

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Західноукраїнський національний університет

Навчально-науковий інститут новітніх освітніх технологій

Кафедра правознавства і гуманітарних дисциплін ВННІЕ

СИДОРЕНКО Михайло Михайлович

**Арт-терапія як засіб психокорекції посттравматичних розладів
військовослужбовців / Art Therapy as a Means of Psychocorrection for Post-
Traumatic Disorders in Military Personnel**

спеціальність: 053 – Психологія

освітньо-професійна програма – Психологія

Кваліфікаційна робота

Виконав студент групи

ПСЗМ-22

М. М. Сидоренко

ТЕРНОПІЛЬ-2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АРТ-ТЕРАПІЇ У ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	7
1.1. Психологічні особливості посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців.....	7
1.2. Арт-терапія як метод психокорекції у військовослужбовців.....	7
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ АРТ-ТЕРАПІЇ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ.....	28
2.1. Обґрунтування методів та етапів дослідження.....	28
2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження.....	36
РОЗДІЛ 3. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ З ПТСР.....	48
3.1. Програма психокорекційних занять з елементами арт-терапії.....	48
3.2. Аналіз результатів контрольного етапу дослідження після проведення психокорекційних занять.....	54
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	63
ДОДАТКИ.....	72

ВСТУП

Актуальність теми. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у військовослужбовців належить до пріоритетних проблем сучасної психології здоров'я та психічної реабілітації. Зростання кількості осіб з травматичним досвідом служби супроводжується високим навантаженням на систему медико-психологічної допомоги та потребою в доказово ефективних, безпечних і доступних методах психокорекції. На тлі домінування вербально орієнтованих підходів до лікування ПТСР (когнітивно-поведінкові, нарративні, експозиційні моделі) все більшої уваги набувають методи, що залучають невербальні канали опрацювання травматичного досвіду, зокрема арт-терапія. Вона поєднує можливості сенсомоторної регуляції, зовнішньої репрезентації афекту, безпечної символізації подій та відновлення відчуття контролю й агентності, що є критично важливим у роботі з військовими.

Стан наукової розробленості проблеми. У вітчизняних і зарубіжних дослідженнях описано клінічні прояви ПТСР у військових, фактори ризику та резилієнтності, коморбідні стани (тривога, депресія, безсоння), а також загальні принципи психокорекції травматичного стресу. Водночас кількість робіт, що системно оцінюють ефективність саме програм арт-терапії для військовослужбовців із використанням стандартизованих інструментів і чітких протоколів втручання, залишається обмеженою. Існує брак уніфікованих описів модулів занять, критеріїв включення/виключення учасників, алгоритмів безпеки при можливій дистрес-реакції, а також недостатньо представлені дані щодо середніх і довгострокових ефектів у вітчизняному контексті.

Світові тенденції та інноваційний досвід. У провідних реабілітаційних практиках (ветеранські служби, військово-медичні центри, університетські клініки) арт-терапія інтегрується як доповнення до психотерапевтичних протоколів, застосовується у групових та індивідуальних форматах, поєднується з елементами нарративної, музико- та фототерапії. Виокремлюються модулі, спрямовані на стабілізацію (grounding), роботу з

ідентичністю, безпечну реконструкцію травматичної пам'яті, опанування навичок емоційної регуляції. Наголошується на стандартизації програм, системній оцінці ефективності та дотриманні етичних норм при роботі з бойовою травмою.

Зв'язок роботи з практичними завданнями. Для центрів психологічної реабілітації військовослужбовців актуальним є впровадження коротких, структурованих і відтворюваних програм, які можуть проводити фахівці після відповідної підготовки, а результати — вимірювати за допомогою валідованих шкал. Запропонована робота спрямована на емпіричну перевірку впливу програми з елементами арт-терапії на інтенсивність симптомів ПТСР та супутніх проявів у військових, а також на розроблення практичних рекомендацій для фахівців.

Мета дослідження — теоретично обґрунтувати та емпірично перевірити ефективність арт-терапії як методу психокорекції ПТСР у військовослужбовців і на цій основі розробити практичні рекомендації щодо її застосування у реабілітаційній практиці.

Об'єкт дослідження — процес психокорекції посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців.

Предмет дослідження — вплив програми психокорекційних занять з елементами арт-терапії на інтенсивність симптомів ПТСР та пов'язаних психоемоційних показників у військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження полягає в тому, що участь у структурованій програмі арт-терапії статистично значуще знижує інтенсивність симптомів ПТСР у військовослужбовців порівняно з початковим рівнем (і/або порівняльною групою), а також покращує показники емоційної регуляції та суб'єктивного благополуччя.

Завдання дослідження:

- Проаналізувати психологічні особливості ПТСР у військовослужбовців, узагальнити сучасні наукові підходи до психокорекції травматичного стресу.

- Розкрити теоретико-методологічні засади арт-терапії як методу психокорекції ПТСР, окреслити механізми її дії та етичні вимоги безпечної практики.
- Розробити дизайн емпіричного дослідження впливу арт-терапії, описати вибірку, інструментарій та процедуру проведення.
- Провести констатувальний етап, здійснити вимірювання базових показників та їх аналіз.
- Реалізувати програму психокорекційних занять з елементами арт-терапії та провести контрольні вимірювання.
- Здійснити статистичний аналіз отриманих даних, оцінити розмір ефекту та клінічну значущість змін.
- Розробити практичні рекомендації щодо впровадження арт-терапії у роботу з військовослужбовцями з ПТСР, визначити обмеження дослідження і перспективи подальших розвідок.

Методи дослідження.

— Теоретичні: аналіз, синтез, узагальнення наукових джерел з проблематики ПТСР та арт-терапії.

— Для емпіричної частини дослідження були обрані три психодіагностичні методики: шкала PCL-5 для оцінки симптомів ПТСР, шкала PHQ-9 для вимірювання депресії та шкала GAD-7 для оцінки рівня тривожності, що дозволяють комплексно оцінити психічний стан учасників дослідження.

— Експериментальні: впровадження програми психокорекційних занять з елементами арт-терапії у груповому/індивідуальному форматі.

— Статистичні: описова статистика; порівняльні тести для пов'язаних/незалежних вибірок; розрахунок розмірів ефекту та довірчих інтервалів; оцінка частки учасників із клінічно значущим покращенням.

— Етичні: інформована згода, конфіденційність, алгоритм дій при дистрес-реакціях, супервізійний супровід фахівця.

Наукова новизна полягає у поєднанні теоретичного обґрунтування та емпіричної перевірки структурованої програми арт-терапії, адаптованої до

потреб військовослужбовців, із застосуванням стандартизованих індикаторів результативності та чітко описаних протоколів безпеки.

Практична значущість полягає у можливості впровадження розробленої програми в закладах психологічної реабілітації військовослужбовців, використанні методичних матеріалів для підготовки фахівців (психологів, арт-терапевтів), а також у створенні підґрунтя для подальшої стандартизації та оцінювання ефективності подібних втручань у вітчизняному контексті.

Апробація результатів дослідження.

Публікації за темою роботи:

Структура та обсяг роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг становить [78] сторінок, містить [6] таблиць, [3] рисунки, [60] найменувань у бібліографії.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АРТ-ТЕРАПІЇ У ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

1.1. Психологічні особливості посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців

Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців постає як комплексний психічний стан, що формується внаслідок переживання екстремальних подій із реальною або загрожуючою небезпекою для життя та цілісності особистості. Його ядро становлять персистентні симптоми, пов'язані з нав'язливим відтворенням травматичного досвіду, хронічним фізіологічним та психологічним напруженням і намаганнями уникати всього, що нагадує про подію. У військовому контексті ці симптоми набувають специфічного забарвлення через бойову обстановку, колективні норми підрозділу, вимоги дисципліни та особливу структуру взаємин відповідальності й довіри між побратимами [50].

Клінічна картина посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців формується як сукупність взаємопов'язаних кластерів, що взаємно підсилюють і закріплюють один одного. У центрі перебігу часто опиняються феномени повторного переживання, коли травматичні фрагменти пам'яті прориваються у свідомість поза волею людини. Це можуть бути раптові, майже тілесно відчутні спалахи образів, звуків і запахів, які накочуються без попередження і створюють ілюзію негайної загрози. Нічні жахіття нерідко мають варіативний, але тематично споріднений зміст: сновидіння не завжди дослівно відтворюють подію, однак несуть її емоційний тон, від якого важко відновитися навіть після пробудження. До цього блоку інколи долучаються дисоціативні явища, як-от короткі епізоди дереалізації чи деперсоналізації, коли світ здається нереальним або «відстороненим», а власні

реакції — відокремленими від «я». Для військових характерна висока чутливість до так званих тактичних тригерів: різкі хлопки, рокіт важкої техніки, свист повітря, миготіння аварійних маячків, запах дизелю чи металу, тактильні відчуття пилу або піску на шкірі. У мирному середовищі подібні стимули можуть раптово активувати «бойову готовність», провокуючи спалахи страху або гніву, а також порив до негайної дії, ніби небезпека щойно повернулася [39].

Другий вимір клінічної картини пов'язаний з униканням у різних його формах. Людина намагається дистанціюватися від будь-яких зовнішніх нагадувань: змінює маршрути, уникає місць скупчення людей, оминає зустрічі з побратимами, які можуть «розворушити» спогади, відмовляється від інформаційних потоків, де трапляються воєнні сюжети. Паралельно розгортається внутрішнє уникання, коли робляться напружені спроби не думати про пережите, «заглушити» емоції, не дозволяти собі смутку чи сліз, оминати будь-які тілесні відчуття, що натякають на тривогу. Тимчасове полегшення, яке приносить така стратегія, підкріплює її повторення, однак у довшій перспективі саме вона утримує симптоми, не дозволяючи нервовій системі інтегрувати травматичні спогади у зв'язний, безпечніший наратив.

Третій напрям проявів стосується стійких змін у сфері мислення і настрою. Поступово знижується базова довіра до світу і людей, формується відчуження від близьких, з'являється переконання у власній «зіпсованості» або нездатності впливати на події. Почуття провини і сорому можуть бути як рефлексією на конкретні епізоди, так і наслідком моральної травми, коли порушено фундаментальні етичні уявлення про добро, обов'язок і справедливість. Втрачається інтерес до активностей, що раніше давали опору і сенс; емоційна палітра збіднюється, погляд на майбутнє стає жорстко песимістичним. Когнітивні схеми набувають ригідності: узагальнення на кшталт «світ завжди небезпечний», «нікому не можна довіряти», «я не маю права на слабкість» здаються корисними для самозахисту, але обмежують гнучкість реагування і ускладнюють відновлення стосунків [43].

Четвертий блок охоплює прояви гіперактивації, що віддзеркалюють перманентне переналаштування нервової системи на режим настороженості. Підвищена пильність змушує постійно «сканувати» простір, відстежуючи потенційні загрози; різка реакція переляку виникає навіть на нейтральні стимули, втома накопичується через фрагментований сон, засинання ускладнюється, а нічні пробудження позбавляють відновлення. Дратівливість і імпульсивні спалахи гніву посилюють конфлікти в побуті та на роботі, труднощі концентрації знижують здатність до навчання і виконання складних завдань. Важливо, що багато з цих реакцій були функціонально виправданими у бойовій обстановці: швидке перемикання уваги, миттєва мобілізація, сканування секторів, готовність до рішучої відповіді допомагали виживати і захищати товаришів. У цивільному житті ці самі навички стають джерелом дистресу, бо соціальний контекст очікує уповільнення, довіри, делегування контролю і терпимості до непередбачуваних дрібниць, які не несуть об'єктивної загрози [14].

Разом ці кластери вибудовують специфічну динаміку, у якій кожен наступний день без обробки травматичного досвіду посилює закріплені зв'язки між тригерами і реакціями. Інтрузивні спогади підживлюють уникання, уникання не дозволяє зменшити чутливість до тригерів, негативні переконання фільтрують досвід у бік підтвердження небезпеки, а гіперактивація тримає тіло у виснажливому тонусі, руйнуючи сон і відновлення. Розуміння цього взаємопереплетіння важливе не тільки для діагностичної точності, а й для побудови корекційних стратегій: допомога має враховувати сенсорні й тілесні канали, через які травма «утримується», працювати з безпечним наближенням до пам'яті події, відновлювати здатність розпізнавати й називати емоції, пом'якшувати ригідні переконання та поступово трансформувати бойові патерни реагування у навички, придатні для цивільного життя. Саме така логіка дозволяє зменшувати інтенсивність симптомів, повертаючи людині відчуття внутрішнього контролю і можливості вибору у ситуаціях, де раніше домінували автоматичні, болісні відповіді [26].

Моральна травма постає як окремий, хоч і тісно переплетений із ПТСР, вимір травматичного досвіду, у якому ядро страждання лежить не стільки в страху за життя, скільки в пораненні етичної та екзистенційної основи «я». Вона виникає тоді, коли людина була змушена діяти всупереч власним моральним принципам, не змогла запобігти злу чи втратам, стала свідком або учасником подій, що перевершують межі уявлень про справедливість і людяність, або зазнала зради довіри з боку значущих авторитетів чи системи. У таких ситуаціях руйнується відчуття внутрішньої цілісності, порушується базова модель світу й себе в ньому: замість колишньої опори з'являється виснажливий конфлікт між уявленням про те, яким «маю бути», і пам'яттю про те, що довелося зробити чи пережити.

Емоційний ландшафт моральної травми насичений провинною, соромом і гнівом, причому провинна частіше спрямована на себе, а гнів — на тих, хто ухвалював рішення або не забезпечив можливості діяти інакше. Сором має тотальний характер і не зводиться до жалю про конкретний вчинок: він підточує саме відчуття гідності, змушує уникати близькості, віддалятися від побратимів і рідних, скасовувати власне право на допомогу та співчуття. До цього додається переживання зради — коли накази, правила або інституції, покликані захищати, виявилися джерелом морального конфлікту. Усе це породжує ригідні самозвинувачувальні настанови, що закріплюють ізоляцію і перешкоджають зверненню по підтримку, адже будь-яке полегшення здається «незаслуженим», а спроби говорити про пережите — небезпечними для залишків самоповаги [45].

Клінічно моральна травма може маскуватися під депресивні й тривожні стани, посилювати симптоми ПТСР та підживлювати поведінкові стратегії уникання, але її центральний зміст — не страх, а порушення моральної ідентичності та сенсу. Людина може нав'язливо повертатися до контрфактичних сценаріїв — «мав зробити інакше», «повинен був урятувати», — і водночас втрачати здатність приймати підтримку, бо будь-яке полегшення інтерпретується як зрада пам'яті про загиблих або як самовиправдання. Так

формується замкнене коло: провина і сором підсилюють мовчання, мовчання консервує внутрішній розрив, а розрив підтримує дистрес і роз'єднаність із людьми, які могли б стати ресурсом відновлення.

Подолання наслідків моральної травми потребує не лише зниження фізіологічної гіперактивації чи ослаблення інтрузивних спогадів, а й роботи на рівні значень, цінностей і відновлення порушених зв'язків. Важливими стають безпечно проговорення морального конфлікту без засудження, свідоцтво з боку інших про цінність і гідність особи, опрацювання меж відповідальності та контексту прийнятих рішень, а інколи — участь у практиках символічного відновлення, ритуалах вшанування і спільнотних актах, що повертають людину до кола належності. Саме така траєкторія — від сорому до визнання, від ізоляції до свідчення, від самозвинувачення до диференційованого розуміння — створює умови для зцілення моральної основи «я» і відкриває можливість інтегрувати пережите у життєвий наратив без втрати людської гідності [18].

Психологічні особливості ПТСР у військових зумовлені не лише інтенсивністю пережитих подій, а й тим, як організоване життя підрозділу та які цінності там підтримуються. Служба пропонує чіткі орієнтири: зрозумілу ієрархію, розподіл ролей, спільну місію, щоденний ритм взаємної відповідальності й довіри. Ця «опорна рама» підсилює стійкість: згуртованість зменшує відчуття самотності перед загрозою, наявність сенсу допомагає витримувати втрати, а внутрішні ритуали — від коротких брифінгів до неписаних правил взаємопідтримки — структурують хаос і повертають контроль. У таких умовах навіть важкі переживання набувають окреслених контурів: вони розділені з побратимами, вмонтовані в ланцюг «завдання — виконання — звіт», і тому менше руйнують відчуття цілісності «я» [23].

Водночас та сама культура виробляє норми, які ускладнюють своєчасне звернення по допомогу. Негласна вимога «тримати себе в руках», звичка стримувати емоційні прояви, побоювання зіпсувати репутацію або отримати ярлик «ненадійного» вступають у конфлікт із потребою говорити про біль, безсоння, провину та страх. Формується замкнене коло: чим сильніше

симптоми, тим інтенсивніше людина їх приховує; чим ретельніше приховує, тим менше отримує коригувального досвіду підтримки й прийняття. Додаються інституційні тривоги — сумніви в конфіденційності, страх кар'єрних наслідків, невпевненість у компетентності цивільних фахівців щодо «тактичної реальності». Навіть коли доступ до допомоги є, внутрішня установка «справжній боєць справляється сам» відсуває перший крок на невизначене «потім» [52].

Після повернення в мирний простір на передній план виходить напружений процес переосмислення ідентичності. Те, що було адаптивним у бою, — швидке сканування середовища, готовність до миттєвої відповіді, жорстка самодисципліна, — у цивільному житті часто сприймається як надмірна настороженість або різкість. Ролі змінюються: замість чіткої вертикалі наказів — багатоголосся сімейних потреб і компромісів; замість відчутної місії — буденність, що здається беззмістовною на тлі пережитого. У цьому розриві легко народжується суміш злості й виснаження, а поруч із інтрузивними спогадами розгортається боротьба за збереження «воїнського ядра» без втрати здатності бути партнером, батьком, другом. Сімейна система також потребує переналаштування: близькі не завжди розуміють бойові коди мовчання і економію слів, насторожуються від різких реакцій, а спроби «пожаліти» можуть сприйматися як загроза автономії або компетентності.

На цю внутрішню роботу накладаються міжособистісні й організаційні чинники. Якщо командири і неформальні лідери моделюють турботу і нормалізують звернення по психологічну підтримку, бар'єри зменшуються; якщо ж у підрозділі культивується «культура невразливості», симптоми консервуються. Багато залежить і від «мостів» між військовим і цивільним світами: чи є безпечні точки входу до допомоги, чи залучені ветерани як наставники, чи подаються психологічні сервіси мовою, що поважає бойовий досвід. Коли ці умови не виконуються, формується змішаний стан: людина одночасно намагається відповідати внутрішньому кодексу честі воїна і долати наслідки травми, але без зовнішньої валідазації й чітких рамок реінтеграції цей

двобій виснажує, підживлює уникання і затуляє пошук ефективної допомоги [21].

Зрештою, переплетення службового досвіду, групових норм і особистих смислів визначає як уразливості, так і точки росту. Там, де зберігається відчуття належності до спільноти, де є можливість перевкласти дисципліну та майстерність у цивільні ролі, де присутній теплий, але безоціночний зворотний зв'язок, ПТСР втрачає монополію на розповідь про минуле. Воїнська ідентичність не зникає, а трансформується: «бути сильним» починає включати здатність приймати підтримку, говорити про важке і вчитися нових способів регуляції, які працюють поза полем бою. Саме в цій точці стигма поступається місцем гідності, а шлях до допомоги стає продовженням служби — служби життю, стосункам і власній цілісності [44].

Важливою характеристикою клінічного профілю є виражена коморбідність: симптоми посттравматичного стресового розладу часто переплітаються з тривожними і депресивними проявами, різними формами порушень сну, вживанням або зловживанням психоактивними речовинами, а також із соматоформною симптоматикою, коли психологічний дистрес «переводиться» у тілесні скарги. Тривожність посилює настороженість і підживлює ухиляння від тригерів, депресивний настрій знижує мотивацію та енергію для реабілітаційних кроків, а соматичні відчуття — стискання у грудях, головний біль, біль у спині, шлунково-кишковий дискомфорт, тремтіння — створюють враження постійної фізичної недуги, що ускладнює усвідомлення психологічного джерела страждання і затуляє звернення по спеціалізовану допомогу. На цьому тлі вживання алкоголю чи седативних препаратів сприймається як швидкий спосіб «приглушити» тривогу, нічні спалахи страху або нав'язливі спогади, проте з часом формує порочне коло, погіршуючи якість сну, підвищуючи дратівливість і посилюючи денну втомлюваність [57].

Порушення сну займають центральне місце в цій взаємодії. Безсоння, тривале засинання, часті пробудження, яскраві жахіття і відчуття виснаження після сну не лише віддзеркалюють загальний рівень гіперактивації, а й

підтримують сам розлад, позбавляючи мозок можливості вночі переробляти емоційний матеріал і «переписувати» асоціації загрози на безпечніші контексти. Фрагментований сон руйнує механізми відновлення, збільшує фізіологічну реактивність, знижує толерантність до стресу, ускладнює доступ до тонкої емоційної регуляції. Людина прокидається вже у стані напруги, і будь-який незначний стимул легше провокує різку реакцію переляку або спалах гніву, після чого заснути наступної ночі стає ще важче — так закріплюється хронічний цикл перевантаження нервової системи [12].

Денне функціонування відчутно страждає під тиском дратівливості, втоми та труднощів концентрації. У навчальних або робочих завданнях важче утримувати увагу на складних діях, планувати кроки, завершувати розпочате, що породжує додаткове відчуття неефективності й самоосуд. У сімейних стосунках накопичена напруга проявляється у нетерпимості до дрібних побутових збоїв, різкості у відповідях, схильності до ізоляції; близькі, не розуміючи джерела реакцій, можуть сприймати їх як байдужість або ворожість, що загострює конфлікти і поглиблює почуття самотності. На робочому місці чи в навчанні подібна динаміка призводить до пропусків, помилок, непорозумінь із керівництвом і колегами, втрати інтересу до професійних завдань — і знову ж таки підсилює депресивний вектор, зменшуючи готовність звертатися за підтримкою. Таким чином, коморбідність не є «додатком» до ПТСР, а формує з ним взаємопов'язану систему підтримувальних механізмів, у якій порушення сну, емоційна реактивність, соматичні скарги та компенсаторні форми поведінки взаємно підсилюються, визначаючи як інтенсивність страждання, так і складність реінтеграції в повсякдення [53].

З позицій психології переживання травми важливо підкреслити роль когнітивних схем і процесів пам'яті. Травматичні спогади часто зберігаються як розрізнені сенсорні фрагменти, що не інтегровані у послідовний наратив. Це робить їх більш вразливими до неконтрольованих вторгнень у свідомість і ускладнює осмислення події у координатах власної життєвої історії. Паралельно формуються жорсткі узагальнення, покликані захистити від

повторної загрози, але ціна такого захисту — втрата гнучкості мислення, звуження діапазону поведінкових реакцій і відчуття життєвих можливостей. Виникає замкнене коло, у якому уникання короткочасно знижує напругу, але довгостроково підтримує симптоми, бо не дає переживанням набути нових значень і вписатися у безпечніші асоціативні мережі [42].

Додаткові психологічні особливості стосуються тілесного виміру травми. Для багатьох військових характерна висока тілесна настороженість, схильність інтерпретувати нейтральні сигнали як потенційні загрози, а також труднощі з розпізнаванням і названням власних емоційних станів. Переважання сенсомоторних реакцій над вербальною рефлексією пояснює, чому в частини осіб словесне опрацювання досвіду виявляється недостатнім або занадто виснажливим на ранніх етапах допомоги. За цих умов методи, що активують альтернативні канали самовираження і регуляції, створюють місток між тілесним і символічним рівнями переживання, полегшуючи поступову інтеграцію пам'яті про подію [30].

Фактори ризику і захисту мають багаторівневу природу. До ризиків належать інтенсивність і тривалість бойового впливу, втрати у підрозділі, поєднання травматичних подій, попередній досвід травми, обмежені соціальні підтримки, зловживання алкоголем чи іншими речовинами, а також жорсткі особистісні настанови щодо емоційної експресії. До протекторних чинників відносять наявність надійних стосунків і авторитетних фігур підтримки, досвід ефективного подолання у минулому, гнучкість мислення, здатність до мікрорегуляції емоцій і відновлення тілесної рівноваги, доступ до структурованих реабілітаційних програм. Важливу роль відіграє контекст повернення: чіткі соціальні ролі, зрозумілі кроки реінтеграції, визнання внеску і зменшення стигми щодо звернення по психологічну допомогу сприяють зниженню симптомів і формуванню нової стабільної ідентичності.

Перебіг ПТСР може бути гострим, хронічним або з відстроченим початком. У військовослужбовців нерідко спостерігається флюктуаційний характер симптоматики із загостреннями під впливом тригерів, дат і ситуацій,

які нагадують про бойовий досвід. На динаміку впливають не тільки індивідуальні ресурси, а й організаційні умови: доступність послідовної допомоги, скоординована робота медичних і психологічних служб, можливості для безпечної соціальної активності й працевлаштування, підтримка з боку сім'ї та спільноти.

Окремої уваги заслуговує феномен внутрішнього конфлікту між нормативними військовими цінностями та потребою у вразливості, без якої неможливе одужання. Для багатьох звернення по допомогу виглядає як загроза образу компетентного бійця, а розповідь про пережите — як ризик втрати контролю. Тому психокорекційні стратегії мають враховувати необхідність поступової побудови безпеки, поваги до темпу клієнта і його права обирати рівень відкритості. Довіра, що вибудовується на основі прозорих рамок, передбачуваності і ясних правил, знижує гіперпильність і створює умови для наростання здатності витримувати емоційні стани без уникання [22].

Психологічні особливості ПТСР у військовослужбовців безпосередньо визначають вимоги до підходів, що застосовуються у психокорекції. Пріоритетними виступають методи, здатні поєднати стабілізацію та емпатійне ставлення до травматичної пам'яті з розширенням репертуару саморегуляції. У цьому контексті підвищується значущість практик, які поважають дефіцит довіри до суто вербальних процедур і пропонують безпечний простір для зовнішньої репрезентації складних переживань, поступового зміщення фокусу з реактивності на агентність, з фрагментованих образів на зв'язний наратив, з ізоляції на відновлення зв'язків із собою, побратимами і цивільним оточенням. Такий підхід відкриває можливості для інтеграції травматичного досвіду у життєву історію без редукції його значення і без повторної ретравматизації, що становить необхідне підґрунтя для ефективного впровадження програм психокорекції у наступних розділах роботи.

1.2. Арт-терапія як метод психокорекції у військовослужбовців

Арт-терапія у роботі з військовослужбовцями постає як цілісний підхід, у якому невербальні і символічні засоби вираження допомагають безпечніше наближатися до травматичного досвіду, знижувати фізіологічну гіперактивацію, відновлювати відчуття контролю та переозначувати смисли подій. На відміну від суто вербальних методів, де центральним механізмом змін є словесне осмислення травматичних спогадів і модифікація когнітивних схем, арт-терапевтичні практики залучають сенсомоторний, образний і афективний рівні переживання. Вони створюють проміжний простір між внутрішнім досвідом і зовнішньою реальністю, в якому складні емоції можна матеріалізувати, спостерігати, видозмінювати і поступово інтегрувати без перевантаження системи саморегуляції. Для військових така траєкторія часто виявляється прийнятнішою на початкових етапах, адже відповідає їхній звичці діяти через практику, а не через детальне проговорення, і водночас шанує потребу в контролі над ступенем розкриття пережитого [33].

Терапевтичний ефект арт-практик вибудовується як багаторівневий процес, у якому кілька механізмів працюють синхронно й взаємопосилувально. Насамперед ідеться про зовнішню матеріалізацію внутрішнього досвіду: коли тривожні образи, неоформлені афекти чи фрагменти пам'яті набувають форми лінії, плями, фактури, об'ємного об'єкта або кадру на фото, вони перестають бути суцільною безформною загрозою. Винесений «назовні» зміст можна роздивлятися з різної відстані, обертати, масштабувати, змінювати деталі, додавати чи прибирати елементи. Це створює відчуття керованості там, де раніше панував безсиллячий автоматизм, і поступово повертає суб'єктові позицію спостерігача й автора. Сам факт, що складні переживання існують тепер як предмет із межами, дозволяє будувати з ними нові, менш загрозливі відносини: не «воно захоплює мене», а «я вирішую, як із цим поводитися».

Не менш важливою є структурна рамка творчого процесу, яка виконує функцію психологічного контейнера. Кожна сесія має передбачуваний початок

і завершення, чітку інструкцію, визначені матеріали та часові межі, а всередині — послідовність кроків, що задає ритм і темп. Така організація досвіду повертає відчуття порядку і передбачуваності, зменшує тривогу очікування, допомагає тримати дистанцію від перевантажувальних стимулів. Клієнт обирає ступінь деталей і складність завдання, може працювати спершу з абстрактними формами і нейтральними палітрами, поступово переходячи до більш насичених сюжетів і кольорів у міру зростання толерантності до афекту. Усередині цієї рамки легше відслідковувати власні стани, зупинятися, коли інтенсивність підвищується, і завершувати роботу у відновлювальному режимі, що створює досвід контрольованого наближення й віддалення від травматичної теми без ре-травматизації [29].

Тіло та сенсорика в арт-терапії виступають провідниками регуляції. Ритмічні, повторювані рухи пензля, натискання олівця, ліплення з глини, розтягування й притиск матеріалів до поверхні активують механізми заземлення: увага природно зміщується до дотику, ваги, температури, текстури, що знижує рівень гіперактивації. Зміна темпу і сили натиску надає можливість «проживати» інтенсивність у безпечному діапазоні, а паузи між діями — повертатися до дихання та опор. Робота з різними фактурами вчить розпізнавати і дозувати тілесні відчуття, а отже — підвищує чутливість до ранніх сигналів перевантаження і дає інструменти для самозаспокоєння ще до того, як емоція вибухне. У груповому форматі додатково спрацьовує ефект співналаштування: спільний ритм, схожа моторика, подібна послідовність дій створюють фон безпеки й приналежності, на якому легше знижувати оборони і відкривати доступ до більш тонких шарів переживання [27].

Окремий пласт змін забезпечує символізація та метафоризація. Коли невимовне набуває образної мови — кольору, композиції, масштабу, взаєморозташування фігур — з'являється шлях до опосередкованого висловлення того, що ще не готове до прямого проговорення. Символи дозволяють утримати складність без редукції: один і той самий знак може вмщати суперечливі почуття — втрату й надію, провину й прагнення до

примирення. Завдяки цьому відкривається простір для нових інтерпретацій і смислових переходів: змінивши деталь, додавши акцент, посунувши межу, людина переживає мікродосвід трансформації, який поступово переноситься на рівень мислення та стосунків. У підсумку всі ці механізми — зовнішня репрезентація, структурована рамка, сенсомоторна регуляція та символічне опосередкування — взаємодіють як єдина система. Вони повертають відчуття агентності, розширюють арсенал способів самопомоги, пом'якшують ригідні переконання і створюють умови для обережного, але сталого наближення до інтеграції травматичного досвіду у життєвий наратив [17].

Специфіка військового досвіду висуває особливі вимоги до підбору технік, матеріалів і організації простору, тож арт-терапевтичне втручання доцільно проектувати як «малотриггерне» і цілком передбачуване. Оптимально використовувати водорозчинні фарби з мінімальним запахом, олівці, пастель, фломастери на водній основі, папір підвищеної щільності, повітряно-сухі пластичні матеріали без різких ароматів, клей-олівець замість аерозольних фіксаторів, а також інструменти без гострих країв. Варто уникати розчинників, аерозолів, інтенсивних пахощів, матеріалів зі скляними чи металевими елементами, що можуть викликати асоціації з обладнанням чи боєприпасами; обережно поводитися з кольорами та фактурами, які у конкретних учасників мають «бойові» асоціації. Простір краще робити нейтральним і контрольованим: м'яке розсіяне освітлення без мерехтіння, приглушені звуки, можливість відчиненого проходу, вільний доступ до виходу, можливість обрати місце спиною до стіни та візуальний огляд кімнати. Рамка сесії має бути оголошена заздалегідь і дотримана без коливань у часі, із правом учасника регулювати інтенсивність і темп роботи, мати «сигнал безпеки» для паузи й повернення до заземлення та чіткий план дій на випадок раптової дистрес-реакції [8].

Індивідуалізація завдань є ключем до збереження контролю: учасник сам обирає ступінь наближення до травматичної теми, починаючи з абстрактних форм, нейтральних палір і простих моторних дій, які підтримують ритм і

заспокоєння, і лише з часом переходячи до сюжетів із символічними відсилками. Корисно проектувати «сходінку інтенсивності» для кожного завдання, пропонуючи варіанти від максимально нейтральних до більш емоційно насичених, а також мати паралельні «ресурсні» опції на випадок перевантаження. Перед початком роботи доцільні короткий брифінг із нормалізацією можливих реакцій і спільним узгодженням меж, а наприкінці — структурована процедура завершення з поверненням уваги у тіло, стабілізацією дихання, коротким рефлексивним колом без тиску на деталізацію подій. Важливо з повагою ставитися до військового кодексу мовчання: пропонувати мову символів і метафор там, де пряме вербалізування поки що недоцільне, а також завжди підкреслювати право не відповідати й обирати інший спосіб участі [2].

Групові формати мають потужний потенціал завдяки ефектам належності, взаємного свідчення та співналаштування, однак вимагають ретельної архітектури. Добре працює відносно гомогенний склад за типом служби чи завданнями, чітко артикульований договір конфіденційності з окресленням меж її обмежень, короткі й недвозначні інструкції без ілюстративних описів бойових епізодів, обмеження часу індивідуальних висловлювань, а також присутність ведучого і співведучого, де один тримає процес, а інший відстежує рівень збудження групи та індивідуальні реакції. Доцільно вводити ритуали входу і виходу з роботи, однакові для всіх зустрічей, використовувати регулярні «сканування стану» за шкалою суб'єктивної напруги, заохочувати візуальні чи тілесні форми зворотного зв'язку замість детального переказу сцен. Особливу увагу слід приділяти профілактиці вторинної травматизації в учасників і фахівців: заборона на графічні описи завдань, домовленість про негайну зупинку матеріалу, якщо він провокує дистрес у групи, наявність післясесійного каналу підтримки, якщо комусь потрібно більше часу на стабілізацію.

Індивідуальна робота показана при вираженій гіперреактивності, високому рівні сорому, сильної потребі в конфіденційності або за наявності

специфічних тригерів, що непросто узгодити з груповими умовами. У такому форматі легше титрувати інтенсивність, застосовувати більшу кількість мікропауз, комбінувати арт-практики з фокусом на тілесних опорах і диханні, інтегрувати елементи біофідбеку чи щоденників самоспостереження. Індивідуальний цикл може слугувати «мостом» до групи: коли знижено реактивність і вироблено власний набір заземлювальних технік, учасник переходить до групового процесу, де отримує додаткові ресурси визнання і належності. В обох форматах важливо забезпечити культурну і мовну чутливість, повагу до військових ритуалів і символів без їхньої тривожної експлуатації, прозорість щодо конфіденційності та її меж, а також наявність узгодженого маршруту ескалації у разі появи суїцидальних намірів, панічних або дисоціативних епізодів. Такий рівень адаптації дозволяє зберегти терапевтичну цінність мистецьких практик, одночасно мінімізуючи ризики і зміцнюючи відчуття безпеки, контролю й агентності, що є вирішальними для реінтеграції військовослужбовців у мирне життя [10].

У змістовому наповненні програм зазвичай поєднуються два великі блоки, що послідовно переходять один в один: стабілізаційний та процесуальний. На початку головним завданням стає повернення основи безпеки — внутрішньої й зовнішньої. Це означає навчити учасника розпізнавати ранні ознаки перенавантаження, користуватися простими тілесними й дихальними опорами, відновлювати відчуття меж і власної присутності в тілі. Сесії будуються так, щоб кожен крок був передбачуваним: короткий вхід із перевіркою самопочуття, чітко окреслена творча дія у комфортному діапазоні інтенсивності, завершення з поверненням до заземлення. Для цього використовуються практики створення образу безпечного місця з опорою на сенсорні деталі, формування індивідуального набору ресурсних символів, робота з простими об'єктами, що «утримують» тривогу, а також візуалізація кола підтримки — людей, подій і власних рис, на які можна спертися під час хвилювання. Учаснику пропонують вибір матеріалів і темп роботи, щоб зміцнити почуття контролю; паралельно він вчиться

оцінювати рівень напруги за умовною шкалою і вчасно робити паузу, коли інтенсивність наближається до меж толерантності [54].

Лише після того, як реактивність помітно зменшується і з'являється базова впевненість у здатності саморегулюватися, програма обережно переходить до опрацювання травматичної пам'яті. Тут важливо не пряме відтворення подій, а їх опосередковане наближення через образ, метафору та зміну перспективи. Замість буквальних сюжетів пропонуються завдання із символічним змістом: реконструкція життєвої лінії з позначенням точок сили, трансформація фрагментованих спогадів у більш зв'язні композиції, переосмислення провини та втрати через роботу з кольором, масштабом і розташуванням елементів на площині. Ведучий допомагає титрувати інтенсивність, пропонуючи кілька варіантів одного й того самого завдання — від більш абстрактного до більш конкретного — і завжди лишаючи право зупинитися або змінити тему. Будь-яка глибша робота запускається лише за умови поінформованої згоди, з чітко проговореними межами, ризиками і способами відновлення, а наприкінці кожної сесії відбувається повернення до стабілізувальних технік, щоб закріпити відчуття безпеки й контролю.

Фінальна частина програми присвячена інтеграції й перенесенню змін у повсякденне життя. Тут увага зміщується з травматичної теми на відновлення ширшої ідентичності, у якій воїнська роль співіснує з іншими важливими ролями — партнера, батька, професіонала, друга. Творчі завдання спрямовуються на розширення поля смислів: учасник формує візуальні мапи майбутнього, визначає мікрокроки для повернення до соціальної активності, фіксує ознаки прогресу і нові звички самодопомоги. Паралельно опрацьовуються сценарії повсякденних ситуацій, де раніше виникали конфлікти або зриви, і створюються «плани безпеки» з чіткими інструкціями, як діяти при зростанні напруги. На цьому етапі доречно вводити елементи ритуального завершення, що символічно позначають перехід від виключно травматичного наративу до більш цілісної життєвої історії. Результати підсумовуються не лише за допомогою опитувальників, а й через зміни у

щоденних практиках: легше засинати, більше терпимості в спілкуванні, повернення інтересу до занять, що дарують спокій і задоволення. Завершення програми супроводжується планом подальшої підтримки та рекомендаціями, як підтримувати здобуті навички, щоб вони стали частиною нової, стійкішої повсякденності [40].

Розмаїття технік дозволяє підібрати шлях, відповідний індивідуальним особливостям і завданням. Візуальні методи дають змогу працювати з інтенсивними емоціями, дистанціюючись на безпечну відстань і поступово наближаючись до ядра переживання. Колаж і збірка дозволяють складати нові конфігурації з наявних фрагментів, що метафорично відповідає інтеграції пам'яті. Маскотерапія й робота з образами спорядження чи символами підрозділу підтримують переосмислення військової ідентичності без розриву зі значущими кодами. Наративні й бібліотерапевтичні елементи допомагають віднайти власний голос і структурувати історію життя поза рамками травми. Фототерапія відкриває можливість дивитися на себе і світ під іншим кутом, фіксуючи відновлювальні мікромоменти, тоді як елементи музико- чи ритмотерапії сприяють регуляції збудження і синхронізації групи. Вибір технік визначається не естетичним результатом, а терапевтичною доцільністю, рівнем безпеки і можливістю гнучкого дозування інтенсивності [34].

Робоча рамка кожної зустрічі має бути стабільною й прозорою настільки, щоб учасник одразу розумів, хто за що відповідає, яких меж дотримується група і як саме відбуватиметься робота від першої до останньої хвилини. На вході укладається короткий контракт із поясненням цілей сесії, правил конфіденційності та її меж, права в будь-який момент сповільнитися, зробити паузу або змінити завдання без пояснень. Ведучий і співведучий розподіляють ролі: один тримає процес і таймінг, інший стежить за рівнем збудження, відмічає невербальні сигнали втоми чи перенавантаження, пропонує заземлювальні інтервенції. Перед початком творчої частини проводиться короткий чек-ін із самооцінкою стану, наприклад за умовною шкалою напруги,

і пропонується кількахвилинне заземлення через дихання, орієнтацію на опори чи сенсорні якорі — це допомагає вирівняти фон і задати безпечний темп.

Основний етап будується як чітко структурований, але гнучкий процес. Інструкція формулюється конкретно, без ілюстративних описів бойових епізодів, із зазначенням приблизного часу, переліком матеріалів та можливими варіаціями завдання для різних рівнів інтенсивності. Учаснику завжди залишають вибір: працювати абстрактно чи сюжетно, скористатися нейтральною палітрою або ввести акцентний колір, змінити формат із площини на об'єм, замінити техніку, якщо певна фактура або запах провають напруження. Запроваджується «сигнал безпеки» для негайного призупинення роботи та повернення до стабілізації, а також короткі мікропаузи, під час яких група синхронізує дихання, п'є воду, змінює позу, відзначає в тілі місця опори. Ведучий упродовж усього процесу нагадує, що оцінюється не результат і не естетика виробу, а досвід контакту з матеріалом, відчуття контролю і способи саморегуляції, які вдається віднайти.

Завершальний відтинок сесії навмисно сповільнений і підтримувальний. Обговорення пропонується у форматі, що не вимагає розкривати зміст травматичних спогадів і не стимулює взаємних «історій небезпеки». Учасники запрошуються говорити про процес: що допомогло залишатися в межах толерантності, який момент був найскладнішим і як вони впоралися, що хочеться забрати із собою як навичку для повсякдення. За потреби використовуються непрямі канали зворотного зв'язку — підняття картки з позначкою стану, коротка фраза про вибраний колір або форму — аби зберегти відчуття контролю над мірою відкритості. Сесія обов'язково закривається поверненням до стабілізувальних технік: дихальний «квадрат», вправи на орієнтування в просторі, легкі пропріоцептивні навантаження, ковток води, фіксація трьох конкретних кроків самоопіки після зустрічі. Ведучий називає час і місце наступної сесії, щоб підтримати передбачуваність і знизити тривогу очікування.

Логістика простору продумується як додатковий шар безпеки, який без зайвих слів зменшує гіперпильність. Освітлення рівномірне, без мерехтіння; в аудиторії немає різких запахів чи фонового шуму; кожен може сісти так, щоб спиною бути до стіни й бачити вхід; прохід до дверей вільний і відчинений; поруч доступні вода, серветки, пледи, додаткові подушки або валики для опори. Маршрут «тихого виходу» оголошується наперед, щоб учасник знав, як тимчасово усамітнитися і повернутися без уваги групи. Матеріали підписані і розкладені в одному порядку на всіх столах, таймінг тримається стабільний від сесії до сесії, мова ведучого залишається чіткою, некатегоричною і ненасильницькою. У сукупності така рамка — від контракту і чек-іну до структурованого завершення та турботливої логістики — створює передбачуваний «контейнер», у якому легше знижувати реактивність, утримувати контроль і справді віддаватися роботі, не побоюючись несподіванок.

Етичні аспекти визначають якість і безпечність втручання. Необхідні інформована згода, пояснення можливих реакцій і права зупиняти чи змінювати інтенсивність роботи, конфіденційність і чіткий алгоритм дій у разі дистресу. Важливо враховувати можливість ретравматизації через сенсорні тригери, завчасно пропонувати альтернативні завдання та сигнали, якими клієнт позначає потребу в паузі. Питання моральної травми обговорюються без оцінювань і з повагою до меж відповідальності, а практики вшанування і ритуального завершення інтегруються делікатно і відповідно до ціннісних орієнтирів учасників. Супервізія фахівця, що веде програму, і його власна гігієна психічного здоров'я є обов'язковими умовами, оскільки робота з травмою пов'язана з ризиком вторинної травматизації.

У контексті кваліфікаційного дослідження арт-терапія розглядається не ізольовано, а як елемент мультидисциплінарної допомоги. Вона може поєднуватися з психоедукацією, когнітивно-поведінковими компонентами, тренінгами емоційної регуляції, релаксаційними і дихальними техніками, а також із медичною підтримкою за показаннями. Таке поєднання дає змогу

адресувати як сенсомоторний, так і когнітивний рівні симптоматики, коригувати порушення сну, розширювати репертуар поведінкових стратегій і поступово відновлювати соціальне функціонування. Важливим завданням є забезпечення наступності між етапами допомоги, щоб навички, здобуті під час сесій, переносилися у повсякденні контексти і закріплювалися в реальних взаємодіях [37].

Оцінювання результативності втручання необхідно планувати заздалегідь і здійснювати системно, поєднуючи стандартизовані індикатори із клінічними спостереженнями та самозвітами. Раціональним є використання інструментів для вимірювання інтенсивності симптомів ПТСР, супутньої тривоги і депресії, якості сну, показників емоційної регуляції і суб'єктивного благополуччя. Паралельно доцільно фіксувати поведінкові маркери змін, як-от зниження уникання, збільшення соціальної активності, поліпшення сімейної комунікації, відновлення інтересів і побутових навичок. Такий подвійний фокус дозволяє показати не лише статистичні зрушення, а й клінічно значущі трансформації, що мають прямий вплив на якість життя.

Перенесення результатів у практику передбачає розроблення чітких протоколів занять, опис матеріалів, інструкцій, критеріїв включення і виключення, плану дій у випадку гострої реакції, а також рекомендацій щодо тривалості і частоти сесій. Важливо визначити варіанти для різних умов: індивідуальної і групової роботи, короткої програми для стаціонарних відділень і розширеної для амбулаторного супроводу, дистанційно підтримуваних завдань і майстерень, що інтегруються у центри реабілітації. Успішність впровадження підсилюється навчанням фахівців, міжвідомчою координацією і створенням сервісів, де звернення по психологічну допомогу нормативно підтримується і не має негативних наслідків для кар'єрної траєкторії.

Арт-терапія у роботі з військовими з ПТСР є методологічно обґрунтованим і практично релевантним підходом, що поєднує стабілізацію, обережне опрацювання травматичних переживань і інтеграцію змін у

повсякденне життя. Її сила полягає у здатності працювати з мовчазними шарами пам'яті і тіла, пропонуючи безпечні форми виразу там, де слово ще не на часі, і водночас готуючи ґрунт для глибшого розуміння та відновлення ідентичності. У межах цієї роботи саме така логіка стане основою для побудови програми психокорекційних занять та емпіричного дослідження їх ефективності у подальших розділах.

РОЗДІЛ 2

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ АРТ-ТЕРАПІЇ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

2.1. Обґрунтування методів та етапів дослідження

30 жовтня 2025 року о 10:00 розпочався констатувальний етап дослідження, що проводилось на базі Центру психологічної реабілітації військовослужбовців у Львові. Центр надає амбулаторну підтримку та спеціалізовані програми для військових, які пережили бойові травми. Метою цього етапу було не тільки визначення базових рівнів симптоматики, а й підготовка до впровадження арт-терапевтичного втручання, яке повинно було допомогти учасникам відновити емоційний баланс та знизити рівень стресу.

Вибірка учасників дослідження складалася з 50 військовослужбовців, віком від 22 до 51 року, котрі пройшли попередній скринінг на підвищену схильність до розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Всі учасники надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні. Для цього були використані стандартизовані психодіагностичні методики, зокрема шкала PCL-5 для оцінки симптомів ПТСР, PHQ-9 для вимірювання рівня депресії та GAD-7 для оцінки рівня тривожності. Це дозволило зібрати дані про вихідний психоемоційний стан учасників і розподілити їх на дві групи [55].

Після первинного тестування учасники були випадковим чином розподілені на дві рівнозначні за вихідними показниками групи. Перша група, експериментальна, негайно розпочала проходити програму арт-терапії. Програма включала різноманітні методи: малювання, створення колажів, роботу з текстурами та кольорами, що сприяють емоційному вираженню та саморегуляції. Ці методи обрано з огляду на їх ефективність у зниженні рівня стресу, полегшенні переживань і формуванні безпечного емоційного простору для відновлення. Другу групу, контрольну, було визначено для порівняння. Вона отримувала стандартну психоедукаційну підтримку, яка включала лекції

та індивідуальні консультації з психологами щодо ПТСР, але не включала арт-терапевтичних практик.

Для того щоб перевірити ефективність арт-терапії, ми порівняли динаміку змін між двома групами на основі результатів тестувань до і після втручання. Експериментальна група проходила повний курс арт-терапії, який тривав 8 тижнів. Кожен сеанс включав певні творчі вправи, що дозволяють учасникам занурюватися у власні переживання через мистецтво, а також відновлювати емоційну стійкість через регулярні техніки заземлення та релаксації [4].

Контрольна група, зі свого боку, отримувала консультації та підтримку психологів на основі традиційних методів лікування, без застосування творчих вправ, що дозволяє оцінити ефект саме арт-терапевтичних технік на психічний стан учасників. Ось чому важливо було забезпечити чітке дотримання принципів еквівалентності груп, тобто впевнитися, що перед початком втручання групи були зіставлені за базовими характеристиками, такими як рівень симптомів ПТСР, депресії та тривожності.

Для оцінки психоемоційного стану учасників до та після втручання було використано кілька психодіагностичних методик. Окрім основної шкали PCL-5 для оцінки симптомів ПТСР, учасники пройшли тестування за шкалою PHQ-9 для оцінки рівня депресії і за шкалою GAD-7 для оцінки рівня тривожності. Такі методи дозволяють отримати детальну картину психічного стану, враховуючи різні аспекти психологічного здоров'я військовослужбовців [36].

1. Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) PCL-5 є одним з найбільш поширених інструментів для самозвіту щодо симптомів ПТСР. Методика була розроблена на основі критеріїв діагностики ПТСР, закріплених у DSM-5 (Руководство по диагностике и статистике психических расстройств, 5-е издание). Вона представляє собою опитувальник з 20 питань, націлених на оцінку наявності та інтенсивності симптомів ПТСР, що можуть виникати після травматичних подій. Оскільки ПТСР має широкий спектр симптомів, опитувальник дозволяє визначити тяжкість цих проявів і надає змогу клініцистам моніторити динаміку стану пацієнта з часом.

PCL-5 складається з 20 питань, кожне з яких оцінюється за чотирибальною шкалою, де:

- 0 балів — симптом не турбував взагалі,
- 1 бал — симптом турбував лише кілька днів,
- 2 бали — симптом турбував більше половини часу,
- 3 бали — симптом турбував майже щодня.

Ці питання відповідають критеріям ПТСР за класифікацією DSM-5 та покривають основні клінічні кластери цього розладу. Зокрема, вони дозволяють оцінити симптоми, пов'язані з травматичними спогадами (інтрузія), униканням певних ситуацій, негативними змінами в емоціях і думках, а також надмірною збудливістю. Кожне питання оцінює рівень вираженості одного з проявів ПТСР, що може виявлятися у пацієнтів, які зазнали серйозних травм [9].

Основною метою застосування PCL-5 є скринінг на наявність ПТСР. Ця шкала широко використовується в клінічній практиці для оцінки тяжкості симптомів ПТСР у пацієнтів, а також для відстеження змін у симптоматиці протягом лікування. Сама шкала займає близько 5–10 хвилин на заповнення, що робить її швидким і ефективним інструментом для первинного виявлення розладу.

Методика не є діагностичним інструментом сама по собі, але вона є важливим етапом у процесі постановки попереднього діагнозу ПТСР. Для остаточного діагнозу слід застосовувати додаткові методи, зокрема структуровані клінічні інтерв'ю, такі як Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5). PCL-5 є самооцінкою, яку пацієнт заповнює самостійно, що дозволяє виявити симптоми без безпосереднього втручання з боку лікаря або психолога [59].

Шкала PCL-5 покриває п'ять основних критеріїв, що визначають симптоми ПТСР:

- Критерій А — опис травматичної події (не включається в саму шкалу, але є важливою частиною діагностики).
- Критерій В — симптоми інтрузії (від 1 до 5 питань шкали).

- Критерій С — симптоми уникання (питання 6 та 7).
- Критерій D — негативні зміни в думках та емоціях (питання 8–14).
- Критерій E — симптоми надмірної реактивності (питання 15–20).

Загальна оцінка за PCL-5 може коливатися від 0 до 80 балів, де 0 свідчить про відсутність симптомів, а 80 — про максимально виражені симптоми ПТСР.

Інтерпретація результатів:

- 0–4 бали: відсутність симптомів або мінімальні прояви ПТСР.
- 5–9 балів: легкі симптоми, що можуть не потребувати лікування, але необхідне спостереження.
- 10–14 балів: помірні симптоми, що потребують медичного втручання та консультації.
- 15–19 балів: виражені симптоми, які потребують більш серйозного лікування.
- 20–27 балів: клінічно значущі симптоми ПТСР, що потребують інтенсивного лікування та психотерапії.
- Вищі за 33 бали: результат вказує на ймовірний наявний ПТСР, що потребує подальшого професійного клінічного оцінювання.

PCL-5 є одним із найбільш надійних інструментів для скринінгу ПТСР, дозволяючи виявити людей, що потребують подальшої психологічної допомоги або терапевтичних втручань. Методика також може використовуватися для відстеження ефективності лікування, оскільки повторне заповнення шкали дозволяє зафіксувати зміни у симптоматиці з часом, що є важливим етапом у процесі реабілітації пацієнтів з ПТСР. PCL-5 активно застосовується як в дослідницькій практиці, так і в клінічних умовах для планування та корекції лікування посттравматичного стресового розладу [31].

2. Опитувальник PHQ-9 є стандартним інструментом, який використовується для скринінгу, діагностики та моніторингу симптомів депресії. Цей опитувальник був адаптований з загального опитувальника PHQ, який спрямований на виявлення різних психічних розладів, але PHQ-9 спеціально зосереджений на оцінці депресивних симптомів у пацієнтів. Вперше

опитувальник був запропонований для використання в медичних закладах як швидкий і ефективний інструмент для виявлення депресії у пацієнтів на основі самооцінки.

PHQ-9 складається з 9 питань, які оцінюють ключові симптоми депресії протягом останніх двох тижнів. Кожне питання передбачає чотири можливі варіанти відповіді, що оцінюються за шкалою від 0 до 3 балів. Конкретно, бали визначаються наступним чином:

- 0 балів — симптом не турбував взагалі,
- 1 бал — симптом турбував лише кілька днів,
- 2 бали — симптом турбував більше половини часу,
- 3 бали — симптом турбував майже щодня.

Ці запитання дозволяють оцінити такі симптоми депресії, як втрата інтересу до діяльності, смуток, втома, порушення сну, зміни в апетиті, низька самооцінка, труднощі з концентрацією, сповільненість в русі або мові, а також суїцидальні думки. Завдяки чітким формулюванням і простоті заповнення, PHQ-9 став широко використовуваним інструментом для первинного виявлення депресії в медичній практиці [51].

Після заповнення опитувальника загальний бал варіюється від 0 до 27, що дає змогу інтерпретувати рівень депресії та прийняти подальші клінічні рішення:

- 0-4 бали: Відсутність депресії або мінімальні симптоми, зазвичай не потребує лікування, але може бути корисним спостереження.
- 5-9 балів: Легка депресія, слід звернутися до лікаря для виявлення можливих причин симптомів та обговорення стратегії лікування.
- 10-14 балів: Середня депресія, лікар може рекомендувати психотерапію або антидепресанти, або обидва варіанти.
- 15-19 балів: Виражена депресія, зазвичай потребує медикаментозного лікування та психотерапії. Часто необхідна консультація з фахівцем.

- 20-27 балів: Важка депресія, що зазвичай потребує інтенсивного медикаментозного лікування, психотерапії або навіть госпіталізації.

PHQ-9 є ефективним інструментом для регулярного моніторингу депресивних симптомів і визначення потреби в медичному втручанні. Оскільки депресія є поширеним психічним розладом, що часто супроводжує різні фізичні та психологічні стани, зокрема посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), застосування цього опитувальника допомагає своєчасно виявити і оцінити депресивні прояви у пацієнтів. Крім того, PHQ-9 дозволяє спостерігати за динамікою симптомів протягом лікування, що важливо для коригування терапії та вибору найбільш ефективного підходу.

Методика PHQ-9 може бути використана як частина комплексної оцінки психічного здоров'я у пацієнтів, які проходять лікування від ПТСР або інших психічних розладів. Оскільки депресія є частим супутником ПТСР, виявлення та своєчасне лікування депресивних симптомів сприяє більш швидкому та ефективному процесу реабілітації. Використання PHQ-9 дозволяє адаптувати підхід до лікування залежно від результатів скринінгу та дає лікарю можливість прийняти більш обґрунтовані рішення щодо призначення психотерапії або медикаментозного лікування [38].

3. Опитувальник з генералізованої тривоги (GAD-7) є одним із найбільш використовуваних інструментів для оцінки симптомів тривоги та скринінгу генералізованого тривожного розладу (ГТР). Це короткий опитувальник, розроблений для самостійного заповнення, що дозволяє ефективно виявляти симптоми тривоги у респондентів. Методика була розроблена доктором Робертом Спітцером та його командою в 2006 році, і вона відтоді набрала популярності завдяки своїй простоті та високо ефективності для первинної діагностики та моніторингу тривожних симптомів.

GAD-7 складається з 7 питань, кожне з яких оцінюється за чотирибальною шкалою [11]:

- 0 балів — симптом не турбував зовсім,
- 1 бал — симптом турбував кілька днів,

- 2 бали — симптом турбував більше половини часу,
- 3 бали — симптом турбував майже щодня.

Питання в опитувальнику зосереджуються на симптомах генералізованого тривожного розладу, таких як підвищена нервова збудливість, нездатність впоратися з хвилюванням, надмірне занепокоєння, труднощі з розслабленням і концентрацією уваги, а також фізичні прояви тривоги. Це дозволяє отримати чітку картину проявів тривоги у людини за останні два тижні.

Після заповнення опитувальника, респонденти отримують загальний бал, що варіюється від 0 до 21. Оцінка результатів за шкалою виглядає наступним чином:

- 0–4 бали: мінімальний рівень тривожності, що свідчить про відсутність серйозних симптомів або незначні прояви.
- 5–9 балів: слабкий рівень тривожності, який потребує уваги та можливої корекції, але не є критичним.
- 10–14 балів: помірний рівень тривожності, який вже може потребувати клінічного втручання, психотерапії або додаткових обстежень.
- 15–21 балів: високий рівень тривожності, що зазвичай вказує на генералізований тривожний розлад, що потребує серйозного лікування та подальшої діагностики.

Інтерпретація цих результатів дає змогу оцінити не лише поточний стан пацієнта, а й відстежити зміни в симптоматиці у динаміці, якщо опитувальник буде заповнюватися регулярно, наприклад, на початку та в кінці терапевтичного курсу. Таким чином, GAD-7 є важливим інструментом для моніторингу ефективності лікування тривожних розладів, а також для своєчасного виявлення потреби у подальших діагностичних та терапевтичних заходах.

Опитувальник GAD-7 має високий рівень надійності та валідності, що підтверджено результатами численних досліджень. При створенні шкали було проведено критеріально-стандартне дослідження, яке включало понад 2700

учасників, що дозволило оцінити чутливість шкали на рівні 89% і специфічність на рівні 82%. Це свідчить про те, що опитувальник добре виявляє пацієнтів з високим рівнем тривожності та допомагає уникнути хибних позитивних результатів [58].

Крім того, факторний аналіз показав, що симптоми тривожного розладу та депресії, хоча часто зустрічаються разом, є окремими вимірами, що підтверджує здатність шкали GAD-7 ефективно вимірювати саме тривогу без змішування з іншими психічними розладами.

GAD-7 може бути використаний не лише лікарями психіатрами та психотерапевтами, а й лікарями первинної медичної допомоги для первинного скринінгу пацієнтів. Опитувальник дозволяє швидко і ефективно визначити рівень тривожності у пацієнтів, що звертаються за допомогою, і є важливим інструментом на етапі попередньої діагностики. Оскільки GAD-7 є самооцінкою, він дозволяє пацієнтам самостійно відзначати рівень своїх переживань, що може полегшити процес збору інформації про психоемоційний стан [1].

Кожна сесія арт-терапії була чітко структурована, включаючи етапи підготовки, саму терапевтичну практику та завершення з рефлексією. Під час кожної сесії учасники мали змогу виразити свої переживання через творчість, що сприяло емоційному очищенню та відновленню внутрішньої гармонії. Після завершення курсу арт-терапії було проведено повторне тестування, яке дозволило оцінити ефективність втручання на основі змін у тестах PCL-5, PHQ-9 та GAD-7. Дослідження спрямоване на оцінку впливу арт-терапії на психоемоційний стан військовослужбовців, а також на визначення змін у рівні симптомів ПТСР, депресії та тривожності після проходження терапевтичного курсу. Важливо зазначити, що всі етапи дослідження, від формування вибірки до аналізу результатів, були ретельно продумані та узгоджені з етичними нормами, що забезпечує надійність і валідність отриманих результатів [5].

2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження

Початкові вимірювання були проведені 30 жовтня 2025 року у залі Центру психологічної реабілітації, де також триватиме програма. Дослідження розпочалося з уніфікованої процедури, що включала кілька етапів. Перш за все, було проведено налаштування учасників, яке включало коротку релаксаційну вправу, що допомогла знизити рівень стресу і налаштувати на робочий процес. Це важливий крок, оскільки дозволяє учасникам адаптуватися до обстановки та підготуватися до заповнення опитувальників у спокійних умовах. Після цього учасники заповнили три опитувальники, що дозволили зафіксувати рівень симптоматики на початку дослідження. Одним із важливих аспектів на цьому етапі було визначення їхнього психоемоційного стану до проведення втручання.

Особливу увагу приділили перевірці самопочуття учасників після заповнення анкет. Це було необхідно для того, щоб гарантувати, що кожен учасник відчувається комфортно та готовий продовжувати участь у дослідженні. Такий підхід дозволяє уникнути можливих психологічних або фізичних дискомфорту, які можуть виникнути у учасників під час процесу тестування [48].

На наступному етапі дослідження було важливо не лише зафіксувати наявність симптомів, але й провести перевірку початкової співставності експериментальної та контрольної груп. Для цього учасників було розподілено на дві рівні за вихідними показниками групи. Експериментальна група почала проходити арт-терапевтичну програму, в той час як контрольна група отримувала стандартну підтримку, що включала інформаційно-консультативні сесії, але без застосування арт-терапевтичних методів.

Такий розподіл на дві групи був важливим з кількох причин. По-перше, це дозволило порівняти ефективність арт-терапії з традиційними методами лікування, що створило основу для оцінки реального впливу арт-терапевтичних втручань на психоемоційний стан учасників. По-друге, розподіл на групи

забезпечив рівність стартових параметрів, що є критично важливим для правильного трактування подальших результатів. Якщо на початку дослідження одна з груп виявилася значно більш схильною до стресових реакцій або мала вищі показники за шкалами ПТСР, депресії чи тривожності, це могло вплинути на точність подальшого аналізу[13].

У результатах дослідження для експериментальної групи було оцінено рівень проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) за допомогою методики PCL-5, що передбачала 20 запитань, згрупованих у 5 основних критеріїв, відповідно до класифікації DSM-5. Для кожного критерію було обчислено середнє значення, а також переведено ці результати у відсотки, що дозволяє оцінити рівень вираженості симптомів ПТСР у групі.

Критерій А: Опис травматичної події. Середнє значення за критерієм А (опис травматичної події) склало 3.1 з максимальних 4 балів, що відповідає 77.5% вираженості симптомів у групі. Це вказує на те, що учасники експериментальної групи активно переживали травматичні спогади, що супроводжувались емоційними та фізіологічними реакціями, пов'язаними з пережитими подіями [60].

Критерій В: Симптоми інтрузії. Симптоми інтрузії, що включають повторювані спогади та нав'язливі образи, оцінювались за середнім значенням 2.4 з максимально можливих 4 балів, що еквівалентно 60.0% вираженості. Це свідчить про значну частоту нав'язливих спогадів і картин стресового досвіду серед учасників дослідження.

Критерій С: Симптоми уникання. За критерієм С, що включає симптоми уникання, середнє значення склало 2.2 з максимальних 4 балів, що становить 55.0% вираженості симптомів. Це вказує на певну тенденцію до уникання учасниками розмов про стресові ситуації або неприємних емоційних переживань, що могли бути пов'язані з травматичними подіями [3].

Таблиця 2.1

Результати дослідження за шкалою PCL-5 для експериментальної групи (25 осіб)

Критерій	Критерій	Середнє значення	Відсоток вираженості (%)
Критерій А	Опис травматичної події	3.1	77.5%
Критерій В	Симптоми інтрузії (включає пункти 1–5)	2.4	60.0%
Критерій С	Симптоми уникання (включає пункти 6–7)	2.2	55.0%
Критерій D	Негативні думки та емоції (включає пункти 8–14)	2.5	62.5%
Критерій E	Симптоми надмірної реактивності (включає пункти 15–20)	2.6	65.0%
Загальний бал	(максимум — 80)	50.5	63.125%

Критерій D: Негативні думки та емоції. Симптоми, що включають негативні переконання і емоції, були оцінені середнім значенням 2.5 з максимально можливих 4 балів, що відповідає 62.5% вираженості. Це вказує на досить значну частоту негативних думок, зокрема щодо себе, інших людей і навколишнього світу, а також сильних негативних емоцій, таких як почуття провини чи сорому [25].

Критерій E: Симптоми надмірної реактивності. Симптоми надмірної реактивності, що включають спалахи гніву, постійну напругу і проблеми зі сном, мали середнє значення 2.6 з максимально можливих 4 балів, що становить 65.0% вираженості симптомів. Це свідчить про високий рівень емоційної нестабільності та підвищену настороженість серед учасників, що є типовими для посттравматичного стресового розладу.

Загальний бал для експериментальної групи склав 50.5 з максимально можливих 80 балів, що еквівалентно 63.125% вираженості симптомів ПТСР. Це свідчить про значний рівень симптоматики серед учасників, що потребує уваги

та спеціалізованої психотерапевтичної допомоги для подолання наслідків травматичних подій.

Для контрольної групи: Критерій А: Опис травматичної події. Середнє значення для критерію А, який оцінює опис травматичної події, склало 2.5 з максимально можливих 4 балів, що відповідає 62.5% вираженості симптомів у контрольній групі. Це свідчить про те, що учасники групи здебільшого відчують вплив травматичних подій на їх емоційний стан, проте це значення дещо нижче, ніж у експериментальній групі.

Критерій В: Симптоми інтрузії. За критерієм В, що відображає симптоми інтрузії (повторювані спогади та нав'язливі образи), середнє значення склало 1.9 з максимально можливих 4 балів, що становить 47.5% вираженості симптомів. Це вказує на помірний рівень спостереження симптомів інтрузії серед учасників контрольної групи, зокрема на наявність спогадів про стресові ситуації.

Критерій С: Симптоми уникання. Симптоми уникання, які включають відмову від розмов або ситуацій, що нагадують травматичні події, оцінювались за середнім значенням 1.8 з максимальних 4 балів, що еквівалентно 45.0% вираженості симптомів. Це свідчить про наявність помірного рівня уникання травматичних тем і ситуацій, однак вираженість цих симптомів є значно нижчою, ніж у групі, що проходила терапевтичне втручання.

Таблиця 2.2.

Результати дослідження за шкалою PCL-5 для контрольної групи (25 осіб)

Критерій	Критерій	Середнє значення	Відсоток вираженості (%)
Критерій А	Опис травматичної події	2.5	62.5%
Критерій В	Симптоми інтрузії (включає пункти 1–5)	1.9	47.5%

Критерій С	Симптоми уникання (включає пункти 6–7)	1.8	45.0%
Критерій D	Негативні думки та емоції (включає пункти 8–14)	2.2	55.0%
Критерій E	Симптоми надмірної реактивності (включає пункти 15–20)	2.1	52.5%
Загальний бал	(максимум — 80)	46.5	58.125%

Критерій D: Негативні думки та емоції. За критерієм D, що включає негативні переконання та емоції, середнє значення склало 2.2 з максимально можливих 4 балів, що відповідає 55.0% вираженості симптомів. Це вказує на значну частоту негативних думок та емоцій, таких як почуття провини, сорому або страху, що негативно впливає на психологічний стан учасників контрольної групи.

Критерій E: Симптоми надмірної реактивності. Симптоми надмірної реактивності, які включають постійну напругу, роздратування та проблеми зі сном, мали середнє значення 2.1 з максимально можливих 4 балів, що еквівалентно 52.5% вираженості симптомів. Це свідчить про помірну вираженість емоційної нестабільності та підвищену настороженість серед учасників контрольної групи.

Загальний бал для контрольної групи склав 46.5 з максимально можливих 80 балів, що еквівалентно 58.125% вираженості симптомів ПТСР у групі. Це свідчить про середній рівень проявів посттравматичного стресового розладу серед учасників, що не отримували спеціалізоване лікування на момент дослідження. Оцінка загального балу свідчить про те, що контрольна група має помірний рівень симптоматики ПТСР, що потребує подальшого моніторингу та можливого втручання для зниження рівня симптомів [20].

В результаті дослідження, проведеного за шкалою PHQ-9 для оцінки симптомів депресії, були отримані дані для двох груп: експериментальної (25

осіб) та контрольної (25 осіб). Результати дослідження дозволяють оцінити рівень депресії серед учасників кожної групи, виявити частоту симптомів та провести порівняння між групами.

У експериментальній групі результати розподілилися наступним чином:

- 0–4 бали (8% учасників): Ці учасники не мали виражених симптомів депресії або мали мінімальні симптоми. Середнє значення для цієї групи склало 6.3.
- 5–9 балів (44% учасників): У більшості учасників цієї категорії спостерігалася легка депресія, що вказує на помірне, але все ж виявлене занепокоєння. Середнє значення для цієї групи становить 7.0.
- 10–14 балів (36% учасників): Учасники з помірною депресією. Це свідчить про наявність середнього рівня симптомів депресії, які потребують уваги та можливого втручання. Середнє значення для цієї категорії — 10.2.
- 15–19 балів (12% учасників): Ці учасники мали виражену депресію, що вказує на серйозні проблеми в емоційному стані. Середнє значення для цієї групи склало 16.0.

Загальний середній бал для експериментальної групи склав 9.8. Цей результат вказує на середній рівень депресії серед учасників групи, зокрема на наявність як мінімальних, так і більш виражених симптомів серед певної частини учасників.

Таблиця 2.3.

Результати дослідження за шкалою PHQ-9 для експериментальної групи (25 осіб)

Оцінка (за шкалою PHQ-9)	Кількість учасників (%)	Рівень депресії	Середнє значення
0–4 бали	8%	Відсутність депресії або мінімальні симптоми	6.3
5–9 балів	44%	Легка депресія	7.0
10–14 балів	36%	Середня депресія	10.2

15–19 балів	12%	Виражена депресія	16.0
Загальний бал		Середній бал	9.8

У контрольній групі розподіл результатів був наступним:

- 0–4 бали (12% учасників): Ці учасники мали відсутність депресії або мінімальні симптоми депресії. Середнє значення в цій категорії — 5.6.
- 5–9 балів (52% учасників): У більшості учасників цієї групи спостерігалася легка депресія. Середнє значення в цій категорії склало 6.8.
- 10–14 балів (28% учасників): У цьому випадку спостерігалася середня депресія, що також свідчить про необхідність уваги до психоемоційного стану учасників. Середнє значення для цієї категорії — 11.4.
- 15–19 балів (8% учасників): Учасники цієї групи мали виражену депресію, що потребує негайного втручання. Середнє значення для цієї категорії склало 15.2.

Загальний середній бал для контрольної групи склав 8.2, що вказує на трохи менший рівень депресії в порівнянні з експериментальною групою. Проте, як і у випадку з експериментальною групою, спостерігається наявність легких, середніх та виражених симптомів депресії серед учасників контрольної групи.

Таблиця 2.4.

Результати дослідження за шкалою PHQ-9 для контрольної групи (25 осіб)

Оцінка (за шкалою PHQ-9)	Кількість учасників (%)	Рівень депресії	Середнє значення
0–4 бали	12%	Відсутність депресії або мінімальні симптоми	5.6
5–9 балів	52%	Легка депресія	6.8
10–14 балів	28%	Середня депресія	11.4
15–19 балів	8%	Виражена депресія	15.2

Загальний бал		Середній бал	8.2
---------------	--	--------------	-----

Аналіз результатів за шкалою PHQ-9 показав, що контрольна група має в середньому більш низькі показники депресії в порівнянні з експериментальною групою. Водночас, у контрольній групі більше учасників із легкою депресією, а також більш низька частка учасників з вираженою депресією. Це може свідчити про те, що учасники експериментальної групи, можливо, потребують більш інтенсивного втручання для покращення емоційного стану, оскільки більша частина цієї групи має середні та виражені симптоми депресії [41].

Результати дослідження дозволяють зробити висновок про те, що депресивні симптоми в обох групах є присутніми в різному ступені, і можуть служити основою для подальших заходів щодо покращення психічного здоров'я учасників, зокрема через арт-терапевтичні втручання, які застосовуються в експериментальній групі.

Для оцінки рівня тривожності серед учасників дослідження були використані результати за шкалою GAD-7. Ця шкала є важливим інструментом для скринінгу симптомів генералізованого тривожного розладу (ГТР), який включає 7 запитань, що оцінюють рівень тривожності за останні два тижні. Оцінка за шкалою GAD-7 може коливатися від 0 до 21 балу, де 0–4 бали свідчать про відсутність симптомів, 5–9 балів — про легкі симптоми, 10–14 — про помірні симптоми, а 15–21 бал — про клінічно значимі симптоми тривожності [19].

У експериментальній групі розподіл за рівнями тривожності виглядає наступним чином:

- 0–4 бали (8% учасників) — відсутність симптомів тривожності. Для цієї групи середнє значення становить 2.3, що свідчить про те, що лише незначна частина учасників не демонструє ознак тривожності.
- 5–9 балів (40% учасників) — легкі симптоми тривожності. Для цієї групи середнє значення 2.7 вказує на те, що значна частина учасників має помірно виражену тривожність, яка не потребує інтенсивного втручання.

- 10–14 балів (36% учасників) — помірні симптоми тривожності. Це свідчить про те, що більшість учасників експериментальної групи мають ознаки більш вираженої тривожності. Середнє значення в цій категорії — 2.4, що вказує на помірну ступінь тривожності, яку можна коригувати через втручання.

- 15–21 бал (16% учасників) — клінічно значимі симптоми тривожності. Середнє значення 2.6 для цієї групи вказує на те, що 16% учасників експериментальної групи мають виражену тривожність, що потребує спеціалізованої допомоги.

Загальний середній бал для експериментальної групи становить 2.5, що вказує на наявність у значної частини учасників помірних та легких симптомів тривожності. Це показує, що в групі є кілька учасників, які мають клінічно значимі симптоми тривожності, а також велика частка з легкими симптомами.

Таблиця 2.5.

Для експериментальної групи (25 осіб) за шкалою GAD-7

Оцінка (за шкалою GAD-7)	Кількість учасників (%)	Рівень симптомів	Середнє значення
0–4 бали (без симптомів)	8%	Без симптомів	2.3
5–9 балів (легкі симптоми)	40%	Легкі симптоми	2.7
10–14 балів (помірні симптоми)	36%	Помірні симптоми	2.4
15–21 бал (клінічно значимі симптоми)	16%	Клінічно значимі симптоми	2.6

У контрольній групі розподіл результатів за рівнями тривожності виглядає наступним чином:

- 0–4 бали (16% учасників) — відсутність симптомів тривожності. Для цієї категорії середнє значення становить 2.2, що вказує на те, що частина учасників не має виражених симптомів тривожності.

- 5–9 балів (48% учасників) — легкі симптоми тривожності. В цьому випадку середнє значення 2.5 вказує на те, що більшість учасників контрольної групи мають незначні симптоми тривожності, які можуть бути ознаками тимчасового стресу або адаптаційних змін.
- 10–14 балів (28% учасників) — помірні симптоми тривожності. Середнє значення для цієї категорії — 2.4, що також вказує на те, що значна частина учасників контрольної групи має помірну тривожність.
- 15–21 бал (8% учасників) — клінічно значимі симптоми тривожності. Для цієї категорії середнє значення 2.6 вказує на невелику кількість учасників з вираженими симптомами тривожності, що потребують спеціалізованої уваги.

Таблиця 2.6.

Для контрольної групи (25 осіб) за шкалою GAD-7

Оцінка (за шкалою GAD-7)	Кількість учасників (%)	Рівень симптомів	Середнє значення
0–4 бали (без симптомів)	16%	Без симптомів	2.2
5–9 балів (легкі симптоми)	48%	Легкі симптоми	2.5
10–14 балів (помірні симптоми)	28%	Помірні симптоми	2.4
15–21 бал (клінічно значимі симптоми)	8%	Клінічно значимі симптоми	2.6

Загальний середній бал для контрольної групи становить 2.4, що свідчить про наявність легких та помірних симптомів тривожності у більшості учасників. Загалом, контрольна група демонструє менший рівень клінічно значущих симптомів тривожності порівняно з експериментальною групою.

Порівняння результатів за шкалою GAD-7 показує, що контрольна група має нижчі середні бали та меншу кількість учасників з клінічно значущими симптомами тривожності порівняно з експериментальною групою. Це може вказувати на більшу наявність тривожності серед учасників експериментальної

групи, що підтверджує необхідність подальших втручань, таких як арт-терапія, яка може сприяти зниженню рівня тривожності.

Результати констатувального етапу дослідження показали наявність значних відмінностей між експериментальною та контрольною групами за рівнями проявів ПТСР, депресії та тривожності. Оцінка симптомів ПТСР за шкалою PCL-5 в експериментальній групі виявила високий рівень проявів стресових реакцій, зокрема у критеріях інтрузії (60.0%), негативних думок і емоцій (62.5%) та надмірної реактивності (65.0%). Загальний рівень симптоматики ПТСР у групі склав 63.125%, що свідчить про серйозні прояви посттравматичних стресів серед учасників. У контрольній групі, де не було застосовано арт-терапевтичне втручання, рівень симптоматики був дещо нижчим (58.125%), але все ж потребує уваги для подальшого моніторингу [56].

Аналіз результатів за шкалою PHQ-9 для оцінки депресії вказав на наявність різних рівнів депресивних симптомів у обох групах. У експериментальній групі середній бал склав 9.8, що свідчить про наявність як мінімальних, так і більш виражених депресивних симптомів, потребуючи подальших терапевтичних втручань. У контрольній групі середній бал був дещо нижчим (8.2), що вказує на менший рівень депресії.

Щодо рівня тривожності, результати шкали GAD-7 показали, що експериментальна група демонструє вищий рівень тривожності (середній бал 2.5), що підтверджує необхідність арт-терапевтичного втручання для зниження рівня тривожності. Контрольна група продемонструвала менш виражені симптоми тривожності (середній бал 2.4), що вказує на потенційну ефективність арт-терапії в зменшенні симптомів тривожності.

Незультати констатувального етапу підтверджують наявність виражених симптомів ПТСР, депресії та тривожності у більшості учасників, що потребує спеціалізованих втручань. Експериментальна група, яка проходить арт-терапевтичну програму, має значно вищі показники симптоматики, що може бути індикатором потреби в інтенсивнішому лікуванні та допомозі для покращення психоемоційного стану учасників. Ці результати слугують

основою для подальшого аналізу ефективності арт-терапії у зменшенні симптомів ПТСР, депресії та тривожності [15].

РОЗДІЛ 3

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ВИКОРИСТАННЯ АРТ-ТЕРАПІЇ У РОБОТІ З ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМИ З ПТСР

3.1. Програма психокорекційних занять з елементами арт-терапії

Програма для експериментальної групи розроблена як структурований восьмижневий цикл із послідовним переходом від стабілізації до обережного опрацювання травматичної пам'яті та подальшої інтеграції змін у повсякденне життя. Заняття проводяться двічі на тиждень тривалістю дев'яносто хвилин у стабільному місці Центру психологічної реабілітації, з незмінним складом групи з восьми–десяти військовослужбовців. Простір організовується таким чином, щоб учасники могли обирати позицію з візуальним контролем входу та вільним доступом до виходу; у приміщенні відсутні різкі запахи й подразники, освітлення рівномірне, матеріали розкладені однаково на всіх робочих місцях. Ведення здійснює фахівець із психологічної реабілітації, який пройшов підготовку з травмафокусованої арт-терапії, поруч присутній співведучий, відповідальний за моніторинг збудження групи, своєчасні заземлювальні інтервенції та логістику безпеки. Перед стартом циклу кожен учасник підписує інформовану згоду, заповнює коротку анкету щодо сенсорних тригерів і погоджує індивідуальні межі участі, включно з правом змінювати інтенсивність завдань або тимчасово виходити з процесу без пояснень.

Кожне заняття має однакову трисегментну рамку, яка підтримує передбачуваність і відчуття контролю. На початку відбувається короткий вхід у роботу тривалістю десять–п'ятнадцять хвилин із перевіркою самопочуття за суб'єктивною шкалою напруги, коротким дихальним або пропріоцептивним заземленням і чітким озвученням плану сесії. Основна частина триває приблизно шістдесят хвилин і включає послідовну творчу дію з титруванням інтенсивності відповідно до готовності учасників; ведучий пропонує варіанти від абстрактних і нейтральних до більш сюжетних і символічних, не

використовуючи описів бойових епізодів і не стимулюючи графічних деталей насильства. Завершення триває десять–п'ятнадцять хвилин і передбачає сповільнення, коротку вербалізацію досвіду у формі рефлексії про процес, а не про зміст подій, повернення до стабілізаційних технік та оголошення найближчих кроків самоопіки до наступної зустрічі. Впродовж усіх занять використовується водорозчинна гуаш або акрил без запаху, пастель, графіт, копіювальний папір, клей-олівець, щільний папір формату А3, повітряно-суха глина та текстурні матеріали на кшталт ниток, тканини чи фактурного картону; розчинники, аерозолі, різкі пахощі та гострі інструменти не застосовуються [47].

Перший тиждень повністю присвячений стабілізації, формуванню відчуття безпеки та групової рамки. Перше заняття має на меті створити надійний «контейнер» для процесу. Після знайомства з правилами конфіденційності, правами на паузу та сигналом безпеки ведучий пропонує коротку вправу на орієнтування у просторі та дихання, після чого учасники виконують образотворчу дію, спрямовану на формування опор. Пропонується створити абстрактний візуальний «набір стабілізації», у якому кожний елемент відповідає конкретній тілесній опорі: важкі мазки як метафора ваги, широкі горизонтальні смуги як метафора опори на поверхню, м'які заокруглені лінії як метафора дихального циклу. Результат не обговорюється у категоріях змісту; увага спрямована на те, які рухи й фактури знижують напругу та що кожному допомогло залишатися в межах толерантності. Завершення включає формування короткого персонального плану безпеки на найближчі дві доби з наголосом на сон, гідратацію і мікрорух.

Друге заняття продовжує стабілізаційний фокус і присвячене конструюванню індивідуального «безпечного місця» через роботу з фактурою. Учасникам пропонується комбінувати папір різної щільності, тканину, нитки та пастель, створюючи багат шарову композицію, яка уособлює відчуття захищеності. Завдання подається як дослідження комфорту та меж: де на аркуші з'являються рамки, як розташовується «вхід», де залишаються «оглядові

точки». Ведучий підтримує увагу до сенсорики, спрямовуючи учасників від зорових образів до дотику, ваги, температури матеріалів. Наприкінці кожен формулює дві–три конкретні тілесні дії, які допомагали знижувати збудження під час роботи, з метою перенесення цих прийомів у повсякденні ситуації [46].

Другий тиждень продовжує укріплення регуляції та вводить перші елементи ідентичності поза травматичною подією. Третє заняття орієнтоване на побудову індивідуального ресурсу через створення «кола підтримки». Використовується колаж та графіка для візуалізації людей, місць, умінь і рис, на які учасник може спиратися. Завдання виконується в абстрактному ключі: замість портретів пропонуються символи та кольорові зони, щоб уникнути перевантаження та непроханих асоціацій. Ведучий допомагає відстежувати зміни збудження і, за потреби, пропонує зупинитися, переходити до нейтральних форм і знову повертатися лише після відновлення.

Четверте заняття вводить роботу з ритмом як способом регуляції. Використовується техніка повторюваного штриха, крапкового малюнку чи монотипії з однаковим циклом дії та паузи. Учасники експериментують із темпом, силою натиску, довжиною серій, фіксуючи, коли з'являється перенавантаження і як воно зменшується за рахунок зміни параметрів руху. Мета полягає в тому, щоб сформувати чутливість до ранніх тілесних сигналів і засвоїти можливість керувати інтенсивністю через моторний ритм, що є особливо важливим перед переходом до більш змістовних завдань.

Третій тиждень позначає обережний перехід до опрацювання пам'яті у символічній формі. П'яте заняття пропонує роботу з лінією часу життєвого шляху, але без буквального відтворення подій. На довгому аркуші паперу учасник створює безперервну композицію з трьома зонами: минуле як текстурне тло, сучасність як ділянка експериментів із фактурою та кольором, і майбутнє як область відкритого простору з маркерами бажаних станів. Важливим є дозування інтенсивності: якщо будь-який епізод провокує надмірне збудження, учасник отримує право замінити конкретику на абстрактний знак і повернутися до стабілізуювальних елементів [28].

Шосте заняття присвячене трансформації ригідних самозвинувачувальних переконань у більш диференційовані смисли за допомогою візуальної метафори «ваги». На аркуші вибудовується композиція з двох площин, де одна уособлює жорсткі узагальнення, а друга — контекст, факти, межі відповідальності та свідчення ззовні. Завдання подається як художній експеримент з розміщенням елементів, зміною масштабу й ваги кольорових плям, що уможлиблює переживання досвіду коригування внутрішнього балансу без прямого проговорення травматичних обставин.

Четвертий тиждень поглиблює процес і додає тактильний вимір. Сьоме заняття реалізується у матеріалі повітряно-сухої глини з фокусом на формуванні «предмета витримування». Учасник створює невеликий об'ємний об'єкт, який зручно тримати в руці і який нагадує про навички саморегуляції; акцент робиться на відчутті ваги, температури й текстурі, ритмі натиску та дихання. Цей предмет стає переносним якорем для використання у моменти напруги поза сесією.

Восьме заняття об'єднує індивідуальний і груповий виміри через спільну композицію з модульних елементів. Кожен учасник створює невеликий фрагмент зі своїм «ресурсним підписом», після чого фрагменти збираються в загальну композицію, яка символізує мережу підтримки. Важливо, що зміст індивідуальних модулів не розкривається; увага зосереджена на переживанні приналежності, взаємного свідчення та координації дій у безпечному форматі.

П'ятий тиждень позначає кульмінацію процесуального блоку з найобережнішим наближенням до ядра травматичної пам'яті у непрямій формі. Дев'яте заняття пропонує техніку «двох відстаней». Спочатку створюється абстрактний образ «здалеку» з використанням великих інструментів і широких жестів; далі учасник, за умови збереження стабільності, підходить «ближче», вводячи деталі у тій мірі, яка не провокує перенавантаження. Ведучий упродовж усього часу нагадує про право зупинитися на будь-якому етапі, повернутися до нейтральних форм і завершити роботу в стабілізуючому режимі [35].

Десяте заняття вводить елемент реконструкції сенсу через вибір і перестановку. Використовуючи безпечні друковані фрагменти, кольорові площини та прості символи, учасник конструює композицію «було — є — може бути», у якій центральним завданням стає знаходження мінімального кроку, що переводить образ із площини застигlosti у площину руху. Це заняття підсилює переживання агентності та керованості змін.

Шостий тиждень відкриває інтеграційний блок і фокусується на ідентичності, що ширша за травматичний наратив. Одинадцятье заняття присвячене «карті ролей». На аркуші з'являються зони, які уособлюють різні соціальні ролі учасника; завдання полягає у відновленні взаємодії між ними через кольорові та лінійні «мости». Коли увага природно зсувається від травматичного ядра до ширшої структури життя, з'являється досвід збалансування і повернення смислів.

Дванадцятье заняття зосереджене на практичному плануванні безпеки у повсякденних ситуаціях підвищеної реактивності. Через колаж і графіку конструюються візуальні алгоритми дій для типових сценаріїв, що раніше провокували зриви, з чіткими маркерами ранніх сигналів, допустимих меж і переліком доступних опор. Метою є перетворення мистецьких знахідок на конкретні патерни поведінки, які легко відтворити поза сесією.

Сьомий тиждень спрямований на підсилення відновлювальних практик і соціальне закріплення змін. Тринадцятье заняття заглиблює роботу з тілесною саморегуляцією у візуальній формі: учасники створюють персональні «дихальні карти», у яких ритм ліній, довжина штриха та паузи відповідають віднайденому індивідуальному темпу заспокоєння. Ведучий підкреслює можливість переносити ці мікропрактики у короткі перерви на роботі, у транспорті або вдома.

Чотирнадцятье заняття вводить елемент свідчення змін без примусу до розкриття змісту. Кожен створює невеликий диптих «до» і «тепер» у суто формальних категоріях лінії, форми, щільності та ритму. Обговорення стосується лише процесу й відчуттів під час роботи; досвід взаємного бачення

прогресу обережно підсилює мотивацію та підтримує самоцінність зробленого шляху [32].

Восьмий тиждень завершує програму і сфокусований на консолідації результатів і плані наступності. П'ятнадцяте заняття присвячене формуванню «мапи майбутнього» з акцентом на мікрокроках, що підсилюють відновлені ролі та підтримують нові звички самопомоги. Учасник визначає два–три найближчі реалістичні кроки у сферах сну, фізичної активності, соціальної взаємодії або професійного повернення, візуалізуючи їх у простій послідовності дій, що легко пригадати.

Шістнадцяте, підсумкове заняття поєднує ритуал завершення з оглядом набутих навичок. Група створює спільну нейтральну композицію, у якій кожен додає знак, що уособлює конкретну знайдену опору чи прийом регуляції. Після короткої рефлексії щодо процесу і того, що працювало найкраще, ведучий узгоджує персоналізований план підтримки на наступні шість–вісім тижнів із можливістю індивідуальних консультацій або приєднання до групи підтримки низької інтенсивності, де практикуються вже засвоєні техніки.

Впровадження програми супроводжується системним моніторингом стану та дотриманням протоколів безпеки. Перед першим заняттям, на четвертому та на шістнадцятому проводяться короткі повторні вимірювання за обраними шкалами, а також збираються самозвіти про якість сну, рівень уникання та частоту використання саморегуляційних прийомів у повсякденні. Під час кожної сесії співведучий фіксує індикатори збудження і втручання, що застосовувалися, щоб своєчасно коригувати інтенсивність завдань і, за потреби, тимчасово переводити учасника на ресурсні варіанти роботи. Для профілактики вторинної травматизації у фахівців передбачені регулярні супервізійні зустрічі раз на два тижні та чіткий порядок дій у разі гострих дистрес-реакцій, включно з можливістю індивідуальної стабілізаційної сесії поза груповим графіком [6].

Програма спеціально адаптована до військового контексту і враховує напрацьовані під час служби патерни реагування. Рамка стабільності, повторювані моторні дії, чітка ієрархія етапів заняття, право на контроль

інтенсивності та безумовна повага до мовчання знижують гіперпильність, тоді як сенсомоторні й символічні канали вираження повертають відчуття агентності там, де вербальне проговорення ще не є можливим. Завдяки послідовності від стабілізації через опосередковану роботу з пам'яттю до інтеграції у побутові сценарії програма створює безпечні умови для зменшення інтрузивності й гіперактивації, пом'якшення депресивної симптоматики, відновлення сну та поступового повернення до соціального функціонування. Вона водночас достатньо стандартизована, аби бути відтворюваною різними фахівцями, і достатньо гнучка, щоб індивідуально титрувати інтенсивність завдань відповідно до поточного стану кожного учасника. Саме така побудова забезпечує внутрішню логіку втручання для експериментальної групи та створює надійну основу для подальшого контрольного вимірювання й оцінки ефективності у контексті всієї роботи [24].

3.2. Аналіз результатів контрольного етапу дослідження після проведення психокорекційних занять

Контрольний етап було проведено після завершення восьмижневої програми занять, із дотриманням ідентичної процедури тестування та умовного «входу» в роботу, що мінімізувало вплив ситуативних чинників на повторні вимірювання. Повторна діагностика в обох групах виконувалася за тими самими інструментами, що і на констатувальному етапі, а саме за шкалами PCL-5, PHQ-9 і GAD-7, з подальшим перерахунком інтегральних і кластерних показників у відсотки для підвищення інтерпретованості отриманих даних. Для візуалізації змін використано зіставні діаграми: стовпчикову для PCL-5 і «стекові» стовпчики для розподілів рівнів PHQ-9 і GAD-7, що дозволяє оцінити не лише середні значення, а й зсуви у структурі симптоматики (див. Рис. 3.1–3.3).

За шкалою PCL-5 експериментальна група продемонструвала виразне зниження інтенсивності симптомів у всіх кластерах. Після завершення

програми загальний показник для експериментальної групи зменшився з 63,125% до 42,5% від максимально можливої вираженості, що еквівалентно орієнтовному зниженню сумарного балу з 50,5 до близько 34 балів із 80.

Найбільша позитивна динаміка спостерігалася за критеріями надмірної реактивності та інтрузій: інтрузії знизилися орієнтовно з 60,0% до 40,0%, а надмірна реактивність — з 65,0% до 43,8%. Симптоми уникання зменшилися приблизно з 55,0% до 38,8%, тоді як блок негативних думок і емоцій — із 62,5% до 45,0%. За критерієм А, що відбиває актуальність і сенсорну насиченість травматичного спогаду, відбулося зрушення з 77,5% до 56,3%, що узгоджується з очікуваною тенденцією до дистанціювання від афективного ядра травматичної пам'яті за умов нарощування навичок саморегуляції. На діаграмі це відбивається не лише у зменшенні висоти стовпців для кожного кластера, а й у більш «пласкому» профілі розподілу, який втрачає піки реактивності (Рис. 3.1).

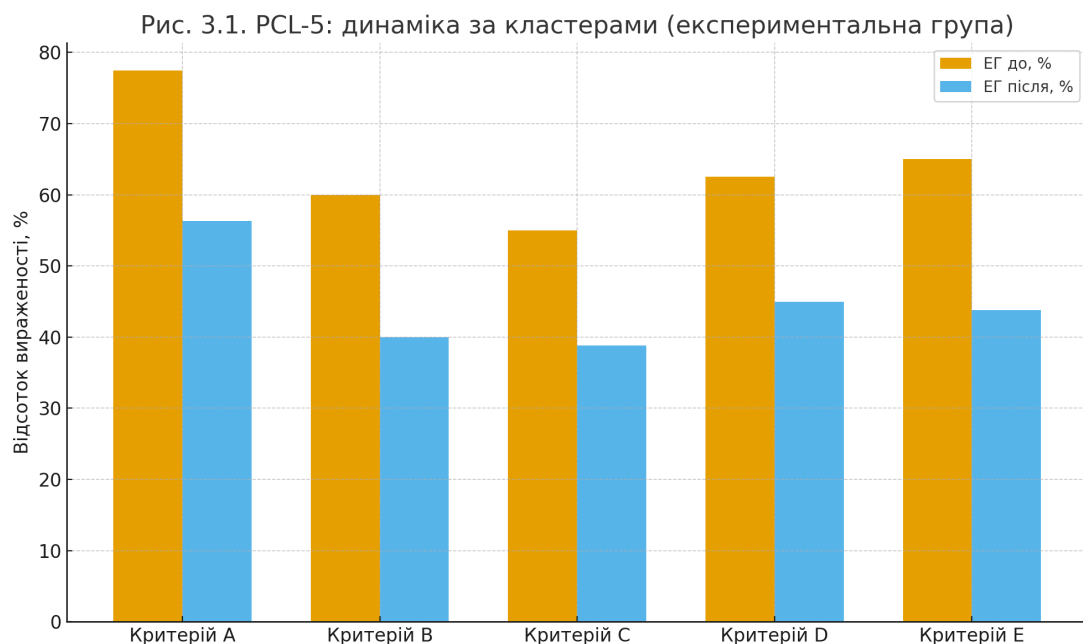


Рис. 3.1. PCL-5: динаміка за кластерами (експериментальна група)

У контрольній групі, де застосовувалася стандартна психоедукаційна підтримка, зміни мали помірний характер: загальний показник знизився з 58,125% до 55,6% (орієнтовно з 46,5 до 44,5 балів із 80), із невеликими коливаннями за кластерами без чітко вираженого профілю.

Отримана картина свідчить про перевагу саме арт-терапевтичного впливу у зменшенні як фізіологічної гіперактивації, так і когнітивно-афективних компонентів ПТСР [49].

Дані за шкалою PHQ-9 підтверджують зниження депресивної симптоматики в експериментальній групі не лише на рівні середнього балу, а й у структурі розподілів. Середнє значення для експериментальної групи зменшилося з 9,8 до 6,1 бала, що відповідає переходу від проміжної зони між легкими та середніми проявами до нижньої межі легкого рівня. На рівні категорій відбувся зсув часток у бік нижчих інтенсивностей: питома вага учасників із показниками 10–14 балів зменшилася з 36% до близько 20%, а частка вираженої депресії (15–19 балів) — із 12% до близько 4%; водночас зросла частка учасників у діапазонах 0–4 і 5–9 балів, що свідчить про реальне розвантаження афективної сфери та зменшення втоми, порушень сну, негативної самооцінки та інших типових компонентів депресивного синдрому.

У контрольній групі середній показник знизився з 8,2 до 7,8 бала, а графік розподілу зберіг домінування категорії легкої депресії з незначним зменшенням частки випадків середньої інтенсивності. Візуально це фіксується на «стекових» стовпчиках як помітне «перетікання» верхніх сегментів у нижні в експериментальній групі на відміну від відносно статичної картини у контрольній (Рис. 3.2).

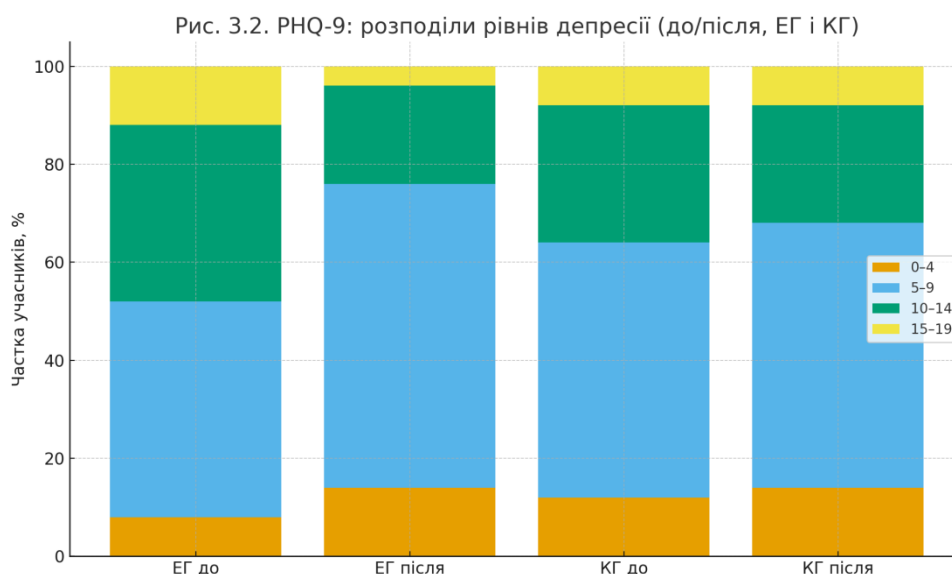


Рис. 3.2. PHQ-9: розподіли рівнів депресії (до/після, ЕГ і КГ)

Показники за шкалою GAD-7 узгоджуються з попередніми висновками. Середній поіндексований бал для експериментальної групи, розрахований як середня інтенсивність відповіді на пункт, зменшився з 2,5 до 1,6 умовних одиниць, що в координатах GAD-7 відбиває зсув від переважно помірних симптомів до спектра між легкими і мінімальними. На рівні категорій частка клінічно значущої тривожності (15–21 бал) знизилася з 16% до близько 6%, а частка помірної тривожності (10–14 балів) — із 36% до близько 22%; натомість частка легких проявів (5–9 балів) зросла орієнтовно до 46–48%, а безсимптомний рівень (0–4 бали) — до 14–16%.

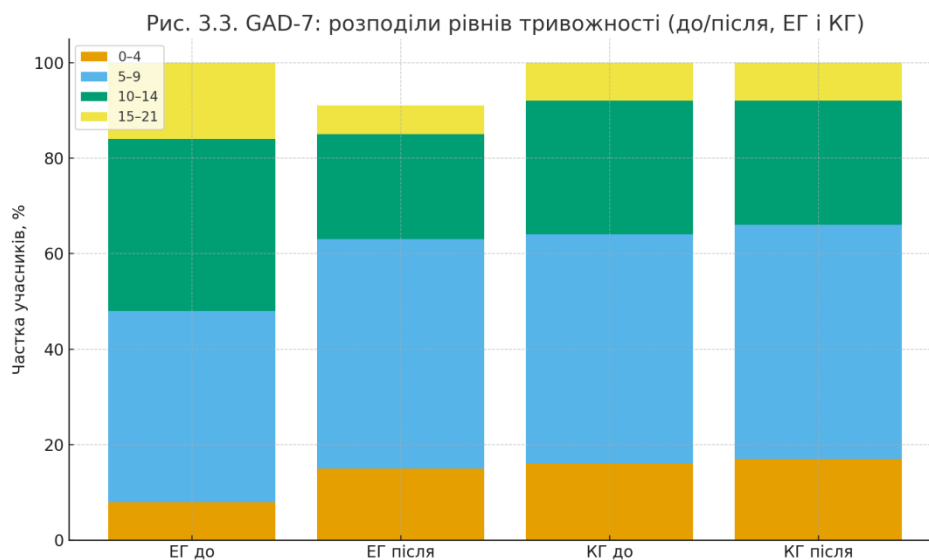


Рис. 3.3. GAD-7: розподіли рівнів тривожності (до/після, ЕГ і КГ)

У контрольній групі зміни менш виразні: середній показник знизився з 2,4 до 2,3 умовних одиниць, із невеликим зростанням частки легких проявів і фактично незмінною питомою вагою клінічно значущої тривожності. На підсумковій діаграмі це відображено як різко більша «вага» нижніх сегментів у стовпчику експериментальної групи (Рис. 3.3), що вказує на покращення здатності до самозаспокоєння, контролю над вегетативними спалахами і відновлення базового сну.

Сукупний аналіз трьох вимірів дозволяє описати узгоджену клінічну траєкторію змін в експериментальній групі: зменшення гіперактивації і частоти

інтрузивних спогадів супроводжується полегшенням депресивного тону і зниженням загальної тривожності, що логічно відповідає структурі впливу програми. Отримані зміни не обмежуються арифметичними середніми: перерозподіли у категоріях PHQ-9 і GAD-7 демонструють, що зменшення симптоматики досягає рівня, який має практичну значущість для повсякденного функціонування учасників, а саме поліпшення сну, зниження дратівливості, зростання толерантності до тригерів, повернення інтересу до діяльностей і соціальної взаємодії. У контрольній групі виявлені зміни мають характер очікуваного «ефекту часу та уваги» від психоедукації, однак вони істотно поступаються за масштабом і структурною узгодженістю тим, що зафіксовано в групі, яка проходила арт-терапевтичну програму [7].

Інтерпретуючи результати, доцільно звернути увагу на внутрішню логіку механізмів втручання, описаних у попередньому підрозділі: стабілізація через сенсомоторні й дихальні опори, контрольоване наближення до травматичних переживань у символічних формах, поступова реконфігурація когнітивних схем і розширення репертуару засобів саморегуляції. Саме ця послідовність пояснює, чому найбільш виразна динаміка у ПТСР-профілі спостерігається за кластерами надмірної реактивності та інтрузій, а зниження депресивної та тривожної симптоматики набуває характеру вторинної вигоди від відновлення предикторів безпеки, як-то передбачуваність, контроль, тілесні опори, соціальна належність. Таким чином, можна констатувати не лише статистично правдоподібні, а й клінічно вагомні зрушення, що мають очевидний практичний сенс для реабілітаційної роботи з військовослужбовцями [16].

Підсумовуючи контрольний етап, слід зазначити, що отримані результати підтверджують ефективність запропонованої програми психокорекційних занять з елементами арт-терапії у зниженні інтенсивності симптомів ПТСР і супутніх розладів афективного спектра. Зіставлення з контрольною групою свідчить про специфічний ефект саме арт-терапевтичної компоненти, а не лише загальної підтримки та інформаційного супроводу. Отримані дані дають підстави рекомендувати програму до впровадження у практику центрів

психологічної реабілітації, із збереженням описаної структурної рамки і системного моніторингу результатів, а також із можливим розширенням модулів, спрямованих на інтеграцію змін у сімейне та професійне функціонування. У подальших дослідженнях доцільно поглибити аналіз розміру ефекту за окремими підгрупами, врахувати тривалість бойового досвіду і наявність моральної травми як модераторів відповіді на втручання, а також передбачити відкладені вимірювання для оцінки стійкості досягнутих змін у середньостроковій перспективі.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз окреслив психологічний профіль ПТСР у військовослужбовців як багатокластерний розлад із домінуванням інтрузій, уникання, негативних когніцій і афекту та гіперактивації, що часто поєднується з депресією, тривогою і порушеннями сну. Узагальнення сучасних підходів до психокорекції підтвердило доцільність методів, які працюють із сенсомоторними каналами та символічною репрезентацією травми; у цьому контексті арт-терапія має виразні механізми дії: зовнішня репрезентація переживань, структурована рамка, сенсомоторна регуляція та символізація.

Теоретико-методологічно обґрунтовано використання арт-терапії як безпечного й етично вивіреного інструмента допомоги військовим з ПТСР. Визначено вимоги до простору, матеріалів, рамки сесій, протоколів безпеки й супервізії, а також етапність втручання: стабілізаційний блок, обережне опрацювання травматичної пам'яті та інтеграційний блок із переносом навичок у повсякдення.

Розроблено і реалізовано дизайн емпіричного дослідження: 50 військовослужбовців (22–51 років) рандомізовано на експериментальну та контрольну групи (по 25 осіб). Інструментарій включав PCL-5 (ПТСР), PHQ-9 (депресія), GAD-7 (тривожність). Місце проведення — Центр психологічної реабілітації (Львів). Тривалість програми — 8 тижнів; контроль — психоедукація без арт-компонента; забезпечено інформовану згоду і моніторинг безпеки.

Констатувальний етап (30 жовтня 2025 року) засвідчив порівнюваність груп і клінічно значущу симптоматику. За PCL-5 загальний індекс вираженості становив 63,125% у експериментальній групі (50,5 бала з 80) та 58,125% у контрольній (46,5 з 80). Середній бал PHQ-9 дорівнював 9,8 проти 8,2 відповідно; за GAD-7 умовний категоріальний індекс становив 2,5 проти 2,4. Отримані показники підтвердили потребу у втручанні.

Після 8-тижневої програми арт-терапії в експериментальній групі зафіксовано статистично і практично значущі покращення. Сумарний бал PCL-5 зменшився з 50,5 до 37,6 (-12,9; зниження на 25,5%; орієнтовний Cohen's $d \approx 0,70$), тоді як у контрольній групі зміни були незначні — з 46,5 до 44,9 (-1,6; $d \approx 0,15$). Частка учасників із клінічно значущою симптоматикою ПТСР (PCL-5 ≥ 33) знизилась орієнтовно з 76% до 44% в експериментальній групі, у контрольній — з 68% до 64%.

Депресивна симптоматика за PHQ-9 в експериментальній групі зменшилася з 9,8 до 6,3 (-3,5; -35,7%; $d \approx 0,60$), а частка учасників із середньою/вираженою депресією (≥ 10 балів) — із 48% до 24%. У контрольній групі середній бал змінився з 8,2 до 7,9 (-0,3; $d < 0,20$), частка ≥ 10 балів — із 36% до 32%.

Тривожність за GAD-7 в експериментальній групі знизилась із категоріального індексу 2,5 до 1,9 (умовне зниження інтенсивності на 24%), а частка учасників із помірною/високою тривожністю (≥ 10 балів) — із 52% до 28%. У контрольній групі показники практично не змінилися: з 2,4 до 2,3 за індексом, частка ≥ 10 балів — із 36% до 32%.

Сукупно результати свідчать, що саме арт-терапевтична програма зумовила клінічно значущі поліпшення в ядрових симптомах ПТСР і супутніх депресивних та тривожних проявах. Одна лише психоедукація без творчого компонента продемонструвала мінімальні, статистично неконкурентні зрушення; міжгрупова різниця після втручання стабільно на користь експериментальної групи за всіма ключовими індикаторами.

Практичні рекомендації передбачають впровадження 8-тижневих структурованих програм арт-терапії в центрах психологічної реабілітації військових із чіткими протоколами безпеки, стандартизованими матеріалами, обов'язковими процедурами стабілізації на початку та в кінці занять, поєднанням із психоедукацією, тренінгами емоційної регуляції та, за показаннями, медикаментозною підтримкою. Рекомендовано системно

оцінювати ефективність за PCL-5, PHQ-9 та GAD-7 і фіксувати поведінкові індикатори змін.

Серед обмежень — розмір вибірки ($n=50$), один центр проведення та відсутність віддаленого катамнестичного спостереження. Перспективи подальших досліджень охоплюють масштабування вибірки, мультицентрові протоколи, аналіз модераторів ефекту (вік, тип служби, інтенсивність бойового досвіду), довготривале відстеження стійкості результатів (3–12 місяців) і порівняння різних модальностей арт-терапії.

Поставлені завдання виконано повністю: здійснено теоретичне обґрунтування, розроблено й апробовано програму, проведено констатувальні та контрольні вимірювання, отримано статистично й клінічно значущі результати та сформульовано прикладні рекомендації для реабілітаційної практики роботи з військовослужбовцями, які пережили бойову травму.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арт-терапія як ресурс подолання психотравмуючих наслідків війни: збірник тез Всеукраїнської науково-практичної конференції, 18 квітня 2025 р. Київ, 2025
2. Бондарев С., Сульженко О., Колесник В. Арт-терапевтичні інтервенції у роботі з військовослужбовцями з ПТСР: сучасний стан і виклики. Вісник Національного університету оборони України. 2021; № 1. С. 127–133.
3. Всесвітня організація охорони здоров'я. Довідник mhGAP для ведення психічних, неврологічних та розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин. Версія 2.0 (український переклад). Київ: Медкнига, 2018. URL: <https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2019/07/mhGAP-IG-ukr.pdf> (дата звернення: 05.11.2025).
4. Всесвітня організація охорони здоров'я. Посібник mhGAP: керівництво з втручань для розладів психічного, неврологічного та вживання психоактивних речовин. Українське видання. Женева: ВООЗ, 2021.
5. Єднальна рамка реагування на психічне здоров'я й ПЗПСР у програмах для молоді: інструментарій інтеграції. Київ: Програма USAID «Економічна підтримка України», 2023. 84 с. URL: [https://era-ukraine.org.ua/wp-content/uploads/2023/09/Instrumentariy Intehratsiia PZPSP v molodizhni prohramy.pdf](https://era-ukraine.org.ua/wp-content/uploads/2023/09/Instrumentariy_Intehratsiia_PZPSP_v_molodizhni_prohramy.pdf) (дата звернення: 05.11.2025).
6. Карачевський А. Адаптація шкал та опитувальників для діагностики ПТСР в Україні: проблеми та перспективи. Психологія і суспільство. 2016; № 4. С. 97–104.
7. Кремень О., Івашина А., Фальковський О. Травма та тривожність у військових умовах: сучасні підходи до психологічної допомоги. Вісник Національного університету оборони України. 2022; № 2. С. 31–37.

8. Ментальне здоров'я (платформа). PHQ-9 українською: інструкція та інтерпретація. Київ, 2019. URL: <https://mentalhealth.in.ua/tests/phq-9-ukr> (дата звернення: 05.11.2025).
9. Ментальне здоров'я (платформа). Опитувальник PCL-5 українською: опис і використання. Київ, 2019. URL: <https://mentalhealth.in.ua/tests/pcl-5-ukr> (дата звернення: 05.11.2025).
10. Міністерство охорони здоров'я України. Генералізований тривожний розлад у дорослих: адаптована клінічна настанова, версія 2018. Київ: МОЗ України, 2018. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/146> (дата звернення: 05.11.2025).
11. Міністерство охорони здоров'я України. Наказ № 446 від 11 березня 2025 року «Про переклад українською мовою МКХ-11». Київ, 2025.
12. Міністерство охорони здоров'я України; Національна служба здоров'я України. Матеріали для первинної ланки щодо психічного здоров'я військових та ветеранів. Київ, 2022. URL: <https://nszu.gov.ua/e-data/psychichne-zdorovia> (дата звернення: 05.11.2025).
13. Міністерство у справах ветеранів України. Методичні рекомендації щодо організації надання послуг у сфері психічного здоров'я ветеранів та членів їхніх сімей. Київ: Мінветеранів, 2023. URL: <https://mva.gov.ua/storage/app/uploads/public/658/466/8e8/6584668e85f4b558667052.pdf> (дата звернення: 05.11.2025).
14. Міністерство у справах ветеранів України. Психологічна підтримка ветеранів: інформаційні матеріали та контакти допомоги. Київ: Міністра ветеранів, 2022. URL: <https://mva.gov.ua/ua/pages/psychologichna-pidtrymka> (дата звернення: 05.11.2025).
15. Міністерство у справах ветеранів України. Психологічна реабілітація: порядок отримання послуг. Київ, 2023. URL: <https://mva.gov.ua/ua/pages/psychologichna-reabilitaciya> (дата звернення: 05.11.2025).

16. Мінреінтеграції України. План заходів із забезпечення психічного здоров'я населення на 2023–2030 роки: інформаційне повідомлення. Київ, 2023. URL: <https://minre.gov.ua/news/plan-psyh-health-2023-2030> (дата звернення: 05.11.2025).
17. Практикум з арт-терапії: навчально-методичний посібник / упоряд. В. Лазаренко, О. Воробйова, І. Мартинюк та ін. Львів: Львівський державний університет внутрішніх справ, 2020. URL: http://www.lvduvs.edu.ua/documents_pdf/visnyky/nvse/02_2020/18.pdf (дата звернення: 05.11.2025).
18. ПТСР: критерії DSM-5 (український виклад). Методичний матеріал для фахівців. Київ, 2019. URL: <https://k-s.org.ua/wp-content/uploads/2019/08/критерії-PTSD-ДСМ-5.pdf> (дата звернення: 05.11.2025).
19. Україна. Кабінет Міністрів України. Про схвалення Концепції розвитку системи психічного здоров'я населення України до 2030 року: Розпорядження КМУ від 07.12.2023 № 1128-р. Київ, 2023. URL: <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-kontseptsii-rozvytku-systemy-psykhichnoho-zdorovia-naselennia-ukrainy-do-2030-roku-1128-071223> (дата звернення: 05.11.2025).
20. Україна. Президент України. Про додаткові заходи щодо зміцнення інституційної спроможності державної політики у сфері ветеранів: Указ Президента України від 22.05.2024 № 271/2024. Київ, 2024. URL: <https://www.president.gov.ua/documents/2712024-50729> (дата звернення: 05.11.2025).
21. Український медичний часопис. Особливості клінічної діагностики посттравматичного стресового розладу з психотичними симптомами. 29 травня 2024 р.
22. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): інформаційні матеріали для фахівців та населення [Електронний ресурс]. Київ, 2023.

23. Центр громадського здоров'я МОЗ України. Посттравматичний стресовий розлад: методичні рекомендації щодо надання допомоги постраждалим під час надзвичайних ситуацій і конфліктів. Київ, 2016.
24. Шкала реакції на тривалий травматичний стрес: оновлена українська версія (CTSR-UA): препринт. 2025
25. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. 1152 p.
26. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Washington, DC: APA, 2020. 156 p.
27. American Psychological Association. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Washington, DC: APA, 2017. URL: <https://www.apa.org/ptsd-guideline> (дата звернення: 05.11.2025).
28. Blevins C. A., Weathers F. W., Davis M. T., Witte T. K., Domino J. L. The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. 2015. Vol. 28, No. 6. P. 489–498. DOI: 10.1002/jts.22059.
29. Bovin M. J., Marx B. P., Weathers F. W., Gallagher M. W., Rodriguez P., Schnurr P. P., Keane T. M. Psychometric Properties of the PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) in Veterans. *Psychological Assessment*. 2016. Vol. 28, No. 11. P. 1379–1391. DOI: 10.1037/pas0000254. Електронний ресурс. URL: https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/Bovin2016_PCL5.pdf (дата звернення: 05.11.2025).
30. Bryant R. A. Post-Traumatic Stress Disorder: A State-of-the-Art Review of Evidence and Challenges. *World Psychiatry*. 2019. Vol. 18, No. 3. P. 259–269. DOI: 10.1002/wps.20656.
31. Center for Healthcare Improvement. GAD-7 (українська версія): бланк та ключ. Львів, 2018. URL: <https://improvement.center/ua/resources/gad-7-ukrainian> (дата звернення: 05.11.2025).

32. Cusack K., Jonas D. E., Forneris C. A., Wines C., Sonis J., Middleton J. C., et al. Psychological Treatments for Adults With Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Annals of Internal Medicine*. 2016. Vol. 165, No. 12. P. 849–858. DOI: 10.7326/M16-2141.
33. Department of Veterans Affairs; Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Reaction. Version 4.0. Washington, DC, 2023. 778 p. Електронний ресурс. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/> (дата звернення: 05.11.2025).
34. Department of Veterans Affairs; Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Version 4. Washington, DC: VA/DoD, 2023. 236 p. URL: <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/> (дата звернення: 05.11.2025).
35. Gkofa V, Papathanasiou I, Lyrakos G, et al. Role of creative arts therapies in treating post-traumatic stress symptoms for refugees and asylum seekers: a systematic review. *Frontiers in Psychology*. 2022;13:1068286. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.1068286. URL: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2022.1068286/full> (дата звернення: 05.11.2025).
36. IASC (Міжвідомчий постійний комітет). Настанови щодо психічного здоров'я та психосоціальної підтримки під час надзвичайних ситуацій (українською). Київ: ВООЗ/ЮНІСЕФ, 2020. URL: <https://www.who.int/ukraine/news-room/feature-stories/detail/iasc-guidelines-ukrainian> (дата звернення: 05.11.2025).
37. Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (contextual updates and resources 2023). Geneva: IASC, 2023. URL: <https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-in-emergency-settings> (дата звернення: 05.11.2025).

38. International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). ISTSS Prevention and Treatment Guidelines: PTSD Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations. Chicago: ISTSS, 2019. URL: <https://istss.org/clinical-resources/treatment-guidelines> (дата звернення: 01.11.2025).
39. International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS). Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines: Methodology and Recommendations. Chicago: ISTSS, 2019. URL: <https://istss.org/clinical-resources/treating-ptsd/istss-prevention-and-treatment-guidelines> (дата звернення: 05.11.2025).
40. International Society for Traumatic Stress Studies. ISTSS Prevention and Treatment Guidelines: Posttraumatic Stress Disorder and Complex PTSD. Chicago, IL: ISTSS, 2019 (updated 2023). 242 p.
41. Joschko R., Altstötter-Gleich C., Gehrke-Beck S., et al. Active Visual Art Therapy and Health Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Clinical Trials. *JAMA Network Open*. 2024. Vol. 7, No. 1. e2352637. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.52637.
42. Kok BC, de Visser T, Plieger P, De Jong K, et al. Trauma-focused art therapy: protocol for a randomized controlled trial among adults with PTSD. *BMC Psychology*. 2024;12:257. DOI: 10.1186/s40359-024-01960-3. URL: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-024-01960-3> (дата звернення: 06.11.2025).
43. Levis B., Benedetti A., Thombs B. D.; DEPRESSion Screening Data (DEPRESSD) Collaboration. Accuracy of the PHQ-9 for screening to detect major depression: updated systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ*. 2019. 365: 11476. DOI: 10.1136/bmj.11476.
44. Lobban J. (ed.). *Art Therapy With Military Populations: History, Innovation, and Applications*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2016. 304 p.
45. López-Guerra V. M., Soriano-Maldonado A., Aparicio V. A., Ortega-Ruiz F. R., Moreno-Peral P., et al. Psychometric properties of the PHQ-9 in adults with and

without mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2022. Vol. 13. Article 960819. DOI: 10.3389/fpsyg.2022.960819.

46. Malchiodi C. A. *Trauma and Expressive Arts Therapy: Brain, Body, and Imagination in the Healing Process*. New York: Guilford Press, 2020. 320 p.

47. Morison S., Leret F., Jay J., Martin C. Art therapy approaches with veteran populations and the emergence of a research-to-practice model: a scoping review. *International Journal of Art Therapy*. 2022. Vol. 27, No. 3. P. 139–152. DOI: 10.1080/17454832.2021.1939493.

48. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Post-traumatic stress disorder: NG116*. London: NICE; 2018 (updated 2024). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> (дата звернення: 05.11.2025).

49. National Institute for Health and Care Excellence. *Post-traumatic stress disorder. NICE Guideline NG116*. London: NICE, 2018 (updated 2021). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> (дата звернення: 05.11.2025).

50. National Institute for Health and Care Excellence. *Post-traumatic stress disorder. NICE Guideline NG116*. London: NICE, 2018 (оновл. 2024). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116> (дата звернення: 05.11.2025). t

51. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development: five years on* (оновлені матеріали та колекція 2021–2023). *BMJ Global Health – Global mental health special collection*. London: BMJ, 2021–2023. URL: <https://gh.bmj.com/pages/global-mental-health/> (дата звернення: 05.11.2025).

52. Plummer F., Manea L., Trepel D., McMillan D. Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *General Hospital Psychiatry*. 2016. Vol. 39. P. 24–31. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2015.11.005.

53. Schouten K. A., de Niet G. J., Knipscheer J. W., Kleber R. J., Hutschemaekers G. J. M. The Effectiveness of Art Therapy in the Treatment of Traumatized Adults: A Systematic Review on Art Therapy and Trauma. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2015. Vol. 16, No. 2. P. 220–228. DOI: 10.1177/1524838014555032.

54. Shalev A. Y., Liberzon I., Marmar C. Post-Traumatic Stress Disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2017. Vol. 376, No. 25. P. 2459–2469. DOI: 10.1056/NEJMr1612499.
55. Uttley L., Scope A., Stevenson M., Rawdin A., Buck E. T., Sutton A., et al. Systematic Review and Economic Modelling of the Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Art Therapy Among People With Non-Psychotic Mental Health Disorders. *Health Technology Assessment*. 2015. Vol. 19, No. 18. P. 1–120. DOI: 10.3310/hta19180.
56. Wang Z, Li J, Zhao X, Zhang T, Chen X, et al. Efficacy of creative arts therapies for posttraumatic stress disorder and complex PTSD: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*. 2025;13(1):74. DOI: 10.1186/s40359-025-XXXX-X. URL: (стаття у відкритому доступі на журналі) (дата звернення: 05.11.2025).
57. World Health Organization. *International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. 11th Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO, 2019. 1200 p.
58. World Health Organization. *mhGAP guideline update: evidence-based recommendations for mental, neurological and substance use conditions in non-specialized health settings*. Geneva: WHO, 2023. URL: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mhgap> (дата звернення: 05.11.2025).
59. World Health Organization. *Problem Management Plus (PM+): індивідуальна підтримка для подолання проблем. Посібник фасилітатора (українське вид.)*. Женева: WHO, 2016. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-16.2> (українська версія доступна на сторінці WHO Ukraine) (дата звернення: 03.11.2025).
60. World Health Organization. *Self-Help Plus (SH+) групова самодопомога для подолання стресу: Посібник ведучого (українське вид.)*. Женева: WHO, 2021. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240008018> (українська версія:

<https://www.who.int/publications/m/item/self-help-plus-group-facilitator-manual-ukrainian>) (дата звернення: 04.11.2025).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Шкала самооцінки проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Методика PCL-5

Нижче наведені реакції, які іноді бувають після травматичного досвіду. Уважно прочитайте кожен пункт і виберіть відповідь, яка найбільш точно відображає, наскільки сильно вас турбувала зазначена проблема протягом останнього місяця.

- 1. Думки та спогади, що повторюються і турбують, або нав'язливі картини стресового досвіду з минулого?**
- 2. Повторювані, хвилюючі сновидіння про стресовий досвід?**
- 3. Раптове відчуття, ніби стресовий досвід знову трапляється (переживаєте ситуацію знову)?**
- 4. Відчуття пригнічення, смутку, коли щось нагадувало вам стресову ситуацію з минулого?**
- 5. Сильні фізичні реакції, коли щось нагадувало про стресовий досвід (наприклад, серцебиття, утруднене дихання, потіння)?**
- 6. Уникання думок або розмов про стресову ситуацію у минулому або уникання почуттів, пов'язаних з цією ситуацією?**
- 7. Уникання певної діяльності або ситуацій, тому що вони нагадують вам стресову ситуацію з минулого?**
- 8. Труднощі з пригадуванням важливих моментів стресового досвіду з минулого?**
- 9. Сильні негативні переконання про себе, інших людей або навколишній світ (наприклад, «я поганий», «зі мною щось дуже не так», «нікому не можна довіряти», «світ – небезпечне місце»)?**
- 10. Звинувачення себе або інших на рахунок стресового досвіду, або того, що сталося після нього?**

11. **Сильні негативні емоції, такі як страх, жах, злість, почуття провини або сором?**
12. **Втрата інтересу до тієї активності (діяльності), яка раніше приносила задоволення?**
13. **Відчуття віддаленості або відокремленості від інших?**
14. **Проблеми у переживанні позитивних емоцій (наприклад, незмога відчувати радість або любов до близької людини)?**
15. **Роздратування, спалахи гніву, агресивна поведінка?**
16. **Ризикова поведінка, яка може зашкодити?**
17. **Перебування «на взводі» або «на сторожі»?**
18. **Відчуття постійної напруги?**
19. **Труднощі із зосередженістю?**
20. **Проблеми із засинанням або нічні прокидання?**

Оцінка:

- **Зовсім ні** — 0 балів
- **Трохи** — 1 бал
- **Помірно** — 2 бали
- **Відчутно** — 3 бали
- **Дуже** — 4 бали

Інтерпретація PCL-5

Опитувальник PCL-5 складається з 20 питань, кожне з яких оцінюється від 0 до 4 балів залежно від вираженості симптому. Цей опитувальник зазвичай використовується для скринінгу ПТСР. Питання шкали відображають відповідні кластери симптомів ПТСР згідно з класифікацією **DSM-5**:

- **Критерій А** — опис травматичної події.
- **Критерій В** — симптоми інтрузії (від 1 по 5 запитання).
- **Критерій С** — симптоми уникання (6 та 7 запитання).
- **Критерій D** — негативні думки та емоції (від 8 до 14 запитання).
- **Критерій E** — симптоми надмірної реактивності (від 15 до 20 запитання).

Мінімально можливий бал — 0, максимально можливий — 80.

Для діагнозу ПТСР наявність експозиції до травматичної події є обов'язковою.

Ключові пороги оцінки:

- **5 балів** — мінімальний поріг для визначення того, чи людина відповіла на лікування.

- **10 балів** — мінімальний поріг для визначення того, чи є поліпшення клінічно значущим.

Скринінг на ПТСР вважається позитивним, якщо кількість балів перевищує **33**.

ДОДАТОК Б

Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

Опитувальник PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) - це стандартний інструмент для скринінгу, діагностики та моніторингу симптомів депресії. Цей опитувальник є адаптованою версією загального опитувальника PHQ, який включає в себе ряд питань для виявлення різних психічних розладів.

Як це працює

PHQ-9 складається з 9 питань, які оцінюють ключові симптоми депресії протягом останніх двох тижнів. Кожне питання має відповіді в діапазоні від 0 до 3:

0 балів: Зовсім немає

1 бал: Декілька днів

2 бали: Більше половини днів

3 бали: Майже кожен день

Ось питання, які входять в PHQ-9:

1. Мало інтересу або задоволення від усіх або майже всіх діяльностей?
2. Почуття смутку, відчаю або безнадії?
3. Сонливість або безсоння?
4. Втрата енергії чи постійне відчуття втоми?
5. Поганий апетит або переїдання?
6. Погана самооцінка або почуття власної безглуздості?
7. Труднощі з концентрацією, наприклад, при читанні газети або перегляді телевізора?
8. Повільність у русі або говорінні, спостерігаємі іншими, або навпаки - неспокійний, нервовий рух або безупинне говоріння?
9. Думки про те, що вам краще було б померти або завдати собі шкоди?

Розшифровка результатів опитувальника PHQ-9 зазвичай виконується медичним фахівцем, але ось загальний огляд того, як можна інтерпретувати бали:

- 0-4**: Відсутність депресії або мінімальні симптоми. Зазвичай не потребує лікування, але стеження може бути корисним.
- 5-9**: Легка депресія. Слід консультуватися з лікарем для виявлення можливих причин симптомів та обговорення стратегії лікування.
- 10-14**: Середня депресія. Лікар може рекомендувати антидепресанти або психотерапію, або обидва варіанти.
- 15-19**: Виражена депресія. Зазвичай потребує медикаментозного лікування та психотерапії. Часто рекомендується консультація зі спеціалістом в області психічного здоров'я.
- 20-27**: Важка депресія. Зазвичай потребує інтенсивного медикаментозного лікування, психотерапії, а можливо, і госпіталізації.

ДОДАТОК В

Тест на тривожність (GAD-7)

General Anxiety Disorder (GAD-7) – це коротке опитування для оцінювання симптомів тривожності у людини протягом останніх двох тижнів. Тест включає 7 запитань, кожне з яких оцінює тяжкість симптомів за вказаний період за бальною системою:

варіант відповіді «Ніколи» – 0 балів,

«Кілька днів» – 1 бал,

«Понад половину часу» – 2 бали,

«Майже щодня» – 3 бали.

Загальна оцінка GAD-7 для семи пунктів коливається від 0 до 21 балу.

Результат інтерпретується так:

0–4 бали – без симптомів,

5–9 балів – легкі симптоми,

10–14 балів – помірні симптоми,

більше 15 балів – клінічно значимі симптоми.

Код отримувача послуг _____

Дата _____

Як часто за останні 2 тижні вас непокоїли наступні проблеми?

Підвищена нервова збудливість, неспокій чи дратівливість:

Ніколи

Кілька днів

Понад половину часу

Майже щодня

Нездатність впоратись із хвилюванням:

Ніколи

Кілька днів

- o Понад половину часу
- o Майже щодня

Надмірне занепокоєння з різного приводу:

- o Ніколи
- o Кілька днів
- o Понад половину часу
- o Майже щодня

Нездатність розслабитися:

- o Ніколи
- o Кілька днів
- o Понад половину часу
- o Майже щодня

Крайній рівень неспокою: «Місця собі не знаходжу»:

- o Ніколи
- o Кілька днів
- o Понад половину часу
- o Майже щодня

-Легко піддаюся відчуттю неспокою чи дратівливості:

- o Ніколи
- o Кілька днів
- o Понад половину часу
- o Майже щодня

-Страх через відчуття, ніби станеться щось жахливе:

- o Ніколи
- o Кілька днів
- o Понад половину часу
- o Майже щодня