

УДК 159.98:[159.944.4:616-07]

DOI <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2023-1-4>

ПЕРВИННА ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ПОТЕРПІЛИМ ІЗ СИМПТОМАМИ ГОСТРОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

Когут Олександра Олександрівна,

доктор психологічних наук, доцент,

доцент кафедри загальної та вікової психології

Криворізький державний педагогічний університет

Aleksandra13-76@ukr.net

<https://orcid.0000-0003-0116-2274>

Анотація. З огляду на високий рівень стресогенності в умовах наявної воєнної загрози в Україні стала актуальною потреба у наданні первинної психологічної допомоги людям, які постраждали від втрат, пережили надмірні потрясіння внаслідок загрози їхньому життю та здоров'ю. Аналізуючи психотерапевтичний досвід зарубіжних та вітчизняних колег, у статті виокремлено та узагальнено особливості надання первинної психологічної допомоги, яка є затребуваною в Україні нині. Автор представляє та порівнює симптоми, які виникають внаслідок психологічної травми, що виокремлені в уніфікованому українському клінічному протоколі первинної, вторинної та третинної медичної допомоги і в МКХ-10. **Метою** статті є виокремлення важливих критеріїв надання первинної психологічної допомоги постраждалим від війни, зокрема військовослужбовцям. **Методи дослідження:** теоретичний аналіз наукових джерел, спостереження, бесіда з військовослужбовцями та лікарями, інтерв'ю із зарубіжними колегами. **Результати.** У результаті теоретичного та емпіричного досліджень виявлено, що первинна психологічна допомога є більш ефективною, якщо вона надається вчасно та комплексно у співпраці з медичною допомогою; якщо рекомендовані вправи виконуються потерпілим систематично; якщо застосовується певний алгоритм надання початкової психотерапевтичної допомоги. Автором зазначено, що вчасне виявлення симптомів гострого стресового розладу та надання первинної допомоги військовослужбовцям є важливим як для покращення їхнього здоров'я, так і для успішного виконання службових обов'язків. **Висновки.** Автор представляє власний алгоритм надання первинної психологічної допомоги військовослужбовцям: психоедукація – психофізіологічна стабілізація – врегулювання емоційного балансу – відновлення когнітивних пізнавальних процесів та набуття конструктивних копінг-стратегій – формування життєвих смислів, які дають можливість пережити кризовий період життя. У статті також відзначено важливість вчасного надання першої психологічної допомоги постраждалим внаслідок екстремальних ситуацій, що допомагає зменшити інтенсивність симптомів гострого стресового розладу та знижує вірогідність появи посттравматичного стресового розладу.

Ключові слова: психологічна травма, перша психологічна допомога в екстремальних ситуаціях, первинна психологічна допомога, посттравматичний стресовий розлад.

INITIAL PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE FOR VICTIMS WITH SYMPTOMS OF ACUTE STRESS DISORDER

Kohut Oleksandra Oleksandrivna,

Doctor of Psychological Sciences, Associate Professor,

Associate Professor at the Department of General and Age Psychology

Kryvyi Rih State Pedagogical University

Aleksandra13-76@ukr.net

<https://orcid.0000-0003-0116-2274>

Abstract. Considering the high level of stressogenicity in the conditions of the existing war threat in Ukraine, the ability of psychologists to differentiate post-stress symptoms and to provide initial psychotherapeutic help to the victims in a timely manner is important and relevant. Analyzing the psychotherapeutic experience of Israeli, German, Czech, American, and Lithuanian colleagues, the article highlights the features of initial psychotherapeutic help that is in demand in Ukraine today. The author presents and compares the symptoms that arise as a result of psychological trauma, which are identified in the unified Ukrainian clinical protocol of primary, secondary and tertiary medical care and in ICH-10. **The purpose of the article** is to determine the psychological features of providing initial psychotherapeutic assistance to victims, in particular to military personnel. **Research methods:** theoretical analysis of scientific sources, observation of servicemen in hospital conditions, conversations with servicemen and doctors, interviews with foreign colleagues. As a result of theoretical and empirical research, it was found that initial psychological assistance is more effective if it is provided in a timely and comprehensive manner in cooperation with medical assistance; if



the recommended exercises are performed systematically by the victim; if a certain algorithm for providing initial psychotherapeutic assistance is used. **Conclusions.** The author presents his own algorithm for providing initial psychological assistance to military personnel: psychophysiological stabilization – adjustment of emotional balance – restoration of cognitive processes and acquisition of constructive coping strategies – formation of life meanings that provide an opportunity to survive the crisis period of life. In the article, the author also notes the importance of providing psychological first aid to victims of extreme situations in a timely manner, which helps reduce the intensity of symptoms of acute stress disorder and reduces the likelihood of post-traumatic stress disorder.

Key words: *psychological trauma, first psychological aid in extreme situations, initial psychological aid, post-traumatic stress disorder.*

Вступ. Виклики жакликих воєнних подій в Україні породжують низку психологічних проблем, серед яких вагоме місце посідає така, як відсутність універсальної моделі надання первинної психологічної допомоги постраждалим. Аналізуючи психотерапевтичний досвід зарубіжних фахівців, вважаємо за необхідне визначити критерії та алгоритм застосування первинної психологічної допомоги. На етапі діагностики постстресових симптомів у військовослужбовців, які проходять лікування після переживання екстремальних станів (воєнний шок, контузія, ступор, істерія, перетомлення), слід зазначити, що значно вираженими є такі симптоми, як гіперзбудження, перетомлення, відчуття самотності, тремтіння, втрата сну. Причинами їх виникнення можуть бути такі: вчасно не надано першу психологічну допомогу під час екстремальної ситуації; нова психологічна травма сформувалася на фоні незавершеної старої травми; що актуалізувалася в екстремальній ситуації; недостатній рівень психологічної підготовки військових до бойових дій тощо. Незважаючи на те, що гострий стресовий розлад не розглядається як клінічний розлад, він може мати значний вплив на професії з високим ризиком, наприклад військових, де порушення функціонування може поставити під загрозу членів команди та інших (Svetlitzky, 2020).

Теоретичне обґрунтування проблеми. Психотравматичний досвід переживання подій війни у вітчизняній психології вивчається в аспекті досліджень травматичної кризи (психотравми) в рамках теорії посттравматичного розладу і кризової психології, що виникла наприкінці 80-х років ХХ ст. Психотравма вважається наслідком непередбачуваної, раптової, приголомшливої події, реакція на ситуацію, в якій є загроза життю людини або її здоров'ю (Zlivkov, 2016). Психологічні травми порушують нормативну організацію психіки і можуть зумовити межові (тимчасове відчуття дискомфорту) або клінічні стани (зниження імунітету, втрату працездатності, порушення когнітивних процесів) (Lynekhan, 2020).

Особливу увагу слід приділити особливостям надання первинної психологічної допомоги постраждалим від війни. Учасники воєнних подій, які пройшли тренінг з психо-

логічної підготовки в Ізраїлі та стали обізнаними щодо проявів різних посттравматичних симптомів, набули навичок як справлятися з ними, що значно підвищило їхній бойовий дух та рівень психофізіологічного здоров'я (Vlad, 2020). В уніфікованому українському клінічному протоколі первинної, вторинної та третинної медичної допомоги висококваліфіковані фахівці відповідно до МКХ-10 виокремлюють такі діагнози: симптоми гострої реакції на стрес (F43.0), розлади адаптації (F43.2), посттравматичний стресовий розлад (F43.1). Серед розладів адаптації виокремлюють такі діагнози, як: короточасна депресивна реакція (F43.20), пролонгована депресивна реакція (F43.21), змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22), з переважанням емоційних порушень (F43.23), з переважанням порушень поведінки (F43.24), змішаний розлад емоцій і поведінки (F43.25), інші реакції на важкий стрес (F43.28), реакція на важкий стрес, не уточнена (F43.9) (World Health Organization, 2019). У класифікаторі DSM-V фахівці виокремлюють гострий стресовий розлад (308.3), посттравматичний стресовий розлад (309.81). З вищезазначеного є зрозумілим, що актуалізованій темі не досить приділено увагу у вітчизняній науці.

Мета статті – узагальнити теоретико-емпіричні результати вітчизняних та зарубіжних сучасних наукових досліджень, розробити алгоритм первинної психологічної допомоги постраждалим із діагнозом «гострий стресовий розлад».

Методологія та методи. Щоб з'ясувати наскільки військовослужбовці здатні самотужки справитися із симптомами травми, застосовано опитувальник TRIM (Trauma Risk Incident Management), який допоміг оцінити ризику травматизації. Метод виник у Великобританії з метою профілактики виникнення ПТСР та включає навички активного і структурованого слухання, зосередженого, уважного спостереження за людиною, яка пережила психологічну травму більше місяця тому. В протоколі зазначено десять факторів, на які слід звернути увагу, аналізуючи ситуацію загрози психотравми: втрата контролю, загроза смерті або травма, звинувачення інших, почуття сорому і провини за свою

поведінку, симптоми, пов'язані з травматичним досвідом, попередній травматичний досвід, додаткові стресори після травматичної ситуації, складність з рутинною діяльністю, недолік соціальної підтримки, вживання психоактивних речовин. Кожен із зазначених критеріїв оцінюється за 0, 1, 2 бали; якщо відсутній симптом є, але пацієнт не повідомляє про нього, пацієнт сам про нього згадує. Загальна сума балів визначає рівень травматизації пацієнта – до 10 балів – низький (виявлено у 10% зі 100 опитуваних), до 15 – помірний (у 50% потерпілих), до 20 – високий (у 40% респондентів).

Результати та дискусії.

Таблиця 1

Рівні травматизації військовослужбовців

Опитувальник TPIM (Trauma Risk Incident Management)		
Рівні травматизації військовослужбовців		
високий	середній	низький
40% опитуваних	50% опитуваних	10% опитуваних

Симптоми з травматичним досвідом за п'ятьма критеріями розділено на: проблеми зі сном (у 70% опитуваних), флешбеки (у 40% респондентів), соматичні реакції на тригери (у 30% військовослужбовців), роздратування, гнів, агресія (в 50% опитуваних), проблеми з концентрацією уваги, гіперпильність (у 90% потерпілих), дисоціація (у 10% опитуваних), проблеми з пам'яттю (у 10% респондентів).

Таблиця 2

Ієрархія вираженості симптомів

проблеми з концентрацією уваги, гіперпильність (у 90% потерпілих)
проблеми зі сном (у 70% опитуваних)
роздратування, гнів, агресія (в 50% опитуваних)
флешбеки (у 40% респондентів)
соматичні реакції на тригери (у 30% військовослужбовців)
дисоціація (у 10% опитуваних), проблеми з пам'яттю (у 10% респондентів)

Теоретико-емпіричне дослідження вибраної теми дало підстави для того, щоб розділити психологічну допомогу постраждалим внаслідок психічної травми на чотири частини: перша психологічна допомога в екстремальних ситуаціях, первинна психологічна допомога постраждалим із симптомами гострого стресового розладу, психологічна допомога потерпілим із діагнозом «посттравматичний стресовий розлад», психологічна допомога людям із розладами адаптації.

Первинна психологічна допомога в екстремальній ситуації військовослужбовцям при-

значена для пом'якшення симптомів гострої стресової реакції (контузія, воєнний шок, істерія, ступор, паніка, агресія, моторне перезбудження) на важкі стрес-фактори (обстріл градами, ракетами, мінно-вибухова травма) і є ефективною в найближчий час отримання психологічної травми: від 1 хв. до 24 годин (Straube, 1994). Гостра реакція на стрес (F43.0) – тимчасовий розлад, який стихає через кілька годин або 3–4 дні. Щоб навчитися їх опановувати, необхідно засвоїти навички, які спираються на відпрацьований алгоритм дій (World Health Organization, 2019).

Симптоми після стресової реакції слід розділити відповідно до активації симпатичної чи парасимпатичної вегетативної нервової системи, що допомагає у наданні первинної психологічної допомоги для стабілізації нормативного психофізіологічного стану.

У більшості випадків (60% потерпілих) спостерігаємо прояв гіперактивності симпатичної нервової системи військовослужбовців, що супроводжується такими симптомами, як: гіперзбудження, агресивність, гнівливість, підвищена конфліктність, втрата сну, тремтіння рук або й тіла загалом (важко зігрітися), підвищене потовиділення, прискорення мовлення, логоневрози (10%), підвищений артеріальний тиск (160/110), витіснення із пам'яті жажливих подій (дисоціативна амнезія), іноді схильність до суїциду (1%). Первинна психологічна допомога є ефективною на етапі «золотого часу» (визначення ізраїльських психологів) на 3–4 день після психологічної травми за наявності симптомів гострого стресового розладу (308.3). За шкалою психофізіологічних, емоційних, когнітивних та поведінкових симптомів, їх повинно бути більше дев'яти (Царенко, 2020).

Найчастіше протягом місяця після психологічної травми у військовослужбовців проявляються психофізіологічні симптоми (50% опитуваних): підвищений тиск, потовиділення, судоми, головні болі, тремтіння в руках, неможливість зігрітися (підвищений рівень адреналіну в крові), тахікардія, підвищене серцебиття, запаморочення, непритомність, підвищена втомлюваність, м'язові перенапруження, психосоматичний біль, втрата або підвищення ваги на фоні втрати або підвищення апетиту, порушення сну (часто прокидаються від жахів, образів війни).

Також вираженими є емоційні порушення (у 30% опитуваних): підвищений рівень тривожності (7–10 балів за 10-бальною шкалою), страх, спалахи гніву, агресії, немотивована пильність, надмірні полохливі реакції на тригери (здригання), апатія, байдужість, відчуття смутку, горя, депресія (плаксивість більше двох тижнів), втрата інтересу до життя, радощів (тунельне бачення), відчуття самотності,



почуття провини та образи на інших або на себе, проблема переживання позитивних емоцій, незадоволення собою та оточенням.

Менше порушень у цей час спостерігається в когнітивній сфері (у 10% опитуваних): в пам'яті, увазі (важко сконцентруватися у людних місцях), логічного мислення, мовлення (уповільнене чи прискорене), в наявності флешбеків, у роздумах про відновлення справедливості, про помсту, у втраті сенсу життя.

Поведінкові симптоми гострого стресового розладу теж спостерігаються на цьому етапі рідко (10%): підвищена конфліктність, імпульсивність, уникнення думок і почуттів (усього, що нагадує про травму), проблеми у сім'ї (підвищена конфліктність, роздратування), соціальна самоізоляція (5%), низька продуктивність діяльності, сексуальна дисфункція (1%), зловживання алкоголем, психоактивними речовинами.

Для діагностики наслідків стресу та надання психотерапевтичної допомоги слід враховувати часові інтервали перебування пацієнта в травматичному стані. Сучасний психотерапевт Ізраїльської коаліції психотравми Алекс Гершанов рекомендує надання психологічної допомоги, орієнтуючись на час та діагноз (Гершанов, 2021). Гостра реакція на стрес – до 3–4 днів, у цей час застосовують протоколи ППП, психоедукацію, ВІВО, TRIM; гострий стресовий розлад – до чотирьох тижнів, рекомендовано застосовувати психоедукацію, TRIM, BASIC Ph, неперервність, метод короткотривалих інтервенцій. ПТСР (PTSD) – від одного до трьох місяців; хронічний стресовий розлад – рік і більше застосовують психотерапію травми. Відстрочена травма може проявитися через непрогнозований відрізок часу, тригером може бути незначна подія, неспецифічна травматична подія, резонансна травма.

Симптоми ГСР сучасна ізраїльська психотерапевт Гіла Петрова пропонує розділити на три класи: біжи, завмири, борись (Петрова, 2022). Такий розподіл дає можливість зрозуміти реакцію людини на стрес та відповідно зорієнтує на застосування відповідної психотерапевтичної допомоги. Так, у теорії «триєдиного мозку» П. Макліна описано, що емоційний мозок сприяє ірраціональній поведінці людини у стресі та втраті самоконтролю (Kogut, 2021).

Реакція «біжи» – уникнення місць, думок, почуттів, розмов, пов'язаних з подією; емоційне заціпеніння (обмежені, заморожені, витіснені емоції); втрата інтересу до звичайної діяльності; апатія та байдужість до життя, минулих інтересів; відстороненість від інших (відчуження, почуття самотності). За такої реакції на стрес людина втрачає контакт із собою та зовнішнім світом, який необхідно повернути. Втеча, за Мартіном Штраубе, проявляється у недовірі до оточення, зневі-

рюються в тому, що люди можуть допомогти; людина стає покірливою долі; ховається у собі (Straube, 1994). Травмована людина уникає дій, ситуацій, думок, спогадів, місць, спілкування, що нагадують стрес, не отримує нових вражень, уникає дружніх стосунків, підтримки, почуттів, тілесних відчуттів, розвитку. «Травматичні ситуації мають не лише соціальний, а й психологічний вплив, що проявляється як одразу, так і за деякий час після тривалого травматичного досвіду» (Козігора, 2021).

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

Реакція «борись» проявляється у симптомах надмірного збудження: безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірні пильність та старт-рефлекс, повторне переживання (нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію, кошмари, інтенсивні психологічні страждання), соматичні реакції (пітливість, прискорене серцебиття, паніка у разі нагадування про травмуючу подію). Така реакція проявляється в агресивності, конфліктності, гнівливості, звинуваченні інших. Мартін Штраубе зазначив, що характерними ознаками «боротьби» є гнів, агресія, аутоагресія, страх, паніка (Straube, 1994). Доктор Донна Наказава з'ясувала, що реакція людини на стрес є сформованою у дитинстві: бігти, завмерти чи боротися (Nakazava, 2019). Саме тому реакція на стрес у військовослужбовців у кожному випадку буде індивідуальною.

Сучасний німецький психотерапевт Мартін Штраубе системно підходить до визначення стресу та психотравми (Straube, 1994). Людина, яка сприймає травмуючу ситуацію як екзистенційну загрозу, з якої вона не бачить виходу, є вразливою до травматичного ефекту. Її життєвий досвід не відповідає загрозливим факторам ситуації й індивід неспроможний впоратися з ними, що породжує почуття безпорадності, покинутості, спричиняє тривалий шок, потрясіння з порушенням самоідентифікації (уявлення про себе та розуміння світу). Мартін Штраубе зазначає, що травма вражає всі системи організму людини: нервову (порушуються ритми напруження і відпочинку), кров'яну (підвищення серцебиття може бути критичним), травну (порушується обмін речовин) (Straube, 1994). Метаболізм (обмін речовин) у дистресі порушує важливі функції кишечника, печінки, травлення, які своєю чергою сприяють розвитку діабету, підвищенню ліпідів у крові, виснаженню імунної системи. Загалом зазначені наслідки пору-

шення обміну речовин знижують мотивацію та волю. У дистресовому стані порушується ритм роботи вегетативної нервової системи з перевагою роботи симпатичного нервового відділу, що порушує роботу внутрішніх органів (серця, дихання, випорожнення, кров'яних судин, печінки, нирок, сечового міхура, мозку тощо). Перенапруження від дистресу вимикає кору головного мозку, що сприяє таким симптомам: перезбудження, відчуття небезпеки повсюди, втрата довіри, відсутність самопорозуміння, порушене мислення, змінене уявлення, важко пробачити, паралізований мовний центр, тунельний зір, що сприяє баченню лише негативних речей. У Німеччині стрес вимірюється за допомогою варіабельності серцевого ритму.

Олександр Гершанов (Гершанов, 2021) запропонував власне бачення психотерапевтичної допомоги пацієнтам із симптомами ГСР. За протоколом TID (Trauma Incident Desensibilisation) виявляємо зниження травмивної події на якість життя. Він включає три етапи: 1 етап – застосування протоколу TRIM, 2 етап – психоедукація: модель CoMEP (подія-думка-емоція-реакція), 3 етап – техніка «Перевертень». Найбільш вагомими характеристиками ГСР він відзначив: дисоціацію, гіперзбудження, уникнення, Ре-переживання. Дисоціація – відчуття байдужості, відірваності від дійсності або недостатня емоційність, погане розуміння навколишніх подій, почуття нереальності навколишнього та власної особистості. Гіперзбудження знаходить своє вираження в надмірній говірливості, моторному збудженні. Уникнення вказує на травмуючу подію (уникнення місць травми, контактів з людьми і т.д.). Ре-переживання – емоційне включення у разі згадування про травмуючу подію, демонстрація інтенсивних реакцій (фізичних, емоційних), ніби події відбуваються в реальному часі.

Мартін Штраубе радить розпочинати психотерапію з пошуку безпечного місця клієнта. Безпечне місце може бути назовні, в тілі, в небезпечному просторі або ж уявне – в душі, в духовному просторі (Straube, 1994). Саме акцент на ресурсуванні робить людину сміливішою та впевненішою і коли вона ознайомлюється із командою власних сильних частин свого Я, вона здатна подивитися травмі в обличчя, опрацювати власні недоліки. Робота з уявним безпечним місцем дозволяє людині сформулювати його, щоб у кризовій ситуації психіка відчувала стабільність, опору всередині й могла справитися із травмуючою ситуацією. Уява створює образи, які захищають людину, не допускає в небезпечне місце людей, які погрожують, а лише тих, кому людина довіряє, з ким почувається в безпеці. Уявне безпечне місце можна створити за допомогою казки, максимально підключивши

в опис образу всі органи чуттів, які допомагають створити найбільш яскравий образ.

Дисоціативні розлади є найскладнішими симптомами ГСР. Страх, занурення у фантазію, ілюзію є прикладом дисоціації. Образи виринають як флешбеки під час стресу чи нової травми. Уява безпечного місця – здорова форма дисоціації. У разі нездорової форми діагностуємо дисоціативний розлад, людина не відрізняє фантазію від реальності, втрачає ментальну інтеграцію, має змінений стан свідомості. Дисоціація є захисним механізмом – під час травми інформація не попадає в кору головного мозку, втрачаються контроль над тілом та пам'яттю: людина не може згадати, що сталося, відображення у дзеркалі стає чужим. Дерезалізація – людина ніби як у кіно не бере участь у власному житті, відчувається від навколишнього середовища. Чим сильнішою є травма, тим сильніше людина дисоціюється. Для легкої форми дисоціації є властивими регресія, демотивація, раптові зміни настрою, людина «відлітає» на протипагу страху та депресії. У разі важких дисоціативних розладів до свідомості не доходить те, що було; спостерігається психоз, галюцинації, біль, параліч, втрата свідомості, неадекватні емоції, до людини неможливо достукатися. Ефективним методом ресурсування травмованого військовослужбовця є метод зцілення його внутрішньої дитини, який запропонував Стефан Шталь (Zlivoк, 2016).

Антонімом позитивної дисоціації є когерентність: світ і я – хороша команда. Тому травмотерапія повинна орієнтуватися на відновлення самоусвідомлення часу, місця, подій, смислів. Навчити клієнта описувати свої частини Я, свій страх (який він, де знаходиться, що робить, якого він роду?). Психотерапевт повинен подружити ці частини, привести їх до стану єдності. Людина стає регламентером своїх частин, режисером, який може написати свій сценарій для всіх частин, діалог. Дисоціативна амнезія потребує опрацювання гіпнозом.

За наявності у пацієнтів симптомів ГСР чеська психотерапевт Сюзана Чепелікова пропонує застосовувати протокол «ASIST». Такий протокол можна застосовувати для 52 клінічних симптомів, серед яких такі як: порушення сну, страхи, стреси, вигорання, дисоціації, фобії, панічні атаки, тіки, заїкання, порушення у харчуванні, поведінці, тривога, депресія тощо. Комплексне лікування дисоціації за допомогою техніки ДПДГ та методу EMDR запропонував психотерапевт Аріель Шварц (Zlivoк, 2016).

М.М. Лінехан пропонує з дистресовими розладами (симптомами тривоги, депресії, гніву, страху, флешбеками, залежністю) справлятися за допомогою тренування нави-



чок за допомогою діалектичної поведінкової терапії (Lynekhan, 2020). Діалектична терапія допомагає ідентифікувати речі, які є тригерними, приборкати сильні емоції, подолати нездорові думки, в яких пацієнти застрягли, владнати спілкування з іншими людьми. З тривожними розладами можна справитися за допомогою психопрактик когнітивно-поведінкової психотерапії Д. Меннінга, Н. Ріджей (Menning, 2020). Президент ДПТ у Ванкувері О.Л. Чапмен пропонує подолати тривогу, неспокій, стрес, нічні жахи, нав'язливі стани, панічні атаки, соціальну тривожність за допомогою методу діалектичної поведінкової терапії. На основі ДПТ формуються навички міжособистісної ефективності, стресостійкості, емоційної регуляції, усвідомленості.

Висновки. З огляду на вищезазначене нами застосовано системно-інтегративний підхід у наданні психологічної допомоги військовослужбовцям, що зазначено в авторській концепції інтегративного розвитку та формування стресостійкості особистості (Kogut, 2021). На підставах інтегративного підходу ми маємо можливість сформулювати та розвинути стресостійкі властивості особистості як складники багатокомпонентної структури особистості, яка спроможна підтримувати гомеостаз, доцільність взаємодії із соціокультурним середовищем, здатність до адаптації, саморозвитку, генерування нових структур і підсистем у надскладних ситуаціях життєдіяльності. Концепція інтегративного розвитку та формування стресостійкості особистості поєднує концептуальні ідеї нейропсихології, тілесної психотерапії, гештальт-психології, когнітивної та екзистенціальної психології, інтегрованого нейропрограмування. Програмою підвищення рівня стресостійкості особистості охоплено психопрактики, які поєднують різновид психологічних кодів підсвідомого змісту стресу. Застосування алгоритму «психофізіологія–емоційна сфера–когнітивна сфера (організаційна і смислова)» в процесі надання початкової психологічної допомоги військовослужбовцям надало високоефективні результати комплексного лікування військовослужбовців. Вдалося набути психофізіологічної стабілізації, врегулювання емоційного балансу, трансформації підсвідомого змісту проблемних симптомів, відновити когнітивні пізнавальні процеси та набути конструктивні копінг-стратегії, які дають можливість пережити кризовий період життя. Результати надання початкової психологічної допомоги діагностовано за критеріями: психобіологічний, соціокультурний, організаційно-поведінковий. Психобіологічний критерій: стійкість до нервово-психічної напруженості, низький рівень нейротичності, відсутність страхів

і агресивних станів та ін. Соціокультурний критерій: застосування конструктивного захисту в агресивних умовах; високий рівень комунікативної толерантності, адекватний комунікативний контроль, впевненість у собі та асертивність, сформована позитивна мотивація до виконання професійних обов'язків, збалансовані структури характеру, володіння стратегіями подолання конфліктних ситуацій, віра у себе та у майбутнє та ін. Організаційно-поведінковий критерій: соціальна адаптованість; фрустраційна толерантність; конструктивні копінг-стратегії (орієнтованість на вирішення проблем, пошук соціальної підтримки), підвищений індекс вольової саморегуляції, наявність смислу життя задля подолання екзистенціальної кризи та ін.

Клінічні бесіди з військовослужбовцями в неврологічному відділенні лікарні допомогли констатувати той факт, що вони навчилися навичок саморегуляції у подоланні симптомів гострого стресового розладу. Особливо слід зазначити, що в основі засвоєння навичок саморегуляції лежать такі методи початкової психологічної допомоги, як: психоедукація, пошук безпечного місця та релаксація, стабілізація психофізіологічного стану – включення парасимпатичної нервової системи, робота над інтрузивними спогадами, опрацювання негативних емоцій, пошук смислів. Емпіричні дослідження показали, що за такої симптоматики ефективними методами допомоги постраждалим є: психоедукація (пояснення потерпілому причини дії симптомів); метод «Тре» орієнтований на зниження тремтіння та релаксацію тілесних затисків; білатеральні психотехніки включення в роботу парасимпатичної нервової системи, яка відповідає за розслаблення, сон, відпочинок організму; дихальні вправи для зняття симптомів паніки, тривожності й досягнення стану спокою, відновлення сну; нейропсихологічні вправи для відновлення роботи правої і лівої півкуль головного мозку (відомо, що у стресі правопівкульне мислення є емоційним, хаотичним, а лівопівкульне завмирає, не працює); рекомендується вживати воду для активації блукаючого нерву, угамування спраги та виведення адреналіну з організму.

Важливо після одержання травми діагностувати ПТСР, який протікає латентно, може бути тривалим (2 роки). Якщо лікування вчасно не надане, то ПТСР трансформується в хронічну зміну особистості (F62.0), що проявляється у вадах характеру.

Перспектива подальших розробок полягає у дослідженні ефективних інструментів для відновлення роботи парасимпатичної нервової системи людини.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Гершанов А. Тот, кто идет с тобой по дороге. Израиль : ЛитРес, 2021, 17 с.
2. Джексон Д. Наказава. Осколки детских травм. Почему мы боеем и как это остановить. Київ : «Форс Украина», 2019. 336 с.
3. Зливков В.Л., Лукомська С.О., Федан О.В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
4. Когут О.О. Психологія стресостійкості особистості : монографія. Кривий Ріг : Літерія, 2021. 379 с.
5. Кузікова С.Б., Зливков В.Л., Лукомська С.О. Вікові переживання травм війни: інтегративний підхід. *Науковий вісник Херсонського державного університету: Серія «Психологічні науки»*. № 2. 2022. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-9>.
6. Линехан М.М. Диалектическая поведенческая терапия: тренинг навыков. Раздаточные материалы и рабочие листы. Киев : Диалектика-Вильямс, 2020, 560 с.
7. Марія А.К. Поняття тривалого травматичного стресу та контексти його застосування. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, № 4. 2021. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-2>.
8. Мэннинг Д., Риджуэй Н. Практика когнитивно-поведенческой терапии. Рабочие листы и раздаточные материалы. Киев : Диалектика-Вильямс, 2020. 178 с.
9. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи : навчальний посібник. / За редакцією Царенко Л. Том 1. Київ. 2020, 208 с.
10. Петрова Г. Помощь вернувшимся с войны и их семьям. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=nH2654uZMDc>.
11. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу : монографія. / З.Г. Кісарчук, Я.М. Омельченко, Г.П. Лазос та ін. ; за редакцією З.Г. Кісарчук. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2020. 178 с.
12. Adler A.B., Gutierrez I.A. Acute stress reaction in combat: emerging evidence and peer-based interventions. *Curr Psychiatry Rep.* 2022; 24(4):277–284. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01335>.
13. Vlad Svetlitzky 1, Moshe Farchi 2, Ariel Ben Yehuda 1, Amanda R Start 3, Ofir Levi 4, Amy B Adler 3 YaHaLOM training in the military: Assessing knowledge, confidence, and stigma. 2020 May; 17(2):151–159. URL: <https://doi.org/10.1037/ser0000360>.
14. Khomulenko T., Kuznetsov O. (2019). Psikholingvistichne znachennya kontseptu «vira». [Psikholingvistichne znachennya kontseptu “vira”]. *Psycholinguistics*, 25(1), 338–362. URL: <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2019-25-1-338-362>.
15. Liana M. Matson, Amy B. Adler, Phillip J. Quartana, Connie L. Thomas, and Emily G. Lowery-Gionta. Management of Acute Stress Reactions in the Military: A Stepped Care Approach. *Curr Psychiatry Rep.* 2022; 24(12): 799–808. URL: <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01388-3>.
16. Martin Straube, Renate Hasselberg. Schwellenerlebnisse, Grenzerfahrungen Hardcover – 1 Jan. Publisher : Urachhaus. German. 1994.
17. Oksana Serhienkova, Svitlana Kalishchuk, Oleksandra Kohut, Inna Dobrenko, Lut Suyusanov. Behavioral Analysis of Individuals in Crises. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*. 2021, Volume 12, Issue 4, C. 94–106.
18. World Health Organization, International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-11). 2019. 11th edition.

REFERENCES:

1. Gershanov, A. (2021). *Tot, kto idet s toboy po doroge* [The one who walks with you on the road]. Izrail: LitRes, 17 p. [in Izrail].
2. Dzhekson D., Nakazava (2019). *Oskolki detskikh travm. Pochemu my boleem i kak eto ostanovit'* [Fragments of childhood trauma. Why do we get sick and how to stop it]. Kyiv: “Force Ukraine”, 336 p. [in Ukrainian].
3. Zlivkov, V.L., Lukomska, S.O., Fedan, O.V. (2016). *Psikhodiagnostika osobistosti u krizovikh zhittevykh situatsiyakh* [Psychodiagnosics of special features in crisis life situations]. Kyiv: Pedagogical opinion, 219 p. [in Ukrainian].
4. Kogut, O.O. (2021). *Psikhologiya stresostiykosti osobistosti: monografiya* [Psychology of personality stress resistance: monograph]. Kriviy Rig: Letters. 379 p. [in Ukrainian].
5. Kuzikova, S.B., Zlyvkov, V.L., Lukomska, S.O. (2022). Age-related experiences of war trauma: an integrative approach. *Scientific Bulletin of the KhSU Psychological Sciences Series*. № 2 DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2022-2-9> [in Ukrainian].
6. Lynekhan, M.M. (2020). *Dialekticheskaya povedencheskaya terapiya: trening navykov* [Dialectical behavior therapy: skills training]. Kyiv: Dialectics-Williams, 2020, 560 p. [in Ukrainian].
7. Mariia, A.K. (2021). *The concept of long-term traumatic stress and contexts of its application*. *Scientific Bulletin of the KhSU Psychological Sciences Series*. № 4. DOI: <https://doi.org/10.32999/ksu2312-3206/2021-4-2> [in Ukrainian].
8. Menning, D., Ridzhuay, N. (2020). *Praktika kognitivno-povedencheskoy terapii* [Practice of cognitive-behavioral therapy]. Kyiv: Dialectics-Williams, 2020. 178 p. [in Ukrainian].
9. Tsarenko, L. (2020). *Osnovi rehabilitatsionoy psikhologiyi: podolannya naslidkiv krizi* [Basics of rehabilitation psychology: overcoming the consequences of the crisis]. Kyiv: Tutorial. Volume 1. 208 p. [in Ukrainian].



10. Petrova, G. *Pomosch vernuvshimsya s voynyi i ih semyam*, 2022. Retrieved from: <https://www.youtube.com/watch?v=nH2654uZMDc>.
11. Kisarchuk, Z.G., Omel'chenko, Ya.M., Lazos, G.P. (2020). *Tekhnologiyi psikhoterapevtichnoyi dopomogi postrazhdalim u podolanni proyaviv posttravmatichnogo stresovogo rozladu: monografiya* [Technologies of psychotherapeutic assistance to victims in overcoming manifestations of post-traumatic stress disorder: monograph]. Kyiv: Slovo Publishing House, 178 p. [in Ukrainian].
12. Adler A.B., Gutierrez, I.A. Acute stress reaction in combat: emerging evidence and peer-based interventions. *Curr Psychiatry Rep.* 2022;24(4):277–284. DOI: 10.1007/s11920-022-01335/.
13. Vlad Svetlitzky 1, Moshe Farchi 2, Ariel Ben Yehuda 1, Amanda R. Start 3, Ofir Levi 4, Amy B. Adler 3. YaHaLOM training in the military: Assessing knowledge, confidence, and stigma. 2020 May; 17(2):151–159. DOI: 10.1037/ser0000360.
14. Khomulenko, T., Kuznetsov, O. (2019). *Psikholingvistichne znachennya kontseptu «vira»*. *Psycholinguistics*, 25(1), 338–362. Retrieved from: <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2019-25-1-338-362> [in Ukrainian].
15. Liana M. Matson, Amy B. Adler, Phillip J. Quartana, Connie L. Thomas, and Emily G. Lowery-Gionta (2022). Management of Acute Stress Reactions in the Military: A Stepped Care Approach. *Curr Psychiatry Rep.* 24(12): 799–808. DOI: 10.1007/s11920-022-01388-3/.
16. Martin Straube, Renate Hasselberg (1994). *Schwellenerlebnisse, Grenzerfahrungen* Hardcover – 1 Jan. Publisher: †Urachhaus. German.
17. Oksana Serhienkova, Svitlana Kalishchuk, Oleksandra Kohut, Inna Dobrenko, Lut Suyusanov (2021). Behavioral Analysis of Individuals in Crises. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, Volume 12, Issue 4, S. 94–106.
18. World Health Organization, *International statistical classification of diseases and related health problems (ICD-11)*. 2019. 11th edition.

*Стаття надійшла до редакції 30.03.2023.
The article was received 30 March 2023.*