

УДК 615.851.8:636.7:616.89-008.454.4:355.1

DOI <https://doi.org/10.32782/3041-1351/2026-1-10>**Кравченко Оксана Олексіївна**

доктор педагогічних наук, професор,
декан факультету соціальної та психологічної освіти,
Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини
okskravchenko@ukr.net

ORCID ID: 0000-0002-9732-6546

КАНІСТЕРАПІЯ У РОБОТІ З УЧАСНИКАМИ БОЙОВИХ ДІЙ З ПТСР

Вступ. Стаття присвячена проблемі посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у військовослужбовців і ветеранів, а також пошуку ефективних підходів до їх соціально-психологічної реабілітації. Узагальнено сучасні уявлення про клінічні прояви, чинники ризику та коморбідні стани при ПТСР, окреслено відмінності між ПТСР і гострим стресовим розладом. Особливу увагу приділено питанням діагностики, зокрема використанню валідованих інструментів – PC-PTSD-5, CAPS-5, PCL-5 та C-SSRS для оцінювання симптомів і суїцидального ризику. Показано, що наслідки травматичного досвіду істотно впливають на якість життя, соціальне та професійне функціонування ветеранів і членів їхніх родин, а труднощі реінтеграції можуть зберігатися протягом десятиліть після завершення бойових дій.

На основі аналізу зарубіжного досвіду США, Ізраїлю та Німеччини обґрунтовано доцільність запровадження інноваційних додаткових втручань, зокрема каністерапії та інших форм взаємодії людини і тварини як допоміжного засобу лікування ПТСР. Показано їх потенціал у зменшенні вираженості симптомів, зменшенні соціальної ізоляції, підтримці мотивації до лікування та подоланні стигматизації психотерапевтичної допомоги у військовому середовищі. Наголошено на необхідності формування системної культури турботи про психічне здоров'я військових, розвитку програм реінтеграції, підтримки родин та дітей війни.

Результати дослідження можуть бути використані під час розроблення комплексних реабілітаційних програм для військовослужбовців з ПТСР, удосконалення клінічних протоколів діагностики та психотерапевтичної допомоги, а також запровадження втручань за участю тварин у практику соціально-психологічної підтримки ветеранів.

Ключові слова: каністерапія, посттравматичний стресовий розлад, соціально-психологічна реабілітація, учасники бойових дій.

Kravchenko Oksana Oleksiivna

Doctor of Pedagogical Sciences, Professor,
Social Pedagogy and Social Work Department,
Pavlo Tychnya Uman State Pedagogical University

CANISTERAPY IN WORKING WITH COMBAT VETERANS WITH PTSD

Introduction. The article addresses the problem of post-traumatic stress disorder (PTSD) among military personnel and veterans, as well as the search for effective approaches to their social and psychological rehabilitation. Contemporary views on the clinical manifestations, risk factors and comorbid conditions of PTSD are summarized, and distinctions between PTSD and acute stress disorder are outlined. Particular attention is paid to diagnostic issues, including the use of validated instruments such as PC-PTSD-5, CAPS-5, PCL-5 and the C-SSRS to assess symptom severity and suicide risk. The long-term consequences of traumatic experiences are shown to significantly affect the quality of life, social and occupational functioning of veterans and their families, while reintegration difficulties may persist for decades after the end of combat.

Based on an analysis of international experience from the United States, Israel and Germany, the article substantiates the feasibility of implementing innovative adjunctive interventions, in particular canine-assisted therapy and other forms of human-animal interaction as supportive means in PTSD treatment. Their potential in reducing symptom severity, decreasing social isolation, enhancing motivation for treatment, and overcoming the stigma associated with psychological care in military settings is highlighted. The importance of developing a systemic culture of mental health care for service members, programs of reintegration, and support for families and children affected by war is emphasized.

The results of this study can be used in designing comprehensive rehabilitation programs for military personnel with PTSD, improving clinical diagnostic protocols and psychotherapeutic care, as well as in the implementation of animal-assisted interventions within the practice of social and psychological support for veterans.

Key words: canine-assisted therapy, post-traumatic stress disorder, social and psychological rehabilitation, combatants/veterans.

Вступ. Терапія за участю тварин привернула значну увагу у цивільній та військовій системах охорони здоров'я, а також у сфері соціально-психологічної реабілітації. Наявні наукові дані підтверджують її ефективність для різних груп населення з хронічними захворюваннями, інвалідністю, а також для поранених чи хворих військовослужбовців, мобілізованих осіб і ветеранів. Каністерапія розглядається

як складова програм формування життєвих навичок у межах ерготерапії та має довгострокову мету – підвищення успішності реінтеграції ветеранів із посттравматичним стресовим розладом. (ПТСР) [1].

Актуалізуються дослідження з пошуку шляхів покращення фізичного, так і психологічного здоров'я шляхом взаємодії людини та тварини, а також механізмів, за допомогою яких тварини можуть покращити



© Кравченко О. О., 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу (CC BY 4.0)

щити добробут та якість життя людей, зокрема ветеранів та демобілізованих осіб.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблема посттравматичного стресового розладу та можливостей його корекції засобами терапії за участю тварин активно досліджується сучасними вітчизняними та зарубіжними науковцями. У роботах J. A. O'Haire, M. G. Rodriguez, K. M. Spinazzola показано, що втручання, засновані на взаємодії людини і тварини, сприяють зниженню вираженості симптомів ПТСР, тривожності та депресії у ветеранів бойових дій. R. T. Yount, M. R. Olmert, S. Lee доводять позитивний вплив службових та терапевтичних собак на соціальне функціонування та якість життя військовослужбовців із ПТСР.

Окремі дослідження S. E. O'Haire, J. Guérin, A. Kirshner акцентують увагу на механізмах терапевтичної дії каністерапії, серед яких підвищення почуття безпеки, емоційна підтримка, стимуляція соціальної взаємодії та формування навичок саморегуляції. У роботах C. A. Stern, L. E. Hoffmann, B. Клоер показано, що взаємодія із собаками може супроводжуватися зниженням рівня фізіологічного стресу та нормалізацією показників нейроендокринної регуляції.

Проблематика ПТСР у військовослужбовців та ветеранів активно розробляється також у працях українських дослідників – Ю. Бريدніков, Т. Марченко, Є. Потапчук, О. Сафін, О. Столярик, Л. Тарасенко, які підкреслюють необхідність комплексної соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. Дослідження А. Войтовської, Н. Коляди, Н. Левченко, М. Міщенко, О. Сафіна, І. Чамлай та ін. свідчать про перспективність включення каністерапії до програм ерготерапії та психотерапевтичної підтримки осіб із ПТСР.

Незважаючи на наявні позитивні результати, більшість досліджень відзначають обмеженість доказової бази, невеликі вибірки та різноманітність методик. Це зумовлює потребу у подальших емпіричних дослідженнях ефективності каністерапії з використанням стандартизованих інструментів оцінювання та чітко визначених протоколів втручання.

Мета дослідження – охарактеризувати вплив каністерапії на процес соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом, а також визначити клінічні, соціальні та психологічні чинники прояву ПТСР і специфіку їх впливу на перебіг реабілітаційного процесу.

Виклад основного матеріалу дослідження. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) формується внаслідок переживання подій, пов'язаних із реальною або потенційною загрозою життю, тяжким тілесним ушкодженням чи сексуальним насильством. Для ПТСР характерний тривалий, а в окремих випадках пожиттєвий перебіг, що зумовлюється повторюваним або пролонгованим впливом травматичних чинників. Такий вплив спричиняє розвиток у постраждалої особи відчуття безпорадності, інтенсивного страху та жаху. У клінічній та психотерапев-

тичній практиках важливо враховувати, що клінічні прояви ПТСР істотно залежать від типу травматичної події та її часових характеристик: реакції на одноразову травматичну подію суттєво відрізняються від симптоматики, що виникає після хронічного або повторюваного впливу травми. Динаміка розладу також варіює залежно від вікового періоду, у якому відбулася травматична подія [11].

До основних клінічних ознак посттравматичного стресового розладу належать повторне переживання травматичної події, уникання стимулів, пов'язаних із травмою, а також стійке відчуття загрози. Для опису більш складних клінічних форм, що розвиваються внаслідок тривалої або повторної травматизації, у Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) виокремлено комплексний посттравматичний стресовий розлад. Цей стан характеризується тим, що поряд із базовими симптомами ПТСР спостерігаються хронічні порушення емоційної регуляції, стабільності ідентичності та міжособистісного функціонування [11].

Визначення ПТСР уперше з'явилося 1980 р. у третьому виданні Діагностичного і статистичного посібника із психічних розладів (DSM-III), де його класифікували як тривожний розлад, наголошуючи, що розвиток ПТСР відбувається після травматичної події, яка зазвичай виходить за межі звичного людського досвіду.

A. Ehlers та D. M. Clark (2000) уточнюють, що в межах когнітивних моделей тривоги є наслідком оцінювання загрози, що насувається, натомість ПТСР є розладом, суть якого – в пам'яті про подію, яка вже відбулася. Автори розв'язують цю дилему, пояснюючи, що ПТСР розвивається за умови, коли індивід обробляє травматичну подію та/або її наслідки так, що формується відчуття серйозної поточної загрози. Це супроводжується нав'язливими спогадами, повторними переживаннями події, симптомами збудження, тривожністю та іншими емоційними реакціями. На думку C. R. Figley (1985), наслідком травматичного досвіду є емоційний стан дискомфорту та стресу, спричинений спогадами про надзвичайну, катастрофічну подію, яка зруйнувала уявлення людини щодо власної невразливості перед небезпекою. Останніми десятиліттями посттравматичні реакції привертають значну увагу дослідників, особливо після визнання ПТСР окремою діагностичною категорією в DSM-III. Натепер більшість проведених у цій галузі досліджень зосереджені на психологічних наслідках війни або стихійних лих. Таким чином, саме інтенсивність події, а не особистісна вразливість визначає можливість розвитку у людини ПТСР [11].

Для фахівців (психологів, клінічних психологів, лікарів, соціальних працівників) особливо важливими є розуміння та своєчасне розпізнавання таких аспектів: визначення моменту, коли нормальна фізіологічна стресова реакція трансформується у посттравматичний стресовий розлад; усвідомлення чинників, що обумовлюють розвиток ПТСР після травматичної події; обґрунтований вибір стратегії

лікування або скерування пацієнта для отримання соціально-психологічної та спеціалізованої психіатричної допомоги [11].

Клінічна картина ПТСР представлено через мнемонічну формулу «TRAUMA» [11]:

T (Traumatic event) – травматична подія, під час якої особа пережила, стала свідком або дізналася про серйозне тілесне ушкодження (або його загрозу), загрозу смерті, сексуальне насильство (чи його загрозу), або багаторазово чи надзвичайно часто стикалася з травмувальними деталями таких подій.

R (Re-experiencing) – повторне переживання травматичної події (наявність одного чи більше симптомів), зокрема: нав'язливі спогади, повторювані тривожні сновидіння, дисоціативні реакції (наприклад, флешбеки), виражений психологічний дистрес або виразні фізіологічні реакції у відповідь на стимули, пов'язані з травмою.

A (Avoidance) – уникання (одного або обох типів): активні спроби уникати болісних спогадів, думок чи почуттів, пов'язаних із травмою, а також уникання зовнішніх нагадувань (видів діяльності, місць, людей, ситуацій), асоційованих із травматичним досвідом.

U (Unable to function) – симптоми зумовлюють значне порушення соціального, професійного або міжособистісного функціонування, унаслідок чого пацієнт істотно втрачає здатність до повсякденного функціонування.

M (Month / Mood) – клінічні прояви зберігаються понад один місяць і супроводжуються стійкими негативними змінами мислення та настрою, пов'язаними з травматичною подією.

A (Arousal) – виражене підвищення фізіологічного збудження та реактивності, пов'язане з травмою, що підтверджується наявністю двох або більше симптомів: дратівливості, спалахів гніву, ризикованої чи саморуйнівної поведінки, гіперпильності, підвищеної реакції переляку, труднощів концентрації уваги або розладів сну.

Посттравматичний стресовий розлад є одним із найпоширеніших психічних розладів: його річна поширеність становить близько 5 %, а поширеність протягом життя – приблизно 6 % населення. ПТСР удвічі частіше діагностується у жінок порівняно з чоловіками. Підвищені показники розладу спостерігаються серед осіб, які зазнали інтенсивного або повторного травматичного досвіду, зокрема серед військовослужбовців та працівників екстрених служб. Гострий стресовий розлад (ГСР) відрізняється від ПТСР насамперед тривалістю симптомів: при ГСР вони зберігаються від 3 днів до 1 місяця після впливу травматичної події, тоді як для ПТСР характерна їх персистенція понад один місяць [11].

Симптоми ПТСР визначаються за такими кластерами: нав'язливі повторювання переживання стресової ситуації (кошмари, неконтрольовані спогади, ефект «оживання досвіду»); уникання розмов, спогадів про травму (зусилля спрямовані на уникання думок про травму), а також уникання соціальних контактів; притуплення чутливості та негативні

зміни в когнітивних функціях (порушення пам'яті, обмежене переживання емоцій, «викривлений» світогляд); надмірна збудженість (ненормальна реакція на переляк). Зазвичай ПТСР характеризується апатією, втратою інтересу до діяльності, змінами сну та апетиту, втомою та, в деяких випадках, суїцидальними думками.

Для діагностики ПТСР потрібно враховувати досвід, який включає контакт зі смертю або загрозою смерті для себе чи інших, або порушення власної фізичної цілісності. Переживання події мало бути прямим та супроводжуватися почуттями жаху, страху та безпорадності, а також підвищеним збудженням та дисоціацією.

На основі наявних досліджень виявляються три різні моделі ПТСР: 1) тяжкі симптоми одразу після війни, що закінчуються одужанням; 2) хронічні симптоми, наявні до моменту огляду; 3) симптоми, що зникають і з'являються поперемінно.

Таку загальну класифікацію можна конкретизувати наступними характеристиками: систематичне відчуття виснаження, емоційної замкненості або оніміння; прагнення до соціальної ізоляції; дратівливість, неконтрольовані словесні сутички з іншими через дріб'язкові обставини, гіперактивність або панічні атаки, спалахи гніву, особливо в натовпі; прискорене серцебиття, відчуття жару; депресія, гнів, тривога, «тупотіння ногами»; пітливість, зміни дихання; безсоння, нічні кошмари та іноді насильницькі нічні жахи; гучні шуми та спека стають часто як тригери; проблеми з пам'яттю, труднощі з фокусуванням/концентрацією; аномія, мігрень, судоми та неконтрольований плач, негативна зміна настрою; стан постійного очікування загрози; негативні очікування щодо майбутнього та світу загалом, почуттям провини та самозвинуваченням.

Диференційна діагностика посттравматичного стресового розладу передбачає врахування низки психічних розладів, клінічні прояви яких можуть частково перетинатися з симптоматикою ПТСР. При розладах адаптації стресор може бути будь-якого типу та інтенсивності, а не лише таким, що відповідає критерію А для ПТСР. В окремих випадках симптоматика може відповідати критеріям іншого психічного розладу (наприклад, тривожного або депресивного), що виник на тлі значного стресу; у таких ситуаціях діагноз встановлюється на користь основного розладу, а не ПТСР. Гострий стресовий розлад відрізняється від ПТСР тривалістю симптомів, які обмежуються періодом від 3 днів до 1 місяця після травматичної події. Для тривожних розладів та обсесивно-компульсивного розладу характерними є виражені тривожні переживання, панічні атаки, уникання певних ситуацій, обсесії та компульсії, однак вони не завжди мають чіткий зв'язок з травматичною подією. Великий депресивний розлад може супроводжуватися пригніченням настрою, анедонією та порушенням сну, проте його симптоматика не охоплює ключових критеріїв ПТСР, зокрема повторного переживання травми або уникання травмувальних стимулів. Розлади особистості зазвичай формуються

в підлітковому віці або на початку дорослого життя, мають хронічний перебіг і не пов'язані безпосередньо з конкретною травматичною подією. Дисоціативні розлади можуть виникати після травматичної події, однак провідними в їхній клінічній картині є стійкі дисоціативні симптоми, тоді як характерні для ПТСР флешбеки та симптоми повторного переживання можуть бути відсутніми або не домінувати. При конверсійних розладах на перший план виходять соматичні симптоми, що не мають органічного підґрунтя та виникають у травматичному або стресогенному контексті, однак їх клінічна структура не відповідає діагностичним критеріям ПТСР. При неврологічних станах, зокрема черепно-мозковій травмі, можуть спостерігатися порушення пам'яті, концентрації уваги, зміни поведінки та емоцій, які іноді нагадують прояви ПТСР; проте вони зумовлені органічним ушкодженням мозку й потребують окремої діагностичної оцінки [11].

Декілька метааналізів визначили низку емпірично підтверджених факторів ризику розвитку посттравматичного стресового розладу, які традиційно поділяють на претравматичні, перитравматичні та посттравматичні [11]. Претравматичні фактори ризику існують до настання травматичної події та можуть впливати як на підвищення ризику ПТСР, так і на зниження стійкості до нього. До них належать чинники, що передували травмі та пов'язані з особливостями темпераменту (емоційні проблеми в ранньому дитинстві, наявність попередніх психічних розладів), середовищем (низький соціально-економічний статус, низький рівень освіти, попередній досвід травми чи життєвих негараздів, нижчий рівень інтелекту, належність до етнічних або расових меншин, обтяжений сімейний анамнез психічних розладів), а також генетичними та фізіологічними чинниками (зокрема жіноча стать і молодший вік на момент дії травматичного чинника серед дорослих). Перитравматичні чинники стосуються досвіду, що формується під час або безпосередньо після травматичної події, та охоплюють емоційні, когнітивні і фізіологічні реакції. До них належать також особливості травматичної ситуації та середовища: тяжкість травми, сприйняття загрози життю, міжособистісне насильство, наявність фізичних ушкоджень, які пов'язані зі зростанням ймовірності розвитку ПТСР. Для військовослужбовців додатковими факторами ризику є участь у насильницьких діях, свідчення звірств або безпосередня участь у позбавленні життя противника. Посттравматичні фактори ризику охоплюють чинники, які виникають після травматичної події, зокрема негативні переконання і судження, обмежені навички подолання стресу, повторювані травматичні нагадування, а також подальші несприятливі життєві події. Показано, що ймовірність розвитку ПТСР у ветеранів, військовослужбовців та цивільного населення є у 2–3 рази вищою після перенесеної легкої черепно-мозкової травми.

Такі порушення впливають на соціальну, професійну та інші сфери життєдіяльності. Водночас на процес реінтеграції ветеранів впливають психо-

логічні, соціальні та фізичні чинники, які не є безпосереднім наслідком бойових дій, але їх потрібно враховувати і розуміти їхнє значення через комплексність та взаємовплив на організм людини. Фізичні: черепно-мозкові травми, травми опорно-рухового апарату, ампутації кінцівок, травми спинного мозку, хронічний біль або захворювання, інфекційні захворювання, порушення зору або слуху, фізична втома. Соціальні та психологічні: депресія, зловживання психоактивними речовинами, насильницька поведінка, безпритульність, дезадаптація, когнітивні порушення тощо. При розробці реабілітаційних та терапевтичних програм такі обставини теж потрібно враховувати.

Разом з тим комплексний ПТСР призводить до перманентних змін у хімічних процесах мозку, постійного виникнення дисоціативних станів, порушення нейропатофізіологічних процесів, що впливають на мозок, кишечник, ендокринну та нейроендокринну системи, а також до змін у послідовності ДНК, що призводить до аутоімунних захворювань і фрагментації імунної системи, погіршення фізичного здоров'я, передчасної смерті та суїцидальних думок. Комплексний ПТСР може стати причиною схильності до ризикованої поведінки, і є пов'язаним з коморбідними психічними розладами та проблемами фізичного здоров'я, залежністю та самоушкодженням. Тому він потребує більш широкої оцінки та еkleктичного підходу до лікування з боку фахівців в галузі травми [5].

ПТСР може мати значні ускладнення, які торкаються багатьох сфер життя. Розлад пов'язаний не лише з підвищеним ризиком суїциду, а й з вираженим погіршенням міжособистісних стосунків, професійного функціонування та загальної якості життя. Це сприяє хронізації симптомів. Крім психічних наслідків, ПТСР асоціюється з підвищеним ризиком розвитку хронічних соматичних захворювань, зокрема серцево-судинних, метаболічної дисрегуляції та аутоімунних патологій [11].

Важливим моментом є забезпечення своєчасної діагностики та лікування ПТСР на ранніх стадіях розвитку захворювання, що дозволяє зменшити страждання пацієнтів і покращити їхнє психічне та фізичне здоров'я. Хоча ПТСР може мати довгострокові наслідки, належне лікування вже на ранніх стадіях його розвитку може допомогти запобігти або пом'якшити такі наслідки. За відсутності лікування ПТСР може стати хронічним і призвести до погіршення проблем із здоров'ям, зниження працездатності та якості життя. Не менш важливою є реабілітація, оскільки вона допомагає пацієнтам відновитися після лікування і підготуватися до повноцінного життя шляхом подолання наслідків травми і повернення до нормальної діяльності [5].

Враховуючи, що кількість військовослужбовців невпинно зростає, відповідно потреба соціально-психологічної підтримки буде збільшуватися. Наразі державними структурами та громадськими об'єднаннями здійснюється пошук і розробляються методики діагностики та підтримки психічного

здоров'я. Окреме питання – підтримка родин військовослужбовців, розробка програм адаптації до сімейного життя після повернення із зони бойових дій; програми підтримки поранених військових, підготовка дітей до того, щоб вони могли адекватно сприймати спотворених від вибуху батьків або батьків без кінцівки; особливої значущості набуває питання підтримки родин загиблих або безвісті пропавших.

Серед труднощів у військових зі станом здоров'я та психічного стану є черепно-мозкові травми, наслідки яких є часто схожими на ПТСР, у тому числі це може бути дратівливість, імпульсивність і стійкі зміни особистості. Самогубство має місце, і кількість випадків збільшується. Це – швидкий темп проведення військових операцій, почуття відчуженості після повернення додому, проблеми на службі або вдома, біль і втрата працездатності, алкоголь і легкий доступ до зброї.

Вивчення зарубіжного досвіду роботи з ветеранами засвідчує, що наслідки війни вдаються взнаки після 30, а то й 50 років. Після війни у В'єтнамі багато ветеранів закінчили своє життя на вулиці – безробітними, безхатченками, алко- чи наркозалежними.

Визначено валідовані інструменти оцінки для виявлення ПТСР. Посттравматичний стресовий розлад є клінічним діагнозом, а не станом, який можна підтвердити за допомогою методів візуалізації або шляхом оцінювання лабораторних чи фізіологічних показників. Для скринінгу ПТСР у закладах первинної медичної допомоги широко застосовується Шкала первинної діагностики ПТСР за DSM-5 (PC-PTSD-5), що являє собою п'ятипунктову анкету з високими показниками чутливості та специфічності. За шкалою PC-PTSD-5 оцінюються травматичні стресори (критерій А), а також основні симптоми ПТСР, зокрема повторне переживання травми, уникання, гіперпильність, емоційне заціпеніння, почуття провини або самозвинувачення. Результати дослідження великої вибірки пацієнтів рівня первинної медичної допомоги (зокрема у відділеннях для ветеранів) засвідчили, що порогове значення у 4 бали є оптимальним для чоловіків, проте для жінок воно асоціюється з підвищенням частоти хибнонегативних результатів. У зв'язку з цим для жінок може бути доцільним використання нижчого порогового значення [11].

У клінічній практиці для скринінгу та діагностики посттравматичного стресового розладу застосовується низка стандартизованих психодіагностичних інструментів [11].

Шкала первинної діагностики ПТСР за DSM-5 (PC-PTSD-5) є п'яти пунктовою скринінговою анкету, призначеною для виявлення осіб з імовірним ПТСР на рівні первинної медичної допомоги; при позитивних результатах вона потребує подальшого уточнення діагнозу за допомогою структурованого інтерв'ю або опитувальників самооцінки.

Структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5 вважається «золотим стандартом» діагностики ПТСР;

воно дозволяє оцінити час початку симптомів, їхню тривалість, рівень суб'єктивного дистресу, а також вплив розладу на соціальне та професійне функціонування.

Опитувальник PCL-5 є 20-пунктовою стандартизованою шкалою самооцінки симптомів, побудованою відповідно до критеріїв DSM-5, і застосовується як для первинного виявлення осіб із підозрою на ПТСР, так і для моніторингу динаміки симптомів у процесі лікування.

Шкала Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) використовується для оцінки суїцидального ризику: вона містить низку запитань, що дають змогу встановити наявність суїцидальних думок і намірів, оцінити ступінь їх небезпеки та визначити подальшу тактику ведення пацієнта.

Для встановлення точного діагнозу посттравматичного стресового розладу позитивні результати скринінгу за шкалою PC-PTSD-5 потребують подальшого клінічного оцінювання, бажано із застосуванням валідованих структурованих інтерв'ю, які проводяться лікарем-фахівцем. З цієї метою рекомендовано використовувати клініцистом оцінювану шкалу ПТСР за DSM-5 (CAPS-5). Для моніторингу динаміки тяжкості симптомів ПТСР доцільно застосовувати такі інструменти, як шкала самооцінювання симптомів ПТСР (PCL-5) або структуроване клінічне інтерв'ю CAPS-5. Шкала PCL-5 забезпечує стандартизований діагностичний огляд симптоматики та широко використовується як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях.

За даними Американської психологічної асоціації, приблизно половина пацієнтів одужує після проходження 15–20 сеансів травмофокусованої психотерапії. У разі наявності коморбідних розладів рекомендовано триваліший курс лікування. Темп, інтенсивність та тип психотерапії, орієнтованої на травму (зокрема когнітивно-поведінкова терапія, травмофокусована експозиційна терапія або терапія десенсибілізації та репроцесуалізації рухами очей – EMDR), можуть суттєво відрізнятися та визначаються клінічною симптоматикою пацієнта, його уподобаннями, а також стабільністю життєвих обставин [11].

Важливо накопичувати широкий спектр методик і технологій комплексної підтримки військових, формування культури нормального ставлення до потреби звернутися до лікаря чи психолога, як навчитися швидко відновлювати фізичні та душевні сили; з надання медичної допомоги у районі бойових дій; з відновлення після фізичної або емоційної травми, отриманої під час бою; з повернення солдатів до їхніх родин і реінтеграції; про дітей війни і родини, що опинилися в зоні бойових зіткнень тощо.

Серед різновидів реабілітаційних програм розглядаємо каністерапію як ефективний метод соціально-психологічної реабілітації. Дослідження впливу взаємодії між людьми та тваринами загалом та втручаннями за участю тварин забезпечує обґрунтування для використання взаємодії людини з тваринами як підтримки терапії травм у солдатів з ПТСР.

Враховуючи, що звернення за лікуванням часто стигматизується як ознака слабкості у військовій культурі, і ветерани часто можуть заперечувати наслідки свого травматичного досвіду, намагаючись уникнути цієї негативної стигми. Одним із нових додаткових втручань для лікування ПТСР є собака, спеціально навчена для допомоги у пом'якшенні симптомів ПТСР у ветерана, при цьому потенційно несе меншу стигму, ніж традиційне втручання.

Ці результати були підтвержені в дослідженні Сейєра та ін., яке виявило, що до 50% ветеранів відчувають труднощі з реінтеграцією до цивільного життя через різноманітні проблеми у стосунках та працевлаштуванні. Під час перехідного періоду після дійсної служби ветерани часто відчувають менше соціальної підтримки та посилюють соціальну ізоляцію, що може загострити проблеми з психічним або фізичним здоров'ям. Ветерани також відчували «втрату ідентичності» після звільнення з армії та повідомляли про труднощі з «вписуванням» у цивільне життя, що свідчить про те, що втрата ідентичності є центральною перешкодою для успішної реінтеграції цивільного населення.

Вирішення цих проблем для кращої підтримки психічного здоров'я ветеранів та успішної реінтеграції вимагає інноваційних втручань. Втручання за допомогою тварин є одним із таких підходів. Такий підхід визначають як втручання, які «навмисно включають або інтегрують тварин у охорону здоров'я, освіту та гуманітарні послуги (наприклад, соціальну роботу)». Замість того, щоб бути окремим методом лікування, людино-тваринна здебільшого використовуються як доповнення до більш традиційних форм терапії, лікування або навчання з метою покращення здоров'я та результатів навчання.

На основі вивчення зарубіжного досвіду США, Ізраїлю та Німеччини виокремлено ефективний вплив комунікації ветеранів та собак з терапевтичною метою, який може бути корисним у використанні в українських реаліях.

Серед задокументованих ефектів такої комунікації визначено: пом'якшення панічних атак та значне зменшення їхньої частоти з кількох разів на тиждень до початку використання каністерапії до їхньої відсутності після завершення реабілітаційної програми, покращення сну [7]; ветерани різного віку, з клінічними розладами та без них, спілкуються все більш позитивно, вербально та невербально, у присутності дружніх тварин; спостерігається підвищення концентрації та мотивації людини до виконання різних завдань; зменшення депресії, гніву, тривоги, агресії та сприяння позитивному настрою та відчуттю спокою, особливо до та під час стресових ситуацій; позитивний вплив на профілактику зловживання алкоголем; підвищувалася якість життя, зменшувалася депресія та спостерігалася краще соціальне функціонування.

Поряд із зниженням психологічного стресу також ефективність відображається у фізіологічних ефектах: пом'якшує стресові реакції людини, гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи, а також

вегетативної нервової системи; позитивно впливає на рівень кортизолу та серцево-судинні параметри (частота серцевих скорочень та кров'яний тиск), підвищення рівня гормону окситоцину та нейромедіатора дофаміну, реакції пробудження кортизолу, що інтерпретується як ознака кращого здоров'я та благополуччя [2].

Дослідження, що розглядають когнітивні функції та поведінку людини з гормональної точки зору, визначили гормон окситоцин як модератор соціальної прив'язаності, довіри, емоцій, розпізнавання та співпраці.

Окситоцин відіграє значну роль у регулюванні складної соціальної поведінки. Щоб ініціювати та підтримувати міжособистісні стосунки, людина повинна вміти розрізняти, що людина заслуговує на довіру, що вона буде в безпеці у своїй взаємодії з цією людиною. Це покращення може підвищити довіру до інших, сприяти прив'язаності та покращенню соціальних стосунків. Ці результати підтверджують використання окситоцину в лікуванні соціальної дисфункції, що виявляється у людей з посттравматичним стресовим розладом. Короткочасна взаємодія між собакою та її власником пов'язана зі значним підвищенням рівня окситоцину. Було виявлено, що цей рівень майже подвоюється як у компаньйона, так і у її власника після позитивно проведеного часу разом. Ці результати свідчать про те, що собака підвищує рівень окситоцину у ветерана, що може покращити соціальну взаємодію та допомогти у розвитку безпечного стилю прив'язаності.

Соціальна підтримка безпосередньо корелює із симптомами ПТСР. Ті, хто має соціальну підтримку, демонструють менше симптомів ПТСР та меншу тяжкість симптомів ПТСР. На соціальну підтримку негативно впливають гнів, емоційне оніміння та унікаюча прив'язаність. Все це можна вирішити шляхом дресирування собаки, що також може розглядатися як прийнятна форма лікування з мінімальною стигмою, яка зазвичай пов'язана з лікуванням психічного здоров'я. Собаки забезпечують безумовне позитивне ставлення, адже терапія за допомогою тварин сприяє збільшенню соціальної взаємодії, збільшенню вербалізації та покращенню здатності формувати людські стосунки [6].

Відтак ветерани, які працювали разом із собаками, повідомляють не лише про значне покращення симптомів посттравматичного стресового розладу, але й про покращення вторинних наслідків, таких як депресія, тривога та якість життя. Собаки діють як соціальні каталізатори, не лише покращуючи соціалізацію з широкою громадськістю, але й поглиблюючи міжособистісні стосунки в сім'ях. Собаки також допомагають зменшити соціальну ізоляцію ветеранів, підвищуючи їхню участь у соціальних зустрічах та сімейних заходах. Така підвищена залученість сприяє міцнішій взаємодії та зв'язкам у сім'ї, суттєво збагачуючи сімейну динаміку.

Сфера особистої сили охоплює різні прояви, включаючи посилене відчуття самостійності, підвищене відчуття сили та впевненості, а також транс-

формоване сприйняття себе як переможця, а не жертви. Наявність собаки у терапевтичних заходах значною мірою сприяє цим аспектам, підвищуючи впевненість в собі ветеранів та їхню особисту безпеку. Багато ветеранів розглядають свою собаку як «бойового товариша», подібного до товариша з військової служби, який забезпечує непохитну підтримку та завжди підтримує їх, що посилює їхнє відчуття безпеки та впевненості в собі.

Крім того, було доведено, що собаки зменшують залежність ветеранів від ліків для лікування психічних та фізичних розладів, що ще більше сприяє відчуттю особистої сили та автономії. Собаки зміцнюють емоційну стійкість, дозволяючи ветеранам впевнено долати щоденні труднощі та вважати себе здібними та сильними.

Аналогічно, під час гіперзбудження, викликаного ПТСР, заспокійлива присутність собаки може сприяти емоційному заземленню, дозволяючи ветеранам обробляти та розмірковувати над ширшими екзистенційними питаннями, тим самим сприяючи духовному дослідженню та зростанню. Крім того, боротьба з моральною травмою, що характеризується почуттями провини, сорому та викликом прощення, полегшується завдяки безумовній, неупередженій любові, яку надає собака [3].

Для вивчення думки ветеранів та військово-службовців, які перебувають у військовому шпиталі (м. Київ) на реабілітації, було проведено анонімне опитування протягом липня 2025 року. Опитування стосується ставлення пацієнтів до собак під час реабілітаційного процесу. Участь в опитуванні взяли 30 осіб.

На запитання «Чи любите Ви тварин?» – усі відповіді є позитивними. У більшості усі мали домашнього улюбленця. Заслуговує на увагу, що 100 % опитаних зазначили, що позитивно ставляться до ідеї участі собак у процесі лікування (реабілітації) в шпиталі. На запитання «Чи хотіли б виховувати собак під час перебування у шпиталі», то 90 % – відповіді «так», 10 % – відповідали «залежно від стану здоров'я». Усі відповіді засвідчують, що ніхто не має страху перебування із собаками.

Наступна анкета було використана з тими ж респондентами після проведення сеансів каністерапії в умовах шпиталю.

Було запропоновано обрати варіант відповіді, який характеризує стан настрою пацієнта до заняття

з собакою. Усі відповіді були з позначкою «нейтральний». Аналогічно на запитання «Ваш настрій після проведення заняття» – усі респонденти обрали «Покращився».

Пропонувалося оцінити за 5-ти бальною системою процес спілкування з собакою – усі відповіді оцінено на «5», співпраця з психологом – «5», оцінка кінетотерапії (рухової активності) – «5».

Аналіз наукових праць, які узагальнюють результати експериментальних досліджень щодо лікування ПТСР у ветеранів, дозволяють встановити, що каністерапія є ефективним методом соціально-психологічної реабілітації, а також додатковим методом терапії у закладі охорони здоров'я. Каністерапія пом'якшує тяжкість симптомів ПТСР та покращує психофізіологічний стан військовослужбовців та ветеранів [4].

Висновки і перспективи подальших досліджень. Проведений теоретичний аналіз дослідження підтверджує, що каністерапія є ефективним компонентом системи соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій із посттравматичним стресовим розладом. Взаємодія з терапевтичними собаками сприяє зменшенню вираженості симптомів ПТСР, покращенню емоційного стану, підвищенню мотивації до лікування, активізації соціальної взаємодії та формуванню навичок саморегуляції. Виявлено позитивний вплив каністерапії на якість сну, рівень тривожності, показники настрою та загальне суб'єктивне самопочуття ветеранів.

Отримані результати свідчать, що каністерапія може розглядатися як допоміжний метод у комплексних реабілітаційних програмах поряд із психотерапевтичними та медичними втручаннями. Її застосування є особливо важливим в умовах стигматизації звернення по психологічну допомогу серед військовослужбовців та ветеранів, оскільки втручання за участю тварин сприймаються як природніші та менш загрозливі.

Перспективними напрямками подальших досліджень є: розроблення стандартизованих програм каністерапії для осіб із ПТСР різного ступеня тяжкості; вивчення довготривалих ефектів каністерапії та її впливу на стійкість ремісії; порівняльний аналіз ефективності каністерапії у поєднанні з різними видами психотерапії; дослідження впливу каністерапії на членів сімей військовослужбовців і ветеранів; удосконалення методичних підходів до підготовки фахівців і тренування терапевтичних собак.

Список літератури:

1. Beck C. E., Gonzales F. Jr., Sells C. H., et al. The effects of animal assisted therapy on wounded warriors in an occupational therapy life skills program. *US Army Medical Department Journal*. 2012. P. 38–45.
2. Beetz A., Schöfmann I., Girgensohn R., Braas R., Ernst C. Positive effects of a short-term dog-assisted intervention for soldiers with post-traumatic stress disorder – a pilot study. *Sec. Veterinary Humanities and Social Sciences*. Volume 6 – 2019 | <https://doi.org/10.3389/fvets.2019.00170>
3. Knight M. P. Service dogs: A catalyst for post-traumatic growth among military veterans with PTSD. *People and Animals: The International Journal of Research and Practice*. 2024. Vol. 7, Iss. 1. Article 13. URL: <https://docs.lib.purdue.edu/paj/vol7/iss1/13>
4. Leighton S. C., Rodriguez K. E., Jensen C. L., MacLean E. L., Davis L. W., Ashbeck E. L., Bedrick E. J., O'Haire M. E. Service dogs for veterans and military members with post-traumatic stress disorder: A nonrandomized controlled trial. *JAMA Netw Open*. 2024 Jun 3;7(6):e2414686. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.14686>.

5. SCARS ON THEIR SOULS: PTSD and veterans of Ukraine = Шрами на їх душах: ПТСР і ветерани України. Матеріали доповіді на 3-му саміті перших леді і джентльменів «Ментальне здоров'я: крихкість і стійкість майбутнього», 06.09.2023 р.
6. Scotland-Coogan D. Relationships, socialization and combat veterans: The impact of receiving and training a service dog. *The Qualitative Report*. 2019. Vol. 24, No. 8. P. 1897–1914. DOI: <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2019.3590>.
7. Shiroff J. J., Gray K., Santulli G. M., DiDonato S., Kelly P. J., O'Rourke Fulford J. A qualitative exploration of the use of service dogs in veterans with post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury. *Psychiatr Res Clin Pract*. 2022 Dec 21;5(2):40-50. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20220029>
8. Коляда Н., Кравченко О., Левченко Н., Коляда Н. Каністерапія як метод соціально-психологічної реабілітації учасників бойових дій. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2025. Вип. 2 (15). С. 24–30. DOI: [https://doi.org/10.31499/2618-0715.2\(15\).2025.343347](https://doi.org/10.31499/2618-0715.2(15).2025.343347)
9. Коляда Н., Кравченко О., Левченко Н., Коляда Н. Посттравматичний стресовий розлад як предмет наукових досліджень. *Соціальна робота та психологія: освіта та наука*. 2025. № 2. С. 22–26. DOI: <https://doi.org/10.32782/3041-1351/2025-2-4>
10. Кравченко О., Сафін О., Мась Н. Професійні вимоги до фахівця з каністерапії за рубежом. *Педагогічна наука і освіта XXI століття*. 2025. № 5. DOI: <https://doi.org/10.35619/pse.vi5.135>
11. Савельєва-Кулик Н. Посттравматичний стресовий розлад у практиці лікаря первинної ланки. *NeuroNews. Психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2025. № 10 (165). С. 18–25.

References:

1. Beck, C. E., Gonzales, F., Jr., Sells, C. H., et al. (2012). The effects of animal assisted therapy on wounded warriors in an occupational therapy life skills program. *US Army Medical Department Journal*, 38–45.
2. Beetz, A., Schöfmann, I., Girgensohn, R., Braas, R., & Ernst, C. (2019). Positive effects of a short-term dog-assisted intervention for soldiers with post-traumatic stress disorder – a pilot study. *Frontiers in Veterinary Science*, 6, Article 170. <https://doi.org/10.3389/fvets.2019.00170>
3. Knight, M. P. (2024). Service dogs: A catalyst for post-traumatic growth among military veterans with PTSD. *People and Animals: The International Journal of Research and Practice*, 7(1), Article 13. <https://docs.lib.purdue.edu/paij/vol7/iss1/13>
4. Leighton, S. C., Rodriguez, K. E., Jensen, C. L., MacLean, E. L., Davis, L. W., Ashbeck, E. L., Bedrick, E. J., & O'Haire, M. E. (2024). Service dogs for veterans and military members with post-traumatic stress disorder: A nonrandomized controlled trial. *JAMA Network Open*, 7(6), Article e2414686. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.14686>
5. *Scars on their souls: PTSD and veterans of Ukraine* [Shramy na yikh dushakh: PTSD i veterany Ukrainy]. (2023, September 6). Materials of the report at the 3rd Summit of First Ladies and Gentlemen «Mental Health: Fragility and Resilience of the Future».
6. Scotland-Coogan, D. (2019). Relationships, socialization and combat veterans: The impact of receiving and training a service dog. *The Qualitative Report*, 24(8), 1897–1914. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2019.3590>
7. Shiroff, J. J., Gray, K., Santulli, G. M., DiDonato, S., Kelly, P. J., & O'Rourke Fulford, J. (2022). A qualitative exploration of the use of service dogs in veterans with post-traumatic stress disorder and traumatic brain injury. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, 5(2), 40–50. <https://doi.org/10.1176/appi.prcp.20220029>
8. Koliada, N., Kravchenko, O., Levchenko, N., & Koliada, N. (2025). Kanisterapiia yak metod sotsialno-psykholohichnoi rehabilitatsii uchasnykiv boiovykh dii [Canistherapy as a method of socio-psychological rehabilitation of combatants]. *Sotsialna robota ta sotsialna osvita*, (2(15)), 24–30. [https://doi.org/10.31499/2618-0715.2\(15\).2025.343347](https://doi.org/10.31499/2618-0715.2(15).2025.343347) [in Ukrainian]
9. Koliada, N., Kravchenko, O., Levchenko, N., & Koliada, N. (2025). Posttravmatychnyi stresovyi rozlad yak predmet naukovykh doslidzhen [Post-traumatic stress disorder as a subject of scientific research]. *Sotsialna robota ta psykholohiia: osvita ta nauka*, (2), 22–26. <https://doi.org/10.32782/3041-1351/2025-2-4> [in Ukrainian]
10. Kravchenko, O., Safin, O., & Mas, N. (2025). Profesiini vymohy do fakhivtsia z kanisterapii za rubezhem [Professional requirements for a canistherapy specialist abroad]. *Pedahohichna nauka i osvita XXI stolittia*, (5). <https://doi.org/10.35619/pse.vi5.135> [in Ukrainian]
11. Savelieva-Kulyk, N. (2025). Posttravmatychnyi stresovyi rozlad u praktytsi likaria pervynnoi lanky [Post-traumatic stress disorder in the practice of a primary care physician]. *NeuroNews. Psykhonevrolohiia ta neiropsykhiatriia*, (10(165)), 18–25. [in Ukrainian]

Дата першого надходження статті до видання: 05.03.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 02.04.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 21.05.2026