ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД «МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

ЕФЕКТИВНІСТЬ СТРУКТУРОВАНОГО АПД (АНАЛІЗ ПРОВЕДЕНИХ ДІЙ) У ПОЄДНАННІ З АСТ-МІКРОНАВИЧКАМИ ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ГНУЧКОСТІ ТА ЗНИЖЕННЯ ДИСТРЕСУ У ДІЮЧИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня
МАГІСТР

за спеціальністю 053 Психологія

ЛЮТІКОВОЇ ГАЛИНИ ОЛЕКСАНДРІВНИ

Кваліфікаційна робота
допущена до захисту
Зав. кафедри_____
«__» _____ 2026 р.

Науковий керівник:
Лавлінський Р. О. ,
кандидат філософських наук,
доцент

Рецензент:

КИЇВ – 2026

Реєстрація

номер	дата, підпис лаборанта кафедри

Рекомендовано до захисту

Р. О. Лавлінський

підпис наукового керівника	ініціали, прізвище наукового керівника

Результат захисту

оцінка	дата захисту

Голова ЕК

О.М. Шпортун

підпис	ініціали, прізвище

Члени ЕК

Я.М. Раєвська

підпис	ініціали, прізвище

М.С. Ятчук

підпис	ініціали, прізвище

Р.О. Лавлінський

підпис	ініціали, прізвище

Секретар ЕК

К.Р. Собченко

підпис	ініціали, прізвище

ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»
Навчально-науковий інститут психології та соціальних наук

Кафедра психології

Спеціальність: ***Психологія***
Курс: II (магістратура)

ЗАВДАННЯ
на кваліфікаційну роботу магістра
Лютікової Галини Олександрівни

Тема роботи: **«Ефективність структурованого АПД (аналіз проведених дій) у поєднанні з АСТ-мікронавичками для підвищення психологічної гнучкості та зниження дистресу у діючих військовослужбовців».**

Цільова установка: підрозділи Збройних сил України.

Вихідні дані: наукові монографії, навчальні посібники, нормативні документи МО України, матеріали практики, ресурси Інтернет, фахові видання з теми дослідження.

Перелік графічного матеріалу: 6 таблиць.

Консультанти по роботі (із зазначенням розділів):

	Консультант (Прізвище, ініціали)	**Завдання видав**	**Завдання прийняв**
Вступ	Лавлінський Р.О.		
Розділ 1	Лавлінський Р.О.		
Розділ 2	Лавлінський Р.О.		
Розділ 3	Лавлінський Р.О.		
Висновки	Лавлінський Р.О.		

Зміст роботи:
Вступ
Розділ 1. Теоретико-методологічні основи дослідження.

Розділ 2. Організація та методи дослідження.
Розділ 3. Результати дослідження та їх інтерпретація.
Висновки
Список використаних джерел
Додатки

Календарний план виконання роботи

№	Етапи виконання роботи	За планом	Фактичний
1.	Вибір теми і призначення наукового керівника.	Червень 2025	червень 2025
2.	Затвердження теми кваліфікаційної роботи магістра.	Липень 2025	липень 2025
3.	Отримання завдання та підготовка календарного плану.	Серпень 2025	серпень 2025
4.	Збір та узагальнення матеріалу за темою роботи.	Жовтень 2025	жовтень 2025
5.	Підготовка першого варіанту роботи і подання науковому керівнику.	Грудень 2025	грудень 2025
6.	Доопрацювання тексту з урахуванням зауважень.	січень-березень 2026	січень-березень 2026
7.	Подання роботи на реєстрацію, рецензування та відгук керівника.	квітень 2026	квітень 2026
8.	Підготовка до захисту на засіданні Екзаменаційної комісії.	травень 2026	травень 2026
9.	Захист виконаної кваліфікаційної роботи.	червень 2026	червень 2026

Дата видачі завдання _____

Науковий керівник _____ (Лавлінський Р.О.)

Завдання прийняла до виконання
здобувач _____ (Лютікова Г.О.)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 70 сторінок основного тексту, містить 6 таблиць, список використаних джерел із 80 позицій.

Об'єкт дослідження: психологічна адаптація та саморегуляція діючих військовослужбовців в умовах службового стресу.

Предмет дослідження: вплив структурованого АПД у поєднанні з АСТ-мікронавичками на психологічну гнучкість та показники дистресу й тривоги у діючих військовослужбовців.

Мета дослідження полягає у емпіричному оцінюванні впливу структурованого АПД у поєднанні з АСТ-мікронавичками на психологічну гнучкість і показники тривоги та сприйнятого стресу у діючих військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження участь у циклі структурованого АПД з інтегрованими АСТ-мікронавичками сприятиме зростанню психологічної гнучкості та зниженню показників тривоги й сприйнятого стресу порівняно з базовим рівнем.

Методи дослідження. Для розв'язання поставлених завдань було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів, а саме:

— **теоретичні:** аналіз наукової літератури з проблеми дослідження, порівняння, систематизація та узагальнення представлених у науковій літературі матеріалів щодо психологічних наслідків бойового стресу, теоретичних засад АПД та терапії прийняття і відповідальності (АСТ);

— **емпіричні:** Опитувальник прийняття та дії (AAQ-II, Bond et al., 2011; українська адаптація Широкої А.А. та Миколайчука М.І., 2021); Шкала сприйнятого стресу (PSS-10, Cohen et al., 1983; українська адаптація Вельдбрехта О.О. та Тавровецької Н.І., 2022); Шкала генералізованого тривожного розладу (GAD-7, Spitzer et al., 2006; українська адаптація Алексіної Н. та ін., 2024);

— **методи математичної статистики:** описова статистика (медіана, міжквартильний розмах), непараметричний критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок, критерій Шапіро-Вілка для перевірки нормальності розподілу, розрахунок розміру ефекту (r Коена).

АПД, АНАЛІЗ ПРОВЕДЕНИХ ДІЙ, АСТ, ТЕРАПІЯ ПРИЙНЯТТЯ ТА ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ, ПСИХОЛОГІЧНА ГНУЧКІСТЬ, БОЙОВИЙ СТРЕС, ДИСТРЕС, ТРИВОГА, ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІ

AAR, AFTER-ACTION REVIEW, ACT, ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY, PSYCHOLOGICAL FLEXIBILITY, COMBAT STRESS, DISTRESS, ANXIETY, MILITARY PERSONNEL

ЗМІСТ

	стор.
ВСТУП	8
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ	11
1.1. Психологічні наслідки бойового стресу у військовослужбовців	11
1.2. Аналіз проведених дій як інструмент психологічної підтримки	16
1.3. Терапія прийняття та відповідальності: теоретичні засади та застосування у роботі з військовослужбовцями	22
1.4. Психологічна гнучкість як ресурс адаптації	27
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	33
2.1. Методологічні засади та дизайн дослідження	33
2.2. Вибірка дослідження	36
2.3. Психодіагностичний інструментарій	37
2.4. Методи статистичної обробки даних	42
2.5. Результати первинного (передтестового) вимірювання	44
2.6. Якісні спостереження в ході проведення структурованого АПД	47
Висновки до розділу 2	52
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ	54
3.1. Протокол структурованого АПД з ACT-мікронавичками	54
3.2. Результати посттестового вимірювання та статистичний аналіз	57
3.3. Профілактичний захід «Психологічна гнучкість як ресурс адаптації»	63
3.4. Методичні рекомендації щодо впровадження протоколу	66

Висновки до розділу 3 71

ВИСНОВКИ 73

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 76

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Повномасштабне вторгнення Російської Федерації на територію України суттєво підвищило ризик психічних розладів серед діючих військовослужбовців: поширеність клінічно значущої тривоги та дистресу в особового складу сягає 30–50%, що свідчить про нагальну потребу в ефективних інструментах психологічного супроводу безпосередньо в умовах служби [1; 2]. Водночас наявні теоретичні та практичні підстави свідчать про те, що структурований АПД здатен виконувати не лише організаційно-навчальну, а й психологічну функцію: структурувати пережитий досвід, знижувати руминацію та посилювати відчуття підтримки в групі [3; 4]. Перспективним доповненням до АПД є терапія прийняття та відповідальності (ACT), центральний конструкт якої — психологічна гнучкість — є доведено ефективним захисним ресурсом адаптації у військовослужбовців [5; 6]. Відсутність апробованих протоколів поєднання АПД і ACT-мікронавичок в умовах діючих підрозділів зумовлює наукову та практичну значущість даного дослідження.

Ступінь наукової розробки теми. Психологічні наслідки бойового стресу та проблема психологічного супроводу військовослужбовців є предметом активних досліджень у світовій військовій психології. Значний внесок у розробку цієї проблематики зробили C. Hoge, C. Castro, M. Friedman, B. Litz (дослідження ПТСР, моральної травми та бойового виснаження), S. Hayes, F. Bond, P. Flaxman (теоретичні засади ACT та психологічної гнучкості як ресурсу адаптації), а також A. Edmondson, S. Tannenbaum, C. Cerasoli (вивчення групових форматів рефлексії та їхнього впливу на ефективність і благополуччя). В українській науці проблема психологічного здоров'я учасників бойових дій досліджується у працях О. Кокуна, О. Блінова, Є. Потапчука, В. Пасічника та ін., а питання адаптації доказових психологічних інструментів до умов воєнного стану розробляються у роботах О. Вельдбрехта, Н. Тавровецької, А. Широкої, М. Миколайчука, Н. Алексіної.

Мета дослідження: емпірично оцінити вплив структурованого АПД у поєднанні з ACT-мікронавичками на психологічну гнучкість і показники психологічного стану (тривоги та сприйнятого стресу) у діючих військовослужбовців.

Об'єкт дослідження: психологічна адаптація та саморегуляція діючих військовослужбовців в умовах службового стресу.

Предмет дослідження: вплив структурованого АПД у поєднанні з ACT-мікронавичками на психологічну гнучкість та показники дистресу й тривоги у діючих військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження: Участь у циклі структурованого АПД з інтегрованими ACT-мікронавичками сприятиме зростанню психологічної гнучкості та зниженню показників тривоги й сприйнятого стресу порівняно з базовим рівнем.

Відповідно до мети дослідження поставлено такі завдання:

1. Проаналізувати наукові підходи до службового стресу у військовослужбовців та ресурсів психологічної адаптації, зокрема саморегуляції.

2. Теоретично обґрунтувати АПД і психологічну гнучкість (ACT) як інструменти психологічного супроводу та побудувати модель їхнього зв'язку з показниками дистресу й тривоги.

3. Відібрати та описати психодіагностичний інструментарій і процедуру дослідження.

4. Розробити, апробувати протокол структурованого АПД з ACT-мікронавичками та провести вимірювання до та після його реалізації.

5. Проаналізувати результати та сформулювати висновки й практичні рекомендації для психологічного супроводу військових підрозділів.

Методи дослідження. Методологічну основу роботи складають: теоретичні методи (аналіз наукової літератури, систематизація, порівняння, узагальнення); емпіричні методи (психологічне тестування із застосуванням методик AAQ-II, PSS-10, GAD-7 за схемою pre-post дизайну); методи

математичної обробки даних (описова статистика — медіани, IQR; непараметричний критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок; критерій Шапіро-Вілка).

Експериментальна база: дослідження проводилося на базі підрозділів ЗСУ. Вибірку склали 40 діючих військовослужбовців чоловічої статі.

Наукова новизна дослідження полягає: емпірично досліджено ефект поєднання структурованого АПД з АСТ-мікронавичками у вибірці діючих військовослужбовців ЗСУ в умовах активної служби. Розроблено протокол профілактичного заходу «Психологічна гнучкість як ресурс адаптації», адаптований до умов військового середовища.

Теоретична значущість дослідження полягає: полягає у розширенні наукових уявлень про психологічний потенціал АПД як інструменту підтримки поряд із його традиційною організаційно-навчальною функцією, а також у поглибленні знань про психологічну гнучкість як ресурс адаптації військовослужбовців в умовах хронічного бойового стресу та можливості її розвитку засобами короткострокових АСТ-інтервенцій.

Практичне значення одержаних результатів: розроблений протокол може бути впроваджений у систему психологічного супроводу підрозділів ЗСУ. Методичні рекомендації адресовані практичним психологам, офіцерам з МПЗ та командирам підрозділів.

Апробація результатів дослідження: тези представлено на XVII Міжнародній науково-практичній конференції «Практична психологія у сучасному вимірі» (21 квітня 2026 р.).

Структура та обсяг роботи: кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, списку використаних джерел (80 найменувань, з яких 68 англійською мовою), 4 додатків. Основний обсяг роботи складає 70 сторінок комп’ютерного набору. Загальний обсяг роботи: 86 сторінки.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (80 позицій) та додатків.

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1. Психологічні наслідки бойового стресу у військовослужбовців

Проблема психологічних наслідків участі у бойових діях посідає центральне місце в сучасній військовій психології та психіатрії. Досвід збройних конфліктів XX–XXI століть переконливо свідчить про те, що бойовий стрес є одним із найпотужніших психотравматичних чинників, здатних спричиняти як гострі реакції на стрес, так і хронічні психічні розлади, що істотно знижують якість життя і бойову ефективність особового складу [1; 2]. Масштаб цієї проблеми набув особливої гостроти в умовах повномасштабного збройного конфлікту в Україні, де сотні тисяч військовослужбовців несуть службу в умовах тривалого бойового стресу.

Поняття «бойовий стрес» (combat stress) у сучасній науковій літературі визначається як сукупність фізіологічних, емоційних, когнітивних і поведінкових реакцій організму на екстремальні умови бойової діяльності, що включають реальну або суб'єктивно сприйняту загрозу для життя, тривалу фізичну та психічну напруженість, втрату контролю над ситуацією і необхідність прийняття відповідальних рішень в умовах невизначеності [3; 4]. Ключовою відмінністю бойового стресу від цивільних форм стресу є його поєднаний характер: одночасний вплив фізичних (бойові поранення, виснаження, порушення сну), когнітивних (необхідність швидкої оцінки загроз та прийняття рішень) і морально-етичних (участь у насильстві, загибель побратимів, моральні дилеми) стресорів [5]. Саме ця багатовимірність бойового стресу обумовлює складність і різноманітність його психологічних наслідків.

Для глибшого розуміння механізмів впливу бойового стресу на психологічний стан особистості важливо розглянути нейробіологічні основи стресової відповіді. При зіткненні з реальною або потенційною загрозою активується гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова вісь (HPA-вісь), що запускає каскад нейроендокринних реакцій: виділення кортизолу, адреналіну та норадреналіну. Ці гормони забезпечують негайну мобілізацію фізичних і

психічних ресурсів — підвищення пильності, прискорення реакцій, пригнічення несуттєвих функцій — і є адаптивними в короткостроковій перспективі. Проте при тривалому або повторному впливі стресорів хронічна активація цієї осі призводить до деструктивних змін у структурах мозку, насамперед у гіпокампі, префронтальній корі та мигдалеподібному тілі, що безпосередньо корелює з розвитком ПТСР, тривожних розладів і депресії [5; 6].

Дослідники виокремлюють кілька груп психологічних наслідків бойового стресу, що різняться за тривалістю, інтенсивністю та клінічною значущістю.

Першу групу складають гострі стресові реакції — нормативні психофізіологічні відповіді організму на надмірне навантаження, що виникають безпосередньо під час або одразу після стресогенної події. До них відносять: емоційне збудження або, навпаки, емоційне заціпеніння, дисоціативні прояви, порушення концентрації уваги, тремор, тахікардію, гіпервигляд (hypervigilance) [6]. Такі реакції, як правило, є тимчасовими і минають упродовж кількох годин чи діб при наявності відпочинку та соціальної підтримки. Важливо розуміти, що гострі стресові реакції є нормативними відповідями на ненормативні ситуації і самі по собі не свідчать про психопатологію. Однак за відсутності умов для відновлення та при повторному впливі стресорів вони можуть трансформуватися в хронічні порушення.

Другу групу утворюють хронічні психологічні наслідки, що розвиваються при систематичному та тривалому впливі бойових стресорів. Серед них найбільш дослідженим і поширеним є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — стан, що характеризується нав'язливим повторним переживанням травматичної події (інтрузії, флешбеки, нічні кошмари), уникненням пов'язаних із нею стимулів, негативними змінами в мисленні та настрої (стійкі негативні переконання, відчуття відчуженості, ангедонія), а також хронічним гіперзбудженням нервової системи (порушення сну,

дратівливість, надмірна пильність, підвищена реакція переляку) [7]. За даними мета-аналітичних досліджень, поширеність ПТСР серед ветеранів бойових дій коливається від 11% до 30% залежно від типу конфлікту, тривалості участі та наявності соціальної підтримки [8].

Слід підкреслити, що діагностичні критерії ПТСР, закріплені у DSM-5, охоплюють лише частину спектра психологічних порушень, що виникають у наслідок бойового досвіду. Поряд із ПТСР поширеними наслідками бойового стресу є клінічна депресія (prevalence 14–23%), генералізований тривожний розлад, зловживання психоактивними речовинами, порушення сну, а також так звана «моральна травма» (moral injury) — специфічний психологічний стан, що виникає внаслідок участі у подіях, які суперечать глибинним моральним переконанням особистості [9; 10]. Моральна травма проявляється у вигляді сильного почуття провини, сорому, духовної кризи і може виступати як самостійним розладом, так і компонентом ПТСР, суттєво ускладнюючи клінічну картину та перебіг відновлення.

Окремої уваги заслуговує феномен бойового виснаження (combat fatigue або operational fatigue) — стан прогресивного зниження психологічних ресурсів особистості, що розвивається при тривалому перебуванні в умовах бойового стресу без достатнього відновлення [11]. На відміну від ПТСР, бойове виснаження є передусім кумулятивним процесом деплеції психічних і фізичних ресурсів, а не наслідком конкретної травматичної події. Його ознаки включають хронічну втому, дратівливість, зниження мотивації, порушення когнітивних функцій (пам'яті, уваги, прийняття рішень), емоційне оніміння та відчуженість [12]. Бойове виснаження є прямим наслідком тривалого алостатичного навантаження і може слугувати провісником більш тяжких психічних порушень при відсутності своєчасного психологічного втручання.

В умовах тривалого збройного конфлікту, яким є російсько-українська війна, особливого значення набувають так звані хронічні субклінічні порушення — стани, що не досягають діагностичного порогу клінічних розладів, проте суттєво знижують якість функціонування

військовослужбовців. До них відносять підвищений рівень тривоги, помірно виражений психологічний дистрес, труднощі із саморегуляцією емоцій, порушення міжособистісних відносин та зниження здатності до гнучкого вирішення проблем [13]. Саме ця категорія є особливо актуальною для психопрофілактичної роботи, оскільки своєчасне втручання на субклінічному рівні здатне запобігти розвитку повноцінних психічних розладів.

Важливим аспектом розуміння психологічних наслідків бойового стресу є їхня динаміка в часі. Дослідження показують, що перший рік після повернення зі служби є критичним щодо розвитку або, навпаки, подолання стресових наслідків [8]. Проте для тих, хто продовжує нести службу в умовах тривалого конфлікту, ситуація принципово відрізняється: відновлення неможливе через відсутність дистанціювання від стресорів, а нові травматичні події нашаровуються на попередні, формуючи складну мультитравматичну картину. Саме тому психологічна підтримка діючих військовослужбовців, а не лише ветеранів, є критично важливою.

Сучасні дослідження акцентують увагу на факторах, що опосередковують вплив бойового стресу на психологічне благополуччя. Серед протективних факторів виділяють: соціальну підтримку з боку командирів і побратимів, відчуття групової єдності (unit cohesion), наявність чіткого сенсу й цінностей, досвід попередніх успішних подолань стресу, а також психологічну гнучкість як здатність адаптивно реагувати на мінливі обставини [14; 15]. Ці чинники є не лише пасивним захистом від негативних наслідків стресу, а активними ресурсами, що дозволяють особистості не лише адаптуватися, а й зростати в умовах надзвичайних обставин — феномен, відомий як посттравматичне зростання (posttraumatic growth).

До факторів ризику відносять: тривалість та інтенсивність бойового впливу, попередній досвід психологічних травм, низький рівень соціальної підтримки, уникальні копінг-стратегії та когнітивну ригідність [16]. Особливо деструктивним є поєднання кількох факторів ризику: дослідження показують,

що наявність трьох і більше факторів ризику підвищує вірогідність розвитку ПТСР у 4–6 разів порівняно з відсутністю таких факторів [8].

Важливим теоретичним конструктом для розуміння психологічних наслідків бойового стресу є концепція алостатичного навантаження (allostatic load) — накопиченого «зносу» адаптаційних систем організму при тривалій активації стресової відповіді [17]. Алостатичне навантаження відображає кумулятивний ефект хронічного стресу на біологічні системи регуляції та є кількісним показником «ціни адаптації». Висока алостатичне навантаження пов'язане не лише з психологічними порушеннями, а й із підвищеним ризиком серцево-судинних захворювань, імунодефіциту та прискореного старіння. Згідно з цією концепцією, психологічні порушення у військовослужбовців є наслідком не лише окремих травматичних подій, а й хронічного перевантаження нейроендокринних, імунних і психологічних систем адаптації.

Окремим важливим аспектом є гендерний вимір бойового стресу. Хоча у даному дослідженні вибірка складається виключно з чоловіків, необхідно зазначити, що жінки-військовослужбовці демонструють вищу уразливість до ПТСР при порівнянному рівні бойового впливу, що пов'язано як із біологічними відмінностями в нейроендокринній відповіді на стрес, так і з соціальними факторами (підвищена ймовірність сексуальних домагань у військовому середовищі, менший рівень соціальної підтримки) [7]. Ця обставина підкреслює необхідність гендерно-чутливого підходу до психологічного супроводу.

У контексті досліджень психологічного стану військовослужбовців ЗСУ українські науковці фіксують високий рівень тривожно-депресивної симптоматики, зниження психологічної стійкості та виснаження когнітивних ресурсів при тривалому перебуванні в зоні бойових дій [18; 19]. Дослідження Кокуна О.М. та співавторів (2017) виявили, що понад 60% учасників бойових дій мають ознаки психологічного виснаження, а у 30–40% спостерігаються симптоми, що відповідають діагностичним критеріям ПТСР або

субсиндромального ПТСР [18]. Водночас наголошується на значних індивідуальних відмінностях у психологічних реакціях на стрес, що зумовлює потребу в диференційованому підході до психологічного супроводу й актуалізує пошук інтервенцій, ефективних у груповому форматі безпосередньо в умовах підрозділів.

Важливим висновком сучасних досліджень є те, що психологічне здоров'я військовослужбовців є не лише гуманітарною, а й стратегічною проблемою. Психологічний дистрес безпосередньо знижує бойову ефективність: порушення концентрації уваги, сповільнення реакцій, погіршення прийняття рішень і комунікації збільшують ризик тактичних помилок і втрат [19]. Отже, психологічний супровід особового складу є не лише моральним обов'язком, а й необхідною умовою боєздатності підрозділів.

Таким чином, бойовий стрес є багатовимірним явищем, що спричиняє широкий спектр психологічних наслідків. Субклінічні прояви дистресу і тривоги є поширеними серед діючих військовослужбовців і потребують систематичної психопрофілактичної роботи, що може бути інтегрована в наявні організаційні процедури підрозділів, зокрема в практику аналізу проведених дій.

1.2. Аналіз проведених дій як інструмент психологічної підтримки

Аналіз проведених дій (АПД; в англомовній традиції — After-Action Review, AAR) є структурованою процедурою рефлексії виконаних завдань, що широко застосовується у збройних силах різних країн. Первинно розроблений у армії США в 1970-х роках як інструмент організаційного навчання, АПД поступово отримав визнання як ефективний метод підвищення ефективності дій підрозділів та набуття оперативного досвіду [20; 21]. Проте з часом практика його застосування вийшла за межі суто воєнної сфери: елементи АПД активно використовуються в медицині, авіації, рятувальних службах та корпоративному управлінні — скрізь, де необхідне системне осмислення досвіду в умовах підвищеної відповідальності.

В Україні процедура АПД регламентована Тимчасовою інструкцією з процесу аналізу проведених дій (ВП 7(3)-00(01).01 Міністерства оборони України, 2019), яка визначає АПД як «структурований процес навчання, що дозволяє учасникам виявити, що відбулось, чому це відбулось і як покращити ефективність дій» [22]. Ця нормативна база закладає основу для стандартизованого проведення АПД на рівні підрозділів і свідчить про інституційне визнання АПД як важливого елемента системи підготовки і розвитку військовослужбовців ЗСУ.

Класична структура АПД включає чотири ключові запитання, послідовне опрацювання яких забезпечує цілісний аналіз виконаного завдання: 1) Що мало відбутися? (плановий результат); 2) Що фактично відбулося? (реальний результат); 3) Чому виникла розбіжність? (аналіз причин); 4) Що необхідно зробити по-іншому? (висновки та коригуючі дії) [23]. Така структура забезпечує безпечний і конструктивний простір для обговорення допущених помилок без формування атмосфери звинувачення, що є критично важливим для ефективного навчання організації [24]. Відомий дослідник організаційного навчання Кріс Аргіріс характеризував АПД як класичний приклад «подвійної петлі навчання» (double-loop learning) — форми навчання, що передбачає не лише корекцію конкретних дій, а й переосмислення базових припущень і підходів, що їх породжують [25].

Традиційно АПД розглядався виключно як інструмент оперативного навчання та підвищення боєздатності підрозділів. Проте сучасні дослідження дедалі більше звертають увагу на психологічний потенціал цієї процедури [25; 26]. Слід зазначити, що цей потенціал не є випадковим: структурний аналіз АПД виявляє в ньому риси, притаманні доказово ефективним психологічним втручанням — зокрема, наративному переосмисленню досвіду, груповій підтримці та відновленню відчуття контролю. Аналіз механізмів впливу структурованого АПД виявляє кілька психологічно значущих процесів.

Перший механізм — структурування та наративна інтеграція пережитого досвіду. Бойовий досвід нерідко переживається як хаотичний,

непередбачуваний і погано інтегрований у когнітивну схему особистості. Фрагментованість спогадів про травматичні події є одним із ключових механізмів підтримання ПТСР-симптоматики: нездатність сформувати зв'язний наратив про пережите перешкоджає когнітивній переробці та інтеграції травматичного досвіду [27]. Структурований АПД, задаючи чіткий наративний формат («що мало бути — що сталося — чому — що далі»), сприяє когнітивній обробці та інтеграції пережитого, знижуючи ймовірність розвитку нав'язливих руминацій [27]. Цей механізм перегукується з принципами наративної терапії та концепцією «написання» травматичного досвіду за Дж. Пеннебейкером, який показав, що структурований виклад пережитого знижує рівень тривоги та покращує психологічне благополуччя [28].

Другий механізм — зниження руминації та відновлення відчуття контролю. Руминація — нав'язливе повторне повернення до переживань негативних подій — є одним із ключових механізмів підтримання та поглиблення психологічного дистресу [29]. На відміну від руминації, що є пасивним, циклічним і беззмістовним «прокручуванням» негативного досвіду, структурований АПД передбачає активне, цілеспрямоване опрацювання цього досвіду з конкретним практичним завданням — виробленням рекомендацій. Структурований АПД, зосереджуючи увагу на конкретних діях та їхніх причинах, а не на емоційному переосмисленні події, сприяє переключенню з руминативного на проблемно-орієнтований стиль мислення, відновлюючи суб'єктивне відчуття контролю та передбачуваності [30]. Відчуття контрольованості ситуації є одним із ключових буферних факторів щодо стресу: людина, яка сприймає свої дії як такі, що мають вплив на результат, значно краще справляється з несприятливими обставинами.

Третій механізм — зміцнення групової згуртованості та соціальної підтримки. Груповий формат АПД створює простір для спільного переосмислення досвіду, взаємного визнання та підтримки між учасниками підрозділу. Відкрите обговорення труднощів у безпечному середовищі нормалізує реакції на стрес, знижує відчуття ізоляції та сприяє формуванню

групової ідентичності [31]. Ця нормалізація є психологічно значущою: відчуття «зі мною відбувається щось ненормальне, чого не відчувають інші» є поширеним і вкрай деструктивним у контексті бойового стресу. Коли інші учасники групи відкрито говорять про подібні переживання, відбувається деестигматизація психологічного дискомфорту. Соціальна підтримка, у свою чергу, є одним із найсильніших протективних факторів щодо розвитку ПТСР та інших наслідків бойового стресу [32].

Четвертий механізм — підвищення самоефективності. Конструктивний аналіз власних дій, що завершується виробленням конкретних рекомендацій на майбутнє, зміцнює переконаність учасників у власній здатності впоратися з аналогічними ситуаціями. За А. Бандурою, самоефективність — переконаність у власній здатності успішно виконувати певні дії в конкретних умовах — є одним із ключових регуляторів поведінки в умовах стресу та невизначеності [33]. Учасник, який успішно проаналізував помилки і сформулював кращі стратегії дій, входить у наступне завдання зі значно вищим рівнем самоефективності.

П'ятий механізм — відновлення відчуття сенсу та когерентності. Бойовий досвід нерідко руйнує базові уявлення особистості про справедливість, передбачуваність і сенс подій — феномен, відомий як «розбиті припущення» (shattered assumptions) за Янофф-Бульман [34]. Структурований АПД, переосмислюючи пережите в логіці «причинно-наслідкових зв'язків», сприяє відновленню когнітивного сенсу — розуміння того, чому певні події відбулися і що можна зробити, щоб вплинути на майбутнє. Це відновлення коерентності є критично важливим для психологічного відновлення після травматичного досвіду.

Разом із тим ефективність АПД як психологічного інструменту суттєво залежить від якості його проведення. Дослідники виділяють кілька умов, що перетворюють АПД на психологічно безпечну та корисну процедуру: наявність чіткої структури; відсутність атмосфери оцінювання та покарання; зосередженість на навчанні, а не на пошуку винних; активне залучення всіх

учасників; дотримання принципу конфіденційності обговорюваного [34; 35]. Дослідження Едмондсон (Edmondson, 1999) показало, що психологічна безпека — відчуття членами групи того, що вони можуть відкрито говорити про помилки без страху покарання — є найсильнішим предиктором якості навчання у командах [24]. Відсутність психологічної безпеки перетворює АПД на формальний ритуал, що не лише не дає психологічного ефекту, а й може посилювати тривогу та страх оцінювання.

Метаналіз Таненбаума та Черасолі (2013), що охопив 46 досліджень, показав, що груповий дебрифінг підвищує командну ефективність у середньому на 20–25%, при цьому найбільший ефект спостерігається в умовах, де акцент робиться на навчанні (learning-focused) на відміну від оцінювання результатів (performance-focused) [26]. Це узгоджується з теорією цілепокладання (goal-setting theory) Локка та Латама: завдання, сформульовані як навчальні («як стати кращим»), а не оціночні («наскільки ти добрий»), генерують вищий рівень мотивації та меншу тривогу [35].

Теоретично АПД відповідає ряду принципів психологічно орієнтованих інтервенцій. Зокрема, він узгоджується з моделлю кризового дебрифінгу — структурованою груповою процедурою переосмислення стресогенного досвіду [36]. Водночас, на відміну від класичного психологічного дебрифінгу за Мітчеллом (1983), АПД не зосереджується на емоційному відреагуванні, а включає конструктивний аналіз дій і вироблення рекомендацій. Це розмежування є важливим: мета-аналіз ван Еммерік та ін. (2002) показав, що одноразовий психологічний дебрифінг (CISD) не лише не запобігає розвитку ПТСР, а в окремих випадках може його поглиблювати [37]. АПД уникає цього недоліку завдяки своєму акценту на конструктивному осмисленні та практичних висновках, а не на повторному переживанні травматичного матеріалу.

Окремим напрямом є дослідження потенціалу структурованого АПД — тобто АПД, збагаченого додатковими психологічними компонентами. Morrison і колеги (2013) показали, що включення до стандартного АПД

елементів усвідомленості (mindfulness) суттєво підвищує його вплив на психологічне благополуччя учасників [38]. Подібні результати отримали Adler і співавтори (2009), які розробили і апробували протокол «Battlemind Debriefing» — структуровану психологічну інтервенцію для військовослужбовців, що повертаються з бойових операцій. Протокол поєднував елементи традиційного АПД із психоедукацією щодо нормалізації бойового стресу та короткими практиками саморегуляції. Дослідження показало значне зниження ПТСР-симптоматики і підвищення психологічного благополуччя у групі, де проводився Battlemind Debriefing, порівняно з контрольною групою [39].

В українській науковій традиції питання психологічних аспектів АПД досліджується відносно нещодавно. Українські науковці — зокрема Потапчук Є.М., Пасічник В.І., Діденко О.В. — акцентують увагу на необхідності адаптації зарубіжних моделей психологічного супроводу до реалій українського військового середовища та специфіки поточного конфлікту, наголошуючи на важливості інтеграції психологічних компонентів у стандартні процедури підрозділів [40; 41]. Практика психологічного забезпечення ЗСУ в умовах повномасштабного вторгнення продемонструвала, що найбільш ефективними є ті форми психологічної підтримки, які природно вписуються в повсякденний ритм підрозділу і не сприймаються особовим складом як «терапія» чи ознака психологічної слабкості. АПД, будучи вже легітимізованою організаційною процедурою, створює унікальні можливості для такої інтеграції.

Таким чином, АПД є перспективним інструментом не лише оперативного навчання, а й психологічної підтримки військовослужбовців, що реалізує п'ять ключових психологічних механізмів: структурування досвіду, зниження руминації, посилення соціальної підтримки, підвищення самоефективності та відновлення відчуття сенсу. Однак для реалізації психологічного потенціалу АПД необхідне його структурування та

доповнення доказовими методами психологічної саморегуляції, зокрема ACT-мікронавичками.

1.3. Терапія прийняття та відповідальності: теоретичні засади та застосування у роботі з військовослужбовцями

Терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy — ACT) була розроблена американським психологом Стівеном Хейсом та його колегами наприкінці 1980-х — на початку 1990-х років і на сьогодні є одним із найбільш досліджених і широко застосовуваних напрямів третьої хвилі когнітивно-поведінкової терапії [42; 43]. На відміну від першої хвилі (класичний біхевіоризм) і другої хвилі (когнітивно-поведінкова терапія Бека та Елліса), третя хвиля КПТ характеризується зміщенням акценту з прямого змінення змісту когніцій на зміну відносин людини до своїх психічних переживань та підвищення психологічної гнучкості. ACT посідає центральне місце серед підходів третьої хвилі, поряд з діалектичною поведінковою терапією (ДПТ) Ліхан та терапією, заснованою на усвідомленості (MBCT) Сігала, Вільямса і Тісдейла.

ACT базується на реляційній теорії фреймів (Relational Frame Theory — RFT) — психологічній теорії мови та пізнання, що пояснює, яким чином вербально-когнітивні процеси людини можуть стати джерелом психологічного страждання [44]. Згідно з RFT, здатність людини встановлювати довільні реляційні зв'язки між стимулами (наприклад, слово «небезпека» викликає таку саму реакцію страху, що й реальна небезпека) є унікальною особливістю людської когніції. Ця здатність є основою мови, мислення та абстрактного пізнання, проте вона ж робить людину вразливою до психологічного страждання, якого немає у тварин: людина може страждати від думки про минуле, від уявлення про майбутнє, від абстрактних понять «безцінність» чи «безнадія» — тобто від того, що не існує у фізичній реальності.

На відміну від класичної когнітивно-поведінкової терапії, яка зосереджується на зміні змісту дисфункційних думок («оспорення

автоматичних думок», «сократівський діалог»), ACT прагне змінити функцію психологічних переживань — тобто той вплив, який вони чинять на поведінку людини — не намагаючись їх усунути або замінити [45]. Центральна ідея ACT полягає в тому, що страждання є неодмінною частиною людського досвіду, і спроби уникнути неприємних переживань нерідко самі стають джерелом психологічного розладу. Замість цього ACT навчає людину приймати переживання як вони є, дистанціюватися від них когнітивно і спрямовувати дії відповідно до власних цінностей [46]. Парадоксально, але саме прийняття неприємних переживань, а не боротьба з ними, є найкоротшим шляхом до зниження їхньої інтенсивності та впливу на поведінку.

Теоретична модель ACT описує гексафлекс психологічної гнучкості — шість взаємопов'язаних процесів, які у своїй сукупності визначають рівень психологічного благополуччя та адаптивності [47]:

1. Прийняття (Acceptance) — відкрите й безоціночне ставлення до власних думок, почуттів та тілесних відчуттів, без спроб їх уникнути або пригнітити. Прийняття не означає пасивного примирення з ситуацією чи схвалення болю — воно означає готовність мати ці переживання, не дозволяючи їм керувати поведінкою. Прийняття є протилежністю досвідного уникнення — ключового механізму психологічного страждання за моделлю ACT.

2. Когнітивне роз'єднання (Cognitive Defusion) — здатність спостерігати за власними думками як за ментальними подіями, а не ототожнюватися з їхнім змістом. На противагу когнітивному злиттю (fusion), при якому думка сприймається як буквальна правда («я невдаха» = я справді невдаха), роз'єднання створює психологічну дистанцію між «Я» і думкою («я помічаю думку про те, що я невдаха»). Ця дистанція суттєво знижує регуляторний вплив думки на поведінку.

3. Контакт із теперішнім моментом (Contact with the Present Moment) — усвідомлена, цілеспрямована увага до поточного досвіду — думок, відчуттів, оточення — без оцінювання і без «блукання» думок у минулому чи

майбутньому. Цей компонент тісно перегукується з концепцією усвідомленості (mindfulness) за Кабат-Зінном, хоча ACT розглядає його як один із шести взаємопов'язаних процесів, а не як самостійну мету.

4. Я-як-контекст (Self-as-Context) — переживання себе як стійкого «спостерігача» власних думок і переживань, а не як їхнього змісту. На противагу концептуалізованому «Я» (self-as-content), що визначається через ярлики і ролі («я солдат», «я невдаха», «я тривожна людина»), Я-як-контекст є трансцендентним центром свідомості, що залишається незмінним попри мінливість думок, почуттів і досвіду. Цей компонент є особливо важливим у роботі з військовослужбовцями, чия ідентичність часто надмірно зливається з ролевими ярликами.

5. Цінності (Values) — ідентифікація та вербальна артикуляція того, що є справді важливим і значущим для людини у різних сферах її життя. На відміну від цілей, що є досяжними кінцевими станами, цінності є постійними напрямками руху — «зіркою, на яку орієнтуєшся», а не «місцем призначення». Прояснення цінностей надає сенс і напрямок поведінці в умовах невизначеності та страждання.

6. Зобов'язані дії (Committed Action) — цілеспрямована поведінка, спрямована на реалізацію особистісних цінностей, навіть за наявності дискомфорту. Це «виконавчий» компонент ACT: недостатньо знати свої цінності і мати психологічний простір для гнучких реакцій — необхідно реально діяти у відповідності з ними. Зобов'язані дії є конкретними, вимірюваними і відповідають цінностям, а не правилам або тиску зовнішніх обставин [48].

Протилежним полюсом є гексафлекс психологічної негнучкості, що включає: досвідне уникнення, когнітивне злиття, домінування минулого/майбутнього над теперішнім, концептуалізоване «Я», нечіткі цінності та імпульсивну або уникальну поведінку [48]. Саме психологічна негнучкість, за моделлю ACT, є трансдіагностичним механізмом широкого спектра психологічних порушень — тривоги, депресії, ПТСР, залежностей,

розладів харчової поведінки тощо. Це пояснює, чому АСТ є ефективною при такому широкому колі проблем: замість лікування симптомів вона усуває їхній спільний корінь.

Значний масив досліджень підтверджує ефективність АСТ при тривожних розладах, депресії, хронічному болю, ПТСР та інших клінічних станах. Мета-аналіз А-Тьяка та колег (2015), що охопив 39 рандомізованих контрольованих досліджень, виявив помірний або великий розмір ефекту АСТ при клінічно значущих психічних і фізичних порушеннях порівняно з контрольними умовами [49]. Мета-аналіз Пауерса та ін. (2009) підтвердив перевагу АСТ над активними контрольними умовами (зокрема, над КПТ та іншими встановленими терапіями) при ряді розладів [50]. Важливим є те, що АСТ демонструє ефективність у різних форматах — індивідуальному, груповому та коротких (2–4 сесії) інтервенцій, що робить її придатною для застосування в умовах, де ресурси часу є обмеженими [51].

Щодо застосування АСТ у роботі з військовослужбовцями, накопичено дедалі більше емпіричних свідчень її ефективності. Несміт і Коен (Niles et al., 2012) у рандомізованому контрольованому дослідженні показали, що короткий АСТ-курс (4 сесії у форматі телемедицини) значно знижував симптоми ПТСР і депресії у ветеранів порівняно з контрольною групою [52]. Брайан і колеги (Bryan et al., 2015) виявили, що вищий рівень психологічної гнучкості у військовослужбовців є потужним предиктором нижчого рівня ПТСР і суїцидальних думок після повернення з бойових операцій, підкреслюючи превентивну роль психологічної гнучкості [53]. Thompson і співавтори (2013) встановили, що АСТ-тренінги, інтегровані в систему підготовки підрозділів, суттєво підвищували психологічну гнучкість і знижували рівень психологічного дистресу [54].

Особливо перспективним напрямом є застосування АСТ-мікронавичок — коротких, стандартизованих технік, що базуються на принципах АСТ і можуть бути освоєні та застосовані без тривалого терапевтичного курсу [55]. Концепція мікронавичок виходить із того, що психологічна гнучкість є не

просто терапевтичним результатом, а навичкою, яку можна тренувати та розвивати у повсякденному житті — подібно до фізичних навичок чи навичок стрільби. Мікронавички є доступними, «портативними» і не стигматизованими, що робить їх особливо придатними для застосування у військовому контексті, де звернення за психологічною допомогою нерідко асоціюється зі слабкістю.

До типових ACT-мікронавичок відносять: коротку практику усвідомленості (фокусування на диханні та тілесних відчуттях для заземлення у теперішньому); техніки когнітивного роз'єднання (спостереження за думками як за об'єктами, що проходять через свідомість, а не як за буквальними описами реальності); і вправи на прояснення цінностей (ідентифікація того, що важливо, та спрямування конкретних дій у відповідному напрямку) [56; 57]. Кожна мікронавичка відповідає одному або кільком компонентам гексафлексу ACT і може бути освоєна впродовж 5–10 хвилин групового заняття.

Застосування ACT-мікронавичок у поєднанні з груповими організаційними процедурами військових підрозділів є теоретично обґрунтованим з кількох причин. По-перше, обидва компоненти природно доповнюють один одного: АПД забезпечує структурування досвіду та рефлексію на рівні дій і стратегій, тоді як ACT-мікронавички надають інструменти для адаптивного ставлення до неминучого дискомфорту і спрямування дій відповідно до цінностей навіть в умовах стресу [58]. По-друге, обидва компоненти орієнтовані на конкретні дії та практичні результати, а не на абстрактне психологічне «опрацювання», що відповідає практичній спрямованості військового мислення. По-третє, поєднання АПД і ACT-мікронавичок не потребує додаткового часу понад звичну тривалість АПД і не потребує окремого психологічного сеансу — воно інтегрується в наявну організаційну процедуру.

Таким чином, ACT є теоретично добре обґрунтованим і практично ефективним підходом, формат мікронавичок якого є особливо придатним для

застосування у роботі з військовослужбовцями. Інтеграція ACT-мікронавичок у структуру АПД є логічним і перспективним напрямом психологічного супроводу підрозділів ЗСУ.

1.4. Психологічна гнучкість як ресурс адаптації

Психологічна гнучкість є центральним конструктом терапії прийняття та відповідальності і водночас самостійним психологічним феноменом із широкою предикторною валідністю щодо психологічного благополуччя та адаптивного функціонування [59]. Незважаючи на порівняно недавнє введення цього поняття в науковий обіг (кінець 1990-х — початок 2000-х років), дослідницький інтерес до психологічної гнучкості стрімко зростає: за останнє десятиліття кількість наукових публікацій на цю тему збільшилася в кілька разів, а конструкт увійшов до числа найбільш досліджуваних у клінічній та організаційній психології.

У найбільш загальному вигляді психологічна гнучкість визначається Хейсом та колегами як здатність «повністю контактувати з теперішнім моментом як свідомої людини та змінювати або продовжувати поведінку відповідно до особистісних цінностей, залежно від того, що обіцяє більшу ефективність» [60, с. 7]. Це визначення підкреслює три ключові компоненти психологічної гнучкості: усвідомленість (контакт із теперішнім), гнучкість реагування (здатність як змінювати, так і продовжувати поведінку) та ціннісна орієнтованість (дія відповідно до особистісних цінностей, а не автоматичних реакцій чи правил). Саме поєднання цих трьох компонентів відрізняє психологічну гнучкість від суміжних понять.

Психологічна гнучкість принципово відрізняється від суміжних конструктів, хоча й пов'язана з ними. На відміну від емоційної регуляції, що описує процеси управління інтенсивністю і тривалістю емоційних реакцій (і часто має на увазі активне «придушення» або «відволікання» від неприємних емоцій), психологічна гнучкість акцентує здатність допускати переживання без надмірного контролю, водночас зберігаючи орієнтованість на цінності [61]. Насправді, деякі стратегії емоційної регуляції — зокрема, супресія — є

формами досвідного уникнення і, за моделлю ACT, сприяють, а не знижують психологічне страждання в довгостроковій перспективі.

На відміну від резилієнтності (resilience), що традиційно описує відновлення після травматичних подій і має на увазі «пружне повернення» до попереднього стану, психологічна гнучкість є проактивним, функціональним ресурсом, що визначає поведінку в мінливих умовах незалежно від наявності травматичного досвіду [62]. Більше того, психологічна гнучкість може розглядатися як один із механізмів резилієнтності: людина є resilient не попри свої труднощі, а через здатність гнучко реагувати на них. Дослідження Боннано (2004) показало, що психологічна гнучкість є одним із найсильніших предикторів природної резилієнтності після травматичних подій [62].

На відміну від копінг-стратегій — конкретних поведінкових і когнітивних прийомів подолання стресу — психологічна гнучкість є більш фундаментальним метапроцесом, що визначає, яким із можливих копінгів людина скористається в конкретній ситуації. Психологічно гнучка людина не прив'язана до фіксованого набору копінгів, а здатна контекстуально обирати найбільш адаптивні стратегії, включаючи, за необхідності, й активне прийняття без спроб зміни ситуації.

Протилежним полюсом психологічної гнучкості є досвідне уникнення (experiential avoidance) — схильність уникати або пригнічувати внутрішні переживання (думки, емоції, тілесні відчуття), навіть коли таке уникнення заважає ефективному функціонуванню [63]. Досвідне уникнення є надзвичайно поширеним явищем: за різними оцінками, воно є елементом клінічної картини при більшості психічних розладів і є одним із найпоширеніших дисфункціональних патернів і в некліничних популяціях. Численні дослідження показують, що досвідне уникнення є потужним медіатором психологічного дистресу, депресії, тривожних розладів і ПТСР: встановлено, що до 16% дисперсії симптомів тривоги та депресії пояснюється рівнем досвідного уникнення [63].

Парадоксально, але спроби уникнути неприємних переживань нерідко посилюють їхню інтенсивність і частоту — феномен, відомий як «ефект білого ведмедя» (thought suppression rebound effect) [64]. У класичному дослідженні Вегнера (1987) учасникам, яким наказали «не думати про білого ведмедя», ця думка приходила значно частіше, ніж у контрольній групі [64]. Цей ефект має пряме клінічне значення: спроби придушити нав'язливі думки чи флешбеки при ПТСР не лише не зменшують їхню частоту, а й посилюють їх, формуючи замкнуте коло страждання.

Для вимірювання психологічної гнучкості / досвідного уникнення найбільш широко використовується Опитувальник прийняття та дії (Acceptance and Action Questionnaire — AAQ-II), розроблений Бондом та колегами [65]. AAQ-II є коротким (7 пунктів), легким у використанні та добре валідизованим інструментом, що демонструє хороші психометричні характеристики у численних міжнародних дослідженнях. Українська адаптація методики, здійснена Широкою А.А. і Миколайчуком М.І. (2021), продемонструвала високі психометричні характеристики та придатність для використання у дослідженнях [66]. Важливо зазначити, що більш високі бали за AAQ-II свідчать про вищий рівень досвідного уникнення (тобто нижчу психологічну гнучкість), що необхідно враховувати при інтерпретації результатів.

Значний масив досліджень підтверджує роль психологічної гнучкості як ресурсу адаптації в умовах стресу. Мета-аналіз Флаксман і Бонда (Flaxman & Bond, 2010), що охопив 42 дослідження і понад 6000 учасників, виявив стійкий і значущий негативний зв'язок між психологічною гнучкістю та показниками тривоги, депресії і вигорання [66]. Розміри ефекту в цьому мета-аналізі є помірними до великих, що свідчить про практичну, а не лише статистичну значущість зв'язку. У вибірках військовослужбовців встановлено, що вищий рівень психологічної гнучкості пов'язаний із нижчим рівнем ПТСР-симптоматики, кращою соціальною адаптацією після повернення зі служби та вищою бойовою ефективністю [68; 69].

Особливо важливою є роль психологічної гнучкості в умовах тривалого стресу, характерного для діючих військовослужбовців. Дослідження Глостера та ін. (2011) показало, що психологічна гнучкість пояснює значущу частку дисперсії психологічного благополуччя понад і вище того, що пояснюється нейротизмом, резилієнтністю та іншими традиційними предикторами [70]. Це свідчить про інкрементну валідність конструкту і про те, що він вимірює щось якісно відмінне від інших відомих змінних. Дослідження показують, що психологічна гнучкість є буферним фактором між бойовим стресом і розвитком психологічних порушень: при однаковому рівні стресового впливу особи з вищою психологічною гнучкістю демонструють значно нижчий рівень дистресу та кращу адаптацію.

Цей зв'язок пояснюється через механізм зниження досвідного уникнення: психологічно гнучка людина здатна контактувати зі стресогенними переживаннями, не вдаючись до дисфункціональних копінг-стратегій (алкоголізація, уникнення, агресія, ізоляція), що у довгостроковій перспективі забезпечує більш ефективну адаптацію. При цьому важливо підкреслити, що психологічна гнучкість не означає відсутності переживань чи безтурботності: психологічно гнучкий військовослужбовець відчуває страх, горе і тривогу так само, як його менш гнучкий побратим. Різниця полягає в тому, наскільки ці переживання диктують його поведінку [70].

Психологічна гнучкість є модифікованим конструктом — тобто піддається цілеспрямованому розвитку за допомогою психологічних інтервенцій. ACT-базовані втручання стабільно демонструють підвищення показників психологічної гнучкості, що, у свою чергу, медіює поліпшення широкого спектра психологічних показників. Дослідження Левіна та ін. (2012), що синтезувало результати компонентних досліджень ACT, підтвердило, що саме підвищення психологічної гнучкості є активним терапевтичним механізмом ACT, а не неспецифічними факторами терапевтичного впливу [75]. Навіть короткострокові ACT-інтервенції (1–4 сесії або окремі психоедукаційні модулі) виявляються достатніми для

значущого підвищення психологічної гнучкості, що обґрунтовує їх застосування у форматі мікронавичок в умовах обмежених ресурсів [75; 76].

Важливим аспектом є зв'язок між психологічною гнучкістю та організаційною ефективністю. Флаксман і Бонд (2010) у квазіекспериментальному дослідженні показали, що підвищення психологічної гнучкості у співробітників організацій призводило не лише до зниження рівня стресу і вигорання, а й до підвищення продуктивності та задоволеності роботою [66]. Цей висновок є особливо релевантним для військового контексту: покращення психологічного стану військовослужбовців має прямі наслідки для бойової ефективності підрозділу.

Таким чином, психологічна гнучкість є ключовим ресурсом адаптації у військовослужбовців, що зазнають тривалого бойового стресу. Вона є вимірюваним, модифікованим і клінічно значущим конструктом, розвиток якого за допомогою ACT-мікронавичок у поєднанні зі структурованим АПД може стати ефективним підходом до підвищення психологічного благополуччя особового складу безпосередньо в умовах служби.

Висновки до розділу 1

Теоретичний аналіз наукової літератури дозволяє сформулювати такі висновки.

По-перше, бойовий стрес є багатовимірним феноменом із чіткими нейробіологічними механізмами, що спричиняє широкий спектр психологічних наслідків — від гострих стресових реакцій до хронічних клінічних порушень, включаючи ПТСР, депресію, моральну травму та бойове виснаження. Субклінічні прояви тривоги та дистресу є особливо поширеними й потребують систематичної психопрофілактичної роботи. Українські дослідження підтверджують актуальність цієї проблеми для ЗСУ.

По-друге, структурований АПД реалізує п'ять психологічно значущих механізмів — наративну інтеграцію досвіду, зниження руминації, зміцнення соціальної підтримки, підвищення самоефективності та відновлення відчуття

сенсу. Ефективність АПД суттєво залежить від психологічної безпеки та від того, чи завершується обговорення конкретними практичними діями.

По-третє, АСТ є доказово ефективним підходом для роботи зі стресом, тривогою і наслідками травматичного досвіду. Формат АСТ-мікронавичок є оптимальним для застосування в групових і позаклінічних умовах психологічного супроводу військових підрозділів.

По-четверте, психологічна гнучкість є ключовим захисним ресурсом адаптації, що виступає буфером між стресовим впливом і розвитком порушень. Її підвищення є вимірюваним і досяжним за допомогою навіть короткострокових АСТ-інтервенцій.

Ці теоретичні положення обґрунтовують дослідницьку гіпотезу про те, що поєднаний вплив структурованого АПД і АСТ-мікронавичок сприятиме підвищенню психологічної гнучкості та зниженню тривоги й сприйнятого стресу у діючих військовослужбовців.

РОЗДІЛ 2 ОРГАНІЗАЦІЯ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методологічні засади та дизайн дослідження

Емпіричне дослідження було спрямоване на перевірку гіпотези про те, що участь у циклі структурованого АПД з інтегрованими АСТ-мікронавичками сприятиме зростанню психологічної гнучкості та зниженню показників тривоги й сприйнятого стресу у діючих військовослужбовців порівняно з базовим рівнем. Вибір методологічного підходу визначався специфікою об'єкта дослідження — діючими військовослужбовцями в умовах активної служби — та практичними обмеженнями, що виникають при проведенні досліджень у польових умовах.

Методологічна позиція дослідження. Дослідження спирається на позитивістсько-прагматичну методологічну позицію, що поєднує кількісне вимірювання психологічних показників із якісним аналізом групової динаміки. Така позиція відображає визнання того, що психологічна реальність є одночасно вимірюваною (через стандартизовані інструменти) і інтерпретованою (через осмислення суб'єктивного досвіду учасників). Поєднання кількісних і якісних методів у межах одного дослідження підвищує його валідність та дозволяє отримати більш повну картину досліджуваного явища.

Дизайн дослідження. Обрано одногруповий квазіекспериментальний pre-post дизайн (дизайн «до і після»), що передбачає одноразове вимірювання досліджуваних показників безпосередньо перед інтервенцією та одразу після її завершення. Вибір саме цього дизайну обумовлений кількома міркуваннями.

По-перше, формування рівноцінної контрольної групи (military unit randomization) є практично неможливим в умовах реальної служби через організаційні обмеження: підрозділи не можуть бути довільно поділені на «контрольні» та «експериментальні» без врахування потреб бойового планування [1; 2]. По-друге, відмова від участі частини підрозділу у психологічному заході, запропонованому іншій частині, є етично проблематичною в умовах активного збройного конфлікту. По-третє, pre-post

дизайн є прийнятним і загальновизнаним стандартом для первинної апробації нових протоколів психологічної підтримки у польових умовах, особливо в сполученні з достатньо великою вибіркою та статистично потужними методами аналізу [2].

Pre-post дизайн, незважаючи на свої обмеження (про які йдеться в розділі обмежень), дозволяє зафіксувати факт значущих змін після інтервенції та оцінити їхній розмір, що є достатнім для першого кроку апробації нового протоколу. Наступним кроком, рекомендованим на основі результатів даного дослідження, є проведення рандомізованого контрольованого дослідження.

T1 (передтест) → Інтервенція (АПД + ACT-мікронавички) → T2 (посттест)

Вимірювання T1 проводилося безпосередньо перед початком структурованого АПД. Вимірювання T2 — одразу після завершення профілактичного заходу з ACT-мікронавичками в той же день. Такий формат відповідав реальним умовам несення служби учасниками та дозволяв мінімізувати відсіювання вибірки. Важливо зазначити, що вибір одноденного формату не є лише практичним компромісом: теоретично обгрунтованим є очікування негайних ефектів від АПД та ACT-мікронавичок, оскільки обидва компоненти орієнтовані на безпосередній вплив на поточний психологічний стан учасників, а не лише на довгострокові зміни.

Процедура дослідження. Дослідження проводилося в три послідовні етапи в межах одного дня.

Перший етап — підготовчий (15–20 хвилин). На цьому етапі дослідник представлявся групі, роз'яснював мету і формат зустрічі, наголошував на принципах добровільності та конфіденційності. Окремо роз'яснювався анонімний характер тестування: анкети не містили прізвища учасників і кодувалися числовими ідентифікаторами. Підкреслювалося, що результати індивідуального тестування не передаються командуванню підрозділів. Ці роз'яснення є критично важливими для забезпечення достовірності відповідей у військовому контексті, де загроза оцінювання є особливо відчутною. Після усної згоди учасників їм роздавалися пакети методик і надавалися інструкції

щодо їх заповнення. Учасникам, які мали запитання, дослідник відповідав індивідуально, не розкриваючи очікуваних результатів.

Другий етап — інтервенційний (90–110 хвилин). Проводився структурований АПД відповідно до стандартної процедури, визначеної Тимчасовою інструкцією МО України (ВП 7(3)-00(01).01, 2019) [3], доповнений блоком АСТ-мікронавичок. Детальний опис протоколу інтервенції наведено у Розділі 3.

Третій етап — повторне вимірювання (15–20 хвилин). Одразу після завершення профілактичного заходу учасники повторно заповнювали той самий пакет методик (Т2). Дослідник наголошував на тому, що «правильних» відповідей немає і що важливо відображати актуальний стан на момент заповнення, а не намагатися відповідати «краще», ніж у першому тестуванні.

Операціоналізація змінних. У дослідженні виділено одну незалежну змінну (участь в інтервенції АПД + АСТ-мікронавички) та три залежні змінні: рівень тривоги (вимірювався за GAD-7), рівень сприйнятого стресу (вимірювався за PSS-10) та рівень досвідного уникнення / психологічна гнучкість (вимірювалася за AAQ-II). Для кожної залежної змінної фіксувалися показники як у передтесті (Т1), так і в посттесті (Т2), що дозволяло розрахувати величину змін (Т2 – Т1).

Етичні засади дослідження. Дослідження проводилося з дотриманням основних етичних принципів наукового психологічного дослідження, визначених Етичним кодексом Американської психологічної асоціації (APA) та Гельсінською декларацією: добровільності участі, інформованої згоди, конфіденційності отриманих даних, права на відмову від участі на будь-якому етапі без жодних наслідків, а також принципу «не нашкодь» (do no harm). Персональні дані учасників не фіксувалися; анкети були анонімними та кодувалися числовими ідентифікаторами. Результати індивідуального тестування не передавалися командуванню підрозділів. Учасникам, у яких за результатами тестування виявлявся виражений рівень тривоги (GAD-7 ≥ 15

балів), дослідник після завершення дослідження в індивідуальному порядку пропонував направлення до психолога частини.

2.2. Вибірка дослідження

Характеристика вибірки. У дослідженні взяли участь 40 діючих військовослужбовців Збройних сил України чоловічої статі. Учасники були розподілені на три групи відповідно до структури підрозділів: дві групи по 15 осіб та одна група з 10 осіб. Загальний обсяг вибірки (n=40) відповідає мінімальним вимогам для застосування непараметричних методів статистичного аналізу, рекомендованим для порівняльних досліджень [4], а також вимогам МАУП до кваліфікаційних робіт освітнього рівня магістра (не менше 35 осіб). Разом із тим необхідно зазначити, що вибірка є відносно невеликою, що обмежує статистичну потужність дослідження і узагальнюваність результатів, — про що детально йдеться в розділі обмежень.

Тип вибірки. Вибірка є цілеспрямованою (purposive sample): учасники відбиралися не випадково, а з числа тих, хто відповідав критеріям включення і погодився взяти участь у дослідженні. Цей тип вибірки є стандартним для досліджень у польових умовах, де випадкова вибірка є практично нереалізованою, і загально прийнятим для пілотних апробаційних досліджень.

Критерії включення: статус діючого військовослужбовця ЗСУ на момент дослідження; чоловіча стать; добровільна поінформована згода на участь у дослідженні; здатність до самостійного розуміння та заповнення психодіагностичних методик.

Критерії виключення: наявність гострого психотичного стану або суїцидального ризику на момент дослідження, що могло б унеможливити адекватне заповнення методик або потребувало б негайного медичного чи психологічного втручання; відмова від участі або неповне заповнення методик (такі анкети вилучалися з аналізу).

Обґрунтування однорідності вибірки за статтю. Усі учасники є чоловіками, що відображає гендерний склад досліджуваних підрозділів. Однорідність вибірки за статтю є водночас обмеженням дослідження (не

дозволяє узагальнювати результати на жінок-військовослужбовців) та методологічною перевагою: вона знижує гетерогенність вибірки за ключовою потенційно confounding змінною і підвищує внутрішню валідність порівнянь. Гендерні відмінності у психологічній реакції на бойовий стрес є задокументованими [7], тому змішана вибірка потребувала б стратифікованого аналізу з урахуванням статі, що є недоцільним при n=40. Розподіл учасників за групами відображено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1

Розподіл учасників дослідження за групами

Група	**Кількість учасників (n)**	**Частка від загальної вибірки (%)**
Група 1	15	37,5
Група 2	15	37,5
Група 3	10	25,0
Загалом	**40**	**100,0**

Розмір груп від 10 до 15 осіб є оптимальним для групового формату АПД: при меншій кількості учасників групова динаміка є недостатньою, при більшій — знижується можливість активної участі кожного. Рекомендований розмір групи для ефективного АПД складає 8–15 осіб [23], і всі три групи у даному дослідженні відповідають цьому критерію.

2.3. Психодіагностичний інструментарій

Для оцінювання досліджуваних психологічних показників було обрано три стандартизовані психодіагностичні методики, що відповідають таким критеріям відбору: наявність доведеної психометричної якості (валідність та надійність); наявність україномовної адаптації, проведеної з урахуванням умов воєнного стану; практична придатність для застосування у польових умовах (короткі, легкі у заповненні); теоретична релевантність до

досліджуваних конструктів. Усі три методики разом утворюють комплексний психодіагностичний пакет, що охоплює три ключові виміри психологічного стану учасників.

2.3.1. Опитувальник прийняття та дії (AAQ-II)

Теоретичне обґрунтування вибору. AAQ-II є провідним і найбільш широко використовуваним інструментом вимірювання досвідного уникнення — центрального конструкту ACT, що є протилежністю психологічної гнучкості [5]. Вибір цієї методики для вимірювання психологічної гнучкості обумовлений її теоретичною узгодженістю з моделлю ACT, що є теоретичною основою однієї з двох компонент досліджуваної інтервенції. Крім того, AAQ-II є найбільш вивченим у вибірках військовослужбовців серед усіх інструментів вимірювання психологічної гнучкості.

Оригінальна версія. AAQ-II (Acceptance and Action Questionnaire — II) розроблений Бондом та співавторами (Bond F.W. et al., 2011) і опублікований у журналі Behavior Therapy [6]. Методика є другою переробленою версією оригінального AAQ (Hayes et al., 2004), що демонструє покращені психометричні характеристики: підвищену внутрішню узгодженість, краще відповідність однофакторній структурі та вищу конвергентну валідність порівняно з попередником. Відтоді AAQ-II перекладено більш ніж 20 мовами і використано в сотнях міжнародних досліджень.

Українська адаптація. Здійснена Широкою А.А. та Миколайчуком М.І. (2021) і опублікована у Науковому віснику Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки» [7]. Процедура адаптації включала прямий переклад українською мовою, зворотній переклад (back-translation) незалежним перекладачем, перевірку змістовної еквівалентності та психометричне валідизаційне дослідження на репрезентативній україномовній вибірці.

Структура та процедура заповнення. Методика складається з 7 тверджень, що описують різні аспекти ставлення до власних внутрішніх переживань та їхнього впливу на поведінку. Учасник оцінює кожне

твердження за 7-бальною шкалою Лікерта від 1 («ніколи») до 7 («завжди»). Сумарний бал варіює від 7 до 49. Вищий бал свідчить про вищий рівень досвідного уникнення та, відповідно, нижчу психологічну гнучкість. Заповнення займає близько 2–3 хвилин.

Психометричні характеристики. За даними оригінального дослідження та подальших валідизаційних робіт: внутрішня узгодженість — α Кронбаха = 0,89–0,95 (дуже висока); ретестова надійність через 3 місяці — r = 0,85 (висока стабільність); конвергентна валідність — значущі кореляції з симптомами депресії (r = 0,52), тривоги (r = 0,47); дискримінантна валідність — методика вимірює конструкт, відмінний від нейротизму та тривожності як риси особистості [6; 7].

Нормативні показники. Нормативні значення для чоловіків складають 19±9 балів (тобто нормативний діапазон — від 10 до 28 балів). Значення вище 28 балів свідчить про підвищений рівень досвідного уникнення, що потребує уваги.

Інтерпретація у контексті дослідження. Зниження балів за AAQ-II у посттесті порівняно з передтестом свідчить про зниження досвідного уникнення та підвищення психологічної гнучкості — цільового показника ACT-інтервенцій. Відповідно до теорії ACT, підвищення психологічної гнучкості є медіатором позитивних змін у показниках тривоги та стресу, тому взаємозв'язок між змінами AAQ-II та змінами GAD-7 і PSS-10 є теоретично передбачуваним.

2.3.2. Шкала сприйнятого стресу (PSS-10)

Теоретичне обґрунтування вибору. PSS-10 вимірює суб'єктивне сприйняття стресогенності ситуацій та власної здатності їх контролювати, що є безпосередньо пов'язаним із центральними конструктами дослідження: відчуттям контрольованості ситуації та психологічним дистресом [8]. На відміну від об'єктивних показників стресового навантаження (кількість травматичних подій, тривалість служби тощо), PSS-10 вимірює суб'єктивну когнітивну оцінку стресу — те, як людина сприймає та оцінює своє становище,

— що є більш безпосередньо пов'язаним із психологічним благополуччям і більш чутливим до психологічних інтервенцій.

Оригінальна версія. Розроблена Коеном, Камарком і Мермелстейном (Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R., 1983) та опублікована у Journal of Health and Social Behavior [9]. PSS є однією з найцитованіших методик у психологічних дослідженнях стресу (понад 50 000 цитувань). Вона базується на транзакційній моделі стресу Лазаруса і Фолкмана, згідно з якою стрес виникає не з об'єктивних обставин, а з суб'єктивної оцінки їхньої загрозливості та власних ресурсів для їх подолання.

Українська адаптація. Здійснена Вельдбрехтом О.О. та Тавровецькою Н.І. (2022) і опублікована у журналі «Проблеми сучасної психології» [10]. Адаптація проводилася спеціально в умовах воєнного стану в Україні і враховує специфіку психологічного стресу, пов'язаного зі збройним конфліктом. Це підвищує екологічну валідність методики для використання у вибірках українських військовослужбовців та їхніх родин.

Структура та процедура заповнення. PSS-10 складається з 10 питань, що оцінюють частоту стресових переживань впродовж останнього місяця. Учасник оцінює кожне питання за 5-бальною шкалою від 0 («ніколи») до 4 («дуже часто»). Чотири питання (4, 5, 7, 8) є прямими (позитивно сформульованими) і перед підрахунком суми перекодовуються у зворотній спосіб (0=4, 1=3, 2=2, 3=1, 4=0). Сумарний бал варіює від 0 до 40. Заповнення займає близько 3–4 хвилин.

Психометричні характеристики. Внутрішня узгодженість: $\alpha = 0{,}84$. Ретестова надійність є помірною ($r \approx 0{,}55–0{,}70$ через 2–4 тижні), що відображає чутливість методики до реальних змін у рівні стресу, а не є вказівкою на низьку надійність. Конвергентна валідність підтверджена значущими кореляціями з симптомами депресії, тривоги, якістю сну та фізичними показниками здоров'я.

Інтерпретаційні категорії. Відповідно до нормативних даних: 0–13 балів — низький рівень сприйнятого стресу; 14–26 балів — помірний; 27–40 балів

— високий. Ці категорії є орієнтовними, оскільки нормативні значення PSS-10 варіюють залежно від популяції та контексту. Для клінічних та надзвичайних умов (зокрема, умов збройного конфлікту) характерними є вищі середні показники, ніж у загальнопопуляційних нормах.

2.3.3. Шкала генералізованого тривожного розладу (GAD-7)

Теоретичне обґрунтування вибору. GAD-7 є провідним клінічним скринінговим інструментом для оцінювання тривожної симптоматики, широко застосовуваним як у клінічних, так і в дослідницьких цілях [11]. Тривога є одним із центральних компонентів психологічного дистресу, пов'язаного з бойовим стресом, і одним із найбільш чутливих до психологічних інтервенцій показників. Вибір GAD-7 забезпечує можливість зіставлення результатів дослідження з нормативними клінічними даними та з результатами інших досліджень у військових популяціях.

Оригінальна версія. Розроблена Спіцером та співавторами (Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Löwe B., 2006) та опублікована у Archives of Internal Medicine [12]. GAD-7 первинно розроблявся як скринінговий інструмент для виявлення генералізованого тривожного розладу у первинній медичній ланці. Проте подальші дослідження показали його прийнятну валідність і як загальний показник тривожної симптоматики при різних тривожних розладах (панічний розлад, соціальна тривога, ПТСР), що робить його придатним для дослідницьких цілей.

Українська адаптація. Здійснена Алексіною Н. та співавторами (2024) і опублікована у журналі «Інсайт: психологічні виміри суспільства» [13]. Адаптація проводилася в умовах воєнного стану в Україні (2022–2023), що забезпечує її актуальність і відповідність умовам, у яких проводилося дане дослідження. Автори адаптації провели дослідження психометричних характеристик україномовної версії на великій вибірці та підтвердили їхню відповідність міжнародним стандартам.

Структура та процедура заповнення. GAD-7 складається з 7 питань, що відповідають симптомам генералізованого тривожного розладу за DSM-5.

Учасник оцінює частоту кожного симптому за останні два тижні за 4-бальною шкалою від 0 («жодного разу») до 3 («майже щодня»). Сумарний бал варіює від 0 до 21. Заповнення займає близько 2 хвилин.

Психометричні характеристики. Висока внутрішня узгодженість: $\alpha > 0,90$ у більшості досліджень (включаючи україномовну адаптацію). Чутливість для виявлення ГТР: 89%; специфічність: 82% при порозі ≥ 10 балів [12]. Конвергентна валідність підтверджена значущими кореляціями з іншими показниками тривоги та функціональних порушень. Методика демонструє хорошу чутливість до змін, що є важливим для pre-post дизайнів.

Інтерпретаційні категорії. Відповідно до нормативних даних: 0–4 бали — мінімальна тривога; 5–9 балів — легка тривога; 10–14 балів — помірна тривога; 15–21 бал — виражена тривога. GAD-7 є найбільш чутливою з трьох обраних методик, що пояснює, чому саме вона демонструє найбільшу динаміку після інтервенції.

2.4. Методи статистичної обробки даних

Статистична обробка отриманих даних здійснювалася з використанням непараметричних методів, що відповідає характеру та обсягу вибірки. Нижче представлена детальна характеристика обраних методів та обґрунтування їхнього вибору.

Перевірка нормальності розподілу. На першому етапі статистичного аналізу для кожної з шести змінних (показники AAQ-II, PSS-10 та GAD-7 у передтесті й посттесті) проводилася перевірка відповідності нормальному розподілу за допомогою критерію Шапіро-Вілка (Shapiro-Wilk test). Цей критерій є найбільш статистично потужним тестом нормальності для малих і середніх вибірок ($n < 50$) і є стандартним вибором для досліджень із вибіркою в діапазоні 20–50 осіб [14]. На відміну від критерію Колмогорова-Смирнова, критерій Шапіро-Вілка демонструє вищу потужність при $n < 50$ і є більш чутливим до відхилень від нормальності в малих вибірках.

Результати перевірки показали, що розподіл даних за всіма шістьма змінними статистично значущо відхиляється від нормального ($p < 0,05$ за

критерієм Шапіро-Вілка). Це цілком очікуваний результат для клінічних та надклінічних показників у специфічній вибірці: розподіли тривоги і стресу в однорідній клінічній або субклінічній вибірці, як правило, є негативно або позитивно скошеними, а не нормальними. Виявлена ненормальність розподілу обґрунтовує відмову від параметричних методів та застосування непараметричних аналогів, що не передбачають нормальності розподілу.

Основний метод аналізу — критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок. Для порівняння показників до та після інтервенції використано непараметричний критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок (Wilcoxon signed-rank test) — непараметричний аналог парного t-критерію для ненормально розподілених даних [15]. Критерій Вілкоксона враховує не лише напрямок, а й відносну величину різниць між парними вимірюваннями, що робить його більш статистично потужним порівняно з критерієм знаків. Рівень статистичної значущості встановлено на рівні $\alpha = 0,05$.

Перед застосуванням критерію Вілкоксона перевірялися припущення про: (1) порядковий або інтервальний рівень шкали вимірювання (виконано для всіх трьох методик); (2) парний характер даних (виконано — кожен учасник має передтестове та посттестове значення); (3) симетричність розподілу різниць T2–T1 відносно нуля (перевірялася за гістограмами різниць).

Описова статистика. Для характеристики розподілу показників у передтесті та посттесті використовувалися медіана (Me) та міжквартильний розмах (IQR = Q3 – Q1). Медіана є більш стабільним і репрезентативним показником центральної тенденції для ненормально розподілених даних порівняно зі середнім арифметичним, оскільки вона не зазнає впливу екстремальних значень (outliers). Міжквартильний розмах є аналогом стандартного відхилення для непараметричних даних і характеризує варіабельність показників у вибірці.

Розмір ефекту. Статистична значущість (p-значення) відповідає на питання «чи є виявлена відмінність невипадковою?», але не відповідає на

питання «наскільки велика ця відмінність?». Для оцінювання практичної та клінічної значущості виявлених змін обчислювалася величина ефекту $r = Z / \sqrt{N}$, де Z — значення статистики Вілкоксона, N — загальна кількість спостережень [16]. Інтерпретація за критеріями Коена (Cohen, 1988): $r < 0,1$ — незначний ефект; $0,1 \leq r < 0,3$ — малий ефект; $0,3 \leq r < 0,5$ — середній ефект; $r \geq 0,5$ — великий ефект.

Аналіз клінічної значущості змін. Для оцінювання клінічно значущого покращення використовувався аналіз розподілу учасників за інтерпретаційними категоріями методик до та після інтервенції. Зміна категорії (наприклад, з «помірної» на «легку» тривогу) є клінічно значущою, оскільки відображає перехід між якісно відмінними рівнями функціонування.

2.5. Результати первинного (передтестового) вимірювання

Перед проведенням інтервенції всі 40 учасників заповнили пакет психодіагностичних методик. Отримані дані характеризують вихідний психологічний стан вибірки та слугують базовим рівнем для оцінювання ефектів інтервенції. Аналіз передтестових даних є самостійно значущим: він дозволяє описати психологічний профіль досліджуваної вибірки, порівняти його з нормативними показниками та підтвердити актуальність досліджуваної проблеми.

Показники тривоги (GAD-7). Медіана базового рівня тривоги склала 11 балів (IQR = 8–14), що відповідає категорії помірної тривоги (10–14 балів) за нормативною шкалою GAD-7. Цей показник перевищує нормативні значення для загальної популяції (очікувана медіана в здоровій популяції — 3–5 балів) більш ніж удвічі, що відображає специфіку вибірки — осіб, що несуть службу в умовах активного збройного конфлікту. Розподіл учасників за категоріями тривоги у передтесті наведено у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Розподіл учасників за рівнями тривоги (GAD-7) у передтесті

Рівень тривоги	Бали	n	%
Мінімальна	0–4	3	7,5
Легка	5–9	12	30,0
Помірна	10–14	17	42,5
Виражена	15–21	8	20,0
Загалом		40	100,0

Таким чином, 62,5% учасників (n=25) на момент передтесту демонстрували помірний або виражений рівень тривоги. Лише 7,5% учасників мали мінімальний рівень тривоги. Ці дані узгоджуються з результатами досліджень психологічного стану учасників бойових дій [3; 18] і підтверджують клінічну актуальність досліджуваної вибірки.

Показники сприйнятого стресу (PSS-10). Медіана базового рівня сприйнятого стресу склала 27 балів (IQR = 23–31), що відповідає нижній межі категорії високого стресу (27–40 балів). Такий показник свідчить про те, що більшість учасників суб'єктивно сприймали своє становище як малоконтрольоване та надзвичайно напружене. Звертає на себе увагу вузький міжквартильний розмах (23–31), що свідчить про відносну однорідність вибірки за цим показником та про системний, а не індивідуально варіабельний характер стресу у досліджуваній вибірці.

Таблиця 2.3

Розподіл учасників за рівнями сприйнятого стресу (PSS-10) у передтесті

Рівень стресу	**Бали**	**n**	**%**
Низький	0–13	4	10,0
Помірний	14–26	18	45,0
Високий	27–40	18	45,0

Загалом		**40**	**100,0**

Лише 10% учасників мали низький рівень сприйнятого стресу. 45% перебували в категорії «помірний стрес», ще 45% — у категорії «високий стрес». Такий розподіл свідчить про поширене відчуття перевантаженості та недостатньої суб'єктивної контрольованості ситуації серед досліджуваного особового складу.

Показники психологічної гнучкості (AAQ-II). Медіана базового рівня досвідного уникнення за AAQ-II склала 31 бал (IQR = 26–36). Порівняно з нормативними показниками для чоловіків (19±9 балів, тобто нормативний діапазон — від 10 до 28 балів), отримана медіана перевищує верхню межу нормативного діапазону на 3 бали, що свідчить про систематично підвищений рівень досвідного уникнення і знижену психологічну гнучкість у досліджуваній вибірці. Це є закономірним для групи осіб, що перебувають в умовах хронічного бойового стресу: тривалий вплив інтенсивних стресорів нерідко провокує зростання досвідного уникнення як захисної реакції, що у довгостроковій перспективі поглиблює психологічне страждання.

Таблиця 2.4

Зведена описова статистика досліджуваних показників у передтесті (n=40)

Показник	**Me**	**IQR (Q1–Q3)**	**Нормативне значення**	**Категорія**
GAD-7	11	8–14	0–4 (норма)	Помірна тривога
PSS-10	27	23–31	0–13 (низький)	Високий стрес
AAQ-II	31	26–36	10–28 (норма)	Вище норми

Аналіз міжпоказникових зв'язків у передтесті виявив очікуваний характер кореляцій: вищі показники тривоги (GAD-7) та сприйнятого стресу (PSS-10) пов'язані з вищими показниками досвідного уникнення (AAQ-II), що

узгоджується з теоретичними положеннями ACT про роль психологічної негнучкості як трансдіагностичного механізму дистресу.

Таким чином, результати передтестового вимірювання свідчать про те, що на момент дослідження учасники демонстрували клінічно значущий рівень тривоги, підвищений сприйнятий стрес та знижену психологічну гнучкість, що підтверджує актуальність обраної інтервенції та формує обґрунтовані очікування щодо можливості позитивних змін після її проведення.

2.6. Якісні спостереження в ході проведення структурованого АПД

Поряд із кількісними вимірюваннями психологічного стану учасників у ході дослідження фіксувалися якісні спостереження за змістом і динамікою групових обговорень у межах структурованого АПД. Спостереження здійснювалося самим дослідником, який виконував функцію ведучого. Такі спостереження не є основним методом дослідження і не претендують на репрезентативність у строгому науковому розумінні, проте слугують важливим контекстуальним доповненням до отриманих кількісних результатів і дозволяють глибше зрозуміти механізми впливу інтервенції на психологічний стан учасників. Спостереження фіксувалися у вигляді польових нотаток безпосередньо після завершення кожної сесії.

Загальна тематична спрямованість. Аналіз змісту групових обговорень у всіх трьох групах виявив стійку закономірність: центральне місце в розборах посідали проблеми службової та міжособистісної комунікації. Незалежно від конкретного завдання, що розбиралося, і незалежно від складу групи, учасники систематично порушували питання, пов'язані з якістю інформаційного обміну всередині підрозділу — як на горизонтальному рівні (між військовослужбовцями одного рівня), так і на вертикальному (між бійцями та командирами різних рівнів). Ця закономірність є значущою: вона свідчить про те, що комунікаційні бар'єри є системною проблемою, а не специфікою окремих осіб чи підрозділів, і що АПД забезпечує унікальний простір для їхнього виявлення та опрацювання.

Група 1. Дефіцит структурованої передачі позицій та брак комунікації з командиром.

Характерною особливістю першої групи стала динаміка залученості учасників до обговорення. На початку зустрічі активну участь брала приблизно половина присутніх — близько 7–8 осіб із 15. Решта займала пасивну позицію: слухали, але не висловлювалися. Ця картина є типовою для перших АПД у групах, де не сформована культура відкритого обговорення: учасники «зчитують» ситуацію, оцінюють безпечність середовища і вичікують.

Переломний момент у залученості групи відбувся приблизно на 25–30-й хвилині обговорення, коли двоє учасників почали описувати одну й ту саму конкретну ситуацію, що відбувалася на позиціях, — і виявилося, що вони сприймали її принципово по-різному. Перший учасник описував ситуацію з точки зору «свіжої зміни», що прийшла на позицію і не знала, де що знаходиться і що відбувається. Другий — з точки зору «старої зміни», що передавала позицію і вважала, що передала «все необхідне». Почувши одне одного, обидва учасники дійшли спільного усвідомлення: причиною непорозуміння була не неуважність чи недбалість когось із них, а відсутність у підрозділі стандартизованої процедури передачі позицій під час ротації.

Йдеться про структурований письмовий звіт-резюме, який боєць, що йде на зміну, передає тому, хто його замінює. Цей документ має містити: актуальний стан обстановки на позиції; виявлені проблеми та незавершені завдання; місцезнаходження важливого спорядження та ресурсів; особливості маршрутів і небезпечних зон. Відсутність такого документа призводила до інформаційних розривів, непорозумінь і зростання міжособистісної напруги між змінами, що учасники і спостерігали у своїй щоденній практиці.

Це усвідомлення мало помітний ефект на динаміку групи: після нього залученість різко зросла, і до обговорення активно включилися майже всі учасники. Декілька осіб поділилися аналогічними прикладами з власного досвіду, підтвердивши системний характер проблеми. За результатами

обговорення учасники колективно сформулювали конкретну пропозицію щодо запровадження стандартизованої форми передачі позицій і надіслали її командиру. Пропозиція була прийнята та впроваджена безпосередньо після проведення АПД. Це рішення мало очевидне практичне значення, а факт його швидкого прийняття й упровадження надалі суттєво підвищив довіру учасників до формату АПД.

Другою важливою темою стала недостатня частота безпосереднього спілкування між бійцями та ротним командиром. Учасники висловлювали, що отримують від ротного переважно накази і завдання, але не мають можливості поставити запитання, поділитися спостереженнями чи пропозиціями. Відчуття «нас не чують» і «рішення ухвалюються без нас» було виражено кількома учасниками. Цей дефіцит вертикальної комунікації є добре задокументованим чинником зниження морального духу і психологічного дискомфорту в підрозділах [31]. За результатами спільного обговорення було прийнято рішення запровадити щотижневі короткі збори підрозділу у форматі «відкритого мікрофона» для обміну ідеями, пропозиціями та запитаннями. Формат і час зборів було погоджено безпосередньо з ротним командиром у ході АПД.

Група 2. Проблема зловживання алкоголем та дефіцит організованого дозвілля.

У другій групі центральною темою обговорення стала поширена серед особового складу проблема зловживання алкоголем, що супроводжувалася систематичними дисциплінарними порушеннями та штрафними санкціями. Вже сам факт того, що учасники відкрито артикулювали цю тему в груповому форматі, є самостійно значущим спостереженням. Зловживання алкоголем у військовому середовищі є темою, що традиційно замовчується через страх покарання, осуду та стигматизації. Відкрите обговорення цієї проблеми в присутності групи свідчить про рівень психологічної безпеки, сформованої структурованим форматом АПД, — і про те, що учасники сприймали цей простір як достатньо захищений для чесного висловлювання.

Ключовим інсайтом, до якого дійшла група у ході обговорення, стало розуміння функції алкоголю: він виконував роль заповнювача вакууму між бойовими завданнями — способу впоратися з нудьгою, безмовністю та відсутністю сенсової наповненості у вільний час. Учасники описували стан «ні на фронті, ні вдома» — специфічну невизначеність тилового перебування, коли людина ще в зоні бойових дій, але без активного завдання. У рамках АПД було проведено коротку психоедукацію щодо механізмів формування алкогольної залежності та її зв'язку зі стресом і потребою у відволіканні, що допомогло нормалізувати проблему: «це не слабкість характеру — це неправильно заповнений час».

Практичним результатом обговорення стало колективне складання переліку занять і форм дозвілля, які реально допомагають відпочити та відновитися: фізичні тренування, настільні ігри, перегляд фільмів, читання, спілкування телефоном із родиною. На основі цього переліку та обговорення графіку відпусток було сформульовано конкретні пропозиції командуванню: запровадити регулярні організовані заходи дозвілля (кіно, спорт, настільні ігри) у вільний від завдань час та нормалізувати черговість ротацій для надання особовому складу можливості регулярних відпусток. Ці пропозиції були передані командиру.

Група 3. Знижена залученість в умовах авторитарного стилю керівництва та потреби в базовій підтримці.

Третя група вирізнялася помітно нижчим рівнем залученості учасників до відкритого обговорення порівняно з двома іншими групами. Більшість учасників відповідала на запитання ведучого коротко, без розгорнутих коментарів, уникала ініціативних висловлювань і нерідко дивилася на ведучого або один на одного перед тим, як відповісти — шукаючи «дозволу» або «безпечної» відповіді.

На думку ведучого-дослідника, визначальним чинником такої поведінки стала специфіка стилю керівництва командира підрозділу: виражений авторитарний стиль управління формував у бійців стійке відчуття небезпеки

відкритого висловлювання та побоювання негативних наслідків за критичні зауваження. Учасники говорили переважно «обережними» фразами, уникали будь-яких оцінок, пов'язаних із діями командування. Це спостереження має пряму теоретичну відповідність: дослідження Едмондсон (1999) показали, що відчуття психологічної небезпеки є найсильнішим блокатором відкритого обговорення в командах [24], а авторитарний стиль керівництва є одним із найпотужніших факторів, що знижує психологічну безпеку.

Попри знижену відкритість щодо системних і організаційних проблем, учасники третьої групи активніше говорили про конкретні особисті потреби, безпосередньо пов'язані з базовим функціонуванням. Так, кілька бійців висловили занепокоєння через відсутність доступу до медичної допомоги: у підрозділі не було чіткої процедури звернення до медика, і учасники не знали, куди і як звертатися з нетерміновими медичними питаннями. Ця потреба була задоволена безпосередньо за результатами зустрічі: медика батальйону викликали до підрозділу одразу після її завершення, і він провів прийом.

Іншою значущою темою стала тривога учасників щодо нерозуміння загальної обстановки на лінії бойового зіткнення. Відсутність актуальної та зрозумілої інформації про загальну ситуацію на фронті суттєво посилювала відчуття невизначеності та безконтрольності. Учасники говорили, що не розуміють, «де ми знаходимося у великій картині», і це породжувало тривогу. За результатами обговорення було домовлено, що офіцер відділу планування приїде до підрозділу та проведе роз'яснювальну роботу щодо поточної оперативної обстановки.

Узагальнення якісних спостережень.

Досвід проведення структурованого АПД у всіх трьох групах дозволяє сформулювати кілька ключових якісних висновків, що збагачують інтерпретацію кількісних результатів.

Перший і найважливіший висновок стосується природи психологічного ефекту АПД: психологічна цінність цієї процедури визначається не лише можливістю виговоритися і бути почутим, а передусім реальними діями, що

стають її результатом. У кожній із трьох груп найпотужніший психологічний ефект справляли не самі по собі обговорення, а конкретні рішення, прийняті за їхніми підсумками та впроваджені в реальне життя: запровадження форми передачі позицій під час ротації, організація щотижневих зборів підрозділу, подача пропозицій щодо дозвілля командуванню, виклик медика, запланована роз'яснювальна сесія щодо оперативної обстановки. Цей висновок узгоджується з теоретичними положеннями ACT про важливість зобов'язаних дій (committed action) як ключового компонента психологічного благополуччя [56; 57].

Другий висновок стосується ролі психологічної безпеки: авторитарний стиль керівництва в третій групі суттєво обмежив відкритість учасників і, відповідно, потенціал інтервенції. Разом із тим навіть у третій групі учасники змогли артикулювати конкретні базові потреби і отримати практичну допомогу, що мало помітний позитивний ефект. Це свідчить про те, що навіть за умов обмеженої психологічної безпеки структурований АПД може бути ефективним, якщо орієнтується на конкретні практичні потреби учасників.

Третій висновок стосується динаміки залученості: у всіх групах залученість учасників зростала в ході АПД, а не залишалася сталою. Це підтверджує, що структурований формат і безпечна атмосфера АПД поступово знижують початкові психологічні бар'єри до відкритого висловлювання.

Висновки до розділу 2

У другому розділі представлено методологічне обґрунтування та організаційну структуру дослідження, детально описано психодіагностичний інструментарій, методи статистичної обробки даних, а також результати передтестового вимірювання та якісні спостереження в ході проведення АПД.

Обрано одногруповий квазіекспериментальний pre-post дизайн, обґрунтований організаційними та етичними обмеженнями проведення досліджень у польових умовах. Вибірку склали 40 діючих військовослужбовців-чоловіків ЗСУ, розподілених на три групи (15, 15, 10

осіб). Для вимірювання ключових показників обрано три методики з українськими адаптаціями, проведеними в умовах воєнного стану: AAQ-II (психологічна гнучкість), PSS-10 (сприйнятий стрес) та GAD-7 (тривога). Статистичний аналіз здійснювався із застосуванням непараметричного критерію Вілкоксона, що обґрунтоване ненормальністю розподілу даних за критерієм Шапіро-Вілка.

Результати передтестового вимірювання засвідчили клінічно значущий рівень дистресу у вибірці: 62,5% учасників демонстрували помірну або виражену тривогу (GAD-7 $\geq$ 10), медіана сприйнятого стресу (PSS-10 = 27) відповідала категорії «високий», а показники психологічної гнучкості (AAQ-II = 31) перевищували нормативний діапазон для чоловіків. Ці дані узгоджуються з результатами попередніх досліджень у вибірках українських військовослужбовців і підтверджують актуальність та своєчасність інтервенції.

Якісні спостереження в ході АПД виявили системний характер комунікаційних бар'єрів у всіх трьох групах та підтвердили теоретично передбачувану роль психологічної безпеки як необхідної передумови ефективності АПД. Ключовим практичним висновком стало усвідомлення того, що психологічний ефект АПД суттєво підсилюється, коли обговорення завершується конкретними реальними діями.

РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

3.1. Протокол структурованого АПД з АСТ-мікронавичками

Розроблений протокол інтервенції є оригінальним авторським поєднанням двох доказових підходів: структурованого АПД відповідно до нормативної бази МО України та АСТ-мікронавичок, адаптованих до умов і культури військового середовища. Протокол є результатом теоретичного синтезу, описаного у Розділі 1, та практичної адаптації до реалій підрозділів ЗСУ. Він розрахований на групу 10–20 осіб, проводиться в межах одного дня і не потребує спеціально обладнаного приміщення, що робить його придатним для реалізації безпосередньо в умовах підрозділу.

Принципи розробки протоколу. При розробці протоколу дотримувалися кількох ключових принципів. По-перше, принцип інтеграції: АСТ-мікронавички не додаються до АПД як окремий «психологічний» блок, а органічно вплітаються в логіку АПД як її природне продовження. По-друге, принцип практичності: кожен елемент протоколу є безпосередньо застосовуваним у повсякденній службі, а не абстрактно корисним «у теорії». По-третє, принцип культурної відповідності: мова, метафори та приклади адаптовані до досвіду та мислення військовослужбовця, уникаючи клінічної термінології та надмірної «психологізації». По-четверте, принцип безпеки: весь протокол спрямований на підтримку та зміцнення, а не на «розкопування» травматичного матеріалу, що є принципово важливим у контексті роботи з особами в умовах активної служби.

Загальна структура протоколу передбачає три послідовні блоки загальною тривалістю 90–110 хвилин.

Блок 1. Структурований АПД (60–70 хвилин).

Перший блок проводиться відповідно до стандартної чотириетапної процедури АПД (ВП 7(3)-00(01).01, 2019) [3], доповненої психологічними елементами підготовки та завершення.

На підготовчому етапі (5–7 хвилин) ведучий представляється, роз'яснює мету і формат зустрічі. Особливо важливим є встановлення «психологічного

контракту» — відкрите проголошення норм безпечного обговорення: конфіденційність («що обговорюється тут — залишається тут»), відсутність оцінювання («нашою метою є навчання, а не пошук винних»), рівність голосів («думка кожного має значення»), правило «я-повідомлень» («говоримо від себе, а не звинувачуємо інших»). Ці норми відповідають принципам психологічно безпечного середовища за Едмондсон [24] і є необхідною передумовою відкритого обговорення.

На аналітичному етапі (45–55 хвилин) послідовно опрацьовуються чотири ключові запитання АПД. Ведучий ставить кожне запитання у відкритій, некеруючій формі та активно заохочує різні точки зору на одну й ту саму ситуацію — особливо у разі, коли учасники описують один і той же досвід з різних позицій. Як показав досвід першої групи, саме зіставлення різних перспектив на одну ситуацію нерідко є ключовим моментом, що дає найбільш значущі усвідомлення. Ведучий систематично спрямовує обговорення від персональних звинувачень до системних і процедурних причин, від емоційного реагування до конструктивного аналізу, від абстрактних міркувань до конкретних практичних висновків. За наявності вираженого конфлікту між учасниками ведучий використовує техніку «а що думає інша сторона?», допомагаючи учасникам почути одне одного.

На завершальному етапі (5–8 хвилин) ведучий підсумовує ключові висновки і забезпечує письмову фіксацію конкретних рішень і пропозицій. Рішення, що стосуються рівня підрозділу, формулюються у вигляді чітких пропозицій командуванню. Ведучий підкреслює, що ці пропозиції будуть передані командирові і що учасники можуть очікувати зворотнього зв'язку. Фіксація і передача рішень є критично важливим елементом: вона перетворює АПД з «розмови» на «дію», що, як показало дослідження, є ключовим механізмом його психологічного ефекту.

Блок 2. Профілактичний захід «Психологічна гнучкість як ресурс адаптації» (25–35 хвилин). Другий блок є психоедукаційним і практичним. Між першим і другим блоками робиться коротка пауза (5 хвилин) для того,

щоб учасники могли «переключитися» з режиму аналізу конкретних дій на режим особистої рефлексії та освоєння нових навичок.

Блок 3. Завершення та зворотний зв'язок (5–10 хвилин). Після завершення профілактичного заходу ведучий запрошує учасників коротко поділитися однією думкою або відчуттям від зустрічі — у форматі, що не передбачає довгих роздумів («перше, що спадає на думку»). Нагадує про три освоєні мікронавички та можливість їх самостійного застосування. Оголошує конкретні дії, що будуть вжиті за підсумками зустрічі (передача рішень командуванню, запрошення медика тощо). Дякує за участь і відкритість.

Роль ведучого. Окремої уваги заслуговує питання психологічної безпеки як передумови ефективності протоколу. Досвід проведення інтервенції у трьох групах переконливо показав, що однієї лише структури АПД недостатньо для того, щоб учасники почали відкрито висловлюватися: необхідний певний рівень довіри до простору та до ведучого. Формування цієї довіри відбувається поступово — як правило, перелом у залученості настає приблизно на 20–30-й хвилині обговорення, після першого моменту «справжнього» висловлювання когось із учасників, до якого інші приєднуються. Ведучий може прискорити цей процес кількома способами: самостійно моделювати відкритість (ділитися власним спостереженням або сумнівом), нормалізувати мовчання («не обов'язково говорити, якщо ще не готові»), а також явно відзначати і підтримувати кожен внесок учасника, що говорить уперше.

Важливим елементом протоколу є також управління часом і темпом. Типовою помилкою ведучих-початківців є надмірний поспіх: бажання «встигнути» всі чотири питання АПД може перетворити обговорення на формальний «звіт», а не на справжню рефлексію. Рекомендується свідомо сповільнювати темп після кожного значущого висловлювання, даючи учасникам час осмислити почуте. Якщо обговорення одного питання АПД виявляється особливо продуктивним, ведучий може скоротити час на наступні питання — живе обговорення реальної проблеми є більш цінним, ніж формальне проходження всіх чотирьох пунктів.

Слід також підкреслити значення письмової фіксації результатів як невід'ємного елемента протоколу. У ході дослідження було виявлено, що сам процес фіксації — запис пропозицій на аркуші паперу у присутності групи — має самостійний психологічний ефект: він матеріалізує результат обговорення, перетворює розмову на документ і сигналізує учасникам, що їхні слова мають вагу. Рекомендується, щоб ведучий або призначений учасник фіксував пропозиції на видному для всіх місці (наприклад, на фліпчарті або в блокноті, який демонструється групі) та зачитував їх вголос перед завершенням блоку АПД.

3.2. Результати посттестового вимірювання та статистичний аналіз

Після завершення інтервенції (структурованого АПД та профілактичного заходу з ACT-мікронавичками) всі 40 учасників повторно заповнили пакет психодіагностичних методик. Жоден учасник не відмовився від повторного тестування. Нижче представлено результати порівняльного аналізу показників до та після інтервенції.

3.2.1. Динаміка показників тривоги (GAD-7)

Медіана показників тривоги за GAD-7 знизилася з 11 балів у передтесті (IQR = 8–14) до 7 балів у посттесті (IQR = 4–10). Для порівняння цих показників застосовано критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок. Результати: $Z = –4{,}63$, $p < 0{,}001$. Розмір ефекту: $r = Z / \sqrt{N} = –4{,}63 / \sqrt{80} = 0{,}73$, що відповідає великому ефекту за критеріями Коена.

GAD-7 продемонстрував найбільшу динаміку серед усіх трьох вимірюваних показників. Абсолютне зниження медіани складає 4 бали, що є клінічно значущою зміною: відповідно до даних оригінального валідизаційного дослідження, мінімально клінічно значущою зміною (Minimal Clinically Important Difference, MCID) для GAD-7 вважається зниження на 3–4 бали [12].

Таблиця 3.1

Порівняння показників тривоги (GAD-7) до та після інтервенції (n=40)

Показник	Передтест Me (IQR)	Посттест Me (IQR)	Z	p	r
GAD-7	11 (8–14)	7 (4–10)	–4,63	<0,001	0,73

Таблиця 3.2

Розподіл учасників за рівнями тривоги (GAD-7) до та після інтервенції

Рівень тривоги	Передтест n (%)	Посттест n (%)	Зміна
Мінімальна (0–4)	3 (7,5%)	11 (27,5%)	+8
Легка (5–9)	12 (30,0%)	19 (47,5%)	+7
Помірна (10–14)	17 (42,5%)	8 (20,0%)	–9
Виражена (15–21)	8 (20,0%)	2 (5,0%)	–6
Загалом	**40 (100%)**	**40 (100%)**	

Найбільш показовою є зміна у розподілі за клінічними категоріями. Якщо у передтесті 62,5% учасників (n=25) демонстрували помірний або виражений рівень тривоги, то у посттесті цей показник знизився до 25,0% (n=10). Таким чином, 37,5% учасників (n=15) перейшли з категорії «помірна/виражена тривога» до категорії «мінімальна/легка тривога» упродовж однієї сесії. Особливо показовим є зниження частки учасників із вираженою тривогою (GAD-7 ≥ 15): з 20,0% (n=8) до 5,0% (n=2).

Пояснення цієї значної динаміки пов'язане з кількома механізмами. По-перше, структурований АПД забезпечив когнітивну переробку та реструктурування тривожного досвіду. По-друге, конкретні рішення, прийняті за результатами обговорення, відновили суб'єктивне відчуття контрольованості ситуації — ключового буфера тривоги. По-третє, практики

усвідомленості й когнітивного роз'єднання (ACT-мікронавички) безпосередньо знизили злиття з тривожними думками.

3.2.2. Динаміка показників сприйнятого стресу (PSS-10)

Медіана показників сприйнятого стресу за PSS-10 знизилася з 27 балів у передтесті (IQR = 23–31) до 21 балу у посттесті (IQR = 17–26). Результати критерію Вілкоксона: Z = –4,32, p < 0,001. Розмір ефекту: r = 0,68, що відповідає великому ефекту.

Таблиця 3.3

Порівняння показників сприйнятого стресу (PSS-10) до та після інтервенції (n=40)

Показник	**Передтест Me (IQR)**	**Посттест Me (IQR)**	**Z**	**p**	**r**
PSS-10	27 (23–31)	21 (17–26)	–4,32	<0,001	0,68

Абсолютне зниження медіани складає 6 балів. Клінічно значущою є зміна на рівні категорії: медіана показника змістилася з категорії «високий стрес» (27–40 балів) до категорії «помірний стрес» (14–26 балів).

Таблиця 3.4

Розподіл учасників за рівнями сприйнятого стресу (PSS-10) до та після інтервенції

Рівень стресу	**Передтест n (%)**	**Посттест n (%)**	**Зміна**
Низький (0–13)	4 (10,0%)	8 (20,0%)	+4
Помірний (14–26)	18 (45,0%)	24 (60,0%)	+6
Високий (27–40)	18 (45,0%)	8 (20,0%)	–10
Загалом	**40 (100%)**	**40 (100%)**	

Частка учасників із високим рівнем стресу знизилася з 45,0% до 20,0% — тобто вдвічі. Водночас частка учасників із помірним рівнем стресу зросла з 45,0% до 60,0%, а частка із низьким — з 10,0% до 20,0%. Отримані результати відображають широкий вплив інтервенції на суб'єктивне сприйняття власної здатності контролювати ситуацію: учасники, що пройшли АПД із практичними висновками та ACT-мікронавичками, виходили зі зустрічі з відчуттям більшої впевненості у власній здатності впоратися з труднощами.

3.2.3. Динаміка показників психологічної гнучкості (AAQ-II)

Медіана показників досвідного уникнення за AAQ-II знизилася з 31 балу у передтесті (IQR = 26–36) до 26 балів у посттесті (IQR = 21–31). Результати критерію Вілкоксона: $Z = –4,51$, $p < 0,001$. Розмір ефекту: $r = 0,71$, що відповідає великому ефекту.

Таблиця 3.5

Порівняння показників психологічної гнучкості (AAQ-II) до та після інтервенції (n=40)

Показник	**Передтест Me (IQR)**	**Посттест Me (IQR)**	**Z**	**p**	**r**
AAQ-II	31 (26–36)	26 (21–31)	–4,51	<0,001	0,71

Зниження медіани на 5 балів є клінічно значущим у контексті нормативних показників: якщо медіана передтесту (31 бал) перевищувала верхню межу нормативного діапазону для чоловіків (28 балів), то медіана посттесту (26 балів) опинилася в межах норми. Таким чином, за один день інтервенції груповий показник психологічної гнучкості нормалізувався з перевищення норми до нормативного рівня.

Цей результат є особливо важливим у контексті теоретичної моделі ACT: підвищення психологічної гнучкості є не лише самостійно цінним результатом, а й передбачуваним медіатором зниження тривоги та стресу. Саме зниження досвідного уникнення (зростання готовності контактувати з неприємними переживаннями замість їхнього уникнення) дозволяє людині гнучкіше реагувати на стресові ситуації і менше витрачати ресурси на психологічну «боротьбу» зі своїми переживаннями.

3.2.4. Зведені результати та інтерпретація

Таблиця 3.6

Зведені результати порівняльного аналізу показників до та після інтервенції (n=40)

Методика	**Передтест Me (IQR)**	**Посттест Me (IQR)**	**Z**	**p**	**r**	**Ефект**
GAD-7	11 (8–14)	7 (4–10)	–4,63	<0,001	0,73	Великий
PSS-10	27 (23–31)	21 (17–26)	–4,32	<0,001	0,68	Великий
AAQ-II	31 (26–36)	26 (21–31)	–4,51	<0,001	0,71	Великий

За всіма трьома показниками зафіксовано статистично значущі позитивні зміни на рівні $p < 0,001$ із великим розміром ефекту ($r > 0,5$). Дослідницька гіпотеза підтверджена: участь у циклі структурованого АПД з ACT-мікронавичками сприяла статистично значущому зростанню психологічної гнучкості та зниженню показників тривоги й сприйнятого стресу порівняно з базовим рівнем.

Порівняння розмірів ефекту між трьома показниками виявляє певну ієрархію: GAD-7 ($r = 0,73$) > AAQ-II ($r = 0,71$) > PSS-10 ($r = 0,68$). Більший ефект для GAD-7 може свідчити про особливу чутливість тривожних симптомів до поєднаного впливу структурування досвіду (АПД) і практик усвідомленості та прийняття (ACT-мікронавички). Дещо менший ефект для

PSS-10 є теоретично пояснюваним: сприйнятий стрес є більш «дифузним» і стабільним конструктом, що залежить від загальної оцінки власного становища й ресурсів, тоді як тривога є більш конкретним і більш безпосередньо реагуючим на поточні умови показником.

Наявність значущих змін за AAQ-II підтверджує теоретично передбачуваний механізм: ACT-мікронавички безпосередньо впливають на рівень досвідного уникнення (психологічну гнучкість), а це, у свою чергу, сприяє зниженню тривоги та стресу. Таким чином, дані дослідження узгоджуються з медіаторною моделлю ACT, згідно з якою психологічна гнучкість є механізмом, через який ACT-інтервенції досягають свого ефекту.

3.2.5. Обговорення результатів у контексті наявних досліджень

Отримані результати доцільно розглянути у зіставленні з даними існуючих досліджень ефективності ACT-інтервенцій та дебрифінгових процедур у вибірках військовослужбовців.

Зафіксовані розміри ефекту (r = 0,68–0,73) є порівнянними або перевищують результати більшості досліджень коротких ACT-інтервенцій у неклінічних вибірках. Зокрема, мета-аналіз Флаксман і Бонда (2010), що охопив 42 дослідження, виявив середній розмір ефекту ACT-втручань на показники тривоги і стресу в організаційних вибірках на рівні d = 0,45–0,60 [66], що відповідає r ≈ 0,22–0,29. Більший ефект у даному дослідженні може пояснюватися кількома чинниками. По-перше, вихідні показники тривоги і стресу у досліджуваній вибірці були суттєво вищими за норму, що, як правило, пов'язано з більшим потенціалом для покращення (так звана «регресія до середнього»). По-друге, поєднання АПД і ACT-мікронавичок забезпечувало одночасний вплив на кілька механізмів дистресу, тоді як більшість порівнюваних досліджень використовували лише один підхід. По-третє, контекст активної служби з реальними невирішеними проблемами, що обговорювалися в ході АПД, міг посилювати практичну релевантність і, відповідно, ефект ACT-компонента.

Показники динаміки тривоги (GAD-7 з 11 до 7 балів) також узгоджуються з результатами Адлер та ін. (2009), які зафіксували значуще зниження симптоматики дистресу після одноразового структурованого дебрифінгу у групах військовослужбовців, що повертаються з бойових операцій [39]. Разом із тим пряме порівняння з даними Адлер та ін. є обмеженим через відмінності у вибірках (учасники, що повертаються зі служби, vs. діючі військовослужбовці) та використовуваних інструментах.

Нормалізація медіани AAQ-II (з 31 до 26 балів, тобто перехід з перевищення норми до нормативного діапазону) є особливо значущим результатом з клінічної точки зору. Дослідження Брайана та ін. (2015) показало, що показники психологічної гнучкості за AAQ-II нижче 28 балів (тобто в межах норми) пов'язані із суттєво нижчим ризиком розвитку ПТСР-симптоматики у військовослужбовців [53]. Відповідно, нормалізація групового показника в одноденній інтервенції може мати превентивне значення, що виходить за межі безпосередніх змін у самопочутті учасників.

Водночас необхідно підкреслити, що отримані результати є попередніми і потребують підтвердження в рандомізованому контрольованому дослідженні. Наявність ефекту не рівнозначна доведенню причинно-наслідкового зв'язку: відсутність контрольної групи не дозволяє виключити вплив неспецифічних факторів (ефект уваги, соціальна бажаність відповідей у посттесті, природна динаміка стану). Значення отриманих даних полягає передусім у демонстрації принципової доцільності та безпеки протоколу та у формуванні бази для наступного, методологічно більш строгого дослідження.

3.3. Профілактичний захід «Психологічна гнучкість як ресурс адаптації: знайомство з ACT-мікронавичками»

Загальна характеристика заходу. Профілактичний захід є груповою психоедукаційною сесією, розробленою спеціально для інтеграції в структуру АПД і адаптованою до умов та культури військового середовища. Захід є практично орієнтованим: кожен теоретичний елемент одразу підкріплюється короткою практичною вправою, що учасники можуть освоїти і застосовувати

самостійно без допомоги фахівця. Відсутність клінічної термінології, опора на знайомі метафори і мову практичних навичок роблять захід культурно прийнятним у військовому середовищі.

Мета заходу — ознайомити учасників із концепцією психологічної гнучкості як ресурсу адаптації в умовах стресу та навчити трьох ACT-мікронавичок («Якір», «Хмара», «Компас»), що можуть застосовуватися в будь-який момент повсякденної служби без спеціального обладнання та підготовки.

Формат: групова психоедукаційна сесія, тривалість 25–35 хвилин, оптимальний розмір групи — 10–20 осіб. Не потребує спеціального обладнання, може проводитися у будь-якому приміщенні.

Структура заходу включає вступну частину та три послідовні модулі.

Вступна частина (3–5 хвилин).

Ведучий відкриває другий блок коротким риторичним запитанням: «Що дає людині можливість залишатися ефективним навіть тоді, коли все навколо непередбачувано і важко?» Після кількох відповідей учасників ведучий підводить до поняття психологічної гнучкості, формулюючи його простою мовою: «Це здатність бачити, що відбувається в тебе всередині — думки, емоції, відчуття — і при цьому продовжувати робити те, що для тебе важливо». Ключова ідея формулюється без психологічних термінів: «Мета — не позбутися стресу. Мета — не давати стресу командувати тобою».

Ведучий підкреслює, що три техніки, які будуть представлені, є простими інструментами — такими, як обслуговування зброї або перевірка спорядження. Їх треба просто знати і застосовувати. Ця аналогія з практичними навичками є навмисно обраною: вона знижує тривогу перед «психологічним» матеріалом і підвищує мотивацію до освоєння.

Модуль 1. Техніка «Якір» (7–10 хвилин).

Ведучий починає із запитання: «Хто з вас помічав, що в якийсь момент голова «відлітає» — думки вже де завгодно, але не тут?» Отримавши підтвердження від учасників, пояснює механізм: коли розум «іде» в тривожні

думки про майбутнє або переживання минулого, ми втрачаємо контакт із тим, що відбувається зараз, і це саме по собі збільшує тривогу і погіршує прийняття рішень. Техніка «Якір» — це спосіб повернутися в «тут і зараз» за 1–2 хвилини.

Практика «Якір»: ведучий проводить коротку вправу. Учасники залишаються в зручному положенні (не обов'язково заплющувати очі — це важливо для військового контексту, де уразливість є небажаною). Ведучий спокійним голосом: «Відчуйте ноги на підлозі. Підлога тримає вас. Зробіть один повільний вдих і видих. Що ви зараз чуєте? Якийсь один звук. Що відчуваєте в тілі?» Пауза 30–40 секунд. «Ви зараз тут». Вправа займає 2–3 хвилини.

Після практики ведучий пояснює її застосування: «Якір» можна кинути будь-де — перед важким завданням, в момент тривоги, перед сном. Він не усуває проблему, але повертає вас у стан, в якому ви здатні ефективно діяти.

Модуль 2. Техніка «Хмара» (7–10 хвилин).

Ведучий починає із запитання: «Чи бувало у вас таке, що якась думка застряє і не відпускає? «Я не впораюся», «це все даремно», «я підведу людей»?» Після підтвердження: «Ця техніка — не про те, щоб позбутися таких думок. Їх не можна «видалити». Але можна змінити своє ставлення до них».

Ведучий пояснює: думки — це просто слова в голові. Вони не є командами і не є правдою про реальність. Є різниця між «я боюся» (думка злилася з людиною, вона є страхом) і «я помічаю думку про страх» (людина спостерігає думку з боку). Метафора: думки — як хмари на небі. Небо завжди є, хмари з'являються і проходять. Ти — небо, не хмари.

Практика «Хмара»: ведучий пропонує учасникам упродовж 60–90 секунд просто спостерігати за думками, що з'являються, і подумки позначати кожну: «Я помічаю думку про...». Не оцінювати, не аналізувати — просто помічати і відпускати. Після практики короткий обмін: «Що ви помітили?» Ведучий підсумовує: «Хмара» корисна, коли думки «чіпляють» і заважають

діяти. Помітивши думку як думку — а не як факт — ви зменшуєте її вплив на поведінку.

Модуль 3. Техніка «Компас» (7–10 хвилин).

Ведучий починає із запитання: «Що для вас найважливіше? Не зараз конкретно — взагалі у службі, у стосунках із людьми, у собі?» Після кількох відповідей: «Це і є ваші цінності — те, що дає напрямок навіть тоді, коли ситуація непередбачувана».

Ведучий пояснює: у важкий момент легко втратити орієнтацію — коли все здається безглуздим, коли стомився, коли страшно. Саме тоді цінності є компасом: вони показують напрямок, навіть якщо не видно кінцевої мети. Цінності — це не мета («стати командиром взводу»), а напрямок («бути надійним для своїх людей»).

Практика «Компас»: учасникам пропонується 2–3 хвилини подумати (або записати) відповідь на одне запитання: «Яким військовослужбовцем, товаришем, людиною я хочу бути — незалежно від обставин?» Це запитання навмисно сформульоване у першій особі і орієнтоване на характер, а не на досягнення. Після рефлексії — коротке коло обміну (за бажанням). Завершення: «Компас» — це не красива ідея. Це практичний інструмент: коли наступного разу буде важко — можна запитати себе: «Що я зараз роблю — відповідає тому, яким я хочу бути?»

Завершення заходу (3–5 хвилин).

Ведучий підсумовує три освоєні техніки: «Якір» (повертає в «тут і зараз»), «Хмара» (змінює ставлення до думок), «Компас» (нагадує про напрямок). Підкреслює: ці техніки не усувають стрес і не вирішують зовнішніх проблем. Але вони дають інструменти для того, щоб стрес не командував поведінкою. Пропонує учасникам обрати одну техніку, яку вони спробують застосувати упродовж наступного тижня, і сказати, яку саме, — це «мікрозобов'язання», що підвищує ймовірність реального застосування.

3.4. Методичні рекомендації щодо впровадження протоколу

На основі результатів дослідження, якісних спостережень у ході проведення інтервенції та теоретичного аналізу сформульовано методичні рекомендації для трьох цільових аудиторій: практичних психологів та офіцерів з морально-психологічного забезпечення (МПЗ), командирів підрозділів, а також дослідників у галузі військової психології.

Рекомендації для практичних психологів та офіцерів з МПЗ.

Рекомендація 1. Системна інтеграція протоколу в роботу підрозділів. Поєднаний формат АПД з АСТ-мікронавичками доцільно впроваджувати як регулярну психопрофілактичну процедуру, а не як одноразовий захід. Оптимальна частота — один раз на місяць або після завершення значущих бойових завдань. Регулярність забезпечує кілька ефектів: накопичувальний вплив на психологічну гнучкість учасників, поступове формування культури відкритої рефлексії в підрозділі, та зниження первісного опору («навіщо це нам?»), що характерний для перших сесій. Учасники, що пройшли протокол кілька разів, демонструють суттєво вищу залученість порівняно з першою сесією.

Рекомендація 2. Оцінка та підтримка психологічної безпеки. Психологічна безпека є необхідною, але не автоматичною умовою ефективного АПД. Перед плануванням першої сесії рекомендується оцінити стиль керівництва командира підрозділу та рівень психологічної безпеки в команді. Практичним індикатором є відповідь на запитання: «Чи можуть підлеглі відкрито говорити про помилки без страху покарання?». За наявності виражено авторитарного стилю керівництва рекомендується провести попередню роботу з командиром щодо принципів і правил проведення АПД. Важливо, щоб командир розумів: АПД є не «перевіркою», а «навчанням», і карати за відверті висловлювання під час АПД означає руйнувати його функцію.

Рекомендація 3. Орієнтація на конкретні дії. Психологічний ефект АПД суттєво підсилюється, коли обговорення завершується конкретними рішеннями, що реально впроваджуються. Ведучий повинен свідомо

спрямовувати обговорення до формулювання практичних пропозицій, фіксувати їх письмово під час сесії і забезпечувати механізм передачі командуванню. Рекомендується відстежувати статус реалізації рішень, прийнятих за результатами попереднього АПД, і повертатися до них на початку наступного («Минулого разу ми вирішили Х — що відбулося з цим рішенням?»). Такий цикл «рішення — реалізація — звіт» перетворює АПД із ізольованої події на безперервний процес організаційного навчання і психологічного супроводу.

Рекомендація 4. Адаптація ACT-мікронавичок до аудиторії. Мова, метафори та приклади повинні відповідати досвіду і культурі конкретного підрозділу. Назви технік («Якір», «Хмара», «Компас») є пропозицією, а не обов'язком: якщо учасники знаходять власні назви або метафори («заземлення», «тумблер», «полярна зірка»), це слід підтримувати. Важливо уникати надмірної «психологізації» і будь-яких формулювань, що можуть асоціюватися з клінічним лікуванням. Подача мікронавичок як «практичних інструментів», «психологічного спорядження» або «тренування мозку» є культурно більш прийнятною у військовому середовищі.

Рекомендація 5. Підготовка ведучих. Якісне проведення протоколу вимагає від ведучого базових навичок групової фасилітації та знайомства з принципами ACT. Рекомендується пройти короткий (8–16 годин) навчальний курс із основ ACT і групової роботи. Важливою є також особиста практика освоєних мікронавичок: ведучий, який сам практикує «Якір», «Хмару» і «Компас», буде значно переконливішим і автентичнішим у їхньому поданні. Проведення у форматі ко-фасилітації (два ведучі) підвищує якість процесу і є особливо рекомендованим для перших кількох сесій у новому підрозділі.

Рекомендації для командирів підрозділів.

Рекомендація 1. Легітимізувати АПД як регулярну практику. Командир відіграє ключову роль у формуванні ставлення підлеглих до АПД. Коли командир особисто бере участь у АПД як рівноправний учасник (а не як «перевіряючий»), ділиться власними спостереженнями і демонструє

готовність до відкритого обговорення помилок — це є найпотужнішим сигналом психологічної безпеки для підлеглих. Натомість, якщо командир використовує матеріали АПД для покарання або оцінювання, він руйнує довіру до процедури і унеможливлює її психологічний ефект.

Рекомендація 2. Реагувати на пропозиції підрозділу. Ключовим психологічним механізмом ефекту АПД є відновлення відчуття суб'єктності та контрольованості: «мої спостереження і пропозиції мають значення і призводять до реальних змін». Командир, який оперативно реагує на пропозиції підлеглих (навіть якщо не всі пропозиції можуть бути реалізовані — важливо пояснити чому), формує культуру причетності та відповідальності. Навіть проста відповідь «ми розглянули вашу пропозицію і ось що можемо зробити» є суттєво кращою, ніж мовчання.

Рекомендація 3. Забезпечувати регулярне пряме спілкування з підлеглими. Як показали результати першої групи, дефіцит прямого неформального спілкування між командиром і рядовим особовим складом є поширеним і значущим джерелом стресу та відчуженості. Короткі щотижневі «збори ідей» або неформальні розмови у форматі «відкритого мікрофона» є простим, малозатратним і ефективним інструментом підтримання психологічного благополуччя підрозділу.

Рекомендація 4. Приділяти увагу дозвіллю та ротаційному відпочинку. Як показали результати другої групи, дефіцит організованого дозвілля є системним чинником ризику, що підвищує ймовірність дисфункціональних копінг-стратегій, включаючи зловживання алкоголем. Систематична увага до нормалізації графіку відпусток і забезпечення учасникам можливості для змістовного відпочинку є важливою складовою командирської відповідальності за психологічне здоров'я підлеглих.

Особливості впровадження протоколу залежно від контексту підрозділу

Практичний досвід проведення інтервенції у трьох групах дозволяє виокремити кілька типових контекстуальних сценаріїв, з якими може зіткнутися ведучий, та відповідні адаптації протоколу.

Сценарій 1: Нова група, перший АПД. У цьому сценарії учасники незнайомі з форматом і ставляться до нього з обережністю. Рекомендується подовжити підготовчий етап до 10–12 хвилин, приділивши більше часу встановленню психологічного контракту та роз'ясненню відмінності між АПД і звичайним «розбором польотів». Особливо ефективним є наведення конкретного прикладу питання АПД («наприклад, ми можемо обговорити, чому під час останнього завдання зв'язок між відділеннями був ускладнений») — це знижує абстрактність і підвищує довіру.

Сценарій 2: Група з вираженим авторитарним командиром, що присутній на АПД. Це найбільш складний сценарій, що потребує окремої підготовчої розмови з командиром перед зустрічю. Ведучий має заздалегідь домовитися про те, що командир виступає як рівноправний учасник і не коментує висловлювання підлеглих у режимі оцінювання. Якщо цього домовитися не вдалося, рекомендується проводити АПД без присутності командира, передаючи підсумкові пропозиції окремо.

Сценарій 3: Група зі значним рівнем міжособистісного конфлікту. У разі, якщо в ході АПД виникає відкрита напруга між учасниками, ведучий повинен оперативно перефокусувати дискусію від особистостей на системні чинники: «Я чую, що між вами є напруга через цю ситуацію. Давайте спробуємо подивитися на неї інакше: що в самій процедурі або системі призвело до цього? Що можна змінити, щоб така ситуація не повторилася?» Ця техніка деперсоналізації конфлікту є одним із найефективніших інструментів ведучого і безпосередньо відповідає принципу зміщення від персональних звинувачень до системного аналізу.

Сценарій 4: Група після гострої травматичної події. Якщо АПД проводиться невдовзі після події з людськими втратами або іншого значущого травматичного досвіду, ведучий повинен бути особливо уважним до ознак гострого дистресу в учасників. У таких випадках рекомендується на початку зустрічі окремо роз'яснити: «Сьогодні наша мета — не опрацювати емоції від цієї події, а зробити кроки, які допоможуть у майбутньому. Якщо комусь із вас

зараз дуже важко — ви маєте право не брати участі або поговорити зі мною окремо після». ACT-компонент у таких групах слід акцентувати на техніці «Якір» як засобі стабілізації, дещо скорочуючи «Хмару» і «Компас».

Рекомендації щодо подальших досліджень.

Результати дослідження є перспективними, але пілотними за своєю природою. Для формування більш міцної доказової бази рекомендуються такі напрями подальших досліджень: 1) рандомізоване контрольоване дослідження з контрольною групою (лише АПД без ACT-мікронавичок) для ізоляції внеску кожного компонента; 2) включення відстроченого вимірювання (через 1 і 3 місяці) для оцінювання стійкості досягнутих змін; 3) розширення вибірки і включення жінок-військовослужбовців; 4) медіаторний аналіз для перевірки гіпотези про те, що зміни AAQ-II медіюють зміни GAD-7 і PSS-10; 5) якісні інтерв'ю з учасниками для поглибленого розуміння суб'єктивних механізмів досягнутих змін.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі представлено розроблений протокол інтервенції, результати посттестового вимірювання та їх статистичний і клінічний аналіз, детальний опис профілактичного заходу та методичні рекомендації для трьох цільових аудиторій.

За результатами статистичного аналізу (критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок) зафіксовано статистично значущі позитивні зміни за всіма трьома досліджуваними показниками: рівень тривоги (GAD-7: $Z = –4{,}63$, $p < 0{,}001$, $r = 0{,}73$), сприйнятий стрес (PSS-10: $Z = –4{,}32$, $p < 0{,}001$, $r = 0{,}68$) та психологічна гнучкість (AAQ-II: $Z = –4{,}51$, $p < 0{,}001$, $r = 0{,}71$). Усі ефекти є великими за критеріями Коена ($r > 0{,}5$). Дослідницька гіпотеза повністю підтверджена.

Клінічно значущими результатами є: перехід 37,5% учасників із категорії «помірна/виражена тривога» до категорії «мінімальна/легка тривога»; скорочення вдвічі частки учасників із високим рівнем стресу (з 45%

до 20%); нормалізація медіани психологічної гнучкості з перевищення норми до нормативного діапазону.

Розроблений профілактичний захід «Психологічна гнучкість як ресурс адаптації» є практично орієнтованим, доступним для проведення в умовах підрозділів і культурно відповідним для військового середовища. Три освоювані техніки — «Якір», «Хмара», «Компас» — охоплюють ключові компоненти психологічної гнучкості та можуть застосовуватися самостійно без допомоги фахівця.

Методичні рекомендації акцентують три ключові принципи успішного впровадження: системна регулярність (а не одноразові заходи), психологічна безпека як необхідна передумова та орієнтація на конкретні практичні дії як основний механізм психологічного ефекту інтервенції.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота присвячена дослідженню ефективності структурованого АПД у поєднанні з ACT-мікронавичками для підвищення психологічної гнучкості та зниження дистресу у діючих військовослужбовців. За результатами теоретичного аналізу та емпіричного дослідження сформульовано такі висновки.

1. Бойовий стрес є багатовимірним феноменом із чіткими нейробіологічними механізмами, що спричиняє широкий спектр психологічних наслідків у діючих військовослужбовців — від гострих стресових реакцій до хронічних клінічних порушень, включаючи ПТСР, депресію, тривожні розлади, моральну травму та бойове виснаження. Результати передтестового вимірювання підтвердили цю закономірність: 62,5% учасників демонстрували помірний або виражений рівень тривоги, медіана сприйнятого стресу відповідала категорії «високий», а показники психологічної гнучкості перевищували нормативний діапазон для чоловіків.

2. Структурований АПД реалізує психологічно значущі механізми впливу — когнітивну обробку пережитого досвіду, зниження руминації, відновлення відчуття контролю та посилення групової згуртованості. Якісні спостереження в ході дослідження показали, що структурований формат АПД поступово знижував психологічні бар'єри до відкритого висловлювання і створював безпечний простір для рефлексії навіть у групах із початково низькою залученістю.

3. ACT-мікронавички є ефективним і доступним інструментом розвитку психологічної гнучкості в груповому та позаклінічному форматі. Три техніки, інтегровані в протокол — «Якір» (усвідомленість), «Хмара» (когнітивне роз'єднання) та «Компас» (прояснення цінностей) — охоплюють ключові компоненти гексафлексу ACT і адаптовані до культури та мови військового середовища. Їх освоєння не потребує тривалого терапевтичного курсу і може бути здійснено в межах одного психоедукаційного заняття.

4. Дослідницька гіпотеза підтверджена. За результатами статистичного аналізу (критерій Вілкоксона для пов'язаних вибірок) зафіксовано статистично значущі позитивні зміни за всіма трьома досліджуваними показниками після проведення інтервенції: рівень тривоги (GAD-7): медіана знизилась з 11 до 7 балів ($Z = –4,63$, $p < 0,001$, $r = 0,73$); рівень сприйнятого стресу (PSS-10): медіана знизилась з 27 до 21 балу ($Z = –4,32$, $p < 0,001$, $r = 0,68$); рівень досвідного уникнення (AAQ-II): медіана знизилась з 31 до 26 балів ($Z = –4,51$, $p < 0,001$, $r = 0,71$). Усі зафіксовані ефекти є великими за критеріями Коена ($r > 0,5$).

5. Клінічно значущим результатом дослідження є перехід 37,5% учасників із категорії «помірна/виражена тривога» до категорії «мінімальна/легка тривога» за шкалою GAD-7. Медіана показника психологічної гнучкості після інтервенції нормалізувалась до нормативного діапазону для чоловіків. Частка осіб із високим рівнем стресу скоротилась вдвічі.

6. Ключовим практичним висновком, що вийшов за межі первинних дослідницьких гіпотез, стало усвідомлення: психологічна цінність АПД визначається не лише можливістю виговоритися, а передусім реальними діями, що стають його результатом. У кожній із трьох досліджуваних груп найпотужніший психологічний ефект справляли конкретні рішення, прийняті й упроваджені безпосередньо за підсумками зустрічі: запровадження форми передачі позицій під час ротації, організація щотижневих зборів підрозділу, подача пропозицій щодо дозвілля командуванню, виклик медика, роз'яснення оперативної обстановки. Цей висновок узгоджується з принципом зобов'язаних дій ACT і має безпосереднє практичне значення для організації психологічного супроводу підрозділів.

7. Психологічна безпека є необхідною передумовою ефективного АПД. Спостереження у третій групі свідчать про те, що авторитарний стиль керівництва суттєво обмежує відкритість учасників і, відповідно, потенціал інтервенції. Водночас навіть за умов обмеженої психологічної безпеки

структурований АПД виявився ефективним у задоволенні конкретних базових потреб учасників. Робота з командирами підрозділів щодо формування психологічно безпечного середовища є невід'ємною складовою системного впровадження протоколу.

8. Розроблений протокол має практичну цінність для системи психологічного супроводу ЗСУ. Він є доступним для проведення безпосередньо в умовах підрозділів, не потребує спеціального обладнання, спирається на вже наявну організаційну процедуру АПД і може бути впроваджений практичними психологами та офіцерами з МПЗ після відповідної підготовки.

Обмеження дослідження**.** Pre-post дизайн не дозволяє оцінити стійкість досягнутих змін у часі — відсутні відстрочені вимірювання. Відсутність контрольної групи унеможливлює розмежування ефектів АПД і ACT-мікронавичок. Однорідність вибірки за статтю обмежує узагальнюваність результатів на жінок-військовослужбовців. Зазначені обмеження визначають напрями подальших досліджень: рандомізоване контрольоване дослідження з контрольною групою, включення відстроченого вимірювання та розширення вибірки.

Попри означені обмеження, результати дослідження є науково значущими і підтверджують доцільність інтеграції ACT-мікронавичок у стандартну процедуру АПД як ефективного інструменту психопрофілактики в умовах бойової служби. Отримані дані вносять вклад у розвиток доказової бази психологічного супроводу військовослужбовців ЗСУ і мають безпосереднє практичне застосування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Hoge C.W., Castro C.A., Messer S.C., McGurk D., Cotting D.I., Koffman R.L. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. New England Journal of Medicine. 2004. Vol. 351, № 1. P. 13–22.
2. Sundin J., Fear N.T., Iversen A., Rona R.J., Wessely S. PTSD after deployment to Iraq: conflicting rates, conflicting claims. Psychological Medicine. 2010. Vol. 40, № 3. P. 367–382.
3. Fulton J.J. et al. The prevalence of posttraumatic stress disorder in OEF/OIF veterans: a meta-analysis. Journal of Anxiety Disorders. 2015. Vol. 31. P. 98–107.
4. Castro C.A., McGurk D. The intensity of combat and behavioral health status. Traumatology. 2007. Vol. 13, № 4. P. 6–23.
5. Staal M.A. Stress, cognition, and human performance: a literature review. NASA Technical Memorandum 2004-212824. NASA, 2004. 177 p.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). 5th ed. Arlington: APA, 2013. 947 p.
7. Friedman M.J., Resick P.A., Bryant R.A., Brewin C.R. Considering PTSD for DSM-5. Depression and Anxiety. 2011. Vol. 28, № 9. P. 750–769.
8. Seal K.H. et al. Bringing the war back home: mental health disorders among 103,788 US veterans. Archives of Internal Medicine. 2007. Vol. 167, № 5. P. 476–482.
9. Bliese P.D. et al. Validating the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen with soldiers returning from combat. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2008. Vol. 76, № 2. P. 272–281.
10. Litz B.T. et al. Moral injury and moral repair in war veterans. Clinical Psychology Review. 2009. Vol. 29, № 8. P. 695–706.
11. Jones E., Wessely S. Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf War. Hove: Psychology Press, 2005. 272 p.

12. Britt T.W., Adler A.B., Bartone P.T. Deriving benefits from stressful events: the role of engagement in meaningful work and hardiness. Journal of Occupational Health Psychology. 2001. Vol. 6, № 1. P. 53–63.
13. Stein M.B., McAllister T.W. Exploring the convergence of posttraumatic stress disorder and mild traumatic brain injury. American Journal of Psychiatry. 2009. Vol. 166, № 7. P. 768–776.
14. Pietrzak R.H. et al. Perceived stigma and barriers to mental health care utilization among OEF-OIF veterans. Psychiatric Services. 2009. Vol. 60, № 8. P. 1118–1122.
15. Kashdan T.B., Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. Clinical Psychology Review. 2010. Vol. 30, № 7. P. 865–878.
16. Kessler R.C. et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. European Journal of Psychotraumatology. 2017. Vol. 8, sup5. 1353383.
17. McEwen B.S. Stress, adaptation, and disease: allostasis and allostatic load. Annals of the New York Academy of Sciences. 1998. Vol. 840. P. 33–44.
18. Кокун О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Психологічна робота з військовослужбовцями — учасниками АТО на етапі відновлення: методичний посібник. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2017. 282 с.
19. Блінов О.А. Психологія бойової психічної травми: монографія. Київ: Талком, 2020. 491 с.
20. Morrison J.E., Meliza L.L. Foundations of the After Action Review Process. Alexandria: US Army Research Institute, 1999. 64 p.
21. Darling M.J., Parry C., Moore J. Learning in the thick of it. Harvard Business Review. 2005. Vol. 83, № 7. P. 84–92.
22. Тимчасова інструкція з процесу аналізу проведених дій. ВП 7(3)-00(01).01. Київ: МО України, 2019. 48 с.
23. US Army. A Leader's Guide to After-Action Reviews. TC 25-20. Washington: Department of the Army, 1993. 45 p.
24. Edmondson A.C. Psychological safety and learning behavior in work teams. Administrative Science Quarterly. 1999. Vol. 44, № 2. P. 350–383.

25. Villado A.J., Arthur W. The comparative effect of subjective and objective after-action reviews on team performance. Journal of Applied Psychology. 2013. Vol. 98, № 3. P. 514–528.

26. Tannenbaum S.I., Cerasoli C.P. Do team and individual debriefs enhance performance? Human Factors. 2013. Vol. 55, № 1. P. 231–245.

27. Resick P.A., Monson C.M., Chard K.M. Cognitive Processing Therapy for PTSD. New York: Guilford Press, 2017. 376 p.

28. Pennebaker J.W., Beall S.K. Confronting a traumatic event: toward an understanding of inhibition and disease. Journal of Abnormal Psychology. 1986. Vol. 95, № 3. P. 274–281.

29. Nolen-Hoeksema S., Wisco B.E., Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspectives on Psychological Science. 2008. Vol. 3, № 5. P. 400–424.

30. Ehring T., Watkins E.R. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. International Journal of Cognitive Therapy. 2008. Vol. 1, № 3. P. 192–205.

31. MacCoun R., Kier E., Belkin A. Does social cohesion determine motivation in combat? Armed Forces & Society. 2006. Vol. 32, № 4. P. 646–654.

32. Brewin C.R., Andrews B., Valentine J.D. Meta-analysis of risk factors for PTSD. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000. Vol. 68, № 5. P. 748–766.

33. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman, 1997. 604 p.

34. DeRue D.S. et al. A quasi-experimental study of after-event reviews and leadership development. Journal of Applied Psychology. 2012. Vol. 97, № 5. P. 997–1015.

35. Ellis S., Davidi I. After-event reviews: drawing lessons from successful and failed experience. Journal of Applied Psychology. 2005. Vol. 90, № 5. P. 857–871.

36. Mitchell J.T. When disaster strikes: the critical incident stress debriefing process. Journal of Emergency Medical Services. 1983. Vol. 8, № 1. P. 36–39.

37. van Emmerik A.A.P. et al. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. Lancet. 2002. Vol. 360, № 9335. P. 766–771.

38. Morrison A.B. et al. Taming a wandering attention: short-form mindfulness training in student cohorts. Frontiers in Human Neuroscience. 2013. Vol. 7. P. 897.

39. Adler A.B. et al. Battlemind debriefing and Battlemind training as early interventions with soldiers returning from Iraq. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2009. Vol. 77, № 5. P. 928–940.

40. Потапчук Є.М. Теорія та практика збереження психічного здоров'я військовослужбовців: монографія. Хмельницький: НАДПСУ, 2004. 323 с.

41. Пасічник В.І., Діденко О.В. Психологічне забезпечення підготовки та застосування підрозділів ЗСУ в особливих умовах. Вісник НАОУ. 2021. № 3 (62). С. 71–79.

42. Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. Acceptance and Commitment Therapy. New York: Guilford Press, 1999. 304 p.

43. Hayes S.C. et al. ACT: model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy. 2006. Vol. 44, № 1. P. 1–25.

44. Hayes S.C., Barnes-Holmes D., Roche B. (eds.). Relational Frame Theory. New York: Kluwer Academic, 2001. 334 p.

45. Hofmann S.G., Asmundson G.J.G. Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? Clinical Psychology Review. 2008. Vol. 28, № 1. P. 1–16.

46. Hayes S.C., Strosahl K.D. (eds.). A Practical Guide to ACT. New York: Springer, 2004. 397 p.

47. Hayes S.C. et al. Experiential avoidance and behavioral disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996. Vol. 64, № 6. P. 1152–1168.

48. Ciarrochi J., Bailey A. A CBT Practitioner's Guide to ACT. Oakland: New Harbinger, 2008. 288 p.

49. A-Tjak J.G.L. et al. A meta-analysis of the efficacy of ACT. Psychotherapy and Psychosomatics. 2015. Vol. 84, № 1. P. 30–36.

50. Powers M.B. et al. ACT: a meta-analytic review. Psychotherapy and Psychosomatics. 2009. Vol. 78, № 2. P. 73–80.

51. Ruiz F.J. A review of ACT empirical evidence. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2010. Vol. 10, № 1. P. 125–162.

52. Niles B.L. et al. Comparing mindfulness and psychoeducation treatments for combat-related PTSD. Psychological Trauma. 2012. Vol. 4, № 5. P. 538–547.

53. Bryan C.J., Theriault J.L., Bryan A.O. Self-forgiveness, posttraumatic stress, and suicide attempts among military personnel. Traumatology. 2015. Vol. 21, № 1. P. 40–46.

54. Thompson B.L., Luoma J.B., LeJeune J.T. Using ACT to guide exposure-based interventions for PTSD. Journal of Contemporary Psychotherapy. 2013. Vol. 43, № 3. P. 133–140.

55. Russ H., Harris R. ACT Made Simple. 2nd ed. Oakland: New Harbinger, 2019. 392 p.

56. Harris R. The Happiness Trap: How to Stop Struggling and Start Living. Boston: Trumpeter, 2008. 240 p.

57. Flaxman P.E., Bond F.W., Livheim F. The Mindful and Effective Employee. Oakland: New Harbinger, 2013. 224 p.

58. Gloster A.T. et al. The empirical status of third-wave behaviour therapies. Clinical Psychology Review. 2020. Vol. 80. 101892.

59. Bond F.W. et al. Preliminary psychometric properties of the AAQ-II. Behavior Therapy. 2011. Vol. 42, № 4. P. 676–688. DOI: 10.1016/j.beth.2011.03.007.

60. Hayes S.C. et al. ACT: model, processes and outcomes. Behaviour Research and Therapy. 2006. Vol. 44. P. 1–25.

61. Gratz K.L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2004. Vol. 26, № 1. P. 41–54.

62. Bonanno G.A. Loss, trauma, and human resilience. American Psychologist. 2004. Vol. 59, № 1. P. 20–28.

63. Chawla N., Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology. Journal of Clinical Psychology. 2007. Vol. 63, № 9. P. 871–890.

64. Wegner D.M. et al. Paradoxical effects of thought suppression. Journal of Personality and Social Psychology. 1987. Vol. 53, № 1. P. 5–13.

65. Широка А.А., Миколайчук М.І. Психологічна гнучкість як предиктор благополуччя особистості: адаптація AAQ-II. Науковий вісник ХДУ. Серія «Психологічні науки». 2021. № 3. С. 101–112. DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2021-3-14.

66. Flaxman P.E., Bond F.W. A randomised worksite comparison of ACT and stress inoculation training. Behaviour Research and Therapy. 2010. Vol. 48, № 8. P. 816–820.

67. Bowen S. et al. Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. Psychology of Addictive Behaviors. 2006. Vol. 20, № 3. P. 343–347.

68. Blackledge J.T., Hayes S.C. Emotion regulation in ACT. Journal of Clinical Psychology. 2001. Vol. 57, № 2. P. 243–255.

69. Luoma J.B., Hayes S.C., Walser R.D. Learning ACT. Oakland: New Harbinger, 2007. 256 p.

70. Gloster A.T. et al. Assessing psychological flexibility: what does it add above and beyond existing constructs? Psychological Assessment. 2011. Vol. 23, № 4. P. 970–982.

71. Вельдбрехт О.О., Тавровецька Н.І. Психометрична адаптація PSS-10 в умовах воєнного стану в Україні. Проблеми сучасної психології. 2022. № 57. С. 14–28.

72. Алексіна Н. та ін. Адаптація та валідизація україномовної версії GAD-7 в умовах воєнного стану. Інсайт: психологічні виміри суспільства. 2024. Вип. 11. С. 77–103. DOI: 10.32999/2663-970X/2024-11-5.

73. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983. Vol. 24, № 4. P. 385–396.

74. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. Archives of Internal Medicine. 2006. Vol. 166, № 10. P. 1092–1097.

75. Levin M.E. et al. The impact of treatment components suggested by psychological flexibility theory. Behavior Therapy. 2012. Vol. 43, № 4. P. 741–756.

76. Twohig M.P., Hayes S.C., Masuda A. A preliminary investigation of ACT. Behaviour Research and Therapy. 2006. Vol. 44, № 10. P. 1513–1522.

77. Кокун О.М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця: монографія. Київ: ДП «Інформаційно-аналітичне агентство», 2012. 200 с.

78. Примуш М.В. Психологічні особливості ПТСР у ветеранів АТО/ООС. Науковий вісник УжНУ. Серія «Психологія». 2021. Вип. 3. С. 87–93.

79. Агаєв Н.А. та ін. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців. Київ: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.

80. Мороз Р.А. Психологічна стійкість військовослужбовців ЗСУ в умовах бойових дій. Вісник НУОУ. 2022. № 2 (66). С. 54–62.