

**Юлія Соболта**

## **ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ РОЗРОБКИ КОРОТКОСТРОКОВИХ ПРОГРАМ СТАБІЛІЗАЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ДЛЯ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ**

*Соболта Юлія. Практичні аспекти розробки короткострокових програм стабілізації психоемоційного стану для учасників бойових дій. В даній статті запропоновано один із ймовірних варіантів організації короткострокових стабілізаційних програм на базі закладу охорони здоров'я, який включає проведення вхідної-вихідної діагностики, маршрутизації та надання допомоги пацієнтам відповідно до потреби та виявлення ймовірних психосоматичних реакцій. У програмі запропоновано психодіагностичний комплекс, що відповідає вимогам останніх змін у законодавстві України. Також в даній статті проведено поверхневий, не статистичний, аналіз результатів впровадження пілотного проекту відповідно до запропонованої стабілізаційної програми. Досліджено сильні та слабкі сторони програми та її пілотного впровадження, запропоновано варіанти змін для отримання більш сталого позитивного ефекту.*

***Ключові слова:** стабілізація психоемоційного стану, учасники бойових дій, госпітальний етап реабілітації, військовослужбовець, травма, психодіагностика, стресостійкість, медико-психологічна реабілітація, резильєнтність.*

*Sobolta, Yuliia. Practical aspects of developing short-term psycho-emotional stabilization programs for combatants. This article proposes one of the possible options for organizing short-term inpatient stabilization programs, which includes conducting input-output diagnostics, routing and providing assistance to patients in accordance with severity of state and detection of probable psychosomatic reactions. The program offers a psychodiagnostic complex that meets the requirements of the latest changes in the legislation of Ukraine. Also, in this article, a superficial, non-statistical, analysis of the results of the implementation of the pilot project in accordance with the proposed stabilization program is carried out. The strengths and weaknesses of the program and its pilot implementation were studied; options for changes were proposed to obtain a more sustainable positive effect.*

***Key words:** stabilization of the psycho-emotional state, combatants, inpatient rehabilitation, military serviceman, trauma, psychodiagnosis, stress resistance, medical and psychological rehabilitation, resilience.*

**Вступ.** Наразі триває другий рік повномасштабного вторгнення РФ в Україну. Після отримання травм та поранень на полі бою військовослужбовці потрапляють в заклади охорони здоров'я, де проходять соматичне лікування. Державою передбачено психологічну реабілітацію для учасників бойових дій, проте реалії такі, що переважна більшість лікарень не має достатньої кількості фахівців, щоб забезпечити хоча б декількома сесіями на період перебування на госпітальному етапі лікування. У закладах охорони здоров'я, критично низька кількість штатних посад клінічних психологів, і часто ці посади є вакантними (Климчук, 2023). Програми медико-психологічної реабілітації пропонувались українськими дослідниками до втілення у різних конфігураціях (Гічун, 2019). Проте, на разі, на державному рівні немає єдиного підходу до впровадження таких програм у цій частині відновного лікування. У роботі, що описуватиметься в даній статі використовувався еkleктичний підхід до надання психологічної допомоги, обумовлений обмеженим часом

проходження реабілітації, технічними можливостями у закладах охорони здоров'я, що є базами для роботи, та рівнем вмотивованості пацієнтів.

З урахуванням того, що активна масштабна війна продовжується, більшість пацієнтів закладів охорони здоров'я, що знаходяться на реабілітації, після відновлення достатнього рівня працездатності, повертаються до виконання службових обов'язків. Тому важливим завданням програм стабілізації є ознайомлення та відпрацювання технік самопомоги, що є дієвими у ситуаціях підвищеної стресогенності.

Актуальність впровадження таких програм обумовлена загальновідомим постулатом із теорії психологічної травми: за відсутності будь-якої фахової психологічної підтримки та супроводу по поверненню на службу у військовослужбовців більше вірогідності сформувати посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) чи комплексний посттравматичний стресовий розлад (кПТСР) (Стеблюк та ін., 2021).

Опираючись на наявний світовий та український клінічний досвід, та у відповідності із Уніфікованим клінічним протоколом було підготовлено пілотний проект для впровадження короткострокової програми стабілізації психоемоційного стану учасників бойових дій (Наказ МОЗ №121 від 23.02.2016; Bryan P. Marx et al., 2021).

**Метою** такого проекту було виявлення адміністративних та практичних складнощів впровадження такої програми, а також оцінка ефективності індивідуальних інтервенцій різної інтенсивності для можливостей подальшого масштабування.

**Завданнями дослідження** є створення ефективного психодіагностичного комплексу, виявлення дієвих практик для стабілізації психоемоційного стану учасників бойових дій, дослідження можливостей впровадження психоедукації для учасників таких програм та її ефективності.

#### **Методи та організація дослідження.**

**Вибірка дослідження.** Пілотний проект було впроваджено на базі одного із клінічних закладів охорони здоров'я Київської області. До участі у розробленій програмі стабілізації запрошувались військовослужбовці - чоловіки, віком від 18 до 55 років. Загальна кількість респондентів, які пройшли вхідний психодіагностичний комплекс, складала 305 осіб. Повний курс (вхідна та вихідна діагностики, індивідуальні інтервенції) пройшло 77 осіб. Критеріями виключення для проведення інтервенцій були: психотичний епізод, деменція, важкі органічні ураження. Загалом такий перелік критеріїв виключення не є вичерпним і може бути розширеним та деталізованим в залежності від спеціалізації, профілю закладу охорони здоров'я, на якому впроваджуватиметься програма стабілізації (Кокун, Агаєв, Пішко, Лозінська, & Остапчук, 2017 : 35).

В проходженні інтервенцій брали участь військовослужбовці, що знаходились у госпіталі на другому етапі відновного лікування відповідно державних стандартів та підписали інформовану згоду на діагностику та психологічні інтервенції.

**Методи дослідження.** Психодіагностичний комплекс для вхідного скринінгу включав набір коротких, визнаних у світі та адаптованих українською опитувальників. А саме: PCL-5, PHQ-9, GAD-7, Пітсбурзький опитувальник якості сну, Опитувальник соматичних проблем.

Симптоми ПТСР вимірювали, використовуючи стандартизовану версію Контрольного переліку питань для оцінки ПТСР (PCL-5) (Карачевський, 2016). Для роботи із військовослужбовцями та більш релевантної діагностики важливо провести адаптацію українською саме військової версії опитувальника (PCL-M). Пітсбурзький опитувальник якості сну покликаний виявити наявність та особливості супутніх розладів сну. PHQ-9 та GAD-7 мають на меті скринінг на симптоми тривожних чи депресивних розладів, наявність суїцидальних думок.

Такий перелік діагностичного інструментарію дає можливість обрати якнайкращий підхід для ведення терапії даної особи з огляду на наявні соматичні скарги та виявлені симптоми дезадаптації. Світова практика показує, що лікування ПТСР, клінічної депресії, генералізованого тривожного розладу є якнайкращим у мультидисциплінарній команді,

тому вважаємо важливим виявлення соматичних скарг у скринінгах для можливості спільної роботи із лікарями соматичного профілю. У проведеному дослідженні використовувався опитувальник соматичних проблем PHQ-15, який рекомендовано використовувати не раніше ніж місяць після оперативних та інших інвазивних втручань, щоб диференціювати психосоматичні реакції від наслідків оперативних втручань та процесу відновлення після них.

Далі було заплановано проаналізувати отримані дані та провести розподіл пацієнтів на групи:

- 1) Показники тестів GAD-7, PHQ-9, PCL-5 нижче 15 - Група для психоедукації та отримання навичок самодопомоги (далі – Група 1);
- 2) Якщо хоча б в одному із тестів GAD-7, PHQ-9 особа набрала більше 15 балів або PCL-5 – 28 балів - Група із симптомами помірної вираженості, одним чи декількома симптомами ПТСР чи розладів адаптації - показання до індивідуальних інтервенцій, таких як психологічне консультування чи психотерапія (далі Група 2);
- 3) Якщо хоча б в одному із опитувальників GAD-7, PHQ-9, PCL-5 виявлена висока вираженість дистресу та симптомів ПТСР, депресії тощо – Група 3. Також у цю групу скеровувались пацієнти із наявністю >1 балу у Запитанні 9 із опитувальника PHQ-9. Це група із явно вираженими патологічними показниками, що потребує консультації психіатра для уточнення діагнозу та спільного ведення пацієнта. (У відповідності із Уніфікованим клінічним протоколом «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. ПТСР – Далі «Уніфікований протокол»») (далі Група 3).

Для оцінки зміни стану пацієнтів та коригування терапії чи консультування використовувались опитувальники – «Оцінка рівня загального функціонування WHODAS» та «PSYCLOP» («Управління проблемами+», ВООЗ, 2016), а також дані, отримані з Пітсбурзького опитувальника якості сну. Опитувальник соматичних проблем покликаний проявити невиражені вербально чи упущені соматичні скарги пацієнта, опрацювати в індивідуальних інтервенціях схильність до психосоматизації наявних проблем.

Така маршрутизація та порядок роботи відповідає керівництвом ВООЗ та настановам провідних світових психологічних асоціацій. За наявності критичних показників, патологічних ознак до терапії долучався психіатр чи компетентним особам надавалась інформація щодо необхідності профільної психіатричної госпіталізації.

**Особливості проведення дослідження.** З урахуванням потреби закладу, що була базою для проведення дослідження в залученні додаткових психологів, а також дотримання основоположних принципів та етики проведення досліджень, було прийнято рішення залучити до проведення пілоту психологів, які мали достатній кваліфікаційний рівень для роботи із вказаною вибіркою респондентів. Також психологи пілоту мали навички надання кризової допомоги та стабілізації пацієнтів у разі необхідності.

Учасників першої Групи військових було ознайомлено із методами самодопомоги в стресових умовах із використанням елементів програми Самодопомога + (Курс «Самодопомога+», ВООЗ, 2021) як в індивідуальному так і в груповому форматі.

Друга Група була скерована на отримання індивідуальної допомоги, що відповідає стандартам інтервенцій "Управління проблемами+" – Програмі, розробленій Всесвітньою організацією охорони здоров'я. Учасники проходили до 5 сесій інтервенцій низької інтенсивності. У основі цієї методики лежать окремі елементи з КПТ, що були змінені для того, щоб їх можна було застосовувати в громадах з обмеженою кількістю фахівців. Ті пацієнти, що відмовились проходити саме такий курс інтервенцій, відвідували індивідуальні сесії психологічного консультування з елементами КПТ та Терапії прийняття та прихильності.

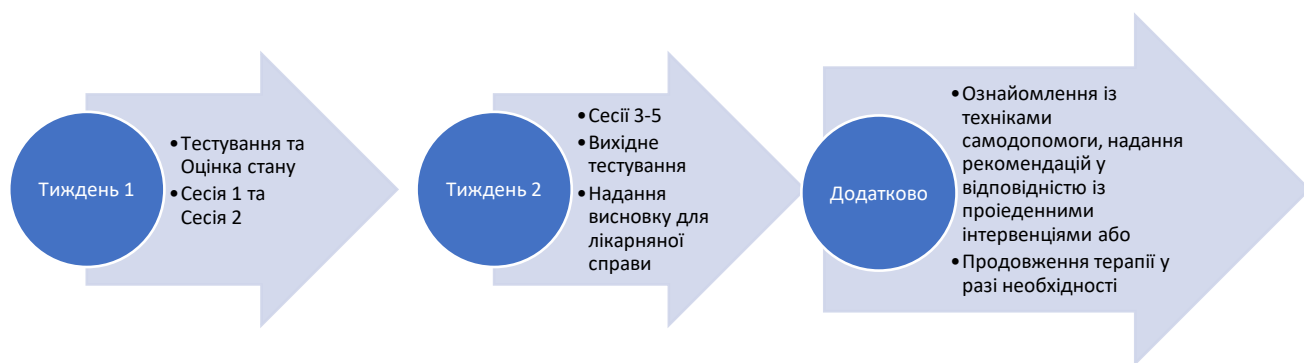
З учасниками Групи 3 психологи працювали у напрямку травмофокусованої терапії із залученням консультації психіатра. Згідно світової практики та Уніфікованого протоколу подолання проявів ПТСР у військовослужбовців та ветеранів, які знаходяться на реабілітації після травмивних подій, а також для подолання депресії та залежностей терапія

впроваджується в чітко визначених підходах. Для проведення пілоту було обрано метод EMDR (Eye Movement Desensibilization and Reprocessing) - Десенсибілізація та Репроцесуалізація рухом очей та травмо-фокусована когнітивно-поведінкова терапія (APA Guideline, 2017, NICE Guideline, 2018).

Враховуючи складний механізм маршрутизації пацієнтів в умовах війни, обмежені можливості до довготривалого відновлення, середня тривалість пацієнта на реабілітаційному етапі становила – 14 днів. В межах цього терміну є можливим реалізація травмофокусованої терапії з 5 сесій, із сетінгом 2 сесії в перший тиждень та 3 сесії в другий тиждень, або навпаки. Обраний шлях залежав від індивідуальної готовності до терапії кожного пацієнта та рішення психологів, залучених до роботи із пацієнтом. За необхідності, для досягнення стабільності зниження дистресу впроваджувались додаткові сесії.

Після проведення вищевказаних дій, проводилась вихідна діагностика, що складалась із GAD-7, PHQ-9, Пітсбурзького опитувальника якості сну та оцінки рівня загального функціонування WHODAS, PSYCLOP та проаналізовано зміни у вираженості дистресу та загального психоемоційного стану пацієнтів.

Приблизний маршрут пацієнта протягом пілотного проекту зображено схематично на Рис.1.



*Рис. 1. Маршрут пацієнта протягом пілотного проекту*

Для залучених психологів було організовано групову супервізію один раз на тиждень протягом всього проекту. Один раз на тиждень проводилась інтерв'язна зустріч для аналізу кейсів, а також з метою контролю над дотриманням методології проекту.

#### **Результати дослідження та їх обговорення.**

Загальна кількість пацієнтів, що пройшли діагностику (n-305) розподілилась на тих, хто не виявив бажання проходити індивідуальне консультування чи короткострокову терапію, але відвідав групові зустрічі із психоедукації та повторну діагностику по завершенню медикаментозного лікування (n-98), та тих, хто прийняв повноцінну участь у програмі (n-77). Також була велика частка тих пацієнтів, хто припинив участь після вхідної діагностики (n-130). Всього з січня по червень 2023 року було проведено 609 індивідуальних інтервенцій.

Така велика кількість респондентів, що припинили участь в програмі після вхідної діагностики пов'язана із високим рівнем стигматизації в сфері надання психологічної допомоги в Україні, особливо в колі військовослужбовців. В рамках проекту для вирішення цієї проблеми було проведено із медичним персоналом лікарні серію психоедукаційних зустрічей стосовно роботи психологів. Також керівництвом закладу було обрано із числа середнього та молодшого медичного персоналу учасників для проходження програми Самопомога+. Даний курс інтервенцій низької інтенсивності був розроблений фахівцями з ментального здоров'я під егідою ВООЗ для підтримки дорослих, які знаходяться у стресі, незалежно від того, чи відповідають вони критеріям діагностованого психічного розладу чи ні. Проходження курсу Самопомога+ допомогло учасникам навчитись самостійно опрацьовувати щоденні побутові тривоги та дало більше розуміння того, як працювати із

пацієнтами, що пережили травматичні події, та важливості отримання ними психологічного супроводу. Загалом, після зазначених заходів, залученість пацієнтів до терапії зростає.

Також після першого місяцю роботи було прийнято рішення з кожним військовослужбовцем підписувати контракт на надання психологічної допомоги із детально прописаними правилами конфіденційності. Це підвищило кількість бажаючих повноцінно долучитись до проекту.

Команда психологів щодень працювала над дестигматизацією отримання психологічної допомоги. Проте, кількість відмов від залучення до участі в програмі все одно критично висока. Психологи, залучені до проекту, просили зазначити причину відмови, і ми можемо вказати наступні найбільш часто зафіксовані відповіді: недовіра до цивільних, недовіра до психології як «псевдонауки», негативний попередній досвід роботи із психологом, необхідність скорого повернення до виконання службових обов'язків і брак часу для роботи, неможливість поділитись інформацією, що може становити службову таємницю.

Також, відповідно до аналізу випадків винесених на супервізію та інтервізію, психологами проекту протягом вказаного періоду необхідно зазначити такі психологічні феномени, що призводили до припинення терапії, або сильного супротиву в роботі: страх саморозкриття, страх не виправдати образ героя, уникнення соціалізації через поділ «свій-чужий», гіперпильність та зловживання психоактивними речовинами.

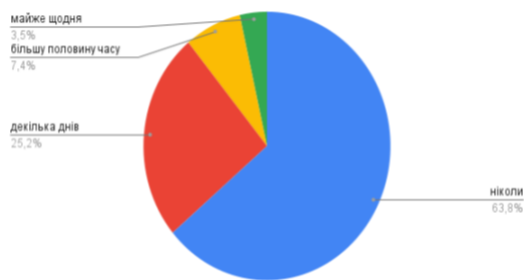
Також необхідно зазначити об'єктивні, не залежні від пацієнта та терапевта, причини, такі як: заміна медикаментозного лікування, що впливала на здатність пацієнтів бути емоційно присутнім на сесіях, переведення пацієнта в заклад надання високоспеціалізованої допомоги в зв'язку із погіршенням соматичних показників.

Після двох місяців роботи було проаналізовано кількість вхідних-вихідних діагностик та з методологічної точки зору було запропоновано єдиний короткий текст психоедукації для пацієнтів із додатковою мотивацією щодо участі у проекті, який зачитували психологи.

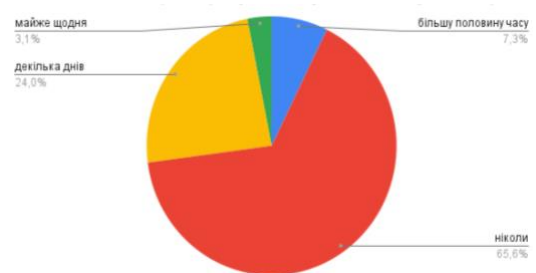
Необхідно відмітити такий феномен, що було три пацієнти із Групи 2 із помірно вираженими симптомами, котрі потребували більше ніж 7 інтервенцій і на другому тижні їм було змінено сеттінг на щоденний. Випадки було проаналізовано на інтервізіях та супервізії. Так, після встановлення психотерапевтичного альянсу, вказані пацієнти були більш вмотивованими до роботи та озвучували запит на отримання більш довготривалого ефекту психоемоційної стабілізації.

Також потрібно відмітити декілька випадків, коли пацієнти під час вхідної діагностики продемонстрували показники другої групи, а по завершенню стандартного протоколу роботи вихідне тестування показало показники третьої групи. Після аналізу кейсів на супервізіях було виявлено, що дані пацієнти прибули у госпіталь одразу після участі у бойових діях, без проходження декомпресії чи інших стабілізаційних етапів. Процес терапії припав на процес переформатування психіки з «бойової готовності» до «режиму очікування», що сприяло більшому вивільненню емоцій, необхідності більш тривалої роботи. Мультидисциплінарною командою було прийняте рішення продовжити психологічний супровід до стабілізації стану таким пацієнтам.

При цьому, наглядно можемо побачити, що сталі твердження чи поведінкові установки потребують більше часу та глибини терапевтичних процесів і протягом короткотривалої роботи практично не змінюються. Так відповіді на твердження «Негативне відчуття щодо себе: або Ви почувалися невдахою, або ж розчарувались у собі, або думали, що підвели родину» зображено на рис.2 у вхідній діагностиці та рис.3 у вихідній.

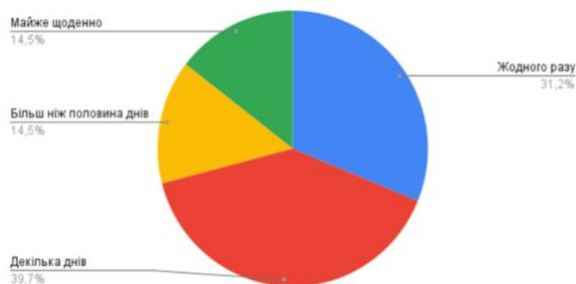


**Рис. 2. Негативне відчуття щодо себе (вхідна діагностика)**

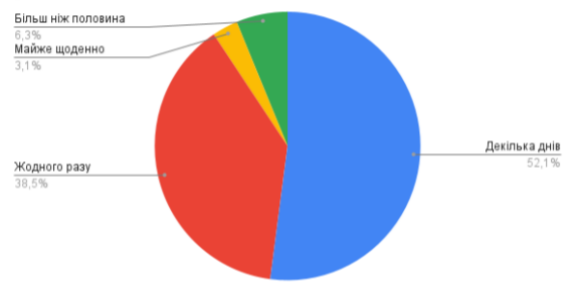


**Рис. 3. Негативне відчуття щодо себе (вихідна діагностика)**

Проте ситуативна тривога та прояви генералізованої тривоги, були активно опрацьовані. Під час терапевтичних втручань багато часу фахівцями приділялось психоедукації та навчанню практикам, направленим на роботу із тривогою. То ж на рис.4 зображено відповідь у вхідній діагностиці та на рис.5 у вихідній на твердження.



**Рис. 4. Відповідь на питання: «За останні два тижні: Ви занадто хвилювались за різні речі» (вхідна діагностика)**

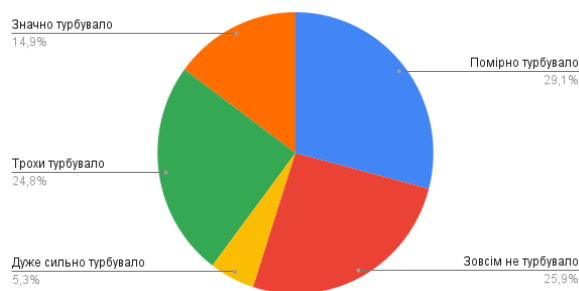


**Рис.5. Відповідь на питання: «За останні два тижні: Ви занадто хвилювались за різні речі» (вихідна діагностика)**

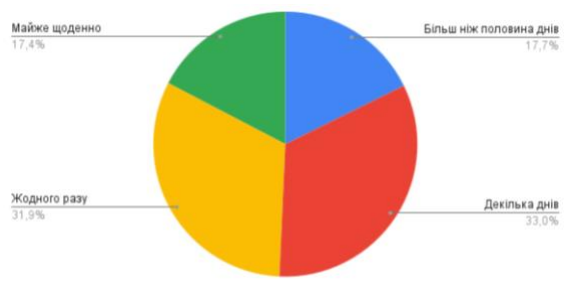
Бачимо, що із загальної кількості респондентів до проведення втручань 14,5% майже щоденно «занадто хвилювались за різні речі», і вже після проведеної роботи цей відсоток зменшився до 3,1%.

Також згідно із опитувальником PCL-5, який покликаний визначити рівень представленості травматичним подіям та рівень їх наслідків, можемо побачити, що одним із вагомих наслідків тривалого представлення стресу та травматичним подіям є підвищена дратівливість та агресивність. За свідченнями пацієнтів це дуже заважає їм у комунікації як з цивільним населенням, рідними, так і на службі. На Рис.6 представлено відповідь на запитання «Дратівливість, спалахи гніву чи агресивна поведінка».

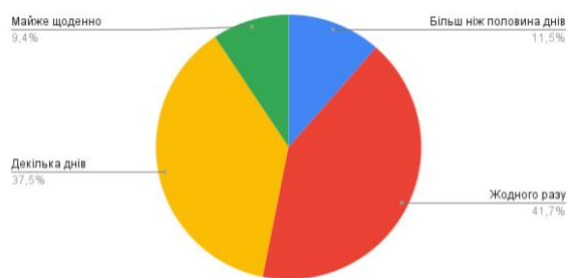
Згідно опитувальника GAD-7, який проводиться в тому числі і у вихідній діагностиці, бачимо, що ефект стабілізації є і в цьому аспекті. Найбільше зниження показників спостерігається в групах, які найчастіше потерпали від таких наслідків довготривалої експозиції травматичним та стресовим подіям. На Рис.7 зображено відповіді респондентів у вхідній діагностиці та на Рис.8 у вихідній на запитання «За останні два тижні Вам було легко дошкулити або роздратувати».



**Рис.6. Відповідь на запитання «Дратівливість, спалахи гніву чи агресивна поведінка»**



**Рис.7. Відповідь на питання: «За останні два тижні Вам було легко дошкулити або роздратувати» (вхідна діагностика)**



**Рис.8. Відповідь на питання: «За останні два тижні Вам було легко дошкулити або роздратувати» (вихідна діагностика)**

В середньому, участь одного пацієнта в рамках проекту тривала 18 днів. Загалом респонденти відповідно до результатів вхідної діагностики розподілились таким чином: третя Група-18%; друга Група-70%; перша Група - 12%. Загалом за вказаний період покращили свої показники із переходом в групу з менш вираженою симптоматикою – 84% , залишились у своїй – 14%.

Проте, в процесі роботи була виявлена складність у користуванні опитувальників «Оцінка рівня загального функціонування WHODAS» та «PSYCLOP», так як запитання в них дещо повторюються із запитаннями в стандартизованих методиках, що використовуються у вхідній та вихідній діагностиках. Також, під час використання їх в процесі індивідуальних інтервенцій (таке використання є рекомендованим Керівництвом («Управління проблемами+», ВООЗ, 2016, с.31) для оцінки змін стану пацієнтів вони викликали супротив, та часто порушували запланований хід інтервенції. Тому при подальшому впровадженні програми рекомендовано використовувати дані опитувальники виключно при повноцінному застосуванні Протоколу Управління проблемами +.

Також необхідно зазначити, що у вихідну діагностику не було додано опитувальник PCL-5, так як у його стандартизованих інструкціях є запитання про відчуття за останні чотири тижні. Проте, вбачасмо клінічну необхідність в додаванні опитувальника у вихідний психодіагностичний комплекс, проте із вказанням пацієнтом відчуттів станом за останній тиждень перед проведенням діагностики. Така зміна допоможе в подальшому при статистичному аналізі даних, а також для підготовки фахівцем, що працював із пацієнтом, більш якісного Висновку.

З огляду на велику кількість відмов у індивідуальних інтервенціях пропонується додати групові практичні та психоедукаційні зустрічі для пацієнтів із 2 та 3 груп, хто не погодився на індивідуальні інтервенції з психологом. В такому випадку групи можна проводити тематичні, відповідно до вирішення проблем із симптоматикою, що присутня найбільше у учасників групи. Це можуть бути такі як: менеджмент хронічного болю, гігієна сну, релаксаційні та стабілізаційні техніки, тощо.

## Висновки.

Запропонований психодіагностичний комплекс якісно висвітлив критичні аспекти, що потребували корекції у пацієнтів, які дали згоду на участь у програмі, а також дав змогу оцінити зміни стану респондентів, після закінчення інтервенцій. У статті обґрунтована необхідність вилучити опитувальники WHODAS та PSYCLOP з комплексу, натомість додати у вихідну діагностику опитувальник PCL-5.

Загалом програми Самодопомога+ та Управління проблемами+ виявились більш зрозумілими та з легкістю сприймалися учасниками програми у вигляді вправ та психоедукації. Тому було прийнято рішення надалі використовувати їх точково в індивідуальних чи групових зустрічах, та не повним курсом. Респонденти з усіх груп були більш прихильні до групових зустрічей, тому запропоновано до стабілізаційної програми додати окремим елементом групові зустрічі для ознайомлення та більш поглибленого відпрацювання практик стабілізації психоемоційного стану. Загалом, впровадження елементів психоедукації в усі етапи програми сприяло створенню якісного психотерапевтичного альянсу та отриманню кращих результатів для учасників таких програм.

Відповідно до вихідної діагностики та збору відгуків у вільній формі від учасників програми підтвердилась гіпотеза про те, що індивідуальні та групові психологічні інтервенції на госпітальному етапі лікування надають можливість психоемоційного розвантаження, стабілізації, а також отримання психоедукації та навичок резильєнтності для подальшого виконання службових обов'язків.

**Перспективи подальшого дослідження.** В подальшому пропонуємо більш поглибити роботу, що базується на підході безперервного комплексного медичного сортування і провести розділення результатів вихідних тестувань відповідно до підходів, у яких здійснювалось консультування чи терапія. Проте, для глибинного аналізу і виявлення сталих кореляцій необхідно врахувати додаткові фактори як анамнестичного характеру, так і медикаментозної терапії, що отримуватимуть пацієнти під час участі у програмі психоемоційної стабілізації.

Описаний у даній статті масив даних необхідно опрацювати за допомогою багатовимірного статистичного аналізу для отримання підтвердження гіпотез, та можливості якісно покращити запропонований варіант програми стабілізації психоемоційного стану в учасників бойових дій.

## Література

1. Гічун, В. С., Кириченко, А. Г., Корнацький, В. М., Мясников, Г. В., & Найда, С. А. (2019). *Стрес-асоційовані розлади здоров'я в умовах збройного конфлікту*. Акцент ПП.
2. Карачевський, А. Б. (2016). Адаптація шкал та опитувальників українською та російською мовами щодо посттравматичного стресового розладу. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*, 25, 607-623.
3. Климчук В. (2023). Аналітична записка. Компоненти психологічної допомоги у програмі медичних гарантій - 2023. Аналіз та рекомендації. [https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2023/04/analitichna\\_zatyska\\_190323.pdf](https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2023/04/analitichna_zatyska_190323.pdf)
4. Кокун, О. М., Агаєв, Н. А., Пішко, І. О., Лозінська, Н. С., & Остапчук, В. В. (2017). Психологічна робота з військовослужбовцями - учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. *НДЦ ГП ЗСУ*.
5. Уніфікований клінічний протокол. *Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад*. <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ25625>
6. Цимбалюк, В. І., Стеблюк, В. В., Друзь, О. В., Марута, Н. О., Лінський І. В., Кожина, Г. М., & Росінський, Г. С. (2021). *Охорона ментального здоров'я та медико-психологічна реабілітація військовослужбовців в умовах гібридної війни: теорія та практика*. «Медицина».
7. Marx, Brian P., Fina, Brooke A., Sloan, Denise M., Young-McCaughan, Stacey, Dondanville, Katherine A., Tyler, Hannah C., Peterson, & Alan L. (2021). Written exposure therapy for posttraumatic stress symptoms and suicide risk: Design and methodology of a randomized controlled trial with patients on a military psychiatric inpatient unit. *Contemporary clinical trials*, 110. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106564>
8. *Problem management plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity (2016)*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206417/WHO-MSD-MER-16.2-ukr.pdf>

9. Self-help plus (sh+). A group-based stress management course for adults. (2021). <https://iris.who.int/handle/10665/362780>.
10. *Summary of Recommendations of the APA Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD* (2017). <https://iris.who.int/handle/10665/362780>
11. *Post-traumatic stress disorder NICE guideline [NG116]* (2018). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults>

## References

1. Gichun, V. S., Kyrychenko, A. G., Kornatskyi, V. M., Myasnykov, G. V., & Naida, S. A. (2019). *Stres-asotsiiovani rozlady zdorovya v umovakh zbroinogo konfliktu [Stress-related health disorders in the conditions of armed conflict]*. Aktsent PP. [In Ukrainian]
2. Karachevskyi, A. B. (2016). Adaptatsia shkal ta opytuvalnykiv ukrainskoyu ta rosiiskoyu movamy schodo posttravmatychnogo stresovogo rozladu [Adaptation of post-traumatic stress disorder scales and questionnaires in Ukrainian and Russian languages]. *Zbirnyk naukovykh prats spivrobotnykiv NMAPO im. P. L. Shupyka*, 25, 607-623. [In Ukrainian]
3. Klymchuk V., (2023). *Analitichna zapyska. Komponenty psykholoichnoi dopomogy u programi medychnykh garantii - 2023. Analiz ta rekomendatsii [Analytical note. Components of psychological help in the program of medical guarantees - 2023. Analysis and recommendations.]*. [https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2023/04/analitichna\\_zatyska\\_190323.pdf](https://www.mh4u.in.ua/wp-content/uploads/2023/04/analitichna_zatyska_190323.pdf) [In Ukrainian]
4. Kokun, O. M., Agayev, N. A., Pishko, I. O., Lozinska, N. S., & Ostapchuk, V. V. (2017). *Psykholoichna robota z viiskovosluzhbovtysyamy - uchasynkamy ATO na etapi vidnovlennya: Metodychnyi posibnyk [Psychological work with servicemen-participants of the anti-terrorist operation at the stage of recovery: Methodological manual]*. *NDTs GP ZSU*. [In Ukrainian]
5. *Unifikovanyi klinichniy protokol. Reaktsia na vazhkyi stres ta rozlady adaptatsii. Posttravmatychnyi stresovyi rozlad [Unified clinical protocol. Reaction to severe stress and adaptation disorders. Post-traumatic stress disorder.]*. <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ25625> [In Ukrainian]
6. Tsybalyuk, V. I., Steblyuk, V. V., Druz, O. V., Maruta, N. O., Linskyi I. V., Kozhyna, G. M., & Rosinskyi, G. S. (2021). *Okhorona mentalnogo zdorovya ta medyko-psykholoichna reabilitatsia viiskovosluzhbovtysiv v umovakh gibrydnoi viiny: teoria ta praktyka [Mental health care and medical and psychological rehabilitation of military personnel in the conditions of hybrid warfare: theory and practice]*. «Medytsyna». [In Ukrainian]
7. Marx, Brian P., Fina, Brooke A., Sloan, Denise M., Young-McCaughan, Stacey, Dondanville, Katherine A., Tyler, Hannah C., Peterson, & Alan L. (2021). Written exposure therapy for posttraumatic stress symptoms and suicide risk: Design and methodology of a randomized controlled trial with patients on a military psychiatric inpatient unit. *Contemporary clinical trials*, 110. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2021.106564>
8. *Problem management plus (PM+): individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity* (2016). <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206417/WHO-MSD-MER-16.2-ukr.pdf>
12. Self-help plus (sh+). A group-based stress management course for adults. (2021). <https://iris.who.int/handle/10665/362780>.
9. *Summary of Recommendations of the APA Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD* (2017). <https://www.apa.org/ptsd-guideline/treatments/recommendations-summary-table.pdf>
10. *Post-traumatic stress disorder NICE guideline [NG116]* (2018). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/chapter/Recommendations#management-of-ptsd-in-children-young-people-and-adults>

## Відомості про автора

**Соболта Юлія**, клінічний психолог, здобувач ступеню доктор філософії в напрямку «клінічна психологія», Київський Інститут Сучасної Психології та Психотерапії, Київ, Україна

**Sobolta, Yuliia**, clinical psychologist, PhD student in «clinical psychology», Kyiv Institute of Modern Psychology and Psychotherapy, Kyiv, Ukraine

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0005-8116-7404>

E-mail: [yuliia.sobolta@gmail.com](mailto:yuliia.sobolta@gmail.com)

Отримано 2 жовтня 2023 р.  
Рецензовано 1 листопада 2023 р.  
Прийнято 3 листопада 2023 р.