № 2494-IX // Законодавство України / Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2022. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2494-20#Text> (дата звернення: 15.05.2024)

165. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні [Електронний ресурс] : Закон України від 6 жовт. 2005 р. № 2961-ІУ : [ред. від 01.01.2024 р.] // Законодавство України / Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2024. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15#Text> (дата звернення: 05.05.2024).

166. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей [Електронний ресурс] : Закон України від 20 груд. 1991 р. № 2011-ХП : [ред. від 05.10.2023 р.] // Законодавство України / Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2023. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2011-12#Text> (дата звернення: 05.05.2024).

167. Про затвердження Положення про пункти психологічної допомоги у ЗС України [Електронний ресурс] : наказ Головнокомандувача ЗС України від 28.07.2020 р. № 99. Довідник з МПЗ : довід, для фахівців структур морал.-психол. забезпечення. Текст, дані. Київ, 2021. 11 с. URL: <https://dovidnukmpz.info/> (дата звернення: 07.05.2024)

168. Протокол медичної допомоги PHQ-9 Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я. URL: https://ugolpsy.ucoz.ua/load/dokumenti/metodichni_rekomendacii/dodatki_do_unifikovanogo_klinichnogo_protokolu_medichnoji_dopomogi_phq_9_anketa_opituvvalnik_pacienta_pro_stan_zdoro/5-1-0-77 (дата звернення: 17.02.2024).

169. Принципи організації медико-психологічного супроводу учасників АТО. Уклад.: А. Н. Михайлов, О. М. Зінченко, І. М. Сарвір [та ін.]. Архів психіатрії. 2016. № 2, С. 125-126.

170. Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / за наук. ред. Т. М. Титаренко. К.: Міленіум, 2015. 150 с.

171. Психологічна допомога учасникам АТО та їх сім'ям / М. І. Мушкевич, Р. П. Федоренко, А. П. Мельник [та ін.]. Вид. 2-ге, змін, та допов. Луцьк : Вежа-Друк, 2016. 344 с.

172. Психіатрія особливого періоду : навч. посіб. / Ю. В. Рум'янцев, О. Г. Сиропятов, Г. В. Осьодло [та ін.]. Київ : Леся, 2015. 226 с.

173. Психологічний супровід незламних: методичні рекомендації по роботі з військовослужбовцями, які зазнали ампутації внаслідок бойових дій : метод. рек. / Т. В. Карамушка, Л. Полівко, О. Вісіч [та ін.] ; Благод. фонд психол. підтримки у криз, ситуаціях «Анкора», Укр. асоц. організац. психологів та психологів праці. Київ ; Львів : Вікторія Кундельська, 2023. 58 с.

174. Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення : метод. посіб. / Кокун О. М., Агаєв Н. А., Пішко І. О., Лозинська Н. С., Остапчук В. В. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с

175. Психологія суїцидальної поведінки військовослужбовців / Я. В. Мацегора, О. С. Колесніченко, І. І. Приходько [та ін.]; Нац. акад. Нац. гвардії України. Харків : НА НГУ, 2021. 363 с.

176. Психіатрія особливого періоду : навч. посіб. / Ю. В. Рум'янцев, О. Г. Сиропятов, Г. В. Осьодло [та ін.]. Київ : Леся, 2015. 226 с.

177. Психометричне дослідження цивільних осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах воєнного конфлікту / Л. М. Юр'єва, Л. В. Крячкова, Т. Й. Шустерман, Є. О. Ліхолетов // Укр. вісн. психоневрології. -2021. Том 29, Вип. 1. С. 42-47. DOI: https://doi.org/10.36927/2079-Q325-V29-is_1-2021-8 (дата звернення: 17.02.2024).

178. Психологічна допомога постраждалим внаслідок кризових травматичних подій: методичний посібник / З. Г. Кісарчук, Я. М. Омельченко, Г. П. Лазос, Л. І. Литвиненко, Л. Г. Царенко / за ред. З. Г. Кісарчук. Київ : ТОВ Видавництво «Логос». 207 с.

179. Психіатрія особливого періоду : навч. посіб. / Ю. В. Рум'янцев, О. Г. Сиропятов, Г. В. Осьодло [та ін.]. Київ : Леся, 2015. 226 с.

180. Пьюселік Ф. Методологія психологічної роботи з ветеранами і бійцями АТО / Ф. Пьюселік, О. О. Древіцька // 36. наук. пр. співробітників НМАПО імені П. Л. Шулика. Київ, 2015. Вип. 24, кн. 1. С. 655-660.

181. Реабілітація постраждалих в умовах надзвичайних ситуацій та бойових дій. Посттравматичний стресовий розлад / К. Д. Бабов [та ін.] ; за ред. В. В. Стеблюк. Одеса: Поліграф, 2015. 238 с.

182. Реабілітація військовослужбовців. НейроNEWS. 2016. № 1. С. 6-7.

183. Рекомендації парламентських слухань на тему: «Про військово-медичну доктрину України» [Електронний ресурс] : схвалено постановою Верхов. Ради України від 25 листоп. 2015 р. № 827-УІІІ. Законодавство України. Верхов. Рада України. Текст, дані. Київ, 2015. URL: (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/827-19#Text>) (дата звернення: 05.05.2024).

184. Ресурси у підтримку психологічної стійкості в умовах війни. Український інститут КІТ. URL: <https://i-cbt.org.ua> (дата звернення: 17.02.2024).

185. Романюк О. О. Посттравматичний стресовий розлад як наслідок впливу бойового стресу на військовослужбовців. Вісн. Нац. унту оборони України : зб. наук. пр. Нац. ун-т оборони України ім. Івана Черняховського. Київ, 2020. Вип. 5. С. 161-165

186. Сабліна Н. Психологічне консультування та психотерапія складних запитів. 2024. 223 с. URL: Детальніше: https://soulbooks.com.ua/ua/p2214963789-psihologichne-konsultuvannya-psihoterapiya.html?source=merchant_center&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw97SzBhDaARIsAFHXUWBfbnPrCLvokT8IEiLrxWDbYFfqUpO2m4gC16NzYjWxNfRGumFxpQaAg8rEALw_wcB (дата звернення: 11.03.2024).

187. Салайда І. М., Коваль В. Б., Попович Д. В. Гідротерапія при м'язово-скелетній реабілітації в умовах військових дій на території України. Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2023. № 3. С. 19-24. DOI: <https://doi.org/10.11603/1811-2471.2023.v.i3.14071> (дата звернення: 07.02.2024).

188. Самойлова О.В. Розвиток дитячих посттравматичних стресових розладів під дією психотравмуючих чинників. Укр. вісн. психоневрології. 2017. Том 25, вип. 1. С. 152.

189. Самойлова О.В. Прояви агресивної поведінки та критерії психологічного захисту дітей із родин вимушених переселенців при посттравматичному стресовому розладі. Укр. вісн. психоневрології. 2016. Том 24, вип. 4. С. 83-89

190. Смойлова О. В. Вивчення депресивних проявів у дітей вимушених переселенців із посттравматичними стресовими розладами = Investigation of depressive manifestations in children of internal refugees with posttraumatic stress disorders. Медицинская психология. 2016. Т. 11, № 3. С. 87-91

191. Сиропятов О. Г., Шемчук О. М. Особливості медико-психологічного супроводу військовослужбовців. Український журнал військової медицини = Ukrainian journal of military medicine. 2020. Vol. 1, №3. С. 119.

192. Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Бойко Д. І. [та ін.]. Основи психотравматології: медико-психологічні аспекти реабілітації: навч.-метод. Посібник. Полтавський держ. мед. ун-т. Полтава: ПУЕТ, 2021. 160 с.

193. Сміт П, Дирегров Е, Юле У. Діти та війна: навчання технік зіцнення. Посібник. Львів, 2016. 98 с.

194. Сова М. С. Особливості соціальної роботи з внутрішньо переміщеними особами: Досвід Європейського Союзу / М. С. Сова // International Electronic Scientific and Practical Journal «WayScience». ISSN 2664-4819 (Online). С. 172–174. URL : <http://www.wayscience.com/wpcontent/uploads/2023/05/Conference-Proceedings-May-11-12-2023 .pdf#page=172> (дата звернення 29.03.2024).

195. Сократичний діалог основні принципи і моделі використання. URL: https://yak.koshachek.com/articles/sokratichnij-dialog-osnovni-principi-i-modeli.html#google_vignette (дата звернення: 17.02.2024).

196. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика), за ред.: П. В. Волошина, Н. О. Марути. Харків : Строков Д. В., 2016. 335 с

197. Сошенко Т. Ефективність психотерапії та фармакотерапії в лікуванні ПТСР у військовослужбовців і ветеранів. НейроNEWS. 2018. № 3. С. 32-36

198. Стандарт екстреної медичної допомоги «Медичне сортування при масовому надходженні постраждалих на ранньому госпітальному етапі», затверджений Наказом МОЗ України від 24.02.2022 р. № 368. С. 7-8 URL: <https://moz.gov.ua> (дата звернення 11.02.2024).

199. Стеблюк В. В., Швець А. В., Проноза-Стеблюк К. В.. Організація медико-психологічної допомоги військовослужбовцям збройних сил України. Медична психологія = Медицинская психология. 2019. Том 14, №3.-С. 79-84
200. Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту. Уклад.: В. С. Гічун [та ін.]. Дніпро : Акцент ПП, 2019. 323 с.
201. Стрес і серцево-судинні захворювання в умовах воєнного стану: для кардіологів, ревматологів терапевтів, організаторів охорони здоров'я та лікарів загальної практики / за ред. Коваленка В. М.; редкол.: Корнацький В. М. [та ін.]; Нац. наук. центр «Ін-т кардіології, клініч. та регенератив. медицини ім. М. Д. Стражеска» НАМІ України. – Київ : Гордон, 2022. 267 с.
202. Стрес як фактор соматичної патології і коморбідності (сучасні аспекти діагностики, профілактики і лікування) : метод. рек. і уклад. : А. О. Несен, В. А. Чернишов, Ю. С. Рудик [та ін.]. Київ; Харків : Стиль-Издат, 2015. 39 с.
203. Столярик О. Повернутися з війни: психосоціальна підтримка ветеранів/нок та членів їхніх сімей. уклад. : О. Столярик, Т. Семигіна. Social Work and Education. 2023. Vol.10, №1. P.63-77. DOI:10.25128/2520-6230.23.1.6 (дата звернення: 17.02.2024).
204. Сябренко Г. Досвід організації центру медико-психологічної реабілітації «КОМПАС» на базі Кіровоградського обласного госпіталю для ветеранів війни. Особистість у кризових умовах та критичних ситуаціях життя./ за ред. С. Кузікової. Суми: Вид- во. СумДПУ А.С. Макаренка, 2015. С 279 282.
205. Теоретико-феноменологічні підходи до вивчення поняття трансформації особистості військовослужбовців внаслідок бойової травми. М. М. Пустовойт, О. С. Юрценюк, Н. М. Іванова, В. М. Пашковський И Клінічна та експериментальна патологія. 2023. Т. 22, № 3 (85). С. 62-73. DOI: 10.24061/1727-4338. XXII.3.85.2023.10 (дата звернення: 17.02.2024).
206. Терлецька Л. Г. Психологія здоров'я особистості: технологія психосинтезу : навч. посіб. Київ : Слово, 2016. 149 с.
207. Ткачук І. М. Поширеність тривожних та депресивних розладів у військовослужбовців-учасників антитерористичної операції = Prevalence of anxiety and depressive disorders among military personnel who had participated in the antiterrorist Operation. Вісник наукових досліджень. 2018. №1. С. 64-66.
208. Торгун О. Десять проблем української медицини. Український інститут майбутнього, 25 жовтня 2019 р. URL: uifuture.org/publications/25139-heals-medecine-torgun/ (дата звернення: 17.03.2024).
209. Тютюнник Л.Л. Бойовий стрес та шляхи подолання його психотравмуючих наслідків. Вісн. Нац. ун-ту оборони України : зб. наук. пр. І Нац. ун-т оборони України ім. Івана Черняховського. Київ, 2020. Вип. 2. С. 106-115.
210. Український синдром: медико-психологічний аспект : зб. наук. ст. / за ред. М. М. Матяша. Київ : АртЕк, 2016. 242, [2] с.
211. Умярова К. Ю. Посттравматичний стресовий розлад як проблемне питання надання допомоги військовослужбовцям – учасникам бойових дій. Український журнал військової медицини = Ukrainian journal of military medicine. 2022. Vol. 3, № 3 (додаток). С. 77-78.

212. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад. URL: http://www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/2016_121_PTSR/2016_121_YKPMd_PTSR.doc (дата звернення: 01.03.2024)

213. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад» [Електронний ресурс] : затв. наказом М-ва охорони здоров'я України від 23 лют. 2016 р. № 121 // Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України. Текст, дані. Київ, 2016. 57 с. URL: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_121_ukpmd_ptsr.pdf (дата звернення: 07.02.2024)

214. Характеристика взаємозв'язку перенесення посттравматичних стресових розладів із вживанням психоактивних речовин в умовах антитерористичної операції / Є. М. Харченко, О. С. Осуховська, А. Ю. Васильєва [та ін.] // Архів психіатрії. 2015. №2. С. 27-31.

215. Центр когнітивно-поведінкової терапії. Застосування експозиції з попередженням реакції в терапії obsесивно-компульсного розладу. URL: <https://kpt-center.com.ua/statti/zastosuvannya-ekspozitsiyi-z-poperedzhennyam-reaktsiyi-v-terapiyi/> (дата звернення: 17.02.2024).

216. Чабан О. С. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги?. Укр. мед. часопис. 2022. № 1. С. 27-31. DOI: 10.32471/umj.l680-3051.150.232297

217. Чабан О. С. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції / О. С. Чабан, В. Г. Безшейко // Укр. вісн. психоневрології. 2017. Вип. 2. С. 80-84.

218. Черненко І. І. Медико-соціальні особливості забезпечення медичною допомогою населення з легкою формою черепно-мозкової травми внаслідок дії вибухової хвилі / І. І. Черненко, В. А. Огнєв, М. І. Березка // Експерим. і клініч. медицина. 2022. № 1. С. 41-49.

219. Шахова О. Г. Соціальна психологія особистості: навч. посіб. – Харків: «Контраст», 2019. 116 с.

220. Шевченко О. Т. Психологія кризових станів. Уроки життя крізь призму страждань. Київ : «Здоров'я», 2005.

221. Шевчук В. І. Соціальна реабілітація та її місце в комплексній реабілітації інвалідів-учасників антитерористичної операції [Електронний ресурс] / В. І. Шевчук, Н. М. Беляєва, О. Б. Яворовенко // 36. наук. пр. співробітників НМАПО імені П. Л. Шулика. Київ, 2017. Вип. 27. С. 161- 173. URL : https://nmapo.edu.ua/zagruzka2/zbomikNMAPO27.pdf#page=_161 (дата звернення: 17.02.2024).

222. Шкала депресії, тривоги та стресу (DASS-21). URL: https://www.eztests.xyz/tests/depression_dass21/ (дата звернення: 17.02.2024).

223. Щоденник автоматичних думок. URL: <https://www.mind-health.app/uk/blog/diary-of-automatic-thoughts/> (дата звернення: 11.04.2024).

224. Що таке війська територіальної оборони України. Основний портал Києва. URL: https://kyivcity.gov.ua/bezpeka_ta_pravoporiadok/teritorialna_oborona/scho_take_viyska_teritorialno_oboroni_ukrani/ (дата звернення: 17.03.2024).

225. ЮНІСЕФ. Україна. URL: <https://bahmut.in.ua/hto-otrymuvatyme-dopomogu-vid-yunisef-v-2024-detalne-rozjasnennya/> (дата звернення: 17.02.2024).

226. Ягупов В. Військова психологія: підручник. Київ : ТанDEM, 2004. 656 с.

227. Adler A. B. Acute Stress Reaction in Combat: Emerging Evidence and Peer-Based Interventions / Current Psychiatry Reports. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11920-022-01335-2> (дата звернення 15.02.2024).

228. Behavioral therapy versus addiction counseling for cooccurring substance use and posttraumatic stress disorders / M. P. McGovern, C. Lambert-Harris, A. I. Alterman [et al.] // J. of Dual Diagnosis. 2011. № 7. P. 207–227.

229. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1974;42:861–5. <https://doi.org/10.1037/h0037562>. (дата звернення: 17.02.2024).

230. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. The American Journal of Psychiatry 1985;142:559–63. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.559>.

231. Beck, A.T. Wright, F.D., Newman, C.F. & Liese, B.S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: The Guilford Press

232. Bialik M, Fadel C. Skills for the 21 st century: What should students learn? 2015. URL: https://www.researchgate.net/publication/318681750_Skills_for_the_21st_Century_What_Should_Students_Learn (дата звернення: 11.02.2024).

233. Broerman, R. Diathesis-stress model In: V Zeigler-Hill and TK Shackelford, editors. Encyclopedia of Personality and Individual Differences. Cham: Springer (2020)

234. Bromet, E. J., Gluzman, S., Paniotto, V., et al. (2005) Epidemiology of psychiatric disorders in Ukraine: findings from the Ukraine Mental Health Survey. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40, 689 – 690

235. Brown J, Noble LM, Parageorgious A. Clinical communication in medicine. Willey Blackwell. 2016

236. Butler J., Fennell M., Hackmann A. Cognitive therapy for anxiety disorders: mastering clinical challenges. – NY: Guilford Press, 2008.

237. Carlat DJ. The psychiatric interview. Fourth edition. Wolters Kluwer. 2017

238. *Clinical psychology*. Washington: APA; 2002. The American Psychological Association

239. Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation / Ehlers A., Clark D. M., Hackmannb A., McManusa F., Fennellb M. // Behaviour Research and Therapy. – 2005. – Vol. 43. – P. 413–431.

240. *Definition of clinical psychology*. Montréal: CPA; 1996. The Canadian Psychological Association.

241. Dissociative Experiences Scale – II. 2024. URL: <https://traumadissociation.com/des>

242. Dissociative disorders. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2024-01. URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#108180424>

243. Dubych K.V., Danylyuk K.V. (2022) The system of social services of Ukraine amidst transformation: modern trends and challenges : Scientific monograph. 220 p.

244. Dragioti E, Solmi M, Favaro A, et al: Зв'язок застосування антидепресантів з несприятливими наслідками для здоров'я: систематичний аналіз парасольок. *JAMA Psychiatry* 76 (12):1241-1255, 2019. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2859

245. Emanuel RC. Do certain personality types have a particular communication style? *International journal of social science and humanities*. 2013;2(1). URL: <http://www.researchpub.org/journal/ijssh/ijssh.html>

246. EMDR. URL: <https://emdr.com.ua/emdr/>

247. Ehlers A. Post-traumatic stress disorder: the development of effective psychological treatments / Ehlers A., Clark D. // *Nordic Journal Psychiatry*. 2007. Vol. 62 (47). P. 1–8.

248. Ehlers A. A cognitive model of posttraumatic stress disorder / Ehlers A., Clark D. // *Behaviour Research and Therapy*. – 2000. – Vol. 38. – P. 319–345.

249. Farhood, L, Fares, S, and Hamady, C. PTSD and gender: could gender differences in war trauma types, symptom clusters and risk factors predict gender differences in PTSD prevalence? *Arch Womens Ment Health*. (2018) 21:725–33. doi: 10.1007/s00737-018-0849-7

250. Farrand, P., Mullan, E., Rayson, K., Engelbrecht, A., Mead, K., & Greenberg, N. (2019). Adapting CBT to treat depression in Armed Forces Veterans: qualitative study. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, vol. 47, is. 5, pp. 530–540. DOI: 10.1017/S1352465819000171. Retrieved from <https://www.kcl.ac.uk/kcmhr/publications/assetfiles/2019/farrand2019.pdf>.

251. Fenn, K., & Byrne, M. (2013). The key principles of cognitive behavioral therapy. *InnovAiT*, 6(9), 579–585. 5. Klostermann, K., & Fals-Stewart, W. (2008).

252. Fisher LB, Overholser JC. Refining the assessment of hopelessness: an improved way to look to the future. *Death Studies* 2013;37:212–27. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.628437>

253. Foa E., Kozak M., Liebovitz M.: Randomized, Placebo-Controlled Trial of Exposure and Ritual Prevention, Clomipramine, and Their Combination in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder // *American Journal of Psychiatry*. – 2005. – 162. – P. 151-161.

254. Foa E., Kozak M. Psychological treatments for obsessive-compulsive disorder. Mavissakalian M. Long term treatments of anxiety disorders. – Washington, DC: APP, 1997. – P. 285-309

255. Forbes D. Treatment of militaiy- related post-traumatic stress disorder: challenges, innovations, and the way forward / D. Forbes, D. Pedlar, A. B. Adler et

al. // International Review of Psychiatry. – 2019. – Vol. 31, No 1. – P. 95-110. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31043106/>;

256. Franz, M. R., Wolf, E. J., MacDonald, H. Z., Marx, B. P., Proctor, S. P., & Vasterling, J. J. (2013). Relationships among predeployment risk factors, warzone-threat appraisal, and postdeployment PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 498–506. doi:10.1002/jts.21827.

257. *Guidelines on hospital privileges for psychologists: credentialing and bylaws*. Washington: APA; 1991. The American Psychological Association

258. Hamilton (2008). Depression Rating Scale. Original scientific paper published in 1960 in Psychiatry out of Print website. Accessed June 27

259. Health and Care Excellence (NICE), c. 119-131 URL: <https://www.nice.org.uk>

260. Hofman S. An introduction to modern CBT. – Oxford, Wiley-Blackwell, 2012

261. Hofman S., Smits J. CBT for Adult Anxiety Disorders: A Meta-Analysis of Randomized Placebo-Controlled Studies // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2008. – Vol. 69. – P. 621-632

262. Hornik R. C. Public Health Communication: Evidence for Behavior Change. Routledge 2002

263. Hryshchenko, S., Beseda, N., Slobodanyk, V., Kulesha-Liubinets, M., Bashovenko, O., & Tryfonova, O. Neuropsychological Health Technologies. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 2022, 13(3), 166-180. <https://doi.org/10.18662/brain/13.3/360>

264. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2024-01*. URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>

265. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2024-01*. Anxiety or fear-related disorders. URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1336943699>

266. ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision URL: <https://icd.who.int/en>

267. Jenkinson C et al. *J Public Health Med.* 1997 Jun;19(2):179–86. ; Ware JE, Sherbourne CD; *Med Care.* 1992 Jun;30(6):473–83

268. Johnson, RJ, Antonaccio, O, Botchkovar, E, and Hobfoll, SE. War trauma and PTSD in Ukraine’s civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* (2022) 57:1807–16. doi: 10.1007/s00127-021-02176-9

269. Keane T. M. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity / T. M.Keane, J. M.Caddell, K. L.Taylor // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. – 1988. – Vol. 56. – P. 85–90.

270. Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>

271. Kosinski M, Ware JE, Turner-Bowker DM, Gandek B. User’s manual for the SF-12v2 health survey: with a supplement documenting the SF-12® health survey. Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated; 2007.

272. Kranke, D., Eloersch, J., & Dobalian, A. (2019). Identifying Aspects of Sameness to Promote Veteran Reintegration with Civilians: Evidence and Implications for Military Social Work. *Health & Social Work*, vol. 44, is. 1, pp. 61–64. DOI: 10.1093/hsw/hly036. Retrieved from <https://academic.oup.com/hsw/advance-article/doi/10.1093/hsw/hly036/5245894>.

273. Lazorko, O., Koval, S., Hrek, O., Shkrabiuk, V., Kulesha-Liubinet, M., & Bihun, N. Psychological Security of the Individual as a Functional Component of Professional Activity. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 2021, 12(4), 455-473. URL: <https://doi.org/10.18662/brain/12.4/259>.

274. Leahy R., Holland S. Treatment plans and interventions to CBT of anxiety disorders and depression. – NY: Guilford Press, 2000.

275. Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-u](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-u)

276. Maier W., Buller R., Philipp M., Heuser I. (1988) The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *J. Affect. Disord.*,14(1): 61–68.

277. Manderscheid R.W. (2007) Preparing for pandemic avian influenza: ensuring mental health services and mitigating panic. *Arch. Psychiatr. Nursing*, 21(1): 64–67. Посилання: (www.umj.com.ua/uk/publikatsia-232297-mediko-psihologichni-naslidki-distresu-vijni-v-ukrayini-shho-mi-ochikuyemo-ta-shho-potribno-vrahovuvati-pri-nadanni-medichnoyi-dopomogi)

278. Matarazzo J. Behavior health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*. 1980;35:807–17

279. Murphy, S, Elklit, A, Dokkedahl, S, and Shevlin, M. Testing the validity of the proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria using a sample from northern Uganda. *Eur J Psychotraumatol*. (2016) 7:32678. doi: 10.3402/ejpt.v7.32678

280. Mukerji G. Communicating with patients and families about unnecessary tests and treatments. *Objective Structured Clinical Examination (OSCE) Rating Scales*. The Royal Collage of Physitians and Surgeons of Canada. 2017.

281. Mysliwiec, V, Brock, MS, Creamer, JL, O'Reilly, BM, Germain, A, and Roth, BJ. Trauma associated sleep disorder: a parasomnia induced by trauma. *Sleep Med Rev*. (2018) 37:94–104. doi: 10.1016/j.smrv.2017.01.004

282. Neuz A, Neuz C, Lombardo E. Cognitive-behavioral therapy for medically unexplained symptoms: a critical review of the treatment literature. *Behavioral Therapy*. 2001;32:537–48.

283. Osokina, O, Silwal, S, Bohdanova, T, Hodes, M, Sourander, A, and Skokauskas, N. Impact of the Russian invasion on mental health of adolescents in Ukraine. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. (2022) 62:335–43. doi: 10.1016/j.jaac.2022.07.845

284. PTSD: National Center for PTSD. URL: <https://www.ptsd.va.gov>

285. Personality disorders and related traits. URL: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#37291724>

286. Psychological Difficulties among Children and Adolescents with Ethnic Danish, Immigrant, and Refugee Backgrounds. Leth I., Niclasen J., Ryding E. [et al.] *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2014. Vol. 2(1). P. 29–37.

287. Reilly, P., & Shopshire, M. S. (2019). *Anger Management for Substance Use Disorder and Mental Health Clients: A Cognitive-behavioral Therapy Manual*. US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Treatment. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/anger_management_manual_508_compliant.pdf

288. Save The Children. URL: <https://www.savethechildren.net/what-we-do/emergencies/ukraine>

289. Sernberg R. *Career paths in psychology*. Washington: APA; 1997. *Examination manual for board certification in clinical psychology*. Washington: ABCP; 2000. *The American Board of Clinical Psychology*

290. Spitzer R.L. Saving PTSD from it self in DSM-V. / R. L. Spitzer, M. B. First, J.C. Wakefield // *Journal of Anxiety Disorders*. 2007. №. 21. P. 233– 241.

291. Stein J.Y., Itzhaky L., Levi-Belz Y., Solomon Z. Traumatization, Loneliness, and Suicidal Ideation among Former Prisoners of War: A Longitudinally Assessed Sequential Mediation Model. *Front. Psychiatry*. 2017;8:281. doi: 10.3389/fpsyt.2017.00281. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29312015/>

292. The mental health effects of war: backed by science, URL: <https://healthcare.utah.edu/hmhi/news/2022/03/mental-health-effects-of-war-backed-science>

293. The combat stress reaction as a scientific problem of the world, and its social and medical consequences / M. I. Badiuk, O. S. Shevchuk, K. S. Gutchenko et al. // *Клінічна та експериментальна патологія*. – 2016. – Т. XV, No 4 (58). С. 10-14. URL: <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/14216/5.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (дата звернення 13.02.2024).

294. *The division of clinical psychology*. Leicester: BPS; 2003. British Psychological Society

295. *The division of health psychology*. Washington: APA; 2002. The American Psychological Association

296. Ulla Lepola, Esa Leinonen, Hannu Koronen. Настанова 00732. Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР). <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3523>

297. Vogt, D., Smith, B. N., King, D. W., & King, L. A. (2012). *Manual for the Deployment Risk and Resilience Inventory-2 (DRRI-2): A Collection of Measures for Studying Deployment-Related Experiences of Military Veterans*. Boston, MA: National Center for PTSD. URL: <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/deployment/index.asp>

298. Weathers, F.W., Litz, B.T., Keane, T.M., Palmieri, P.A., Marx, B.P., & Schnurr, P.P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at *ptsd.va.gov*;
299. Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Interview available from the National Center for PTSD at *ptsd.va.gov*
300. Ware JE, Sherbourne CD; Med Care. 1992 Jun;30(6):473–83.
301. Woodward, M. J., Eddinger, J., Henschel, A. V., Dodson, T. S., Tran, H. N., & Beck, J. G. (2015). Social support, posttraumatic cognitions, and PTSD: The influence of family, friends, and a close other in an interpersonal and non-interpersonal trauma group. *Journal of Anxiety Disorders*, 35, 60–67. doi:10.1016/j.janxdis.2015.09.002.
302. World Health Organization (2018) Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugees and migrant health.
303. Yule W, Dyregrov A, Raundalen M, Smith P. Children and war: the work of the Children and War Foundation. *Eur J Psychotraumatol*. 2013;4:18424

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Шкала самооцінки проявів ПТСР. Методики PCL-M та PCL-C

Шкала самооцінки PCL ґрунтується на критеріях DSM-IV і включає 17 пунктів, які відображають ознаки ПТСР. Учасники оцінюють кожен пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), визначаючи ступінь прояву конкретного симптому протягом останнього місяця. Існують три варіанти PCL: PCL-M – військова версія, з питаннями про "травматичний (стресовий) військовий досвід"; PCL-C – версія для цивільного населення, із запитаннями про "травматичний (стресовий) досвід у минулому"; PCL-S – версія, яка стосується конкретного виду травми у минулому. Розрахунок балів однаковий для всіх трьох версій тесту, хоча відмінності між ними є несуттєвими.

Шкала самооцінки PCL -М (військова версія)

Інструкція щодо заповнення: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) військового досвіду.

Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «X» у графі, що найбільш чітко відображає частоту, з якою Вас турбувало це питання *минулого місяця*

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

2. Повторювані, турбуючи сни про травматичний досвід з минулого?

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

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

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

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

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

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

9. Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?

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

11. Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?
12. Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?
13. Труднощі із засинанням або переривчастий поверхневий сон?
14. Відчуття роздратування або вибухи гніву?
15. Труднощі з концентрацією уваги?
16. Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?
17. Відчуваєте себе знервованим/ою (смиканий) або легко лякаєтесь?

Шкала самооцінки PCL -C (цивільна версія)

Інструкція щодо заповнення: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) досвіду у минулому

Будь ласка. Прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «X» у графі, що найбільш чітко відображає частоту з якою Вас турбувало це питання *минулого місяця*

1. Думки і спогади, що повторюються і турбують, або нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?
2. Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?
3. Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або почуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію знову)?
4. Почуваєтеся пригніченим, засмучуєтесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого?
5. Фізично реагуєте (тобто – сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує Вам про травматичний досвід з минулого?
6. Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?
7. Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючу ситуацію з минулого?
8. Відчуваєте труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?
9. Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?
10. Відчуваєте відстороненість або ж відрізаність від інших людей?
11. Відчуваєте емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?
12. Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?
13. Труднощі із засинанням або переривчастий сон?
14. Відчуття роздратування або вибухи гніву?
15. Труднощі з концентрацією уваги?
16. Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?
17. Відчуваєте себе засмиканим (ною) дратівливим/ою або легко лякаєтесь?

Міссісіпська шкала посттравматичних стресових розладів, пов'язаних із бойовими діями або постраждалих від війни (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD for DSM-III) – це клінічна тестова методика, яка допомагає фахівцям в оцінці та діагностиці ПТСР, а також у моніторингу ефективності лікування посттравматичних стресових розладів.

Відповіді:

Абсолютно невірно

Невірно

У деякій мірі вірно

Вірно

Абсолютно вірно

Питання:

1. До служби в армії, у мене було більше близьких друзів, ніж зараз.
2. Я не відчуваю провини за те, що робив під час служби в армії.
3. Якщо хтось виведе мене з себе, я швидше за все застосую фізичну силу.
4. Якщо трапляється щось, що нагадує мені про військову службу, я дуже засмучуюсь.
5. Люди, які добре мене знають, бояться мене.
6. Я здатний емоційно зближуватися з іншими людьми.
7. Мені сняться ночами кошмари про те, що було насправді на війні.
8. Коли я згадую деякі речі, які я робив в армії, мені не хочеться жити.
9. Зовні здається, ніби у мене немає почуттів
10. Останнім часом я відчуваю, що хочу вбити себе.
11. Я засинаю, сплю і прокидаюся лише тоді, коли дзвонить будильник.
12. Я задаю собі питання, чому я досі живий, коли інші загинули на війні.
13. Перебуваючи в певних ситуаціях, я відчуваю себе так, ніби я знову в армії
14. Мої сни настільки реальні, що я прокидаюся в холодному поту і змушую себе не спати.
15. Я відчуваю, що більше не можу.
16. Речі, які викликають у інших людей сміх чи сльози, мене не зачіпають.
17. Я все ще люблю робити багато речей, які мені подобалися раніше
18. Мої фантазії і сни дуже реалістичні і страшні.
19. Мені легко було зберегти роботу після того, як я звільнився з армії.
20. Мені важко зосередитися на виконанні завдань.
21. Я плачу без поважної причини.
22. Мені подобається товариство інших людей.
23. Мене лякають мої прагнення і бажання.
24. Я легко засинаю вночі.
25. Від несподіваних звуків я здригаюся.
26. Ніхто не розуміє, що я відчуваю, навіть моя родина.
27. Я людина спокійна, врівноважена.

28. Я відчуваю, що є певні речі, які я робив в армії, про які я ніколи не зможу нікому розповісти, тому що цього нікому не зрозуміти.

29. Були випадки, коли я вживав алкоголь або снодійне, щоб допомогти собі заснути

30. Я відчуваюся комфортно, коли знаходжусь у натовпі.

31. Я втрачаю самовладання і вибухаю через дрібні повсякденні речі.

32. Я боюся лягати спати.

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

34. Моя пам'ять така ж хороша, як і раніше.

35. Мені важко висловлювати свої почуття навіть людям, які мені небайдужі.

ДОДАТОК В

Шкала тривоги Бека (Beck Anxiety Inventory, BAI) використовується для вимірювання тяжкості тривоги у підлітків і дорослих.

Нижче наведено перелік поширених симптомів тривоги. Будь ласка, вкажіть, наскільки сильно вас турбував той чи інший симптом протягом останнього місяця, зокрема сьогодні.

Відповіді:

- Зовсім не турбував
- Не сильно турбував
- Помірно турбував, часом не приємно
- Сильно турбував

Питання:

1. Оніміння або поколювання
2. Відчуття жару
3. Тремтіння в ногах
4. Нездатність розслабитися
5. Страх, що станеться найгірше
6. Запаморочення
7. Прискорене серцебиття
8. Відчуття нестабільності (вестибулярні порушення)
9. Відчуття жаху або страху.
10. Нервозність
11. Відчуття задухи
12. Тремтіння рук
13. Хиткість
14. Страх втратити контроль
15. Проблеми з диханням
16. Страх смерті
17. Переляк
18. Розлад травлення
19. Непритомність
20. Приплив крові до обличчя
21. Гарячий/холодний піт

Шкали Гамільтона для оцінки тривоги (НАМ-А)

За кожним пунктом шкали ставиться оцінка:

- 0 – відсутність;
- 1 – слабкий ступінь;
- 2 – помірний ступінь;
- 3 – важкий ступінь;
- 4 – дуже важкий ступінь.

Пункт шкали

1. Тривожний настрій (заклопотаність, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)
2. Напруга (відчуття напруги, плаксивість, що легко виникає, тремтіння, відчуття неспокою, нездатність розслабитися)
3. Страх (темряви, незнайомих, самоти, тварин, натовпу, транспорту)
4. Інсомнія (утруднене засипання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, відчуття розбитості та слабкості при пробудженні, кошмарні сни)
5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)
6. Депресивний настрій (втрата звичайних інтересів і відчуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)
7. Соматичні м'язові симптоми (болі, сіпання, напруга, судоми клонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)
8. Соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару та холоду, відчуття слабкості, поколювання)
9. Серцево-судинні симптоми (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)
10. Респіраторні симптоми (тиск і стиснення у грудях, задуха, часті зітхання)
11. Гастро-інтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунку, нудота, блювання, бурчання у животі, діарея, закрепи, зниження маси тіла)
12. Сечостатеві симптоми (прискорене сечовипускання, сильні позиви до сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)
13. Вегетативні симптоми (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головний біль з відчуттям напруги)
14. Поведінка при огляді (совається на стільці, неспокійні жестикуляція та хода, тремор, похмуре обличчя, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте глитання слини)

Інтерпретація та обробка результатів

- Дослідник повинен бути кваліфікованим психіатром або пройти відповідне навчання.
- Витрати часу – від 20 до 30 хвилин. Час оцінки визначається як «зараз» або «протягом останнього тижня».

- Значення балів по всіх 14 пунктах ранжується від 0 до 4.

Сумарний бал приймає значення в інтервалі від 0 до 56.

Виділяються три області значень сумарного балу за шкалою Гамільтона:

- 0 – відсутність тривожного стану,
- 8 – симптоми тривоги,
- 20 – тривожний стан.

При панічному розладі сумарний бал сягає 25-27. Критерієм ефективності терапії є >50% зниження сумарного балу в порівнянні з початковим.

Вимірювані змінні. За сімома пунктами вимірюється соматична тривога, за іншими сімома – психічна. Обидва чинники можуть вимірюватися окремою сумою балів.

Застосування. Шкала широко використовується при проведенні випробувань лікарських засобів; як мінімум заповнюється двічі – до початку та після курсу терапії. Додаткові вимірювання проводяться за бажанням дослідника.

Практичні рекомендації щодо застосування шкали Гамільтона

Загальні рекомендації. Дана шкала розроблена для оцінки тяжкості симптомів тривоги (незалежно від невеликих коливань протягом дня, тому питання необхідно адресувати до стану протягом останніх декількох днів або попереднього тижня.

Точність вимірювання залежить, у першу чергу, від кваліфікації та досвіду дослідника й акуратності реєстрації використаної інформації. Не слід тиснути на пацієнта; пацієнту необхідно надати достатньо часу для докладної відповіді на питання, але при цьому не дозволяти йому занадто відхилятися від теми питання. Число прямих запитань повинно бути зведено до мінімуму, питання треба ставити різними способами, комбінуючи варіанти із затверджувачими або негативними відповідями. Бажано отримувати додаткову інформацію від родичів пацієнта, його друзів, медичного персоналу тощо; ця інформація необхідна, якщо є сумніви щодо коректності відповідей пацієнта. Повторні вимірювання повинні проводитися незалежно один від одного. При проведенні повторного вимірювання дослідник не повинен бачити результати попередніх вимірювань, він заповнює лише чистий бланк шкали. Ці рекомендації можуть здатися банальними, але вони вкрай важливі. Дослідник за можливості повинен уникати питань, що пов'язані із зміною стану пацієнта з часу останнього вимірювання.

ДОДАТОК Д

PHQ-9 – Анкета (опитувальник) пацієнта про стан здоров'я

Опитувальник пацієнта про стан здоров'я (Patient Health Questionnaire – PHQ-9) – шкала самооцінки депресії, ПТСР чи тривожних розладів з дев'яти пунктів, ефективна в діагностиці ВДР, так само як і для вибору методу/засобу лікування та моніторингу результатів.

ППП		Дата			
Як часто за останні 2 тижні Вас турбували наступні прояви? (свою відповідь позначте «√»)		Не турбували взагалі	Протягом декількох днів	Більше половини цього часу	Майже кожного дня
1.	Дуже низька зацікавленість або задоволення від звичайних справ (відсутність бажання щось робити)	0	1	2	3
2.	Поганий настрій, пригніченість або відчуття безпорадності	0	1	2	3
3.	Труднощі із засинанням, переривчастий або занадто тривалий сон	0	1	2	3
4.	Почуття втоми або знесилення (занепад сил)	0	1	2	3
5.	Поганий апетит чи навпаки – переїдання	0	1	2	3
6.	Погані (негативні) думки про себе. Ви вважаєте себе невдахою або розчаровані в собі, або вважаєте, що не виправдали сподівань своєї родини	0	1	2	3
7.	Труднощі концентрації уваги (наприклад, зосередитися на читанні газети чи перегляді телепередач)	0	1	2	3
8.	Ваші рухи або мова були настільки повільними, що оточуючі могли помітити. Або навпаки, Ви були настільки метушливі або збуджені, що рухалися більше, ніж зазвичай	0	1	2	3

9.	Думки про те, що Вам краще було б померти або про те, щоб заподіяти собі шкоду будь-яким чином	0	1	2	3
Сума					
Загальний бал = _____					

ДОДАТОК Е

Шкали депресії, тривоги та стресу (Depression Anxiety Stress Scales, DASS-21) призначена для вимірювання негативних емоційних станів депресії, тривоги та стресу. Шкала DASS-21 підходить для діагностики та моніторингу результатів в клінічних умовах, а також для скринінгу психічного здоров'я в неклінічних умовах.

Відповіді:

- Ніколи
- Іноді
- Часто
- Майже завжди

Тест

1. Мені було важко розслабитися.
2. Я відчував сухість у роті.
3. Я взагалі не міг відчувати жодних позитивних почуттів.
4. У мене виникли труднощі з диханням (наприклад, надмірно прискорене дихання, задишка за відсутності фізичного навантаження).
5. Мені було важко проявити ініціативу, щоби щось зробити.
6. Я був схильний надмірно реагувати на ситуації.
7. Я відчував тремтіння (наприклад, в руках).
8. Я відчував, що витрачаю багато нервової енергії.
9. Мене непокоїли ситуації, в яких я міг би запанікувати і виставити себе дурнем.
10. Я відчував, що мені нема чого чекати.
11. Я почувався неспокійним.
12. Я відчував складнощі в процесі розслаблення.
13. Я почувався пригніченим і сумним.
14. Я був нетерпимий до всього, що заважало мені продовжувати те, що я роблю.
15. Я відчував, що був на межі паніки.
16. Я не міг нічим захопитися.
17. Я відчував, що я нічого не вартий як особистість.
18. Я відчував себе досить образливим.
19. Я усвідомлював роботу свого серця при відсутності фізичного навантаження (наприклад, відчуття прискореного пульсу).
20. Я відчував страх без будь-якої вагомої причини.
21. Я відчував, що життя позбавлене сенсу.

Короткий опитувальник якості життя (SF-12)

Переваги: стислість, легкість підрахунку балів, достовірність даних можна порівняти з більшим опитувальником SF-36.

Стандартна, багатофункціональна коротка форма опитування, що складається з 12 питань, вибраних з опитувальника якості життя SF-36. Якщо лікаря цікавить тільки адекватна оцінка фізичного і психічного здоров'я, то шкалою вибору є опитувальник SF-12, оскільки він значно коротший, ніж опитувальник SF-36.

Інструкції:

1. Загалом, як би Ви оцінили стан Вашого здоров'я: відмінне, дуже добре, добре, задовільне або погане?

5 = Відмінне

4 = Дуже добре

3 = Добре

2 = Задовільне

1 = Погане

2. Помірні фізичні навантаження, такі як переміщення столу, штовхання пирососа, боулінг або гра в гольф. В даний час чи обмежує Вас стан Вашого здоров'я: значно обмежує, трохи обмежує або не обмежує взагалі?

3 = Значно обмежує

2 = Трохи обмежує

1 = Не обмежує взагалі

3. Сходження на кілька сходових маршів. В даний час чи обмежує Вас стан Вашого здоров'я: значно обмежує, трохи обмежує або не обмежує взагалі?

3 = Значно обмежує

2 = Трохи обмежує

1 = Не обмежує взагалі

4. Протягом останніх чотирьох тижнів чи досягли Ви менше, ніж хотіли б, з причини стану Вашого фізичного здоров'я?

0 = Ні

1 = Так

5. Протягом останніх чотирьох тижнів чи були Ви обмежені в роботі або інших видах регулярної діяльності з причини стану Вашого фізичного здоров'я?

0 = Ні

1 = Так

6. Протягом останніх чотирьох тижнів чи досягли Ви менше, ніж хотіли б, з причини будь-яких емоційних проблем, таких як почуття депресії або тривоги?

0 = Ні

1 = Так

7. Протягом останніх чотирьох тижнів чи виконували Ви роботу або інші види регулярної діяльності не так само ретельно, як зазвичай, з причини якихось емоційних проблем, таких як почуття депресії або тривоги?

0 = Ні

1 = Так

8. Протягом останніх чотирьох тижнів наскільки більш заважав виконанню Вашої нормальної роботи, в тому числі роботи поза домом і хатньої роботи? Чи зовсім не заважав, трохи, помірно, досить сильно або дуже сильно?

5 = Зовсім не заважав

4 = Злегка

3 = Помірно

2 = Досить сильно

1 = Дуже сильно

9. Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви почувалися спокійним? Весь час, більшу частину часу, достатньо часу, деякий час, трохи часу або зовсім не почувалися?

6 = Весь час

5 = Більшу частину часу

4 = Достатньо часу

3 = Деякий час

2 = Трохи часу

1 = Зовсім не почувалися

10. Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви почувалися сповненим енергії? Весь час, більшу частину часу, достатньо часу, деякий час, трохи часу або зовсім не почувалися?

6 = Весь час

5 = Більшу частину часу

4 = Достатньо часу

3 = Деякий час

2 = Трохи часу

1 = Зовсім не почувалися

11. Скільки часу протягом останніх чотирьох тижнів Ви почувалися пригніченим? Весь час, більшу частину часу, достатньо часу, деякий час, трохи часу або зовсім не почувалися?

6 = Весь час

5 = Більшу частину часу

4 = Достатньо часу

3 = Деякий час

2 = Трохи часу

1 = Зовсім не почувалися

12. Протягом останніх чотирьох тижнів скільки часу стан Вашого фізичного здоров'я або емоційні проблеми заважали Вашому соціальному життю, в тому числі відвідуванню друзів, родичів та ін.? Весь час, більшу частину часу, достатньо часу, деякий час, трохи часу або зовсім не заважали?

6 = Весь час

5 = Більшу частину часу

4 = Достатньо часу

3 = Деякий час

2 = Трохи часу

1 = Зовсім не заважали

Інтерпретація результатів.

Опитувальник SF-12 оцінює ЯЖ, яка насправді є дуже індивідуальною для кожної людини. Саме тому мало сенсу розробляти нормативні значення про те, що є «гарною» або «поганою» ЯЖ. Тому й не представлено жодних нормативних значень або критичних значень. Проте результати опитувальника SF-12 вказують на те, що показник 0% в певному домені означає найгіршу можливу ЯЖ і 100% вказує на повну ЯЖ (найкращий результат). Беручи це до уваги, легко побачити, що вищі показники за опитувальником SF-12 вказують на кращу ЯЖ.

Якщо опитувальник SF-12 використовується в якості клінічного методу обстеження, то варто обговорити з пацієнтами, що вони думають про свої результати і що вони означають для них. Оскільки ЯЖ є дуже особистим показником, двоє пацієнтів, які мають однакові результати за опитувальником SF-12, фактично можуть відчувати себе дуже по-різному стосовно їхньої ЯЖ. Якщо опитувальник SF-12 використовується, щоб визначити зміни в ЯЖ, то збільшення кількості балів означає поліпшення ЯЖ.

Приблизний час проведення тесту: до 10 хвилин.

ДОДАТОК Ж

АНКЕТА

оцінки задоволеності пацієнтів первинною медичною допомогою

Шановний пацієнте!

З метою вивчення питання якості медичного обслуговування на первинній ланці системи охорони здоров'я, просимо Вас відповісти на запитання анкети. Результати будуть враховані як складова опитування, та будуть використанні для наукових цілей на користь пацієнтів і медичних працівників.

Анкета є анонімною.

Щиро дякуємо за Вашу участь та надані відповіді!

1. Ви:

- ☐ Військовослужбовець ЗСУ ☐ Військовослужбовець ТрО
- ☐ Військовополонений ☐ ВПО
- ☐ Постраждалий з тимчасово окупованих територій

2. Оцініть своє загальне самопочуття:

- ☐ Добре ☐ Погане ☐ Чудове

3. На вашу думку, чи вважаєте Ви за потрібне звертатися до сімейного лікаря на консультацію при наявності відчуття неспокою, тривоги, депресії тощо:

- ☐ Так ☐ Ні ☐ Інше

4. До якого лікаря ви звернетесь у разі порушення сну, відчуття неспокою, тривоги тощо:

- ☐ Сімейний лікар
- ☐ Психолог
- ☐ Психіатр
- ☐ Інший

5. Чи скеровував Вас сімейний лікар в разі звернення з приводу відчуття неспокою, тривоги, депресії на консультацію до психолога або психіатра:

- ☐ Ні
- ☐ Так

6. Чи дотримуетесь Ви рекомендацій сімейного лікаря в разі звернення з приводу відчуття неспокою, тривоги, депресії?

- ☐ Ні
- ☐ Так
- ☐ Інше

7. Висловіть загальну думку стосовно доцільності залучення лікаря-психолога при наданні первинної медичної допомоги з приводу відчуття неспокою, тривоги, депресії:

- ☐ Ні
- ☐ Так
- ☐ Інше

8. Чи справдився Ваш рівень очікувань від отриманої медичної допомоги:

- ☐ Більше так, ніж ні
- ☐ Більше ні, ніж так
- ☐ Так
- ☐ Ні

Дата заповнення _____

ДОДАТОК 3

Кількісно-якісний склад медико-психологічного центру реабілітації

Посада	Кількість працівників
Директор	1
Заступник директора з лікувальної частини	1
Заступник директора з адміністративної та господарської роботи	1
Секретар	1
Головний бухгалтер	1
Бухгалтер	2
Інспектор/фахівець з кадрів	1
Юрисконсульт	1
Інженер з охорони праці	1
Завідувач господарства	1
Кес-менеджер	4
Лікар терапевт	4
Лікар психіатр	4
Лікар невролог	4
Лікар травматолог/ортопед	2
Нейрофізіолог	1
Лікар реабілітолог	12
Лікар гастроентеролог	1
Лікар уролог	1
Лікар гінеколог	1
Лікар окуліст	1
Лікар отоларинголог	1
Лікар кардіолог	1
Лікар ендокринолог	1
Лікар ультразвукової діагностики	2
Лікар інфекціоніст	1
Клінічний психолог	12
Психотерапевт	6
Логопед	1
Старша медична сестра	1
Маніпуляційна медсестра	4
Медична сестра	16
Сестра господарка	1
Молодша медична сестра	32

Робітник з комплексного обслуговування й ремонту будівель (слюсар-сантехник, столяр, електромонтер та інші)	6
Прибиральник	4
Двірник	2
Шеф-кухар	1
Дієт-сестра	1
Кухар	18
Технічний працівник кухні	6

ДОДАТОК І

Структура кваліфікаційного курсу (спеціалізація) «Клінічна психологія» для психологів, практичних психологів закладів охорони здоров'я зі стажем роботи у системі охорони здоров'я понад 5 років та переводяться на посаду «клінічний психолог»

Назва змістовних модулів, тем	Кількість годин		
	Усього	Лекції	Практичні
Змістовий модуль 1. Теоретико-методологічні основи клінічної психології			
Тема 1. Загальна проблематика клінічної психології	2	2	
Тема 2. Вікова періодизація. Особливості хвороб та патологічних станів, їх сприйняття на різних етапах життя людини.	2	1	1
Тема 3. Концептуальні підходи до аналізу психопатологічних явищ і феноменів	2	1	1
Тема 4. Критерії диференціації норми і патології в клінічній психології	2	2	
Тема 5. Патопсихологічні синдромо-комплекси	4	1	3
Змістовний модуль 2. Методи дослідження в клінічній психології			
Тема 6. Клінічне інтерв'ю (принципи побудови)	2	1	1
Тема 7. Експериментально-психологічні методи дослідження	4	1	3
Тема 8. Патопсихологічна оцінка порушень когнітивних процесів (пам'ять, увага, сприйняття, мислення)	4	1	3
Тема 9. Патопсихологічна оцінка інтелектуальних порушень	4	1	3
Тема 10. Патопсихологічна оцінка порушень емоційної та вольової сфери	4	1	3
Тема 11. Патопсихологічна оцінка порушень особистісно-психологічних особливостей	4	1	3

Тема 12. Нейропсихологічне дослідження порушень мовлення, читання, письма, рахунку	2	1	1
Тема 13. Нейропсихологічне дослідження порушень праксису, схеми тіла, орієнтації у просторі	2	1	1
Тема 14. Нейропсихологічне дослідження слухового сприйняття, стеріогнозису, зорового гнозису	2	1	1
Тема 15. Інструментальні методи дослідження функціонального стану центральної нервової системи, методи нейровізуалізації	2	2	
Тема 16. Заключення за результатами патопсихологічного дослідження (принципи побудови)	4	1	3
Змістовний модуль 3. Різновиди, методи та рівні психологічних втручань в клінічній психології			
Тема 17. Перша психологічна допомога	2	1	1
Тема 18. Кризове психологічне консультування	2	1	1
Тема 19. Психологічні втручання низької інтенсивності	2	1	1
Тема 20. Психологічне консультування (принципи, особливості, різновиди)	2	1	1
Тема 21. Психокорекція (принципи, особливості, різновиди)	2	1	1
Тема 22. Психотерапія (принципи, особливості, різновиди)	2	1	1
Тема 23. Основи психофармакології	2	2	
Змістовний модуль 4. Прикладні аспекти клінічної психології у відповідності до МКХ-11. Диференційна діагностика та особливості психологічних втручань			
Тема 24. МКХ-11 особливості, структура, нововведення, діагностичні критерії та значення в клінічній практиці (Психічні, поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку)	2	2	
Тема 25. Порушення нейропсихічного розвитку (6A0)	6	2	4

Тема 26. Шизофренія та інші первинні психотичні розлади (6A2)	6	2	4
Тема 27. Кататонія (6A4)	2	1	1
Тема 28. Афективні розлади (6A6)	6	2	4
Тема 29. Розлади, пов'язані з тривогою та страхом (6B0)	4	2	2
Тема 30. Обсесивно-компульсивні та подібні розлади (6B2)	4	2	2
Тема 31. Розлади, що специфічні пов'язані зі стресом (6B24)	6	2	4
Тема 32. Дисоціативні розлади (6B6)	4	2	2
Тема 33. Розлади харчування та харчової поведінки (6B8)	4	2	2
Тема 34. Розлади природних відправлень (6C0)	1	1	
Тема 35. Розлади тілесних відчуттів та переживань (6C2)	4	2	2
Тема 36. Розлади внаслідок вживання психоактивних речовин та адиктивної поведінки (6C4)	4	2	2
Тема 37. Розлади контролю спонукань (6C7)	4	2	2
Тема 38. Деструктивні та дисоціальні поведінкові розлади (6C9)	4	2	2
Тема 39. Розлади особистості та особистісні риси (6C7)	4	2	2
Тема 40. Парафілійні розлади (6D3)	2	1	1
Тема 41. Імітовані розлади (6D5)	4	2	2
Тема 42. Нейрокогнітивні розлади (6D7)	4	2	2
Тема 43. Психічні та поведінкові розлади, пов'язані з вагітністю, пологами та післяпологовим періодом (6E2)	2	1	1
Тема 44. Психологічні та поведінкові фактори, що впливають на розлади та захворювання, класифіковані в інших розділах (6E4)	1	1	
Змістовний модуль 5. Психологічна допомога під час реабілітації у сфері охорони здоров'я			
Тема 45. Реабілітація як гуманітарна модель медицини: принципи, підходи, етапи	2	2	

Тема 46. Медико-психологічні аспекти внутрішніх хвороб	4	1	3
Тема 47. Медико-психологічні аспекти в акушерстві і гінекології	4	1	3
Тема 48. Медико-психологічні аспекти в хірургічній практиці	4	1	3
Тема 49. Медико-психологічні аспекти онкологічної патології	4	1	3
Тема 50. Медико-психологічні аспекти в неврологічній патології	4	1	3
Тема 51. Медико-психологічні аспекти в сексології	4	1	3
Тема 52. Медико-психологічні аспекти в педіатрії	4	1	3
Тема 53. Медико-психологічні аспекти психічних розладів	4	1	3
Тема 54. Медико-психологічні аспекти паліативної допомоги	4	1	3
Тема 55. Психогігієна зміцнення та психопрофілактика порушень психічного здоров'я.	4	1	3
Всього годин/кредитів ЄКТС	180/6	76	104

**Анкета
для військовослужбовців, які пережили полон та осіб із тимчасово
окупованих територій щодо проведення комплексної медико-психологі-
чної допомоги.**

[розроблено автором]

1. ПІБ
2. Статус опитуваного:
 - а) Військовослужбовець ТрО;
 - б) Військовослужбовець ЗСУ;
 - в) цивільна особа.
3. Чи після звільнення Ви, як військовослужбовець ТрО, ЗСУ чи цивільна особа проходили медичний огляд?
4. Який саме вид медичного огляду Ви пройшли після визволення (загальний медогляд, психологічний огляд, інший)?
5. Якщо Ви проходили медичний огляд, чи відчули, що отримали достатню медичну допомогу та підтримку?
6. Чи виникали у Вас труднощі чи перешкоди при отриманні медичної допомоги після звільнення?
7. Які аспекти вашого фізичного та психологічного стану були оцінені під час медичного огляду?
8. Чи були зроблені рекомендації або призначено подальші заходи лікування на підставі результатів медичного огляду?
9. Чи вплинув результат медичного огляду на Ваше подальше військове чи цивільне служіння?
10. Чи Ви задоволені якістю та обсягом медичного обслуговування, яке вам було надано після визволення?

**Анкета
для аналізу постраждалих внаслідок війни в Україні**

Дякуємо за участь у дослідженні! Ваша відповідь є дуже важливою для нашого розуміння впливу війни в Україні на фізичне та психічне здоров'я. Будь ласка, відповідайте на запитання чесно та об'єктивно.

1. Особиста інформація:

☐ Вік:

☐ Стать:

2. Пов'язані з воєнним досвідом:

- Чи брали ви участь у воєнних діях?

☐ Так ☐ Ні

- Ви:

☐ Військовослужбовець ЗСУ

☐ Військовослужбовець ТрО

☐ Військовополонений

☐ ВПО

☐ Постраждалий з тимчасово окупованих територій

3. Травми та поранення:

- Чи отримали ви поранення внаслідок воєнних дій?

☐ Так ☐ Ні

- Які види поранень ви отримали?

☐ бойові поранення ☐ травми ☐ інше

- Яка була серйозність отриманих поранень

☐ легкі ☐ середні ☐ важкі

4. Психологічний стан:

- Чи відчуваєте ви стресові реакції, пов'язані з воєнними переживаннями?

☐ Так ☐ Ні

- Чи звертались ви за психологічною допомогою або лікуванням в зв'язку з психічним станом?

☐ Так ☐ Ні

5. На ваш погляд, наскільки великий вплив воєнних переживань має на ваше фізичне та психічне здоров'я (на шкалі від 1 до 10, де 1 – мінімальний вплив, 10 – максимальний вплив)?

Дякуємо за відповіді. Ваша участь є важливою для нашого розуміння та покращення підходів до підтримки та лікування тих, хто пережив поранення та травми внаслідок війни в Україні.

Короткий опис DRRI-2

DRRI-2 оцінює 17 факторів ризику та стійкості:

- 2 Фактори до служби: стресові фактори до служби (18 пунктів) та дитячий сімейний досвід (12 пунктів)
- 12 Факторів під час служби: умови служби (14 пунктів), бойовий досвід (17 пунктів), наслідки бойових дій (13 пунктів), вплив ядерних, біологічних або хімічних агентів (13 пунктів), загрози під час служби (12 пунктів), підготовленість (10 пунктів), підтримка сім'ї та друзів (8 пунктів), підтримка підрозділу (12 пунктів), загальні домагання (8 пунктів), сексуальні домагання (8 пунктів), занепокоєння щодо життєвих негараздів (15 пунктів), сімейні стресові фактори (14 пунктів).
- 3 Фактори після служби: стресові фактори після служби (14 позицій), соціальна підтримка після служби (10 позицій) та сімейна ситуація після служби (12 пунктів).

Опитувальник

«Вивчення ситуативної тривожності постраждалих внаслідок війни»

Тест призначений для визначення емоційної реакції військовослужбовця та цивільних осіб постраждалих внаслідок війни в Україні в умовах імовірної несподіваності при очікуванні неприємностей.

Інструкція: Оцініть свій емоційний стан на даний момент часу. При цьому кожне твердження потрібно оцінити таким чином: “1” – ні; “2” – швидше ні, чим так; “3” – швидше так, чим ні; “4” – так.

Для надійної самооцінки потрібно оцінити себе за цією шкалою перед іспитом, перед звільненням, перед тим, як заступити в наряд”.

Відповіді: ні; швидше ні; швидше так, чим ні; так.

Шкала:

1. Я спокійний.
2. Мені нічого не загрожує.
3. Я перебуваю в напруженні.
4. Я відчуваю жаль.
5. Я почуваю себе вільно.
6. Я стурбований.
7. Мене хвилюють можливі невдачі.
8. Я відчуваю себе таким, що відпочив.
9. Я відчуваю тривогу.
10. Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення.
11. Я вірю в себе.
12. Я нервую.
13. Я не знаходжу собі місця.
14. Я заведений.
15. Я не відчуваю напруги.
16. Я задоволений.
17. Я стурбований.
18. Я надмірно збуджений і мені не по собі.
19. Мені радісно.
20. Мені приємно.

Аналіз та інтерпретація результатів:

1. Обробка результатів: вирахувати суму умовних одиниць за твердженнями: №3;4;6;7;9;12;13;14;17;18 і окремо вирахувати суму з №1;2;5;8;10;11;15;16;19;20.

2. З першої суми вирахувати другу.

3. До отриманої різниці прибавити 50.

Якщо показник:

- **менший за 30** – це свідчить про низький рівень стану тривожності. Якщо тривожність військовослужбовця менша оптимального рівня, то він надмірно розслаблений, пасивний і своєчасно та адекватно не реагує на ситуацію;

- **від 30 до 45** – це свідчить про середній рівень стану тривожності;

- **від 45 і вище** – це свідчить про високий рівень стану тривожності. Якщо тривожність військовослужбовця більша оптимального рівня, то він проявляє високий рівень збудження, нервує, відчуває внутрішню напругу, що негативно впливає на поведінку та діяльність.

Наукове видання

І. С. Клименко

**МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ОСІБ ПОСТРАЖДАЛИХ
ВНАСЛІДОК ВІЙНИ В УКРАЇНІ**

Монографія

Керівник видавничого проекту *Віталій Зарицький*
Комп'ютерний дизайн *Олена Щербина*
Авторська редакція
Рисунок для обкладинки надано автором

Підписано до друку 16.12.2024. Формат 60х84 ¹/₁₆.
Папір офсетний. Друк офсетний. Гарнітура Times New Roman.
Умовн. друк. аркушів – 17,08. Обл.-вид. аркушів – 15,13.
Тираж 300

Видавець і виготовлювач: ТОВ «Видавництво Ліра-К»
Свідоцтво № 3981, серія ДК.
03142, м. Київ, вул. В. Стуса, 22/1
тел.: (050) 462-95-48; (067) 820-84-77
Сайт: lira-k.com.ua, редакція: zv_lira@ukr.net