

УДК: 616.89-008.441-039.5-07-08:355.097.2

ДИНАМІКА ПРОЯВІВ СТРЕС-АСОЦІЙОВАНИХ РОЗЛАДІВ ТА ЇХ КЛІНІЧНА КОРЕКЦІЯ У ОСІБ, ЩО ЗАЙМАЮТЬСЯ ВОЛОНТЕРСЬКОЮ ДІЯЛЬНІСТЮ ПІД ЧАС ВІЙНИ

Сумарюк Б.М.

Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

Актуальність. Повномасштабне вторгнення росії в Україну призвело до значного зростання психоемоційного навантаження на населення, зокрема на волонтерів, які перебувають у стані тривалого стресу та регулярно стикаються з психотравмуючими подіями. Це суттєво підвищує ризик розвитку стрес-асоційованих психічних розладів.

Мета. Оцінка клінічної ефективності лікувально-психосоціальної програми у зниженні вираженості симптомів стрес-асоційованих розладів у волонтерів, залучених до діяльності в умовах війни.

Матеріали та методи. У межах загального дослідження було обстежено 288 волонтерів віком [18–60] років. Серед них сформовано клінічну вибірку осіб із невротичними та стрес-асоційованими психічними розладами (n=82). У цій статті представлено результати аналізу підгрупи респондентів із розладами рубрики F43. До аналітичної вибірки увійшли 25 осіб, яких залежно від виду втручання було розподілено на експериментальну групу (n=12), яка отримувала комплексну лікувально-психосоціальну програму, та контрольну групу (n=13), яка отримувала фармакотерапію. Діагностику проводили за допомогою клініко-психопатологічного методу та психодіагностичних інструментів: короткої скринінгової шкали посттравматичного стресового розладу, шкали оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу та шкали оцінки впливу травматичної події. Програма лікування поєднувала фармакотерапію та психологічну інтервенцію низької інтенсивності «Управління проблемами+». Ефективність лікування оцінювали за динамікою психометричних показників. Дослідження виконано в межах науково-дослідних робіт з номерами державної реєстрації 0120U101503 та 0125U001434.

Етика дослідження. Дослідження схвалене Комісією з біомедичної етики Буковинського державного медичного університету (протокол № 1 від 15.09.2022). Усі учасники підписали добровільну інформовану згоду.

Результати. В експериментальній групі виявлено статистично значуще зниження вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу за всіма шкалами, збережене протягом трьох місяців після завершення втручання. У контрольній групі, яка отримувала лише фармакотерапію, також спостерігалось покращення, однак воно було менш вираженим і менш стійким.

Висновки. Комплексна лікувально-психосоціальна програма продемонструвала високу клінічну ефективність і може бути рекомендована для інтеграції в систему допомоги волонтерам. Її застосування сприяє підвищенню психологічної стійкості та зниженню ризику загострення психопатологічної симптоматики.

Ключові слова: психіатрія, волонтери, психосоціальна підтримка, тривога, ПТСР, стрес.

Відповідальний автор: Сумарюк Б.М.

✉ 2, Театральна пл., м. Чернівці,
58002, Україна.

E-mail: sumariuk.bohdan.fpo19@bsmu.edu.ua

Corresponding author: Sumariuk B.M.

✉ 2 Teatralna sq., Chernivtsi,
58002, Ukraine.

E-mail: sumariuk.bohdan.fpo19@bsmu.edu.ua



Цитуйте українською: Сумарюк БМ.

Динаміка проявів стрес-асоційованих розладів та їх клінічна корекція у осіб, що займаються волонтерською діяльністю під час війни.

Експериментальна і клінічна медицина. 2025;94(4):8с. In press.

<https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.4.sbm>

Cite in English: Sumariuk BM.

Dynamics of the manifestations of stress-associated disorders and their clinical correction in individuals who engaged in volunteer activities during the war.

Experimental and Clinical Medicine. 2025;94(4):8p. In press.

<https://doi.org/10.35339/ekm.2025.94.4.sbm> [in Ukrainian].

Вступ

Повномасштабне вторгнення в Україну призвело до зростання психоемоційного навантаження на різні групи населення, зокрема на осіб, які займаються волонтерською діяльністю. Волонтери часто перебувають у стані тривалого стресу, стикаються з психотравмуючими подіями та екстремальними ситуаціями, що створює ризик розвитку розладів, пов'язаних зі стресом. У науковій літературі наголошується, що саме тривала дія стресових чинників та висока емоційна залученість є важливими предикторами формування психопатологічних змін психічного здоров'я [1].

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є психічним розладом, який може розвиватися після впливу травматичних подій. За даними досліджень, близько 8 % чоловіків та 20 % жінок, які пережили психотравму, мають клінічні прояви ПТСР [2].

Згідно з інформацією Міністерства охорони здоров'я України (МОЗУ), у 2023 році кількість пацієнтів із цим діагнозом зросла майже в чотири рази порівняно з 2021 р. Згідно з даними Електронної системи охорони здоров'я (ЕСОЗ), у 2021 році було зареєстровано 3 167 пацієнтів із ПТСР, у 2022 р. – 7 051, у 2023 році – 12 494, а лише за перші два місяці 2024 року кількість нових випадків досягла 3 292, що дорівнює показникам усього 2021 р. [3].

Станом на червень 2024 р. в ЕСОЗ зареєстровано 27 544 українці з діагнозом ПТСР, з яких 8 888 випадків вперше встановлені саме у 2024 р. [4].

За оцінками ВООЗ, близько 70,0 % людей у світі протягом життя переживають хоча б одну потенційно травматичну подію, проте лише у 5,6 % людей розвивається ПТСР.

Загалом 3,9 % населення світу стикаються з цим розладом у певний період життя [5].

Водночас серед людей, які живуть у зонах воєнних дій, рівень ПТСР більш ніж утричі вищий і становить 15,3 %, а після сексуального насильства цей показник зростає ще суттєвіше [6].

Попри значне поширення ПТСР та інших стрес-асоційованих психічних розладів, ефективні підходи до їх профілактики та корекції серед груп високого ризику, зокрема серед волонтерів, залишаються недостатньо вивченими. Сучасна психіатрія та клінічна психологія пропонують різноманітні психокорекційні методики, спрямовані на зниження інтенсивності симптомів і відновлення адаптивного функціонування, проте їхня результативність у специфічних умовах воєнного часу потребує подальшого дослідження. Це визначає актуальність даної роботи.

Метою дослідження була оцінка клінічної ефективності комплексної лікувально-психосоціальної програми у зниженні вираженості симптомів стрес-асоційованих психічних розладів у осіб, що займаються волонтерською діяльністю в умовах війни.

Матеріали та методи

У дослідженні взяли участь 288 волонтерів, залучених до надання гуманітарної допомоги під час російсько-української війни. У межах загального дослідження було сформовано клінічну вибірку волонтерів із невротичними та стрес-асоційованими психічними розладами (рубрика F40–F48 за МКХ-10), до якої увійшли 82 волонтери.

У цій статті представлено результати окремого аналізу підгрупи респондентів із розладами рубрики F43 («Реакції на тяжкий стрес та розлади адаптації»). До цієї

підгрупи увійшли 25 осіб, яких залежно від виду втручання розподілили на експериментальну та контрольну групи. Експериментальну групу (ЕГ, n=12) склали волонтери з невротичними та стрес-асоційованими психічними розладами, які проходили розроблену нами лікувально-психосоціальну програму корекції, що включала поєднання масштабованої психологічної інтервенції «Управління проблемами+» та антидепресантів групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну. Контрольну групу (КГ, n=13) склали волонтери з аналогічними розладами, які отримували фармакологічне лікування. Окремо було сформовано референтну групу (РГ, n=206) із волонтерів без ознак невротичних та стрес-асоційованих розладів.

Критеріями включення у загальне дослідження були: участь у волонтерській діяльності; вік від 18 до 60 років; наявність невротичного або стрес-асоційованого розладу відповідно до МКХ-10 (рубрика F40–F48 «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади»); надання інформованої згоди. У межах даної статті проаналізовано показники підгрупи респондентів із розладами рубрики F43 за МКХ-10, тому подальший статистичний аналіз проведено на вибірці з 25 осіб.

Критеріями виключення були: наявність діагностованого психічного розладу чи залежності від психоактивних речовин до моменту дослідження; статус діючого чи демобілізованого військовослужбовця; органічні ураження головного мозку; участь в інших наукових дослідженнях на момент відбору.

Для підтвердження діагнозів усі учасники проходили консультацію лікаря-психіатра на базі Центрів психічного здоров'я Комунального неприбуткового підприємства (КНП) «Міська поліклініка № 1», КНП «Міська поліклініка № 2» та КНП «Центральна міська клінічна лікарня» Чернівецької міської ради. Використовувався клініко-психопатологічний метод діагностики відповідно до критеріїв МКХ-10 та національного класифікатора НК 025:2021 «Класифікатор

хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я», що забезпечувало диференціальну діагностику та валідність відбору [7; 8].

У першій частині дослідження ми оцінили поширеність невротичних і стрес-асоційованих розладів серед волонтерів загалом [1]. Водночас у цій статті висвітлюється саме підгрупа F43 «Реакції на важкий стрес та розлади адаптації», до якої було віднесено 25 осіб (≈30,5 %) від загальної групи респондентів із встановленим діагнозом. Поділ між експериментальною та контрольною групами був збалансований за нозологічними формами, статтю та віком учасників, що забезпечувало коректність порівняння ефективності різних підходів до корекції.

Для оцінки психічного стану волонтерів застосовували три стандартизовані психодіагностичні інструменти: коротку скринінгову шкалу посттравматичного стресового розладу – для первинного виявлення ознак ПТСР; шкалу PCL-5 – для кількісної оцінки вираженості симптомів ПТСР; шкалу IES-R – для визначення інтенсивності переживання травматичних подій та їхнього впливу на психоемоційний стан.

Коротка скринінгова шкала посттравматичного стресового розладу (Primary Care Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Screen) – це самозаповнюваний інструмент для первинного виявлення ймовірності ПТСР. Шкала складається з 7 пунктів, кожен з яких відповідає одному з основних симптомів розладу. Відповіді оцінюються за бінарним принципом («так» або «ні»). Порогове значення становить 4 позитивні відповіді: результат менше 4 балів інтерпретується як відсутність клінічно значущих проявів, тоді як 4 і більше балів свідчать про позитивний результат скринінгу та високу ймовірність наявності ПТСР.

Шкала для оцінки симптомів посттравматичного стресового розладу (PTSD Checklist (PCL) for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) – стандартизований опитувальник самооцінки призначений для кількісного вимірювання вираженості симптомів ПТСР [9].

Він містить 20 пунктів, що відповідають діагностичним критеріям DSM-5. Кожен пункт оцінюється респондентом за 5-бальною шкалою Лайкерта від 0 («зовсім не турбувало») до 4 («надзвичайно сильно турбувало») залежно від інтенсивності симптому протягом останнього місяця. Загальний бал розраховується як сума відповідей на всі пункти (діапазон від 0 до 80). Вищий сумарний бал вказує на більшу вираженість симптомів ПТСР.

Шкала оцінки впливу травматичної події (англ. – Impact of Event Scale – Revised, IES-R) використовується для визначення інтенсивності суб'єктивного переживання травматичних подій та оцінки їхнього впливу на поточний психоемоційний стан. IES-R включає 22 пункти, які оцінюють три основні кластери симптомів травматичного стресу: інтрузії (нав'язливе переживання), уникнення та гіперактивація (підвищене збудження). Відповіді оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта від 0 («зовсім не турбувало») до 4 («надзвичайно сильно турбувало»). Мінімальний сумарний показник становить 0 балів, максимальний – 88 балів. Вищий бал свідчить про більш виражений дистрес та сильніший вплив травматичної події на життя респондента [10].

Для статистичної обробки отриманих результатів застосовували методи описової та інферентної статистики. Для опису якісних даних використовували абсолютні значення (n) та відносні величини (%). Кількісні показники з нормальним розподілом подавали у вигляді середнього значення (M) та стандартного відхилення (SD). У разі відхилення від нормального розподілу застосовували медіану (Me) та інтерквартильний розмах (IQR). Нормальність розподілу перевіряли за критерієм Шапіро–Уїлка. Для перевірки статистичних гіпотез використовували двосторонні критерії; статистично значущими вважали відмінності при рівні $p < 0,05$. Статистичний аналіз проводили з використанням електронних таблиць Google та онлайн-калькулятора Statistics Kingdom (США).

Результати

Оцінка за короткою шкалою скринінгу ПТСР

На початковому етапі дослідження було проведено скринінг симптомів посттравматичного стресового розладу серед усіх респондентів клінічної вибірки ($n=82$). Метою цього етапу було первинне виявлення ознак ПТСР та оцінка їх поширеності серед волонтерів із невротичними та стрес-асоційованими психічними розладами. На наступному етапі проводили клініко-психопатологічну оцінку відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, за результатами якої було виокремлено підгрупу респондентів із розладами рубрики F43 («Реакції на тяжкий стрес та розлади адаптації»), що налічувала 25 осіб. Саме ця підгрупа стала аналітичною вибіркою для подальшого дослідження ефективності лікувальних втручань. Залежно від виду втручання учасників цієї підгрупи було розподілено на експериментальну ($n=12$) та контрольну ($n=13$) групи.

На етапі первинного оцінювання встановлено, що менше чотирьох ознак ПТСР (що інтерпретується як відсутність клінічно значущих проявів розладу, тоді як наявність чотирьох і більше ознак свідчить про позитивний результат скринінгу) виявлено у 54 (65,9 %) осіб клінічної вибірки, що було достовірно нижчим ($p < 0,001$) порівняно з РГ – 206 (96,3 %) осіб. Слід зазначити, що наведені показники на цьому етапі стосуються всієї клінічної вибірки ($n=82$), тоді як комплексну лікувально-психосоціальну програму отримували лише учасники експериментальної групи підгрупи F43, а монофармакотерапію лише учасники контрольної групи цієї підгрупи.

Після проведеного лікування в підгрупі респондентів із діагностованими розладами рубрики F43 спостерігалася позитивна динаміка: збільшилася частка осіб із показником менше ніж чотири ознаки ПТСР, що свідчить про зниження вираженості симптомів розладу; цей ефект зберігався і через 3 місяці після завершення втручання. У порівнянні з первинним оцінюванням різниця була статистично значущою ($p=0,025$).

Водночас у частини респондентів, які отримували лише фармакологічне лікування, також відзначалася позитивна динаміка, однак вона була менш вираженою та не досягала статистичної значущості при повторному оцінюванні ($p=0,066$).

Отже, результати свідчать, що розроблена комплексна лікувально-психосоціальна програма сприяла більш вираженому зниженню проявів ПТСР у волонтерів ЕГ порівняно з традиційною фармакотерапією в КГ.

Оцінка за шкалою PCL-5

Оскільки шкали PCL-5 та IES-R призначені для кількісної оцінки вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу, подальший аналіз їхніх показників проводили серед учасників підгрупи F43, у яких за результатами короткої скринінгової шкали було виявлено клінічно значущі прояви ПТСР (≥ 4 симптоми). Такий підхід дозволяє оцінювати динаміку симптоматики саме у респондентів із наявними проявами розладу та уникнути статистичного викривлення результатів.

За результатами шкали PCL-5, яка відображає вираженість симптомів ПТСР у кількісному вимірі, виявлено суттєве зниження показників у пацієнтів обох груп втручання.

В ЕГ підвибірки F43 серед учасників із позитивним результатом скринінгу ПТСР (≥ 4 симптоми; $n=12$) медіанне значення суми балів на етапі первинного оцінювання становило 33 (21,75–43,75). Одразу після завершення лікувально-психосоціальної програми медіана достовірно знизилася до 16,5 (11,25–27,25), $p=0,002$; а через три місяці після втручання – ще більше, до 11,5 (9,25–24,0), $p=0,002$ порівняно з вихідним рівнем.

У КГ спостерігалася подібна тенденція. При первинному оцінюванні медіанне значення суми балів складало 23 (10,5–38,5). Одразу після курсу фармакотерапії медіана достовірно знизилася до 18 (8,5–31,0), $p=0,001$, а через три місяці до 15 (7,0–24,0), $p=0,002$, порівняно з початковим показником.

Таким чином, результати підтверджують ефективність обох програм корекції у зменшенні вираженості симптомів ПТСР, однак більш значиме й стійке зниження спостерігалось в ЕГ, де застосовувалася лікувально-психосоціальна програма.

Оцінка за шкалою впливу травматичної події

За результатами шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R) простежується виражене зниження показників як у ЕГ, так і в КГ, однак у пацієнтів ЕГ ці зміни були більш значимими.

В ЕГ підвибірки F43 серед учасників із клінічно значущими проявами ПТСР (≥ 4 симптоми; $n=12$) медіанне значення становило 37 (35,0–47,5). Після завершення комплексної лікувально-психосоціальної програми медіана достовірно знизилася до 21,5 (13,5–25,0), $p=0,002$, а через три місяці після втручання – ще більше, до 19,5 (12,5–22,75), $p=0,002$ порівняно з вихідним рівнем.

У КГ спостерігалася подібна динаміка. При первинному оцінюванні медіанне значення становило 35 (31,5–40,5). Одразу після курсу фармакотерапії медіана достовірно знизилася до 28,0 (27,5–32,0), $p=0,002$, а через три місяці — до 24,0 (23,5–29,5), $p=0,002$ відносно початкового показника.

Водночас слід відзначити, що вже після завершення програми лікування медіанне значення в ЕГ було достовірно нижчим за аналогічний показник у КГ ($p<0,001$), і ця різниця зберігалася через три місяці ($p=0,002$).

Таким чином, дані IES-R підтверджують вищу ефективність комплексної лікувально-психосоціальної програми у зниженні інтенсивності впливу травматичних подій порівняно з фармакотерапією.

Обговорення результатів

Отримані результати підтверджують значну поширеність стрес-асоційованих психічних розладів серед волонтерів, які працюють в умовах війни. У 30,5 % респондентів були виявлені клінічні прояви, що відповідали критеріям рубрики F43 за МКХ-10. Це співвідноситься з міжнародними даними,

які свідчать про значне зростання рівня ПТСР у популяціях, що перебувають у зоні воєнних дій.

Застосування комплексної лікувально-психосоціальної програми, яка передбачала втручання з медикаментозним лікуванням та психологічною інтервенцією низької інтенсивності «Управління проблемами+», в ЕГ забезпечило достовірне зменшення вираженості симптомів за шкалою скринінгу на ПТСР, а також значне зниження балів за шкалами PCL-5 та IES-R. Позитивна динаміка зберігалася і через три місяці після завершення програми, що вказує на стійкий терапевтичний ефект.

У КГ, де застосовувалося лише фармакологічне лікування, також відзначалося покращення, проте воно було менш вираженим і не досягало рівня ЕГ. Це відповідає сучасним даним, що вказують на більшу ефективність комплексних підходів у лікуванні стрес-асоційованих розладів порівняно з монотерапією.

Новизна проведеного дослідження полягає у вивченні клінічної ефективності психосоціальної програми саме серед волонтерів специфічної групи ризику, яка перебуває під тривалим впливом стресогенних факторів та має високий рівень емоційного виснаження.

Висновки

Серед волонтерів із діагностованими психічними розладами, які були включені до клінічної вибірки (n=82), у 25 осіб (30,5 %) виявлено розлади рубрики F43 за МКХ-10 (реакція на тяжкий стрес та розлади адаптації). Це свідчить про значну поширеність даної нозологічної форми серед волонтерів як групи підвищеного ризику. Застосування розробленої комплексної лікувально-психосоціальної програми продемонструвало

клінічну ефективність у зниженні вираженості симптомів стресових розладів, причому позитивна динаміка зберігалася протягом трьох місяців після завершення втручання. Фармакологічне лікування також сприяло покращенню стану, однак його ефективність була менш вираженою у порівнянні з комплексною лікувально-психосоціальною програмою. Отримані результати підтверджують доцільність інтеграції психосоціальних втручань у систему допомоги волонтерам, що може підвищити їхню психологічну стійкість і знизити ризик загострення психопатологічної симптоматики.

Перспективи подальших досліджень полягають у розширенні вибірки волонтерів, довгостроковому спостереженні за ефективністю психосоціальної програми та розробці комбінованих підходів, що поєднують психосоціальні та фармакологічні методи корекції стрес-асоційованих розладів.

Декларації

Конфлікт інтересів відсутній.

Автор надав згоду на публікацію статті на умовах ліцензії Creative Commons BY-NC-SA 4.0 International License та публічного договору з редакцією, на обробку та публікацію його персональних даних.

Автор рукопису заявляє, що під час проведення досліджень, підготовки та редагування цього рукопису він не використовував жодні інструменти чи сервіси генеративного штучного інтелекту (ШІ) для виконання завдань, перелічених у Таксономії делегування генеративного ШІ (Generative AI Delegation Taxonomy, GAIDeT, 2025). Усі етапи роботи (від розробки дослідницької концепції до фінального редагування) виконувалися автором особисто.

Література

1. Сумарюк БМ. Психічне здоров'я волонтерів у час війни: фактори розвитку невротичних і стрес-асоційованих розладів та можливості корекції за допомогою інтервенції «Управління проблемами плюс». [Здоров'я та освіта]. 2025;1:33-42. DOI: 10.32782/health-2025.1.5.

2. Що треба знати про посттравматичний стресовий розлад. МОЗ України. [Інтернет]. Доступно на: <https://moz.gov.ua/uk/scho-treba-znati-pro-posttravmatischnij-stresovij-rozlad> [доступ отримано 20 грудня 2025].
3. В ЕСОЗ протягом останніх двох років фіксується значне збільшення пацієнтів зі встановленим діагнозом ПТСР. Національна служба здоров'я України, 12 бер 2024. [Інтернет]. Доступно на: <https://nszu.gov.ua/news/v-esoz-protiagom-ostannix-dvoch-rokiv-fiksujetsia-zna> [доступ отримано 20 грудня 2025].
4. ПТСР лікується! До кого звернутися по допомогу? Міністерство охорони здоров'я України, 08 лип 2024. [Інтернет]. Доступно на: <https://moz.gov.ua/uk/ptsr-likuyetsya-do-kogo-zvernutisya-po-dopomogu> [доступ отримано 20 грудня 2025].
5. Post-traumatic stress disorder. World Health Organization, 27 May 2024. [Internet]. Available at: <https://surli.cc/razsza> [accessed 20 Dec 2025].
6. Червень – місяць обізнаності про посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, 12 чер 2024. [Інтернет]. Доступно на: <https://phc.org.ua/news/cherven-misyac-obiznanosti-pro-posttravmatischnij-stresoviy-rozlad-ptsr> [доступ отримано 20 грудня 2025].
7. World Health Organization. ICD-10 Version: 2019. Neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40–F48). World Health Organization. [Internet]. Available at: <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F40-F48> [accessed 20 Dec 2025].
8. Основні класифікатори медичної допомоги. Державний експертний центр Міністерства охорони здоров'я України. [Інтернет]. Доступно на: <https://www.dec.gov.ua/mtd/klasifikatory> [доступ отримано 20 грудня 2025].
9. Blevins CA, Weathers FW, Davis MT, Witte TK, Domino JL. Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5) [database record]. APA PsycTests. 2015. DOI: 10.1037/t51564-000.
10. Krupelnytska L, Yatsenko N, Keller V, Morozova-Larina O. The Impact of Event Scale-Revised (IES-R): Validation of the Ukrainian Version. *Compr Psychiatry*. 2025;139:152593. DOI: 10.1016/j.comppsy.2025.152593.

Sumariuk B.M.

DYNAMICS OF THE MANIFESTATIONS OF STRESS-ASSOCIATED DISORDERS AND THEIR CLINICAL CORRECTION IN INDIVIDUALS WHO ENGAGED IN VOLUNTEER ACTIVITIES DURING THE WAR

Background. Russia's full-scale invasion of Ukraine has led to a significant increase in the psycho-emotional burden on the population, particularly on volunteers who experience prolonged stress and regularly encounter traumatic events. This significantly increases the risk of developing stress-associated mental disorders.

Aim. To evaluate the clinical effectiveness of a therapeutic and psychosocial program in reducing the severity of symptoms of stress-associated disorders among volunteers involved in wartime activities.

Materials and Methods. Within the overall study, 288 volunteers aged [18–60] years were examined. Among them, a clinical sample of individuals with neurotic and stress-associated mental disorders was formed (n=82). This article presents the results of the analysis of a subgroup of respondents with disorders of the F43 category. The analytical sample included 25 individuals. Depending on the type of intervention, they were divided into an experimental group (n=12), which received a comprehensive therapeutic and psychosocial program, and a control group (n=13), which received pharmacotherapy. Diagnostics were performed using the clinical-psychopathological method and psychodiagnostic tools: the Primary Care Post-Traumatic

Stress Disorder (PTSD) Screen, PTSD Checklist (PCL) for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), Impact of Event Scale – Revised (IES-R) The treatment program combined pharmacotherapy and a low-intensity psychological intervention "Problem Management+". Treatment effectiveness was assessed by the dynamics of psychometric indicators. The study was conducted within the framework of research projects with state registration numbers 0120U101503 and 0125U001434.

Research Ethics. The study was approved by the Commission on Biomedical Ethics of Bukovinian State Medical University (Protocol No.1 of September 15, 2022). All participants signed voluntary informed consent.

Results. In the experimental group, a statistically significant reduction in the severity of post-traumatic stress disorder symptoms was found across all scales, which persisted for three months after the completion of the intervention. In the control group, which received only pharmacotherapy, improvement was also observed, however it was less pronounced and less stable.

Conclusions. The comprehensive therapeutic-psychosocial program demonstrated high clinical effectiveness and can be recommended for integration into the system of assistance to volunteers. Its implementation contributes to increased psychological resilience and reduction of the risk of exacerbation of psychopathological symptoms.

Keywords: *psychiatry, volunteers, psychosocial support, anxiety, post-traumatic stress disorder, stress.*

Надійшла 08.09.2025

Прийнята до опублікування 29.12.2025

Опублікована 31.12.2025

Відомості про авторів

Сумарюк Богдан Миколайович – аспірант кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С.М. Савенка Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці, Україна.

Поштова адреса: 2, Театральна пл., м. Чернівці, 58002, Україна.

E-mail: sumariuk.bohdan.fpo19@bsmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-1402-0040.