

Капосльоз Григорій Вікторович *канд. психол. наук, с.н.с, заступник начальника науково-дослідного відділу
Науково-дослідний центр гуманітарних проблем Збройних Сил України, Україна*

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ВІДНОВЛЕННЯ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ У ЧАСТИНІ

За узагальненими даними в умовах інтенсивних бойових дій більшість військовослужбовців переживає гострі стресові реакції, частка таких військовослужбовців може досягати 70–80% [1]. Дослідження проведені в Україні свідчать, що в умовах війни більшість осіб, залучених до бойових дій або проживання в зоні конфлікту, переживають виражений психологічний дистрес, при цьому понад 50% демонструють симптоми гострого стресу, а близько 20–25% мають ризик розвитку психічних розладів [2; 3; 4]. За результатами опитування, значна частина (20 – 40%) військовослужбовців Збройних Сил України вказують на наявність ознак гострих стресових розладів [5].

У психології травми є критичний принцип: перші 1–3 доби після події визначають, чи стане реакція нормальною адаптацією, чи патологією. Якщо в цей період відсутня підтримка, людина ізольована, симптоми ігноруються різко зростає ризик хронічного психічного порушення (залежної поведінки, депресії, ПТСР).

Сучасні бойові дії в Україні характеризуються високою інтенсивністю, тривалістю без чітких “пауз”, постійною загрозою життю (удари БПЛА, артилерії), втратами та моральними дилемами. Вивести військовослужбовців, а тим паче підрозділ з району бойових дій для забезпечення відновлення їх психічного здоров'я часто неможливо через обмежені ресурси медичної евакуації, перевантаженість закладів охорони здоров'я (у тому числі психічного), варіативність станів, що їх переживають військовослужбовці (не кожен стан потребує госпіталізації). Якщо евакуювати всіх, хто потребує відновлення психічного здоров'я будь-яка система просто “захлинеться”.

З іншого боку, без відповідних кроків щодо відновлення психічного здоров'я військовослужбовців “у підрозділі” неконтрольовано зростають втома, депресивні стани, агресивна та залежна поведінка військовослужбовців, що збільшує кількість помилок і невиправданих втрат особового складу, знижує згуртованість підрозділу. Тобто, проведення заходів

із відновлення психічного здоров'я військовослужбовців у частині – це елемент забезпечення боєздатності її підрозділів.

Огляд попередніх досліджень підходів, методів, систем відновлення (охорони) психічного здоров'я військовослужбовців та їх ефективності підтверджує, що високий рівень поширеності бойового стресу та ризик розвитку ПТСР серед військових [6; 7] роблять психічне здоров'я одним із ключових чинників боєздатності та довгострокового соціального функціонування особового складу. Водночас ефективність існуючих підходів до відновлення психічного здоров'я залишається предметом наукових дискусій.

У рекомендаціях World Health Organization щодо використання першої психологічної допомоги як базового інструменту реагування на травматичні події [8] вказується, що вона спрямована на стабілізацію емоційного стану, відновлення відчуття безпеки та підтримку базових потреб. Встановлено, що перша психологічна допомога є безпечним втручанням і сприяє зниженню гострого стресу [9; 10]. Однак систематичні огляди вказують на обмежену доказову базу щодо її впливу на довгострокові результати, зокрема профілактику ПТСР [9]. Таким чином, перша психологічна допомога є необхідним компонентом, але не може розглядатися як самодостатній метод відновлення психічного здоров'я.

Метод Critical Incident Stress Debriefing (CISD – дебрифінг критичних інцидентів) широко застосовувався у військових і рятувальних структурах у 1990-х роках [11]. Однак подальші рандомізовані дослідження показали суперечливі результати: метааналізи свідчать, що дебрифінг не знижує ризик розвитку ПТСР, а у деяких випадках може погіршувати стан [12]. Відповідно, World Health Organization не рекомендує обов'язкове застосування цього методу [13]. Таким чином, метод має обмежену ефективність і потенційні ризики, особливо при примусовому застосуванні.

Травмофокусовані підходи (TF-CBT, EMDR, експозиційна терапія) є найбільш дослідженими методами лікування ПТСР. Метааналізи демонструють їх високу ефективність у зниженні симптомів і покращенні функціонування [14]. Вони рекомендовані як “золотий стандарт” у клінічних настановах [15]. Водночас існують обмеження застосування у районі бойових дій: необхідність тривалого лікування, потреба у безпечному середовищі. Таким чином, це високоефективні методи, але непридатні як первинна допомога в польових умовах та висувають високі вимоги до фахівців, що їх використовують.

Фармакологічне лікування (зокрема застосування SSRIs) показало

ефективність у зменшенні симптомів тривоги та депресії [16]. Однак воно має допоміжний характер. Обмеження використання методу включають: відсутність впливу на причини травми, ризик побічних ефектів, потенціал залежності. Таким чином, фармакотерапія є важливим, але другорядним компонентом комплексного відновлення.

Підходи “forward psychiatry” (польової психіатрії) широко використовуються у U.S. Army та Israel Defense Forces. Вони базуються на принципах близькості, швидкості та очікування повернення в стрій [17]. Дослідження показують, що такі системи дозволяють повернути до 60–70% військових до служби [1]. Однак відсутні довгострокові результати, можливе “приховане” накопичення PTSD, акцент зміщений на функціональність військовослужбовців, а не його здоров'я. Таким чином, цей метод ефективний для короткострокової стабілізації, але не вирішує проблему повністю.

Програми розвитку резильєнтності, такі як Comprehensive Soldier Fitness, спрямовані на профілактику психічних розладів [18]. Встановлено, що реалізація програм призводить до помірного підвищення психологічної стійкості, зниження рівня стресу. Водночас, ефект є обмеженим, не запобігає тяжким формам ПТСР. Таким чином, це ефективний профілактичний інструмент, але не альтернатива відновленню.

Дослідження показують, що найбільш ефективними є багаторівневі системи відновлення (охорони) психічного здоров'я, які поєднують: раннє втручання (стабілізацію), польову підтримку, спеціалізоване лікування, довготривалу реабілітацію [19]. Однак більшість систем мають короткий горизонт оцінки, залежать від ресурсів, не універсальні для різних культурних контекстів.

Аналіз літератури виявляє системні проблеми проведення емпіричних досліджень: нестача рандомізованих контрольованих досліджень (більшість досліджень – обсерваційні, а не експериментальні, складно створити “контрольні групи”); короткострокові оцінки ефективності; вплив організаційних інтересів на представлення результатів дослідження (вплив політичних і військових інтересів на інтерпретацію); обмежена екстраполяція на інші країни (високий ступінь етно-культурного впливу).

З огляду на це, відновлення психічного здоров'я військовослужбовців доцільно розглядати як цілеспрямований, поетапний процес, інтегрований у функціонування частин (підрозділів), а не як разову інтервенцію, що здійснюється лише після виникнення виражених психічних порушень. Такий підхід передбачає системне поєднання заходів профілактики, раннього виявлення стрес-індукованих змін, психологічної підтримки, відновлення

та реабілітації з урахуванням інтенсивності та тривалості впливу бойових стресорів, а також індивідуальних ресурсів адаптації військовослужбовців.

Заходи із відновлення психічного здоров'я військовослужбовців – це системно організований, поетапний комплекс дій організаційно-управлінського, матеріально-побутового, психологічного, духовного та соціального характеру спрямованих на відновлення порушеного, в результаті впливу бойових і операційних стресорів, стану організму та психіки військовослужбовця до рівня, який характеризується узгодженістю функціонування всіх органів та систем, оптимальною саморегуляцією, результативною взаємодією із зовнішнім середовищем та за якого військовослужбовець здатен задовольняти базові потреби, досягати самореалізації, відчувати причетність до соціальних груп, а також адекватно реагувати на всі види стресу, уникаючи деструктивних дій і руйнівних моделей поведінки.

Проведення заходів із відновлення психічного здоров'я створює передумови (є основою, підґрунтям) для адекватного сприйняття військовослужбовцями обстановки, підтримання та розвитку їх стійкості до бойових стресорів і готовності виконувати завдання за призначенням, адаптації до умов військової служби, ефективного виконання ними навчальних і бойових завдань.

Мета проведення заходів з відновлення психічного (ментального, психологічного) здоров'я військовослужбовців – збереження, відновлення та покращення психічного здоров'я військовослужбовців, профілактика дезадаптації, професійного вигорання, адиктивної (залежної) поведінки та ПТСР.

Відповідно до мети практична реалізація заходів з відновлення психічного (ментального, психологічного) здоров'я військовослужбовців має забезпечувати виконання наступних завдань:

- своєчасне виявлення гострих стресових реакцій, дезадаптації, емоційного вигорання, та психологічного виснаження;

- зменшення впливу бойових та оперативних стресорів шляхом управління організацією життєдіяльності та виконання бойових завдань;

- створення матеріально-побутових умов для фізіологічного та емоційного відновлення;

- надання психологічної допомоги (першої, кризової, короткострокової, довгострокової) та психологічного супроводу адаптації / реадаптації;

- здійснення моральної підтримки а за можливості культурної рекреації.

Для своєчасного виявлення гострих стресових реакцій, дезадаптації,

емоційного вигорання, та психологічного виснаження на усіх рівнях організації відновлення психічного здоров'я здійснюються заходи виявлення військовослужбовців, що потребують відновлення психічного здоров'я [20].

Для зменшення впливу бойових та оперативних стресорів плануються та здійснюються заходи управління й організації життєдіяльності та виконання бойових завдань: дотримання режиму, облік бойового та психічного навантаження, планування ротацій; забезпечення можливості усамітнення; евакуація воїнів, які отримали бойові психічні травми, для надання медичної допомоги та відновлення; координація між суб'єктами відновлення психічного здоров'я військовослужбовців на усіх рівнях.

Для створення матеріально-побутових умов для фізіологічного та емоційного відновлення проводяться заходи: обладнуються місця відпочинку та сну; харчування; базові засоби комфорту.

Для надання психологічної допомоги та психологічного супроводу адаптації / реадаптації проводяться заходи: психоедукації (психологічної просвіти); психологічної підтримки; психологічного консультування; психологічної корекції; психотерапії (відповідно до наявної компетенції).

Робота психологів спрямована на надання своєчасної психологічної допомоги у випадках бойової психічної травми або стресового розладу, що виник внаслідок дії бойових і оперативних стресорів. Особлива увага приділяється стабілізації емоційного стану, підтримці базових психологічних функцій та створенню умов для подальшого відновлення.

Для здійснення моральної підтримки проводяться заходи: з підтримання бойового духу (гідність важливіша за дисциплінарний тиск, бути поруч, а не "виправляти", мовчазна присутність іноді цінніша за слова); роботи з цінностями та сенсами військовослужбовців (сене сильніший за мотиваційні гасла); вшанування заслуг живих та пам'яті загиблих (визнання важливіше за настанови, залучення капелана (за можливості)); активного відпочинку спрямованого на відновлення духовних сил, інтелектуальний розвиток та ознайомлення з культурними цінностями у вільний час (культурно-рекреаційні заходи).

Суб'єктами, які планують, організують та реалізують заходи із відновлення психічного здоров'я військовослужбовців у бригаді (полку) є: командири всіх рівнів (офіцери, сержанти (старшини)); заступники командирів рот, батальйонів з психологічної підтримки персоналу; офіцери-психологи ГПСтаВ (ГКБС – в частині що стосується); особовий склад підрозділів підготовлений до надання допомоги за принципом "рівний – рівному"; капелани (в частині що стосується); медична служба (в частині що

стосується).

Безпосередні командири та їх заступники якщо, звісно, користуються повагою і довірою підлеглих, можуть бути набагато ефективнішими при відновленні компетенції і впевненості військовослужбовців, ніж ті, хто надають спеціалізовану допомогу. Вони є безцінними союзниками в наданні психологічної допомоги при бойовому стресі, а заходи відновлення психічного здоров'я військовослужбовців дають найкращі результати при спільних зусиллях.

Координацію проведення заходів здійснює заступник командира бригади (полку) з психологічної підтримки персоналу (ЗКБр з ППП) через офіцера-психолога відділення психологічної підтримки персоналу бригади (полку).

Таким чином, система заходів з відновлення психічного (ментального, психологічного) здоров'я військовослужбовців у бригаді (полку) це не набір окремих заходів психологічної допомоги, а спрямовуваний офіцерами-психологами та керований командирами процес відновлення ресурсу людини в умовах війни, де психолог, командир і система забезпечення діють як єдине ціле для повернення боєздатності (психологічної стійкості до бойових стресорів та мотиваційної готовності виконувати завдання за призначенням) особового складу, а не лише “усунення симптомів” порушення психічного здоров'я.

Ключова особливість заходів із відновлення психічного здоров'я у бригаді (полку) полягає в тому, що вони:

реалізуються без відриву або з мінімальним відривом від виконання завдань;

спрямовані на профілактику порушень, підтримання, стабілізацію та відновлення психічного здоров'я;

орієнтується на подолання наслідків травми шляхом активізації внутрішніх ресурсів військовослужбовця з метою використання збережених навичок і розвитку нових на основі резервних можливостей людини та досягнення посттравматичного зростання.

У бригаді (полку) доцільно визначити три рівні організації та місця проведення заходів з відновлення психічного здоров'я особового складу (рис. 1):

на рівні “відділення (обслуга) – рота (батарея)” організацію психологічного відновлення доцільно здійснювати у місцях розташування та виконання завдань підрозділів;

на рівні “батальйон (дивізіон)” організацію психологічного відновлення доцільно здійснювати у пунктах психологічного відновлення (ППсихВ) або

кімнатах (комплексах) психологічного розвантаження (КПсихР) батальйону;
на рівні “бригада (полк)” організацію психологічного відновлення доцільно здійснювати у пунктах психологічної допомоги (ППсихД) або кімнатах психологічної допомоги (КПсихД) бригади.

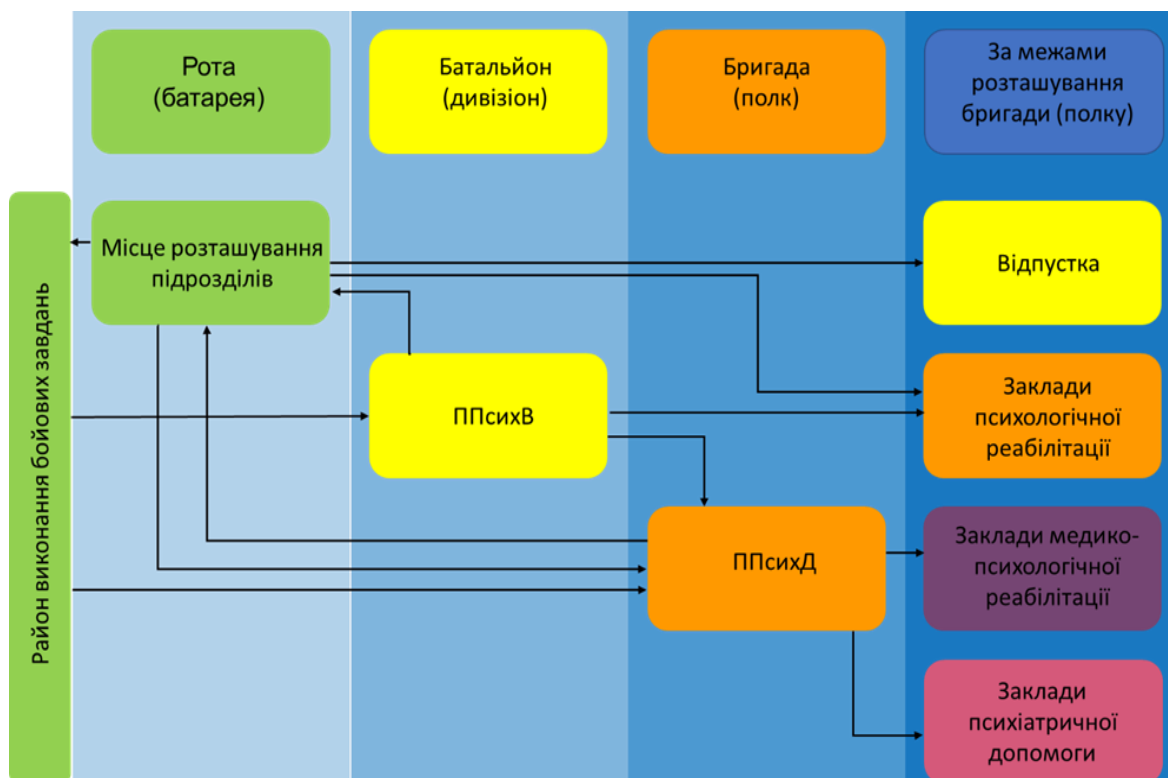


Рис. 1. Структурно-функціональна схема організації відновлення психічного здоров'я військовослужбовців та надання їм психологічної допомоги у частині (бригаді / полку)

В основі нашої моделі виявлення військовослужбовців, що потребують відновлення ментального (психічного) здоров'я та проведення заходів щодо його відновлення є твердження про те, що реакції на стресори і наслідки переживання стресу виникають у широкому діапазоні, зони якого можна умовно позначити чотирма кольорами [21] (*інтерпретація кольорів змінена – Г.К.*):

зелений – “готовність”, психологічна адаптація;

жовтий – “реагування”, незначний та оборотний дистрес або тимчасова втрата функції;

помаранчевий – “травма”, більш тяжкий і стійкий дистрес або втрата функції;

червоний – “захворювання”, психічне захворювання, що можна діагностувати.

Під час визначення заходів з відновлення ментального (психічного) здоров'я очевидно, що управляти цілим простором стресу в усіх зонах психологи не в змозі. Тому існує розподіл відповідальності:

зелена зона – відповідальність безпосереднього керівника, його діяльність є домінуючою для забезпечення швидкого відновлення фізичних і душевних сил. При цьому основного значення набуває запобігання;

жовта зона – заступники командира роти (батареї) / батальйону (дивізіону) з психологічної підтримки персоналу, психологи бригади;

жовтогаряча (помаранчева) зона – психологи бригади;

червона зона – допомогу можуть надати лише медичні працівники та психологи закладів медико-психологічної реабілітації та психіатричної допомоги;

військові священики працюють у бойових частинах і підрозділах як з метою стимулювання відновлення фізичних і душевних сил у зеленій зоні, так і для виявлення й контролю реакцій жовтої, жовтогарячої та червоної зон травм і захворювань. Їхня робота передбачає і прийняття доцільних рішень про подальше направлення, навіть незважаючи на те, що військові священики, як правило, не можуть надавати спеціалізованого лікування стресових травм чи захворювань.

Висновки

На сьогодні з достатньою надійністю доведено наступні положення: бойовий стрес є нормальною реакцією, але може перейти в патологію; раннє втручання знижує ризик посттравматичного стресового розладу; комплексні системи (безперервність та інтеграція) допомоги ефективніші за ізольовані втручання (використання окремого методу); соціальна підтримка – один із найсильніших чинників захисту та відновлення психічного здоров'я. Найбільш ефективним є системний підхід, що включає: раннє втручання (психоемоційну стабілізацію), підтримку у “полі”, психофізіологічне розвантаження, спеціалізовану психологічну допомогу, довготривалу реабілітацію.

У статті представлено варіант трьох ступеневої моделі відновлення психічного здоров'я військовослужбовців у військовій частині: на рівні “відділення – рота / батарея” (первинна стабілізація), рівні “батальйон / дивізіон” (психо-емоційне відновлення) та рівні “бригада / полк” (спеціалізована допомога).

Якщо дивитися на питання відновлення психічного здоров'я професійно та без ілюзій, то система відновлення психічного здоров'я безпосередньо у військовій частині – не ідеальне рішення, але в умовах війни в Україні вона є

критично необхідною. Її актуальність обумовлена не стільки бажанням та науковим обґрунтуванням, скільки оперативною неминучістю.

Список використаних джерел:

1. Jones, E., & Wessely, S. (2003). Forward psychiatry in the military: Its origins and effectiveness. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 411–419. <https://doi.org/10.1023/A:1024428220727>.
2. World Health Organization. (2022). *Mental health and psychosocial support in emergencies: Ukraine crisis*. WHO.
3. International Organization for Migration (IOM). (2023). *Ukraine – Internal displacement report – General population survey (GPS), Round 13 (July 2023)*. Geneva: IOM.
4. Pinchuk, I., Goto, R., Pimenova, N., et al. (2023). Dynamics of hospitalizations and staffing of Ukraine’s mental health services during the Russian invasion. *International Journal of Mental Health Systems*, 17, 35. <https://doi.org/10.1186/s13033-023-00589>.
5. Ключков В. В. Розвиток психологічної стійкості військовослужбовців Сухопутних військ до дій в бойових умовах. Дис. ... доктора філософії. м. Київ: НУОУ, 2024. 346 с.
6. Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351(1), 13–22. <https://doi.org/10.1056/NEJM>.
7. Richardson, K. M., & Rothstein, H. R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: A meta-analysis. *Journal of Occupational Health Psychology*, 13(1), 69–93. <https://doi.org/10.1037/1076-8998.13.1.69>.
8. World Health Organization. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO.
9. Dieltjens, T., Moonens, I., Van Praet, K., De Buck, E., & Vandekerckhove, P. (2014). A systematic literature search on psychological first aid. *PLoS ONE*, 9(12), e114714. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114714>.
10. Fox et al., (2012). The effectiveness of psychological first aid as a disaster intervention tool: Research analysis of peer-reviewed literature from 1990–2010. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 6(3), 247–252. <https://doi.org/10.1001/dmp.20>.
11. Mitchell, J. T. (1983). When disaster strikes... The critical incident stress debriefing process. *Journal of Emergency Medical Services*, 8(1), 36–39.
12. Rose, S., Bisson, J., Churchill, R., & Wessely, S. (2002). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD000560. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000560>.
13. World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. WHO.
14. Bisson, J. I., Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R., & Lewis, C. (2013). Psychological therapies for chronic PTSD in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12), CD003388. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub4>.
15. U.S. Department of Veterans Affairs & U.S. Department of Defense. (2017). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder*. Washington, DC: VA/DoD. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines>.
16. Stein, D. J., Ipser, J. C., & Seedat, S. (2006). Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD002795. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002795.pub2>.
17. Solomon, Z., & Benbenishty, R. (1986). The role of proximity, immediacy, and expectancy in frontline treatment of combat stress reaction among Israeli soldiers. *American Journal of Psychiatry*, 143(5), 613–617. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.5.613>.
18. Seligman, M. E. P., & Fowler, R. D. (2011). Comprehensive Soldier Fitness and the future of psychology. *American Psychologist*, 66(1), 82–86. <https://doi.org/10.1037/a0021898>.
19. NATO. (2009). *Psychological care for people affected by disasters and major incidents*. NATO.
20. Кокур О.М., Капосльоз Г.В., Олійник В.О. та ін. (2026). Психологічне відновлення особового складу військової частини (підрозділу) [Звіт, шифр “Кобра” (остаточний)]. Київ, НДЦ ГП ЗСУ.
21. Weinick R. M. et al. *Promoting Psychological Resilience in the U.S. Military*. Santa Monica, CA : RAND Corporation, 2011.