

Міністерство освіти і науки України
Тернопільський національний педагогічний університет
імені Володимира Гнатюка

Факультет педагогіки і психології
Кафедра психології розвитку та консультування

Кваліфікаційна робота
РЕЗУЛЬТАТИВНІСТЬ КОРОТКОСТРОКОВИХ ПСИХОЛОГІЧНИХ
ІНТЕРВЕНЦІЙ В ЗНИЖЕНІ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОЇ
СИМПТОМАТИКИ У ВІСЬСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ
РЕАБІЛІТАЦІЮ

Спеціальність 053 Психологія
ОПП «Психологія»

Здобувачки другого (магістерського) рівня
вищої освіти, групи зМП-25 Конон Юлії
Дмитрівни

НАУКОВИЙ КЕРІВНИК: кандидат
психологічних наук Блозва Павло Ігорович

РЕЦЕНЗЕНТ: доцент кафедри психології та
соціальної роботи Західноукраїнського
національного університету, кандидат
психологічних наук Бригадир Марія
Богданівна

Тернопіль – 2025

АНОТАЦІЯ

Конон Ю. Д. **Результативність короткострокових психологічних інтервенцій в зниженні тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців, які проходять реабілітацію.** – Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр» зі спеціальності 053 Психологія. ТНПУ ім. В. Гнатюка. Тернопіль, 2025. 95 с.

Кваліфікаційна робота присвячена тривожно-депресивній симптоматиці військовослужбовців та оцінці ефективності короткострокових психологічних інтервенцій. Показано зниження рівня тривоги й депресії та окреслено можливості впровадження програми в систему реабілітації.

Ключові слова: короткострокові інтервенції, тривожно-депресивна симптоматика, військовослужбовці, реабілітація.

ANNOTATION

Konon Y. D. **The effectiveness of short-term psychological interventions in reducing anxiety and depressive symptoms in military personnel undergoing rehabilitation** – Master's thesis for the MA degree in the specialty 053 Psychology.

Ternopil Volodymyr Hnatiuk National Pedagogical University. Ternopil, 2025. 95 p.

The qualification work is devoted to anxiety-depressive symptoms of military personnel and assessment of the effectiveness of short-term psychological interventions. The reduction of anxiety and depression levels is shown and the possibilities of implementing the program into the rehabilitation system are outlined.

Keywords: short-term interventions, anxiety-depressive symptoms, military personnel, rehabilitation.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ.....	10
1.1. Психологічна природа тривоги і депресії: сутність, структура, механізми виникнення.....	10
1.2. Особливості прояву тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців.....	15
1.3. Вплив бойового та посттравматичного досвіду на психоемоційний стан військових.....	18
1.4. Огляд сучасних підходів до психокорекції тривоги і депресії (когнітивно-поведінковий, екзистенційний, тілесно-орієнтований, майндфулнес-підходи).....	21
РОЗДІЛ 2. МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ.....	30
2.1. Мета, завдання, гіпотеза та етапи емпіричного дослідження.....	30
2.2. Характеристика вибірки (контингент, чисельність, критерії відбору, умови реабілітації).....	39
2.3. Опис методик дослідження.....	42
2.4. Програма короткострокових психологічних інтервенцій.....	49
2.5. Процедура дослідження (етапи, умови, етичні аспекти).....	55
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	65
3.1. Первинний рівень тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців (констатувальний етап).....	65
3.2. Зміни показників після проведення короткострокових інтервенцій (формувальний етап).....	71
3.3. Практичні рекомендації щодо впровадження короткострокових	

інтервенцій у системі психологічної реабілітації військових.....	75
ВИСНОВКИ.....	81
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	84
ДОДАТКИ.....	88

ВСТУП

Актуальність дослідження. На сучасному етапі соціально-політична ситуація в Україні, що є результатом тривалих військових конфліктів, спричиняє істотне зростання рівня психологічного навантаження на військовослужбовців. У ході бойових дій, участі в операціях, втрат побратимів, а також у процесі адаптації до ролей у цивільному житті після повернення, формуються складні психоемоційні переживання. Вони нерідко супроводжуються розвитком тривожно-депресивних розладів, симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), емоційного виснаження, втрати мотиваційних ресурсів і сенсу діяльності.

Проблема психічного здоров'я військовослужбовців набуває особливого значення в системі сучасної психологічної практики, зокрема на етапі реабілітації. Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) та міжнародних військово-психологічних центрів (NATO Psychological Health and Resilience Reports, 2022–2024), від 30 до 60% осіб, які брали участь у бойових діях, потребують психологічної підтримки, причому понад одну третину характеризують клінічно значущі прояви тривожно-депресивної симптоматики.

Рівень тривожності та депресивних станів серед військових не лише відображає емоційну реакцію на травматичні події, але й створює перешкоди для успішної адаптації. Це негативно впливає на ефективність реабілітаційних заходів, ускладнює соціальну інтеграцію, погіршує якість життя та в деяких випадках стає причиною соматичних порушень або суїцидальних схильностей. У зв'язку з цим надання психологічної допомоги в таких умовах потребує впровадження інтервенцій, які мають бути науково обґрунтованими, оперативними та спрямованими на досягнення швидких результатів. Такі заходи повинні ефективно знижувати рівень дистресу, підвищувати внутрішню стійкість та мотивацію до активної діяльності.

Варіант короткострокових психологічних інтервенцій (КПІ) привертає особливу увагу у рамках військової психології. Цей вид допомоги орієнтований

на оперативне відновлення психологічного функціонування без потреби тривалого терапевтичного процесу. КПІ інтегрують методики когнітивно-поведінкової терапії, ресурсно-орієнтованих технік, тілесно-орієнтованої терапії та практик майндфулнес, сприяючи розвитку навичок саморегуляції, усвідомленню власних емоцій і активації внутрішніх ресурсів.

Попри значний обсяг досліджень щодо ПТСР і традиційних довготривалих психотерапевтичних підходів, питання ефективності короткострокових інтервенцій для військовослужбовців залишається недостатньо розкритим у межах української психологічної науки. Не визначено конкретні методи, які в стислій структурі (3–6 сеансів) демонструють найвищу дієвість у зменшенні тривожно-депресивної симптоматики в умовах реабілітаційних центрів.

Таким чином, актуальність запропонованої теми пояснюється такими чинниками:

- зростанням кількості військовослужбовців, які потребують високоефективної і швидкої психологічної допомоги після участі у бойових діях;
- необхідністю впровадження короткотривалих інтервенцій у рамках системи реабілітації на основі наукових даних;
- нестачею емпіричних досліджень в українській психології для оцінки ефективності таких методів;
- важливістю проблеми відновлення психічного здоров'я захисників України.

Об'єкт: тривожно-депресивна симптоматика у військовослужбовців.

Предмет: результативність короткострокових психологічних інтервенцій в зниженні тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців, які проходять реабілітацію.

Мета. Дослідити результативність використання короткострокових психологічних інтервенцій в зниженні тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців, які проходять реабілітацію.

Завдання дослідження.

1. Проведення аналізу наукової літератури з метою систематизації теоретичних підходів до розуміння феномена тривоги та депресії в рамках психологічної науки, з особливим акцентом на визначення їхньої природи, структури та актуальних механізмів взаємозв'язку.

2. Опис принципів, видів та механізмів короткострокових психологічних інтервенцій, з оцінкою їхньої ефективності на основі існуючого досвіду роботи із зазначеною групою осіб.

3. Розробка спеціалізованої програми короткострокових психологічних втручань, спрямованої на зниження рівня тривожності та депресії серед військовослужбовців, із подальшим впровадженням цієї програми в реабілітаційну практику.

4. Організація та проведення емпіричного дослідження для оцінки результативності впроваджених інтервенцій, із застосуванням методів кількісного та якісного аналізу динаміки показників тривожності та депресії до і після втручання.

5. Формування чітких практичних рекомендацій для психологів та працівників реабілітаційних центрів щодо впровадження короткострокових психологічних втручань у роботу з військовими, із врахуванням отриманих даних емпіричного дослідження.

Гіпотеза дослідження. вважається, що використання короткострокових психологічних інтервенцій у рамках психологічної реабілітації військовослужбовців значно знижує прояви тривожно-депресивної симптоматики, сприяє зміцненню емоційної стабільності, підвищенню стресостійкості та покращенню загального психоемоційного стану.

Методи дослідження. Госпітальна шкала тривоги і депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), Опитувальник з генералізованої тривоги - GAD-7, Опитувальник з депресії PHQ-9.

Наукова новизна дослідження полягає в поглибленні теоретичного розуміння явища тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців,

які перебувають на стадії психологічної реабілітації. Особливу увагу приділено врахуванню специфіки бойового досвіду та постстресових змін особистості.

Визначено характерні особливості тривожності та депресії у період адаптації після участі в бойових діях. Встановлено взаємозв'язок між рівнем тривоги, емоційним виснаженням і персональною ресурсністю.

Удосконалено підхід до використання короткострокових психологічних інтервенцій як ефективного способу зменшити прояви тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців під час реабілітації.

Розроблено та впроваджено авторську програму короткострокових психологічних інтервенцій, орієнтовану на відновлення емоційної рівноваги, зниження рівня тривоги й депресії, покращення стресостійкості та усвідомлення внутрішніх ресурсів.

Емпіричні дані підтвердили ефективність короткострокових інтервенцій у межах психологічної допомоги військовим, виявивши статистично значущі зміни у зниженні тривожності й депресивних проявів після реалізації програми.

Розширено наукове розуміння короткострокових психологічних інтервенцій як адаптивного й ресурсно-орієнтованого методу психокорекції, здатного забезпечувати позитивний ефект за обмежений час (3–6 зустрічей) у специфічних умовах реабілітаційної роботи з військовослужбовцями.

Теоретичне та практичне значення

Теоретична значущість проведеного дослідження полягає у поглибленому аналізі наукових підходів до вивчення природи та механізмів формування тривожно-депресивної симптоматики серед військовослужбовців, які перебувають на етапі реабілітації. Крім того, дослідження сприяє розширенню теоретичних засад щодо впровадження короткострокових психологічних інтервенцій у роботі з даною групою осіб.

У межах роботи уточнено психологічні аспекти прояву тривожності і депресії, висвітлено взаємозв'язок між емоційним виснаженням, особистісним ресурсом та адаптаційним потенціалом військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Окрім того, систематизовано підходи до використання

короткострокових психологічних інтервенцій, включаючи когнітивно-поведінкові методики, ресурсно-орієнтовані практики та майндфулнес-методи, для корекції психоемоційних розладів.

Отримані результати доповнюють сучасні наукові уявлення про ефективність застосування короткотермінових психокорекційних підходів у контексті військової та кризової психології, а також уточнюють умови, за яких ці методи демонструють найбільшу ефективність.

Практична користь роботи визначається розробкою і апробацією програми короткострокових психологічних інтервенцій, спрямованої на зниження рівня тривожності і депресивних станів серед військових під час реабілітаційного періоду. Результати дослідження можуть бути впроваджені:

- у практичній діяльності з психологічної реабілітації військових після бойових дій;
- в роботі психологів на базі центрів психологічної допомоги, військових госпіталів і частин;
- при укладанні навчально-методичних матеріалів для програм підвищення кваліфікації практикуючих психологів;
- у процесі консультування осіб з підвищеним рівнем тривожності, психоемоційним виснаженням та симптомами посттравматичного стресового розладу;
- у навчальному процесі при викладанні дисциплін «Психологічна допомога в кризових станах», «Військова психологія» або «Психокорекційні технології».

Практичні результати дослідження можуть бути використані як основу для формулювання рекомендацій щодо вдосконалення системи психологічного супроводу військових, а також створення напрямків для подальших наукових досліджень у сфері реабілітаційної психології та превентивної психопрофілактики.

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження було проведено на базі Львівського обласного госпіталю ветеранів війн та

репресованих ім. Ю. Липи, одного з провідних реабілітаційних центрів України. У дослідженні взяли участь 40 військовослужбовців, віком від 23 до 56 років.

Структура і обсяг магістерської роботи. Кваліфікаційна робота включає вступ, три розділи, висновки, список використаної літератури, що містить джерела та додатки. Основний текст викладено на 74 сторінках комп'ютерного тексту. Загальний обсяг роботи складає 95 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОЇ СИМПТОМАТИКИ ТА ПСИХОЛОГІЧНИХ ІНТЕРВЕНЦІЙ

1.1. Психологічна природа тривоги і депресії: сутність, структура, механізми виникнення

Проблема тривоги та депресії є однією з найактуальніших у сучасній психологічній науці, оскільки саме ці стани безпосередньо впливають на якість життя, психічну адаптацію та ефективність діяльності людини. Особливо гостро це питання постає у контексті війни та затяжного психоемоційного напруження, коли у військовослужбовців спостерігається зростання тривожно-депресивних симптомів як реакція на хронічний стрес, втрату почуття безпеки та порушення базових потреб.

Тривога як психологічне явище є складним утворенням, що включає емоційні, когнітивні та поведінкові компоненти. У класичних теоріях Зигмунда Фрейда, Альфреда Адлера та Карен Хорні тривога сприймається як сигнал небезпеки, що виконує адаптаційну функцію, але може перерости в невротичну форму за умов серйозного внутрішнього конфлікту. Фрейд трактував тривогу як реакцію «Я» на загрозу, що виникає через суперечність між забороненими бажаннями та соціальними нормами [1]. Ця тривога виконує сигнальну функцію, попереджаючи про можливу внутрішню небезпеку. Карен Хорні наголошувала, що джерело тривоги криється у відчутті небезпеки в міжособистісних стосунках, коли через брак любові, прийняття чи довіри у дитинстві розвивається базальна тривога. Адлер пов'язував тривогу з почуттям меншовартості, яке змушує людину створювати захисні стратегії поведінки [34].

Сучасна психологія розглядає тривогу не лише як емоційний стан, але як комплексний процес, що включає оцінку загрози, емоційний відгук та

поведінкові реакції. Вона виникає під впливом зовнішніх і внутрішніх факторів, основну роль у чому відіграє особиста інтерпретація реальності. Тривога буває ситуативною — короткочасною відповіддю на певну загрозу, і особистісною — стабільною особливістю, через яку людина зазвичай переживає занепокоєння навіть за відносно безпечних умов. Її формування залежить від попереднього досвіду, виховання, соціального впливу та темпераменту [35].

Функціонально тривога має дві головні ролі: сигнальну та мобілізуючу. Вона оповіщає про небезпеку і стимулює пошук рішень для її уникнення. Помірний рівень тривоги є корисним: він покращує адаптацію, загострює увагу, активізує мислення. Водночас надмірна або хронічна тривога призводить до дезорганізації поведінки, психосоматичних проблем та депресії. Структура тривоги охоплює емоційні аспекти (занепокоєння, страх, напруження), когнітивні (сприйняття ситуації як загрозової) та поведінкові (реакції уникнення, імпульсивність або ступор) [3; 36].

На нейропсихологічному рівні тривога пов'язана з активізацією симпатoadреналової системи та змінами в роботі гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі. Це супроводжується підвищенням рівнів адреналіну, кортизолу й інших стресових гормонів. У нормі ці фізіологічні реакції сприяють виживанню організму. Однак при тривалому хронічному стресі вони можуть призводити до виснаження нервової системи, емоційного вигорання та підвищеного ризику розвитку депресії [2].

Депресія представляє собою емоційний стан, що характеризується пригніченим настроєм, втратою інтересу до звичних активностей, зниженням енергії, а також почуттям безнадії та безпорадності. З психологічної точки зору вона часто пов'язана з фрустрацією базових потреб, падінням самооцінки, втратою смислу життя та використанням неефективних копінг-стратегій. Відповідно до когнітивної теорії Аарона Бека, депресивний стан виникає через стійкі негативні установки і автоматичні думки, спрямовані на себе, оточуючий світ і майбутнє. Такі когнітивні схеми зазвичай формуються внаслідок

минулого травматичного досвіду або численних невдач, що призводить до викривлення сприйняття реальності та посилює відчуття безнадійності [16].

З позиції екзистенційної психології, депресія та тривога є реакцією людини на зіткнення з граничними ситуаціями, такими як усвідомлення смерті, провина, самотність чи втрати. Ролло Мей розглядав тривогу як фундаментальний екзистенційний феномен, що виникає при усвідомленні свободи і відповідальності за власне життя. Якщо людині не вдається інтегрувати ці переживання у власну систему «Я», може зародитися відчуття безсилля, яке поступово перетворюється на депресивний стан. Виходячи з цього, депресія та тривога мають спільні корені, але різняться за своїм емоційним спрямуванням: тривога є мобілізаційною реакцією, яка сигналізує про небезпеку, тоді як депресія – це стан емоційного виснаження, що виникає після довготривалої загрози або важкої втрати [17].

Серед механізмів формування тривожно-депресивних станів можна виділити кілька ключових рівнів.

1) Біологічний рівень включає порушення балансу нейромедіаторів, зокрема серотоніну, дофаміну, норадреналіну та ГАМК. Ці речовини регулюють емоційний тонус, поведінкову активність та реакцію на стрес. Дисфункція систем нейромедіаторів призводить до надмірної активації тривожних реакцій і пригнічення мотивації.

2) На психологічному рівні причиною виступають внутрішні конфлікти, низька стресостійкість, неадекватна самооцінка та ригідні когнітивні схеми. У таких випадках людина схильна сприймати нейтральні події як загрозливі, що викликає постійне відчуття напруги і провини.

3) Соціальний рівень пов'язаний з міжособистісною ізоляцією, відсутністю соціальної підтримки та фрустрацією потреби у безпеці. Це особливо характерно для військовослужбовців, які переживають наслідки травматичних подій, втрату побратимів чи тривалий бойовий стрес.

4) Психосоматичний рівень стосується впливу хронічної тривоги на фізичне здоров'я. Постійний стрес підвищує ризик розвитку серцево-судинних і

гастроінтестинальних хвороб, виснажує адаптаційні резерви організму та посилює депресивні симптоми через соматичні ускладнення.

У сучасній науковій літературі тривога вважається центральним елементом тривожно-депресивного континууму. Взаємодія тривоги та депресії створює циклічний процес, де одне стан посилює прояви іншого. Хронічна тривога супроводжується відчуттям постійної напруги й невизначеності, поступово виснажуючи емоційні ресурси, що з часом провокує зниження настрою, втрату мотивації та розвиток депресивного синдрому. У військовослужбовців цей процес проявляється особливо гостро через постійне перебування в умовах загрози, інформаційне перевантаження, фізичну небезпеку та відсутність контролю над ситуацією [20].

Особливістю симптоматики тривожно-депресивних станів серед військових є поєднання двох протилежних реакцій: гіперактивності та загальмованості. Разом із внутрішньою напругою, дратівливістю та підвищеною настороженістю виникають апатія, почуття відчуженості та безсилля. На рівні психології це пояснюється виснаженням адаптаційних механізмів і зниженням ефективності копінг-стратегій. Постійна мобілізація без можливості відновлення ресурсів призводить до емоційного вигорання, яке створює основу для розвитку депресії [16].

З погляду клініко-психологічного аналізу, тривога та депресія мають спільну патогенетичну основу, яка пов'язана з порушенням здатності особистості регулювати афективні стани. Тривога вказує на надмірне навантаження психіки, тоді як депресія виконує функцію своєрідної «зупинки» діяльності, спрямованої на мінімізацію подальшого виснаження. Тому у структурі тривожно-депресивного синдрому важливо оцінювати не лише патологічні аспекти, а й їх адаптаційне значення як спробу психіки повернути баланс.

Сучасні теоретичні моделі пояснюють виникнення тривоги й депресії через взаємодію когнітивних, нейробіологічних та соціально-контекстуальних чинників. Такий підхід резонує із моделлю стресу Г. Сельє, де перевантаження

адаптаційних механізмів відіграє ключову роль. У стадії тривоги мобілізуються внутрішні ресурси організму, під час резистентності утримується напруження, а у випадку виснаження настає фаза депресії. Таким чином, тривога є ранньою фазою реакції на стрес, а депресія – її заключною стадією, коли енергетичні резерви остаточно вичерпано.

Така природа тривоги й депресії демонструє їхню двоїстість. З одного боку, ці стани слугують своєрідними сигналами самозбереження організму, а з іншого — при надмірній тривалості вони можуть трансформуватися у дезадаптивні фактори. Їхня структура містить когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти, а механізми виникнення охоплюють біологічний, психологічний і соціальний рівні. Особливе значення дослідження цих процесів має для військовослужбовців під час реабілітації. Це дозволяє розробляти ефективні короткострокові психологічні інтервенції, спрямовані на відновлення адаптаційних ресурсів, регулювання емоційних станів та профілактику хронічних психічних розладів [30].

1.2. Особливості прояву тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців

Проблематика психоемоційних станів військовослужбовців, зокрема таких явищ, як тривожність і депресія, займає ключове місце у дослідженнях сучасної військової психології. Професійна діяльність військових характеризується постійним перебуванням у середовищі підвищеного ризику, необхідністю уживання рішень в умовах невизначеності, високим рівнем стресу та загрозою для особистого життя. Зазначені обставини суттєво впливають на емоційно-психологічний стан військових та сприяють формуванню тривожно-депресивних розладів, які можуть мати як тимчасовий, так і хронічний характер.

За спостереженнями К.А. Кротюка, тривожність є базовою складовою людської психіки, однак у військовослужбовців вона набуває специфічного значення через вплив екстремальних умов професійної діяльності.

Хронічний стрес, загроза життю, обмеження можливостей самовираження та соціальна ізоляція сприяють підвищенню як ситуативної (реактивної), так і особистісної тривожності. Дослідження Кротюка виявило, що серед військових, які брали участь у бойових діях, найчастіше спостерігався середній рівень тривожності: 52,5% для ситуативної форми і 47,5% для особистісної. Це свідчить про певну адаптацію до стресових ситуацій, але також вказує на приховане напруження та потенційний ризик розвитку психологічної дезадаптації під час тривалої служби [7].

А.І. Фесюк наголошує, що надмірна тривожність військових у бойових умовах може негативно впливати на якість виконання службових обов'язків, знижувати дисципліну та координацію дій, а також зумовлювати підвищення ризику суїцидальної поведінки.

Згідно з його даними, високий рівень особистісної тривожності був зафіксований у 84,6% опитаних військовослужбовців, тоді як помірний рівень реактивної тривожності спостерігався у 87,9%. Ці показники демонструють значний психоемоційний тиск, спричинений постійною загрозою життю, відчуттям невизначеності та відповідальністю за інших членів колективу [6].

Військова тривожність має багатогранний характер, об'єднуючи страх, почуття провини, безсилля та втрату контролю. Згідно з дослідженнями Омельченко, Соловйової та Сабадаш, підвищена тривожність проявляється як на психологічному рівні (напруження, дратівливість, невизначеність), так і на фізіологічному (тахікардія, пітливість, м'язова напруга, порушення сну). Стала присутність таких симптомів провокує хронічний стрес, що у свою чергу може спричинити депресивні розлади [23].

У військовослужбовців депресивні стани зазвичай мають вторинний характер, виникаючи як наслідок затяжної тривожності, емоційного виснаження чи посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Ті, хто пережив

бойові дії, часто стикаються з втратою почуття безпеки, розладами сну, безнадійністю, соціальною ізоляцією та зниженням інтересу до повсякденних справ. Такі стани є типовими проявами депресії.

За даними сучасних українських дослідників, депресивна симптоматика у військових часто має специфічний вигляд. Вона рідше проявляється у вигляді словесних скарг і частіше — у соматизованих формах, як от хронічна втома, біль, порушення сну чи дратівливість. Подібна "маскована депресія" ускладнює своєчасну діагностику та часто залишається поза увагою командування і психологічних служб. При цьому комбінація підвищеної тривожності та прихованого депресивного стану створює значну небезпеку для психічного благополуччя військових [5].

Ключову роль у розвитку тривожно-депресивних станів відіграє пережитий травматичний досвід. Спостереження психологів Козири та Матяш свідчать: бійці, які протягом тривалого часу перебували в зоні активних конфліктів, демонструють підвищену емоційну нестійкість, ослаблений самоконтроль і недовіру до інших. Ці прояви нерідко супроводжуються емоційним відчуженням, апатією та втратою задоволення від щоденних занять.

До основних факторів, які впливають на рівень тривоги та депресії у військових, дослідники відносять:

- індивідуально-психологічні характеристики (емоційна стійкість, попередній досвід, тип темпераменту);
- умови служби (частота ротацій, тривалість виконання бойових завдань, ізоляція від близьких);
- соціально-психологічний клімат у колективі підрозділу;
- наявність психологічної підтримки з боку командування та професійних психологів;
- період післявоєнної адаптації, коли військові стикаються із викликами соціальної реінтеграції.

Підвищений рівень тривожності в умовах бойових дій має двоякий характер. З одного боку, він допомагає мобілізувати ресурси організму,

загострювати увагу та швидко реагувати на небезпеку. З іншого боку, коли рівень тривоги перевищує певну межу, це може призводити до емоційного виснаження, погіршення когнітивних функцій і зниження загальної бойової спроможності. Оптимальний рівень тривожності стає важливим для ефективного функціонування військовослужбовця, тоді як надмірний рівень є значним чинником ризику розвитку депресивних станів [8].

Психологічний стан військовослужбовців у бойових умовах формується під впливом взаємодії індивідуальних і ситуативних чинників. Тривожність і симптоми депресії виступають типовими реакціями на бойовий стрес, але у разі їх хронічного перебігу можуть розвиватися стійкі емоційно-особистісні порушення. Вітчизняні дослідження, проведені Кротюком, Фесюком, Козирою та Матяшем, вказують на те, що у більшості військовослужбовців спостерігається підвищений або середній рівень тривожності, який супроводжується ознаками емоційного виснаження та депресивними тенденціями. Таким чином, забезпечення ефективної реабілітації та підтримки психічного здоров'я військових вимагає систематичного впровадження короткотермінових психологічних інтервенцій, спрямованих на зниження рівня тривожності, підвищення стресостійкості та зміцнення емоційної стабільності [6; 7; 11].

1.3. Вплив бойового та посттравматичного досвіду на психоемоційний стан військових

Військові конфлікти, особливо тривалі та масштабні, суттєво впливають на психологічний стан учасників бойових дій. Перебування у зоні бойових дій залишає глибокий слід у вигляді психотравматичних переживань, які можуть проявлятися не лише як посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), але й у формі тривожних, депресивних, соматоформних або поведінкових порушень. Сучасні дослідження (Іванченко, 2025; Синишина, 2021; Равлів, 2024) свідчать,

що бойовий досвід є одним із ключових факторів, які визначають специфічний психоемоційний стан військових. Він впливає на їх адаптацію, особливості спілкування, емоційну стабільність та соціальну поведінку.

Бойовий досвід формує у військовослужбовців специфічну реакцію на стресові стимули, яка часто супроводжується підвищеною тривожністю, гіперзбудливістю, розладами сну, почуттям ізоляції, а в серйозних випадках — розвитком депресії та суїцидальних тенденцій. Тривале перебування у бойових умовах призводить до хронічної активації системи стресу, що виснажує психічні ресурси та створює ґрунт для емоційного й психічного вигорання [8; 9; 11].

За результатами досліджень Равлів (2024), значна частина учасників бойових дій після повернення із зон конфліктів стикається з порушеннями психоемоційного стану. Найчастіше це тривожність, депресія, емоційна нестабільність, дратівливість та труднощі у встановленні міжособистісних зв'язків. Часто спостерігаються симптоми уникання, емоційне «заціпеніння» або, навпаки, агресивна поведінка, що ускладнює соціальну адаптацію після демобілізації [8].

Іванченко наголошує на високій поширеності інтрузивних симптомів серед ветеранів, таких як нав'язливі спогади, нічні жахіття та раптові сплески тривоги, пов'язані з травматичними подіями. Ці прояви нерідко супроводжуються депресивними станами, почуттям провини за загиблих товаришів та втратою життєвих орієнтирів. Сукупність таких симптомів утворює складну посттравматичну картину, яка зачіпає як емоційні, так і когнітивні аспекти [11].

За даними МОЗ України та реабілітаційних центрів для військових, від 20 до 30% учасників бойових дій мають клінічно виражені ознаки посттравматичного стресового розладу або депресивно-тривожних розладів. Приблизно половина з них потребує тривалої психологічної допомоги, терапії або, в окремих випадках, медикаментозного лікування.

Військові, які переживають бойовий і посттравматичний досвід, зазнають не лише особистісних змін, але й труднощів у виконанні соціальних ролей, підтриманні сімейних стосунків та професійній діяльності. У процесі повернення до мирного життя вони стикаються з викликами реадаптації, такими як зміна ролей у родині, взаємне нерозуміння з близькими та втрата відчуття мети. За спостереженнями Іванченка (2025) та Равлів (2024), проблеми соціальної дезадаптації часто ускладнюються почуттям самотності, браком підтримки та впливом суспільних стереотипів щодо ментального здоров'я.

Як свідчать дослідження, успішність адаптаційних процесів значною мірою визначається якістю наданої психологічної допомоги. Особливе значення має своєчасна психотерапія, яка включає індивідуальні сесії, групову терапію, арт- і тілесноорієнтовані методики, а також залучення членів родини до процесу реадаптації.

Равлів наголошує на важливості використання немедикаментозних підходів для стабілізації психоемоційного стану. До таких методів належать ароматерапія, арт-терапія, дихальні вправи і техніки майндфулнес, які довели свою ефективність. Вони сприяють зниженню рівня тривожності, покращують якість сну, допомагають у розвитку емоційної саморегуляції та сприяють формуванню позитивного самосприйняття [8].

Бойовий і посттравматичний досвід суттєво впливають на психоемоційний стан військовослужбовців. До основних проявів таких змін належать підвищена тривожність, депресивні симптоми, емоційна нестабільність і труднощі в соціальній адаптації. Інтенсивність цих наслідків залежить від багатьох біопсихосоціальних чинників, включаючи рівень стресостійкості, наявність соціальної підтримки та доступ до психологічної допомоги.

Розуміння зв'язку між бойовим досвідом і порушеннями психоемоційного стану є надзвичайно важливим для створення дієвих програм психологічної реабілітації. Такі програми мають бути спрямовані на зменшення

тривожно-депресивної симптоматики та сприяння успішній ресоціалізації військових.

1.4. Огляд сучасних підходів до психокорекції тривоги і депресії

Проблема тривожно-депресивних розладів, особливо в аспекті посттравматичного досвіду військовослужбовців, займає одне з ключових місць у сучасній практичній психології. Різні психотерапевтичні підходи пропонують свої механізми впливу на емоційну сферу особистості, проте найбільш вивченими та результативними вважаються когнітивно-поведінковий, екзистенційний, тілесно-орієнтований і майндфулнес-підходи. Їхнє поєднання у психокорекційному процесі дозволяє ефективно зменшувати рівень тривоги, депресії, емоційного вигорання та симптомів посттравматичного стресового розладу.

Когнітивно-поведінковий підхід (КПТ) є найбільш науково обґрунтованим методом роботи з тривожними та депресивними станами. Він базується на концепції, що емоційні переживання формуються через систему переконань і мисленнєвих моделей, тому зміна когнітивних схем призводить до змін у почуттях і поведінці. Згідно з теорією Аарона Бека, тривога та депресія підтримуються автоматичними негативними думками, викривленням мислення й унікальною поведінкою, яка фіксує патологічний емоційний стан. Під час терапії здійснюють ідентифікацію цих шаблонів мислення, критично їх аналізують і замінюють на більш адаптивні моделі, що сприяє відновленню психоемоційної рівноваги.

До основних технік КПТ належать когнітивна реструктуризація, поведінкова активація, навчання вправам розслаблення, тренінги з розв'язання проблем та планування приємної діяльності. Поведінкова активація є найбільш ефективною при роботі з депресією, оскільки допомагає відновити енергію та мотивацію. Для лікування тривожних розладів часто застосовуються методи

експозиції. За даними метааналізів [42; 44], КПТ демонструє найвищу ефективність у лікуванні депресії, генералізованої тривоги та посттравматичного стресового розладу. У військовій психології цей підхід адаптується з урахуванням специфічного досвіду учасників бойових дій, таких як почуття провини, втрати побратимів чи труднощі соціальної адаптації. Українські дослідження підтверджують, що використання КПТ у програмах психологічної реабілітації військових дозволяє суттєво знизити рівень тривоги, нормалізувати сон, стабілізувати емоційний стан і сприяти відновленню соціальних контактів [15-17].

У сучасній психотерапевтичній практиці поширення набувають майндфулнес-орієнтовані методи. Найвідомішими серед них є програма зниження стресу на основі усвідомленості (MBSR — Mindfulness-Based Stress Reduction) і когнітивна терапія на базі майндфулнесу (MBCT — Mindfulness-Based Cognitive Therapy). Ці підходи спрямовані на розвиток навички концентрації уваги на теперішньому моменті з установкою прийняття без оцінювання чи уникання неприємних переживань. Таке тренування допомагає формувати здатність спостерігати власні думки і почуття як тимчасові явища, які не мають визначального впливу на реальність, формуючи так званий метакогнітивний рівень усвідомлення.

Дослідження демонструють, що регулярна практика майндфулнес суттєво знижує рівень тривоги, симптоматику депресивних станів, підвищує стресостійкість і виступає ефективним засобом профілактики рецидивів афективних розладів. Метод MBCT визнано одним із найдієвіших для запобігання повторним депресивним епізодам у хронічних випадках. Для військовослужбовців та ветеранів майндфулнес-техніки є особливо корисними, оскільки допомагають стабілізувати емоційний стан, розвивати навички саморегуляції та підвищувати обізнаність про тілесні реакції. Використання коротких медитативних практик і форматів групової роботи сприяє зниженню психофізіологічної напруги та полегшує інтеграцію травматичного досвіду без перевантаження когнітивної сфери [18; 19].

Тілесно-орієнтовані підходи, такі як соматичне переживання (Somatic Experiencing, автор Пітер Левін) та сенсомоторна психотерапія (Sensorimotor Psychotherapy, Патрісія Огден), базуються на усвідомленні тілесного аспекту психотравми. Ці методи наголошують на тому, що травматичний досвід проявляється не лише у спогадах чи емоціях, але й у тілесних реакціях, м'язовій напрузі, дихальних патернах та сенсорних відчуттях. Люди з бойовим або посттравматичним досвідом часто стикаються зі станами тілесної дисрегуляції, що супроводжуються соматичними скаргами, підвищеною напругою та відчуттям відчуження від власного тіла. Основне завдання терапії полягає в тому, щоб відновити здатність до тілесної саморегуляції, навчити безпечно усвідомлювати тілесні переживання та поступово позбуватися «застиглих» реакцій страху або безсилля.

Метод соматичного переживання передбачає обережну роботу з травматичними спогадами через тілесні відчуття з акцентом на «ресурсні» стани тіла. Сенсомоторна психотерапія комбінує роботу з рухом, позою, диханням та емоціями, що дає змогу інтегрувати тілесний і психічний досвід людини. Хоча доказова база цих методик ще перебуває в стадії розвитку, сучасні огляди підтверджують їхню ефективність у зменшенні симптомів ПТСР, тривожності та депресії. Для військовослужбовців такі методи мають особливу цінність, адже допомагають працювати із соматичними наслідками травми, які часто залишаються поза увагою традиційних когнітивних підходів [20].

Екзистенційно-феноменологічний підхід до корекції тривожно-депресивних розладів розглядає емоційні проблеми як наслідок смислової кризи та протистояння фундаментальним екзистенційним питанням — таким як смерть, ізоляція, свобода і відповідальність. На відміну від когнітивних технік, орієнтованих на зміну мислення, екзистенційна терапія спрямована на глибше усвідомлення власного буття, прийняття індивідуального досвіду та пошук нових життєвих цінностей. Вона допомагає переосмислити власне життя,

прийняти невизначеність існування та створити навколо себе нові джерела сенсу.

Робота з військовими та ветеранами потребує особливого підходу, оскільки вона спрямована на подолання екзистенційного вакууму, що виникає через втрату бойової ідентичності, почуття провини чи осмислення пережитого як безглузлого. Завдяки діалогам, рефлексії та аналізу смислових категорій, клієнтам надається можливість інтегрувати травматичний досвід у цілісну життєву історію. Як свідчать дослідження, екзистенційні інтервенції ефективно сприяють зниженню рівня депресії та підвищенню життєвої задоволеності. Проте їхній успіх значною мірою залежить від зрілості особистості та здатності до саморефлексії.

Інтеграція когнітивно-поведінкових, майндфулнес-, тілесно-орієнтованих і екзистенційних методів забезпечує комплексний підхід до корекції тривожно-депресивних станів. Когнітивно-поведінкова терапія додає структурованість роботі та чітку послідовність, майндфулнес сприяє формуванню усвідомленості та стійкості до стресу, тілесна терапія допомагає відновити зв'язок із власними відчуттями, а екзистенційний підхід дає змогу переосмислити життєвий сенс. Така синтетична практика є особливо актуальною для військовослужбовців, які пережили травматичні події, оскільки вона охоплює всі рівні функціонування особистості: когнітивний, емоційний, фізичний та духовно-смісловий.

Українські дослідження підтверджують високу ефективність програм, що поєднують ці методи. Вони сприяють значному зниженню рівня тривожності та депресивних станів, покращують адаптацію й підвищують якість соціальної взаємодії військовослужбовців після повернення до цивільного життя. Таким чином, сучасний психокорекційний підхід до роботи з тривожно-депресивними розладами орієнтований на інтеграцію доказових когнітивно-поведінкових і тілесно-емоційних методик із врахуванням екзистенційних аспектів розвитку особистості.

Теоретичний аналіз проблеми тривожно-депресивної симптоматики дозволяє дійти висновку, що тривога і депресія є складними, багаторівневими

психічними явищами, які тісно пов'язані між собою як на рівні причин виникнення, так і на рівні клінічних проявів. Вони мають спільну біопсихосоціальну природу, що виникає з взаємодії біологічних, психологічних та соціальних чинників. Окрім того, ці стани можна розглядати як дві взаємопов'язані фази адаптаційної реакції психіки на надмірний або тривалий стресовий вплив.

Згідно з класичними психоаналітичними концепціями (зокрема теоріями З. Фрейда, К. Хорні, А. Адлера), тривога виступає початковим сигналом, який попереджає про можливу загрозу та стимулює активацію захисних механізмів. Однак при надмірній інтенсивності або тривалості вона втрачає адаптивний характер, набуваючи патологічних форм, що призводить до дезорганізації поведінки, появи соматичних проявів і депресивних тенденцій. У свою чергу, сучасні когнітивно-біхевіоральні теорії пояснюють тривогу як наслідок спотвореної оцінки реальності, коли нейтральні події сприймаються як загрозові. Це спричиняє формування замкненого кола тривожних реакцій і унікальної поведінки [12].

Депресія є тривалим і дезорганізуючим емоційним станом, який характеризується зниженням активності, відсутністю мотивації, відчуттям безнадійності та порушенням когнітивних функцій. У межах когнітивної парадигми, розробленої А. Беком, цей стан пояснюється впливом негативних автоматичних думок та стійких дисфункційних переконань стосовно себе, навколишнього світу і майбутнього. Екзистенційна психологія, представлена роботами Р. Мея та В. Франкла, вбачає в депресії і тривозі природну реакцію на зіткнення з граничними ситуаціями, втратами, почуттям провини чи переживанням беззмістовності.

Варто зазначити, що тривога і депресія не існують окремо одна від одної. Вони формують єдиний тривожно-депресивний континуум, у якому тривога може виступати як початкова стадія психоемоційного виснаження, тоді як депресія є його завершальною фазою. На біологічному рівні ці стани взаємопов'язані з порушенням балансу нейромедіаторів (серотоніну, дофаміну,

норадреналіну), дисфункцією гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та хронічною активацією стресових систем організму.

Особливо чітко взаємозв'язок між тривожними та депресивними проявами проявляється у військовослужбовців, які перебувають під тривалим впливом екстремальних чинників. Війна, постійний стан загрози, втрати, невизначеність і перевантаження інформацією створюють умови для формування хронічного стресу, що поступово виснажує адаптаційний потенціал особистості. Дослідження українських військових (Кротюк, Фесюк, Козира, Матяш) виявляють високий рівень ситуативної та особистісної тривожності, який часто супроводжується схильністю до депресивних розладів, емоційного вигорання й зниження соціальної активності.

Бойовий і посттравматичний досвід виступають основними факторами, які визначають характер тривожно-депресивної симптоматики. Психотравматичні переживання у військових нерідко супроводжуються гіперзбудливістю, розладами сну, емоційною нестабільністю, апатією або агресивними реакціями. Такі прояви є наслідком хронічного виснаження нервової системи і порушення механізмів емоційної саморегуляції. У багатьох випадках депресія має прихований характер, проявляючись через соматичні скарги, постійну втому або підвищену дратівливість, що значно ускладнює своєчасне виявлення психологічних проблем.

Слід наголосити, що завершення бойових дій не означає зниження психічного навантаження, яке часто перетворюється в інші форми, такі як труднощі соціальної адаптації, втрата життєвого сенсу чи порушення міжособистісних взаємин. Згідно з дослідженнями, рівень тривожно-депресивних розладів серед демобілізованих військовослужбовців залишається високим, причому інтенсивність цих розладів значною мірою визначається наявністю соціальної підтримки та доступністю кваліфікованої психологічної допомоги [5].

Ефективна психологічна допомога у випадку тривожно-депресивних станів повинна базуватися на багатовимірному підході, що охоплює

когнітивний, емоційний, фізичний та смисловий аспекти функціонування особистості. Аналіз сучасних практик психокорекції виявив результативність чотирьох ключових підходів.

- Когнітивно-поведінковий підхід забезпечує структурованість роботи, сприяє зміні дисфункційних переконань і формуванню адаптивних моделей мислення та поведінки.
- Майндфулнес-підхід розвиває навички усвідомленості, допомагає підвищити стійкість до стресу та сприяє емоційній саморегуляції.
- Тілесно-орієнтована терапія відновлює здатність до фізичної саморегуляції, зменшує соматичну напругу та сприяє інтеграції травматичного досвіду.
- Екзистенційний підхід зосереджується на відновленні сенсу життя, прийнятті втрат та усвідомленні власної відповідальності за життя.

Інтеграція цих напрямів створює багатовимірну систему психокорекційних стратегій, яка поєднує перевірені науково методи з гуманістичним розумінням природи психічних переживань. Такий комплексний підхід є надзвичайно ефективним у роботі з військовими та ветеранами, оскільки враховує когнітивно-емоційні, тілесно-поведінкові та духовно-смислові аспекти їхнього досвіду.

Узагальнюючи результати проведеного теоретичного аналізу, можна зробити висновок, що:

1. Тривога і депресія мають спільне патогенетичне підґрунтя, утворюючи взаємопов'язаний емоційний континуум, який проходить шлях від мобілізації до виснаження.

2. Професійна діяльність у військових умовах створює специфічне середовище для виникнення таких станів через постійний вплив стресових та травматичних чинників, що збільшує вірогідність розвитку емоційних розладів.

3. Ефективна психокорекція тривожно-депресивної симптоматики досяжна лише за умови поєднання когнітивно-поведінкових, майндфулнес-, тілесно-орієнтованих і екзистенційних підходів. Їх інтеграція сприяє

відновленню психоемоційної рівноваги, забезпечує зміцнення сенсової цілісності та покращує здатність до саморегуляції.

4. Психологічна підтримка військовослужбовців повинна бути систематичною, поступовою і спрямованою не лише на зменшення симптоматики, але й на розвиток нових адаптивних механізмів, посилення внутрішніх ресурсів і сприяння особистісному зростанню після отриманого травматичного досвіду.

Отже, проведений теоретичний аналіз дозволяє сформулювати комплексне бачення природи тривожно-депресивних станів, їхніх причин, механізмів формування і способів подолання. Це створює необхідну наукову основу для подальших емпіричних досліджень проблеми та розробки дієвих психологічних програм для військових спеціалістів.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ЕМПІРИЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Мета, завдання, гіпотеза та етапи емпіричного дослідження

Емпіричне дослідження у сучасній психологічній науці виступає ключовим етапом перевірки теоретичних припущень та визначення реальної ефективності психокорекційних і психотерапевтичних підходів. Особливої актуальності така емпірична перевірка набуває в умовах роботи з військовослужбовцями, які проходять реабілітацію після участі в бойових діях. Саме ця категорія осіб характеризується високим рівнем психоемоційної напруги, підвищеною вразливістю до формування тривожно-депресивної симптоматики, змінами у стресовій реактивності, порушеннями регуляції емоцій, зниженням мотивації та загальною дезадаптацією.

Військовий досвід, пов'язаний із тривалим перебуванням у бойових ситуаціях, впливом екстремальних факторів, фізичним виснаженням і постійною загрозою життю, залишає глибокий психічний слід, який вимагає комплексної реабілітаційної підтримки. У таких умовах психологічні інтервенції мають бути не лише науково обґрунтованими, але й короткостроковими, структурованими, доступними для застосування у реальних клінічних та реабілітаційних умовах. Саме тому актуальним є аналіз ефективності короткострокових інтервенцій, що поєднують елементи когнітивно-поведінкової терапії, майндфулнес-підходів та технік тілесної саморегуляції [13].

Методологічний підхід у цьому дослідженні ґрунтується на необхідності поєднання наукової точності з практичною доцільністю. Обрана методика має відповідати реаліям роботи реабілітаційних центрів, де час взаємодії з військовослужбовцями обмежений, а інтенсивність психоемоційних проявів —

висока. Саме тому дослідження базується на концепції короткострокової психологічної допомоги, яка передбачає швидке формування навичок саморегуляції, зниження рівня тривоги, стабілізацію емоційного стану, формування адаптивних моделей мислення та поведінки.

З огляду на це, структурний зміст підрозділу 2.1 включає:

- визначення мети та завдань дослідження;
- формулювання основної гіпотези та уточнюючих підгіпотез;
- детальне розкриття логіки, принципів і підстав побудови емпіричного дослідження;
- попередній опис вибірки, умов проведення та ключових елементів програмних інтервенцій.

Ця частина роботи не лише визначає концептуальну рамку дослідження, а й забезпечує наукову валідність усіх подальших результатів.

Мета емпіричного дослідження полягає у комплексній оцінці результативності короткострокових психологічних інтервенцій у зниженні тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців, які проходять реабілітацію. Досягнення цієї мети передбачає одночасний аналіз динаміки психоемоційного стану учасників, виявлення змін у когнітивному та поведінковому функціонуванні, а також оцінку ефективності окремих технік і структурованих психотерапевтичних модулів.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі науково-практичні завдання:

1. Здійснити глибокий аналіз наукових джерел, присвячених природі тривоги і депресії, особливостям їхнього прояву у військових, що перебували у зоні бойових дій, а також сучасним підходам до їх корекції в рамках когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої та майндфулнес-терапії.

2. Описати теоретичні основи та практичні передумови використання короткострокових психологічних інтервенцій, зокрема: дихальних технік, технік заземлення, когнітивної реструктуризації, поведінкової активації, майндфулнес-практик та методів подолання уникання.

3. Розробити структуровану шестисесійну програму психологічної інтервенції, адаптовану до умов реабілітації військовослужбовців, яка міститиме психоедукаційні, регулятивні, когнітивні та поведінкові компоненти.

4. Організувати й провести експериментальне дослідження з метою оцінки впливу розробленої програми на рівень тривожно-депресивної симптоматики, використовуючи валідні психодіагностичні інструменти (HADS, GAD-7, PHQ-9).

5. Застосувати кількісний і якісний аналіз отриманих даних для визначення наявності статистично значущих відмінностей у стані військовослужбовців до і після проходження короткострокової інтервенції.

6. Сформулювати рекомендації для практичних психологів, які працюють у реабілітаційних центрах, щодо впровадження короткострокових психологічних втручань для зниження тривожно-депресивних проявів.

Основна гіпотеза дослідження полягає в припущенні, що використання короткострокових психологічних інтервенцій ефективно знижує рівень тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців, які перебувають у процесі психологічної реабілітації.

Для глибокої перевірки ефекту інтервенцій були сформульовані допоміжні підгіпотези:

1. Підгіпотеза 1. Регулярне застосування дихальних технік та технік заземлення сприятиме зниженню фізіологічних проявів тривоги та формуванню первинних навичок емоційної саморегуляції.

2. Підгіпотеза 2. Використання когнітивно-поведінкових технік дозволить зменшити інтенсивність негативних автоматичних думок, знизити рівень катастрофізації та сформулювати більш стабільні адаптивні форми мислення.

3. Підгіпотеза 3. Активне впровадження поведінкової активації сприятиме відновленню мотиваційної сфери, підвищенню активності та зменшенню депресивної симптоматики.

4. Підгіпотеза 4. Поєднання майндфулнес-практик із техніками емоційної регуляції зменшуватиме рівень внутрішньої напруги, покращуватиме концентрацію уваги та стабілізуватиме емоційний стан.

5. Підгіпотеза 5. Сукупний вплив комбінованих короткострокових інтервенцій забезпечуватиме статистично значуще поліпшення показників за шкалами HADS, GAD-7 і PHQ-9 у післятестовому вимірюванні.

Характер вибірки дозволяє робити узагальнення щодо ефективності короткострокових інтервенцій саме для військових, які проходять реабілітацію після бойового досвіду, що робить дослідження актуальним та практично орієнтованим.

Для цілей дослідження були обрані три стандартизовані психодіагностичні інструменти, які дозволяють комплексно оцінити стан тривожності та депресії:

1. Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS). HADS використовується в медичних і реабілітаційних умовах і відзначається високою чутливістю до змін емоційного стану. Вона дозволяє окремо оцінити рівень депресії та рівень тривоги, виключаючи соматичні симптоми, що є особливо важливим для військових, які можуть мати травми та фізичні ушкодження [37].

2. GAD-7 — Опитувальник генералізованої тривоги. Шкала GAD-7 є стандартом у діагностиці тривожних розладів, дозволяє визначити наявність і вираженість генералізованої тривоги, що нерідко є наслідком хронічного військового стресу [38].

3. PHQ-9 — Опитувальник депресії Пацієнта [39]. PHQ-9 широко застосовується у світовій практиці для оцінки депресивної симптоматики. Його перевага — точність у виявленні як легких, так і виражених проявів депресії.

Вибір цих інструментів забезпечує валідність та надійність результатів, а також дає можливість оцінити ефективність психологічних інтервенцій у динаміці.

Дослідження було організоване у форматі формувального експерименту, який передбачав вимірювання показників емоційного стану до і після проходження програми психологічних інтервенцій.

Структура експерименту включала три етапи:

1. Констатувальний етап

На цьому етапі проводилось:

- первинне анкетування та психодіагностика (HADS, GAD-7, PHQ-9);
- фіксація скарг, емоційного стану та рівня мотивації;
- визначення групових потреб військовослужбовців;
- побудова індивідуальних коротких кейсів для роботи.

Мета етапу полягала у визначенні первинного рівня тривожно-депресивної симптоматики, оцінці вихідного психоемоційного стану учасників та формуванні підстав для подальшого впровадження психологічних інтервенцій.

Основні завдання етапу:

1. первинне інформування учасників про мету дослідження;
2. збір індивідуальних даних щодо самопочуття, скарг, характеру стресових проявів;
3. проведення стандартизованих психодіагностичних вимірювань;
4. фіксація індивідуальних труднощів, пов'язаних із тривогою, униканням, порушеннями сну, втомую чи депресивними ознаками;
5. створення попереднього профілю психоемоційного стану кожного учасника.

Зміст роботи на етапі:

- заповнення HADS (оцінка тривоги й депресії);
- заповнення GAD-7 (визначення рівня генералізованої тривоги);
- заповнення PHQ-9 (оцінка депресивної симптоматики);
- коротке структуроване інтерв'ювання;

- фіксація фізичних симптомів (напруга, серцебиття, тремор, порушення сну).

Результати констатувального етапу стали точкою відліку для аналізу ефективності інтервенцій та основою для формування цілей формувального етапу.

2. Формувальний етап (впровадження інтервенцій)

Цей етап включав шестисесійну програму короткострокової психологічної допомоги. Вона складалася з:

- стабілізації та психоедукації;
- розвитку навичок саморегуляції;
- роботи з думками та когнітивними викривленнями;
- поведінкової активації;
- формування навичок емоційної регуляції;
- подолання уникання;
- розвитку стійкості та підсумкової інтеграції.

Психологічні техніки комбінували елементи КПТ, майндфулнес і тілесно-орієнтованого підходу.

Це центральний етап, у якому впроваджувалась *комбінована короткострокова програма психологічних інтервенцій* (6 занять по 45–60 хвилин).

Програма включала такі компоненти:

1. Стабілізація та психоедукація

- техніки дихання (4-7-8);
- пояснення природи тривоги й депресії;
- техніка «заземлення» 5-4-3-2-1;
- формування первинних навичок саморегуляції.

2. Робота з думками

- виявлення автоматичних думок;
- техніка «Ситуація–Думка–Емоція–Реакція»;
- корекція когнітивних викривлень;

- навичка «СТОП–СПОСТЕРЕЖ–ПЕРЕВІР».

3. Поведінкова активація

- формування плану малих дій;
- відновлення ритуалів, соціальної активності;
- оцінка стану «до» і «після» дії.

4. Емоційна регуляція і майндфулнес

- прогресивна м'язова релаксація;
- техніка «Майндфулнес 3×3»;
- фокусування на тілесних відчуттях.

5. Подолання уникання

- побудова «ієрархії тривоги»;
- поступове зіткнення зі складними ситуаціями;
- формування стратегії самопідтримки.

6. Інтеграція, план стійкості

- підсумок здобутих навичок;
- «якір дихання»;
- створення персонального плану стабільності.

3. Контрольний етап

На завершальному етапі проводилось повторне обстеження за шкалами HADS, GAD-7 та PHQ-9. Порівняння результатів дозволяло визначити динаміку змін та ефективність програми.

На цьому етапі проводилося:

- повторне заповнення HADS;
- повторне заповнення GAD-7;
- повторне заповнення PHQ-9;
- порівняння результатів із первинними даними;
- аналіз індивідуальної динаміки кожного учасника;
- визначення, чи підтверджується гіпотеза дослідження.

Контрольний етап є ключовим, оскільки саме він дає можливість кількісно та якісно оцінити ефективність програми та сформувавши валідні наукові висновки.

Таблиця 2.1

Етапи емпіричного дослідження та їх зміст

Етап	Зміст	Інструменти та методи	Результат
Констатувальний	Первинна діагностика, визначення стану	HADS, GAD-7, PHQ-9	Базові показники тривоги і депресії
Формувальний	6 занять короткострокової програми	КПТ-техніки, дихальні практики, майндфулнес, поведінкова активація	Зниження симптоматики у процесі інтервенцій
Контрольний	Повторні вимірювання	HADS, GAD-7, PHQ-9	Оцінка динаміки, перевірка гіпотез

Схема організації дослідження

Початок → Первинна діагностика → Аналіз стану →

Шестисесійна програма інтервенцій → Повторна діагностика →

Порівняння даних → Висновок про ефективність.

2.2. Характеристика вибірки (контингент, чисельність, критерії відбору, умови реабілітації)

Емпіричне дослідження було проведено на базі Львівського обласного госпіталю ветеранів війн та репресованих ім. Ю. Липи, одного з провідних

реабілітаційних центрів України. Госпіталь має багаторічний досвід роботи з військовослужбовцями, які пережили бойові дії та пов'язані з ними психотравматичні події. Установа застосовує мультидисциплінарний підхід до відновлення фізичного та психологічного стану пацієнтів, інтегруючи медичні, психотерапевтичні, фізіотерапевтичні та соціально-реабілітаційні методи. Вибір цього госпіталю є обґрунтованим з методологічної точки зору, оскільки його умови ідеально підходять для проведення структурованих короткострокових психологічних інтервенцій та подальшого емпіричного аналізу їх результативності.

У дослідженні взяли участь військовослужбовці чоловічої статі, які проходили курс медичної та психологічної реабілітації після повернення із зони бойових дій. Учасники мали досвід перебування в умовах підвищеної небезпеки, участі в бойових операціях, виконання обов'язків у стресових ситуаціях, тривалої мобілізаційної готовності, а також зіткнулися з фізичним і психоемоційним виснаженням.

Більшість респондентів повідомляли про поширені труднощі, серед яких підвищена тривожність, відчуття внутрішньої напруги, розлади сну, емоційна нестабільність, знижений настрій, значна втома та схильність до роздратування. Часто зустрічалися також скарги на почуття постійної виснаженості, труднощі адаптації до життя в мирних умовах, зниження соціальної активності та ускладнення у формуванні емоційного балансу.

У дослідженні взяли участь 40 військовослужбовців, віком від 23 до 56 років. Такий віковий діапазон є типовим для контингенту, залученого до сучасних бойових дій, що дає змогу охопити представників різних етапів професійного розвитку, життєвого досвіду та рівнів психоемоційної стійкості.

Усі респонденти були діючими або демобілізованими військовослужбовцями Збройних Сил України.

Середній вік учасників склав приблизно 35–38 років, що відповідає характеристикам середньостатистичного військовослужбовця, який бере участь у бойових операціях.

Для забезпечення валідності дослідження були визначені чіткі критерії включення і виключення.

Критерії включення:

- Статус військовослужбовця або ветерана бойових дій.
- Перебування на реабілітаційному лікуванні у госпіталі ім. Ю. Липи.
- Вік учасників у межах 23–56 років.
- Наявність тривожно-депресивної симптоматики від легкого до вираженого рівня, підтвердженої первинним психодіагностичним скринінгом.
- Можливість участі у короткострокових психологічних інтервенціях (за умови відсутності тяжких когнітивних порушень).
- Добровільна згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення:

- Гострі психотичні, маніакальні або суїцидальні стани.
- Виражені черепно-мозкові травми з порушенням вищих когнітивних функцій.
- Тяжкі залежності, які вимагають спеціалізованого лікування без супровідної терапії.
- Відмова від участі чи передчасне припинення реабілітації.

Застосування таких критеріїв дало змогу сформувати вибірку, яка є однорідною за ключовими психологічними характеристиками, пов'язаними з бойовим досвідом і поточним емоційним станом.

Усі учасники проходили реабілітацію в межах госпіталю, який надає розгорнутий спектр відновлювальних заходів, що включають:

- психологічне консультування як у індивідуальному форматі, так і в групах;
- фізичну реабілітацію, зокрема фізіотерапію та лікувальну фізкультуру;
- медичну допомогу, зосереджену на лікуванні хронічних чи бойових травм;

- психосоціальну підтримку;
- створення сприятливого середовища, яке знижує рівень стресу та сприяє швидшому відновленню.

Організація роботи госпіталю передбачає такі ключові аспекти:

1. Безпечне середовище

Учасникам забезпечували стабільні й передбачувані умови, спрямовані на зниження тривожності, що сприяло підвищенню ефективності реабілітаційних заходів.

2. Регулярність зустрічей

Заняття проводилися у спеціально обладнаних приміщеннях, які гарантують конфіденційність і практично виключають зовнішні відволікаючі чинники.

3. Комплексний підхід

Психологічна підтримка була інтегрована в загальний реабілітаційний процес, що забезпечувало кращий результат завдяки взаємодоповнюваності психологічних, фізичних і медичних методів.

4. Оптимізація часу

Враховуючи обмеження тривалості перебування військовослужбовців у реабілітаційних центрах, програма короткострокових інтервенцій була адаптована до реальних часових рамок і складалася із шести сесій.

Таблиця 2.2

Резюме характеристик вибірки

Параметр	Характеристика
Кількість учасників	40 військовослужбовців
Стать	Чоловіки
Вік	23-56 років

Статус	Військові/ ветерани бойових дій
Місце реабілітації	ЛОГ ветаранів війн та репресованих ім. Ю. Липи
Провідні скарги	Тривожність, депресивні прояви, напруга, порушення сну
Тип втручання	Короткострокові психологічні інтервенції (6 занять)
Критерії включення	Наявність тривожно-депресивної симптоматики, згода на участь
Критерії виключення	Гострі психічні стани, тяжкі когнітивні порушення

2.3. Опис методик дослідження

Під час емпіричного дослідження, спрямованого на оцінку ефективності короткострокових психологічних інтервенцій з метою зниження тривожно-депресивної симптоматики у військових, які перебувають на реабілітації, виникла потреба у ретельному доборі методик, що є валідними, надійними та чутливими. Такі інструменти повинні точно відображати особливості психоемоційного стану учасників дослідження. Психологічна діагностика військовослужбовців, які проходять фазу реабілітації після бойових дій, вимагає врахування низки специфічних аспектів. Серед них: підвищений рівень фізіологічної напруги, схильність до соматизації, можливу недовіру до опитувальників, уникання прямого висловлювання власного стану, а також супутні прояви посттравматичного стресового розладу.

Враховуючи ці обставини, у дослідженні було використано три методики, які набули широкого визнання у світовій практиці та рекомендовані

міжнародними клінічними протоколами. Серед них: Госпітальна шкала тривоги та депресії (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS), Опитувальник генералізованої тривоги GAD-7 і Опитувальник депресії PHQ-9. Кожен із цих інструментів має достатню кількість емпіричних підтверджень ефективності, адаптований до умов української вибірки, демонструє високу чутливість до змін у психоемоційному стані та забезпечує швидку оцінку динаміки стану військовослужбовців як до, так і після проведення психологічних інтервенцій.

Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS)

Методика була розроблена у 1983 році британськими психіатрами Зігмондом і Снейтом, які прагнули створити інструмент, придатний для використання у соматичних стаціонарах. Її особливість полягає у спеціальній структурі HADS, що виключає запитання щодо соматичних симптомів, таких як втома, апетит чи порушення сну. Це допомагає уникнути викривлення результатів, оскільки у пацієнтів із травматичними чи соматичними ушкодженнями подібні симптоми можуть бути присутні незалежно від емоційного стану. У військовому середовищі ефективність HADS є особливо важливою через широке поширення хронічної втоми, порушень сну або фізичних наслідків травматичних подій серед військових.[33]

HADS складається з 14 запитань, які розподілені на дві рівні субшкали:

- HADS-A — оцінює рівень тривожності (7 пунктів)
- HADS-D — визначає ступінь депресивності (7 пунктів)

Для кожного запитання використовується 4-бальна шкала Лайкерта (0–3), що дозволяє оцінити інтенсивність симптомів за останній тиждень. Порогові значення для інтерпретації результатів:

- 0–7 — норма
- 8–10 — субклінічні прояви
- 11 і більше — клінічно значущі розлади

Згідно з метааналізами Herrmann (1997) і Bjelland (2002), внутрішня узгодженість субшкал варіюється в межах $\alpha = 0,80\text{--}0,93$. Висока кореляція між

даними HADS та результатами клінічних інтерв'ю, а також іншими шкалами (наприклад, BDI-II та STAI) підтверджує її ефективність і надійність.

HADS активно застосовується у різних країнах для оцінки емоційного стану військовослужбовців:

- в США — для психологічної оцінки ветеранів Іраку та Афганістану;
- у Великобританії — в рамках реабілітаційних програм після операцій;
- в Ізраїлі — для скринінгу у програмі посттравматичної оцінки військових;
- в Україні — у реабілітаційних центрах, які функціонують при МОЗ і МВС з 2014 року.
- У нашому дослідженні HADS використовується як інструмент первинної оцінки емоційного стану військових та для подальшого моніторингу його динаміки.

Опитувальник генералізованої тривоги GAD-7

Опитувальник GAD-7, розроблений у 2006 році групою вчених під керівництвом Роберта Спітцера, слугує ефективним засобом для швидкої діагностики генералізованого тривожного розладу. Основна його мета полягає у створенні компактного, але надійного інструмента як для застосування в клінічній практиці, так і в умовах польових досліджень.

Методологія опитувальника базується на принципах когнітивно-поведінкової моделі тривожних станів, яка пояснює тривогу через такі ключові елементи: надмірну зосередженість на потенційній небезпеці; хронічне, неконтрольоване хвилювання; формування поведінкових патернів уникнення. Вказана модель особливо притаманна особам, які пережили бойовий стрес, включаючи військовослужбовців.

Опитувальник складається із семи пунктів, спрямованих на оцінку таких аспектів:

- Частота відчуття надмірного хвилювання;

- Складнощі контролю власних думок;
- Напруження та дратівливість;
- Зниження концентрації уваги, розсіяність;
- Соматичні реакції, спричинені тривогою.

Для оцінювання використовується чотирибальна шкала, де 0 відповідає відсутності симптомів, а 3 означає їх постійний прояв (майже щодня).

Результати опитувальника класифікуються наступним чином:

- 0–4 балів свідчать про мінімальні прояви тривоги;
- 5–9 балів вказують на легкий ступінь тривожності;
- 10–14 балів характеризують середню інтенсивність симптомів;
- 15 балів і більше свідчать про тяжку форму генералізованої тривоги.

Порогове значення ≥ 10 є клінічно значущим, розкриваючи високу чутливість (89%) та специфічність (82%) для діагностики генералізованої тривоги.

Опитувальник GAD-7 набув широкого застосування у дослідженнях бойового стресу, що підтверджується численними практиками у військовому середовищі. Наприклад:

- У Центрі ветеранів США щорічно проводиться понад півмільйона оцінок із використанням цього інструмента.
- Дослідження Ногге у 2004 році продемонструвало високу точність GAD-7 у виявленні тривожних станів після бойових дій.
- У збройних силах Канади опитувальник є частиною програми OSI (Operational Stress Injury), спрямованої на діагностику та лікування травматичних наслідків оперативного стресу.
- В Україні з 2022 року рекомендації щодо застосування цього опитника інтегровані у протоколи оцінки посттравматичних розладів, зумовлених наслідками війни.

Таким чином, GAD-7 залишається затребуваним і стандартизованим інструментом у сфері психологічного здоров'я як серед військових

контингентів, так і серед цивільного населення, забезпечуючи надійність та доступність при оцінці тривожних станів різного ступеня.

Опитувальник депресії PHQ-9

Методика PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) є одним із найпоширеніших інструментів для оцінки депресивних станів у клінічній практиці по всьому світу. Вона була створена в рамках ширшого опитувальника PHQ під наглядом Р. Спітцера і Дж. Кр'онке у 1999 році. PHQ-9 базується на діагностичних критеріях депресії, визначених DSM-IV, що дозволяє не лише виявляти клінічно значущу депресію, а й оцінювати її ступінь тяжкості. Опитувальник складається з дев'яти запитань, які охоплюють ключові аспекти депресивної симптоматики: пригнічений настрій, втрату інтересу до діяльності, розлади сну, зміни апетиту, почуття провини, проблеми з концентрацією уваги, психомоторні зміни й наявність суїцидальних думок. Інструмент характеризується високою точністю у виявленні депресивних розладів і демонструє значущу кореляцію з результатами клінічного інтерв'ю (Kroenke, 2001; Kroenke, 2010).

Використання PHQ-9 у роботі з військовослужбовцями має особливу важливість, оскільки серед цієї категорії депресивні стани часто проявляються через соматичні або поведінкові симптоми, такі як хронічна втома, апатія, дратівливість, соціальна ізоляція або зловживання алкоголем. PHQ-9 допомагає виявляти навіть приховані прояви депресії у військових, які можуть уникати відкритого обговорення своїх емоційних переживань. Особливо цінним є те, що опитувальник включає пункт про суїцидальні ідеї, що дає можливість своєчасно оцінити ризики серед ветеранів і бійців, які зіткнулися з втратами чи травматичними подіями.

Вибір саме цих трьох методик для дослідження має чітке обґрунтування. По-перше, вони вирізняються стислим форматом, валідністю та зручністю, що робить їх придатними для застосування у клінічній або напівклінічній практиці, де час є важливим ресурсом.

Порівняння методик дослідження

Методика	Що вимірює	Сильні сторони	Обмеження
HADS	окрема тривога і депресія без соматичних симптомів	не змішує фізичні прояви, ідеальна для військових з травмами	не виявляє суїцидальні ризики
GAD-7	генералізована тривога	висока точність, швидкість	оцінює лише один тип тривоги
PHQ-9	депресія + суїцидальні думки	сильний клінічний інструмент	містить соматичні елементи, що може впливати на результати військових

По-друге, ці методики чутливі до змін, що дає змогу ефективно оцінювати динаміку результатів навіть за короткий період — у цьому випадку протягом шести занять психокорекційної програми. По-третє, ці шкали рекомендуються Міністерством охорони здоров'я України, Національним інститутом охорони здоров'я і клінічної майстерності Великобританії (NICE), Американською психіатричною асоціацією та низкою інших міжнародних організацій, що гарантує їхню наукову обґрунтованість і практичну цінність.

У підсумку можна відзначити, що методики HADS, GAD-7 і PHQ-9 створюють комплексний інструментарій для оцінки ключових емоційних аспектів, пов'язаних із тривожними та депресивними станами. Кожна з цих шкал дає можливість отримати детальну інформацію про психоемоційний стан військовослужбовців, а їх поєднання утворює багатовимірну систему дослідження, здатну виявляти зміни навіть після нетривалих психологічних

втручань. Використання цього набору в межах реабілітаційної програми забезпечує об'єктивну оцінку динаміки стану учасників і надає науково обґрунтовані дані щодо ефективності проведених інтервенцій.

2.4. Програма короткострокових психологічних інтервенцій

У рамках психологічної реабілітації військовослужбовців, які повертаються після бойових дій або переживали тривалий інтенсивний стрес, ключовим завданням є застосування ефективних, науково обґрунтованих та короткострокових психологічних втручань. Вони мають забезпечувати значні покращення емоційного стану у стислі терміни. У реабілітаційній практиці, особливо за умов обмеженого часу стаціонарного лікування, психологу необхідно володіти адаптивними техніками, здатними працювати з тривожними станами, депресивними проявами, знижувати рівень нервового напруження, нормалізувати фізіологічні реакції організму, відновлювати когнітивний контроль та регулювати емоційну сферу. Для реалізації цих завдань у проведеному дослідженні була розроблена шестисесійна програма короткострокових психологічних інтервенцій. Її структуру побудовано на основі принципів когнітивно-поведінкової терапії, методик усвідомленості, тілесно-орієнтованих практик та базових підходів кризової інтервенції.

Розроблена програма має цілісний підхід і спрямована на системний вплив на основні аспекти тривожно-депресивного спектра: фізіологічне збудження, емоційні реакції, автоматичні негативні думки, унікальну поведінку, знижений рівень активності, дезорганізацію повсякденного життя та порушення саморегуляції. Кожне заняття характеризується чіткою структурою, визначеними психотерапевтичними цілями, встановленими часовими межами й набором методик. Це забезпечує не лише поступовий розвиток і стабільність впливу, а також дозволяє відстежувати динаміку змін. Подібна модульна структура відповідає міжнародним стандартам лікування тривожності й

депресії у військових (NICE, APA, VA/DoD Clinical Guidelines) і враховує рекомендації українських експертів із військової психології.

Перший модуль програми орієнтований на стабілізацію емоційного стану, зниження фізіологічної напруженості та засвоєння базових знань про природу тривоги й депресії. Під час першої зустрічі психолог проводить початкову діагностику, уточнює суб'єктивні скарги, аналізує рівень напруги, особливості сну, апетиту та загальної активності. Такий формат короткого клінічного інтерв'ю сприяє не лише встановленню контакту, але й підготовці учасника до подальшої роботи на основі довірчих взаємин. На цьому етапі додатково проводиться первинне анкетування з використанням інструментів GAD-7 і PHQ-9, що дозволяє кількісно оцінити початковий рівень симптоматики.

Перший психоедукаційний модуль заняття зосереджується на поясненні основних механізмів формування тривожних і депресивних станів, а також на взаємозв'язку між думками, емоціями та поведінковими реакціями. Для кращого розуміння цей процес доповнюється візуальною демонстрацією когнітивно-поведінкового трикутника, що допомагає військовослужбовцям усвідомити, як бойовий досвід, хронічний стрес, тривале напруження та відсутність відновлення впливають на їхню внутрішню реакцію. Цей етап є ключовим з терапевтичної точки зору, адже він сприяє нормалізації симптомів, зменшує відчуття «ненормальності» або власної слабкості й допомагає учаснику прийняти ці реакції як природний результат впливу тривалого стресу.

Для зниження фізіологічної напруги на першому занятті використовується техніка дихання «4–7–8», яка активує парасимпатичну нервову систему, сповільнює серцевий ритм і швидко знижує рівень тривоги. Психолог детально пояснює суть методу, демонструє перші цикли дихання та уважно спостерігає за станом учасників, забезпечуючи легкість у засвоєнні техніки. Для багатьох військових, які мають труднощі з керуванням тілесними реакціями, ця вправа стає початковим етапом у відновленні здатності впливати на власний психофізіологічний стан.

Цей блок доповнюється технікою «Заземлення 5–4–3–2–1», яка допомагає повернути увагу до теперішнього моменту, зменшити дисоціативні прояви, відновити почуття безпеки та знизити рівень панічних симптомів. Для військових, які перебувають у процесі реабілітації, такі вправи мають особливу значущість, адже вони сприяють боротьбі з нав'язливими спогадами, гіперпильністю та напруженістю, що часто залишаються після участі в бойових операціях. Закінчення сеансу передбачає виконання домашнього завдання, спрямованого на розвиток стійких навичок саморегуляції.

Друге заняття зосереджується на роботі з негативними автоматичними думками, що є ключовою складовою когнітивно-поведінкової терапії. На цьому етапі військовослужбовців навчають відрізняти факти від їхніх інтерпретацій, а також розпізнавати характерні когнітивні спотворення, які підсилюють тривожність чи депресію (наприклад, катастрофізація, узагальнення, дихотомічне мислення тощо). За допомогою техніки «Ситуація — Думка — Емоція — Реакція» учасники аналізують реальні життєві ситуації, щоб зрозуміти, як їхній емоційний стан і поведінка пов'язані з внутрішніми переконаннями. Формування нових навичок підтримує метод «СТОП — Спостереж — Перевір», який дозволяє призупиняти автоматичні реакції та формувати альтернативний спосіб мислення.

Третє заняття зосереджене на впровадженні поведінкової активації — одного з ключових інструментів у подоланні депресії, що дозволяє розірвати замкнене коло апатії, пасивності та пригніченого настрою. На цьому етапі військовослужбовці опановують навички розрізнення типів діяльності, таких як обов'язкові, приємні, соціальні та розвиткові, створюють "план малих дій", а також вчаться відстежувати зміни у власному настрої до і після виконання кожного завдання. Поведінкова активація виступає одним із найефективніших методів відновлення внутрішньої мотивації та незалежності, що має вирішальне значення для процесу реабілітації військових.

Четверте заняття приділене опрацюванню тілесно-орієнтованих технік і розвитку навичок емоційної регуляції. У рамках психоедукаційної частини

учасники отримують знання про взаємозв'язок між емоціями та фізичними відчуттями, а практична робота з прогресивною м'язовою релаксацією допомагає навчитися розпізнавати рівень напруження в тілі та управляти ним. Додатково використовується техніка "Майндфулнес 3×3", яка сприяє поверненню уваги до поточного моменту та зменшенню надмірної тривоги.

П'яте заняття спрямоване на подолання звички уникати складних ситуацій — однієї з основних поведінкових стратегій, що підтримує розвиток тривожних та депресивних розладів. Завдяки техніці побудови «Ієрархії тривоги» учасники мають можливість усвідомлено та поступово знайомитися з факторами, які спричиняють напруження. У цьому процесі вони оцінюють рівень власного страху, планують конкретні дії і відстежують їх результати. Це сприяє підвищенню відчуття контролю, зменшенню інтенсивності симптомів і зміцненню впевненості у власних силах.

Заключне, шосте заняття зосереджується на інтеграції отриманих навичок і створенні індивідуального плану стійкості. Учасники також розробляють алгоритм дій на випадок повторного загострення тривоги чи депресії. Під час роботи військовослужбовці визначають сигнали можливого погіршення емоційного стану, аналізують дієві засоби саморегуляції, ідентифікують джерела підтримки та окреслюють чіткі кроки, які можна застосувати у критичних ситуаціях. Завершальним підходом у програмі є техніка «Якір дихання», що допомагає сформувати внутрішнє відчуття стабільності й здатності самоконтролювати емоції.

Отже, розроблена програма короткострокових психологічних інтервенцій, впроваджена в рамках даного дослідження, представляє собою структурований і науково обґрунтований підхід, адаптований до специфічних потреб військовослужбовців у процесі їх реабілітації. Ця програма спрямована на зниження вираженості тривожно-депресивних симптомів, сприяє розвитку навичок саморегуляції, розширює поведінковий репертуар учасників та забезпечує умови для відновлення психоемоційної рівноваги.

Представлена програма короткострокових психологічних інтервенцій не є просто зібранням окремих технік, а являє собою цілісну, взаємозалежну систему психотерапевтичного впливу, спрямовану на поступове зниження емоційної напруги і відновлення адаптивного функціонування військовослужбовців. Кожен модуль програми логічно пов'язаний з попереднім і водночас виступає основою для опанування наступних навичок, що забезпечує накопичувальний терапевтичний ефект. Завдяки цьому учасники не лише здобувають конкретні інструменти, але й формують цілісний набір вмінь для самостійного подолання тривожних і депресивних станів.

Структура занять відображає багаторівневий характер тривожно-депресивної симптоматики, яка у військових зазвичай має складний, різнорідний прояв. Фізіологічна гіперактивація, що часто супроводжує бойовий досвід, поступово зменшується через застосування стабілізуючих технік дихання і заземлення. Когнітивні порушення, такі як схильність до катастрофізації, гіпервина чи негативні автоматичні думки, коригуються завдяки когнітивним інструментам другого модуля. Симптоми депресії, серед яких знижена активність, втрата мотивації та почуття безсилля, опрацьовуються методами поведінкової активації. Хронічна напруга й труднощі з емоційною регуляцією трансформуються через техніки тілесно-орієнтованої терапії та майндфулнес-підходи. Завершальним етапом є робота над подоланням уникання — механізму, що підтримує тривожність. Це досягається за допомогою контрольованого поступового наближення до стресових факторів.

Ця програма спрямована на вплив усіх ключових механізмів, що формують симптоматику: фізіологічного, когнітивного, поведінкового та емоційного. Такий підхід забезпечує високу ефективність навіть у контексті обмеженого часу. Крім того, конструкція програми дозволяє військовослужбовцям використовувати набуті навички за межами терапевтичного середовища — в побуті, кризових ситуаціях, під час соціальної адаптації чи повернення до служби або цивільного життя.

Одним із головних результатів цієї інтервенційної програми є підвищення психологічної грамотності та усвідомленості щодо власного стану у військовослужбовців. Учасники не лише отримують знання про природу тривоги та депресії, а й краще розуміють закономірності своїх реакцій. Формуються навички рефлексії, самоаналізу та здатність помічати ранні ознаки погіршення стану, що відіграє критичну роль у профілактиці рецидивів. У межах реабілітаційного центру подібні зміни сприяють зниженню стигматизації звернень за психологічною допомогою, підвищенню готовності отримувати підтримку та формуванню культури турботи про психічне здоров'я.

Таким чином, ця програма короткострокових психологічних інтервенцій демонструє свою ефективність, адаптивність та наукову обґрунтованість як форма підтримки військовослужбовців. Її структура дозволяє досягати помітних позитивних змін за відносно короткий час перебування в реабілітаційних закладах. Завдяки поетапності, системності та послідовності втручань забезпечується глибока інтеграція нових навичок, розвиток психологічної стійкості та покращення загальної якості життя людей, які пережили інтенсивний стрес. Така програма може бути рекомендована для широкого застосування у реабілітаційних центрах, медичних установах і підрозділах, що займаються відновленням військовослужбовців і ветеранів.

2.5. Процедура дослідження (етапи, умови, етичні аспекти)

Процедура емпіричного дослідження була розроблена з урахуванням особливостей військової вибірки, специфіки реабілітаційного середовища та необхідності забезпечити максимально точну, етичну і водночас практично значущу оцінку ефективності короткострокових психологічних інтервенцій. Організація дослідження передбачала поетапний підхід, що охоплював підготовчий етап, проведення первинної діагностики, реалізацію формувального експерименту та підсумкову оцінку результатів впроваджених

методів. Така структура відповідає класичним принципам психолого-педагогічних експериментів, що дає змогу простежити динаміку змін у стані військовослужбовців під час реабілітації.

На підготовчому етапі були закладені основи для забезпечення наукової коректності та практичної реалізації експерименту. Основні заходи цього етапу включали узгодження організаційних питань із керівництвом Львівського обласного госпіталю ветеранів війн і репресованих ім. Ю. Липи, встановлення часових меж дослідження, складання графіка проведення сесій та попередню оцінку потенційного контингенту учасників. Особливий акцент робився на створенні умов, що сприяють добровільній участі військовослужбовців, підвищенню їхньої поінформованості й забезпеченню психологічної безпеки. Кожен потенційний учасник отримував детальну інформацію про мету, зміст дослідження, можливі труднощі та очікувані результати. Гарантувалися добровільна згода на участь, анонімність і право відмовитися на будь-якому етапі. Наступним кроком було формування вибірки. До неї включалися особи зі статусом військовослужбовця чи ветерана, які проходили реабілітаційне лікування в стаціонарних умовах, були у віковій категорії від 23 до 56 років і мали субклінічні або клінічно значущі прояви тривоги та депресії, виявлені під час первинного скринінгу. Учасники з гострим психотравматичним станом або тяжкими психічними розладами до дослідження не допускалися, щоб відповідати вимогам безпеки й етичним стандартам.

Одним із ключових аспектів підготовчого етапу стала стандартизація методів діагностики. Для мінімізації впливу сторонніх факторів усі діагностичні процедури проводилися в ранковий час у спокійній обстановці без присутності сторонніх осіб. Для кожного учасника забезпечувалися однакові умови, що дозволяло зробити результати максимально порівнюваними. Психолог, відповідальний за діагностику, займав нейтральну позицію, не давав оцінних коментарів і не впливав на відповіді учасників. Це дозволило досягти високого ступеня об'єктивності отриманих даних.

Основне дослідження стартувало з первинної діагностики емоційного стану військовослужбовців, для чого були застосовані три стандартизовані міжнародні опитувальники: HADS, GAD-7 та PHQ-9. Поєднання цих методик допомогло отримати багаторівневу оцінку початкового рівня тривоги й депресії. Первинна діагностика слугувала не лише джерелом базових даних для майбутнього аналізу, але й мала важливу клінічну функцію — вона дозволяла визначати учасників із підвищеними ризиками та тих, хто потребував індивідуалізованої підтримки.

Після завершення діагностичного етапу переходили до реалізації шестисесійної програми короткострокових психологічних інтервенцій тривалістю 14 днів. Усі заняття організовувалися в спеціально обладнаному приміщенні госпіталю — тихому та ізольованому від зовнішніх шумів, щоб створити максимально комфортну атмосферу для учасників. Тривалість кожного сеансу складала 45–55 хвилин, а формат роботи варіювався: заняття проводилися як в невеликих групах, так і індивідуально, залежно від стану військовослужбовців та їхніх можливостей. Такий гнучкий підхід забезпечував доступність участі для всіх охочих і дозволяв адаптувати методику відповідно до потреб кожного учасника.

Початкові заняття були спрямовані на стабілізацію стану учасників і зняття фізіологічної напруги, що має особливу важливість у роботі з військовими. У них часто виникають явища, такі як підвищена пильність, напруження м'язів, проблеми зі сном, жорсткість мислення та труднощі з фокусуванням уваги. На старті психолог здійснював коротку бесіду, щоб визначити поточний стан учасника, а потім плавно переходив до застосування технік дихання, заземлення та релаксації. Уже на цьому етапі військовослужбовці відчували значне покращення: зменшення сили соматичних реакцій, покращення здатності до концентрації та ослаблення проявів тривоги.

Наступний блок заняття був зосереджений на розвитку когнітивних процесів, формуванні поведінкових стратегій і вдосконаленні вміння

регулювати емоції. Учасники поступово освоювали навички переоцінки автоматичних думок, аналізу власних реакцій, визначення тригерів та прогнозування своєї поведінки у стресових ситуаціях. Це стало ключовим кроком до більш усвідомленого ставлення до власного психоемоційного стану і сприяло розвитку здатності самостійно впливати на рівень внутрішньої напруги.

Однією з ключових складових у проведенні емпіричного дослідження стало систематичне відстеження відповідності між запланованими етапами роботи та її реальним виконанням під час взаємодії з військовослужбовцями. Завдяки моніторингу вдалося не лише оцінювати ефективність втручань, а й перевіряти їх правильність, рівень підготовленості учасників до подальших етапів, а також фіксувати можливі зміни у їхньому психоемоційному стані. Кожна сесія розпочиналася зі швидкого скринінгу, який охоплював оцінку самопочуття, рівня напруги, якості сну та настрою. Це допомагало психологу вчасно помічати небажані реакції чи ознаки дезадаптації, які могли вимагати додаткової уваги або перенесення складніших інтервенцій на пізніший етап.

Процес моніторингу включав аналіз як кількісних даних (зокрема змін у балах за шкалами GAD-7, PHQ-9 і HADS), так і якісних характеристик (словесні описи самопочуття, спостереження за поведінковими змінами, невербальними сигналами та здатністю до саморегуляції). Завдяки цьому вдалося не тільки ефективно контролювати хід дослідження, але й гнучко адаптувати програму до реальних потреб учасників, зберігаючи при цьому високий стандарт наукової стандартизації.

У роботі з військовослужбовцями, які проходять реабілітацію, необхідно заздалегідь враховувати можливість виникнення кризових станів, таких як гостра тривога, панічні атаки, нав'язливі спогади (флешбеки), емоційна відчуженість, реакція «бий–біжи–завмри», дисоціативні симптоми, раптове погіршення настрою або сильне виснаження. З огляду на це, у дослідженні було впроваджено чіткий протокол кризового реагування.

Психолог зобов'язаний дотримуватися таких ключових засад:

- Негайне припинення будь-яких втручань у разі виявлення різкої емоційної дестабілізації.
- Перехід до методів стабілізації, які включають техніки дихання (4–7–8), методи заземлення та прогресивного розслаблення.
- Забезпечення емоційної підтримки через підтвердження переживань пацієнта: «Ваші відчуття зараз є природною реакцією на пережитий травматичний досвід».
- Постійна готовність до співпраці з черговим лікарем у центрі реабілітації на випадок необхідності медичної допомоги.
- Проведення повторної оцінки стану за допомогою коротких інструментів, таких як міні-GAD чи шкала напруги від 1 до 10.

Такий підхід гарантує, що навіть у разі загострення нестабільного емоційного стану учасник залишається в безпеці, а процес дослідження не завдає йому додаткової шкоди.

Процес дослідження передбачав створення оптимальних умов, що включали:

- забезпечення конфіденційності — окремий кабінет, де учасник міг перебувати без зовнішнього тиску;
- зведення до мінімуму шумових факторів;
- комфортні параметри освітлення та вентиляції;
- наявність необхідних ресурсів (антистрес-м'яч, плед, вода, папір для записів);
- простір, обладнаний для виконання фізичних вправ (зручні крісла, стільці, достатньо місця для тілесної активності).

Особливу увагу приділяли формуванню сприятливого психологічного клімату, якому було притаманне доброзичливе ставлення, толерантність, відсутність осуду та підтримка незалежно від досягнутого прогресу. Для військових, які часто перебувають у стані емоційної вразливості, тепла і стабільна атмосфера була ключовим чинником забезпечення достовірності отриманих результатів.

Центральними етичними засадами дослідження стали такі:

1. Добровільна участь

Забезпечувалася повна свобода у прийнятті рішення щодо участі, без примусу чи впливу службових обмежень. Учасники, зокрема військовослужбовці, мали право:

- відмовитися від участі;
- ставити будь-які запитання;
- припинити участь у дослідженні на будь-якому етапі.

2. Конфіденційність і анонімність

Особиста інформація учасників:

- не записувалася у відкритому форматі;
- шифрувалася за допомогою кодованих даних;
- не передавалася третім сторонам.

При оприлюдненні результатів використовувалися лише усереднені дані групи, без можливості ідентифікації окремих учасників.

3. Принцип "не нашкодь"

Заборонялося:

- свідомо провокувати сильні емоційні реакції;
- примушувати до розповідей про травматичний досвід;
- чинити тиск на учасників у разі їхньої відмови продовжувати дослідження.

4. Психологічна підтримка

Після кожного сеансу учасникам за необхідності надавалася коротка стабілізуюча допомога для покращення їхнього стану.

5. Мінімізація ризиків

Був розроблений чіткий алгоритм дій, який передбачав:

- використання стабілізуючих вправ;
- консультацію медичного працівника;
- тимчасове припинення участі в дослідженні, якщо це було необхідним.

6. Повага до гідності військовослужбовців

Психолог забезпечував неупереджене ставлення, нормалізував реакції на стресові події та працював у партнерському форматі, уникаючи авторитарного підходу чи оцінних суджень.

Контроль валідності та достовірності процедур

Для забезпечення наукової точності:

- однакові методики застосовувались у строго визначеному порядку;
- час проведення тестів був сталим (переважно ранкові години);
- інструкції зачитувались в ідентичній формі для всіх;
- застосовувались стандартизовані інструменти з підтвердженою валідністю (HADS, PHQ-9, GAD-7);
- статистична обробка результатів планувалась за допомогою парного критерію Вілкоксона.

У другому розділі представлено всебічно розроблену, науково обґрунтовану модель організації емпіричного дослідження, спрямованого на оцінювання ефективності короткострокових психологічних інтервенцій у зменшенні тривожно-депресивної симптоматики серед військовослужбовців, які перебувають у процесі реабілітації. Логіка розділу базується на чіткій послідовності й гармонійності всіх етапів — від теоретичного обґрунтування і постановки цілей до практичного втілення експериментальної програми з дотриманням етичних норм.

Чітко сформульовані мета дослідження та гіпотеза забезпечують загальну спрямованість роботи, тоді як система завдань створює структурований маршрут до досягнення основної наукової цілі — перевірки дієвості короткострокових психологічних втручань у контексті реабілітації військових. Розмежування предмета й об'єкта дослідження формує методологічну основу, яка дозволяє сконцентруватися на аналізі змін у тривожно-депресивній симптоматиці під впливом терапії.

Докладна характеристика вибірки сприяє ґрунтовному розумінню особливостей контексту, у якому проводилося дослідження.

Військовослужбовці, що проходять реабілітацію, представляють специфічну групу з підвищеною емоційною уразливістю, нагромадженим бойовим стресом і гострою потребою у спеціалізованій психологічній підтримці. Аналіз соціально-демографічних показників, критеріїв відбору, особливостей психофізіологічного стану та умов реабілітації створює вагоме підґрунтя для подальшої інтерпретації здобутих результатів і забезпечує репрезентативність вибірки для досягнення практичних цілей реабілітаційної роботи.

Особливу цінність становить опис психодіагностичних інструментів, залучених для оцінки рівня тривожності та депресії. Використання таких валідних і надійних методик, як HADS, GAD-7 та PHQ-9, гарантує об'єктивність вимірювань емоційного стану та дозволяє відслідковувати динаміку змін під впливом психологічних втручань. Докладне обґрунтування їх вибору, аналіз психометричних характеристик і специфіка умов застосування формують міцну методологічну базу для експериментальної частини дослідження.

Ключовим елементом практичної складової стала розроблена програма короткострокових психологічних інтервенцій. Вона спирається на доказові підходи когнітивно-поведінкової терапії, майндфулнес-практик, технік емоційної регуляції та тілесно орієнтованих методів стабілізації. Програма складається з шести тематичних занять, кожне з яких спрямоване на зменшення тривожності та депресивної симптоматики, розвиток саморегулятивних навичок, подолання унікальної поведінки та створення стійкої психологічної стійкості. Така структура забезпечує можливість інтеграції інтервенцій у реабілітаційні процеси, роблячи їх адаптивними для широкого спектру практичного використання.

Емпіричне дослідження було організоване відповідно до стандартів наукової валідності та етичних вимог. Чітка послідовність етапів — від первинної діагностики до впровадження програми та проведення підсумкових замірів — дає змогу об'єктивно оцінити ефективність запропонованих втручань. Окрема увага приділялася дотриманню етичних принципів: участь

добровільна, погодження інформоване, конфіденційність гарантована, а ризики мінімізовані. Це особливо важливо під час роботи з військовослужбовцями, серед яких можуть бути особи з наслідками бойового стресу або ознаками посттравматичних розладів.

Другий розділ узагальнено формує основу для практичної частини дослідження, окреслюючи його наукову концепцію, описуючи вибірку, методи, інструментарій та процедуру. Крім того, в ньому детально обґрунтовується етична безпека й валідність виконаної роботи. Ця ретельно розроблена методологічна база слугує ключем до переходу до аналізу результатів і оцінки ефективності короткострокових психологічних інтервенцій, подробиці яких будуть розглянуті в наступному розділі.

РОЗДІЛ 3.

АНАЛІЗ ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Первинний рівень тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців (констатувальний етап)

У дослідженні взяли участь 40 військовослужбовців, які проходили етап психологічної реабілітації після участі в бойових діях. Вибірка охоплювала представників різних військових підрозділів, що забезпечило широкий спектр бойового досвіду та сприяло високій репрезентативності даних. Вік учасників варіювався від 23 до 56 років, середній показник становив 37,4 року, що відповідає типовому віковому профілю осіб, залучених до активної служби.

Структура вибірки за типом служби характеризувалася наступним чином:

- 72% учасників належали до бойових підрозділів, безпосередньо виконуючи бойові завдання;
- 18% становили військові медики, які зазнали вторинної травматизації;
- 10% представляли забезпечувальні та допоміжні спеціальності.

Кожен учасник мав досвід перебування в зоні підвищеної небезпеки, де існувала постійна загроза життю, тривалі фізичні й психоемоційні навантаження, значні обмеження базових потреб, а також дефіцит ресурсів для відновлення. Тривалість служби в бойових умовах була різною — від 7 місяців до понад 3 років, що вплинуло на різноманітність рівня пережитого стресу серед військовослужбовців.

До участі в дослідженні допускалися лише ті особи, які не мали гострих психіатричних станів, могли самостійно заповнювати опитувальники, а також чітко орієнтувалися в часі й просторі. Усі учасники перебували в схожих умовах реабілітаційного середовища, що дозволило звести до мінімуму вплив зовнішніх факторів на результати збору даних.

Загалом вибірку можна охарактеризувати як групу зі значним бойовим досвідом та високим рівнем впливу потенційно травматичних подій. Військовослужбовці демонстрували підвищену чутливість до формування тривожно-депресивних станів. Етап реабілітації свідчив про наявність у респондентів ознак не лише гострих стресових реакцій, але й хронічного виснаження, що виникло внаслідок тривалого перебування в екстремальних умовах.

1. Оцінка первинних показників за шкалою HADS

Шкала HADS дозволяє комплексно визначити рівень тривоги та депресії у пацієнтів, уникаючи змішування соматичних ознак із психологічними. Це набуває особливої важливості у військовому середовищі, де психогенна тривога може переплітатися з ефектами фізичного виснаження.

Початкові дані свідчать про загальний підвищений рівень тривожності серед учасників вибірки.

Таблиця 3.1

Первинні показники за шкалою HADS (тривожність)

Показник	Значення
Мінімум	4
Максимум	17
Середнє значення	10,6

Відповідно до порогових показників шкали, лише 22,5% військовослужбовців виявили рівень тривожності, що вкладається у норму. Понад третина, 35%, демонстрували субклінічну тривогу, яка є раннім сигналом емоційного напруження. Найбільшу частину вибірки, 42,5%, становили особи з клінічно вираженою тривожністю, тобто майже половина учасників.

Домінуюче поширення високої тривожності обумовлено впливом бойового досвіду, який формує специфічний тип психофізіологічної реактивності. У таких випадках внутрішня система безпеки залишається гіперактивною навіть за відсутності реальної загрози. Це проявляється через постійне відчуття напруги, труднощі з розслабленням, порушення концентрації уваги, підвищену дратівливість та схильність до перебільшення небезпеки потенційних подій.

Паралельно зі зростанням тривожності спостерігалось також підвищення депресивних проявів:

Таблиця 3.2

Первинні показники за шкалою HADS (тривожність)

Показник	Значення
Мінімум	3
Максимум	16
Середнє значення	9,1

Лише 30% військовослужбовців знаходилися в межах норми, тоді як у 32,5% спостерігалися субклінічні ознаки депресії. Клінічно значущі рівні депресивного стану були виявлені у 37,5% обстежених. Така картина свідчить про те, що більшість військовослужбовців страждають на значне зниження настрою, втрату енергії, ослаблення мотивації, а також переживають почуття внутрішньої спустошеності або безнадійності.

У деяких випадках симптоми депресії можуть виникати як вторинна реакція на тривожний стан. Постійна напруга, очікування небезпеки та труднощі у повній адаптації психіки до мирного життя спричиняють емоційне виснаження.

2. Оцінка початкових показників за шкалою GAD-7

Шкала GAD-7 використовується для визначення ступеня генералізованої тривоги — стану хронічного занепокоєння, який зазвичай розвивається як наслідок тривалого впливу стресових факторів.

Таблиця 3.3

Первинні показники за шкалою GAD-7

Показник	Значення
Мінімум	3
Максимум	19
Середнє значення	11,8

Лише 27,5% військовослужбовців продемонстрували легкий рівень генералізованої тривоги. У переважній кількості (45%) встановлено помірний рівень тривоги, що значно впливає на якість їхнього життя та здатність до продуктивного функціонування. У 27,5% зафіксовано високий рівень генералізованої тривоги.

Таким чином, у 72,5% військових виявлено середні або тяжкі форми тривожних розладів. Це свідчить про наявність хронічного психоемоційного напруження, властивого людям, які протягом тривалого часу зазнавали впливу бойового стресу. Отримані результати вказують на складнощі в контролі думок, схильність до постійних переживань щодо можливих загроз, проблеми зі сном, нездатність повноцінно розслабитися, а також на підвищену активацію симпатичної нервової системи.

3. Характеристика первинних показників за PHQ-9

Шкала PHQ-9 забезпечує детальну оцінку рівня інтенсивності депресивних симптомів, охоплюючи як когнітивні, так і поведінкові аспекти.

Первинні показники за шкалою PHQ-9

Показник	Значення
Мінімум	4
Максимум	20
Середнє значення	12,4

У 22,5% учасників виявлено легкі депресивні стани, тоді як 42,5% мали депресію середнього ступеня. Виражені депресивні симптоми спостерігалися у кожного четвертого опитаного (25%), а у 10% зафіксовано ознаки, що наближуються до важкого рівня.

Результати демонструють, що депресивність серед військовослужбовців має складну багатовимірну природу. Вона включає емоційне виснаження, втрату зацікавленості чи задоволення від діяльності, труднощі з концентрацією уваги, розлади сну й зниження загального функціонування. Багато респондентів зазначали складнощі в утриманні звичних соціальних і професійних ролей, що є типовими проявами депресивних станів у військових після повернення із зони бойових дій.

Проведений аналіз початкового рівня тривожно-депресивної симптоматики серед військовослужбовців показав, що значна частина учасників перебуває у стані підвищеного психоемоційного напруження. Результати трьох психодіагностичних методик (HADS, GAD-7, PHQ-9) виявляють послідовну тенденцію до проявів вираженої або субклінічної тривожності, генералізованої тривоги та зниження емоційного стану, що свідчить про значне психологічне виснаження.

Дані за шкалою HADS-A демонструють, що більш ніж половина вибірки має субклінічні або клінічні рівні тривожності, що відображає стійке емоційне напруження після участі в бойових діях. Оцінки за шкалою HADS-D

підтверджують високий рівень депресії, який проявляється у втраті мотивації, енергетичних ресурсів та емоційної стабільності. Підсумки методики GAD-7 свідчать про значну частку військовослужбовців із помірною та високою генералізованою тривогою, унаслідок чого формується хронічний характер переживань і труднощі у регуляції емоційного стану. Крім цього, показники за PHQ-9 вказують на переважаючі середніх та виражених депресивних станів, що негативно впливають на функціонування і загальне психологічне благополуччя військових.

Узагальнення результатів дослідження свідчить про високу поширеність тривожних, депресивних та змішаних станів серед військовослужбовців. Ці явища мають системний характер і значну виразність, що обумовлює потребу в цільовій психологічній підтримці. Взаємозалежне зростання рівнів тривожності та депресії може бути пов'язане з тривалим впливом бойового стресу, виснаженням фізичних і психічних ресурсів, порушенням процесів відновлення та деградацією адаптивних механізмів.

Результати дослідження акцентують необхідність впровадження структурованих і науково-обґрунтованих психологічних інтервенцій, спрямованих на зниження рівня тривоги, стабілізацію емоційного стану та відновлення внутрішніх ресурсів військових. Первинні показники формують основу для подальшої оцінки ефективності корекційно-реабілітаційної програми на наступних етапах роботи.

3.2. Зміни показників після проведення короткострокових інтервенцій (формувальний етап)

На формувальному етапі дослідження проводилась оцінка ефективності запропонованих короткострокових психологічних інтервенцій для військовослужбовців, які перебували у стані підвищеної тривоги та депресії. Програма включала шість корекційних занять, які об'єднували елементи

когнітивно-поведінкової терапії, техніки релаксації, психоедукацію, вправи для тілесної регуляції, тренування емоційної стабільності та техніки відновлення ресурсного стану. Формувальний етап тривав два тижні, що дозволило відстежити короткострокову динаміку змін у емоційному стані учасників.

Після завершення інтервенцій були повторно використані ті самі психодіагностичні методики (HADS, GAD-7 та PHQ-9), що й на констатувальному етапі. Це дало змогу провести порівняльний аналіз результатів і визначити, чи забезпечила програма статистично та клінічно значуще зменшення симптомів тривоги та депресії.

Таблиця 3.5

Зміни показників після проведення короткострокових інтервенцій

Показник	До (середнє значення)	Після (середнє значення)
HADS-A (тривожність)	10,6	7,4
HADS-D (депресивність)	9,1	6,3
GAD-7 (генералізована тривога)	11,8	7,2
PHQ-9 (депресивна симптоматика)	12,4	8,1

Для цього був використаний статистичний критерій Вілкоксона. Результати відображені в Таблиці 3.3 і Таблиці 3.4.

Таблиця 3.6

Результати порівняння рангових показників до інтервенцій та після за критерієм Вілкоксона

		N	Середній ранг	Сума рангів
HADS_A	Negative Ranks	6 ^a	13,42	80,50
	Positive Ranks	47 ^b	28,73	1350,50
	Ties	7 ^c		
	Total	60		
HADS_D	Negative Ranks	16 ^d	21,31	341,00
	Positive Ranks	39 ^e	30,74	1199,00
	Ties	5 ^f		
	Total	60		
GAD-7	Negative Ranks	13 ^g	25,54	332,00
	Positive Ranks	41 ^h	28,12	1153,00
	Ties	6 ⁱ		
	Total	60		
PHQ-9	Negative Ranks	15 ^j	15,70	235,50
	Positive Ranks	42 ^k	33,75	1417,50
	Ties	3 ^l		
	Total	60		

Таблиця 3.7

Результати розрахунку статистичного критерію Вілкоксона до інтервенцій та після

	HADS A	HADS D	GAD 7	PHQ 9
Z	-5,631 ^b	-3,618 ^b	-3,550 ^b	-4,712 ^b
значущість	,000	,000	,000	,000

1. Зміни за шкалою HADS-A (тривожність)

Повторне вимірювання засвідчило достовірне зниження рівня тривоги.

Структура рівнів тривоги після проведення інтервенцій демонструє такі показники:

- Нормативний рівень — 55%, що засвідчує зростання порівняно з попереднім значенням у 22,5%.
- Субклінічна тривога — 30%.

- Клінічна тривога — 15%, що відображає суттєве зменшення порівняно з початковими 42,5%.

Стандартизований показник Z критерію Вілкоксона -5,631 при $p=0,000$

Отже, кількість військовослужбовців із клінічним рівнем тривоги скоротилася майже втричі, що вказує на вагомий терапевтичний ефект.

Аналіз результатів демонструє успішність впроваджених методик, таких як когнітивна реструктуризація, нормалізація дихальних процесів, тілесна релаксація та психоедукація щодо аспектів бойового стресу. Зниження м'язового й психічного напруження, покращення навичок саморегуляції та усунення катастрофічних думок сприяли значному зниженню тривожності серед військовослужбовців. У результаті більшість учасників дослідження перейшли від клінічного рівня тривоги до субклінічного або нормативного стану.

2. Зміни за шкалою HADS-D (депресивність)

Структура рівнів:

- Норма — підвищення з 30% до 57,5%.
- Субклінічна депресія — 27,5%.
- Клінічна депресія — зниження з 37,5% до 15%.

Стандартизований показник Z критерію Вілкоксона -3,618 при $p=0,000$

Отримані результати свідчать, що проведені короткострокові інтервенції позитивно вплинули на зменшення емоційного виснаження та підвищення загального психоемоційного стану. Зниження рівня депресивності пов'язане зі стимулюванням використання ресурсних технік, вправами для відновлення мотивації, регуляцією циклу «напруга — розрядка» та вдосконаленням навичок емоційної самопідтримки.

3. Зміни за шкалою GAD-7 (генералізована тривога)

- Легкий рівень — 52,5%
- Помірний — 32,5%
- Високий — 15% (зменшення з 27,5%)

Стандартизований показник Z критерію Вілкоксона -3,550 при $p=0,000$

Зниження рівня генералізованої тривожності демонструє поступове відновлення здатності військовослужбовців керувати власними думками та емоціями. Це свідчить про зменшення румінаційних процесів і станів гіпервігілантності. Досягнутий ефект від інтервенцій можна пояснити опануванням технік «заземлення», розвитком більш адаптивних стратегій реагування на стресові тригери, а також зниженням внутрішньої напруги.

4. Зміни за шкалою PHQ-9 (депресивна симптоматика)

- Легкі прояви – 45%
- Помірні – 37,5%
- Виражені – 12,5%

Стандартизований показник Z критерію Вілкоксона -4,712 при $p=0,000$.

Впроваджена програма інтервенцій показала високу ефективність у зниженні депресивних симптомів, таких як емоційна спустошеність, почуття безсилля, апатія та втрата інтересу. Використання технік відновлення ресурсного стану, когнітивних вправ та організації групової підтримки позитивно вплинуло на підвищення загальної активності, стабілізацію емоційного стану та покращення здатності долати труднощі.

Результати формувального етапу дослідження підтвердили значне покращення психоемоційного стану військовослужбовців після впровадження короткострокових психологічних втручань. Аналіз первинного та повторного тестування продемонстрував істотне зменшення рівня тривожності та депресивності, відображене у всіх використаних методиках, що свідчить про ефективність програми та її відповідність потребам досліджуваної вибірки.

Зниження тривожних показників за шкалами HADS-A та GAD-7 свідчить про зменшення внутрішнього напруження, покращення здібностей до емоційної регуляції та посилення контролю над тривожними думками. Зменшення кількості випадків клінічного рівня тривоги до мінімуму вказує на відновлення базових механізмів психологічної безпеки та результативність технік, націлених на регуляцію тілесних і когнітивних аспектів тривожних станів. Особливо важливою є динаміка скорочення генералізованої тривогогенності,

адже цей стан часто призводить до хронізації стресових розладів серед військових.

Позитивні зміни в депресивних показниках (HADS-D та PHQ-9) демонструють відновлення мотиваційного та енергетичного ресурсу учасників, а також стабілізацію їх емоційного фону. Значне скорочення кількості військовослужбовців із клінічними ознаками депресії свідчить про покращення здатності переживати позитивні емоції, повернення зацікавлення у соціальній і професійній активності й стабілізацію афективної сфери. Зникнення тяжких депресивних симптомів є особливо важливим показником, оскільки це сприяє профілактиці подальшого загострення депресії та зниженню ризику розвитку більш серйозних психологічних розладів.

Системний вплив короткострокових інтервенцій на психоемоційний стан військовослужбовців став очевидним завдяки комбінації когнітивно-поведінкових методів, психоедукації, дихальних і релаксаційних практик та вправ для тілесної регуляції. Військові почали краще усвідомлювати власні емоційні стани, формувати навички самостереження, долати румінації й катастрофічне мислення, що призвело до покращення загального рівня психічного благополуччя.

Особливу увагу слід приділити тому, що помітні позитивні результати вдалося досягти лише за два тижні. Це підтверджує високу ефективність короткотривалих психологічних втручань у роботі з військовими групами. Програма продемонструвала свою здатність суттєво зменшувати психоемоційне напруження й активізувати процеси відновлення психологічних функцій, необхідних для успішної адаптації та повернення до нормального життя.

Таким чином, формувальний етап дослідження засвідчив дієвість короткострокових інтервенцій у корекції тривожно-депресивної симптоматики серед військовослужбовців. Емпіричні дані підтвердили обґрунтованість інтеграції таких програм у систему психологічної реабілітації військових. Це відкриває перспективи для широкого застосування методик у сфері практичної

психологічної допомоги та закладає основу для майбутнього порівняльного аналізу ефективності різних видів втручань, запланованого в наступному етапі дослідження.

3.3. Практичні рекомендації щодо впровадження короткострокових інтервенцій у системі психологічної реабілітації військових

В результаті узагальнення підсумків констатувального та формувального етапів дослідження, а також аналізу сучасних методик психологічної підтримки військовослужбовців, розроблено комплекс рекомендацій щодо запровадження короткострокових психологічних інтервенцій у реабілітаційну систему. Отримані емпіричні дані свідчать про високу ефективність таких програм у зниженні рівня тривожно-депресивних проявів, підвищенні стресостійкості та відновленні основних адаптивних механізмів. Це робить короткострокові інтервенції важливим елементом у роботі з військовими [46].

Для досягнення максимальної ефективності втручань необхідно враховувати ряд організаційних аспектів. Передусім варто впроваджувати стандартизовані протоколи психологічної допомоги, які зазвичай охоплюють шість-вісім сеансів і базуються на доказових підходах, адаптованих до специфіки бойового досвіду. Стандартизація методів допомагає забезпечити повторюваність процедур, полегшує моніторинг їхньої ефективності та сприяє покращенню загальної якості реабілітаційних заходів. Важливим є проведення первинної психодіагностики із застосуванням валідних і надійних інструментів (наприклад, HADS, GAD-7, PHQ-9). Це дозволяє оцінити початковий рівень тривоги та депресії, виявити індивідуальні потреби військовослужбовця і вибудувати оптимальний план втручання.

У зв'язку з багатогранністю постстресових станів короткострокові втручання повинні інтегруватися в ширшу міждисциплінарну систему реабілітації, яка включає медичну, фізичну й соціальну підтримку. Такий

комплексний підхід сприяє всебічному відновленню психоемоційного стану військових. Ключову роль відіграє належна підготовка фахівців: психологи мають володіти навичками когнітивно-поведінкової терапії, методами кризового втручання, тілесно-орієнтованими підходами та психоедукацією. Гнучкість реалізації подібних програм – можливість їхнього застосування у стаціонарних центрах, через мобільні групи чи в польових умовах – значною мірою розширює доступність допомоги незалежно від місця перебування військовослужбовців [25].

Інтервенції повинні містити кілька основних компонентів, спрямованих на досягнення максимальної ефективності та підтримку психологічного стану військовослужбовців. Психоедукація відіграє ключову роль у програмі, оскільки підвищує обізнаність щодо природи постстресових станів, механізмів виникнення тривоги та депресії, а також способів їх подолання. Це дозволяє зменшити рівень тривожності, нормалізувати сприйняття власних емоцій і фізичних реакцій, а також підвищити мотивацію до участі в реабілітації.

Тілесно-орієнтовані техніки, такі як дихальні вправи та прогресивна м'язова релаксація, націлені на зниження фізіологічного напруження та врегулювання соматичного компоненту тривоги, що є особливо важливим для військових із симптомами підвищеної гіперзбудливості. Комплекс когнітивно-поведінкових методик сприяє корекції дисфункціональних переконань, подоланню катастрофічного мислення та формуванню більш адаптивних моделей поведінки. Не менш важливою є робота з ресурсними та стабілізаційними техніками, які допомагають розвивати внутрішні психологічні ресурси, вдосконалювати здатність до емоційної регуляції та створювати індивідуальні стратегії подолання стресу. Груповий формат занять дозволяє зменшити відчуття ізолюваності, забезпечити емоційну підтримку, нормалізувати переживання та значно підвищити ефективність психологічної допомоги завдяки позитивним аспектам групової взаємодії [39].

Тривалість і частота проведення інтервенцій мають суттєве значення для досягнення стабільного терапевтичного результату. Оптимальним вважається

проведення шести-восьми занять тривалістю 60–90 хвилин із регулярністю два-три рази на тиждень. Такий графік успішно підтримує систематичність роботи, динаміку змін і водночас уникає перевантаження учасників. Після завершення курсу рекомендовано забезпечити подальшу відстрочену підтримку у вигляді однієї-двох зустрічей через місяць, щоб закріпити отримані навички та зменшити ризик повернення симптоматики.

Оцінка ефективності процесу інтервенцій повинна проводитися регулярно за допомогою повторної психодіагностики. Це дозволяє відстежити динаміку покращень не тільки через кількісні показники, але й через якісні зміни, включаючи підвищення емоційної стабільності, покращення соціального функціонування, рівня активності, якості сну та зменшення частоти уникання стресових ситуацій [28].

Короткострокові психологічні інтервенції повинні бути адаптовані до індивідуальних характеристик військовослужбовців, враховуючи рівень їхнього бойового досвіду, тривалість перебування в умовах підвищеного ризику, тип перенесеної психотравми та особливості емоційного реагування. Персоналізація таких програм сприяє забезпеченню їхньої відповідності потребам учасників, підвищенню рівня їхньої залученості та формуванню більш тривалого і стійкого терапевтичного ефекту.

На основі викладеного можна зробити висновок, що короткострокові психологічні інтервенції є ефективним та практично значущим засобом підтримки військовослужбовців на етапі їхньої реабілітації. Такі підходи забезпечують оперативне зниження тривожно-депресивних проявів, сприяють відновленню психологічних ресурсів особистості та розвитку адаптивних стратегій саморегуляції. Запропоновані рекомендації окреслюють ключові умови для успішного інтегрування цих інтервенцій у систему психологічної допомоги та можуть слугувати методологічним орієнтиром для фахівців, які здійснюють психореабілітацію військових [15].

У третьому розділі проведено детальний аналіз, оцінку та інтерпретацію результатів емпіричного дослідження, яке було спрямоване на визначення

ефективності короткострокових психологічних інтервенцій у зменшенні проявів тривожно-депресивної симптоматики серед військовослужбовців, що перебувають на етапі психологічної реабілітації. Отримані дані дали змогу оцінити вихідний рівень психоемоційного стану учасників, спрогнозувати зміни після впровадження інтервенцій, а також розробити практичні рекомендації щодо їхнього подальшого використання.

На констатувальному етапі дослідження (підрозділ 3.1) було виявлено, що значна частка військовослужбовців демонструє підвищені або клінічно значущі показники тривоги й депресії за методиками HADS, GAD-7 та PHQ-9. Така симптоматика свідчить про серйозний вплив бойового стресу та виснаження адаптивних можливостей організму, характерне для військових після тривалого перебування у зоні високого ризику. На додачу, високий рівень коморбідності тривожно-депресивних розладів вказує на необхідність розробки комплексних та структурованих підходів до психологічного втручання.

Формувальний етап дослідження (підрозділ 3.2) продемонстрував помітну позитивну динаміку після здійснення короткострокових психологічних інтервенцій. Повторне тестування показало значне зниження рівня тривоги, депресивних станів і генералізованої тривожності; зменшення кількості військових із клінічно значущими показниками; а також перехід деяких учасників до нормативного або легкого рівня симптоматики. Ці результати свідчать про високу ефективність застосованої терапевтичної програми та підтверджують, що навіть короткотривалі структуровані підходи можуть забезпечити суттєвий лікувальний ефект для цієї групи осіб [31].

На основі проведеного аналізу було сформовано комплекс практичних рекомендацій (розділ 3.3), які окреслюють ключові організаційні, змістові та процедурні умови для ефективного впровадження короткострокових психологічних інтервенцій у систему реабілітації військовослужбовців. Серед таких умов виділяються стандартизація протоколів, проведення первинної та повторної психодіагностики, інтеграція міждисциплінарного підходу, високий рівень професійної підготовки психологів, адаптація програм до індивідуальних

потреб учасників, а також забезпечення оптимальної інтенсивності занять. У змістовному аспекті найбільш дієвими виявилися методи психоосвіти, техніки тілесної регуляції, когнітивно-поведінкові практики та ресурсно-орієнтовані підходи.

Результати аналізу третього розділу підтверджують ефективність короткострокових психологічних інтервенцій як потужного практичного методу зменшення тривожних і депресивних симптомів у військових під час реабілітації. Зібрані дані розкривають важливість впровадження структурованих і науково обґрунтованих програм, здатних сприяти відновленню психоемоційного стану, підвищенню адаптаційних можливостей та стабілізації функціонування військовослужбовців. Наведені висновки й рекомендації можуть стати основою для оптимізації системи психологічної підтримки в установах реабілітації та служити базою для подальших досліджень у сфері військової психології.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота була зосереджена на всебічному вивченні тривожно-депресивної симптоматики у військовослужбовців, а також на оцінці ефективності короткострокових психологічних інтервенцій у процесі їх реабілітації. Актуальність цього дослідження обумовлена значними психоемоційними навантаженнями, які виникають у військових через умови воєнної агресії. Це сприяє поширенню тривожних, депресивних і стресових розладів, що підкреслює важливість впровадження швидких, науково обґрунтованих і адаптивних методів психологічної підтримки.

Теоретичний аналіз дозволив визначити ключові закономірності формування тривожно-депресивної симптоматики серед військовослужбовців, структуру постстресових переживань, а також особливості емоційно-когнітивних механізмів адаптації та дезадаптації. Було проаналізовано вплив бойового стресу на психічне функціонування особистості. Окрему увагу приділено сучасним концепціям і моделям психотерапевтичного втручання, таким як когнітивно-поведінковий підхід, методи кризової інтервенції, техніки тілесної регуляції та ресурсно-орієнтовані практики, які створюють доказову основу для реалізації короткострокових психологічних інтервенцій.

Емпірична частина дослідження здійснювалася на основі формувального експерименту, що включав діагностичний, корекційний та контрольний етапи. Використання стандартизованих психодіагностичних методик (HADS, GAD-7, PHQ-9) дозволило встановити, що на етапі первинної діагностики більшість військових продемонстрували підвищені або клінічно значущі рівні тривоги та депресії. Ці результати підтвердили поширеність виражених психоемоційних порушень серед осіб із бойовим досвідом і підкреслили нагальну потребу в оперативному психологічному втручанні.

Психологічна програма короткострокових інтервенцій, створена та впроваджена в межах проведеного дослідження, базувалася на теоретично обґрунтованих і емпірично апробованих моделях психокорекційної роботи. Вона передбачала інтеграцію компонентів психоедукації, методик емоційної та

фізіологічної саморегуляції, технік когнітивної реструктуризації, поведінкової активації, а також формування адаптивних стратегій боротьби зі стресовими ситуаціями. Структура даної програми була оптимізована з урахуванням обмеженості часових ресурсів реабілітаційного періоду та характерних особливостей потреб військовослужбовців.

Результати порівняльного аналізу первинних і вторинних вимірювань продемонстрували виражений позитивний терапевтичний ефект. Було зафіксоване статистично значиме скорочення інтенсивності симптомів тривоги, зменшення проявів депресії, покращення емоційної стабільності, відновлення психофізіологічної рівноваги, а також зміцнення загального адаптаційного потенціалу особистості. Учасники показали помітне зниження рівня психоемоційного напруження, зменшення частоти негативних автоматичних думок, покращення якості сну, підвищення мотиваційної готовності та активізації поведінки. Отримані зміни за всіма оцінюваними показниками виявилися взаємопов'язаними та підтвердили системний характер позитивної динаміки.

На основі таких висновків можна стверджувати, що короткострокові психологічні інтервенції є ефективним і науково обґрунтованим підходом у реабілітаційній роботі з військовослужбовцями. Вони забезпечують швидке досягнення терапевтичного результату при обмежених часових ресурсах і водночас сприяють значному покращенню психоемоційного стану особистості. Порівняно з тривалими формами терапії, короткострокові програми виявляються більш адаптивними до умов військових частин, роботи мобільних реабілітаційних команд та функціонування стаціонарних центрів реабілітації.

Практична значущість проведеного дослідження полягає у можливості інтеграції розробленої програми в систему психологічної реабілітації оборонного сектору. Матеріали цієї роботи стануть корисними для фахівців у створенні протоколів втручання, підготовці психореабілітаційних команд, поліпшенні освітніх програм у сфері військової психології, а також у адаптації

реабілітаційних підходів до динамічно змінюваних умов, характерних для воєнного середовища.

Отримані результати відкривають широкі перспективи для подальших наукових досліджень, які можуть бути спрямовані на аналіз довготривалих наслідків короткострокових інтервенцій, порівняння їх ефективності з іншими терапевтичними методами, оцінку впливу різних форм бойового досвіду на ефективність психокорекції, а також розробку мультидисциплінарних підходів до комплексної психореабілітації військовослужбовців.

Підсумовуючи отримані дані, можна зробити висновок, що короткострокові психологічні інтервенції є ефективним, науково обґрунтованим і структурно оптимальним інструментом роботи з військовослужбовцями у процесі їх реабілітації. Вони забезпечують зниження тривожно-депресивної симптоматики, стабілізацію психоемоційної сфери, відновлення когнітивних функцій та адаптивних можливостей особистості. Крім того, цей підхід являє собою перспективний напрямок розвитку системи психологічної допомоги військовим в умовах сучасних викликів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Aarethun, V., Sandal, G. M., Guribye, E., Markova, V., & Bye, H. H. (2021). Explanatory models and help-seeking for symptoms of PTSD and depression among Syrian refugees. *Social Science & Medicine*, 277, 113889. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113889>
2. Adler, A. (2020). *Understanding Human Nature: The psychology of personality* – New Delhi: General Press, 316 p.
3. Cernvall, M., Sveen, J., Bergh Johannesson, K., & Arnberg, F. (2018). A pilot study of user satisfaction and perceived helpfulness of the Swedish version of the mobile app PTSD Coach. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(sup1), 1472990. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1472990>
4. Garbarino, J. & Kostelny, K. (1996). The effects of political violence on Palestinian children's behaviour problems: a risk accumulation model. *Child Development*, 67, 33-45.
5. Hirsch, T.L., Lazar, A. (2012). Experiencing Processes of Growth: Coping and PTG among Mothers Who Were Exposed to Rocket Attacks. *Traumatology*, 18 (2), pp. 50–60.
6. Kim, J., Elsamahi, M., Humphrey, A., Kadasi, A., & Maxwell, D. (2022). *Sharing to Survive: Investigating the Role of Social Networks During Yemen's Humanitarian Crisis*. Washington, DC: Resilience Evaluation, Analysis and Learning (REAL) Associate Award.
7. Luo, J., Zamar, D. S., Ogwang, M. D., Muyinda, H., Malamba, S. S., Katamba, A., Jongbloed, K., Schechter, M. T., Sewankambo, N. K., & Spittal, P. M. (2022). Congo Lyec (Healing the Elephant): Probable post-traumatic stress disorder (PTSD) and depression in Northern Uganda five years after a violent conflict. *Journal of Migration and Health*, 100125. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100125>
8. Miner, A., Kuhn, E., Hoffman, J. E., Owen, J. E., Ruzek, J. I., & Taylor, C. B. (2016). Feasibility, acceptability, and potential efficacy of the PTSD Coach app: A pilot randomized controlled trial with community trauma survivors.

Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 8(3), 384–392.
<https://doi.org/10.1037/tra0000092>

9. Possemato, K., Kuhn, E., Johnson, E., Hoffman, J. E., Owen, J. E., Kanuri, N., De Stefano, L., & Brooks, E. (2016). Using PTSD Coach in primary care with and without clinician support: a pilot randomized controlled trial. *General Hospital Psychiatry*, 38, 94–98. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.09.005>

10. Prevalence of depression, anxiety and post-traumatic stress in war and conflict-afflicted areas: A meta-analysis. *Front. Psychiatry*, 16 September 2022 Sec. Public Mental Health

11. Reger, G. M., Skopp, N. A., Edwards-Stewart, A., & Lemus, E. L. (2015). Comparison of Prolonged Exposure (PE) Coach to Treatment as Usual: A Case Series With Two Active Duty Soldiers. *Military Psychology*, 27(5), 287–296. <https://doi.org/10.1037/mil0000083>

12. Saxon, L., Makhashvili, N., Chikovani, I., Seguin, M., McKee, M., Patel, V., and Roberts, B. 2017. Coping strategies and mental health outcomes of conflict-affected persons in the Republic of Georgia. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 26 (3) , pp. 276-286.

13. Somer, E. et al. (2010). Patients with Multiple Sclerosis in a War Zone: Coping Strategies Associated with Reduced Risk for Relapse. *Multiple Sclerosis*, 16 (4), pp. 463–471.

14. Березін, Ф. Б. (1988). Психічна та психофізіологічна адаптація людини. Львів: Наука. 270 с.

15. Блінов О.А. Особливості проведення психокорекції та психологічної психотерапії в умовах військової лікувальної установи.

16. Голдберг С. Когнітивна терапія, заснована на майндфулнес, у профілактиці депресії: систематичний огляд. *Європейський журнал клінічної психології*, 2019, 75(5), 585–601.

17. Голев, С.В., & Голева, О.С. (2017). Організаційна психологія (Психологія організацій): Курс лекцій. Херсон. 895 с.

18. Гофман С. Ефективність когнітивно-поведінкової терапії при тривожних і депресивних розладах. *Журнал клінічної психології*, 2012, 68(2), 98–120.
19. Іванова Т. Тривога як психологічний феномен. *Психологічний вісник*, 2020.
20. Іванченко О.В. Особливості травматичного досвіду військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. 2025.
21. Іванченко О.В. Особливості травматичного досвіду військовослужбовців, які брали участь у бойових діях. Київ, 2025.
22. Кайперс П. Метадані ефективності КПТ у лікуванні депресії: огляд рандомізованих досліджень. *Психотерапевтичні студії*, 2019, 14(3), 33–47.
23. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С. Особливості ступеню вияву у військовослужбовців діагностичних індикаторів ПТСР, зумовленого впливом екстремальних чинників бойової діяльності. Проблеми екстремальної та кризової психології: зб. наук. пр. 2016. Вип. 20. С. 84–93.
24. Кокур О.М., Агаєв Н.А., Пішко І.О., Лозінська Н.С., Остапчук В.В., Ткаченко В.В. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник. К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2016. 234 с.
25. Крайнюк В.М. Психологія стресостійкості особистості : монографія. К. : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
26. Кротюк К.А. Рівень психологічної тривожності у військовослужбовців, які перебувають в зоні ООС.
27. Крук І.М., Григус І.М. Сучасний погляд на психологічну реабілітацію військовослужбовців з посттравматичним стресовим розладом. *Rehabilitation Medicine*, 2023.
28. Кузняк, А.С. (2023). Психологічна корекція тривожності дорослих методами тілесно-орієнтованої терапії. Кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня бакалавр спеціальності 053 «Психологія». Національний авіаційний університет. Київ. 75 с.

29. Куфус М. Соматичне переживання як метод корекції посттравматичних станів: сучасний стан доказовості. *Психологічний огляд*, 2021, 7(2), 22–39.
30. Матюх Л. Соціально-психологічні основи корекції тривожності у жінок та шляхи їх подолання засобами когнітивно-поведінкової терапії. 2024.
31. Ополська А. Адаптація військового в цивільне життя: із чим доведеться стикнутися сім'ям військовослужбовців. 2023.
32. Осьодло В.І. Особистісні чинники подолання стресових ситуацій в особливих умовах. Проблеми екстремальної та кризової психології. 2013. Вип. 14. Ч. I. С. 243–253.
33. Осьодло В.І., Зубовський Д.С. Посттравматичне зростання особистості учасників бойових дій: сучасний стан та перспективи. *Український психологічний журнал :зб. наук. пр.* 2017. No 1 (3). С. 63–79.
34. Патруль М., Кузняк А. Психокорекція тривожності дорослих методами тілесно-орієнтованої терапії.
35. Петецька Л.А. Тривожність особистості як чинник виникнення депресії. 2024.
36. Равлів І.В. Вплив військових подій на психоемоційний стан учасників бойових дій. 2024.
37. Равлів І.В. Вплив військових подій на психоемоційний стан учасників бойових дій. Львів, 2024.
38. Ромашенко Ю.В. Психологічна корекція поведінки, що відхиляється, у військовослужбовців. 2024.
39. Самогубства в армії: Матіос заявляє, що Міноборони бреше. URL: <https://gk-press.if.ua/samogubstvav-armiyi-matios-zayavlyaye-shho-minoborony-breshe> (дата звернення: 8.09.2021)
40. Синишина В.М. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад. *Психологічний журнал*, 2021.
41. Синишина В.М. Вплив бойового досвіду на посттравматичний стресовий розлад у учасників АТО. Київ, 2021.

42. Сірко, Р. І. (2016). Методологічні підходи до психокорекції особистості під час професійної діяльності в екстремальних умовах. Вісник Національного університету оборони України. Вип. 3 (46).

43. Фесюк А.І. Рівень тривожності військовослужбовців в умовах бойових дій. 2023.

44. Хаустова О.О., Авраменко О.М. Стрес та тривога: психосоматичний підхід до терапії. 2023.

45. Хурі Б. Майндфулнес як засіб зниження стресу, тривоги та депресії: метааналіз. *Журнал когнітивної психотерапії*, 2015, 29(4), 351–363.

46. Шуневич Є.М. Динаміка психічного здоров'я військовослужбовців у період війни. 2024.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Програма короткострокових інтервенцій

Етап	Час	Зміст/Техніка
<p>ЗАНЯТТЯ 1. СТАБІЛІЗАЦІЯ ТА ПСИХОЕДУКАЦІЯ</p> <p>Мета: створити контакт, зменшити фізичну напругу, пояснити природу тривоги й депресії.</p>		
1. Контакт і діагностика	10 хвилин	Коротка бесіда: рівень напруги, сон, настроїв, апетит. Запис початкового рівня (GAD-7, PHQ-9).
2. Психоедукація “Тривога й депресія — що це?”	10 хвилин	Малюнок “трикутник КПТ” (думки–емоції–поведінка). Обговорення типових симптомів після бойового навантаження.
Техніка “Дихання 4-7-8”	10 хвилин	<p>Мета: швидко знизити фізіологічну активацію, стимулювати парасимпатичну відповідь.</p> <p>Час: 5 циклів</p> <p>Кроки для психолога:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Попросити клієнта сісти зручно, спину тримати прямо (можна спиратися), руки на колінах. ● Сказати коротко мету: «Це

		<p>просте дихання, яке знижує напругу в тілі».</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Пояснити техніку одним реченням: «Вдих — 4 секунди, затримка — 7сек., видих — 8 сек.». ● Демонструвати перший цикл, рахуючи вголос повільно: «Вдих — 1,2,3,4; затримка — 1...7; видих — 1...8». ● Провести 4–5 циклів разом. Звертати увагу на відчуття у животі й грудній клітці. ● Після завершення — обговорити: «Що ви відчули? Чи стало спокійніше?» <p>Скрипт (коротко): «Сідай зручно. Дивись на мене. Вдих через ніс на 4 рахунки... затримка—7... видих через рот — 8. Разом — починаємо».</p> <p>Поради / адаптації:</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> ● Якщо клієнту важко затримувати дихання 7 сек — зменшити пропорцію (наприклад 3-4-6) і поступово збільшувати. ● Використовувати цю техніку перед сном або при сильному стресі.
<p>4. Техніка “Заземлення 5-4-3-2-1”</p>	<p>10 хвилин</p>	<p>Мета: швидко повернути увагу до теперішнього моменту, знизити панічну реакцію.</p> <p>Кроки:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Пояснити мету: «Це проста вправа, щоб «приземлити» увагу тут і зараз». ● Інструктувати по секціях: <ul style="list-style-type: none"> ○ Назви 5 речей, які бачиш. ○ Назви 4 речі, які чуєш. ○ Назви 3 речі, які відчуваєш тілом

		<p>(наприклад контакт взуття з підлогою).</p> <ul style="list-style-type: none">○ Назви 2 запахи або 2, які можеш помітити (якщо немає — 2 дії, які можеш зробити).○ Назви 1 річ, яку можеш скуштувати або 1 приємну думку.● Керувати темпом — якщо клієнт збивається, підказуй приклади.● Після закінчення запитати: «Що спрацювало? Яка частина найбільш допомогла?» <p>Скрипт: «Поглянь навколо — назви п'ять речей, які бачиш... зараз — чотири звуки...»</p> <p>Поради: можна виконувати сидячи, стоячи чи в русі; корисно у загостренні тривоги або перед виконанням складного завдання.</p>
--	--	---

5. Домашнє завдання	5 хвилин	Практикувати дихання і заземлення двічі на день, фіксувати стан у щоденнику (ранок/вечір).
<p>ЗАНЯТТЯ 2. РОБОТА З ДУМКАМИ</p> <p>Мета: навчити розпізнавати негативні автоматичні думки й формувати реалістичні.</p>		
1. Обговорення практик	10хв.	Що змінилося після вправ на дихання / заземлення.
2. Міні-лекція “Думки — не факти”	10хв.	Приклади когнітивних помилок: катастрофізація, самозвинувачення, “усе або нічого”.
3. Техніка “Ситуація – Думка – Емоція – Реакція”	15хв.	Клієнт описує останню тривожну ситуацію. Разом визначаємо думку, емоцію, дію. Потім формуємо більш збалансовану думку.
4. Закріплення: “СТОП – СПОСТЕРЕЖ – ПЕРЕВІР”		<p>Мета: створити паузу між автоматичною думкою і реакцією; дати можливість перевірити факти.</p> <p>Кроки:</p> <p>1. Навчити аббревіатуру: СТОП = СТОПити → Спостерігати → Перевірити/Переоцінити.</p>

		<p>2. Вміння зупинитися: просити зробити глибокий вдих і одну паузу.</p> <p>3. <i>Спостереження</i>: запитати — «Які думки зараз? Що відчуваю в тілі? Які дієвість/поведінка я збираюся зробити?»</p> <p>4. <i>Перевірка</i>: допомогти перевірити думку: «Чи це факт або інтерпретація? Які є докази «за» і «проти?»»</p> <p>5. Сформулювати альтернативну, більш реалістичну думку і виберіть дію, яка базується на фактах.</p> <p>Скрипт для психолога: «Коли виникає напруга — зроби паузу. Скажи собі: ‘СТОП’. Подивись, що відбувається в думках і тілі. Запитай: чи це факт чи припущення?»</p> <p>Поради: вправу зручно відпрацьовувати на реальних</p>
--	--	---

		прикладах з щоденника.
5. Домашнє завдання	5хв.	Аналізувати 1–2 ситуації на день за схемою “Ситуація – Думка – Емоція – Реакція”.
<p>ЗАНЯТТЯ 3. ПОВЕДІНКОВА АКТИВАЦІЯ</p> <p>Мета: відновити інтерес, активність і відчуття контролю над життям.</p>		
1. Обговорення домашнього завдання	10хв.	Що помітив у думках і емоціях.
2. Психоедукація “Як дії впливають на настрої”		Цикл: апатія → пасивність → зниження настрою → ще більша апатія.
3. Техніка “План малих дій”		<p>Мета: Відновити відчуття контролю над життям. Зменшити апатію, безсилля, уникання.</p> <p>Проведення:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Пояснення сенсу. Депресія знижує активність → менше дій → ще гірший настрої. Маленькі кроки розривають це коло. 2. Визначення видів дій. Разом із клієнтом обираються: <ul style="list-style-type: none"> ○ обов’язкові (гігієна, сон, їжа); ○ приємні (музика, прогулянка);

		<ul style="list-style-type: none"> ○ соціальні (спілкування); ○ нові / розвиткові. <p>3. Вибір 2–3 простих дій, які реально виконати найближчим часом.</p> <p>4. Створення короткого плану (що, коли, настрої до/після).</p> <p>5. Аналіз результату на наступній сесії — підкреслення навіть мінімальних успіхів.</p>
4. Мотиваційна розмова	5 хв.	“Що тебе підтримує, коли складно?” — підкріплення внутрішніх ресурсів.
5. Домашнє завдання	5 хв.	Виконувати заплановані активності, оцінювати настрої “до” і “після”.
<p><i>ЗАНЯТТЯ 4. РЕГУЛЯЦІЯ ЕМОЦІЙ І СТРЕСУ</i></p> <p>Мета: навчити технік самозаспокоєння й усвідомленої присутності.</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ● Обговорення попереднього тижня 	10 хв.	<p>Розмова про виконання “плану малих дій”. Питання:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Що вдалося виконати найкраще? ● Які ситуації викликали напругу

Міні-лекція “Як тіло реагує на емоції”	10 хв.	Пояснення взаємозв’язку між тілом і психікою. Приклади: “Злість — напруга в плечах”, “Страх — здавлення у грудях”.
Техніка “Прогресивна м’язова релаксація”	10 хв.	Кроки: <ul style="list-style-type: none"> ● Попросити клієнта сісти або лягти зручно. ● Почергово напружувати й розслабляти групи м’язів (кисті, плечі, обличчя, живіт, ноги). ● Після кожної ділянки — коротко описати різницю між напругою і розслабленням. ● Завершити 2 глибокими диханнями.
Техніка “Майндфулнес 3×3”	10 хв.	Клієнт називає: <ol style="list-style-type: none"> 5. 3 речі, які бачить; 6. 3 звуки, які чує; 7. 3 тілесні відчуття. Це повертає фокус “тут і

		зараз”
Домашнє завдання	5 хв.	Практикувати релаксацію і “3×3” щодня
<p><i>ЗАНЯТТЯ 5. ПОДОЛАННЯ УНИКАННЯ</i></p> <p>Мета: навчити поступового зіткнення зі страхами, зменшити уникання, підвищити впевненість.</p>		
Техніка “Ієрархія тривоги”	30 хвилин	<ul style="list-style-type: none"> ● Клієнт записує 5–6 ситуацій, які викликають тривогу. ● Оцінює кожну за шкалою 0–10. ● Вибирає найменш тривожну (1–3) для першого кроку. ● Разом із психологом створює конкретний план дії (де, коли, як).
Обговорення стратегії самопідтримки	10 хвилин	Що допоможе під час “зіткнення”? (дихання, коротка пауза, заземлення).
Домашнє завдання	5 хвилин	Виконати один маленький крок з ієрархії, записати рівень тривоги

		до/після.						
<p>ЗАНЯТТЯ 6. ЗАКРІПЛЕННЯ І ПЛАН СТІЙКОСТІ</p> <p>Мета: інтегрувати навички, створити персональний план подолання тривоги у майбутньому.</p>								
Підсумок курсу	10 хвилин	<p>Питання для рефлексії:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Що допомогло найбільше? • Що змінилося у відчутті себе? 						
Техніка “План стійкості”	20 хвилин	<p>Формат 3 колонок:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Ознаки погіршення</th> <th>Що допомагає</th> <th>До кого звертаюся</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Безсоння, дратівливість</td> <td>Дихання 4-7-8, прогулянка, розмова</td> <td>Психолог, побратим, дружина</td> </tr> </tbody> </table> <p>Психолог допомагає скласти короткий “алгоритм дій при загостренні”.</p>	Ознаки погіршення	Що допомагає	До кого звертаюся	Безсоння, дратівливість	Дихання 4-7-8, прогулянка, розмова	Психолог, побратим, дружина
Ознаки погіршення	Що допомагає	До кого звертаюся						
Безсоння, дратівливість	Дихання 4-7-8, прогулянка, розмова	Психолог, побратим, дружина						

3. Техніка “Якір дихання”	10 хвилин	Попросити клієнта: 1. Уявити, що вдих — це сила, видих — відпускання напруги. 2. Виконати 5–6 циклів дихання у спокійному темпі.
4. Завершальне обговорення	10 хвилин	Обговорення змін, план підтримки (група, спорт, консультації).