

СЕКЦІЯ 7
ПСИХОФІЗІОЛОГІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯКЛІНІЧНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО
СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ В УКРАЇНСЬКОМУ СУСПІЛЬСТВІ:
КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ ТА ПЕРСПЕКТИВИCLINICAL AND PSYCHOSOCIAL FEATURES OF POST-TRAUMATIC STRESS
DISORDER IN UKRAINIAN SOCIETY: COMPREHENSIVE ANALYSIS
AND PERSPECTIVES

Стаття присвячена кризі, що зростає, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) в Україні, зумовленій повномасштабним збройним конфліктом. У статті надано вичерпний експертний аналіз клінічних і психосоціальних особливостей посттравматичного стресового розладу в українському суспільстві, у ній інтегровано сучасні діагностичні рамки, епідеміологічні дані, індивідуальні та суспільні фактори ризику/захисту, наявні бар'єри на шляху до отримання допомоги та сучасні доказові підходи до лікування та підтримки. Детально розглядаються ключові клінічні прояви посттравматичного стресового розладу, спираючись на діагностичні критерії DSM-5 та ICD-11, а також підкреслюється особлива актуальність комплексного посттравматичного стресового розладу (КПТСР) в українському контексті. Дослідження охоплює психосоціальні фактори, що впливають на розвиток та перебіг посттравматичного стресового розладу, зокрема й критично важливе поняття моральної травми, підкреслено захисну роль міцних систем соціальної підтримки. Авторкою наголошується на нагальній потребі в інтегрованих, доказових інтервенціях у поєднанні зі стратегічними рекомендаціями щодо політики, спрямованими на формування стійкості психічного здоров'я та сприяння відновленню суспільства в Україні. Дослідження розкриває критичну проблему недиагностованого посттравматичного стресового розладу, що виникає внаслідок значного розриву між офіційними статистичними даними та реальною поширеністю розладу в суспільстві. Авторкою систематизовано сучасні доказові терапевтичні підходи, що адаптуються до українських умов: травмафокусовану когнітивно-поведінкову терапію (TF-CBT), десенсибілізацію та переробку рухом очей (EMDR), пролонговану експозиційну терапію (PET), терапію прийняття та зобов'язання (TF-ACT) та реконсолідацію травматичних спогадів (RTM). Авторка формулює комплексну стратегію подолання кризи психічного здоров'я, що включає: масштабну підготовку кваліфікованих фахівців, інтеграцію послуг психічного здоров'я в первинній медичній допомозі, широкомасштабну інформаційно-просвітницьку роботу для подолання стигматизації та розвиток системи соціальної підтримки як ключового чинника резильєнтності.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, ПТСР, комплексний ПТСР, пси-

хічне здоров'я, збройний конфлікт, травма війни, діагностика, психотерапія, соціальна підтримка, резильєнтність, стигматизація, Україна.

This article addresses the growing crisis of post-traumatic stress disorder (PTSD) in Ukraine caused by the full-scale military conflict. The article provides a comprehensive, expert analysis of the clinical and psychosocial characteristics of PTSD in Ukrainian society, integrating contemporary diagnostic frameworks, epidemiological data, individual and societal risk/protective factors, existing barriers to accessing help, and current evidence-based approaches to treatment and support. Key clinical manifestations of PTSD are examined in detail, drawing on DSM-5 and ICD-11 diagnostic criteria, while emphasizing the particular relevance of complex PTSD (C-PTSD) in the Ukrainian context. The study covers psychosocial factors affecting the development and course of PTSD, including the critically important concept of moral injury, and highlights the protective role of strong social support systems. The author emphasizes the urgent need for integrated, evidence-based interventions combined with strategic policy recommendations aimed at building mental health resilience and promoting societal recovery in Ukraine. The research reveals the critical problem of undiagnosed PTSD resulting from a significant gap between official statistical data and the actual prevalence of the disorder in society. The author systematizes current evidence-based therapeutic approaches adapted to Ukrainian conditions: trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT), eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), prolonged exposure therapy (PET), trauma-focused acceptance and commitment therapy (TF-ACT), and reconsolidation of traumatic memories (RTM). The author formulates a comprehensive strategy for addressing the mental health crisis, including: large-scale training of qualified specialists, integration of mental health services into primary healthcare, widespread educational and awareness work to combat stigmatization, and development of social support systems as a key factor in resilience.

Key words: post-traumatic stress disorder, PTSD, complex PTSD, mental health, military conflict, war trauma, diagnosis, psychotherapy, social support, resilience, stigmatization, Ukraine.

УДК 159.9:616.89:316 (477)
DOI <https://doi.org/10.32782/hbts.77.1.32>
Стаття поширюється на умовах
ліцензії CC BY 4.0

Приходькіна Н.О.
д.пед.н., професор,
професор кафедри педагогіки,
адміністрування і спеціальної освіти
Державний заклад вищої освіти
«Університет менеджменту освіти»
Національної академії педагогічних
наук України
ORCID ID: 0000-0001-9965-6912

Повномасштабне вторгнення в Україну глибоко вплинуло на психічне здоров'я українців, що призвело до зростання травматичних розладів, зокрема посттравматичного стресового розладу (далі – ПТСР). Це суспільна проблема з наслідками для індивідуального добробуту, соціальної згуртованості та національного відновлення. Довгострокові наслідки такого поширеного травматизму потребують негайної та всебічної уваги.

Офіційні дані Національної служби здоров'я України (далі – НСЗУ) свідчать про драматичне та прискорене зростання зареєстрованих випадків ПТСР: із 3 167 пацієнтів у 2021 р. до 7 051 у 2022 р. та 12 494 у 2023 р. Станом на 6 березня 2024 р. вже було діагностовано 3 292 випадки за рік, що майже дорівнює загальній кількості за весь 2021 р., що передувало повномасштабному вторгненню [3; 8; 25]. Ця різка динаміка підкреслює швидке загострення проблеми.

Однак аналіз наявних даних виявляє суттєву розбіжність між офіційно зареєстрованими випадками й оцінками поширеності ПТСР в суспільстві. Хоча кількість діагностованих випадків зростає, інші дослідження вказують на значно вищі показники. Наприклад, сучасні вітчизняні дослідження свідчать, що поширеність ПТСР в Україні становить приблизно 25% серед загального населення, до того ж майже половина населення (57%) перебуває в зоні ризику розвитку цього розладу [17]. Серед внутрішньо переміщених осіб (ВПО) поширеність ПТСР може сягати 32% [5] або навіть 54,3%, [21] за деякими даними. Для військовослужбовців показники коливаються від 20 до 30% [34]. Така значна різниця між зареєстрованими випадками й оцінюваною поширеністю (потенційно мільйони, з урахуванням населення України до повномасштабного вторгнення, яке перевищувало 40 мільйонів) вказує на суттєву недодіагностику, недореєстрацію або значні бар'єри на шляху до отримання допомоги. Ця ситуація створює «тіньову пандемію» недіагностованого ПТСР, що є критичним викликом для системи громадського здоров'я. Вирішення цієї проблеми потребує не лише розширення діагностичних і лікувальних можливостей, але й проактивної інформаційно-просвітницької роботи.

Формальне визнання ПТСР як окремого діагнозу в «Діагностичному та статистичному посібнику із психічних розладів» (DSM-III) у 1980 р. [1] стало переломним моментом у розумінні травми. Однак психологічний вплив екстремального стресу спостерігався протягом усієї історії, проявлячись у різних формах, як-от «снарядний шок» під час Першої світової війни, від якого постраждали приблизно 80 000 ветеранів [27]. Цей історичний зв'язок підкреслює стійкість впливу травми й еволюцію концептуалізації її психологічних наслідків.

Розуміння ПТСР розширилося від суто індивідуальної психопатології до стану, глибоко переплетеного із соціальним, культурним і політичним контекстами, особливо в постконфліктних умовах

[2]. Ця еволюція є критично важливою для його проявів у сучасній Україні.

Спосіб, яким ПТСР формулюється, діагностується та підтримується (або не підтримується), може значною мірою залежати від національних наративів, пріоритетів міжнародної допомоги та суспільних уявлень. Якщо ПТСР розглядається суто як індивідуальна медична патологія, існує ризик ігнорування системних, колективних і моральних вимірів травми, пережитої українським суспільством. Це може призвести до втручання, які є недостатніми або не відповідають реальним потребам населення. Визнання ПТСР як соціополітичного конструкта означає усвідомлення того, що відновлення передбачає не лише індивідуальну терапію, а й колективне зцілення, вирішення питань справедливості, відповідальності та відновлення суспільної довіри. Це також означає, що публічний дискурс навколо ПТСР в Україні має бути ретельно керованим, щоб уникнути подальшої стигматизації, надмірного спрощення або нав'язування зовнішніх рамок, які не відповідають місцевим реаліям.

Діагностика ПТСР переважно ґрунтується на критеріях, установлених у Діагностичному та статистичному посібнику із психічних розладів, 5-е видання (далі – DSM-5), опублікованому Американською психіатричною асоціацією (APA), або в Міжнародній класифікації хвороб, 11-е видання (далі – ICD-11), розробленій Усесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) [32]. Хоча обидві системи мають спільні елементи, існують важливі відмінності, які впливають на клінічну практику та дослідницькі підходи.

Діагностичні критерії ПТСР згідно з DSM-5:

– **критерій А: стресор.** Обов'язкова умова – вплив на фактичну або таку, що загрожує, смерть, серйозну травму або сексуальне насильство одним або кількома способами, як-от: безпосереднє переживання події; особисте спостереження за подією, що сталася з іншими; дізнання про травматичну подію, яка сталася із близьким членом родини або другом (якщо це смерть, то насильницька або випадкова); або повторна чи екстремальна опосередкована дія аверсивних деталей травматичної події (наприклад, для рятувальників або поліцейських), за винятком впливу через електронні медіа, ТБ, фільми, якщо це не пов'язано з роботою;

– **критерій В: симптоми вторгнення.** Наявність щонайменше одного з таких симптомів, пов'язаних із травматичною подією, що виникли після неї: повторюваних, мимовільних і нав'язливих спогадів; повторюваних кошмарів; дисоціативних реакцій (флешбеки), коли людина відчуває або діє так, ніби травматична подія повторюється (у дітей може бути повторне відігравання травми у грі); інтенсивного або тривалого психологічного дистресу за впливу внутрішніх чи зовнішніх тригерів; виражених фізіологічних реакцій на такі тригери;

– **критерій С: уникнення.** Постійне уникнення стимулів, пов'язаних із травматичною подією, що почалося після неї, про що свідчить щонайменше один з таких симптомів: уникнення думок, почуттів або розмов, пов'язаних із травмою; уникнення зовнішніх нагадувань (людей, місць, ситуацій), що спричиняють дистрес;

– **критерій D: негативні зміни в когніціях і настрої.** Щонайменше два з таких симптомів, що почалися або погіршилися після травматичної події, як-от: нездатність пригадати важливі аспекти травми (дисоціативна амнезія); стійкі та спотворені негативні думки про себе, інших або світ (наприклад, «Я поганий», «Світ небезпечний»); стійке перебільшене самозвинувачення або звинувачення інших; стійкий негативний емоційний стан (страх, жах, гнів, провина, сором); значне зниження інтересу або участі у важливих видах діяльності; відчуття відстороненості від інших; стійка нездатність відчувати позитивні емоції;

– **критерій E: зміни збудження та реактивності.** Щонайменше два з таких симптомів, що почалися або погіршилися після травматичної події: дратівливої поведінки та спалахів гніву; безрозсудної або саморуйнівної поведінки; гіперпильності; перебільшеної реакції переляку; проблем з концентрацією; порушень сну;

– **критерій F: тривалість.** Симптоми тривають більше одного місяця;

– **критерій G: функціональне порушення.** Розлад спричиняє клінічно значущий дистрес або порушення в соціальній, професійній чи інших важливих сферах функціонування;

– **критерій H: виключення.** Симптоми не пов'язані з медикаментами, уживанням психоактивних речовин або іншими захворюваннями;

– **специфікації:** DSM-5 також включає специфікації «з дисоціативними симптомами» (деперсоналізація, дереалізація) та «відстрочений прояв» (повні діагностичні критерії не відповідають до шести місяців після травми, хоча симптоми можуть виникнути негайно) [33].

Діагностичні критерії ПТСР згідно з ICD-11:

1. *Травматична подія.* Вплив на подію або події, що були «надзвичайно загрозливими або жахливими».

2. *Основні симптоми ПТСР:* повторне переживання (нав'язливі спогади про травматичну подію в теперішньому часі (флешбеки, кошмари), що супроводжуються сильним страхом або жахом); уникнення (навмисне уникнення думок, спогадів, ситуацій, людей або зовнішніх нагадувань, що пов'язані із травматичною подією); відчуття загрози (постійне відчуття поточної загрози, що проявляється як гіперпильність, підвищена реакція переляку або проблеми з концентрацією та сном).

Тривалість. Симптоми тривають щонайменше кілька тижнів.

Функціональне порушення. Симптоми спричиняють значне порушення в особистій, сімейній,

соціальній, освітній, професійній або інших важливих сферах функціонування [33].

ICD-11 має більш вузькі та менш численні діагностичні критерії для ПТСР порівняно з DSM-5. ICD-11 зосереджується на трьох основних кластерах симптомів (повторне переживання, уникнення, відчуття загрози), тоді як DSM-5 включає чотири кластери (додаючи негативні зміни в когніціях і настрої, а також розширені критерії збудження та реактивності).

DSM-5 включає дисоціативну специфікацію, тоді як ICD-11, хоча й визнає дисоціацію, не робить її окремим кластером симптомів для ПТСР, але вона є ключовою для діагностики гострої стресової реакції (ГСР).

ICD-11 вимагає симптомів «щонайменше кілька тижнів», тоді як DSM-5 чітко вказує «більше одного місяця».

Комплексний посттравматичний стресовий розлад (далі – КПТСР) є відносно новим діагнозом, включеним до ICD-11, і відсутній у DSM-5. Він діагностується тоді, коли, окрім критеріїв для ПТСР, наявні три додаткові групи симптомів, що називаються «порушеннями самоорганізації» (ПСО) [25]. КПТСР виникає внаслідок тривалого, повторюваного або екстремального впливу травматичних подій, з яких важко або неможливо втекти, як-от тортури, концентраційні табори, рабство, геноцид, домашнє насильство або дитяче жорстоке поводження [31].

Основні симптоми КПТСР (ICD-11):

1. *Повторне переживання, уникнення та постійне відчуття поточної загрози.*

2. *Проблеми з регуляцією емоцій:* значні труднощі в управлінні емоційними реакціями, що можуть проявлятися як надмірна дратівливість, спалахи гніву або емоційне оніміння.

3. *Негативна самоконцепція:* стійкі переконання про себе як про приниженого, переможеного або нічого не вартого, що супроводжуються почуттями сорому, провини або невдачі, пов'язаними із травматичною подією.

4. *Проблеми у стосунках:* стійкі труднощі в підтримці стосунків і відчутті близькості з іншими, що може включати уникнення, недовіру або труднощі у вираженні потреб [32].

Зважаючи на тривалий характер збройного конфлікту, масові переміщення населення, досвід окупації, полону, свідчення насильства та втрат, КПТСР є надзвичайно актуальним для українського суспільства. Багато українців, як військових, так і цивільних, зазнали хронічної або повторюваної травматизації, що створює високий ризик розвитку КПТСР. Наприклад, дослідження показують, що поширеність КПТСР в Україні коливалася від 9,2 до 14,6% залежно від методології та часу проведення дослідження. Розуміння та діагностика КПТСР є критично важливими для розроблення адекватних терапевтичних стратегій, оскільки його лікування часто потребує більш тривалих і багатofазних підходів порівняно з «типовим» ПТСР [24].

Прояви ПТСР можуть значно різнитися залежно від віку постраждалої особи, що вимагає диференційованого підходу до діагностики й інтервенцій. На основі аналізу наукових праць С. Гречух, А. Козлової, М. Меркулова, Т. Журавель, М. Салюка й інших [4; 10; 18; 22].

Важливо зазначити, що прояви ПТСР можуть зберігатися протягом тривалого часу. Розвиток ПТСР часто відбувається приблизно за шість місяців після травмивної події, хоча симптоми можуть з'явитися і пізніше, або навіть раніше, протягом трьох місяців. Розуміння цих вікових особливостей є ключовим для ранньої діагностики та впровадження відповідних, чутливих до віку інтервенцій [3].

Епідеміологія ПТСР в Україні: поширеність серед різних груп населення. Поширеність ПТСР в українському суспільстві, особливо в умовах збройного конфлікту, що триває, є значною і має унікальні психосоціальні особливості. Дані щодо поширеності ПТСР в Україні варіюються залежно від методології дослідження, вибірки та часу проведення, але загальна тенденція вказує на високий рівень цього розладу.

Сучасні вітчизняні дослідження показують, що поширеність ПТСР серед загального населення України становить приблизно 25%, майже половина (57%) населення перебуває в зоні ризику розвитку ПТСР [60]. Інші джерела вказують на діапазон від 11,1 до 50,8% [17].

Дослідження, проведене з березня по серпень 2024 р., виявило поширеність ПТСР в діапазоні 15,0–41,2% серед українців у різних регіонах. Опитування (n = 1 300) підтверджує більшу схильність жінок до ПТСР, що узгоджується з американськими даними. Загалом, приблизно 8% чоловіків і 20% жінок, що пережили травматичні події, мають ПТСР. Дослідження також показують, що поширеність ПТСР серед жінок є вищою, ніж серед чоловіків, у всіх досліджуваних умовах [36].

Серед військовослужбовців, які зазнали психологічних травм, у 20–30% випадків розвивається ПТСР різного ступеня тяжкості. За даними досліджень, проведених після війни у В'єтнамі, частка ветеранів з ПТСР сягала 30% [35]. Серед ветеранів, які служили в Іраку, поширеність ПТСР становила приблизно 14%, а для всіх ветеранів війни в Перській затоці – 10% [11].

Таблиця 1

Прояви ПТСР у дорослих і дітей

Прояви ПТСР в дорослих		Прояви ПТСР в дітей і підлітків	
Нав'язливі спогади	Повторювані, небажані спогади про небезпечні для життя ситуації, учасником яких була людина. Це можуть бути образи, думки, відчуття або навіть фізичні реакції, що виникають без зовнішніх стимулів.	Саморуйнівна поведінка	Особливо в підлітків, може проявлятися як завдання самоушкоджень, алкоголізація, наркотизація.
Травмувальні сновидіння	Кошмарні сцени пережитих подій, що повторюються та викликають тривогу, порушують сон.	Надмірна прив'язаність	Надмірна прив'язаність до батьків або інших дорослих.
Флешбеки	Дисоціативні реакції, під час яких людина відчуває або діє так, ніби травматична подія відбувається знову, з можливою втратою усвідомлення поточного оточення.	Постійне відігравання пережитого у грі	Для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку травматичні події можуть повторюватися в ігровій формі.
Уникнення	Прагнення уникати емоційних навантажень, думок, почуттів, розмов або зовнішніх нагадувань, пов'язаних із травмою. Це може призводити до неконтактності з оточенням, відкладання ухвалення рішень через страх.	Поведінка, характерна для молодшого віку	Наприклад, смоктання пальця, мимовільне сечовипускання під час сну в молодших дітей.
Негативні зміни в настрої та мисленні:	Надмірна втома, дратівливість, депресивні стани, головні болі, нездатність концентрувати увагу. Можуть виникати почуття провини та сорому, особливо «провина тих, хто вижив».	Порушення пам'яті, уваги, здатності вчитися	Це може впливати на академічну успішність та когнітивний розвиток.
гіперзбудливість	Хронічний стан гіперзбудливості з порушеннями сну, перепадами настрою, вибуховими реакціями, гіперпильністю, надмірною реакцією переляку.	Підвищення рівня тривожності	Постійне очікування повторення подій.
асоціальна поведінка	Як наслідок вищезазначених проявів може спостерігатися схильність до алкоголізації, наркотизації, надмірного цинізму.	Труднощі у мовленні	Можуть виникати у молодших дітей.
амнезія	Часткова або цілковита нездатність пригадати важливі аспекти травми.		
утрата інтересу	Байдужість до раніше значущих видів діяльності.		

Для порівняння, у США, серед ветеранів операцій «Іракська свобода» (OIF) та «Непохитна свобода» (OEF) 15% мали ПТСР за останній рік, а 29% – протягом життя. Серед ветеранів війни в Перській затоці – 14% за останній рік і 21% протягом життя [27]. Ці дані підкреслюють, що військовий досвід значно підвищує ризик розвитку ПТСР, показники в Україні є зіставними або навіть вищими, ніж у деяких інших конфліктах.

Воєнні дії в Україні призвели до зростання ПТСР серед студентської молоді. За результатами різних учених, симптоми ПТСР серед молоді становили від 12,4 до 70% залежно від травматичних подій (наси́льство, втрата рідних, внутрішнє переміщення, втрата звичного життя). Опитування 1 072 студентів показало, що 98% були вражені війною, 86% мали кошмари про війну, 49% страждали від безсоння, а 27% мали ознаки ПТСР. Серед дітей дошкільного віку та молодших школярів також діагностується імовірний ПТСР (15,4%), а серед дітей шкільного віку та підлітків – 14,4% [26].

Додаткові дослідження виявили, що літні люди та жителі тимчасово окупованих регіонів мають вищий ризик розвитку ПТСР [7]. Дослідження серед представників єврейської діаспори (n = 845) показало підвищену психологічну вразливість, особливо в тих, чиї родичі постраждали від Голокосту, хто особисто пережив щонайменше одну травматичну подію або хто уважно стежив за висвітленням російсько-української війни в ЗМІ [17].

Ці дані свідчать про те, що реальна кількість випадків ПТСР в Україні може бути значно вищою, ніж поточні очікування, особливо з огляду на складнощі в оцінюванні реальної картини. Висока поширеність ПТСР серед різних груп населення є серйозним викликом для системи охорони здоров'я та соціальної підтримки [28].

Діагностика та терапевтичні підходи до ПТСР в Україні. Ефективна діагностика та лікування ПТСР потребують використання стандартизованих інструментів і доказових терапевтичних методів. В Україні активно впроваджуються та адаптуються міжнародні підходи.

Для діагностики та моніторингу ПТСР в Україні застосовується низка стандартизованих тестів і опитувальників, які дозволяють проводити як початковий скринінг, так і детальне клінічне оцінювання. Важливо зазначити, що документально діагноз ПТСР можуть встановити лише лікар-психотерапевт або психіатр [29].

Для ефективної діагностики та моніторингу посттравматичного стресового розладу використовується комплексний набір стандартизованих інструментів, які можна розділити на три основні категорії відповідно до їхнього клінічного призначення.

Початковий скринінг і самооцінка симптомів ПТСР здійснюються за допомогою декількох валідованих інструментів. Найбільш поширеним є Контрольний список ПТСР для DSM-5 (PCL-5), який широко застосовується як для самооцінки пацієн-

тами, так і для відстеження динаміки змін симптомів протягом часу [20].

Для швидкого скринінгу у клінічній практиці використовується Коротке інтерв'ю з рейтингом посттравматичного стресу (SPRINT). У закладах первинної медичної допомоги особливо корисним є спеціально розроблений Скринінг посттравматичного стресу первинної медичної допомоги (PC-PTSD). Додатково для початкового оцінювання застосовуються Коротка шкала тривоги, депресії та ПТСР, а також Шкала травм Девідсона (DTS), обидві з яких забезпечують швидке виявлення можливих симптомів розладу. Оцінювання схильності до потенційних травматичних подій та історії травматизації проводиться за допомогою спеціалізованих опитувальників. Контрольний перелік життєвих подій DSM-5 дозволяє систематично оцінити вплив різноманітних травматичних подій на особу. Паралельно використовується Опитувальник травматичних подій LEQ, який допомагає детально зібрати інформацію про історію травматичних переживань пацієнта протягом життя [23].

Для клінічної діагностики та відстеження результатів лікування застосовуються більш комплексні та детальні інструменти. Шкала для клінічної діагностики ПТСР CAPS-5 вважається «золотим стандартом» у діагностиці ПТСР, забезпечує найбільш точне підтвердження діагнозу та надійну оцінку змін симптомів із часом, хоча проведення діагностики може тривати кілька годин і потребує ретельної підготовки фахівця [24]. Широко використовуються також структуровані клінічні інтерв'ю PSS-I та PSS-I-5, які забезпечують систематичну оцінку симптомів відповідно до діагностичних критеріїв. Для моніторингу ефективності терапевтичних утручань застосовується Посттравматична діагностична шкала для DSM-5 (PDS), яка дозволяє відстежувати зміни в симптоматиці протягом лікування [23].

Моніторинг пацієнтів із ПТСР є доцільним для підвищення ефективності лікування, з контрольними оглядами за 2 тижні після призначення терапії та кожні 2–4 тижні протягом перших 3 місяців лікування [9]. Для дітей і підлітків також існують спеціалізовані інструменти, як-от Контрольний перелік травматичних симптомів у дітей (TSCC) та Інструмент скринінгу для ранніх предикторів ПТСР (STEPP) [23].

Доказові методи психотерапії та їх упровадження в Україні. В Україні активно впроваджуються та розвиваються доказові методи психотерапії для лікування ПТСР, що відповідають міжнародним стандартам [14].

Одним із провідних підходів є травмафокусована когнітивно-поведінкова терапія (TF-CBT). Цей метод використовується в роботі з дорослими і дітьми та має сильну доказову базу, що підтверджує його результативність у зменшенні симптомів ПТСР [20].

Іншим ефективним підходом є десенсибілізація та переробка рухом очей (EMDR) – метод, що

допомагає пацієнтам безпечним чином опрацьовувати травматичні спогади та знижувати емоційне напруження, яке вони спричиняють [12].

До кола науково обґрунтованих утручань належить і травмафокусована терапія прийняття та зобов'язання (TF-АСТ), яка сприяє розвитку психологічної гнучкості й адаптивного ставлення до травматичного досвіду [30].

Особливе місце належить пролонгованій експозиційній психотерапії (РЕТ), що вважається однією з найбільш ефективних і рекомендованих терапій за наявності ПТСР [16].

В Україні активно проводяться спеціалізовані тренінги для військових психологів із залученням міжнародних фахівців. Це є важливим кроком у розвитку національної системи допомоги військовим, адже нині кількість доступних науково обґрунтованих методів для роботи з бойовою травмою залишається обмеженою.

Ще одним сучасним підходом є реконсолідація травматичних спогадів (RTM) – безмедикаментозний, нетравматичний протокол когнітивного перегляду, який зазвичай потребує лише 3–4-х сеансів і забезпечує до 90% зменшення симптомів [14].

Ефективна система психотерапевтичної допомоги має будуватися на чітко визначеному алгоритмі, який включає ці методи, забезпечує доступність доказових підходів для різних категорій постраждалих. Розширення доступу до таких терапій і підготовка більшої кількості кваліфікованих фахівців є критично важливими кроками для подолання наслідків травматичних подій в українському суспільстві.

Соціальна підтримка відіграє вирішальну роль у процесі відновлення після травматичних подій та є ключовим чинником резильєнтності в умовах конфлікту [15]. В Україні активно розвиваються та впроваджуються різноманітні ініціативи, спрямовані на надання такої підтримки [19].

Емоційна підтримка передбачає теплі, довірливі стосунки, у яких є місце турботі, прийняттю та щирому співчуттю. Її можуть надавати члени родини, друзі, колеги чи інші близькі люди, допомагати людині відчувати себе почутою та важливою, а також зменшити відчуття ізоляції. Інструментальна підтримка пов'язана із практичною допомогою, зокрема забезпеченням фінансових ресурсів чи доступом до соціальних послуг, які покривають базові потреби та створюють відчуття стабільності у складних ситуаціях. Інформаційна підтримка надає людині необхідні знання, рекомендації та ресурси, що допомагають орієнтуватися в окремих питаннях, ухвалювати обґрунтовані рішення та знаходити шляхи вирішення проблем. Її джерелами можуть бути як окремі люди, так і організації чи офіційні установи. Онлайн-підтримка набуває дедалі більшої значущості в сучасному світі, адже вона дозволяє спілкуватися у зручному форматі – письмово або за допомогою аудіоповідомлень. Це особливо важливо для тих, хто з якихось причин

віддає перевагу дистанційній комунікації або потребує гнучкості у виборі часу та способу взаємодії.

Соціальна підтримка під час війни допомагає людям впоратися із психологічним дистресом і травмою, що виникають внаслідок воєнних подій. Дослідження показують, що вищий рівень сприйнятої соціальної підтримки пов'язаний з більшою резильєнтністю та нижчим рівнем симптомів ПТСР. Вона також посилює почуття спільноти та приналежності, що є життєво важливим для протидії ізоляції.

Висновки. Аналіз клінічних і психосоціальних особливостей посттравматичного стресового розладу в українському суспільстві виявляє багатогранну та нагальну проблему, що потребує комплексного та скоординованого реагування. Зростання кількості діагностованих випадків ПТСР, підтверджене офіційною статистикою, є лише вершиною айсберга, приховує значно більшу поширеність розладу серед населення, що вказує на «тіньову пандемію» недиагностованих випадків. Ця ситуація ускладнюється унікальними психосоціальними чинниками, як-от моральна травма, що глибоко впливає на індивідуальний і колективний добробут, а також стійка стигматизація психічного здоров'я, що є значним бар'єром на шляху до отримання допомоги.

Травматизація українського суспільства – це величезний виклик, але ми можемо його подолати. Щоб допомогти людям відновитися та знову знайти опору, потрібно зробити кілька важливих кроків. Передусім потрібно збільшити кількість кваліфікованих фахівців. По всій країні відчувається гостра нестача психіатрів, психотерапевтів і психологів, які вміють працювати з наслідками травми. Тому варто розширити програми навчання та перепідготовки. Наші фахівці мають опанувати найкращі світові практики, що підтверджені науковими дослідженнями. Ідеться про такі методи, як когнітивно-поведінкова терапія, що сфокусована на травмі (TF-CBT), десенсибілізація та переробка рухом очей (EMDR), пролонгована експозиційна терапія (РЕТ) та реконсолідація травматичних спогадів (RTM). Щоб зробити допомогу доступнішою, послуги із психічного здоров'я треба запровадити в первинну медичну допомогу. Це означає, що сімейні лікарі та медичний персонал першої ланки повинні вміти розпізнавати ранні ознаки ПТСР та інших розладів. Таким чином, людина зможе отримати підтримку швидше, доки її стан не погіршився. Через медіа, соціальні мережі та публічні заходи потрібно постійно поширювати достовірну інформацію про симптоми ПТСР, можливості лікування та реальні історії людей, які змогли відновитися. Лише через такий комплексний підхід Україна зможе ефективно подолати виклики, пов'язані з ПТСР, та забезпечити психологічне відновлення свого суспільства.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бербак Л., Бремо-Філліпс С., Нйдам М. Дж., Макфарлейн А., Верметтен Е. Лікування посттравматичного стресового розладу: сучасний огляд. URL: https://kpt-center.com.ua/wp-content/uploads/2023/08/likuvannya-posttravmatichnogo-stresovogo-rozladu_-suchasnij-oglyad-1.pdf
2. Бондарук Ю. Психологічні особливості посттравматичного стресового розладу як комплексу реакцій людини на травмуючу ситуацію. *Scientific Journal Virtus*. 2018. № 26. Р. 43–47.
3. Горшков О., Баранов І., Домініченко Я. Особливості клінічної діагностики посттравматичного стресового розладу із психотичними симптомами. *Український медичний часопис*. 2024. № 4 (162). DOI: 10.32471/umj.1680-3051.162.254487
4. Гречух С. ПТСР – усе що необхідно знати: причини, симптоми та лікування. URL: <https://gmka.org/uk/articles/ptsr-vse-shho-neobhidno-znaty-prychyny-symptomy-ta-likuvannya/>
5. Дослідження проявів посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб та рекомендації щодо поліпшення їхнього психологічного стану / І. Голованова та ін. Україна. *Здоров'я нації*. 2023. № 4 (74). С. 14–20.
6. Зимянський А., Скоропад В. Науково-психологічний аналіз дослідження проблеми посттравматичного стресового розладу в Україні. *Науковий вісник Ужгородського національного університету*. Серія «Психологія». 2025. № 1. С. 83–86. <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2025.1.15>
7. Карук Ю. Особливості прояву посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб. *Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації*: матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції, 30 травня 2025 р. Переяслав, 2025. Вип. 117. С. 88–91.
8. Кількість пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР в Україні зростає. *Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад*. URL: <https://moz.gov.ua/uk/kilkist-pacientiv-zi-vstanovlenim-diagnozom-ptsr-v-ukraini-zrostaе-scho-treba-znati-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad>
9. Кісарчук З., Омельченко Я., Лазос Г. Технології психотерапевтичної допомоги постраждалим у подоланні проявів посттравматичного стресового розладу: монографія / ред. З. Кісарчук. Київ: ВД «Слово», 2020. 178 с.
10. Козлова А., Журавель Т. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): інформація для батьків. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/stories/about-post-traumatic-stress-disorder>
11. Матяш М., Худенко Л. Український синдром: особливості посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. *Український медичний часопис*. 2014. № 6 (104) – XI/XII. URL: https://api.umj.com.ua/wp-content/uploads/2014/11/104_124-127.pdf
12. Мисула Ю. Ефективність методу EMDR у терапії посттравматичного стресового розладу. *Архів психіатрії*. 2014. Т. 20. № 4. С. 84–87. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2014_20_4_23
13. Морозовська О., Сиско Н. Профілактика посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнних дій. *Collection of scientific papers «SCIENTIA»*. 2023. С. 198–199. URL: https://vps-45373.vps-default-host.net/uploads/files/26_2792029e-2c39-45b_1748085011.pdf
14. Не залишатися сам на сам: як соціальна підтримка покращує наше психічне здоров'я. URL: <https://www.mh4u.in.ua/shukayu-dopomogu/ne-zalyshatysya-sam-na-sam-yak-soczialna-p/>
15. Островська К., Островський І., Сайко Х. Особливості надання психотерапевтичної допомоги внутрішньо переміщеним особам та учасникам ООС. *Psychological journal*. 2020. № 12 (44). С. 29–37.
16. Посібник з MDMA-асистованої психотерапії для лікування посттравматичного стресового розладу. URL: <https://upra.org.ua/images/blog/Posibnik-z-MDMA-asistovanoi-terapii-MAPS/Protokol%20MAPS%20z%20MDMA-asistovanoi%20terapii%20PTSR.%20Ukrainskij%20pereklad.pdf>
17. Посттравматичний стресовий розлад під час війни: можливості розширення терапевтичного діапазону. URL: <https://health-ua.com/psychiatry/trivozni-rozlad/78767-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-pid-cas-viini-mozlivosti-rozsirennia-terapevtichnogo-diapazonu>
18. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців – учасників бойових дій. URL: <https://narkosumy.lic.org.ua/statii/posttravmatychnyj-stresovij-rozlad-u-vijskovosluzhbovtiv-uchasnykiv-bojovyh-dij/>
19. Про схвалення Національної стратегії розвитку системи охорони психічного здоров'я в Україні до 2030 р.: розпорядження КМУ від 27.12.2017 р. № 1018-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1018-2017-%D1%80#text>
20. Психологічна допомога при посттравматичному стресовому розладі (ПТСР). URL: <https://solomianova.com/psychologist-ptsd/>
21. Робертс Б., Махашвілі Н., Двахашвілі Д. Приховані наслідки конфлікту: проблеми психічного здоров'я та доступ до послуг серед внутрішньо переміщених осіб в Україні. Тбілісі: International Alert/ГІП-Тбілісі/Лондонською школою гігієни і тропічної медицини, 2017. URL: <https://www.international-alert.org/app/uploads/2021/08/Ukraine-Hidden-Burdens-Conflict-IDPs-UK-2017.pdf>
22. Салюк М., Меркулов М. Психологічні особливості прояву посттравматичного стресового розладу у військовослужбовців. *Молодий вчений*. 2024. № 4 (128). DOI: 10.32839/2304-5809/2024-4-128-42
23. Тест на посттравматичний стресовий розлад: методики діагностики ПТСР. URL: <https://neuroflex.ua/blog/test-na-posttravmatychnyj-stresovij-rozlad-metodyky-diaagnostyky-ptsr/>
24. Уніфікований клінічний протокол первинної та спеціалізованої медичної допомоги: гостра реакція на стрес, посттравматичний стресовий розлад, порушення адаптації. URL: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ec4ae01d-d0d3-4c0a-bf92-3cefbe633be/dn_1265_19072024_dod.pdf
25. Червень – місяць обізнаності про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). URL: <https://phc.org.ua/news/chervень-misyac-obiznanosti-pro-posttravmatichnij-stresovij-rozlad-ptsr>
26. Чорна В., Антомонов М., Павленко Н., Хлестова С., Коломієць В., Сирота М. Посттравма-

тичний стресовий розлад серед здобувачів вищої медичної та технічної освіти – реальна загроза сьогодення. *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2024. Т. 28. № 1. URL: https://www.researchgate.net/publication/379658735_Post-traumatic_stress_disorder_among_students_of_higher_medical_and_technical_education_is_a_real_threat_today/fulltext/6613ecb32034097c54ff3780/Post-traumatic-stress-disorder-among-students-of-higher-medical-and-technical-education-is-a-real-threat-today.pdf?origin=scientificContributions

27. Шатохіна В. Невидима рана війни: чому ПТСР це проблема не тільки ветеранів, але і всіх українців. URL: <https://womanel.com/zdorovja/nevydyma-rana-vijny-chomu-ptsr-tse-problema-ne-tilky-veteraniv-ale-i-vsikh-ukraintsiv/>

28. Шрами на їхніх душах: ПТСР та ветерани України. URL: https://www.globsec.org/sites/default/files/2024-01/ШРАМИ%20НА%20ЇХНІХ_0.PDF

29. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР): інформація для батьків. Що таке ПТСР, як проявляється і які особливості має в дітей. URL: <https://www.unicef.org/ukraine/stories/about-post-traumatic-stress-disorder>

30. Acceptance and commitment therapy (або АСТ). URL: <https://4help.com.ua/therapy/akt/>

31. Brewin C.R. Complex post-traumatic stress disorder: a new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*.

May 2020. Vol. 26. Iss. 3. P. 145–152. DOI: 10.1192/bja.2019.48

32. Diagnosis, Classification, PTSD and CPTSD. URL: <https://traumaticstress.nhs.wales/children-and-young-people/resources/diagnosis-ptsd-cptsd/>

33. DSM-5 Criteria for PTSD / National Center for PTSD, U.S. Department of Veterans Affairs. URL: <https://www.brainline.org/article/dsm-5-criteria-ptsd>

34. Melkam M., Medfu Takelle G., Kibrilew G., Nakie G. Post-traumatic stress disorder and its associated factors among internally displaced people due to conflict in Northwest Ethiopia. 2025. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1386566

35. Shevlin M., Hyland P., Karatzias T., Makhshvili N., Javakhishvili J., Roberts B. The Ukraine crisis: Mental health resources for clinicians and researchers. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2022. 26. 27 (3). P. 521–523. DOI: 10.1177/13591045221097519v

36. Yasenok V., Baumer A.M., Petrashenko V., et al. Mental health burden of persons living in Ukraine and Ukrainians displaced to Switzerland: the mental health assessment of the Ukrainian population (MAP) studies. *BMJ Glob Health*. 2025. DOI: 10.1136/bmjgh-2025-019557

Стаття надійшла у редакцію: 07.09.2025

Стаття прийнята: 16.09.2025

Опубліковано: 17.11.2025