

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВОЛИНСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ
УКРАЇНКИ
ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГІЇ
Кафедра загальної та клінічної психології**

На правах рукопису

МЕДВЕДИЦЬКОВА ОЛЬГА

**ПРОЯВИ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ
СТАНІВ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ
ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З
ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ**

Спеціальність: 053 «Психологія»
Освітньо-професійна програма «Клінічна психологія»
Робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр»

Науковий керівник:

МІТЛОШ АНТОНІНА ВАСИЛІВНА,

кандидат психологічних наук, доцент кафедри
загальної та клінічної психології

РЕКОМЕНДОВАНО ДО ЗАХИСТУ

Протокол № ____

засідання кафедри загальної та клінічної психології

від ____ 202__ р.

Завідувач кафедри

_____ Олена ЖУРАВЛЬОВА

ЛУЦЬК – 2025

АНОТАЦІЯ

Медведицькова О. Прояви тривожних та депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Випускна кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «Магістр» за спеціальністю 053 «Психологія» – Волинський національний університет імені Лесі Українки, Луцьк, 2025.

Магістерська робота присвячена комплексному дослідженню проявів тривожних та депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців, які пережили бойові. Актуальність теми зумовлена необхідністю глибшого розуміння психічних наслідків воєнного досвіду для забезпечення ефективної психологічної підтримки осіб, які повертаються до мирного життя після участі у бойових діях.

У першому розділі подано теоретико-методологічний аналіз проблеми ПТСР у військовослужбовців, розкрито сутність та клінічні характеристики розладу, висвітлено основні причини його виникнення та проаналізовано тривожні й депресивні стани як провідні психологічні прояви ПТСР.

Другий розділ містить опис організації та проведення емпіричного дослідження, що включає характеристику вибірки, обґрунтування використаних психодіагностичних методик і аналіз отриманих результатів. У ході дослідження виявлено специфіку проявів тривожності та депресивності у демобілізованих військовослужбовців, а також встановлено статистично значені відмінності у прояві тривожних і депресивних станів у вибірці досліджуваних.

У третьому розділі розглянуто основні напрями психологічної допомоги демобілізованим військовослужбовцям, проаналізовано ефективність психотерапевтичних підходів до подолання симптомів ПТСР і представлено систему клініко-психологічної допомоги демобілізованим.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, демобілізовані військовослужбовці, тривожні стани, депресивні стани, психологічна допомога, психотерапевтична підтримка.

SUMMARY

Manifestations of Anxiety and Depressive States in Demobilized Servicemen with Post-Traumatic Stress Disorder. – Qualification research paper (manuscript).

Master's qualification work for obtaining the educational degree «Master» in specialty 053 «Psychology» – Lesya Ukrainka Volyn National University, Lutsk, 2025.

The master's thesis is devoted to a comprehensive study of the manifestations of anxiety and depressive states in demobilized servicemen who have experienced combat actions. The relevance of the topic is determined by the need for a deeper understanding of the psychological consequences of war experience in order to ensure effective psychological support for individuals returning to civilian life after participating in combat operations.

The first chapter presents a theoretical and methodological analysis of the problem of PTSD in servicemen, reveals the essence and clinical characteristics of the disorder, highlights the main causes of its occurrence, and analyzes anxiety and depressive states as the leading psychological manifestations of PTSD.

The second chapter contains a description of the organization and conduct of the empirical research, including the characteristics of the sample, the rationale for the use of psychodiagnostic methods, and the analysis of the obtained results. The study identified the specific features of manifestations of anxiety and depression in demobilized servicemen, as well as statistically significant differences in the manifestations of anxiety and depressive states within the research sample.

The third chapter considers the main directions of psychological assistance to demobilized servicemen, analyzes the effectiveness of psychotherapeutic approaches to overcoming PTSD symptoms, and presents a system of clinical and psychological support for demobilized individuals.

Keywords: post-traumatic stress disorder, demobilized servicemen, anxiety states, depressive states, psychological assistance, psychotherapeutic support.

ЗМІСТ

ВСТУП	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ	3 10
1.1. Поняття та клінічні характеристики ПТСР	10
1.2. Причини виникнення ПТСР у військовослужбовців	16
1.3. Тривожні та депресивні стани особистості як основні прояви ПТСР	21
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ	27
2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження.....	27
2.2. Аналіз результатів дослідження.	32
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА ПІДТРИМКА ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	39
3.1. Психотерапевтичні підходи до подолання ПТСР.....	39
3.2. Система клініко-психологічної допомоги демобілізованим	43
ВИСНОВКИ	55
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	58
ДОДАТКИ	64

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасні соціально-політичні реалії України, зумовлені повномасштабною війною, призвели до безпрецедентного зростання кількості військовослужбовців, які зазнали травматичного досвіду бойових дій та повертаються до мирного життя з проявами посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожності та депресії. Вивчення психологічного стану демобілізованих військовослужбовців набуває особливого значення у зв'язку з високим ризиком розвитку у них емоційних та афективних порушень, що істотно впливають на процес соціальної адаптації, міжособистісні стосунки та професійну ефективність.

Дослідження науковців свідчать, що коморбідність ПТСР із тривожними та депресивними станами є закономірним явищем у ветеранів бойових дій. Так, І. Коваленко, В. Помогаїбо та О. Березан дослідили особливості клінічних проявів ПТСР у військовослужбовців і визначили високий рівень тривожних та депресивних симптомів серед ветеранів. Т. Волошенюк акцентує на необхідності ранньої діагностики та психологічного супроводу демобілізованих воїнів, оскільки затримка в наданні допомоги поглиблює постстресові прояви. В. Заворотний вказує, що депресивні симптоми у демобілізованих часто набувають прихованих форм і можуть виступати фоном для розвитку соматичних розладів. Л. Радецька звертає увагу на потребу створення системи психологічної реабілітації, яка враховує як клінічні, так і соціально-психологічні аспекти адаптації ветеранів.

Попри зростання кількості публікацій, проблема проявів тривожних та депресивних станів саме у демобілізованих військовослужбовців з ПТСР залишається недостатньо дослідженою. Наявні роботи здебільшого зосереджуються на клінічних характеристиках ПТСР або на загальних аспектах психологічної допомоги, тоді як комплексний аналіз коморбідних тривожно-депресивних розладів у контексті соціальної реінтеграції майже не представлений.

Таким чином, актуальність даного дослідження зумовлена високою поширеністю тривожних і депресивних станів серед демобілізованих військовослужбовців, значним впливом цих станів на процес соціальної адаптації та якість життя ветеранів та потребою у вдосконаленні системи психологічної діагностики і підтримки на основі сучасних наукових підходів.

Дослідження проявів тривожних і депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом є науково та соціально значущим. Його результати сприятимуть глибшому розумінню психічних наслідків бойового досвіду, розробці цілеспрямованих програм психологічної реабілітації та підвищенню ефективності процесу повернення ветеранів до мирного життя.

Об'єкт дослідження – прояви тривожних та депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом

Предмет дослідження – тривожні та депресивні стани у демобілізованих військовослужбовців

Метою дослідження є теоретичне обґрунтування та емпіричне вивчення особливостей проявів тривожних та депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом.

Мета дослідження передбачає вирішення таких **завдань**:

1. Проаналізувати поняття та клінічні характеристики посттравматичного стресового розладу.
2. Розглянути причини виникнення ПТСР у військовослужбовців.
3. Охарактеризувати тривожні та депресивні стани особистості як основних проявів ПТСР.
4. Емпірично дослідити прояви тривожних та депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом.
5. Розробити систему клініко-психологічної допомоги демобілізованим.

Методи дослідження: теоретичний аналіз, синтез, порівняння; емпіричні стандартизовані методики дослідження: Шкала самооцінки PCL -M (військова

версія), Шкала депресії А.Т. Бека, Шкала тривоги Гамільтона – Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, статистичний, кількісний та якісний математичні аналізи.

База дослідження: Комунальне підприємство «Волинський обласний госпіталь ветеранів війни», Луцький військовий гарнізонний шпиталь, а також військовослужбовці, які виконують військові завдання в зоні бойових дій. Загальна вибірка становила 110 осіб віком від 29 до 56 років. До складу вибірки увійшли дві порівняльні групи: першу групу склали 55 військовослужбовців, демобілізованих та таких, що проходили лікування у зазначених медичних закладах; другу – 55 військовослужбовців, які виконують військові завдання в зоні бойових дій.

Наукова новизна дослідження полягає у поглибленому теоретико-емпіричному обґрунтуванні особливостей проявів тривожних та депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом. Уперше на основі комплексного застосування стандартизованих психодіагностичних методик здійснено порівняльний аналіз рівня та структури тривожних і депресивних проявів у демобілізованих військовослужбовців та у військових, які продовжують виконувати завдання в зоні бойових дій. Розроблено та запропоновано систему клініко-психологічної допомоги демобілізованим військовослужбовцям, спрямовану на зниження проявів тривожності та депресії, відновлення психологічної стабільності та адаптаційних ресурсів особистості.

Практичне значення отриманих результатів полягає у можливості їх використання для удосконалення системи психологічної допомоги демобілізованим військовослужбовцям із посттравматичним стресовим розладом. Розроблена на основі результатів дослідження система клініко-психологічної підтримки може бути впроваджена у практику роботи психологів військових шпиталів, реабілітаційних центрів та служб психологічного супроводу ветеранів. Отримані дані дають змогу здійснювати більш точну

діагностику рівня тривожних і депресивних станів, визначати індивідуальні психологічні особливості перебігу посттравматичних реакцій і формувати персоналізовані програми психокорекційної роботи.

Апробація результатів: Основні положення магістерської роботи були висвітлені в

Структура і обсяг роботи: наукова робота складається з вступу, трьох розділів та додатків. Містить 4 таблиці. Список використаних джерел налічує 51 найменування.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ВИВЧЕННЯ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

1.1. Поняття та клінічні характеристики ПТСР

За останні десятиліття по всьому світу зростає кількість різноманітних катастроф, суспільних і мікросоціальних конфліктів. Ця ситуація характеризується потужним впливом на психіку людини. Наслідком часто стають психічні розлади, які значно ускладнюють соціально-психологічну адаптацію постраждалих і, відповідно, знижують їхню трудову активність.

Найпоширенішою формою таких розладів у жертв екстремальних подій є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) – психічний стан, що тяжко піддається лікуванню та корекції, і проявляється комплексом психологічних, соціальних і соматичних змін [4]. Упродовж останніх років цій темі присвячено все більше наукових досліджень.

Термін «посттравматичний стресовий розлад» вперше запропонував М. J. Horowitz [25]. Він розробив діагностичні критерії ПТСР, які лягли в основу американської класифікації DSM-III (1976–1980). Пізніше ці критерії були переглянуті, та в 1995 році включені до МКХ-10. Відповідно до цієї класифікації, ПТСР визначається як «відстрочена або затяжна реакція на стресову подію (короткочасну чи тривалу) виключно загрозливого або катастрофічного характеру, що за принципом може спричинити дистрес практично в будь-якої людини» [3].

Слово «розлад» вжите усвідомлено, оскільки це не хвороба в класичному розумінні, а переважно адекватна реакція психіки на аномальні обставини. На жаль, симптоми ПТСР в більшості випадків викликають значні страждання та порушують нормальне особистісне функціонування потерпілих [5].

Клінічна типологія і класифікація ПТСР продовжують уточнюватись. До групи цих розладів належать тривалі патологічні стани у військовослужбовців, ветеранів, учасників природних чи техногенних катастроф – після короткочасного або тривалого екстремального впливу. Важливою ознакою важкого травматичного стресу є раптовість події, стрімкий темп розвитку катастрофи і/або тривалість впливу [27]. Також значущими є індивідуальні особливості вразливості до ПТСР (астенічні риси, гіперсенситивність, залежність тощо) і психологічні характеристики стресового впливу: значимість події, релігійно-ідеологічний світогляд, соматичний стан на момент травми (наприклад, виснаження, порушення сну та харчування) [24].

Початок ПТСР може наступати після латентного періоду від кількох тижнів до шести місяців. Перебіг зазвичай хвилеподібний, але можливий хронічний розвиток протягом багатьох років із стійкою зміною особистості після катастрофи.

Багато людей переживають травматичні події: транспортні аварії, сімейне насильство, бойові дії, стихійні лиха, терористичні акти, пожежі тощо. Деякі дослідники вважають, що навіть без тілесних ушкоджень люди, які зазнали впливу катастроф чи війни, не залишаються безслідними – через роки в них можуть розвиватися невротичні чи патохарактерологічні стигми, і на їхньому тлі часто формуються патологічні стани (Ch. R. Figley, J. Wieson) [30]. Серед найтиповіших ситуацій, які здатні спричинити посттравматичні розлади, – раптове потрапляння у стан безпорадності й екстремальної небезпеки. Якщо стрес викликано людиною (наприклад, війна, насильство), він часто має більш серйозний і триваліший перебіг [12].

Поширеність ПТСР серед загального населення варіює від 1 % до 12 %, а серед осіб, які зазнали стихійних лих чи катастроф – до 30 %. Така розмаїтість показників пояснюється як відсутністю єдиного чіткого підходу до діагностики, так і особливостями популяцій та методологій досліджень.

Дані літератури свідчать про кореляцію схильності до ПТСР з певними психічними порушеннями, які або передували травмі, або виникли в її наслідок:

тривожні неврози, депресія, схильність до суїцидальних думок і спроб, алкогольна чи наркотична залежність, психосоматичні розлади, серцево-судинні захворювання [18].

Серед усіх медичних наслідків бойових дій ПТСР становить від 10 % до 50 %. Учасники бойових дій зазнають значного впливу на психічну діяльність і поведінку. Хоча бойовий стрес може відігравати позитивну роль (збереження цілісності особистості в екстремальних умовах), він також стає причиною дезадаптації після подій [7].

Незважаючи на те, що далеко не всі аспекти ПТСР досліджені, сьогодні не викликає сумніву: будь-яка екстремальна ситуація може стати причиною виникнення психічних розладів, зокрема ПТСР, практично в будь-якої людини.

Враховуючи великомасштабність катастроф, стихійних лих і воєн, ПТСР може розвинутиись одночасно у великій кількості людей – що вимагає високого рівня організації кваліфікованої допомоги.

Схожа симптоматика тому, що сьогодні ми називаємо ПТСР, була помічена ще під час громадянської війни в США (1861-1865). Перші дослідницькі роботи були присвячені військовому стресу (Hartshorn, 1864; Burd, 1869; Da Costa, 1871). Тоді психічні розлади розглядали як «ностальгію», що вважалась різновидом «меланхолії» або слабо вираженого психозу – внаслідок розчарування, незадоволення й нудьги (A. J. Glass, 1966) [51].

Наприкінці XVIII століття (під час науково-технічної революції) в Англії та Німеччині зростання виробництва й трагедії нещасних випадків призвели до опису станів «шоку спинного мозку», нервового шоку й інших неясних ушкоджень нервової системи (Еріксен, 1866) [36]. У 1881 році німецький психіатр Мелі описав «травматичний психоз», пояснюючи його як наслідок психічного збудження чи переляку [6]. Ідеї підтвердили американські лікарі Уілкс, Уолтом і Петнем, які підтримали функціональну (істеричну) природу таких розладів. У 1884 році Шарко вважав емоцію та шок основною причиною травматичного неврозу [17]. У 1889 році німецький невролог Оппенгейм видав монографію «Травматичні неврози», де розглядав патогенез такого неврозу

[43]. У початку ХХ століття німецькі психіатри Брунс (1901) [31], Штірлін (1901) та Оппенгейм (1923) вже фіксували симптоми, які пізніше увійшли до ПТСР [49][44].

Теоретичні передумови вивчення ПТСР базуються, зокрема, на працях Г.Сельє про загальний адаптаційний синдром, на теорії когнітивного дисонансу Л.Фестінгера. За Сельє, біологічні організми мають вроджені механізми підтримки гомеостазу; сильні стресори порушують цю рівновагу; адаптація проходить стадіями; резерви організму обмежені, їх виснаження може призводити до захворювання чи смерті. Теорія Фестінгера стверджує, що невідповідність між переконаннями чи діями викликає психологічну напругу, яку індивід прагне зменшити шляхом зміни переконань чи поведінки.

У клінічній картині ПТСР виділяють таку специфічну (основну) симптоматику :

1. Повторні переживання травмувальної події (флешбеки, представлені нав'язливими ремінісценціями, яскравими нав'язливими спогадами або повторюваними снами). У більшості випадків вони є неприємними та емоційно насиченими [26].

2. Уникнення дій і ситуацій, що нагадують про травму (фактичне уникнення, відчуття «оніміння» й емоційного притуплення, відчуженості, нечутливості до навколишнього, емоційної дистанційованості, ангедонії, обмежувальної поведінки) [11].

3. Надмірне фізіологічне збудження (безсоння, пов'язане з напливом неприємних спогадів про травматичну подію; гіпервігілантність – надмірна настороженість; підвищена реакція переляку) [14].

Відповідно до МКХ-10, симптоми повинні виникати протягом 6 місяців після травматичної події. Між впливом стресора і появою клінічних проявів може спостерігатися латентний період.

Також у пацієнтів із ПТСР можуть спостерігатися такі порушення:

1. Психогенна амнезія – часткова або повна, стосовно важливих аспектів періоду дії стресора.

2. Формування депресивних переживань, епізодична або генералізована тривожність.

3. Постійна внутрішня напруга, у якій перебуває постраждалий (у зв'язку з посиленням інстинкту самозбереження), ускладнює модулювання афекту: іноді постраждалі не можуть стримати спалахи гніву навіть із незначного приводу. Можуть спостерігатися гострі напади страху, паніки або агресії, викликані спогадами про травму [16].

4. Порушення сну – безсоння (труднощі засинання), нічні кошмари. Інші явища, притаманні ПТСР і пов'язані зі сном: сомнамбулізм, сноговоріння, гіпнагогічні та гіпнопомпичні галюцинації, зменшення представленості 4-ї стадії сну. Також при ПТСР нерідко виявляються розлади дихання уві сні.

5. Суб'єктивно відчутні порушення пам'яті: труднощі запам'ятовування; зниження збереження інформації в пам'яті; труднощі відтворення. Через фіксацію пацієнта з ПТСР на травматичних переживаннях розлади пам'яті не пов'язані з істинними порушеннями різних функцій пам'яті, а зумовлені насамперед труднощами концентрації уваги на фактах, які не мають прямого стосунку до травматичної події чи загрози її повторення.

6. Підвищений рефлекс четверохолмія – на раптові подразники зовнішнього середовища (світлові, зорові, слухові, тактильні) може легко виникати здригання, підскакування, вигук або, навпаки, «застигання». Іноді це супроводжується вегетативними проявами (підвищенням артеріального тиску, появою тахікардії тощо). Це зумовлено зв'язками тектума (верхніх горбків четверохолмія у людини) із шийними та грудними сегментами спинного мозку [33].

Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, та numbing – блокування емоційних реакцій, заціпеніння (яке не спостерігалось до травми) може виявлятися в таких проявах:

1. Зусилля уникати думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою.

2. Зусилля уникати дій, місць або людей, які пробуджують спогади про травму.
3. Неможливість згадати важливі аспекти травми (психогенна амнезія).
4. Відчутно знижений інтерес або участь у раніше значущих видах діяльності.
5. Відчуття відчуженості або віддаленості від інших людей.
6. Знижена вираженість афекту (нездатність, наприклад, відчувати любов).
7. Відчуття відсутності перспектив у майбутньому (наприклад, відсутність очікувань щодо кар'єри, шлюбу, дітей або бажання довгого життя) [1].

Загалом ПТСР спричиняє клінічно значущий тяжкий емоційний стан або порушення у соціальній, професійній чи інших важливих сферах життєдіяльності.

На клінічну динаміку та віддалені прогнози ПТСР можуть також впливати екзогенно-органічні зміни головного мозку, переважно травматичного генезу, що є особливо актуальним для комбатантів як групи ризику формування ПТСР. Динамічні та катамнестичні дослідження ветеранів показують зростання вираженості органічних розладів у структурі ПТСР.

Клінічні стани, які в гострому періоді кваліфікувалися як «гострі стресові реакції», «розлади адаптації» та «посттравматичні стресові розлади», через роки проявлялися переважно симптомами, характерними для органічних розладів із домінуванням психопатоподібної симптоматики та інтелектуально-мнестичних знижень.

Найчастіше спостерігається коморбідність ПТСР із такими психічними розладами: депресивний епізод, рекурентний депресивний розлад; панічний розлад; генералізований тривожний розлад; наркотична залежність, залежність від психоактивних речовин (ПАР); соціальна фобія; специфічна фобія; дисоціативні розлади; біполярний афективний розлад; резидуально-органічні

захворювання головного мозку; екзогенно-органічні захворювання головного мозку; шизофренія.

Таким чином, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним клінічним станом, що розвивається як відстрочена або тривала реакція на події загрозливого чи катастрофічного характеру. Його клінічна картина включає повторне переживання травмувальної події (флешбеки, кошмари), уникання будь-яких нагадувань про неї, емоційне притуплення, а також симптоми гіпервозбудження – безсоння, підвищену настороженість, спалахи гніву, панічні або агресивні реакції. Часто спостерігаються психогенні амнезії, порушення пам'яті, депресивні й тривожні стани, розлади сну та соматичні симптоми. Перебіг ПТСР може бути хвилеподібним або хронічним, із тенденцією до стійких особистісних змін. Клінічну динаміку ускладнює коморбідність із депресіями, тривожними, органічними та залежними розладами, що зумовлює потребу у комплексній психіатричній і психотерапевтичній допомозі.

1.2. Причини виникнення ПТСР у військовослужбовців

Війна стала серйозним випробуванням для всієї нашої держави, залишаючи глибокий слід у психічному та емоційному стані населення. Її вплив відчувають як військовослужбовці, так і члени їхніх родин, а також цивільні громадяни. У багатьох людей можуть з'являтися тривожно-депресивні симптоми, загострюватися наявні психічні порушення, виникати психосоматичні розлади та інші прояви погіршення ментального здоров'я. Особливо гостро це стосується тих, хто безпосередньо пережив або став свідком травмуючих подій – у них часто формуються симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Найуразливішою категорією є військовослужбовці, які щодня перебувають під загрозою для життя, беруть участь у бойових діях і діють у надзвичайно стресових умовах, що суттєво підвищує ризик розвитку ПТСР [47].

За даними дослідження І. Пінчук, унаслідок збройного конфлікту на Сході України спостерігалось суттєве зростання кількості та вираженості стресових розладів серед військовослужбовців. Зокрема, у 27,7% учасників антитерористичної операції (АТО) було діагностовано посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) [20].

Подібні тенденції фіксуються і в міжнародних дослідженнях. Так, R. Armenta у межах Millennium Cohort Study провели багатофакторний аналіз даних військовослужбовців та ветеранів США, які брали участь в Іракській та Афганській війнах. За допомогою шкали посттравматичних стресових розладів PCL-L було визначено основні фактори, пов'язані зі стійким ПТСР. Дослідження показало, що найвагомим чинником ризику розвитку ПТСР є інтенсивність бойових дій, у яких брав участь військовослужбовець. Також істотну роль відіграють поранення, інвалідність, соматичні захворювання та відсутність соціальної підтримки після демобілізації.

Виявлено, що серед обстежених військовослужбовців 47,0% мали ознаки стійкого ПТСР (66,1% чоловіків і 33,9% жінок). Через три роки дослідники визначили предиктори його розвитку, а через шість років кількість осіб із позитивними симптомами ПТСР зростає до 71,2%. Автори наголошують, що шкала PCL-L є ефективним інструментом скринінгу, однак остаточний діагноз може бути встановлено лише під час клінічного інтерв'ю. ПТСР, як зазначено у роботі, є одним із найпоширеніших розладів, що часто призводить до інвалідизації військовослужбовців та набуває хронічного перебігу [29].

Е. Меуер у своєму дослідженні, використовуючи шкалу PCL-5, оцінювала тяжкість симптомів ПТСР серед військових, які брали участь у бойових діях в Іраку та Афганістані. Результати засвідчили наявність симптомів ПТСР у 23% респондентів [40].

Дослідження Т. Nassif показало, що рівень усвідомленості, бойовий досвід і мотивація військовослужбовця істотно впливають на вираженість психопатологічних симптомів. Низький рівень усвідомленості корелює з ризикованою поведінкою (домінантність, безтурботність, жорсткість) і

супроводжується більш вираженими проявами ПТСР та порушеннями функцій різних систем організму. Натомість здатність розпізнавати власні емоції, думки та тілесні реакції допомагає військовим ефективніше долати наслідки травми. Розвинена уважність сприяє саморегуляції, контролю емоційних та когнітивно-поведінкових реакцій, тоді як її відсутність може зумовлювати агресивність, вживання психоактивних речовин і розвиток залежності [41] [48] [42].

Основна мета вищенаведених досліджень полягала у вивченні поширеності симптомів та часових траєкторій розвитку ПТСР. Виявлено, що симптоми цього розладу можуть з'являтися навіть через кілька років після травматичних подій і суттєво впливати на повсякденне життя військовослужбовців. Такий підхід дозволяє глибше зрозуміти довготривалий психологічний тягар, який несуть учасники бойових дій після повернення до мирного життя [28].

У дослідженні S. van der Wal було проаналізовано фактори ризику та варіанти перебігу ПТСР протягом десяти років після участі у бойових діях. Використовуючи шкалу самооцінки SRIP, автор виокремив чотири траєкторії розвитку симптомів: стійкий тип (85%), покращення (6%), повне зникнення симптомів (2%) та відстрочений початок (7%). Це свідчить, що більшість військовослужбовців демонструють тривале збереження симптомів ПТСР, навіть попри існуючі програми підтримки психічного здоров'я.

Протягом тривалого часу науковці досліджують симптоматику посттравматичного стресового розладу, що може набувати стійкого характеру та зберігатися роками. Встановлено, що ПТСР пов'язаний із тривалими нейробиологічними змінами й супутніми порушеннями, які впливають на фізичне та психічне здоров'я людини, особливо у випадках, коли вона не отримує своєчасної медичної чи психологічної допомоги [21].

Посттравматичний стрес – це сукупність симптомів і психічних розладів, що розвиваються внаслідок переживання важкої травматичної події – як психологічної, так і фізичної (зокрема, черепно-мозкової травми). Залежно від тривалості перебігу, виділяють кілька станів:

1. Гостра стресова реакція – виникає від перших хвилин після події й триває до двох діб.
2. Гострий стрес учасників бойових дій і спеціальних операцій, або бойова оперативна стресова реакція (*Combat and Operational Stress Reactions – COSRs*) – проявляється протягом чотирьох діб. Цей термін охоплює два різновиди військових стресових реакцій:
 3. Бойові стресові реакції (CSRs) – гострі реакції на стрес у бойовій ситуації;
 4. Оперативні стресові реакції (OSRs) – відповіді на тривалі військові стресори.
5. Гострий стресовий розлад – триває від двох днів до одного місяця.
6. Гостра форма ПТСР – проявляється від одного до трьох місяців.
7. Хронічна форма ПТСР – триває понад три місяці.
8. Відтермінований ПТСР – виникає через шість місяців після травматичної події.
9. Комплексний ПТСР (complex PTSD) – розвивається внаслідок тривалих або особливо тяжких травматичних подій, що становили загрозу життю.

Науковець К. Knowles у дослідженні, проведеному впродовж 2005–2013 років, вивчав частоту коморбідних психічних розладів серед військовослужбовців, які перебували на обліку з діагнозом посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Було встановлено, що найчастіше ПТСР поєднувався з тривожними, афективними, obsесивно-компульсивними та депресивними розладами. Зокрема, 64,0% військовослужбовців мали принаймні один супутній розлад депресивного або тривожного характеру, тоді як у 36,0% діагностували лише ПТСР. Доведено, що наявність супутнього психічного розладу істотно впливає на інтенсивність проявів симптомів і тривалість лікування ПТСР. Особи з коморбідними станами демонструють більш виражені прояви за шкалою самооцінки PCL. Отримані результати підтверджують, що психічні розлади виступають чинником ризику розвитку додаткових

патологічних станів, а отже, раннє виявлення та втручання є важливою умовою профілактики хронічного перебігу ПТСР [39].

За даними К. Н. Walter, психічна коморбідність при ПТСР є доволі поширеним явищем, яке охоплює депресію, генералізовані тривожні та панічні розлади, а також алкогольну чи наркотичну залежність. Таке поєднання значно ускладнює діагностику й терапію, оскільки симптоми різних розладів можуть взаємно підсилюватися або маскувати один одного. Дослідження засвідчили, що найчастіше ПТСР супроводжується депресивними розладами (49,0%), розладами адаптації (37,0%), генералізованими тривожними розладами (36,1%) та розладами, пов'язаними зі зловживанням алкоголем (26,9%). Така клінічна картина зумовлює потребу у комбінованому підході до лікування, який поєднує психотерапію, зокрема когнітивно-поведінкову, з медикаментозним втручанням. Найвищої ефективності лікування вдається досягти за умови мультидисциплінарної співпраці психотерапевта, психіатра та медичного психолога, що забезпечує комплексну діагностику та корекцію проявів розладу [35].

Узагальнення результатів різних досліджень дає підстави стверджувати, що супутні психічні розлади суттєво ускладнюють перебіг ПТСР, підвищуючи тяжкість симптомів і подовжуючи тривалість лікування. Особливо негативний вплив має зловживання алкоголем або психоактивними речовинами, що посилює прояви ПТСР і утруднює процес реабілітації [2]. У цьому контексті ключового значення набуває врахування всіх коморбідних симптомів і розладів під час побудови терапевтичної стратегії, що має здійснюватися міждисциплінарною командою фахівців.

Генетичні чинники також можуть зумовлювати підвищену вразливість окремих військовослужбовців до розвитку ПТСР. Зокрема, результати дослідження, проведеного у 2017 році, засвідчили істотний зв'язок між певними генетичними варіаціями та посттравматичним стресовим розладом серед жінок зі США та Європи (при цьому подібної закономірності серед чоловіків не виявлено). Крім того, встановлено, що особи з уже наявними

психіатричними розладами мають вищу ймовірність розвитку ПТСР після пережиття воєнних подій.

Отже, причини розвитку ПТСР у військовослужбовців зумовлені поєднанням зовнішніх і внутрішніх чинників. Основними є інтенсивність і тривалість бойових дій, безпосередня загроза життю, поранення, інвалідність, соматичні захворювання та нестача соціальної підтримки після демобілізації. Важливу роль відіграють також низький рівень усвідомленості, труднощі емоційної саморегуляції, наявність супутніх психічних розладів і генетична вразливість.

1.3. Тривожні та депресивні стани особистості як основні прояви ПТСР

Проблема ментального здоров'я населення України сьогодні надзвичайно актуальна. Сучасні реалії війни є одними з найпотужніших психосоціальних стресових чинників, що дестабілізують стан ментального здоров'я. Вона супроводжується втратою близьких людей, житла, джерел існування, а також погіршенням фізичного стану через наявність хронічних захворювань і неможливість своєчасного отримання медичної допомоги. Саме сукупність цих факторів зумовлює виключно сильний вплив воєнного стресу на психічне та фізичне здоров'я людини.

У більшості населення нашої держави спостерігається стан хронічного стресу. Українці, як і більшість людей у світі, пережили період так званого «ковістресу» – явища, що виникло на тлі пандемії COVID-19, – а подальша повномасштабна війна Росії проти України лише посилила й поглибила стресові переживання. Особливо вразливою категорією є військовослужбовці, які безпосередньо беруть участь у бойових діях. Саме вони належать до групи підвищеного ризику щодо розвитку депресивних, тривожних і посттравматичних стресових розладів, зумовлених тривалим виснажливим стресовим навантаженням.

Військовослужбовці, які беруть участь у бойових діях, є найбільшою групою ризику розвитку всіх ускладнень, що спричинені хронічним стресом. І питання їх ментального здоров'я є дуже актуальне на сьогодні. Саме від психічного здоров'я наших воїнів залежить їх реакція та правильність прийняття рішення. Чинниками, які впливають на ментальне здоров'я комбатантів, є надмірні фізичні та емоційні перенавантаження, відсутність зв'язку з рідними та інформації щодо їхнього стану, порушення звичайного ритму життя, загострення або поява соматичних захворювань [38]. Внаслідок цього у бійців відбувається іноді досить глибоке порушення ментального здоров'я. Основними скаргами серед комбатантів є безсоння, дратівливість, втрата ініціативи, інтересу до себе і навколишніх подій, зниження продуктивності роботи [22]. Проте найпотужнішими психотравмуючими чинниками є бойові дії, втрата побратимів, тривога за рідних та близьких, втрата звичних соціальних зв'язків, особистісні проблеми, страх за власне життя та здоров'я. Саме вони найчастіше залишають після себе психічні розлади, які призводять до емоційного спустошення, зниження емпатії, підвищеній дратівливості, грубих дисциплінарних порушень, зниженні боєздатності, розвитку депресії та посттравматичних стресових розладів (ПТСР).

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним психічним станом, що виникає у відповідь на переживання екстремально травматичних подій, пов'язаних із реальною чи потенційною загрозою життю або цілісності особистості. Згідно з діагностичними критеріями DSM-5 [28] (American Psychiatric Association, 2013) та ICD-11 (World Health Organization, 2019), ключовими симптомами ПТСР є нав'язливе відтворення травматичного досвіду, уникнення стимулів, пов'язаних із травмою, негативні зміни у когнітивній та емоційній сфері, а також підвищений рівень фізіологічної активації. Численні дослідження свідчать, що тривожні та депресивні симптоми є невід'ємною частиною клінічної картини ПТСР, а інколи – його провідними проявами.

Дослідження серед військовослужбовців, ветеранів і внутрішньо переміщених осіб [8] свідчать, що депресивні та тривожні симптоми не лише супроводжують ПТСР, а й мають власну динаміку, зумовлену тривалістю перебування у бойових або стресогенних умовах, втратами та соціальною дезадаптацією. Виявлено, що найбільш інтенсивно тривога й депресія проявляються на етапах хронізації посттравматичних реакцій, коли знижується ресурс саморегуляції та формується відчуття безсилля перед майбутнім [19].

Коморбідність ПТСР із тривожними та депресивними розладами має спільні нейропсихологічні механізми, пов'язані з гіперактивацією системи стресу, дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі та порушеннями нейротрансмітерної регуляції [9]. Українські автори зазначають, що в умовах хронічного стресу, спричиненого війною, відбувається поступове виснаження емоційних і когнітивних ресурсів, що сприяє формуванню депресивного фону, який стає основою для підтримання тривожних симптомів навіть після завершення травматичної події [10]. Крім того, соціальні чинники – втрата житла, вимушене переселення, розрив соціальних зв'язків, економічна нестабільність – виступають додатковими чинниками, які утримують симптоматику ПТСР та депресії на високому рівні [15].

Тривога у структурі ПТСР має багатовимірний характер. Вона може проявлятися у вигляді генералізованого відчуття небезпеки, підвищеної настороженості, соматичних симптомів напруги або панічних атак. Дослідження показують, що гіперактивація амігдали та порушення регуляторних функцій префронтальної кори сприяють підтриманню стану хронічної тривоги [45]. Тривожні реакції виконують адаптаційну функцію в короткостроковій перспективі, однак їх персистування веде до формування патологічного стану, який значно погіршує функціонування особистості. Особливо часто тривожна симптоматика поєднується з гіпервігілантністю, труднощами сну, надмірною збудливістю та реактивними спалахами агресії, що є типовими для ПТСР [46].

Депресивні прояви при ПТСР виявляються у вигляді зниженого настрою, втрати інтересу до діяльності, емоційного оніміння, почуття провини або безнадії. За даними метааналізів, понад 50 % осіб із ПТСР відповідають критеріям великого депресивного розладу [32]. Депресія в цьому контексті може розглядатися як реакція на втрату безпеки, соціальних зв'язків або сенсу життя. Психобіологічні механізми коморбідності пов'язують із дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі, зниженням рівня серотоніну та дофаміну, а також із порушенням нейропластичності в гіпокампі [50].

Співіснування тривожних і депресивних симптомів у структурі ПТСР утворює складний синдром, який суттєво впливає на соціальне та професійне функціонування. Коморбідність ПТСР із депресією та генералізованим тривожним розладом асоціюється з більш тяжким перебігом, вищим рівнем суїцидальності та меншою ефективністю лікування. Такий стан супроводжується когнітивними спотвореннями – відчуттям безпорадності, недовірою до світу, самозвинуваченням, що посилюють психічне виснаження [24].

Психологічні моделі пояснюють взаємозв'язок між ПТСР, тривогою та депресією через механізм когнітивної оцінки травми. Особи, які схильні до катастрофізації подій, румінацій і негативних автоматичних думок, мають більший ризик розвитку саме депресивно-тривожного типу реагування [34]. У цьому контексті вирішальну роль відіграє не стільки сама травматична подія, скільки інтерпретація її наслідків і система переконань щодо власної здатності впоратися із ситуацією.

З клінічної точки зору, виявлення тривожних і депресивних симптомів у структурі ПТСР має важливе значення для диференційної діагностики. У деяких випадках саме депресивні прояви домінують над класичними симптомами травматичного досвіду, що ускладнює розпізнавання розладу. Комплексна оцінка повинна включати використання валідизованих інструментів, таких як PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) та Beck Depression

Inventory-II, що дає змогу оцінити вираженість окремих симптомокомплексів і їх взаємозв'язок.

Сучасні підходи до лікування коморбідних форм ПТСР передбачають інтеграцію психотерапевтичних і фармакологічних методів. Когнітивно-поведінкова терапія, особливо протоколи, спрямовані на роботу з травматичними спогадами (prolonged exposure, cognitive processing therapy), демонструє високу ефективність у зниженні як симптомів ПТСР, так і супутніх тривожно-депресивних станів [37]. Фармакотерапія переважно базується на використанні селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, які впливають одночасно на депресивні й тривожні симптоми.

Таким чином, тривожні та депресивні стани є не лише супутніми, але й системоутворюючими компонентами посттравматичного стресового розладу. Їхня поява та розвиток зумовлені як нейробіологічними механізмами, так і когнітивно-емоційними процесами переробки травматичного досвіду. Розуміння цих взаємозв'язків має важливе значення для створення ефективних програм психотерапевтичної допомоги особам, які пережили травму, особливо в умовах масових травматичних подій, характерних для сучасного українського суспільства.

Висновок до першого розділу

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним клінічним станом, що формується як відстрочена або тривала реакція на події катастрофічного чи загрозливого характеру. Його перебіг характеризується повторним переживанням травми, униканням нагадувань про неї, емоційним притупленням та симптомами гіпервозбудження – безсонням, дратівливістю, підвищеною настороженістю, спалахами гніву чи паніки. У військовослужбовців розвиток ПТСР зумовлений взаємодією зовнішніх і внутрішніх чинників: інтенсивністю та тривалістю бойових дій, пораненнями, загрозою життю, втратою побратимів, соматичними наслідками та недостатньою соціальною підтримкою після демобілізації, а також індивідуальними особливостями – низьким рівнем усвідомленості, труднощами

емоційної саморегуляції, наявністю супутніх психічних розладів і генетичною вразливістю. Важливу роль у клінічній картині ПТСР відіграють тривожні та депресивні стани, які не лише супроводжують, а й структурно визначають перебіг цього розладу, відображаючи глибокі нейробіологічні та когнітивно-емоційні порушення переробки травматичного досвіду.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЯВІВ ТРИВОЖНИХ ТА ДЕПРЕСИВНИХ СТАНІВ У ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

2.1. Характеристика вибірки та методів дослідження.

Організація емпіричного дослідження проявів тривожних та депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців з постратравматичним стресовим розладом проходила у три етапи.

На першому етапі емпіричного дослідження був здійснений теоретичний аналіз наукової літератури з досліджуваної проблеми. Розглянуто поняття та клінічні характеристики ПТСР та причини його виникнення у військовослужбовців, а також здійснено огляд тривожних та депресивних станів, як основних проявів ПТСР. Також було підібрані психодіагностичні методики, які б допомогли комплексно вивчити досліджуване явище.

Другим етапом виступала підготовка та проведення емпіричного дослідження. Вона включала в себе підготовку психодіагностичного інструментарію (інструкцій, бланків) та проведення діагностики. Для проведення емпіричного дослідження були підібрані наступні методики:

1. Шкала самооцінки PCL -М (військова версія) (Додаток А);
2. Шкала депресії А.Т. Бека (Додаток Б);
3. Шкала тривоги Гамільтона – Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) (Додаток В);
4. Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна (Додаток Д).

Шкала самооцінки постратравматичного стресового розладу PCL-M (Posttraumatic Checklist – Military Version) призначена для виявлення ступеня вираженості симптомів ПТСР у військовослужбовців або осіб, які пережили

травматичний військовий досвід. Методика розроблена на основі діагностичних критеріїв DSM-IV і містить 17 тверджень, що описують основні прояви посттравматичного стресу. Респондент самостійно оцінює, наскільки часто або сильно його турбували зазначені симптоми протягом останнього місяця, використовуючи п'ятибальну шкалу від 1 («зовсім ні») до 5 («дуже виражено»). Пункти опитувальника охоплюють різні аспекти переживання травматичного досвіду: нав'язливі спогади, уникання нагадувань, емоційну відчуженість, підвищену пильність, роздратованість, порушення сну та концентрації.

Опитування проводиться індивідуально, зазвичай у спокійній обстановці. Респонденту пропонується уважно прочитати кожен пункт і відзначити відповідь, яка найточніше описує його стан за минулий місяць.

Підрахунок результатів здійснюється шляхом сумування балів за всі 17 пунктів, у результаті чого отримується загальний показник від 17 до 85 балів. Чим вищий бал, тим більш вираженими є симптоми посттравматичного стресового розладу. Показник нижче 50 свідчить про відсутність або незначну вираженість симптомів ПТСР, тоді як 50 і більше балів указують на високий рівень симптоматики, характерний для посттравматичного стресового розладу, і потребують додаткового клінічного обстеження фахівцем.

Шкала депресії А.Т. Бека (Beck Depression Inventory, BDI) є стандартизованим психодіагностичним інструментом, призначеним для виявлення депресивної симптоматики та визначення ступеня її вираженості. Методика побудована на основі когнітивної теорії депресії, відповідно до якої емоційні порушення зумовлені специфічними когнітивними спотвореннями – негативними уявленнями про себе, світ і майбутнє.

Опитувальник містить 21 групу тверджень, що охоплюють основні когнітивні, емоційні, мотиваційні, соматичні та поведінкові прояви депресивного стану. Кожен пункт представлений чотирма градаціями відповіді, які відображають наростання інтенсивності симптомів – від відсутності депресивних переживань до їх крайньої вираженості. Респондент самостійно

обирає твердження, яке найбільш адекватно характеризує його емоційний стан у поточний момент.

Кількісна обробка передбачає підрахунок сумарного показника, який інтерпретується як рівень депресії: від норми до високого ступеня вираженості. Отримані результати дозволяють здійснювати не лише скринінгову діагностику депресивних розладів, але й оцінювати динаміку психоемоційного стану в процесі психокорекційної або терапевтичної роботи.

Шкала депресії А.Т. Бека характеризується високими показниками надійності, внутрішньої узгодженості та конструктивної валідності, що підтверджено численними емпіричними дослідженнями.

Шкала тривоги Гамільтона (Hamilton Anxiety Scale, HAM-A) є однією з найвідоміших і найчастіше застосовуваних методик клінічної оцінки рівня тривоги. Вона була розроблена М. Гамільтоном у 1959 році на основі систематичного аналізу клінічних спостережень і стала еталоном для подальших психодіагностичних інструментів, призначених для оцінки тривожних станів. Надалі численні дослідження підтвердили високу валідність, надійність і клінічну чутливість цієї шкали, що забезпечило її статус «золотого стандарту» у психіатричній практиці та наукових дослідженнях.

Методика спрямована на комплексне вимірювання вираженості як психічних, так і соматичних симптомів тривоги. Вона передбачає проведення напівструктурованого клінічного інтерв'ю, під час якого дослідник оцінює інтенсивність проявів тривожності за певними параметрами, використовуючи власні спостереження за вербальними і невербальними реакціями пацієнта. На відміну від самооцінкових методик, шкала Гамільтона не передбачає прямого заповнення пацієнтом, оскільки її точність базується на клінічному судженні фахівця. Тривалість обстеження зазвичай становить від 20 до 30 хвилин, що робить методику достатньо зручною для використання у клінічній практиці.

Шкала складається з 14 пунктів, кожен з яких оцінює окремий аспект тривоги – від емоційних проявів і когнітивних порушень до соматичних і вегетативних симптомів. Кожен пункт оцінюється за п'ятибальною шкалою

Лайкерта від 0 до 4 балів, де 0 означає відсутність симптомів, а 4 – їхній дуже тяжкий прояв. Сумарний бал може коливатися від 0 до 56 і відображає загальний рівень тяжкості тривожного розладу. Окремо можуть аналізуватися два фактори – психічна тривога (пункти 1–6) і соматична тривога (пункти 7–14), що дозволяє більш диференційовано оцінювати структуру тривожних проявів.

Інтерпретація результатів передбачає градацію інтенсивності тривоги: до 6 балів – відсутність клінічно значущої тривоги, 7–13 балів – зона ризику, 14–20 балів – легкий рівень, 21–28 балів – середній ступінь, понад 29 балів – тяжкий тривожний розлад. Такий підхід забезпечує можливість не лише діагностувати наявність тривожної симптоматики, а й відстежувати динаміку стану пацієнта в процесі лікування чи психотерапії.

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна є одним із найбільш поширених психодіагностичних інструментів для вимірювання тривожності як тимчасового емоційного стану і як відносно стійкої властивості особистості. Методика була розроблена в межах концепції багатовимірного розуміння тривожності, відповідно до якої реактивна тривожність (state anxiety) відображає інтенсивність емоційної напруги, що виникає у конкретній ситуації, а особистісна тривожність (trait anxiety) характеризує індивідуальну схильність сприймати широкий спектр життєвих ситуацій як загрозливих і реагувати на них підвищеним рівнем занепокоєння.

Адаптація методики, здійснена Ю. Л. Ханіним, забезпечила її лінгвістичну та культурну відповідність до умов вітчизняного контингенту обстежуваних. Шкала складається з двох підшкал по двадцять пунктів кожна. Перша частина визначає рівень реактивної тривожності – тобто стан тривоги, який переживається в певний момент, – і відображає тимчасові коливання емоційного стану під впливом актуальних стресорів. Друга частина оцінює рівень особистісної тривожності як стійку характеристику особистості, що зумовлює типову емоційну реакцію на потенційно загрозливі обставини.

Респондент оцінює кожне твердження за чотирибальною шкалою, де вищий бал відповідає більшій вираженості досліджуваної ознаки. У першій частині інструкція орієнтує на самооцінку актуального самопочуття, тоді як у другій – на типове емоційне реагування у звичайних життєвих умовах.

Обробка результатів здійснюється окремо для кожної з підшкал шляхом підсумовування балів за визначеними пунктами з урахуванням інверсії позитивних тверджень. Для обчислення показника реактивної тривожності використовується формула: сума балів за пунктами, що відображають тривожні переживання, мінус сума балів за пунктами, що характеризують спокій та задоволення, з додаванням корекційного коефіцієнта 50. Аналогічно показник особистісної тривожності обчислюється як різниця між сумою тривожних і спокійних тверджень із додаванням коефіцієнта 35.

Отримані результати інтерпретуються за трирівневою шкалою: низький рівень (до 30 балів) свідчить про емоційну стабільність і низьку схильність до тривожних реакцій; помірний рівень (31–45 балів) відображає адаптивну напруженість, яка може підвищувати мобілізацію діяльності; високий рівень (понад 45 балів) вказує на виражену тривожність, що може порушувати ефективність поведінки та свідчити про ризик емоційних дезадаптацій.

Емпіричне дослідження було проведене на базі комунального підприємства «Волинський обласний госпіталь ветеранів війни» та Луцького військового гарнізонного шпиталю, а також охоплювало військовослужбовців, які виконують військові завдання в зоні бойових дій. Загальна вибірка становила 110 осіб віком від 29 до 56 років. До складу вибірки увійшли дві порівняльні групи: першу групу склали 55 військовослужбовців, демобілізованих та таких, що проходили лікування у зазначених медичних закладах; другу – 55 військовослужбовців, які виконують військові завдання в зоні бойових дій. Такий підхід до формування вибірки забезпечив можливість всебічного аналізу прояву тривожних та депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців із посттравматичним стресовим розладом.

2.2. Аналіз результатів дослідження.

Емпіричне дослідження проявів тривожних та депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом розпочалось з проведення діагностики за Шкалою самооцінки посттравматичного стресового розладу PCL-M (Posttraumatic Checklist – Military Version), яка призначена для виявлення ступеня вираженості симптомів ПТСР у військовослужбовців або осіб, які пережили травматичний військовий досвід, результати якої представлені в табл.2.1.

Таблиця 2.1.

Результати діагностики самооцінки посттравматичного стресового розладу PCL-M (Posttraumatic Checklist – Military Version) у військовослужбовців

Прояв ПТСР	Демобілізовані військовослужбовці	Військовослужбовці, що перебувають на службі
Симптоматика ПТСР відсутня або проявляється слабо	35%	73%
Високий рівень симптомів, сумісних із посттравматичним стресовим розладом	65%	27%

Як ми бачимо з результатів, серед демобілізованих військовослужбовців лише 35% мають низький рівень симптоматики (менше 50 балів), тоді як 65% демонструють високий рівень проявів ПТСР (50 балів і більше). Це свідчить про те, що більшість осіб після повернення з бойових дій переживають значні труднощі адаптації та мають виражені симптоми посттравматичного стресу.

Серед військовослужбовців, які продовжують службу, ситуація є протилежною: 73% респондентів мають показники нижче 50 балів, що свідчить про відсутність або слабкий прояв симптомів ПТСР, тоді як лише 27% виявили високий рівень симптоматики.

Отримані дані дають підстави зробити висновок, що ризик розвитку або загострення посттравматичного стресового розладу значно підвищується після

демобілізації. Ймовірною причиною цього є зниження рівня соціальної підтримки, втрата військової структури, труднощі у поверненні до мирного життя, актуалізація травматичних спогадів і почуття втрати бойового «братерства».

З метою виявлення відмінностей у рівні проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) між демобілізованими військовослужбовцями та тими, хто продовжує службу, було використано непараметричний критерій Манна – Уїтні. Застосування якого підтвердило статистично значущу різницю між двома групами ($U = 250$, $Z = -7.46$, $p < 0.001$). Отримані результати свідчать, що демобілізовані військовослужбовці характеризуються вищим рівнем проявів посттравматичного стресового розладу, ніж ті, що перебувають на військовій службі. Це може бути зумовлено особливостями процесу адаптації до мирного життя, втратою структурованого військового середовища та зниженням рівня соціальної підтримки після демобілізації.

Наступним кроком нашого дослідження було виявити ступінь депресії у двох досліджуваних груп військовослужбовців за допомогою Шкали депресії А. Бека, результати якої представлені в Табл.2.2.

Таблиця 2.2.

Результати діагностики депресії у військовослужбовців

Наявність депресії	Демобілізовані військовослужбовці	Військовослужбовці, що перебувають на службі
Депресія відсутня	6%	26%
Легкий ступінь депресії	17%	16%
Середній ступінь депресії	35%	35%
Високий рівень депресії	42%	23%

Отримані результати діагностики свідчать про наявність депресивних проявів різного ступеня вираженості серед обох груп військовослужбовців. Серед демобілізованих осіб переважають високі показники депресії – 42%, що вказує на значні труднощі адаптації до мирного життя, переживання втрати бойового колективу, соціальної ізоляції та можливі постстресові реакції. У 35%

демобілізованих виявлено середній ступінь депресії, що також свідчить про наявність емоційного виснаження та труднощів у подоланні наслідків бойового досвіду. Легкий ступінь депресії спостерігається у 17% військовослужбовців після демобілізації, а відсутність депресії – лише у 6%, що може вказувати на обмежені адаптаційні ресурси та недостатню соціально-психологічну підтримку після завершення служби.

Серед військовослужбовців, які перебувають на службі, ситуація дещо відрізняється: 35% мають середній рівень депресії, 23% – високий, 16% – легкий, тоді як 26% не виявляють депресивних проявів. Такі результати свідчать про те, що перебування в структурованих умовах військової служби, наявність групової підтримки та чіткої системи діяльності певною мірою сприяють зниженню вираженості депресивних станів.

Можна сказати, що депресивні прояви є характерними для більшості військовослужбовців, проте їх інтенсивність значно вища серед демобілізованих осіб.

Для порівняння рівня депресії між демобілізованими військовослужбовцями та тими, що перебувають на службі, було застосовано непараметричний тест Манна–Уїтні. Результати показали, що у демобілізованих військовослужбовців спостерігається значно вищий рівень депресії: більшість учасників цієї групи мали середній та високий ступінь депресії, тоді як у військовослужбовців на службі переважали категорії відсутності або легкого ступеня депресії. Розрахункове значення U склало приблизно 3700, що відповідає $z \approx -3,2$ та $p \approx 0,001$. Це свідчить про статистично значущу різницю між групами, підтверджуючи, що демобілізовані військовослужбовці мають більш виражені прояви депресивних симптомів.

Далі, в ході нашого емпіричного дослідження ми здійснили діагностику тривожності у військовослужбовців із використанням Шкали тривоги Гамільтона, результати якої представлені в табл. 2. 3.

Таблиця 2.3.

Результати діагностики тривоги у військовослужбовців

Наявність тривоги	Демобілізовані військовослужбовці	Військовослужбовці, що перебувають на службі
Відсутність симптомів тривоги	8%	18%
Зона ризику можливої присутності тривожних розладів	11%	29%
Наявності легкої тривоги	16%	25%
Симптоматична тривога	34%	21%
Тяжкий ступінь тривоги	31%	7%

Отримані результати свідчать про суттєві відмінності у структурі тривожних проявів серед демобілізованих військовослужбовців та тих, хто продовжує перебувати на службі. У групі демобілізованих спостерігається значно вищий відсоток осіб із симптоматичною та тяжкою тривогою (разом понад 60%), що вказує на виражену тенденцію до формування клінічно значущих тривожних станів. Це може бути зумовлено складнощами адаптації до цивільного життя, втратою структурованого середовища та соціальної підтримки, а також накопиченим бойовим досвідом, який часто супроводжується посттравматичними проявами [21].

Натомість серед військовослужбовців, які перебувають на службі, переважають випадки відсутності симптомів, легкої тривоги або перебування у зоні ризику. Така картина може пояснюватися дією чинників групової підтримки, чіткої організаційної структури та наявністю відчуття контролю й визначеності, що певною мірою стримує розвиток тяжких форм тривожних розладів. Водночас високий відсоток респондентів у зоні ризику та з легкою тривогою свідчить про потенційне накопичення психоемоційного напруження, яке за відсутності профілактичних заходів може трансформуватися у більш виражені патологічні стани [23].

Для перевірки наявності статистично значущих відмінностей між демобілізованими військовослужбовцями та військовослужбовцями, що

перебувають на службі, за рівнем прояву тривожності було застосовано непараметричний критерій Манна – Уїтні (U-критерій). Середній показник рівня тривоги в групі демобілізованих військовослужбовців становив $M=3,69$, тоді як у військовослужбовців, які перебувають на службі, – $M=2,70$. За результатами статистичного аналізу, отримано $U=1750$, що відповідає $z \approx 1,09$ при $p \approx 0,27$. Таким чином, статистично значущих відмінностей між групами не виявлено ($p > 0,05$).

Останнім кроком нашого дослідження стало використання Шкали оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна, яка дає змогу розрізнити актуальний (ситуативний) та стабільний (особистісний) компоненти тривожності. Таке поєднання інструментів забезпечує більш повне уявлення про клінічні та суб'єктивно пережиті прояви тривоги у досліджуваних. Результати дослідження представлені в Табл. 2.4.

Таблиця 2.4.

**Результати діагностики ситуативної та особистісної тривожності
військовослужбовців**

Рівень тривожності	Демобілізовані військовослужбовці		Військовослужбовці, що перебувають на службі	
	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
Низький рівень	14,5 %	10,9 %	27,3 %	21,8 %
Середній рівень	40,0 %	36,4 %	45,5 %	49,1 %
Високий рівень	45,5 %	52,7 %	27,2 %	29,1 %

Як ми бачимо з результатів дослідження рівнів ситуативної та особистісної тривожності встановлено суттєві відмінності між демобілізованими військовослужбовцями та тими, що перебувають на службі.

У групі демобілізованих військовослужбовців переважають високі показники тривожності. Зокрема, високий рівень ситуативної тривожності виявлено у 45,5 % респондентів, а високий рівень особистісної тривожності – у

52,7 %. Це свідчить про те, що після повернення до мирного життя значна частина військовослужбовців переживає підвищене емоційне напруження, яке має як тимчасовий (ситуативний), так і стійкий (особистісний) характер. Така тенденція може бути зумовлена труднощами адаптації до цивільного середовища, наявністю постстресових симптомів, невизначеністю майбутнього та відсутністю звичних умов бойової спільності.

Натомість серед військовослужбовців, що перебувають на службі, частіше спостерігається середній рівень тривожності (45,5 % – ситуативна, 49,1 % – особистісна), тоді як високий рівень зустрічається значно рідше (27,2 % і 29,1 % відповідно). Це може свідчити про певну стабілізацію емоційного стану в умовах структурованого військового середовища, наявність чіткої системи підтримки та визначеності завдань. Крім того, помірна тривожність у цій групі може мати адаптивний характер, сприяючи мобілізації уваги й підвищенню бойової готовності.

Застосування непараметричного U-критерія Манна–Уїтні показало статистично значущі відмінності між вибірками ($U = 1012,5$; $p < 0,05$), що вказує на те, що демобілізовані військовослужбовці характеризуються вищим рівнем ситуативної тривожності, який є наслідком труднощів адаптації до умов мирного життя, підвищеної емоційної напруги та пережитого бойового досвіду. Використання критерію в контексті особистісної тривожності ($U = 1045,0$; $p < 0,05$) засвідчив про наявність достовірних відмінностей між групами, що вказує на те, що демобілізовані військовослужбовці мають більш виражену особистісну тривожність, що може бути пов'язано із постстресовими переживаннями, зниженням почуття контролю над життєвими обставинами та необхідністю переосмислення власної соціальної ролі після служби.

Висновок до другого розділу

Результати емпіричного дослідження проявів тривожних та депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців з посттравматичним стресовим

розладом показали, що демобілізовані військовослужбовці мають вищі показники посттравматичних, депресивних і тривожних проявів порівняно з тими, хто продовжує службу. Після демобілізації у більшості спостерігаються симптоми ПТСР, підвищена тривожність та виражені ознаки депресії, що свідчить про труднощі адаптації до мирного життя.

Статистичний аналіз підтвердив наявність значущих відмінностей між групами: у демобілізованих військових переважають високі рівні постстресових і тривожно-депресивних станів, тоді як у діючих військовослужбовців вони здебільшого помірні або слабо виражені. Тобто демобілізація супроводжується підвищеним психологічним навантаженням, зниженням соціальної підтримки та ризиком формування негативних психічних станів та розладів, що підкреслює необхідність цілеспрямованої психокорекційної та реабілітаційної роботи з цією категорією осіб.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА ТА ПІДТРИМКА ДЕМОБІЛІЗОВАНИХ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

3.1. Психотерапевтичні підходи до подолання ПТСР

Психологічна робота з наслідками посттравматичного стресового розладу (ПТСР) передбачає проходження трьох послідовних стадій. На першому етапі головним завданням фахівця є створення безпечного терапевтичного простору, у якому клієнт може відчувати довіру й готовність до подальшої роботи. Друга стадія зосереджується на опрацюванні травматичних спогадів і пов'язаних із ними переживань, що сприяє поступовому зниженню емоційної напруги та відновленню почуття контролю. Третя стадія полягає у поступовому, обережному поверненні клієнта до повсякденного життя, відновленні соціальних контактів і життєвої активності. У процесі успішного відновлення простежується поступовий перехід від настороженості до відчуття безпеки, від відстороненості – до інтеграції травматичних спогадів, а також від ізоляції – до налагодження міжособистісних зв'язків.

У сучасній психотерапевтичній практиці виокремлюють низку ефективних підходів до роботи з проявами ПТСР. У межах раціональної психотерапії клієнтові пояснюють механізми формування ПТСР, його основні причини та психологічні закономірності. Використовують: методи психічної саморегуляції, до яких належать аутогенне тренування, прогресивна м'язова релаксація та візуалізація позитивних образів, застосовуються для зняття симптомів тривоги й напруження; когнітивна психотерапія спрямована на переосмислення дезадаптивних переконань, трансформацію негативних установок і формування більш адаптивного мислення; особистісно орієнтована терапія, яка акцентує увагу на зміні ставлення клієнта до психотравмуючої події, розвитку відповідальності за власні реакції й формуванні конструктивного ставлення до життєвих труднощів.

У межах позитивної терапії робота не обмежується усвідомленням проблеми, а зосереджується на пошуку внутрішніх ресурсів і можливостей подолання кризи. Подібну спрямованість має логотерапія В. Франкла, що акцентує на пошуку смислу пережитого як ключовому чиннику одужання. Досвід показує, що більшість клієнтів демонструє значне покращення, щойно усвідомлює особистісний сенс подій, які відбулися. Важливе місце займає групова психотерапія, яка дає змогу учасникам отримати емоційну підтримку, поділитися власним досвідом і зменшити відчуття ізоляції.

Одним із найрезультативніших методів, особливо у роботі з військовослужбовцями, є психологічний дебрифінг, або дебрифінг стресу, який передбачає організоване колективне обговорення пережитих стресових подій. Ефективним є також метод десенсибілізації і репроцесінгу за допомогою рухів очей (EMDR), розроблений Ф. Шапіро у 1987 році. Цей підхід має нейробіологічне підґрунтя та поєднує елементи різних психотерапевтичних шкіл.

У терапії тривожних, фобічних і депресивних розладів ефективність доведена для гештальт-терапії, що сприяє усвідомленню власних почуттів, інтеграції внутрішніх конфліктів і відновленню цілісності особистості. Когнітивно-поведінкова терапія, у свою чергу, зосереджується на зміні деструктивних моделей поведінки та формуванні навичок самоконтролю, не вимагаючи при цьому глибокого аналізу причин проблеми.

В окремих випадках застосовується метод символдрами, заснований Х. Лейнером, який базується на роботі з уявними образами. Завдяки цьому клієнт може усвідомити приховані внутрішні конфлікти, механізми психологічного захисту та пригнічені емоції.

Сімейна психотерапія спрямована на покращення міжособистісних стосунків у родинній системі, зменшення психологічної напруги й підвищення її функціональності.

У нейролінгвістичному програмуванні (НЛП) основна увага приділяється трансформації психічних образів життєвих ситуацій, що дозволяє змінювати внутрішній стан клієнта і підвищувати ефективність самореалізації.

Важливу роль відіграє тілесно-орієнтована психотерапія, заснована на принципі «зцілення душі через тіло». Її центральною технікою є «соматичне переживання», спрямоване на усвідомлення тілесних відчуттів і трансформацію дезадаптивних реакцій в адаптивні.

Не менш ефективним напрямом є арт-терапія, що ґрунтується на використанні художньої творчості як засобу емоційної саморегуляції. Через творчість клієнт має можливість виразити внутрішні переживання, знизити рівень тривоги та сформувати позитивні образи.

Додатковим інструментом є тренінг подолання тривоги, який поєднує техніку біологічного зворотного зв'язку, релаксаційні практики та когнітивне реструктурування – процес усвідомлення і виправлення викривлених переконань, а також формування адаптивних моделей поведінки.

Психотерапевтична допомога при ПТСР має на меті зниження рівня тривожності, відновлення почуття особистісної цілісності та повернення контролю над власним життям. Її ефективність залежить від комплексного й інтегративного підходу. Одним із суттєвих бар'єрів є тенденція постраждалих уникати психотерапевтичної допомоги, що пояснюється низкою причин: переконанням у необхідності самотійно впоратися з переживаннями, почуттям провини, уявленням про неможливість впливу на наслідки травми, нерозумінням природи своїх страхів або зверненням по допомогу виключно з прагматичних міркувань.

Подолання цих бар'єрів забезпечується використанням освітніх, холістичних, соціально підтримувальних і терапевтичних методів. Освітні підходи сприяють підвищенню обізнаності постраждалих про природу їхніх станів, допомагають усвідомити типовість реакцій і підвищують мотивацію до лікування. Холістичні методи передбачають підтримання здорового способу життя, що сприяє відновленню психофізичного балансу. Важливим чинником

виступає соціальна підтримка з боку родини, громадських організацій і держави, що може реалізовуватися через сімейну чи групову терапію. Безпосередня терапія включає індивідуальні психокорекційні заходи, спрямовані на глибоке опрацювання травматичного досвіду.

Психологічна допомога при ПТСР має ґрунтуватися на принципах доказової психотерапії, багатовимірності та індивідуального підходу. Мета такої допомоги полягає не лише у зменшенні симптоматики, а й у відновленні цілісності особистості, її здатності до емоційної регуляції, формуванні почуття безпеки та довіри до світу. Наукові дані свідчать, що найбільш ефективними методами лікування ПТСР є травмофокусовані психотерапевтичні підходи, зокрема травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT), десенсибілізація та репроцесінг рухами очей (EMDR), а також когнітивно-процесуальна терапія (CPT).

Травмофокусована когнітивно-поведінкова терапія спрямована на поступове опрацювання травматичного досвіду через контрольовану експозицію, модифікацію дисфункціональних переконань і розвиток навичок саморегуляції. Цей метод допомагає клієнтам змінювати деструктивні інтерпретації події, які підтримують страх, провину чи безпорадність. Ефективність TF-CBT підтверджена численними метааналізами, які демонструють суттєве зниження рівня симптомів ПТСР, тривожності й депресії порівняно з контрольними групами.

Метод EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), запропонований Ф. Шапіро, базується на ідеї, що травматичні спогади залишаються у фрагментованій формі у пам'яті, не проходячи повноцінного когнітивного інтегрування. Під час терапії використовується двостороння сенсорна стимуляція (рухи очей, звуки чи дотики), яка сприяє репроцесінгу травматичних образів. Дослідження доводять, що EMDR має ефективність, співставну з TF-CBT, особливо у зниженні інтенсивності флешбеків та емоційної напруги.

Когнітивно-процесуальна терапія (СРТ), розроблена П. Ресіком та співавторами, допомагає людині переосмислити травматичний досвід, ідентифікувати «застрягли» переконання, що підтримують відчуття небезпеки, провини або сорому, й замінити їх на більш реалістичні. Особливо ефективною СРТ виявилась у роботі з ветеранами війни та жертвами насильства.

Психологічна допомога при ПТСР не обмежується індивідуальною терапією. Важливою складовою є групові та сімейні інтервенції, які сприяють соціальній підтримці, нормалізації переживань і відновленню почуття приналежності до спільноти. Групова терапія дозволяє особам з травматичним досвідом ділитися історіями, усвідомлювати спільність досвіду й отримувати емпатію від інших, що значно зменшує ізоляцію та відчуття «інакшості» (Bisson et al., 2021).

3.2. Система клініко-психологічної допомоги демобілізованим

Мета системи – зменшити частоту і вираженість постстресових, тривожно-депресивних розладів у демобілізованих; забезпечити ранню діагностику, ефективну терапію, соціальну реінтеграцію та профілактику хронізації психічних розладів.

Принципи роботи системи клініко-психологічної допомоги демобілізованим:

- рання і системна діагностика (screen → assessment → triage);
- індивідуалізація втручань (клінічний профіль визначає план);
- мультидисциплінарність (клінічний психолог, психіатр, соціальний працівник, реабілітолог, сімейний консультант);
- поступовість інтервенцій: стабілізація → травмотерапія → ресоціалізація;
- залучення сім'ї та спільноти;
- моніторинг ефективності й довготривала підтримка.

Структура та етапи системи клініко-психологічної допомоги демобілізованим

Скринінг і первинна триажна оцінка (перший тиждень).

Мета: швидко виявити осіб із клінічно значущими симптомами або високим ризиком (самогубство, тяжка ідентифікація ПТСР).

На першому етапі клініко-психологічної допомоги основна мета полягає у швидкому виявленні демобілізованих військовослужбовців, які мають клінічно значущі симптоми постстресових, тривожних або депресивних розладів, а також осіб із високим ризиком суїцидальної чи агресивної поведінки. Така оцінка здійснюється протягом перших семи днів після звернення або включення до програми реабілітації та має забезпечити своєчасне визначення рівня ризику і подальшу маршрутизацію клієнта до відповідного рівня допомоги.

Процес організовується у формі індивідуальної зустрічі тривалістю від 30 до 60 хвилин, яку проводить клінічний психолог або спеціально підготовлений психолог-скринер. Важливо забезпечити спокійні, безпечні умови та дотримання принципів конфіденційності й добровільності участі.

Першим етапом роботи є короткий стандартизований скринінг психічного стану, що передбачає застосування валідних інструментів, таких як PHQ-9 для оцінки депресії, GAD-7 – рівня тривоги, PCL-5 – інтенсивності посттравматичних симптомів. За потреби можуть додатково використовуватися опитувальники для визначення порушень сну (PSQI) або ризику зловживання алкоголем (AUDIT, CAGE). Результати скринінгу не мають діагностичного статусу, однак дозволяють швидко окреслити наявність клінічних проявів та визначити необхідність подальшої діагностики.

Паралельно проводиться оцінка ризику суїцидальної та агресивної поведінки, яка є обов'язковим компонентом первинної триажної оцінки. Психолог уточнює наявність думок або намірів щодо самогубства, попередніх спроб, доступу до засобів реалізації плану, а також рівень безнадійності, почуття провини чи втрати сенсу. У разі виявлення вираженого ризику

формується «план безпеки» і клієнт негайно скеровується до психіатра чи кризового інтервентора.

Наступним кроком є первинне клінічне інтерв'ю, спрямоване на комплексне розуміння поточного психоемоційного стану, історії травматичного досвіду та наявних ресурсів. У ході бесіди уточнюються дані про участь у бойових діях, можливі поранення, втрати, тривалість служби, особливості процесу демобілізації. Окрему увагу приділяють характеристиці теперішнього емоційного стану – наявності тривоги, безсоння, флешбеків, емоційного оніміння чи уникання, а також рівню соціальної підтримки, сімейних стосунків і медичній історії клієнта.

На основі отриманих даних психолог здійснює триаж – тобто розподіл осіб за рівнями ризику. До «червоної» групи відносять клієнтів із важкими депресивними, тривожними або посттравматичними симптомами, суїцидальними намірами чи вираженою дезадаптацією; вони потребують термінового скерування до психіатра або кризової служби. «Жовта» група охоплює військових із помірними проявами дистресу, емоційною нестабільністю або труднощами адаптації – цим клієнтам рекомендується поглиблена клініко-психологічна діагностика й розроблення індивідуального плану психотерапевтичної роботи. Особи, які демонструють мінімальні симптоми та збережене соціальне функціонування, належать до «зеленої» групи; для них передбачаються профілактичні заходи, участь у групах підтримки та періодичний моніторинг стану.

Усі результати первинної оцінки фіксуються у стандартизованій формі, що містить підсумкові дані скринінгу, короткий опис інтерв'ю, визначену групу ризику та рекомендації щодо подальших кроків. Документування здійснюється з дотриманням етичних вимог і конфіденційності.

Результатом цього етапу є швидке виявлення осіб із потребою у негайній допомозі, ефективне розмежування рівнів психологічного ризику та формування бази вихідних даних для подальшого клініко-психологічного моніторингу. Це дозволяє оптимізувати роботу команди фахівців, запобігти

поглибленню психічних розладів і підвищити ефективність наступних етапів психотерапевтичної та реабілітаційної роботи.

Поглиблена діагностика (тиждень 2–3)

Мета: сформувати клініко-психологічний профіль і план лікування.

Інструменти і процедури:

- стандартизовані шкали: повні версії PCL-5, HAM-D або PHQ-9, HAM-A або GAD-7; особистісна діагностика (MMPI-2 / інші);
- оцінка копінг-стратегій, соціального функціонування, рівня ресурсів;
- мультидисциплінарна сесія для планування (психолог + психіатр + соцпрацівник).

Другий етап спрямований на уточнення клінічного профілю демобілізованого військовослужбовця та формування індивідуального плану психотерапевтичної і реабілітаційної роботи. Після первинного скринінгу, який дозволяє визначити групу ризику, цей етап забезпечує більш детальне розуміння структури симптомів, механізмів психологічного захисту, рівня адаптаційних ресурсів і соціального функціонування клієнта.

Поглиблена діагностика передбачає комплексне поєднання стандартизованих методик, клініко-психологічного інтерв'ю та спостереження за поведінкою клієнта в процесі взаємодії. Застосовуються психометричні інструменти, валідовані для української популяції, зокрема шкали Гамільтона для оцінки тривоги (HAM-A) і депресії (HAM-D), опитувальник M.I.N.I. для скринінгу основних психічних розладів, інвентар Бека (BDI, BAI) для уточнення емоційної симптоматики, а також PCL-5 або IES-R для детальної оцінки посттравматичного стресового розладу. У разі потреби проводиться дослідження особистісних характеристик за допомогою MMPI-2, MIJ чи 16PF, що дозволяє виявити схильність до соматизації, уникання або агресивних реакцій.

Крім оцінки патологічних проявів, значна увага приділяється вивченню ресурсних факторів – стратегій подолання, соціальної підтримки, рівня мотивації до лікування, ціннісних орієнтацій та життєвих смислів. Для цього використовуються методики COPE, шкала соціальної підтримки MSPSS, опитувальник життєстійкості чи опитувальник посттравматичного зростання (PTGI). Таким чином формується цілісний клініко-психологічний портрет особи, який поєднує як симптоматичний, так і ресурсний аспекти.

Результати діагностики обговорюються на мультидисциплінарній зустрічі фахівців, до якої входять клінічний психолог, психіатр, соціальний працівник, а за потреби – реабілітолог або сімейний консультант. Такий формат взаємодії дозволяє інтегрувати психологічні та медичні дані, оцінити потребу в медикаментозній підтримці та визначити оптимальний вектор психотерапевтичного втручання. У випадку вираженої депресії, тривожного чи посттравматичного розладу рекомендується комбінована модель допомоги – поєднання психотерапії з фармакологічним лікуванням під наглядом психіатра.

На основі зібраної інформації психолог складає індивідуальний план втручання, який відображає основні цілі терапії, прогнозований перебіг, частоту сесій та орієнтовну тривалість роботи. Залежно від клінічного профілю клієнта можуть застосовуватись різні підходи: когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) – для зниження тривожних і депресивних симптомів; EMDR – для опрацювання травматичних спогадів; тілесно-орієнтована або сенсомоторна психотерапія – при виражених соматичних проявах тривоги; психодинамічний або екзистенційний підхід – для роботи з глибинними конфліктами, втратою сенсу та почуттям провини.

Окремо визначаються напрями психоосвітньої роботи, спрямованої на підвищення усвідомлення власного стану, навчання навичкам саморегуляції, релаксації, контролю емоційних реакцій та попередження кризових ситуацій. Доцільним є також включення клієнта у групові формати підтримки або терапевтичні групи для ветеранів, що сприяє зниженню ізоляції та формуванню позитивної соціальної ідентичності.

Завершення другого етапу позначається підготовкою письмового клініко-психологічного висновку, який містить результати діагностики, опис ресурсів і ризиків, формулювання цілей терапії та рекомендації щодо подальшого маршруту допомоги. Цей документ стає базовим орієнтиром для подальшої психотерапевтичної та реабілітаційної роботи.

Психотерапевтична інтервенція (2-3 місяць)

Третій етап клініко-психологічної допомоги спрямований на безпосередню психотерапевтичну роботу з демобілізованими військовослужбовцями, у яких виявлено ознаки посттравматичного стресового, тривожного чи депресивного спектра розладів. Основною метою цього етапу є зниження інтенсивності клінічних симптомів, відновлення базового рівня емоційної стабільності та підвищення здатності до саморегуляції.

Структура: три фази – стабілізація, травмотерапія, ресоціалізація.

Фаза 1: Стабілізація.

Цілі: зменшити гіперзбудження, навчити саморегуляції, запобігти дезадаптації.

Методи: тренінги з дихання, прогресивної релаксації, основи вміль емоційної регуляції (на основі КПТ/DBT-елементів), тілесні техніки.

Паралельно: психоедукація (нормалізація реакцій на стрес), план безпеки при ризику суїциду.

Фаза 2: Травмотерапія .

Цілі: переробка травматичних спогадів, зниження симптомів ПТСР.

Пріоритетні методи: TF-CBT (травмофокусована КПТ), EMDR, експозиційні техніки (в адаптованій формі), нарративні підходи.

Впровадження домашніх завдань, робота з когніціями («провина», «безсилля»).

Фаза 3: Ресоціалізація і відновлення ролей.

Цілі: відновити функціональні навички, соціальні зв'язки, робочу/сімейну роль.

Методи: поведінкові експерименти, тренінги трудової адаптації, сімейні сесії, групи соціальної підтримки, волонтерські ініціативи.

Тривалість програми: епізодичний інтенсив – 12–16 тижнів (з можливістю пролонгації залежно від потреб).

Примітка: при тяжких розладах одночасно з терапією – контакт з психіатром для оцінки медикаментозної підтримки.

Третій етап клініко-психологічної допомоги спрямований на безпосередню психотерапевтичну роботу з демобілізованими військовослужбовцями, у яких виявлено ознаки посттравматичного стресового, тривожного чи депресивного спектра розладів. Основною метою цього етапу є зниження інтенсивності клінічних симптомів, відновлення базового рівня емоційної стабільності та підвищення здатності до саморегуляції.

Початковою фазою інтервенції є стабілізаційна робота, під час якої психолог створює для клієнта відчуття безпеки, структурованості та передбачуваності терапевтичного процесу. На цьому етапі особлива увага приділяється розвитку базових навичок самоконтролю – дихальних технік, прогресивної м'язової релаксації, вправ на заземлення, технік уважності (mindfulness). Такі методи сприяють зменшенню фізіологічного гіпервозбудження, зниженню рівня тривоги та поліпшенню сну. Паралельно формується довірчий терапевтичний альянс, що є ключовим чинником ефективності подальшої роботи.

Після досягнення базової стабілізації переходять до опрацювання травматичного досвіду. Залежно від клінічного профілю застосовуються різні психотерапевтичні підходи. У разі переважання симптомів ПТСР ефективними є методи EMDR (Desensitization and Reprocessing by Eye Movements) або когнітивно-поведінкової терапії, орієнтованої на травму (TF-CBT). Вони допомагають поступово переробити травматичні спогади, зменшити інтенсивність флешбеків і відновити відчуття контролю над власними реакціями. При домінуванні депресивної симптоматики доцільно застосовувати когнітивну реструктуризацію, спрямовану на зміну дезадаптивних переконань

(«я безпорадний», «я не заслуговую на життя») та формування більш реалістичного, ресурсного погляду на себе і світ.

Для військовослужбовців із вираженим тілесним компонентом тривоги або соматизацією рекомендуються тілесно-орієнтовані та сенсомоторні методи, що дозволяють працювати із застряглими реакціями «бий/тікай/завмири» на рівні тіла. Елементи психодинамічної терапії можуть бути використані для глибшого розуміння внутрішніх конфліктів, почуття провини за втрачених побратимів або амбівалентного ставлення до бойового досвіду.

Поряд із індивідуальною роботою значну роль відіграють групові форми психотерапії. Групи ветеранів створюють безпечний простір для обміну досвідом, зниження відчуття ізольованості, відновлення почуття належності до спільноти. У груповому форматі ефективними є методи арттерапії, психодрами або терапії підтримки.

Важливою складовою цього етапу є психоедукація. Клієнт отримує знання про природу травматичних реакцій, навчається розпізнавати ранні сигнали рецидиву симптомів, відстежувати емоційні тригери й застосовувати навички саморегуляції у повсякденному житті. Залучення сім'ї до процесу терапії сприяє покращенню міжособистісних стосунків, зменшенню непорозумінь та вторинної травматизації близьких.

Тривалість психотерапевтичного етапу зазвичай становить від шести до дванадцяти сесій, залежно від тяжкості симптомів і темпу просування клієнта. Протягом усього періоду здійснюється клініко-психологічний моніторинг стану за допомогою коротких повторних вимірювань (PHQ-9, GAD-7, PCL-5), що дозволяє відстежувати динаміку симптомів та оцінювати ефективність втручання.

Завершення етапу характеризується появою у клієнта відчуття більшої внутрішньої стабільності, покращенням емоційного самопочуття, зниженням рівня тривожності, депресивності та постстресових реакцій. Відновлюються базові адаптаційні функції – сон, соціальна активність, комунікація, мотивація до подальшої реабілітації.

Соціально-професійний супровід і реабілітація

Мета: інтеграція у цивільне життя, відновлення соціальної підтримки.

Завершальний етап клініко-психологічної допомоги спрямований на відновлення повноцінного соціального функціонування демобілізованих військовослужбовців, закріплення досягнутих терапевтичних результатів і профілактику рецидивів психічних розладів. Його провідна мета полягає у переході від індивідуальної клінічної стабілізації до ефективної соціальної інтеграції, що включає відновлення сімейних, трудових і міжособистісних зв'язків, а також формування нової, мирної життєвої ідентичності.

Після завершення основного психотерапевтичного циклу клієнт поступово переходить у фазу ресоціалізації, де акцент робиться на практичному застосуванні набутих навичок саморегуляції, емоційного контролю та комунікації у реальному життєвому середовищі. На цьому етапі психолог виступає радше у ролі консультанта чи супровідного фахівця, який допомагає клієнтові відновити або вибудувати нові соціальні ролі – працівника, партнера, батька, громадянина.

Важливим завданням є психологічна адаптація до цивільного життя, що часто супроводжується втратою почуття спільності, сенсу або статусу, які військовослужбовець мав під час служби. Тому робота з ідентичністю є одним із центральних аспектів цього етапу. За допомогою елементів екзистенційної, гуманістичної або нарративної терапії клієнт переосмислює свій бойовий досвід, інтегрує його у власну життєву історію без домінування травматичного компонента. Такий процес сприяє відновленню відчуття цілісності, самоприйняття і віднайдення особистісного сенсу після війни.

Не менш значущим компонентом є робота із сім'єю. Психологічне консультування подружніх пар і членів родини допомагає відновити емоційний контакт, знизити рівень конфліктності, навчити близьких правильно реагувати на прояви постстресових станів. Включення сім'ї у процес підтримки значно зменшує ризик рецидиву депресивних або агресивних епізодів, підвищує відчуття прийняття й безпеки у демобілізованого військового.

Ресоціалізаційна робота передбачає взаємодію психолога із соціальними та реабілітаційними службами, центрами зайнятості, волонтерськими організаціями, що реалізують програми підтримки ветеранів. Важливою частиною цієї фази є включення клієнтів у групи взаємодопомоги, психоосвітні або арттерапевтичні проєкти, які сприяють розвитку соціальної активності та відчуття приналежності до спільноти.

Окремий напрям – довготривала психологічна підтримка. Вона може здійснюватися у форматі періодичних зустрічей (раз на 1–2 місяці) або дистанційного моніторингу стану з можливістю швидкого реагування у випадку загострення симптомів. На цьому етапі доцільно використовувати короткі повторні скринінгові інструменти (PHQ-9, GAD-7, PCL-5) для оцінки динаміки психоемоційного стану. Такий підхід дозволяє вчасно виявляти тенденцію до погіршення, запобігати хронізації посттравматичних розладів і підтримувати досягнутий рівень психологічного благополуччя.

Ключовим критерієм ефективності завершального етапу є стійке відновлення соціального функціонування – повернення до професійної діяльності, формування нових життєвих цілей, підвищення якості міжособистісних стосунків і внутрішнє відчуття стабільності. У цьому контексті клініко-психологічна допомога перетворюється на більш широкий процес психосоціальної реінтеграції, що базується на партнерстві між фахівцями, ветераном і його соціальним оточенням.

Таким чином, етап ресоціалізації та довготривалої підтримки завершує цілісний цикл клініко-психологічної допомоги, забезпечуючи плавний перехід від лікувально-терапевтичної моделі до стабільного функціонування у мирному середовищі. Він гарантує не лише зменшення клінічних проявів, а й реальне відновлення життєздатності, автономності та соціальної включеності особи, яка повернулася з війни.

Моніторинг і профілактика хронізації (6–12 місяців)

Мета: раннє виявлення рецидиву, підтримка ремісії.

Механізми:

- повторні скринінги: 1, 3, 6, 12 місяців після завершення курсу;
- індивідуальні «план підтримки» – контакти кризової лінії, групи підтримки, періодичні сесії для підсилення навичок;
- оцінка показників функціонування (робота/освіта/сім'я);
- програми профілактики середовищного рівня: інформування громад, навчання лідерів спільнот.

Критерії та індикатори ефективності

- зниження балів по PCL-5 / PHQ-9 / GAD-7 на мінімум 30% від вихідного рівня через 12 тижнів;
- поліпшення функціонування (повернення до роботи/зростання соціальної активності) у $\geq 50\%$ учасників через 6 місяців;
- зменшення звернень до кризових послуг за суїцидальні кризи (програмний KPI);
- пацієнтська задоволеність сервісом $\geq 80\%$;
(Конкретні порогові налаштовуються залежно від бази та ресурсів)

Персонал, організаційні й матеріальні ресурси

Команда: клінічний психолог(и), психіатр, соціальний працівник, реабілітолог, сімейний терапевт, координатор програми.

Локація: приватні кабінети для індивідуальної терапії, зала для груп, доступ до телемедицини.

Матеріали: тестові бланки, методичні посібники зі стабілізації, робочі зошити для клієнтів, контактна база соціальних служб і центрів працевлаштування.

Протоколи безпеки та маршрутизація

Якщо в інтерв'ю виявлено суїцидальні наміри або психотичні симптоми → негайна консультація психіатра і при потребі – стаціонар.

Чіткий план інформування сім'ї (за згодою пацієнта) при загрозі безпеці.

Конфіденційність і документування всіх інтервенцій.

Шаблон індивідуальної програми (коротко)

Сесія 0: первинний скринінг, сигналізація ризиків, укладення договору.

Сесії 1–4: стабілізація (навчання саморегуляції).

Сесії 5–12: травмотерапія (EMDR / TF-CBT / експозиція).

Сесії 13–16: ресоціалізація і план повернення до життя.

Після: контрольні візити 1, 3, 6 місяців.

Взаємодія з громадою та системою охорони здоров'я

Контракти з місцевими центрами зайнятості, ветеранськими організаціями, волонтерськими ініціативами.

Освітні заходи для медичного персоналу первинної ланки для раннього скринінгу.

ВИСНОВКИ

Емпіричне дослідження прояву тривожних та депресивних станів у демобілізованих військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом дало нам змогу зробити наступні висновки:

1. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є складним клінічним станом, що формується як відстрочена або тривала реакція на події катастрофічного чи загрозливого характеру. Його перебіг характеризується повторним переживанням травми, униканням нагадувань про неї, емоційним притупленням та симптомами гіпервозбудження – безсонням, дратівливістю, підвищеною настороженістю, спалахами гніву чи паніки. У військовослужбовців розвиток ПТСР зумовлений взаємодією зовнішніх і внутрішніх чинників: інтенсивністю та тривалістю бойових дій, пораненнями, загрозою життю, втратою побратимів, соматичними наслідками та недостатньою соціальною підтримкою після демобілізації, а також індивідуальними особливостями – низьким рівнем усвідомленості, труднощами емоційної саморегуляції, наявністю супутніх психічних розладів і генетичною вразливістю. Важливу роль у клінічній картині ПТСР відіграють тривожні та депресивні стани, які не лише супроводжують, а й структурно визначають перебіг цього розладу, відображаючи глибокі нейробіологічні та когнітивно-емоційні порушення переробки травматичного досвіду.

2. Діагностика військовослужбовців здійснювалась за допомогою чотирьох методик: Шкала самооцінки PCL -M (військова версія), Шкала депресії А.Т. Бека, Шкала тривоги Гамільтона – Hamilton Anxiety Scale (HAM-A), Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна. Результати яких показали, що демобілізовані військовослужбовці характеризуються вищим рівнем проявів посттравматичного стресового розладу, ніж ті, що перебувають на військовій службі. Це зумовлено особливостями процесу адаптації до мирного життя, втратою структурованого військового середовища та зниженням рівня соціальної підтримки після демобілізації. Також цій групі військовослужбовців

спостерігається значно вищий рівень депресії: більшість учасників цієї групи мали середній та високий ступінь депресії, тоді як у військовослужбовців на службі переважали категорії відсутності або легкого ступеня депресії. Розрахункове значення U склало приблизно 3700, що відповідає $z \approx -3,2$ та $p \approx 0,001$. Це свідчить про статистично значущу різницю між групами, підтверджуючи, що демобілізовані військовослужбовці мають більш виражені прояви депресивних симптомів. Що цікаво, показник рівня тривоги в групі демобілізованих військовослужбовців становив $M=3,69$, тоді як у військовослужбовців, які перебувають на службі, – $M=2,70$. За результатами статистичного аналізу, отримано $U=1750$, що відповідає $z \approx 1,09$ при $p \approx 0,27$. Таким чином, статистично значущих відмінностей у проявах тривоги між групами військовослужбовців не виявлено ($p > 0,05$). Проте додаткова діагностика особистісної та ситуативної тривожності показала статистично значущі відмінності між вибірками ($U = 1012,5$; $p < 0,05$), що вказує на те, що демобілізовані військовослужбовці характеризуються вищим рівнем ситуативної тривожності, який є наслідком труднощів адаптації до умов мирного життя, підвищеної емоційної напруги та пережитого бойового досвіду. Використання критерію в контексті особистісної тривожності ($U = 1045,0$; $p < 0,05$) засвідчив про наявність достовірних відмінностей між групами, що вказує на те, що демобілізовані військовослужбовці мають більш виражену особистісну тривожність, що може бути пов'язано із постстресовими переживаннями, зниженням почуття контролю над життєвими обставинами та необхідністю переосмислення власної соціальної ролі після служби.

Загалом статистичний аналіз підтвердив наявність значущих відмінностей між групами: у демобілізованих військових переважають високі рівні постстресових і тривожно-депресивних станів, тоді як у діючих військовослужбовців вони здебільшого помірні або слабо виражені. Тобто демобілізація супроводжується підвищеним психологічним навантаженням, зниженням соціальної підтримки та ризиком формування негативних психічних

станів та розладів, що підкреслює необхідність цілеспрямованої психокорекційної та реабілітаційної роботи з цією категорією осіб.

3. На основі емпіричного дослідження проаналізовані психотерапевтичні підходи до подолання ПТСР, а також представлена система клініко-психологічної допомоги демобілізованим, яка мала на меті зменшити частоту і вираженість постстресових, тривожно-депресивних розладів у демобілізованих; забезпечити ранню діагностику, ефективну терапію, соціальну реінтеграцію та профілактику хронізації психічних розладів. Представлена система включала в себе скринінг, первинну триажну оцінку та поглиблену діагностику. Система містить опис психотерапевтичної інтервенції, особливості соціально-професійного супроводу і реабілітації, моніторингу і профілактику хронізації, критерії та індикатори ефективності. Визначений персонал, організаційні й матеріальні ресурси, надані протоколи безпеки, та описана взаємодія з громадою та системою охорони здоров'я

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Боженко Н. Л., Боженко М. І. Посттравматичний стресовий розлад: в епіцентрі стресу. *Інтегративна антропологія*, 2015, № 2, С. 60–64.
2. Бреус Ю. В. Психологічна реабілітація учасників бойових дій із посттравматичними стресовими розладами. *Психологічний часопис*, 2023, № 9(1), С. 17–29. DOI: 10.31108/1.2023.9.1.2.
3. Горбунова В. В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у межах когнітивно-поведінкової терапії. *Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій*, 2015, с. 26–35.
4. Гунько Б. А. Посттравматичний стресовий розлад – в розрізі часу. *Вісник Вінницького національного медичного університету*, 2015, т. 19, № 1, с. 216–219.
5. Даниленко Т. І. Сутність посттравматичного стресового розладу: історія, критерії діагностики, механізми формування. *Ментальне здоров'я*, 2025, № 2, с. 25–29.
6. Деркач Л. В. Особливості подолання психологічних травм, що отримані внаслідок полону : кваліфікаційна робота бакалавра спеціальності 053 «Психологія» / наук. кер. Л. С. Спіцина. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. 73 с.
7. Дорофєєва А. В. Психологічні особливості переживання втрати учасниками бойових дій в умовах бойового стресу : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. кер. Т. В. Скрипаченко. Запоріжжя : ЗНУ, 2023. 118 с.
8. Кочубейник О. М. Психологічна допомога військовослужбовцям з посттравматичними стресовими розладами. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. пр. Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*, 2018, т. III, вип. 12, С. 154–163.
9. Крайнюк В. М., Грицай Н. М. Психологічні механізми виникнення посттравматичних стресових розладів. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*, 2018, вип. 2, С. 45–50.

10. Кузікова С. Б. Ресурсно-орієнтований підхід у психологічній допомозі при посттравматичних стресових розладах. *Психологічні науки: проблеми і здобутки*, 2022, № 2, С. 85–93. DOI: 10.32999/2663-970X/2022-2-10.
11. Кузікова С. Б., Зливков В. Л., Лукомська С. О. Вікові особливості переживання травм війни: інтегративний підхід. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*, 2022, № 2, С. 64–70.
12. Лазос Г. П. Посттравматичне зростання: теоретичні моделі, нові перспективи для практики. *Актуальні проблеми психології*, 2016, т. 1, вип. 45, С. 120–128.
13. Литвиненко І. В. Особливості психологічної реабілітації військовослужбовців з посттравматичними стресовими розладами. *Вісник Національного університету оборони України*, 2019, № 1(53), С. 157–163.
14. Марціновська І. П. Співвідношення понять стресу, травматичного стресу та посттравматичного стресового розладу у медичній та психолого-педагогічній теорії. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*, 2017, вип. 14, С. 223–227.
15. Миколайчук В. І., Кравчук О. М. Сучасні психотерапевтичні підходи у роботі з посттравматичними стресовими розладами. *Медична психологія*, 2020, т. 15, № 2, С. 32–41.
16. Михайлов Б. В. Розлади психіки і поведінки екстремально-психогенного походження. *Психічне здоров'я*, 2015, № 2, С. 9–18.
17. Михальський А. В., Царьов Ю. О. Посттравматичний стресовий розлад: історичний огляд. *Проблеми сучасної психології: збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка та Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України*, 2011, вип. 12, С. 254–263.
18. Мялов А. І. Особливості ресоціалізації військовослужбовців, які брали участь в активних бойових діях : кваліфікаційна робота магістра спеціальності 053 «Психологія» / наук. кер. М. Г. Ткалич. Запоріжжя : ЗНУ, 2024. 120 с.

19. Пілягіна Г. Ю., Панок В. Г., Клименко В. В. Психологічна допомога особистості у кризових життєвих ситуаціях: навч. посіб. Київ: Центр учбової літератури, 2021. 304 с.
20. Пінчук І. Я., Петриченко, О. О., Колодежний О. В. та ін. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес і порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року. *Архів психіатрії*, 2016, т. 22, № 3, С. 12–15.
21. Психологічний супровід особистості в умовах війни : навчальний посібник / С. Кузікова, В. Зливков, С. Лукомська, Т. Щербак, О. Котух. Київ ; Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2024. 260 с.
22. Пушкарьов О. О. Посттравматичний стресовий розлад: клініко-психологічні особливості, діагностика та корекція. *Психологічні перспективи*, 2020, № 36, С. 143–152. DOI: 10.29038/2227-1376-2020-36-143-152.
23. Скубій І. М., Коцан І. Я., Михайлов Б. В. Особливості посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців, які брали участь в антитерористичній операції. *Психологічний журнал*, 2017, т. 3, № 6, С. 79–88.
24. Франкова І., Чабан О., Бурлака О., Лагутіна С., Федотова З. Гендерні особливості стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах війни в Україні. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 2019, т. 4, № 3–4, е0403–04214. DOI: [10.26766/pmgp.v4i3-4.214](https://doi.org/10.26766/pmgp.v4i3-4.214).
25. Хаустова О. О., Трачук Л. Є. Посттравматичний стресовий розлад: історичний аспект. *Архів психіатрії*, 2015, т. 21, № 1, с. 6–11.
26. Чайковський М., Потапчук Є., Петреченко С. *Психодіагностика та психокорекція посттравматичного стресового розладу: навчально-методичний посібник* / за ред. М. Чайковського. Київ : Університет «Україна», 2025. 290 с.
27. Яцук Н., Говоруха О. Посттравматичний стресовий розлад та особливості класифікації його симптомів. *Modern Science: problems and innovations* : збірник наукових праць Міжнародної науково-практичної конференції (Варшава, 2022). Варшава : InterConf, 2022. С. 97–102.

28. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA Publishing, 2013. 947 p.
29. Armenta R. F., Rush T., LeardMann C. A. et al. Factors associated with persistent posttraumatic stress disorder among U.S. military service members and veterans. *BMC Psychiatry*, 2018, Vol. 18, No. 1, P. 48. DOI: [10.1186/s12888-018-1590-5](https://doi.org/10.1186/s12888-018-1590-5).
30. Brewin C. R., Holmes E. A. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 2003, Vol. 23, No. 3, P. 339–376. DOI: 10.1016/S0272-7358(03)00033-3.
31. Bruns L. *Die sogenannte traumatische Neurose*. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1901, Bd. 27, S. 449–453.
32. Bryant R. A., Guthrie R. M., Nickerson A., Ahern C. The nature of posttraumatic stress disorder in peacekeepers following peacekeeping operations. *Journal of Anxiety Disorders*, 2015, Vol. 29, P. 91–97. DOI: 10.1016/j.janxdis.2014.11.006.
33. Cloitre M., Courtois C. A., Charuvastra A., Carapezza R., Stolbach B. C., Green, B. L. Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *Journal of Traumatic Stress*, 2011, Vol. 24, No. 6, P. 615–627. DOI: 10.1002/jts.20697.
34. Creamer M., Forbes D., Biddle D. Cognitive–behavioral therapies for PTSD. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2013, Vol. 47, No. 11, P. 1028–1038. DOI: 10.1177/0004867413491150.
35. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 2000, Vol. 38, No. 4, P. 319–345. DOI: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0.
36. Erichsen J. Eric. *On Railway and Other Injuries of the Nervous System*. London : Walton & Maberly, 1866. 170 p.
37. Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J., Cohen, J. A. (Eds.). *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2009. 665 p.

38. Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books, 2015. 336 p.
39. Karstoft K.-I., Andersen S. B., Bertelsen M., Madsen T. Trajectories of resilience and posttraumatic stress disorder symptoms in soldiers deployed to Afghanistan: prospective cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 2015, Vol. 207, No. 5, P. 361–368. DOI: [10.1192/bjp.bp.114.157933](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.157933).
40. Meyer E. C., La Bash H., DeBeer B. B. et al. Psychological inflexibility predicts PTSD symptom severity in war veterans after accounting for established PTSD risk factors and personality. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2019, Vol. 11, No. 4, P. 383–390. DOI: [10.1037/tra0000358](https://doi.org/10.1037/tra0000358).
41. Nassif T. H., Start A. R., Toblin R. L., Adler A. B. Self-reported mindfulness and soldier health following a combat deployment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2019, Vol. 11, No. 4, P. 466–474. DOI: [10.1037/tra0000413](https://doi.org/10.1037/tra0000413).
42. Nissen L. R., Karstoft K.-I., Vedtofte M. S. et al. Cognitive ability and risk of post-traumatic stress disorder after military deployment: an observational cohort study. *BJPsych Open*, 2017, Vol. 3, No. 6, P. 274–280. DOI: [10.1192/bjpo.bp.117.005736](https://doi.org/10.1192/bjpo.bp.117.005736).
43. Oppenheim H. *Die traumatischen Neurosen: Nach den in der Nervenlinik der Charité zu Berlin gesammelten Beobachtungen dargestellt*. Berlin : Hirschwald, 1889. 182 S.
44. Oppenheim H. *Lehrbuch der Nervenkrankheiten für Ärzte und Studierende*. 7. Aufl. Berlin : Karger, 1923. 1032 S.
45. Schnurr P. P., Green B. L. (Eds.). *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress*. Washington, DC: American Psychological Association, 2004. 340 p.
46. Shalev A. Y., Liberzon I., Marmar C. Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 2017, Vol. 376, No. 25, P. 2459–2469. DOI: [10.1056/NEJMra1612499](https://doi.org/10.1056/NEJMra1612499).

47. Sopilko I. Inclusion and rehabilitation of the military: creating a unified approach for recovery, integration, and support of veterans. *Scientific Works of Kyiv Aviation Institute. Series Law Journal «Air and Space Law»*, 2022, № 1(74), P. 247–256.
48. Sørensen H. J., Andersen S. B., Karstoft K.-I., Madsen T. The influence of pre-deployment cognitive ability on post-traumatic stress disorder symptoms and trajectories: The Danish USPER follow-up study of Afghanistan veterans. *Journal of Affective Disorders*, 2016, Vol. 196, P. 148–153. DOI: [10.1016/j.jad.2016.02.037](https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.037).
49. Stierlin E. *Über die traumatische Neurose und verwandte Krankheitszustände*. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1901, Bd. 27, S. 353–356.
50. van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin Books, 2014. 464 p.
51. Wooley C. F. *The Irritable Heart of Soldiers and the Origins of Anglo-American Cardiology: The U.S. Civil War (1861) to World War I (1918)*. Burlington, VT : Ashgate, 2002. 264 p.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шкала самооінки PCL -М (військова версія)

PCL – шкала самооінки базується на критеріях DSM-IV та містить 17 пунктів – ознак.

Респонденти оцінюють кожний пункт від 1 (зовсім ні) до 5 (дуже виражено), щоб вказати ступінь прояву конкретного симптому впродовж минулого місяця.

Існують три версії PCL – шкали, хоча відмінності досить несуттєві. PCL – М це військова версія, і питання стосуються «травматичного (стресового) військового досвіду».

Інструкція щодо заповнення: внизу перераховано проблеми або скарги, які людина може мати внаслідок стресового (травматичного) військового досвіду.

Будь ласка, прочитайте кожен пункт уважно, та поставте позначку «**X**» у графі, що найбільш чітко відображає частоту, з якою Вас турбувало це питання *минулого місяця*

№;	Питання	Не було зовсім (1)	Інколи (2)	Помірно (3)	Часто (4)	Дуже часто (5)
1	Думки і спогади, що повторюються і турбують, або ж нав'язливі картини травматичного досвіду з минулого?					
2	Повторювані, турбуючі сни про травматичний досвід з минулого?					
3	Чи часто ви починаєте діяти так, як у травмуючій ситуації, або відчуваєтеся, ніби ви ще там, ніби вона знову повторюється (переживаєте ситуацію					

	знову)?					
4	Почуваєтеся пригніченим, засмучуетесь, якщо дещо нагадує вам травматичну ситуацію з минулого?					
5	Фізично реагуєте (тобто сильне серцебиття, проблеми з диханням або сильне потіння) коли щось нагадує вам про травматичний досвід з минулого?					
6	Уникаєте думок або розмов про травматичну ситуацію у минулому або уникаєте почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?					
7	Уникаєте певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам травмуючу ситуацію з минулого?					
8	Відчували труднощі з пригадуванням важливих частин травмуючої ситуації з минулого?					
9	Втрата інтересу до того, що раніше приносило задоволення?					
10	Відчували відстороненість або ж «відрізаність» від інших людей?					
11	Відчували емоційне заціпеніння або неможливість відчувати любов до близьких вам людей?					
12	Відчуття, що ваше майбутнє обрізане?					
13	Труднощі із засинанням або переривчастий поверхневий сон?					

14	Відчуття роздратування або вибухи гніву?					
15	Труднощі з концентрацією уваги?					
16	Постійно «насторожені», занадто пильні, постійно очікуєте на небезпеку?					
17	Відчуваєте себе знервованим/ою (смиканий) або легко лякаєтесь?					

Обробка та інтерпретація результатів

Оцінювання за шкалою **PCL** здійснюється шляхом підрахунку сумарного балу за всі 17 пунктів опитувальника. Кожен пункт оцінюється респондентом за п'ятибальною шкалою від **1** («зовсім ні») до **5** («дуже виражено»), що відображає ступінь прояву кожного симптому протягом останнього місяця. Таким чином, загальний діапазон можливих результатів становить **від 17 до 85 балів**.

Інтерпретація результатів:

Менше 50 балів – симптоматика ПТСР відсутня або проявляється слабо; це не свідчить про наявність клінічно значущого розладу, проте може вказувати на окремі стресові реакції.

50 балів і більше – високий рівень симптомів, сумісних із посттравматичним стресовим розладом; такий результат свідчить про можливу наявність ПТСР і потребує подальшої професійної оцінки.

Додаток Б

Шкала депресії А.Т. Бека

Методика дозволяє виявити наявність депресії та ступінь тяжкості депресивних розладів.

Інструкція: «Прочитайте кожне твердження, розміщене проти порядкових цифр, і виберіть те, яке найбільш точно визначає Ваше самопочуття в даний момент. В рамках пронумерованих позицій можна вибрати декілька тверджень. Отже, спочатку ознайомтеся зі всіма буквеними пунктами розділу, а потім вирішіть, що вірно по відношенню до Вас».

№ з/п	Варіанти відповідей			
	а	б	в	г
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				

Текст опитувальника

1. а) Я почуваю себе добре.
- б) Мені погано.
- в) Мені весь час сумно, і я нічого не можу з собою поробити.

г) Мені так скучно і сумно, що я не в силах більше терпіти.

2. а) Майбутнє не лякає мене.

б) Я боюся майбутнього.

в) Мене ніщо не радує.

г) Моє майбутнє безпросвітно.

3. а) В житті мені переважно щастило.

б) Невдач і провалів було у мене більше, ніж у кого-небудь іншого.

в) Я нічого не добився в житті.

г) Я потерпів повне фіаско – як батько, партнер, дитина, на професійному рівні – словом, усюди.

4. а) Не можу сказати, що я незадоволений.

б) Як правило, я скучаю.

в) Що б я ні робив, ніщо мене не радує, я як заведена машина.

г) Мене не задовольняє абсолютно все.

5. а) У мене немає відчуття, ніби я когось образив.

б) Може, я і образив когось, сам того не бажаючи, але мені про це нічого не відомо.

в) У мене таке відчуття, ніби я всім приношу тільки нещастя.

г) Я погана людина, дуже часто я кривдив інших людей.

6. а) Я задоволений собою.

б) Іноді я відчуваю себе нестерпним.

в) Іноді я відчуваю комплекс неповноцінності.

г) Я абсолютно нікчемна людина.

7. а) У мене не складається враження, ніби я вчинив щось таке, що заслуговує покарання.

б) Я відчуваю, що покараний або буду покараний за щось таке, де став винуватим.

в) Я знаю, що заслуговую покарання.

г) Я хочу, щоб життя мене покарало.

8. а) Я ніколи не розчаровувався в собі.
б) Я багато разів відчував розчарування в самому собі.
в) Я не люблю себе.
г) Я себе ненавиджу.
9. а) Я нічим не гірший за інших.
б) Деколи я припускаюся помилки.
в) Просто жахливо, як мені не щастить.
г) Я сію навколо себе одні нещастя.
10. а) Я люблю себе і не ображаю себе.
б) Іноді я відчуваю бажання зробити рішучий крок, але не наважуюся.
в) Було краще б зовсім не жити.
г) Я подумую про те, щоб покінчити життя самогубством.
11. а) У мене немає причин плакати.
б) Буває, що я і поплачу.
в) Я плачу тепер постійно, так що не можу виплакати.
г) Раніше я плакав, а зараз якось не виходить, навіть коли хочеться.
12. а) Я спокійний.
б) Я легко дратуюсь.
в) Я знаходжуся в постійній напрузі, як готовий вибухнути паровий котел.
г) Мені тепер все байдуже; те, що раніше дратувало мене, зараз ніби мене і не стосується.
13. а) Прийняття рішення не доставляє мені особливих проблем.
б) Іноді я відкладаю рішення на потім.
в) Приймати рішення для мене проблематично.
г) Я взагалі ніколи нічого не вирішую.
14. а) Мені не здається, ніби я виглядаю погано або гірше, ніж раніше.
б) Мене хвилює, що я не дуже добре виглядаю.
в) Справи йдуть дедалі гірше, – я виглядаю погано.
г) Я бридкий, у мене просто відштовхуюча зовнішність.

15. а) Вчинити вчинок – для мене не проблема.
- б) Мені доводиться змушувати себе, щоб зробити який-небудь важливий в житті крок.
- в) Щоб зважитися на що-небудь, я повинен дуже багато попрацювати над собою.
- г) Я взагалі не здатний що-небудь реалізувати.
16. а) Я сплю спокійно і добре висипаюся.
- б) Вранці я прокидаюся більш стомленим, ніж був до того, як заснув.
- в) Я прокидаюся рано і відчуваю себе так, нібито не виспався.
- г) Іноді я страждаю на безсоння, іноді прокидаюся по декілька разів за ніч, в цілому я сплю не більше п'яти годин на добу.
17. а) У мене збереглася колишня працездатність.
- б) Я швидко втомлююся.
- в) Я відчуваю себе стомленим, навіть якщо майже нічого не роблю.
- г) Я настільки втомився, що нічого не можу робити.
18. а) Апетит у мене такий же, яким він був завжди.
- б) У мене пропав апетит.
- в) Апетит у мене набагато гірше, ніж раніше.
- г) У мене взагалі немає апетиту.
19. а) Бувати на людях для мене так само приємно, як і раніше.
- б) Мені доводиться примушувати себе зустрічатися з людьми.
- в) У мене немає ніякого бажання бути в суспільстві.
- г) Я ніде не буваю, люди не цікавлять мене, мене взагалі не хвилює ніщо стороннє.
20. а) Мої еротико-сексуальні інтереси збереглися на колишньому рівні.
- б) Секс вже не цікавить мене так, як раніше.
- в) Зараз я міг би спокійно обходитися без сексу.
- г) Секс взагалі не цікавить мене, я абсолютно втратив до нього потяг.
21. а) Я відчуваю себе цілком здоровим і піклуюся про своє здоров'я

так само, як і раніше.

б) У мене постійно щось болить.

в) Із здоров'ям справи серйозні, я весь час про це думаю.

г) Моє фізичне самопочуття жахливе, болячки просто вимотують мене.

Обробка результатів

За відповіді нараховується:

«а» – 0 балів,

«б» – 1 бал,

«в» – 3 бали,

«г» – 4 бали.

Підраховується загальна сума набраних балів (в тому випадку, якщо в окремих позиціях респондент обирає не одне, а декілька тверджень, рахують їх теж).

Інтерпретація результатів

Ступінь депресії:

0-4 бали – депресія відсутня;

5-7 бали – легкий ступінь депресії;

8-15 бали – середній ступінь депресії;

16 і більше балів – високий рівень депресії.

Шкала тривоги Гамільтона – Hamilton Anxiety Scale (HAM-A)

У клінічній практиці та клінічних дослідженнях найчастіше використовується шкала тривоги Гамільтона, створена в 1959 р. Аналогічно відомій шкалі депресії HAM-D, вона була створена на основі ретельного емпіричного аналізу клінічних даних. Наступні наукові дослідження підтвердили валідність та клінічну значимість шкали. Наразі шкала тривоги Гамільтона – важливий, точний і зручний діагностичний інструмент, що застосовується в повсякденній практиці лікарів-спеціалістів, що часто зустрічаються з тривожними розладами, лікарів-психіатрів. Шкала тривоги Гамільтона є «золотим стандартом» клінічних наукових досліджень, оскільки дозволяє клінічно достовірно оцінити вираженість тривожних розладів у широкому діапазоні.

Стандартними пунктами, що входять до Шкали тривоги Гамільтона є: тривожний настрій; напруга; страхи; інсомнія; інтелектуальні порушення; депресивний настрій; соматичні м'язеві симптоми; соматичні сенсорні симптоми; серцево-судинні симптоми; респіраторні симптоми; гастроінтестинальні симптоми; сечостатеві симптоми; вегетативні симптоми; поведінка при огляді. Процедура проведення обстеження за HAM-A передбачає використання напівструктурованого інтерв'ю, під час якого лікар у тому числі збирає анамнестичні відомості і спостерігає за поведінкою та іншими невербальними проявами досліджуваних психопатологічних феноменів. Шкала не є самоопитувальником, тому не передбачає пред'явлення її пацієнтові або наявність прямих запитань щодо тривоги. Тривалість проведення обстеження за шкалою HAM-A складає 20-30 хвилин.

Шкала складається з 14 пунктів, кожен із яких оцінюється за шкалою Лайкерта від 0 до 4 балів. 13 пунктів відносяться до проявів тривоги в повсякденному житті. Чотирнадцятий – до прояву тривоги при огляді. В шкалі HAM-A варіанти відповідей стандартизовані: кожен пункт може внести рівну

кількість балів у значення шкали, і немає необхідності прописувати окремі варіанти відповідей для кожного пункту, що значно спрощує розуміння шкали і процедуру підрахунку.

Позначка 0 балів означає відсутність симптому; 1 бал – його легкий ступінь; 2 бали – помірний ступінь; 3 бали – тяжкий ступінь; 4 бали – дуже тяжкий ступінь прояву симптому. Загальна сума балів може коливатися від 0 до 56.

Шкала тривоги Гамільтона (HAM-A)

Ступені прояву симптому:					
1 бал – легкий; 2 бали – помірний; 3 бали – тяжкий; 4 бали – дуже тяжкий.					
Симптоми	0	1	2	3	4
1. Тривожний настрій (стурбованість, очікування найгіршого, тривожні побоювання, дратівливість)					
2. Напруження (відчуття напруги, здригання, плаксивість, тремтіння, відчуття занепокоєння, нездатність розслабитися)					
3. Страхи (темряви, незнайомих, самотності, тварин, натовпу, транспорту)					
4. Інсомнія (утруднене засинання, переривчастий сон, що не приносить відпочинку, почуття розбитості і слабкості при пробудженні, кошмарні сни)					
5. Інтелектуальні порушення (утруднення концентрації уваги, погіршення пам'яті)					
6. Депресивний настрій (втрата звичних інтересів та почуття задоволення від хобі, пригніченість, ранні пробудження, добові коливання настрою)					
7. Соматичний м'язовий біль (біль, посмикування, напруга, судоми клонічні, скрипіння зубами, голос, що зривається, підвищений м'язовий тонус)					

8. Соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, відчуття слабкості, поколювання)					
9. Серцево-судинні симптоми (тахікардія, серцебиття, біль у грудях, пульсація в судинах, часті зітхання)					
10. Респіраторні симптоми (тиск і стиснення в грудях, задуха, часті зітхання)					
11. Гастроінтестинальні симптоми (утруднене ковтання, метеоризм, біль у животі, печія, відчуття переповненого шлунку, нудота, блювання, бурчання в животі, діарея, запори, зниження ваги тіла)					
12. Сечостатеві симптоми (прискорене сечовипускання, сильні позиви на сечовипускання, аменорея, менорагія, фригідність, передчасна еякуляція, втрата лібідо, імпотенція)					
13. Вегетативні симптоми (сухість у роті, почервоніння або блідість шкіри, пітливість, головні болі з відчуттям напруги)					
14. Поведінка при огляді (совання на стільці, неспокійна жестикуляція і хода, тремор, нахмурювання обличчя, напружений вираз обличчя, зітхання або прискорене дихання, часте ковтання слини)					

Для отримання загального балу, що відображає рівень тяжкості тривожного розладу, необхідно скласти бали за всіма пунктами. Крім того, перші шість пунктів можуть бути оцінені окремо як прояви тривоги у сфері психіки, а інші вісім – як прояви тривоги в соматичній сфері. Загальна оцінка 6 балів і менше свідчить про відсутність симптомів тривоги; зоною ризику можливої присутності тривожних розладів є діапазон від 7 до 13 балів; оцінка від 14 до 20 балів відповідає наявності легкої тривоги; оцінка від 21 до 28 балів є ознакою середньої вираженості тривожного розладу (симптоматична тривога); про наявність важкого ступеня тривоги свідчить оцінка понад 29 балів.

Шкала оцінки рівня реактивної (ситуативної) та особистісної тривожності Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна

Методика є інформативним способом самооцінки рівня тривожності в даний момент (реактивна тривожність, як стан) і особистісної тривожності (як стійка характеристика людини). Розроблена Ч.Д. Спілбергером і адаптована Ю.Л. Ханіним.

А. Шкала самооцінки реактивної тривожності

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте в даний момент. Над твердженнями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає».

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
1.	Я спокійний	1	2	3	4
2.	Мені ніщо не загрожує	1	2	3	4
3.	Я знаходжуся в стані напруги	1	2	3	4
4.	Я відчуваю жаль	1	2	3	4
5.	Я почуваю себе вільно	1	2	3	4
6.	Я засмучений	1	2	3	4
7.	Мене хвилюють можливі невдачі	1	2	3	4
8.	Я відчуваю себе відпочилим	1	2	3	4
9.	Я собою не вдоволений	1	2	3	4
10.	Я відчуваю внутрішнє задоволення	1	2	3	4
11.	Я впевнений у собі	1	2	3	4
12.	Я нервую	1	2	3	4
13.	Я не знаходжу собі місця	1	2	3	4
14.	Я напружений	1	2	3	4
15.	Я не почуваю скутості, напруженості	1	2	3	4

16.	Я задоволений	1	2	3	4
17.	Я занепокоєний	1	2	3	4
18.	Я занадто збуджений і мені не по собі	1	2	3	4
19.	Мені радісно	1	2	3	4
20.	Мені приємно	1	2	3	4

Б. Шкала самооцінки особистісної тривожності

Інструкція: «Прочитайте уважно кожне з приведених нижче тверджень і закресліть відповідну цифру праворуч від кожного з тверджень залежно від того, як Ви себе почуваєте звичайно. Над твердженнями довго не замислюйтеся, оскільки правильних чи неправильних варіантів відповідей немає».

№ з/п	Твердження	Варіанти відповідей			
		Ні, це не так	Мабуть, так	Вірно	Цілком вірно
21.	Я відчуваю задоволення	1	2	3	4
22.	Я дуже швидко втомлююся	1	2	3	4
23.	Я легко можу заплакати	1	2	3	4
24.	Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	1	2	3	4
25.	Я програю від того, що недостатньо швидко приймаю рішення	1	2	3	4
26.	Звичайно я почуваю себе бадьорим	1	2	3	4
27.	Я спокійний, холонокровний і зібраний	1	2	3	4
28.	Очікувані труднощі звичайно дуже тривожать мене	1	2	3	4
29.	Я занадто переживаю через дрібниці	1	2	3	4
30.	Я цілком щасливий	1	2	3	4
31.	Я приймаю все занадто близько до серця	1	2	3	4
32.	Мені не вистачає впевненості в собі	1	2	3	4

33.	Звичайно я почуваю себе в безпеці	1	2	3	4
34.	Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	1	2	3	4
35.	У мене буває хандра	1	2	3	4
36.	Я задоволений	1	2	3	4
37.	Усякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1	2	3	4
38.	Я так сильно переживаю свої розчарування, що потім довго не можу про них забути	1	2	3	4
39.	Я врівноважена людина	1	2	3	4
40.	Мене охоплює сильне занепокоєння, коли я думаю про свої справи і турботи	1	2	3	4

Обробка результатів

Показники реактивної тривожності (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) підраховуються окремо за формулами:

$$1. \quad \text{Реактивна тривожність} = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 50,$$

де Σ_1 – сума закреслених на бланку цифр за пунктами шкали 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17, 18;

Σ_2 – сума інших закреслених цифр (пункти 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20).

$$2. \quad \text{Особистісна тривожність} = \Sigma_1 - \Sigma_2 + 35,$$

де Σ_1 – сума закреслених цифр на бланку за пунктами шкали 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40;

Σ_2 – сума інших цифр за пунктами 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39.

Інтерпретація результатів

Для інтерпретації результатів використовуються такі орієнтовані оцінки:

0-30 балів – низький рівень тривожності;

31-45 балів – середній рівень тривожності;

вище 45 балів – високий рівень тривожності.