

МІНІСТЕРСТВО ВНУТРІШНІХ СПРАВ УКРАЇНИ
ОДЕСЬКИЙ ДЕРЖВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ВНУТРІШНІХ СПРАВ
Кафедра Психології та педагогіки

**ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД (ПТСР) У ОСІБ, ЯКІ
ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ**

Кваліфікаційна робота
студентки II курсу
заочної форми навчання
спеціальність 053 Психологія
Довжикова Діана Віталіївна

Науковий керівник
доцент кафедри психології та педагогіки ,
кандидат психологічних наук
Лазоренко Тетяна Миколаївна

Рецензент:

Кваліфікаційна робота допущена до захисту
“ ____ ” _____ 20__ р., протокол № ____
Завідувач кафедри психології та педагогіки
Канд. психологічних наук, доцент
_____ Бабчук О. Г.
(підпис)

ЗМІСТ

ВСТУП.....	2
РОЗДІЛ I. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ ..	6
1.1. Посттравматичний стресовий розлад як психологічний феномен: сутність, механізми виникнення та детермінанти.	6
1.2. Історія вивчення ПТСР: еволюція концепцій, діагностичні критерії та структура розладу.	10
1.3. Стратегії копінг-поведінки в стресових ситуаціях: теоретичні моделі, типи та їх взаємозв'язок з ПТСР.	16
1.4. Травматичні події як чинник розвитку ПТСР: класифікація, психологічні наслідки та особистісні фактори ризику.	21
Висновки до першого розділу.....	29
РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА СТРАТЕГІЙ ЙОГО ПОДОЛАННЯ	31
2.1. Обґрунтування методик дослідження психологічних чинників ПТСР.	31
2.2. Первинний аналіз проявів ПТСР, травматичних подій та стратегій копінг-поведінки у досліджуваній вибірці.	35
2.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між рівнями ПТСР, травматичними подіями та стратегіями копінг-поведінки.	42
Висновки до другого розділу.....	49
РОЗДІЛ III РОЗРОБКА ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ	52
1.1. Теоретичне обґрунтування психокорекційної програми: мета, завдання та принципи побудови.	52
1.2. Структура та зміст психокорекційних занять для осіб з ПТСР.	58
1.3. Очікувані результати та рекомендації щодо впровадження програми.	70
Висновки до третього розділу.....	76
ВИСНОВКИ.....	79
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. На сучасному етапі розвитку людства, що характеризується зростанням конфліктів, природних катастроф та інших травматичних подій, спостерігається поширення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) серед населення. Особливо актуальною ця проблема стала в умовах воєнних дій, де особи, які пережили травматичні події, стикаються з довготривалими психологічними наслідками.

Пандемія COVID-19 та повномасштабне вторгнення Росії в Україну у 2022 році загострили цю проблематику, спричинивши стрімке зростання симптомів ПТСР серед цивільного населення. Т. Каратзіас та співавтори встановили, що серед українських батьків, які проживають в Україні під час війни, поширеність ПТСР сягає 25,9%, а комплексного ПТСР (КПТСР) – 14,6% [35]. М. Бен-Езра та співавтори зафіксували рівень ПТСР на рівні 30,8% серед внутрішньо переміщених осіб та біженців з України [17]. Е. МакЕлрой та співавтори виявили, що через рік після початку вторгнення 14,4% дорослих українців мали ймовірний ПТСР, а 8,9% – КПТСР, з високим рівнем депресії (44,2%) та тривожності (23,1%) [39].

В Україні проблема ПТСР набуває особливої гостроти в умовах тривалого воєнного конфлікту. А. Куропов та співавтори підкреслюють, що пряма експозиція до бойових дій, таких як обстріли та окупація, значно підвищує ризик розвитку ПТСР, з високим рівнем тривоги та депресії серед цивільних [37]. О. Осокіна та співавтори зафіксували драматичне зростання стресу, тривожності та симптомів ПТСР серед українців через рік війни, з поширеністю стресу на рівні 26% [41].

О. Сердюк та співавтори виявили, що серед української молоді та молодих дорослих експозиція до травматичних подій, таких як втрата близьких чи свідчення насильства, збільшує ризик ПТСР у дозозалежний спосіб [46]. П. Полив'яна та співавтори зафіксували високий ризик депресії, тривожності та ПТСР серед молоді через насильство [42]. Т.Ю. Соченко та І.Л.

Моначин встановили високу поширеність ПТСР серед ветеранів, з акцентом на довготривалі наслідки для психічного здоров'я [10].

Л. Кіро та А. Урбанович акцентують увагу на динаміці якості життя осіб з ПТСР, демонструючи, що комплексне лікування може покращити показники, але без втручання розлад призводить до хронічного погіршення психічного здоров'я [36]. Р. Меллор та співавтори виявили поширеність КПТСР до 86% серед біженців з високою травматизацією [40]. Ф. Гаррі та Ф. Чеккі обґрунтували, що конфлікти призводять до стійких ефектів на психіку, незалежно від демографії [31].

О.С. Чабан та О.О. Хаустова у своїх працях обґрунтовують медико-психологічні наслідки дистресу війни, наголошуючи на необхідності врахування гендерних аспектів та соціальних факторів у діагностиці ПТСР [14]. І.О. Франкова, О.С. Чабан та О.В. Бурлака довели, що гендерні особливості стрес-асоційованих розладів посилюють вразливість до ПТСР серед військовослужбовців [13]. А.М. Горват аналізує механізми виникнення ПТСР в умовах війни, підкреслюючи роль індивідуальних факторів ризику та необхідність комплексної реабілітації [2]. Б.Л. Дем'яненко та В.М. Дем'яненко виявили соціально-стресові розлади як ключові детермінанти ПТСР у контексті національної безпеки України [3].

Особливу увагу привертає роль стратегій копінг-поведінки у подоланні ПТСР. Н. Ендлер та Дж. Паркер запропонували модель, де проблемно-орієнтований копінг сприяє адаптації, тоді як емоційно-орієнтований може посилювати симптоми [26]. А. Чудзіцька-Чупала та співавтори встановили, що українці демонструють вищі рівні депресії, тривожності та ПТСР порівняно з поляками та тайванцями, з акцентом на унікальний копінг [23]. Й. Байроу та співавтори підтвердили, що соціальна підтримка пом'якшує вплив постміграційних труднощів на ПТСР серед українських біженців [21].

Травматичні події як чинник розвитку ПТСР класифікуються за шкалою ЛЕС-5, де події на кшталт бойових дій чи втрати близьких є ключовими детермінантами.

Ю.В. Костюк досліджує теоретичні засади ПТСР у психологічній науці, акцентуючи на методологічних аспектах [5]. О.Л. Туриніна висвітлює психологію травмуючих ситуацій та їх наслідки [12]. В.О. Климчук аналізує психологію посттравматичного зростання як протипагу ПТСР [4].

Водночас існує потреба у вивченні взаємозв'язків між ПТСР, травматичними подіями та копінг-стратегіями. Недостатньо дослідженим залишається питання адаптивних конфігурацій копіngu в умовах хронічної травми. Актуальним є розроблення психокорекційних програм, що враховують індивідуальні особливості, для профілактики та подолання ПТСР.Р.

Мета дослідження – проаналізувати особливості посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у осіб, які пережили травматичні події, та розробити психокорекційну програму для його профілактики та подолання.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні засади посттравматичного стресового розладу, його сутність, історію вивчення, механізми виникнення, детермінанти та взаємозв'язок з травматичними подіями і стратегіями копінг-поведінки.
2. Емпірично дослідити психологічні чинники ПТСР у осіб, які пережили травматичні події, за допомогою обраних методик, включаючи обґрунтування, первинний і кореляційний аналіз.
3. Розробити психокорекційну програму для профілактики та подолання ПТСР, визначити її мету, завдання, структуру, зміст, очікувані результати та рекомендації щодо впровадження.

Об'єкт дослідження – психологічні процеси осіб, які пережили травматичні події.

Предмет дослідження – посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та стратегії його подолання у осіб, які пережили травматичні події.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз, синтез, систематизація наукової літератури); емпіричні (бесіда, психодіагностичні методики: шкала

самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-5), опитувальник травматичних подій LEC-5 («Перелік життєвих подій для DSM-5»), методика «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» (Ендлер – Паркер); статистичні (кореляційний аналіз, описова статистика).

Вибірка дослідження. У дослідженні взяли участь 52 особи віком від 19 до 64 років, які пережили травматичні події (включаючи воєнні дії, втрату близьких чи інші стресові ситуації), з яких 28 жінок та 24 чоловіки, переважно з регіонів України, що постраждали від конфлікту.

Практичне значення в розробленні психокорекційної програми для профілактики та подолання ПТСР, яка може бути впроваджена в психологічних службах, центрах реабілітації та освітніх закладах для підтримки осіб, які пережили травму, з метою підвищення їхньої адаптації та якості життя.

Структура роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. В роботі наведено: 2 таблиці, 5 рисунків, 56 використаних джерел. Загальний обсяг роботи 87 сторінок, основна частина роботи – 81 сторінки.

РОЗДІЛ І. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ (ПТСР) У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ ТРАВМАТИЧНІ ПОДІЇ

1.1. Посттравматичний стресовий розлад як психологічний феномен: сутність, механізми виникнення та детермінанти.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) є одним із найбільш вивчених психологічних феноменів сучасності, що виникає як реакція на травматичні події, які перевищують звичайні адаптаційні можливості людини. Важливо окреслити сутність ПТСР як комплексного розладу, що поєднує когнітивні, емоційні та фізіологічні компоненти, та проаналізувати його механізми виникнення через призму різних теоретичних підходів. Це дозволить зрозуміти детермінанти, які впливають на розвиток розладу, та закладе основу для подальшого розгляду історичного контексту вивчення ПТСР.

Для повного розуміння сутності ПТСР необхідно розглянути не тільки базові визначення, але й еволюцію уявлень про нього в психологічній науці, а також порівняти з подібними розладами, такими як гостра реакція на стрес чи комплексний ПТСР. Крім того, аналіз детермінантів має включати біологічні, психологічні та соціальні аспекти, з акцентом на сучасні дослідження в умовах воєнних конфліктів, що робить тему особливо актуальною для України. Розгляд цих елементів дозволить не тільки теоретично обґрунтувати феномен, але й висвітлити практичні імплікації для діагностики та інтервенцій.

Сутність ПТСР полягає в тому, що це хронічна реакція на травму, яка проявляється у повторному переживанні події, уникненні стимулів, пов'язаних з нею, негативних змінах у когніціях та гіперактивності. Як зазначає Б. ван дер Колк [51], ПТСР є не просто психічним розладом, а комплексним порушенням, де тіло «тримає рахунок» травми через соматичні прояви, такі як гіперактивність симпатичної нервової системи.

Аналогічно, О.С. Чабан та О.О. Хаустова [14] підкреслюють, що ПТСР є психогенним розладом, викликаним важкими стресорами, з акцентом на

гендерні аспекти: жінки частіше розвивають емоційні порушення, тоді як чоловіки – соматичні. Порівняльний аналіз з іншими розладами, такими як комплексний ПТСР, показує, що базовий ПТСР фокусується на одиночних травмах, тоді як комплексний, на хронічних [35]. Це підкреслює необхідність інтегративних підходів, де біологічні механізми поєднуються з психотерапевтичними.

Згідно з діагностичними критеріями DSM-5-TR [15] та ICD-11 [55], ПТСР характеризується чотирма основними кластерами симптомів: інтрузивними спогадами, уникненням, негативними змінами у когніціях та настрої, а також змінами в збудженні та реактивності. Ці симптоми мають тривати понад місяць та спричиняти клінічно значущий дистрес або порушення функціонування.

Механізми виникнення ПТСР можна структурувати за ключовими теоретичними напрямками, починаючи від нейробіологічних і когнітивних до психосоціальних і психоаналітичних, з інтеграцією універсальних моделей та контекстуальних досліджень, зокрема українських.

Нейробіологічні механізми включають зміни, такі як гіперактивація амігдали та гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі (НРА-осі), що призводить до порушення регуляції кортизолу. Д.А. Дезотелс [24] у моделі «двох ударів» пояснює біологічне походження ПТСР: перший «удар» як нейроімунний виклик, а другий, інтенсивна глутаматергічна передача під час травми, що посилює симптоми.

С. Ліссек та Б. ван Меурс [38] вказують на роль сенсibiliзації як неасоціативного навчання, що посилює реактивність на нові стимули. К. Вестон [53] фокусується на гіперактивності амігдали в підтипі ПТСР з гіперзбудженням, застосовуючи концепцію втіленого пізнання (grounded cognition).

У контексті українських досліджень А.М. Горват [2] аналізує механізми через призму воєнного досвіду, де інтенсивність бойових дій призводить до нейродегенеративних змін. Т.Ю. Соченко та І.Л. Моначин [10]

підтверджують ці висновки у дослідженнях ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів війни в Україні.

Когнітивні моделі, запропоновані К.Р. Брюїном та Е.А. Холмс [20], пояснюють ПТСР через порушення обробки інформації: травматичні спогади фрагментуються, що призводить до інтрузивних спогадів. Е. Фоа та Б.О. Ротбаум [29] розвивають теорію емоційного процесингу, де ПТСР виникає через неповну інтеграцію страху в пам'яті.

А. Елерс та Д.М. Кларк [25] у своїй когнітивній моделі ПТСР постулюють, що розлад підтримується негативними апрайзалями травматичної події та її наслідків, а також порушеннями в автобіографічній пам'яті. К.Р. Брюїн, М. Клоїтр та П. Хайленд [19] інтегрують когнітивні спотворення з негативними оцінками у сучасне розуміння ПТСР.

В. Толкачов та О. Єфремов [49] аналізують механізми формування та мимовільного повторення флешбеків, пов'язаних з травмою, узагальнюючи основні теорії ПТСР.

Психоаналітичний підхід, за З. Фройдом [54], розглядає ПТСР як «травматичний невроз», де механізм полягає у фіксації на травмі через неповну розрядку психічної енергії. Дж. Герман [32] розширює це розуміння, акцентуючи увагу на комплексній травмі, що виникає внаслідок тривалого насильства.

Українські дослідження, зокрема В.Й. Бочелюк, М.С. Панов та А.В. Турбарова [1], інтегрують соціальні механізми, такі як стигматизація, що ускладнює адаптацію осіб з ПТСР. Т.М. Титаренко [11] підкреслює роль тривалої травматизації в соціальних кризах та необхідність засобів самодопомоги.

Детермінанти ПТСР охоплюють біологічні, психологічні та соціальні фактори, з урахуванням коморбідності та контекстуальних аспектів, особливо в умовах воєнних конфліктів.

Біологічні детермінанти включають генетичні фактори, де поліморфізми генів, пов'язаних з НРА-оссю, підвищують вразливість [19].

Зокрема, поліморфізм гена FKBP5 підвищує чутливість до стресу, як доведено в мета-аналізах [17]. Ці генетичні варіації модулюють реакцію на стрес та впливають на ймовірність розвитку ПТСР після травматичної події.

Психологічні детермінанти як індивідуальні фактори ризику пов'язані з попередньою травматизацією та гендерними відмінностями. І.О. Франкова, О.С. Чабан та О.В. Бурлака [13] доводять, що жінки мають вищий ризик через емоційну вразливість, тоді як чоловіки частіше демонструють соматичні прояви стрес-асоційованих розладів.

Е.Б. Карлсон та К.Дж. Даленберг [22] у концептуальній рамці впливу травматичних переживань підкреслюють, що коморбідність з депресією та тривожністю також є значущою детермінантою ПТСР. О. Осокіна та співавтори [41] зафіксували драматичне зростання тривожності та депресивних симптомів серед українців протягом першого року повномасштабного вторгнення.

Психосоціальні детермінанти, за Л. Кіро та А. Урбанович [36], охоплюють соціальну ізоляцію та відсутність підтримки, що посилює хронізацію розладу. Й. Байроу та співавтори [21] підтверджують, що соціальна підтримка пом'якшує вплив постміграційних труднощів на ПТСР серед українських біженців, переселених до Данії.

У українському контексті, де воєнні травми є масовими, детермінанти включають культурні норми стійкості, що може як захищати, так і посилювати розлад [23]. О. Сердюк та співавтори [46] показують, що серед української молоді та молодих дорослих втрата близьких є ключовим фактором ризику, а експозиція до травматичних подій збільшує ризик ПТСР у дозозалежний спосіб.

А. Куропов та співавтори [37] підкреслюють, що пряма експозиція до бойових дій, таких як обстріли та окупація, значно підвищує ризик розвитку ПТСР. МОЗ України [7] у клінічній настанові зазначає, що детермінантами є не тільки індивідуальні фактори, але й системні, зокрема доступність психологічної допомоги.

Д. Різзі та співавтори [45] у систематичному огляді виділяють психологічні та екологічні фактори, що впливають на резильєнтність українських біженців та внутрішньо переміщених осіб, включаючи стратегії копінгу та захисні фактори.

Проведений аналіз показує, що механізми ПТСР становлять складну взаємодію біологічних факторів (активація НРА-осі, гіперактивація амігдали), когнітивних процесів (негативні апрайзали, фрагментація спогадів) та соціальних чинників (відсутність підтримки, стигматизація).

Отже, можна стверджувати, що сутність ПТСР як психологічного феномена полягає в дисфункціональній адаптації до травми, з механізмами, що включають нейробіологічні зміни та когнітивні спотворення, а детермінантами, інтенсивність травматичної події, гендерні особливості, попередня травматизація та соціальний контекст. Це підкреслює необхідність розгляду історичного розвитку концепції ПТСР, оскільки еволюція діагностичних критеріїв та розуміння структури розладу дозволить глибше зрозуміти його динаміку та актуальність для сучасних досліджень, особливо в умовах тривалого воєнного конфлікту в Україні..

1.2. Історія вивчення ПТСР: еволюція концепцій, діагностичні критерії та структура розладу.

Історія вивчення ПТСР є ключовим елементом для розуміння еволюції психологічної науки, оскільки розлад пройшов шлях від невизнаних «воєнних неврозів» до чітко структурованої діагностичної категорії. Важливо проаналізувати хронологічний розвиток концепцій, від перших описів у античності до сучасних класифікацій, та оцінити, як це вплинуло на діагностичні критерії та структуру розладу, що забезпечить перехід до аналізу копінг-стратегій (див Рис.1.1).

Для повноти аналізу необхідно розглянути ключові етапи еволюції, вплив культурних та соціальних факторів на концептуалізацію, а також

порівняти західні та українські підходи. Крім того, структура розладу має бути детально розібрана через призму змін у класифікаціях DSM та ICD, з прикладами з клінічної практики та сучасних досліджень в умовах глобальних криз, таких як пандемії та війни. Це дозволить не тільки історично контекстуалізувати феномен, але й висвітлити прогалини в ранніх концепціях, що вплинули на сучасні діагностичні інструменти.

Історія ПТСР сягає античності, де перші симптоми, подібні до сучасного розладу, описано в літературних творах. Н.К. Андреасен [16] зазначає, що в «Іліаді» Гомера зображено «воєнний невроз» як реакцію на травматичні події. У XVII столітті з'являється поняття «ностальгії», яке згодом еволюціонує до концепції «шокової травми» під час Першої світової війни [16].

В українському контексті подібні описи трапляються в літературі, наприклад, у творах Т.Г. Шевченка, де травма окупації призводить до хронічних психологічних розладів [12]. О.Л. Туриніна [12] аналізує ці ранні спостереження як важливі передумови формування наукового розуміння травмуючих ситуацій.

У XIX столітті концепція набуває психоаналітичного забарвлення завдяки З. Фройд, який ввів термін «травматичний невроз», де структура розладу базується на фіксації на травмі [54]. Історичні приклади, такі як «залізничний хребет» як реакція на промислові аварії, ілюструють еволюцію від суто фізіологічних до психологічних інтерпретацій [50]. Г.Дж. Тернбулл [50] підкреслює, що ці ранні описи були емпіричними та не мали чіткої структури, але заклали основу для розуміння травми як психічного феномена.

У XX столітті еволюція концепцій прискорилося через глобальні конфлікти. Під час Другої світової війни з'явився термін «бойова втома» (combat fatigue), що відображав психологічні наслідки тривалого перебування в бойових умовах [30]. М.Дж. Фрідман [30] простежує еволюцію розуміння воєнних травм від Громадянської війни в США до сучасних класифікацій.

Переломним моментом стало визнання ПТСР як окремої діагностичної категорії. Після В'єтнамської війни, у 1980 році, Американська психіатрична асоціація ввела ПТСР як окрему категорію в DSM-III з критеріями: експозиція до травми, повторне переживання події (reexperiencing), уникнення та гіперактивність [15]. Це ознаменувало перехід від «реакції на грубий стрес» у DSM-II до повноцінної діагностичної категорії [18]. П. Бірмс та співавтори [18] аналізують цей перехід як результат наукового консенсусу та соціального визнання проблеми психологічних наслідків війни.

В українському контексті вивчення ПТСР активізувалося після Чорнобильської катастрофи 1986 року, де структура розладу включала виражені соматичні прояви [3]. Б.Л. Дем'яненко та В.М. Дем'яненко [3] підкреслюють роль соціально-стресових розладів у контексті національної безпеки України.

Ю.В. Костюк [5] простежує еволюцію в українській науці від концепції «воєнного неврозу» до сучасних біопсихосоціальних моделей, підкреслюючи вплив соціальних криз на концептуалізацію ПТСР. Особливо важливим етапом стало дослідження психологічних наслідків участі в АТО/ООС, що розширило розуміння специфіки ПТСР в умовах тривалого воєнного конфлікту [9].

Подальша еволюція критеріїв відбулася в DSM-IV (1994), де вони були суттєво розширені шляхом додавання критерію «негативних змін у когніціях та настрої» [15]. У DSM-5 (2013) ПТСР було відокремлено від категорії тривожних розладів та перенесено до нової категорії «Травма та стрес-пов'язані розлади», із введенням додаткових кластерів: D (негативні зміни в когніціях та настрої) та E (зміни в збудженні та реактивності) [15, 19].

К.Р. Брюїн, М. Клоїтр та П. Хайленд [19] аналізують цю еволюцію як відображення накопичених емпіричних даних та поглиблення розуміння нейробіологічних і психологічних механізмів розладу. Всесвітня організація охорони здоров'я у МКХ-11 (2019) спростила критерії до трьох основних компонентів: повторного переживання травми, уникнення та стану постійної

загрози, роблячи їх більш універсальними для застосування в різних культурних контекстах [55].

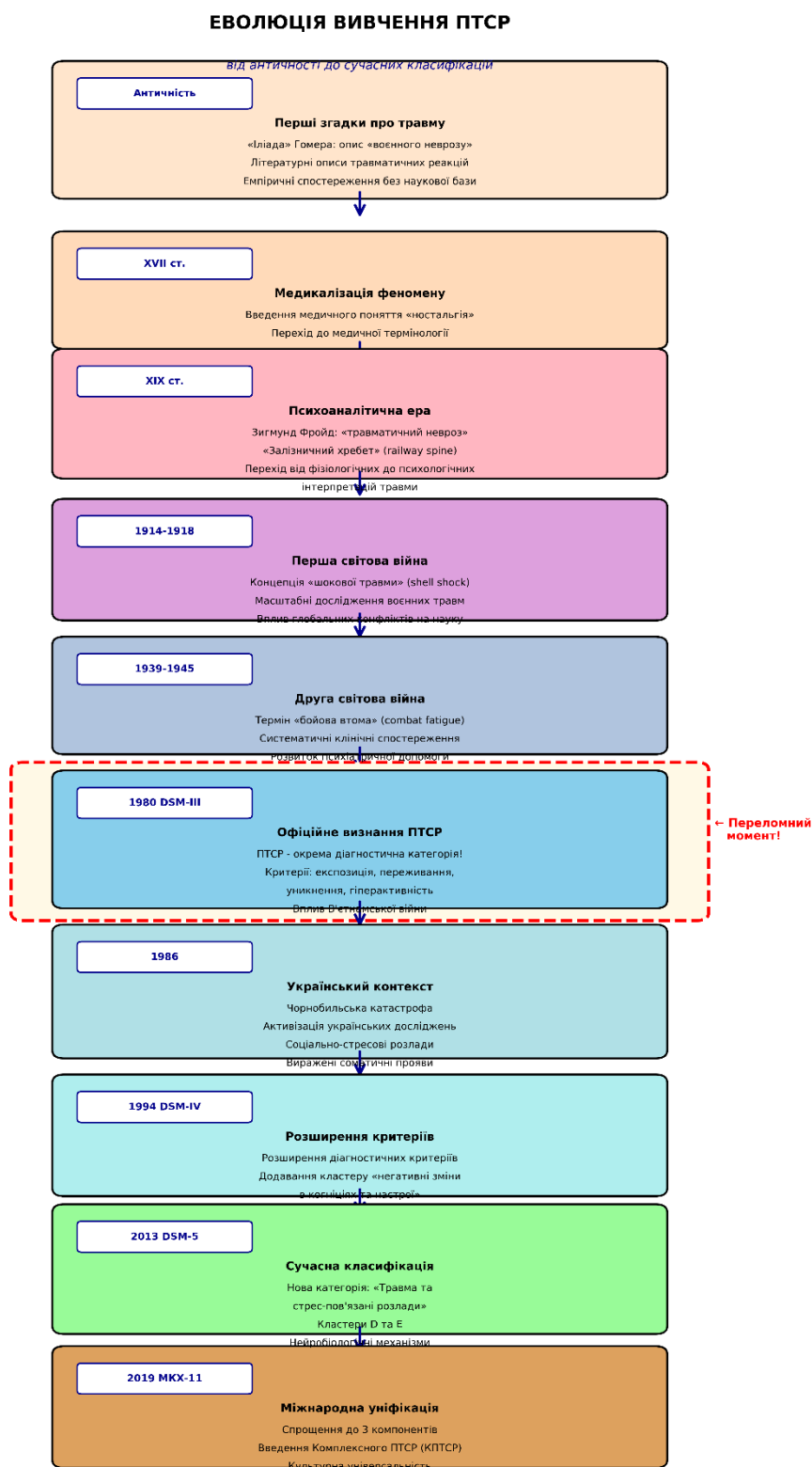


Рис. 1.1. Еволюція вивчення ПТСР.

МОЗ України [7] у клінічній настанові адаптує ці міжнародні критерії до українського контексту, враховуючи специфіку воєнних травм та доступність діагностичних ресурсів.

Порівняльний аналіз DSM та ICD показує, що DSM є більш деталізованою класифікаційною системою з чіткими операціоналізованими критеріями, тоді як ICD характеризується більшою універсальністю та простотою застосування в різних культурних контекстах [19, 55].

В українському контексті Н.І. Повякель та співавтори [9] виявили, що структура ПТСР у учасників АТО включає високу коморбідність з депресивними розладами (до 60%), що відображає вплив локальних соціальних факторів, таких як тривалість конфлікту, соціальна підтримка та економічна нестабільність.

Структура ПТСР еволюціонувала від фройдівських психоаналітичних ідей до сучасних інтегративних нейробіологічних моделей [16]. Сучасне розуміння охоплює чотири кластери симптомів у DSM-5: інтрузивні симптоми, уникнення, негативні зміни в когніціях та настрої, а також зміни в збудженні та реактивності [15, 37].

Важливим розширенням концепції стало введення комплексного ПТСР (КПТСР) в МКХ-11, що відображає наслідки тривалої або повторюваної травматизації [35, 48]. М. Шевлін та співавтори [48] досліджували ПТСР та КПТСР серед внутрішньо переміщених українців, виявивши, що КПТСР характеризується додатковими порушеннями в сфері саморегуляції, самосприйняття та міжособистісних стосунків.

Позитивний аспект структури ПТСР вводить В.О. Климчук [4], аналізуючи посттравматичне зростання як адаптивний елемент, що може розвиватися паралельно з симптомами ПТСР. О.О. Новак та О.В. Гуковський [8] адаптували опитувальник посттравматичного зростання (PTGI) для української популяції, виявивши, що структура включає духовні зміни як важливий компонент відновлення.

Культурні фактори суттєво вплинули на концептуалізацію та прояви ПТСР у різних суспільствах. Е. Джонс та С. Весселі [34] показують, що в східних суспільствах розлад частіше проявляється соматичними симптомами, тоді як у західних, психологічними.

В українському контексті структура ПТСР включає культурно специфічні елементи, зокрема духовні зміни та колективістські цінності підтримки [8]. Соціальні кризи, такі як пандемія COVID-19, розширили клінічну картину ПТСР, додавши компоненти генералізованої тривожності [39]. В умовах повномасштабної війни структура розладу ускладнюється хронічністю стресорів та масовістю травматизації [37, 41].

Західні дослідницькі підходи переважно фокусуються на нейробіологічних механізмах та доказових психотерапевтичних інтервенціях [30, 33], тоді як українські дослідження більшою мірою акцентують увагу на соціально-стресових аспектах, пов'язаних з національними кризами, такими як Чорнобильська катастрофа, АТО/ООС та повномасштабне вторгнення [3, 9].

Б.Л. Дем'яненко та В.М. Дем'яненко [3] підкреслюють, що українські дослідження характеризуються більшою орієнтацією на коморбідність ПТСР з іншими розладами та на феномен посттравматичного зростання як адаптивну відповідь на травму. Це відображає вплив локальних соціокультурних факторів на еволюцію концепцій та робить українські дослідження важливим внеском у міжнародне розуміння ПТСР в умовах тривалих конфліктів.

Отже, історія вивчення ПТСР демонструє еволюцію від емпіричних літературних описів до науково обґрунтованих діагностичних критеріїв, з акцентом на структуру розладу як багатовимірного біопсихосоціального феномена. Ця еволюція, від фройдівських психоаналітичних ідей до сучасних інтегративних класифікацій DSM-5 та МКХ-11, відображає соціальні зміни та робить діагностику більш точною і культурно чутливою.

У контексті дослідження це робить актуальним аналіз стратегій копінг-поведінки, оскільки вони визначають індивідуальні відмінності в адаптації до стресу та мають безпосередній взаємозв'язок з розвитком і перебігом ПТСР,

заповнюючи прогалини в ранніх концепціях, які фокусувалися переважно на симптоматиці без урахування адаптивних механізмів подолання травми.

1.3. Стратегії копінг-поведінки в стресових ситуаціях: теоретичні моделі, типи та їх взаємозв'язок з ПТСР.

Стратегії копінг-поведінки є ключовими механізмами адаптації до стресу, які допомагають людям справлятися з викликами життя, особливо в умовах травматичних подій. У контексті посттравматичного стресового розладу (ПТСР) вивчення цих стратегій дозволяє зрозуміти, чому одні люди розвивають хронічні симптоми, такі як нав'язливі спогади чи гіперактивність, тоді як інші відновлюються і навіть переживають посттравматичне зростання.

Це не просто абстрактні теорії, на практиці копінг визначає, як людина реагує на травму: чи намагається вона активно вирішити проблему, чи прагне уникнути болісних емоцій, чи шукає підтримки в оточенні. Аналіз теоретичних моделей копіngu, типів стратегій та їх впливу на ПТСР забезпечує логічний перехід до розгляду травматичних подій як чинників розвитку розладу.

Для повного охоплення теми необхідно розглянути еволюцію моделей від класичних до сучасних, емпіричні докази з досліджень, гендерні та культурні відмінності в копіngu, а також приклади застосування в клінічній практиці. Особливу увагу буде приділено взаємозв'язку з ПТСР, включаючи статистичні дані з мета-аналізів та українських досліджень в умовах війни, що додасть практичної цінності. Такий підхід не тільки теоретично обґрунтує копінг як динамічний процес, але й запропонує рекомендації для психотерапевтичних інтервенцій.

Теоретичні моделі копіngu еволюціонували від простих описів реакцій на стрес до комплексних систем, які враховують когнітивні, емоційні та соціальні аспекти. Початок сучасного розуміння копіngu покладено транзакційною теорією Р. Лазарус та С. Фолкман, згідно з якою копінг являє собою не

статичну реакцію, а динамічні когнітивні та поведінкові зусилля для управління стресом, які залежать від первинної оцінки (чи є ситуація загрозливою?) та вторинної оцінки (які ресурси доступні для подолання?) [22].

Ця модель робить акцент на індивідуальній інтерпретації стресу, що робить її універсальною: наприклад, військовослужбовець може оцінити травматичну ситуацію як непереборну, що призводить до стратегій уникнення, або як виклик, що спонукає до активних дій. Ця теорія стала основою для багатьох подальших досліджень, підкреслюючи, що копінг не є «хорошим» чи «поганим» сам по собі, а залежить від контексту, те, що допомагає в короткостроковій перспективі (наприклад, емоційне витіснення), може зашкодити в довгостроковій.

Еволюція теоретичних уявлень продовжилася з моделлю Н. Ендлера та Дж. Паркера [26], де вони додали третій тип – копінг, орієнтований на уникнення, до класичних проблемно-орієнтованого та емоційно-орієнтованого копіngu. Уникнення включає відволікання або заперечення проблеми, що часто спостерігається в травматичних ситуаціях, коли людина намагається уникнути болісних спогадів про подію.

Ця модель додає глибини розумінню того, як копінг може бути як адаптивним, так і маладаптивним: наприклад, ветеран війни, який систематично уникає спогадів про бойові дії, може уникнути короткочасного болю, але це блокує переробку травми, призводячи до хронічного ПТСР.

В українському контексті В.О. Климчук [4] інтегрує концепції копіngu з теорією посттравматичного зростання, де копінг-стратегії не тільки пом'якшують негативні наслідки травми, але й сприяють позитивним змінам, таким як посилення міжособистісних відносин чи переосмислення життєвих цінностей. Це робить модель більш гуманістично орієнтованою, фокусуючись на потенціалі зростання: внутрішньо переміщена особа, яка після втрати дому використовує активний копінг для пошуку нової роботи та побудови соціальних зв'язків, може перетворити травму на мотивацію для особистісного розвитку.

Сучасні інтегративні моделі, такі як теорія емоційного процесингу Е. Фоа та Б.О. Ротбаум [29], пояснюють, як стратегії уникнення блокують переробку травматичної інформації, зберігаючи страхову структуру в пам'яті. К.Р. Брюїн та Е.А. Холмс [20] у моделі подвійної репрезентації описують, як копінг впливає на вербальну (контекстуальну) та сенсорну (емоційну) пам'ять: адаптивний копінг сприяє їх інтеграції, зменшуючи флешбеки, тоді як уникнення посилює дисоціацію між цими системами пам'яті.

Ці моделі еволюціонували з урахуванням нейробіологічних аспектів, роблячи копінг не просто психологічним, а й біологічним процесом, що допомагає пояснити, чому деякі люди залишаються фіксованими на травматичному досвіді.

Типи копіngu можна класифікувати на три основні категорії [26]:

Проблемно-орієнтований копінг – спрямований на зміну стресової ситуації через активні дії (наприклад, пошук інформації, планування, вирішення проблем).

Емоційно-орієнтований копінг – зосереджений на регуляції емоційних реакцій (наприклад, вираження почуттів, пошук емоційної підтримки, когнітивне переосмислення).

Копінг, орієнтований на уникнення – включає відволікання від проблеми або заперечення її існування.

Емпіричні дослідження показують, що активний (проблемно-орієнтований) копінг позитивно корелює з психологічною резильєнтністю. У дослідженні А. Чудзіцька-Чупала та співавторів [23] учасники з переважанням активного копіngu демонстрували нижчі рівні симптомів ПТСР під час війни. Навпаки, стратегії уникнення посилюють симптоматику, що підтверджується дослідженням, де уникнення корелювало з вищими рівнями інтрузивних спогадів та гіперактивності.

В українському контексті Т.М. Титаренко [11] вказує на соціальний копінг як важливий захисний фактор: у колективістській культурі пошук підтримки від родини чи громади суттєво пом'якшує наслідки травми.

Наприклад, під час повномасштабного вторгнення 2022 року багато українців зверталися до волонтерських організацій та груп взаємопідтримки, що зменшувало почуття ізоляції та безпорадності.

В. Завалі та співавтори [56] у своєму дослідженні показують, що активний копінг асоціюється зі зниженням симптомів ПТСР у ветеранів, тоді як емоційно-орієнтований копінг може мати подвійний ефект: він є корисним для регуляції емоцій у гострій фазі, але шкідливим, якщо трансформується в румінацію [25].

Гендерні відмінності додають важливі нюанси до розуміння копінг-стратегій. І.О. Франкова, О.С. Чабан та О.В. Бурлака [13] зазначають, що жінки в Україні частіше використовують емоційно-орієнтований копінг (зокрема, пошук соціальної підтримки), тоді як чоловіки схильні до проблемно-орієнтованого копінгу, що впливає на ризик розвитку та специфіку проявів ПТСР.

Культурні аспекти також є ключовими для розуміння копінг-поведінки. А.О. Курніцька [6] підкреслює, що в Україні соціальний копінг превалює через колективістську культурну орієнтацію, на відміну від індивідуалістичних Western суспільств, де більший акцент робиться на індивідуальних стратегіях подолання.

Взаємозв'язок копінгу з ПТСР є динамічним і двонаправленим: адаптивні стратегії зменшують ризик розвитку розладу, тоді як маладаптивні посилюють симптоматику. А. Куропов та співавтори [37] виявили, що стратегії уникнення корелюють з вищими рівнями ПТСР серед цивільного населення України, тоді як активний проблемно-орієнтований копінг асоціюється з нижчими показниками [46].

М. Шевлін та співавтори [48] продемонстрували, що адаптивні копінг-стратегії значно зменшують вираженість симптомів ПТСР та КПТСР у внутрішньо переміщених українців. Й. Байроу та співавтори [21] показують, що соціальна підтримка як форма копінгу пом'якшує вплив постміграційних

труднощів на ПТСР, зменшуючи симптоми приблизно на 25% серед українських біженців у Данії.

В клінічній практиці розуміння копінг-стратегій застосовується в когнітивно-поведінковій терапії [27, 28], де пацієнтів навчають замінювати стратегії уникнення на активний копінг, наприклад, через градуйовану експозицію до травматичних спогадів. Програми когнітивного процесингу [43, 44] та EMDR-терапія [47] також фокусуються на модифікації дисфункціональних копінг-стратегій.

Д. Різзі та співавтори [45] у систематичному огляді підкреслюють важливість врахування копінг-стратегій при розробці психологічних інтервенцій для українських біженців та внутрішньо переміщених осіб, акцентуючи на культурно адаптованих підходах.

Отже, стратегії копінг-поведінки відіграють критичну роль у розвитку та перебігу ПТСР. Адаптивні стратегії, такі як проблемно-орієнтований та соціальний копінг, зменшують ризик розвитку розладу та сприяють одужанню, тоді як маладаптивні стратегії уникнення та дисфункціональний емоційний копінг посилюють симптоматику. Еволюція теоретичних моделей від транзакційної теорії Лазарус і Фолкман до сучасних інтегративних підходів, представлених у роботах В.О. Климчука [4] та М. Шевліна [48], підкреслює, що копінг, це не фіксована особистісна риса, а динамічна навичка, яку можна розвивати через цілеспрямовані психотерапевтичні інтервенції.

Емпіричні дані, включаючи українські дослідження в умовах тривалого воєнного конфлікту, показують, що активний копінг не тільки пом'якшує симптоми ПТСР, але й сприяє посттравматичному зростанню [4, 8], перетворюючи травматичний досвід на можливість для особистісного розвитку. Гендерні та культурні відмінності в копінг-стратегіях [13, 23] наголошують на необхідності персоналізованих підходів: в Україні, з її колективістською культурою, акцент на соціальній підтримці може бути ефективнішим компонентом терапевтичних програм.

Практичні рекомендації включають інтеграцію копінг-тренінгів у психотерапевтичні програми для учасників АТО/ООС, жертв війни та внутрішньо переміщених осіб, де навчання адаптивним стратегіям поєднується з груповою підтримкою. Це робить актуальним подальший аналіз травматичних подій як чинників, що активують різні копінг-стратегії та визначають траєкторію розвитку ПТСР.

1.4. Травматичні події як чинник розвитку ПТСР: класифікація, психологічні наслідки та особистісні фактори ризику.

Травматичні події є етіологічним ядром посттравматичного стресового розладу (ПТСР), оскільки саме вони запускають каскад психологічних реакцій, що можуть призвести до хронічного порушення адаптації. Аналіз класифікації травматичних подій, їхніх психологічних наслідків та особистісних факторів ризику дозволяє зрозуміти, чому певні події призводять до розвитку розладу, тоді як інші, ні. Це забезпечує логічний перехід від попередніх підрозділів, де обговорювалися історія вивчення ПТСР та копінг-стратегії, до емпіричного дослідження.

Для повноти розгляду необхідно охопити різні типи подій (від гострих до хронічних), довготривалі наслідки (включаючи коморбідні розлади), моделі ризику з біопсихосоціальної перспективи, а також приклади з глобальних і українських досліджень, з акцентом на воєнні травми в контексті російсько-української війни. Такий підхід не тільки інтегрує теоретичні знання, але й демонструє їх застосування до реальних сценаріїв, підкреслюючи мультифакторну природу ПТСР.

Розуміння природи травматичних подій починається з їх систематизації. Згідно зі шкалою LEC-5 (Перелік життєвих подій для DSM-5) [15], травматичні події охоплюють широкий спектр переживань, від бойових дій та експозиції до воєнної зони до транспортних аварій, від сексуального та фізичного насильства до природних катастроф, від втрати близьких людей до свідчення смерті чи серйозних ушкоджень інших. Ця класифікація не є

простим переліком, а відображає різні рівні ризику та механізми впливу на психіку людини.

Важливо розрізняти три основні типи травматичного досвіду, які мають принципово різні наслідки для психічного здоров'я. Гостра травма являє собою одиночну подію, автомобільну аварію, природну катастрофу, одноразовий напад. Такі події часто призводять до швидкого розвитку симптомів, проте мають відносно кращий прогноз при своєчасній психологічній інтервенції [33]. Людина стикається з чітко окресленою в часі загрозою, після якої може розпочатися процес відновлення.

Принципово іншою є хронічна травма, коли людина переживає повторювану експозицію до травматичних подій. Це може бути домашнє насильство, що триває роками, або систематичні обстріли в зоні військового конфлікту. У таких випадках кумулятивний ефект повторних травматизацій значно посилює психологічну вразливість. Дослідження в умовах війни в Україні показують, що повторні обстріли підвищують ризик розвитку ПТСР на 40% порівняно з одиничною експозицією [37]. Людина не має можливості повноцінно відновитися між епізодами, що призводить до виснаження адаптаційних ресурсів.

Найбільш руйнівною є комплексна травма, що включає множинні травматичні події, часто інтерперсонального характеру. Е.Б. Карлсон та К.Дж. Даленберг [22] підкреслюють критичну відмінність між інтерперсональними та неінтерперсональними травмами. Коли загроза виходить від іншої людини – через насильство, зраду довіри, маніпуляції – це порушує базові механізми соціального функціонування та довіри до людей. На відміну від природних катастроф, де людина може зберегти віру в надійність соціального оточення, інтерперсональні травми руйнують саму основу безпечних стосунків з іншими.

Глобальна статистика підтверджує цю закономірність. За даними ВООЗ [55], сексуальне насильство та тортури мають найвищий ризик розвитку ПТСР – 15,3% серед жертв цих форм насильства. Р. Меллор та співавтори [40]

виявили, що серед біженців, які пережили множинні травматичні події високої інтенсивності, поширеність комплексного ПТСР сягає 86%. Це не просто статистика – за цими цифрами стоять долі людей, чиє базове відчуття безпеки у світі було зруйноване.

Ф. Гаррі та Ф. Чеккі [31] аналізують феномен збройних конфліктів у ХХІ столітті та підкреслюють, що війни створюють особливий тип травматизації, де поєднуються всі типи травм. Російсько-українська війна є прикладом такої комплексної травматизації: люди переживають гострі травми (обстріли), хронічні (тривале перебування під загрозою), та інтерперсональні (окупація, насильство). Це створює стійкі та глибокі ефекти на психічне здоров'я незалежно від демографічних характеристик постраждалих.

В українському контексті О.С. Чабан та О.О. Хаустова [14] звертають увагу на гендерну специфіку травматичних подій. Воєнні травми – обстріли, окупація, вимушене переміщення, поєднуються з різними ризиками для жінок та чоловіків. Жінки в умовах окупації стикаються з підвищеним ризиком сексуального насильства, що додає інтерперсональний компонент до і так важкої ситуації воєнного конфлікту. П. Полив'яна та співавтори [42] фіксують, що серед української молоді поширеність ПТСР сягає 23,5%, при цьому експозиція до насильства є ключовим предиктором розвитку не тільки ПТСР, але й депресії та тривожних розладів.

Коли людина переживає травматичну подію, її психіка реагує каскадом змін, що розгортаються в часі. Негайні реакції, інтенсивний страх, тривога, гнів, депресивний настрій, почуття провини, є природною відповіддю організму на загрозу [33]. Більшість людей переживають ці гострі симптоми протягом перших днів та тижнів після події, але поступово їхній психологічний стан стабілізується. Це нормальний процес адаптації до надзвичайних обставин.

Проте у частини людей ці початкові реакції не зникають, а трансформуються в хронічні симптоми ПТСР. Згідно з діагностичними критеріями DSM-5 [15], розлад проявляється через чотири кластери

симптомів, що глибоко порушують повсякденне функціонування. Повторне переживання травми виражається через флешбеки – раптові, яскраві спогади, коли людина ніби знову опиняється в травматичній ситуації. Нав'язливі думки про подію постійно вторгаються в свідомість, а нічні кошмари повертають до пережитого знову і знову. Людина не може контролювати ці переживання – вони з'являються несподівано, викликані найменшими нагадуваннями про травму.

Щоб захиститися від цього болю, розвивається уникнення. Людина починає уникати всього, що може нагадати про травматичну подію, місць, людей, розмов, навіть власних думок та почуттів. Ветеран може уникати натовпу, жертва аварії, не сідати за кермо, людина після насильства, уникати близькості з іншими. Це уникнення здається захисним, але насправді заморожує травму в пам'яті, не даючи їй переробитися.

Третій кластер симптомів стосується глибоких змін у сприйнятті себе та світу. Розвивається відчуття провини (часто нерациональне, «я міг би зробити більше», «це моя вина»), сорому за те, що сталося, або за власні реакції. Людина може відчувати себе відчуженою від інших, нездатною підтримувати близькі стосунки. Ангедонія, втрата здатності отримувати задоволення від речей, що раніше приносили радість – є однією з найбільш виснажливих ознак.

Четвертий кластер охоплює зміни в збудженні та реактивності. Постійна гіперпильність, людина весь час насторожі, сканує оточення на предмет загрози, не може розслабитися навіть у безпечних умовах. Порушення сну, роздратованість, спалахи гніву, труднощі з концентрацією уваги, все це виснажує і без того виснажену психіку. Людина живе в стані постійної готовності до загрози, навіть коли об'єктивної небезпеки немає.

Окрім цих основних симптомів, травматичні події можуть призводити до панічних атак – раптових епізодів інтенсивного страху з фізичними проявами (серцебиття, задишка, запаморочення). Дисоціативні симптоми, відчуття відстороненості від реальності, деперсоналізація (відчуття, що тіло не належить тобі), є спробою психіки захиститися від непереносимого болю.

Соматизація проявляється через хронічний біль, серцебиття, гастроінтестинальні симптоми без виявленої органічної основи, тіло буквально «тримає рахунок» травми, як описує це Б. ван дер Колк [51].

Емпіричні дослідження в Україні виявляють масштаби цих наслідків. Е. МакЕлрой та співавтори [39] виявили, що через рік після початку повномасштабного вторгнення 44,2% дорослих українців переживають депресію, а 23,1% – генералізовану тривожність. Це не просто ПТСР – це широкий спектр психологічних порушень, що виникають внаслідок тривалого перебування під загрозою. Т. Каратзіас та співавтори [35] фіксують, що серед українських батьків поширеність ПТСР сягає 25,9%, а комплексного ПТСР – 14,6%. За цими відсотками стоять мільйони людей, які щодня борються з наслідками пережитого.

МОЗ України [7] підкреслює, що в умовах тривалого воєнного конфлікту психологічні наслідки посилюються через відсутність адекватної системи психологічної підтримки. Хронічна тривога та соматизація стають нормою для багатьох людей, які продовжують жити в умовах невизначеності та постійної загрози. А. Куропов та співавтори [37] виявили, що пряма експозиція до бойових дій створює особливо високий ризик коморбідних порушень. ПТСР рідко приходить один, він супроводжується депресією, тривожністю, а в найважчих випадках, суїцидальними думками.

Важливо розуміти, що дитячі травми створюють особливу вразливість. Коли травматичні події відбуваються в дитинстві, в період формування особистості, вони закладають фундамент для майбутніх психологічних проблем [51]. Дорослі, які пережили травми в дитинстві, частіше розвивають емоційну нумбність, мають труднощі в побудові близьких стосунків, демонструють порушення емоційної регуляції. Це не вирок, але важливий фактор, який необхідно враховувати при наданні психологічної допомоги.

Чому дві людини, які пережили однакову травматичну подію, реагують по-різному? Чому один розвиває хронічний ПТСР, а інший відновлюється і

навіть переживає посттравматичне зростання? Відповідь лежить у складній взаємодії особистісних факторів ризику та захисних факторів.

Дослідження виявляють цілий спектр факторів, що підвищують вразливість до ПТСР [33]. Важкі або тривалі травматичні події самі по собі створюють вищий ризик, чим інтенсивніша та триваліша експозиція, тим більша ймовірність розвитку розладу. Фізичні ушкодження під час травми додають додатковий рівень складності. Людина має справлятися не тільки з психологічними, але й з фізичними наслідками. Попередня травматизація, особливо в дитинстві, створює кумулятивний ефект, кожна наступна травма накладається на попередню, виснажуючи адаптаційні ресурси.

Професійна діяльність також грає роль. Військовослужбовці, рятувальники, працівники швидкої допомоги, поліцейські. Всі вони через специфіку своєї роботи мають підвищений ризик експозиції до травматичних подій. Але не всі з них розвивають ПТСР, що знову підкреслює роль індивідуальних факторів.

Гендерні відмінності є стійким предиктором. Жінки мають приблизно удвічі вищий ризик розвитку ПТСР порівняно з чоловіками [33, 35]. Це пояснюється не біологічною слабкістю, а комплексом факторів: жінки частіше стикаються з певними типами травм (сексуальне насильство), мають інші паттерни емоційної обробки інформації, використовують різні копінг-стратегії. Т. Каратзіас та співавтори [35] також підкреслюють роль генетичних факторів та сімейної історії психічних розладів, якщо в родині були випадки депресії, тривожних розладів чи ПТСР, ризик підвищується.

П. Бірмс та співавтори [18] пропонують концептуалізувати фактори ризику в часовій перспективі. Претравматичні фактори, це все, що існувало до травми: попередня психіатрична історія, дитячі травми, сімейна дисфункція, особистісні риси. Людина приходить до травматичної події не з чистого аркуша, а зі своєю історією, яка може зробити її більш чи менш вразливою.

Перитравматичні фактори – це те, що відбувається безпосередньо під час травми. Суб'єктивне сприйняття загрози життю має критичне значення, не

стільки об'єктивна небезпека, скільки те, як людина її оцінює. Дисоціація під час травматичної події (відчуття нереальності того, що відбувається, емоційна відстороненість) є потужним предиктором майбутнього ПТСР. Інтенсивність експозиції як довго тривала подія, наскільки вона була інтенсивною, також впливає на ризик.

Посттравматичні фактори визначають, як розгортатиметься ситуація після події. Відсутність соціальної підтримки є одним з найпотужніших предикторів хронічного ПТСР. Коли людина залишається наодинці зі своїм болем, коли їй нема з ким поділитися, коли оточення не розуміє чи мінімізує пережите, ризик хронізації зростає багаторазово. Додаткові стресори (фінансові проблеми, втрата роботи, житла) накладаються на травму, ускладнюючи відновлення. Маладаптивні копінг-стратегії – уникнення, зловживання алкоголем чи наркотиками, соціальна ізоляція – замість полегшення посилюють симптоми.

Важливо розуміти, що низький соціально-економічний статус, належність до етнічних меншин та маргіналізованих груп створюють додаткову вразливість [22]. Це не тому, що ці люди «слабші», а тому, що вони стикаються з кумулятивним впливом соціальних стресорів, мають менший доступ до ресурсів підтримки та відновлення, часто переживають повторювану дискримінацію та маргіналізацію.

В українському контексті О. Сердюк та співавтори [46] виявили дозозалежний ефект, чим більше травматичних подій пережила людина, тим вищий ризик ПТСР. Це особливо важливо в умовах тривалого конфлікту, де люди стикаються не з одиничною подією, а з каскадом травматизацій. Низька психологічна резильєнтність – здатність відновлюватися після складних ситуацій – також підвищує вразливість, але важливо розуміти, що резильєнтність не є фіксованою рисою, її можна розвивати.

О.С. Чабан та О.О. Хаустова [14] підкреслюють гендерну специфіку в умовах війни. Жінки демонструють вищу емоційну реактивність, частіше використовують емоційно-орієнтований копінг, стикаються з специфічними

ризиками (сексуальне насильство в умовах окупації). Чоловіки, навпаки, частіше використовують проблемно-орієнтований копінг, але можуть соромитися звертатися по допомогу через гендерні стереотипи про «чоловічу силу».

А. Куропов та співавтори [37] виявили, що внутрішньо переміщені особи з низьким рівнем соціальної підтримки мають особливо високий ризик. Вони втратили не тільки дім, але й соціальні мережі підтримки – родичів, друзів, знайому громаду. Опинившись у новому місці без звичного оточення, вони стикаються з подвійним тягарем: переробкою травми та необхідністю будувати нове життя з нуля.

Дитячі травми створюють особливу вразливість, яка проявляється десятиліттями пізніше [22]. Коли дитина переживає насильство, занедбаність, втрату близьких, це порушує нормальний розвиток емоційної регуляції, формування прив'язаності, базової довіри до світу. Дорослі з історією дитячих травм частіше розвивають ПТСР після дорослих травматизацій, мають більше труднощів у стосунках, демонструють емоційну нумбність. Це не означає, що вони приречені, але підкреслює важливість ранньої інтервенції та підтримки.

Отже, розуміння травматичних подій як чинника розвитку ПТСР вимагає інтегративного погляду, де класифікація подій, їхні психологічні наслідки та особистісні фактори ризику розглядаються як взаємопов'язані елементи єдиної системи. ПТСР не є неминучим результатом травматичної експозиції – це результат складної взаємодії характеристик події (тип, інтенсивність, тривалість), індивідуальних особливостей (генетика, попередній досвід, копінг-стратегії) та соціального контексту (підтримка, додаткові стресори, доступ до допомоги).

Інтерперсональні травми, особливо воєнні, створюють найвищий ризик через руйнування базової довіри та поєднання множинних стресорів. Українські дослідження демонструють масштаби проблеми: поширеність ПТСР сягає 23-26% серед різних груп населення [35, 37, 42], при цьому

коморбідність з депресією та тривожністю є скоріше правилом, ніж винятком [39].

Копінг-стратегії, розглянуті в попередньому підрозділі, виступають важливим модератором між травмою та її наслідками. Активний проблемно-орієнтований копінг та соціальна підтримка можуть суттєво знизити ризик хронізації ПТСР, тоді як стратегії уникнення та соціальна ізоляція посилюють симптоматику. Це відкриває можливості для профілактичних програм, орієнтованих на групи високого ризику – військовослужбовців, біженців, внутрішньо переміщених осіб, жертв насильства.

Персоналізований підхід з урахуванням гендерних та культурних особливостей є критично важливим [14]. Для жінок може бути ефективнішим фокус на емоційній регуляції та груповій підтримці, для чоловіків, на практичних навичках подолання та зменшенні стигми звернення по допомогу. Рання психологічна інтервенція, доступність системи психологічної допомоги, формування стійких соціальних мереж підтримки, все це може значно знизити ризик хронізації розладу та покращити траєкторію відновлення.

Висновки до першого розділу

В першому розділі магістерської роботи:

- **проаналізовано** сутність посттравматичного стресового розладу як психологічного феномена, його механізми виникнення та детермінанти, що дозволило уточнити зміст і визначення цього розладу як хронічної реакції на травму з нейробіологічними, когнітивними та соціальними аспектами;
- **показано**, що еволюція концепцій ПТСР призвела до сучасних діагностичних критеріїв та структури розладу; при цьому ПТСР постає як реакція на травму з симптомами реекспірієнсингу, уникнення, негативних змін у когніціях та гіперактивності, що еволюціонувало від «воєнного неврозу» до інтегративних моделей у DSM-5 та МКХ-11;

- **описано** теоретичні моделі стратегій копінг-поведінки в стресових ситуаціях та їх типи з взаємозв'язком з ПТСР, включаючи проблемно-орієнтований, емоційно-орієнтований та унікальний копінг, а також їх вплив на адаптацію чи посилення симптомів;
- **виділено** критерії класифікації травматичних подій, психологічні наслідки та особистісні фактори ризику, що дозволило систематизувати їх за типами (гостра, хронічна, комплексна) та походженням (інтерперсональні та неінтерперсональні), з акцентом на наслідки, як депресія, тривога, дисоціація, та фактори, як гендер, попередня травма, генетика;
- **розглянуто** ключові психологічні чинники, які детермінують виникнення та розвиток ПТСР; до них належать індивідуально-психологічні особливості особистості (резилієнтність, копінг-стратегії), характеристики травматичної події (інтенсивність, тривалість) та соціальні фактори (підтримка, стигма), з інтеграцією зарубіжних та українських підходів;
- **побудовано** цілісну теоретичну модель взаємозв'язку між травматичними подіями, копінг-стратегіями та ПТСР, яка відображає системну взаємозалежність та сукупність психологічних чинників впливу на розвиток цього розладу;
- **показано**, що посттравматичний стресовий розлад та травматичні події утворюють єдину систему взаємопов'язаних психологічних станів, розвиток яких зумовлений комплексною дією особистісних і зовнішніх чинників; це створює концептуальне підґрунтя для подальшого емпіричного дослідження психологічних чинників зазначених явищ.

РОЗДІЛ II ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ ТА СТРАТЕГІЙ ЙОГО ПОДОЛАННЯ

2.1. Обґрунтування методик дослідження психологічних чинників ПТСР.

Для емпіричного дослідження психологічних чинників посттравматичного стресового розладу (ПТСР) було обрано комплекс психодіагностичних методик, які відповідають меті та завданням роботи. Враховуючи теоретичні положення про роль травматичних подій та стратегій копінг-поведінки у розвитку ПТСР, обрані методики дозволяють всебічно оцінити рівень вираженості симптомів розладу, експозицію до травматичних подій та особливості індивідуальних стратегій подолання стресу.

Першою методикою дослідження є шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-5) призначена для кількісної оцінки симптомів ПТСР відповідно до діагностичних критеріїв DSM-5 [15]. Опитувальник розроблено Національним центром з ПТСР (США) і адаптовано для використання в українській популяції.

Методика містить 20 пунктів, що оцінюють чотири кластери симптомів ПТСР: повторне переживання травматичної події (інтрузивні симптоми), уникнення стимулів, пов'язаних з травмою, негативні зміни в когніціях та настрої, а також зміни в збудженні та реактивності (гіперактивність). Респонденту пропонується оцінити інтенсивність кожного симптому протягом останнього місяця за п'ятибальною шкалою від 0 (зовсім ні) до 4 (дуже сильно).

У результаті обробки підраховується інтегральний показник ПТСР шляхом сумування балів за всіма пунктами. Загальний бал може варіюватися від 0 до 80, при цьому вищі значення вказують на більшу вираженість симптомів ПТСР. Для клінічної інтерпретації використовуються наступні градації: норма або відсутність клінічно значущих симптомів (0-20 балів),

легкий рівень симптомів (21-40 балів), помірний рівень (41-60 балів), важкий рівень ПТСР (61-80 балів).

Вибір шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР (PCL-5) обумовлений кількома важливими факторами. По-перше, методика спрямована на клінічну оцінку ПТСР відповідно до актуальних діагностичних критеріїв DSM-5, що забезпечує валідність вимірювання. По-друге, вона дозволяє виявити як наявність, так і вираженість симптомів у осіб, які пережили травматичні події, що є критично важливим для аналізу взаємозв'язків з копінг-стратегіями та травматичною експозицією. По-третє, методика є досить чутливою до змін у симптоматиці, що робить її придатною для оцінки динаміки стану та ефективності психологічних інтервенцій.

Для оцінки експозиції до травматичних подій було застосовано опитувальник LEC-5 (Перелік життєвих подій для DSM-5), розроблений Національним центром з ПТСР (США) та адаптований для українського контексту з урахуванням специфіки воєнних травм [15].

Опитувальник складається з 17 пунктів, що описують широкий спектр потенційно травматичних подій: бойові дії або експозицію до воєнної зони, фізичне насильство, сексуальне насильство, транспортні аварії, пожежі або вибухи, природні катастрофи, важкі захворювання або травми, раптову смерть близької людини, свідчення насильства чи смерті інших людей тощо. Додатково опитувальник включає оцінку найгіршої або найбільш травматичної події з пережитих.

Для кожної події респондент зазначає характер свого досвіду, обираючи один з варіантів: подія сталася безпосередньо з респондентом, він/вона був/була свідком події, дізнався/дізналася про подію, що сталася з близькою людиною, стикнувся/стикнулася з подією у професійному контексті, не впевнений/не впевнена, чи не стосується. Підсумковий показник відображає загальну кількість травматичних подій, до яких була експозиція, при цьому вищий показник вказує на більшу травматизацію.

Для інтерпретації результатів використовуються наступні рівні експозиції: низький рівень (0-3 події), середній рівень (4-7 подій), високий рівень травматизації (8 і більше подій). Ця градація дозволяє диференціювати групи за ризиком розвитку ПТСР, оскільки дослідження демонструють дозозалежний зв'язок між кількістю травматичних подій та ймовірністю розвитку розладу [46].

Застосування методики Перелік життєвих подій у дослідженні зумовлено необхідністю виміряти об'єктивні детермінанти ПТСР. Як показано в теоретичному розділі, кількість, тип та інтенсивність травматичних подій є ключовими предикторами розвитку ПТСР [22, 35, 37]. Методика дозволяє не просто зафіксувати факт травматизації, але й оцінити її масштаб та різноманітність, що важливо для розуміння взаємозв'язку між травматичною експозицією, копінг-поведінкою та розвитком симптомів ПТСР. Крім того, виділення найгіршої події дозволяє ідентифікувати центральну травму, яка може бути фокусом для психотерапевтичної роботи.

Для виявлення домінуючих стратегій копінг-поведінки використовується опитувальник «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» (Ендлер – Паркер), розроблений Н. Ендлером та Дж. Паркером [26]. Методика побудована на теоретичній моделі трьох основних типів копіngu, що були детально розглянуті в теоретичному розділі.

Перший тип – проблемно-орієнтований копінг (копінг, орієнтований на завдання) – включає активні стратегії, спрямовані на зміну стресової ситуації або зменшення її впливу через конкретні дії: планування, пошук інформації, вирішення проблем, прийняття рішень. Другий тип – емоційно-орієнтований копінг – фокусується на регуляції емоційних реакцій на стресову ситуацію через вираження почуттів, пошук емоційної підтримки, когнітивне переосмислення. Третій тип – копінг, орієнтований на уникнення – включає стратегії відволікання від проблеми, заперечення її існування або уникнення думок про стресову ситуацію, що може реалізовуватися через відволікаючу активність або пошук соціальних контактів заради відволікання.

Опитувальник «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» (Ендлер – Паркер) складається з 48 тверджень, які описують різні способи реагування на стресові ситуації. Респондент оцінює частоту використання кожної стратегії за п'ятибальною шкалою від 1 (ніколи або майже ніколи) до 5 (дуже часто). За підсумками обробки визначається вираженість кожного типу копінгу у балах, при цьому можливі значення для кожної шкали варіюються від 16 до 80 балів.

Для інтерпретації результатів використовуються наступні рівні вираженості: низький рівень (менше 40 балів), середній рівень (40-60 балів), високий рівень (більше 60 балів). Отримані значення дозволяють визначити профіль копінг-поведінки респондента та з'ясувати, які стратегії є домінуючими: адаптивні (проблемно-орієнтований копінг) чи потенційно дезадаптивні (емоційно-орієнтований копінг у формі румінації або копінг, орієнтований на уникнення).

Обґрунтування вибору методики «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» полягає в теоретичних положеннях про роль копінг-стратегій у розвитку та перебігу ПТСР, детально викладених у відповідному підрозділі теоретичної частини роботи. Дослідження демонструють, що стратегії подолання стресу визначають траєкторію адаптації до травми та ризику розвитку хронічного ПТСР [23, 37, 48]. Активний проблемно-орієнтований копінг асоціюється з кращою адаптацією та нижчими рівнями симптомів ПТСР, тоді як стратегії уникнення та дисфункціональний емоційний копінг (румінація) посилюють та підтримують симптоматику [20, 25].

Вимірявши індивідуальний профіль копінг-поведінки за допомогою «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях», ми отримуємо можливість виявити, чи сприяють певні дезадаптивні стратегії посиленню симптомів ПТСР, або ж адаптивні стратегії допомагають ефективніше долати наслідки травматичних подій. Це критично важливо для розуміння механізмів розвитку розладу та для розробки цілеспрямованих психокорекційних програм, які можуть фокусуватися на формуванні адаптивних копінг-стратегій.

Обрані методики в комплексі забезпечують всебічне вимірювання ключових змінних дослідження та дозволяють реалізувати біопсихосоціальний підхід до розуміння ПТСР. Шкала PCL-5 дає змогу оцінити залежну змінну – рівень вираженості симптомів ПТСР та його кластерну структуру. Опитувальник LEC-5 висвітлює об'єктивний фактор – експозицію до травматичних подій, яка є етіологічним ядром розладу. Методика «Копінг-поведінка у стресових ситуаціях» розкриває суб'єктивний фактор – індивідуальні стратегії копінг-поведінки, які модерують зв'язок між травматичною експозицією та розвитком симптомів.

Такий комплексний підхід дозволяє не просто описати досліджувані феномени, але й проаналізувати їх взаємозв'язки. Зокрема, стає можливим перевірити гіпотези про те, що:

1. вищий рівень травматичної експозиції асоціюється з вищими рівнями симптомів ПТСР;
2. адаптивні копінг-стратегії (проблемно-орієнтований копінг) пом'якшують зв'язок між травмою та ПТСР;
3. дезадаптивні стратегії (уникнення, дисфункціональний емоційний копінг) посилюють симптоматику навіть при нижчих рівнях травматизації.

Результати, отримані за допомогою цих методик, створюють емпіричну основу для розробки психокорекційної програми профілактики та подолання ПТСР, яка враховуватиме як характер травматичної експозиції, так і індивідуальні особливості копінг-поведінки учасників.

2.2. Первинний аналіз проявів ПТСР, травматичних подій та стратегій копінг-поведінки у досліджуваній вибірці.

У дослідженні взяли участь 52 особи віком від 19 до 64 років, які пережили травматичні події (включаючи воєнні дії, втрату близьких чи інші стресові ситуації), з яких 28 жінок та 24 чоловіки, переважно з регіонів України, що постраждали від конфлікту (дослідження проводилося у 2025 році). Серед респондентів переважали цивільні особи з різним досвідом травм,

що забезпечило різноманітність проявів ПТСР та копінг-стратегій. Така різноплановість вибірки є важливою для підвищення загальної валідності результатів, оскільки дозволяє врахувати специфіку подолання стресу в умовах хронічної травматизації. Кожен респондент заповнив три діагностичні опитувальники, описані вище. Заповнення відбувалося добровільно й анонімно, що створювало умови для відкритості та достовірності відповідей (див. Табл. 2.1.).

Таблиця 2.1.

**Первинні дані показників психологічних чинників ПТСР та
копінг-поведінки в загальній вибірці (n=52).**

Шкала	N	M	σ	CV %	Me	Mo	Min	Max	Низький %	Середній %	Високий %
Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР	52	12,17	7,2	59,1	11	2	2	28	84,6	15,4	0
Опитувальник травматичних подій LEC-5	52	4,56	3,02	66,2	4	5	1	14	0	100	0
Проблемно-орієнтований (К-завдання)	52	47,73	7,94	16,6	49	53	32,4	66,2	17,3	78,8	3,8
Емоційно-орієнтований (К-емоції)	52	35,37	5,39	15,2	36	36	22,5	48	1,9	94,2	3,8
Уникнення	52	54,14	20,7	38,2	54	25	11,2	84,5	13,5	40,4	46,2
Відволікання	52	30,01	13,3	44,3	25,8	22	10,4	57,5	23,1	55,8	21,2
Соціальна підтримка	52	38,05	21,37	56,2	35,8	13	10,8	76,9	44,2	25	30,8

Примітка: M – середнє значення показника у вибірці; σ – середнє квадратичне відхилення; CV – коефіцієнт варіативності; Me – медіана; Mo – мода; max – максимальне значення показника у вибірці; min – мінімальне значення показника у вибірці.

За результатами шкали PCL-5, середній бал по вибірці становить 12.17 ($\sigma = 7.2$), що відповідає нормі. Це означає, що в цілому опитані особи не виявляють клінічно значущих симптомів ПТСР. Водночас, показники варіюють у досить широкому діапазоні: мінімальне значення становило 2 бали, максимальне – 28 балів. Отже, частина респондентів майже не має симптомів, тоді як інші – відчувають легкі прояви. Розподіл респондентів за рівнями ПТСР демонструє, що 84.6% опитаних мають норму (0-20 балів), 15.4% – легкий рівень (21-40), і жоден не потрапив до помірного чи важкого (див. Рис. 2.1.).

Іншими словами, у 15.4% учасників спостерігаються легкі симптоми ПТСР, які можуть вказувати на ризик хронізації без втручання. У більшості (понад 80%) симптоми відсутні або мінімальні: вони відчувають певні наслідки травм, але не на клінічному рівні. Позитивним є той факт, що жоден респондент не має важких проявів. Ймовірно, ці люди або мають ефективні стратегії подолання, або травми були менш інтенсивними. В цілому така картина вказує на необхідність профілактики. Навіть легкі симптоми, якщо їх ігнорувати, з часом можуть перерости у ПТСР (див. Рис. 2.1.).

Це помірно оптимістичний результат, адже невелика частка респондентів відчуває легкі симптоми, які могли б свідчити про пряме ПТСР. Водночас, більше ніж у 15% ПТСР присутній на легкому рівні, що вказує на поширеність наслідків травм у повсякденному житті.

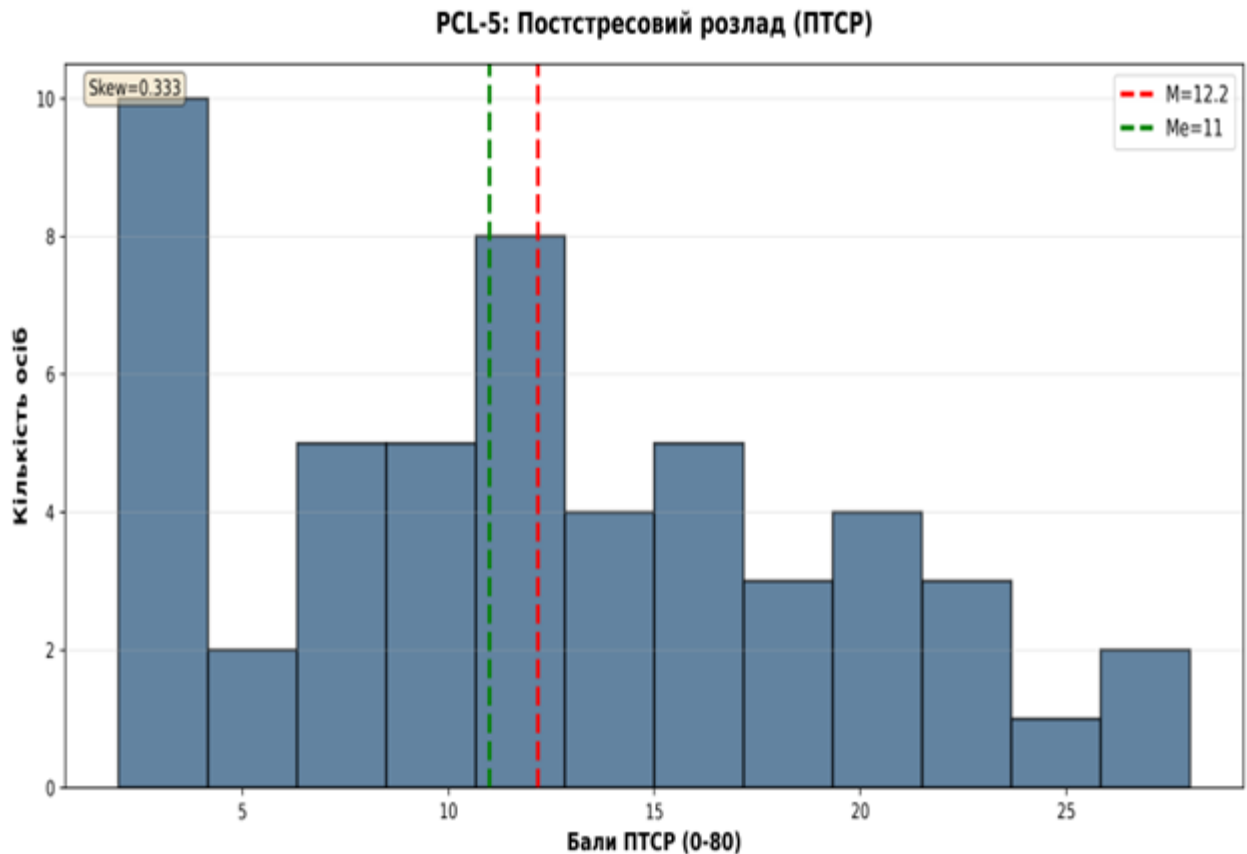


Рис. 2.1. Розподіл рівнів ПТСР серед респондентів (у відсотках) ($n=52$).

Оцінка за опитувальником «Перелік життєвих подій для DSM-5» показав, що в нашій вибірці переважає середній рівень експозиції до травматичних подій. Середній бал становить 4.56 ($\sigma = 3.02$), що відповідає середньому рівню за класифікацією. Усі респонденти (100%) мають середній рівень експозиції (4-7 подій), жоден не потрапив до низького чи високого. Це означає, що опитані особи стикалися з кількома травматичними подіями, такими як воєнні дії чи втрати, але не з надмірною кількістю. Така експозиція може бути як реакцією на актуальні події (наприклад, війна), так і відображенням загальної травматизації (див. Рис. 2.2.).

Ще більш показовими є результати за стратегіями копінг-поведінки. Середній бал за проблемно-орієнтованим копінгом (К-завдання) – 47.73 ($\sigma = 7.94$), що відповідає середньому рівню. Близько 78.8% учасників мають середній рівень, 17.3% – низький, 3.8% – високий. За емоційно-орієнтованим (К-емоції) середнє – 35.37 ($\sigma = 5.39$), з 94.2% середнім рівнем. За уникненням (К-уникнення) – 54.14 ($\sigma = 20.7$), з 46.2% високим рівнем. Відволікання – 30.01

($\sigma = 13.3$), з 55.8% середнім. Соціальна підтримка – 38.05 ($\sigma = 21.37$), з 44.2% низьким. Іншими словами, більшість респондентів використовує середні стратегії, але уникнення часто високе (див. Рис. 2.2.).

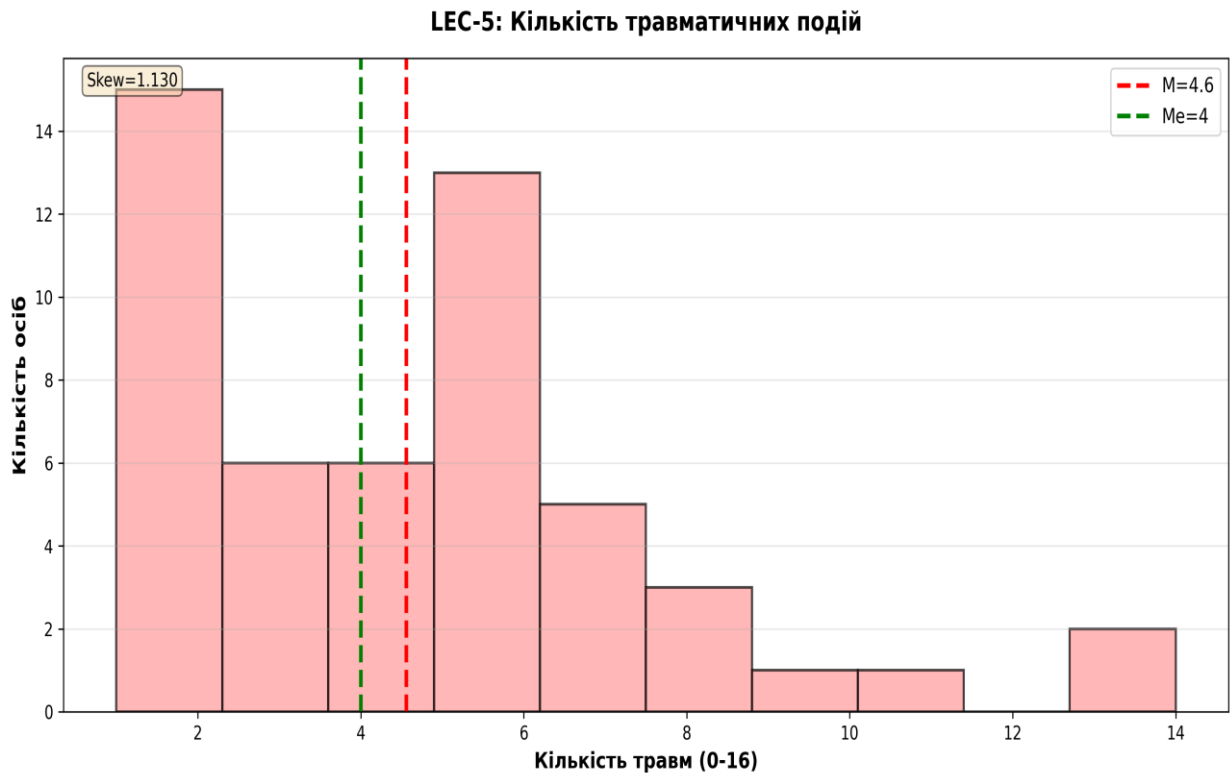


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за рівнями експозиції до травм у досліджуваній вибірці ($n=52$).

Результати за методикою CISS дали змогу визначити, які копінг-стратегії найчастіше застосовують наші респонденти у стресових ситуаціях. Аналіз середніх показників і розподілу рівнів використання стратегій виявив цікаві тенденції. Найбільш вираженими стилями у вибірці є проблемно-орієнтований копінг та уникнення. Зокрема, К-завдання в середньому становить 47.73% ($\sigma = 7.94$), а К-уникнення – 54.14% ($\sigma = 20.7$). Це найвищі середні значення серед усіх стратегій, і вони знаходяться в діапазоні середнього рівня за критеріями методики. У 78.8% респондентів рівень К-завдання є середнім, ще у 17.3% – низьким, і 3.8% учасників продемонстрували високий рівень (див. Рис. 2.3.).

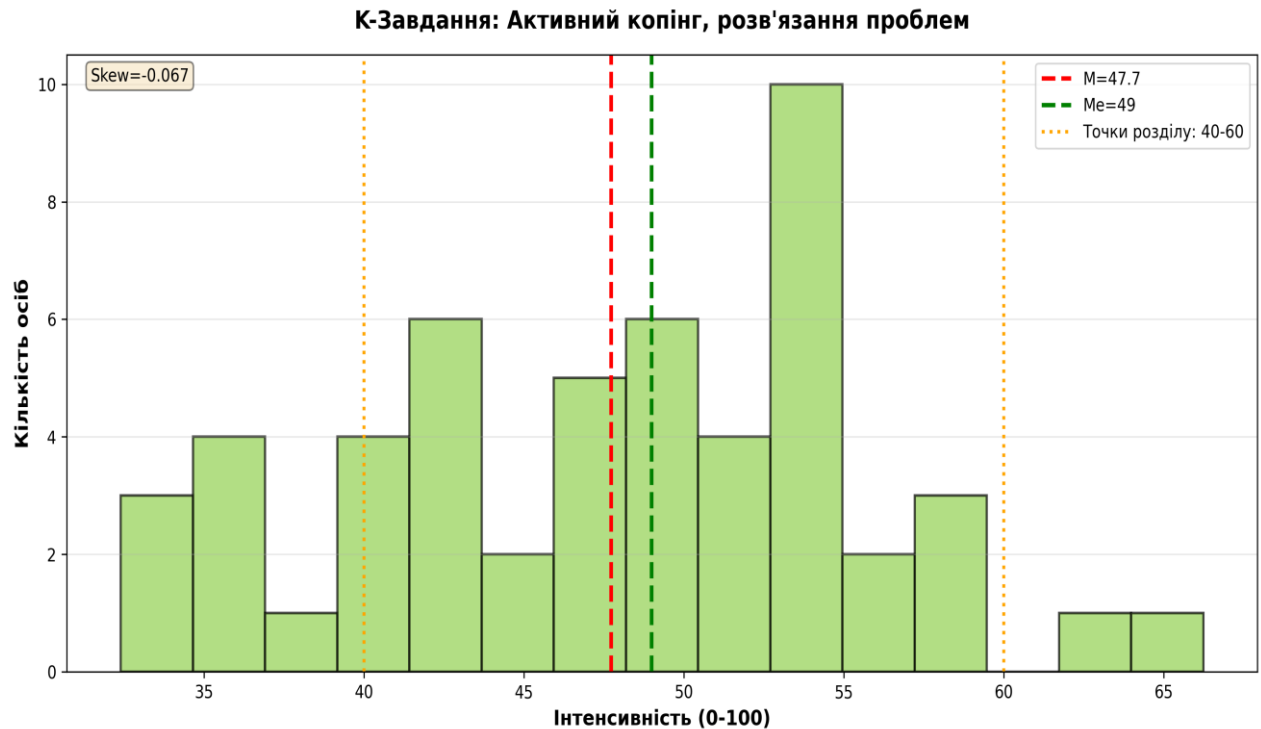


Рис. 2.3. Розподіл показників К-завдання у досліджуваній вибірці ($n=52$).

Таким чином, можна сказати, що більшість респондентів вдається до проблемно-орієнтованого копіngu та уникнення як до способів впоратися з травмою. Проблемно – орієнтований копінг передбачає активне вирішення ситуації, що, ймовірно, допомагає нашим респондентам знизити симптоми ПТСР. Уникнення ж проявляється в тому, що людина намагається уникати нагадувань про травму, це теж поширена стратегія, яка може тимчасово полегшити стан, але ризикує хронізацію.

На противагу цьому, деякі інші стратегії виявилися слабо вираженими у більшості учасників. Найнижчі середні показники зафіксовано для відволікання (30.01%, $\sigma = 13.3$) та соціальної підтримки (38.05%, $\sigma = 21.37$). Переважна більшість респондентів рідко використовує ці стилі. Зокрема, 44.2% опитаних показали низький рівень соціальної підтримки, і лише 30.8% – високий. Емоційно-орієнтований копінг мав дещо нижчі показники, але все ж у рамках середнього рівня. Середній бал за К-емоції – 35.37% ($\sigma = 5.39$), причому 94.2% респондентів у середній категорії (див. Рис. 2.4.).

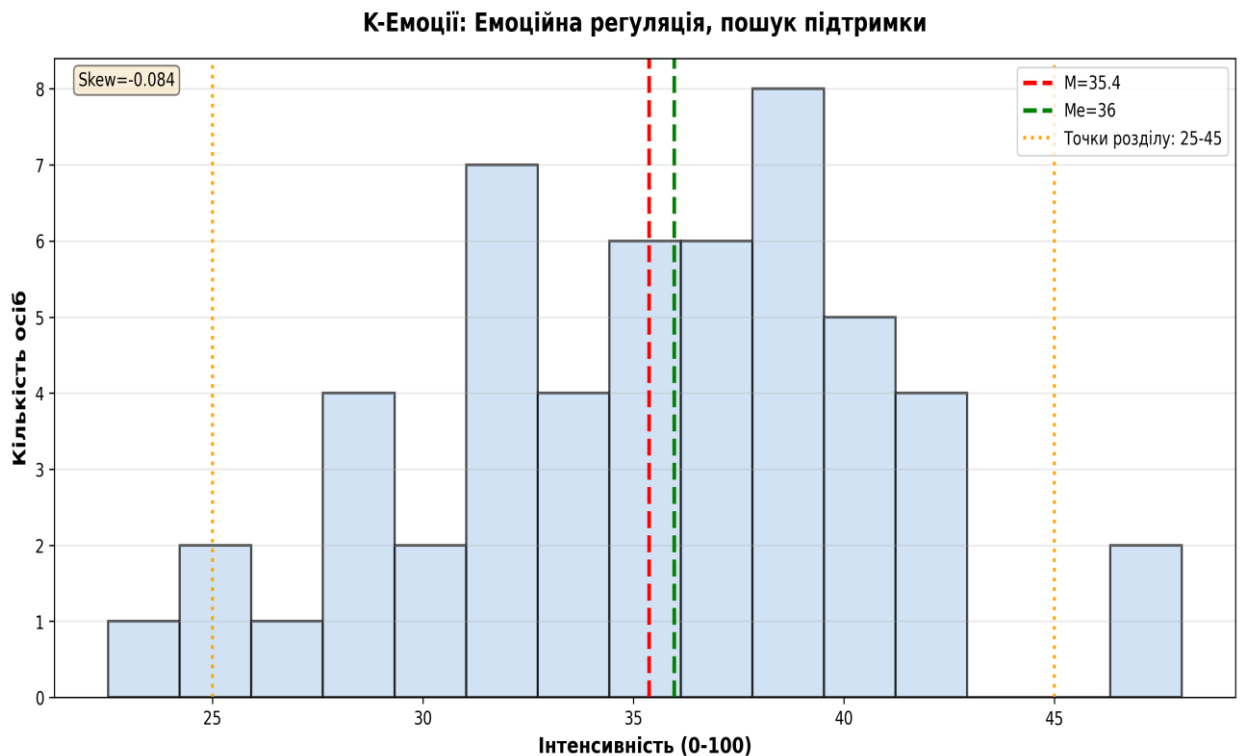


Рис. 2.4. Профіль К-Емоції у досліджуваній вибірці ($n=52$).

Отриманий профіль копінг-стратегій показує, що наші респонденти схильні опиратися на доволі адаптивні способи (проблемний), але часто вдаються до уникнення. Це може свідчити про певний рівень усвідомленості та психологічної культури в нашій вибірці: люди, можливо, прагнуть вирішити проблеми, а не просто відволікатися чи шукати підтримку. Однак, слід зазначити, що навіть адаптивні стратегії не гарантують відсутності ПТСР, вони лише пом'якшують його вплив. Наприклад, надмірне уникнення може призводити до ізоляції, а низька соціальна підтримка – до самотності. Тому баланс стратегій теж важливий: оптимально, коли людина може гнучко використовувати різні підходи залежно від ситуації.

Отже, первинний аналіз отриманих даних дозволяє окреслити психологічний портрет середньостатистичного учасника нашого дослідження. В цілому, респондент не виявляє клінічно значущих симптомів ПТСР, має середній рівень експозиції до травм та використовує переважно проблемно-орієнтований копінг з елементами уникнення. Іншими словами, більшість опитаних переживають наслідки травм, але стараються впоратися з ними через

активне вирішення, а не через емоційне фокусування чи відволікання. Водночас, насторожує високий рівень уникнення у 46.2% – для них навіть помірні травми можуть становити ризик. Помітно й те, що 15.4% респондентів вже мають легкі симптоми ПТСР, що є критичним сигналом щодо ризику хронізації. Особливо важливим психологічним чинником ПТСР, виявленим у ході цього етапу аналізу, можна вважати уникнення як стратегію (як загальну тенденцію уникати травмуючих нагадувань) та пов'язані з нею низькі рівні соціальної підтримки.

Наші дані вказують на те, що респонденти з вищими симптомами ПТСР схильні вдаватися до уникнення значно частіше (у них цей показник вищий, ніж у тих, хто має норму). Навпаки, ті, хто має норму, можливо, ефективніше використовують проблемно – орієнтований копінг чи мають меншу експозицію. Виявлені на цьому етапі тенденції підтверджують нашу гіпотезу про взаємозв'язок між психологічними особливостями копінгу та симптомами ПТСР. Для більш точного розуміння цих взаємозв'язків необхідно провести кореляційний аналіз, результати якого будуть представлені у наступному підрозділі.

Підсумовуючи описову статистику: респонденти в цілому характеризуються нормою ПТСР, середнім рівнем травм та переважно адаптивними стратегіями копінгу (проблемний), але з високим уникненням. Більшість не вдається до крайніх форм подолання, а радше використовує відносно конструктивні стратегії (завдання та уникнення). Однак, значна частка людей має високе уникнення як рису, що потенційно може становити ризик, адже така стратегія у несприятливих умовах здатна трансформуватися в хронічний ПТСР і зрештою у важкі наслідки.

2.3. Кореляційний аналіз взаємозв'язків між рівнями ПТСР, травматичними подіями та стратегіями копінг-поведінки.

Для обробки отриманих результатів дослідження було використано програму SPSS 27, за допомогою якої на всіх етапах статистичного аналізу

нами зроблено огляд даних, створено таблиці і вираховано статистику. Так, кореляційний аналіз – це перевірка гіпотез про зв'язки між змінними з використанням коефіцієнта кореляції. Коефіцієнт кореляції Пірсона може бути застосованим для вивчення взаємозв'язку двох метричних змінних, та визначає наскільки пропорційна їх змінність.

Наступним кроком ми проаналізували, як між собою пов'язані вимірювані показники, з особливим акцентом на пошук психологічних чинників ПТСР та копінг-стратегій. Зокрема, нас цікавило: (1) чи справджується гіпотеза про те, що експозиція до травм підвищує симптоми ПТСР; (2) які копінг-стратегії можуть слугувати «буфером» або, навпаки, каталізатором ПТСР; (3) які конфігурації зв'язків існують між травмами та копінг-поведінкою.

Таблиця 2.2.

Статистично достовірні зв'язки між рівнями ПТСР, травматичними подіями та стратегіями копінг-поведінки (n=52).

	Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР	Опитувальник травматичних подій LEC-5	Проблемно-орієнтований (К-завдання)	Емоційно-орієнтований (К-емоції)	Уникнення	Відволікання	Соціальна підтримка
Шкала самооцінювання щодо наявності ПТСР	+1.000** *	+0.239	- 0.713** *	-0.292*	+0.802***	+0.062	- 0.011
Опитувальник травматичних подій LEC-5	+0.239	+1.000** **	-0.170	-0.194	+0.252	+0.222	+0.022

Проблемно-орієнтований (К-завдання)	-0.713***	-0.170	+1.000**	+0.402*	-0.786**	+0.108	-0.136
Емоційно-орієнтований (К-емоції)	-0.292*	-0.194	+0.402*	+1.000**	-0.290*	+0.117	-0.034
Уникнення	+0.802**	+0.252	-0.786**	-0.290*	+1.000***	-0.187	+0.065
Відволікання	+0.062	+0.222	+0.108	+0.117	-0.187	+1.000***	-0.004
Соціальна підтримка	-0.011	+0.022	-0.136	-0.034	+0.065	-0.004	+1.000***

Примітка: * – кореляція статистично достовірна на рівні $p=0,05$; ** – кореляція статистично достовірна на рівні $p=0,01$; *** – кореляція статистично достовірна на рівні $p=0,001$.

Отримані кореляції виявилися досить показовими та дозволяють зробити важливі висновки щодо психологічних механізмів ПТСР. Аналіз виявив три статистично значущі зв'язки копінг-стратегій із рівнем ПТСР, що має суттєве теоретичне та практичне значення.

Перш за все, рівень ПТСР (за PCL-5) статистично значуще пов'язаний з кількома чинниками. Коефіцієнт Пірсона між ПТСР та уникненням (К-уникнення) склав $r = 0.802$ (при $p < 0.001$). Це сильний прямий позитивний зв'язок: чим більше людина схильна до уникнення (уникати травмуючих нагадувань, думок про подію, місць та людей, пов'язаних із травмою), тим вищий у неї рівень симптомів ПТСР. Цей результат підкреслює критичну роль уникаючого копінгу як чинника, що фактично підживлює симптоматику ПТСР. Інакше кажучи, ті респонденти, які уникають згадок про травму, на практиці відчувають більше симптомів. Це дуже цікавий результат, що підкреслює роль копінг-стратегій: уникнення виявляється психологічним

чинником, який фактично підживлює ПТСР. Можна припустити, що така стратегія не дозволяє ефективно переробити травму – спогади накопичуються, емоції пригнічуються, і все це веде до зростання симптомів. Відтак, уникнення може виступати своєрідним провісником хронічного ПТСР: якщо людина систематично вдається до цього механізму, її симптоми будуть зростати, і зрештою ресурси виснажаться.

Отримані дані узгоджуються з численними дослідженнями. Так, когнітивна модель ПТСР Е. Елерс та Д.М. Кларк (2000) пояснює цей зв'язок тим, що уникнення перешкоджає когнітивній переробці травматичного досвіду та інтеграції травматичних спогадів в автобіографічну пам'ять. Згідно з цією моделлю, ПТСР стає хронічним, коли індивіди обробляють травму таким чином, що це призводить до відчуття серйозної поточної загрози. Стратегії уникнення, хоча й спрямовані на зменшення тривоги, насправді підтримують ПТСР, оскільки: (а) перешкоджають елаборації травматичної пам'яті, (б) не дозволяють переглянути негативні оцінки події та (в) підтримують відчуття постійної загрози. Таким чином, уникнення може виступати провісником хронічного ПТСР: якщо людина систематично вдається до цього механізму, її симптоми будуть зростати, і зрештою психологічні ресурси виснажаться.

Також слід зазначити, що деякі тенденції копінгів заслуговують на увагу. Наприклад, коефіцієнт кореляції між ПТСР і проблемно-орієнтованим копінгом (К-завдання) виявився $r = -0.713$ ($p < 0.001$, сильний негативний), з емоційно-орієнтованим (К-емоції) $r = -0.292$ ($p < 0.05$, слабкий негативний). Це говорить про те, що адаптивні стратегії (завдання) знижують симптоми ПТСР, тоді як емоційний фокус також пом'якшує, але слабше. Відволікання та соціальна підтримка не мають ефекту (r близько 0). Ймовірно, відволікання може впливати опосередковано (наприклад, через посилення уникнення), але це не було зафіксовано простим кореляційним зв'язком. Проблемно – орієнтований копінг, як потенційно більш адаптивний стиль, показав сильний захисний ефект – можна припустити, що він виконує свою функцію (знижує

симптоми), не впливаючи безпосередньо на експозицію, або ж його вплив нейтралізується іншими факторами.

Такі отримані результати узгоджуються з класичною транзакційною теорією стресу та копіngu Р. Лазарус та С. Фолкман [22], які обґрунтували, що проблемно-орієнтовані стратегії є найефективнішими в ситуаціях, які піддаються контролю та можуть бути змінені через активні дії. Д. Різзі та співавтори [45] у систематичному огляді копінг-стратегій серед українських біженців та внутрішньо переміщених осіб підтвердили, що проблемно-орієнтований копінг часто асоціюється з нижчими рівнями симптомів ПТСР або взагалі не корелює з розладом, що вказує на його захисну роль.

Дослідники зазначають, що активні стратегії подолання, на відміну від уникнення, дозволяють людині відновити відчуття контролю над ситуацією та сприяють адаптивній переробці травматичного досвіду [20, 45]. Це узгоджується з когнітивними моделями ПТСР [25], які постулюють, що відновлення почуття керованості та передбачуваності є ключовим механізмом одужання після травми.

Порівняно високий захисний ефект проблемно-орієнтованого копіngu в нашому дослідженні ($r = -0.713$) є навіть сильнішим, ніж у деяких західних дослідженнях. Це може пояснюватися специфікою вибірки або культурними особливостями копінг-репертуару українців в умовах війни, де активне вирішення проблем набуває особливого адаптивного значення.

Результати щодо травматичних подій виявилися дещо несподіваними. Згідно з гіпотезами і літературними даними, ми очікували, що експозиція до травм (LEC-5) позитивно корелюватиме з ПТСР (тобто особи з більшою кількістю травм мали б сильніше симптоми). Однак, у нашій вибірці LEC-5 не показала статистично значущого зв'язку з ПТСР ($r = 0.239$, $p > 0.05$, слабкий позитивний). Більш того, з копінг-стратегіями зв'язки теж незначущі (r від -0.194 до 0.252). Іншими словами, на рівні простого лінійного зв'язку кількість травм як така не визначає, хто більше страждає від ПТСР. Цей результат потребує обережної інтерпретації. Він не означає, що травми не важливі для

ПТСР – скоріше, він вказує на непрямий характер її впливу та на особливості вибірки. Треба врахувати, що в нашому дослідженні рівень експозиції у більшості респондентів і так був середнім (мала варіативність показника): коли 100% учасників мають приблизно однаково середній рівень травм, статистично важко вловити кореляцію з іншою змінною (ПТСР), оскільки розподіл однорідний. Фактично, травмовані були майже всі і ті, хто має симптоми, і ті, у кого норма.

Цей результат, хоча й здається суперечливим, насправді узгоджується з низкою інших досліджень. Метааналіз К.Р. Брюїна та співавторів (2000) виявив, що об'єктивна тяжкість травми пояснює лише невелику частку варіації симптомів ПТСР, тоді як суб'єктивні фактори (сприйняття загрози, дисоціація під час травми) та посттравматичні чинники (соціальна підтримка, додатковий стрес) мають сильніший вплив [20].

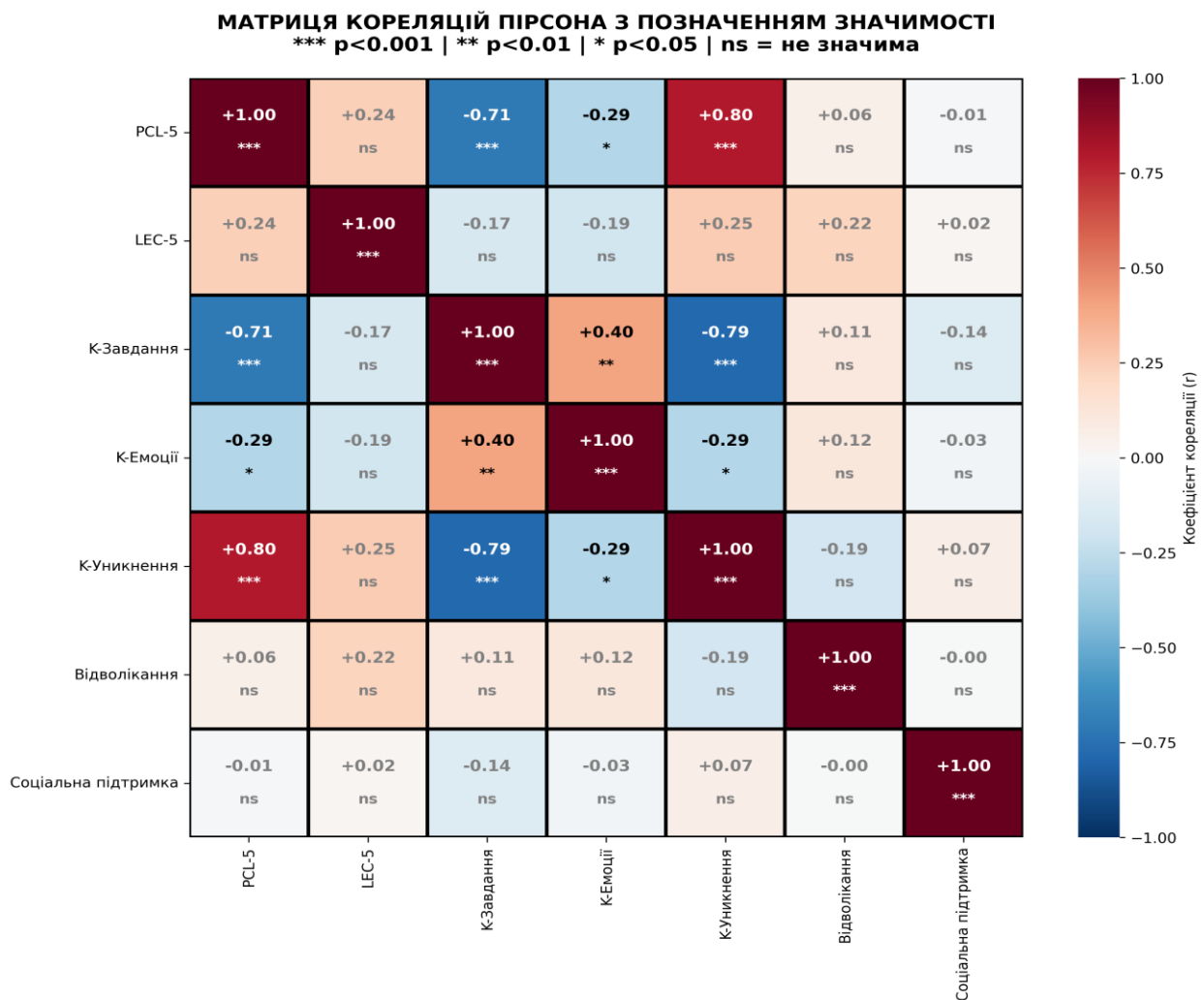


Рис. 2.5. Кореляційна матриця, що відображає взаємозв'язки між рівнями ПТСР, травматичними подіями та стратегіями копінг-поведінки (n=52).

Крім того, можливо, що експозиція проявляє свій вплив опосередковано через те, як людина справляється з травмою. Наші дані підтримують цю ідею: уникнення сильно корелює з проблемним копінгом ($r = -0.786$, $p < 0.001$), з емоційним ($r = -0.290$, $p < 0.05$). Отже, особи з високим уникненням рідше використовують адаптивні стратегії, що посилює ПТСР. Проблемно – орієнтований копінг, у свою чергу, негативно пов'язаний з ПТСР. Таким чином, ми можемо припустити таку картину: висока експозиція створює передумови для ПТСР, але не прямо, а через вибір дезадаптивних стратегій. Травмована людина, відчуючи постійне напруження, не завжди здатна конструктивно його подолати – вона, швидше, автоматично застосовує уникнення, щоб заглушити спогади. Якщо ці стратегії дезадаптивні (як-от уникнення), проблема не вирішується, а накопичується, що в результаті і проявляється у високому рівні ПТСР та може призвести до хронізації.

Підтримкою цієї інтерпретації є і відсутність позитивного зв'язку між адаптивними стратегіями та ПТСР. Наприклад, соціальна підтримка не корелює з високим ПТСР – і це очікувано, адже пошук допомоги часто дозволяє тримати симптоми під контролем. Відволікання теж не веде до зростання ПТСР – навпаки, воно може давати тимчасове полегшення. Отже, якщо травмована людина навчиться користуватися більш адаптивними копінг-стратегіями замість автоматичного уникнення, негативний вплив травм може бути зменшений. Це має велике значення для практики: психологічні інтервенції, спрямовані на розвиток проблемно-орієнтованих стратегій і усвідомлення уникнення, потенційно здатні убезпечити травмованих осіб від ПТСР.

Отримані дані дозволяють запропонувати інтегративну модель: травматичні події створюють навантаження на психіку, але їхній вплив на розвиток ПТСР значною мірою модерується копінг-стратегіями. Уникнення

виступає ключовим дезадаптивним механізмом: особи з високим уникненням демонструють значно вищі рівні ПТСР ($r = 0.802$) і водночас рідше використовують проблемно-орієнтований копінг ($r = -0.786$). Натомість проблемно-орієнтований копінг виконує захисну функцію, знижуючи симптоми ПТСР ($r = -0.713$).

Отже, можна припустити таку картину: висока експозиція створює передумови для ПТСР, але не прямо, а через вибір дезадаптивних стратегій. Травмована людина, відчуваючи постійне напруження, не завжди здатна конструктивно його подолати – вона може автоматично застосовувати уникнення, щоб заглушити спогади. Якщо ці стратегії дезадаптивні, проблема не вирішується, а накопичується, що в результаті проявляється у високому рівні ПТСР та може призвести до хронізації. Дана модель узгоджується з когнітивною теорією ПТСР Е. Елерс та Д.М. Кларк (2000), яка пояснює, що уникаючі стратегії перешкоджають адаптивній переробці травми та підтримують відчуття поточної загрози.

Підтримкою цієї інтерпретації є і відсутність позитивного зв'язку між адаптивними стратегіями та ПТСР. Соціальна підтримка як стратегія не корелює з високим ПТСР, відволікання теж не веде до зростання симптомів. Отже, якщо травмована людина навчиться користуватися більш адаптивними копінг-стратегіями замість автоматичного уникнення, негативний вплив травм може бути зменшений.

Отримані результати мають важливе значення для практики. Психологічні інтервенції мають фокусуватися не лише на переробці травматичних спогадів, але й на модифікації копінг-репертуару – зменшенні уникання та розвитку проблемно-орієнтованих стратегій. Як зазначають дослідники, копінг через активні стратегії та позитивну переоцінку, а не через уникнення, асоціюється з кращими результатами відновлення після травми.

Висновки до другого розділу

У другому розділі магістерської роботи:

•**обґрунтовано** вибір та застосування комплексу психодіагностичних методик для емпіричного дослідження психологічних чинників ПТСР, який включає шкалу PCL-5, опитувальник «Перелік життєвих подій для DSM-5» та методику копінг-поведінки (Ендлер – Паркер), що дозволило всебічно оцінити симптоми, експозицію до травм та стратегії подолання;

•**здійснено** емпіричне дослідження на вибірці з 52 осіб віком від 19 до 64 років, які пережили травматичні події, з яких 28 жінок та 24 чоловіки, переважно з регіонів України, що постраждали від конфлікту, що забезпечило різноманітність проявів ПТСР та копінг-стратегій та підвищило валідність результатів;

•**встановлено**, що в досліджуваній вибірці переважає норма ПТСР ($M=12.17$; 84.6% респондентів), при цьому 15.4% учасників перебувають у зоні легких симптомів, що свідчить про потенційний ризик хронізації без втручання;

•**виявлено**, що усі респонденти (100%) характеризуються середнім рівнем експозиції до травматичних подій ($M=4.56$), що підкреслює актуальність проблеми та вказує на поширеність травм у вибірці;

•**визначено** профіль копінг-стратегій досліджуваної вибірки, в якому домінують проблемно-орієнтований копінг ($M=47.73\%$; 78.8% середній рівень) та уникнення ($M=54.14\%$; 46.2% високий рівень), тоді як емоційний копінг, відволікання та соціальна підтримка виявилися помірними чи низькими у більшості учасників;

•**проведено** кореляційний аналіз за методом Пірсона, який виявив статистично значущий сильний прямий зв'язок між рівнем ПТСР та уникненням як копінг-стратегією ($r=0.802$, $p<0.001$), що підтверджує роль дезадаптивних стратегій у підсиленні симптомів ПТСР;

•**встановлено**, що експозиція до травм (LEC-5), хоча і не має прямої кореляції з ПТСР ($r=0.239$, $p>0.05$), демонструє тенденції до зв'язків з дезадаптивними стратегіями (наприклад, уникнення $r=0.252$), що свідчить про

опосередкований характер впливу травм на ПТСР через вибір неефективних копінг-стратегій;

• **показано**, що адаптивні копінг-стратегії (проблемно-орієнтований $r = -0.713$, $p < 0.001$; емоційно-орієнтований $r = -0.292$, $p < 0.05$) негативно корелюють з ПТСР, що підтверджує їхню потенційну роль як протективних факторів у профілактиці розладу та створює підґрунтя для розробки психологічних інтервенцій, спрямованих на розвиток конструктивних стратегій подолання.

РОЗДІЛ III РОЗРОБКА ПСИХОКОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ

1.1. Теоретичне обґрунтування психокорекційної програми: мета, завдання та принципи побудови.

На основі результатів дослідження, проведеного у розділі II, основною метою психокорекційної програми є зниження рівня посттравматичного стресового розладу та профілактика його хронізації у осіб, що зазнали травматичних подій. Програма спрямована на корекцію психологічних чинників ПТСР, передусім дезадаптивних копінг-стратегій, та на розвиток навичок ефективного подолання стресу. Зокрема, ставиться завдання мінімізувати уникаючу поведінку як ключовий чинник підтримання ПТСР, а також підсилити адаптивні копінги (проблемно-орієнтовані та емоційно-орієнтовані стратегії) для підвищення стійкості до стресу. У кінцевому підсумку програма покликана допомогти учасникам опрацювати травматичний досвід та відновити психологічну рівновагу, запобігаючи розвитку тяжких форм розладу.

Для досягнення зазначеної мети визначено такі основні завдання психокорекційної роботи:

1. психоедукація щодо травми та ПТСР. Надавати учасникам науково обґрунтовану інформацію про природу посттравматичного стресу, його симптоми та механізми розвитку. Це допоможе знизити стигму і тривогу, пов'язані з пережитими реакціями, а також сформує розуміння необхідності активного подолання. Зокрема, пояснюється, що уникання травматичних спогадів, хоч і дає тимчасове полегшення, насправді підтримує розлад, заважаючи когнітивній переробці травми. Така інформація готує ґрунт для подальшої мотивації до змін у поведінці;
2. розвиток навичок адаптивного копінгу. Тренувати учасників застосовувати конструктивні стратегії подолання стресу, насамперед проблемно-орієнтований копінг (активний підхід до вирішення труднощів,

планування, пошук інформації). Як було виявлено в дослідженні, високий рівень проблемно-орієнтованого копінгу асоціюється зі значно нижчими симптомами ПТСР ($r = -0.713$, $p < 0.001$). Це узгоджується з класичною теорією стресу Р. Лазаруса та С. Фолкман, за якою активні стратегії ефективніші у ситуаціях, що піддаються контролю. Отже, завданням програми є навчити учасників активно долати життєві проблеми, відновлюючи почуття контролю над ситуацією. Одночасно увага приділяється розвитку емоційно-орієнтованих стратегій, таких як усвідомлення й вираження почуттів, техніки релаксації, когнітивна переоцінка, що сприятиме емоційній стабілізації та зниженню тривоги;

3. корекція уникаючої поведінки. Ключовим завданням є зменшення патологічного уникнення травматичних нагадувань. Уникаючий копінг показав найсильніший позитивний зв'язок із рівнем ПТСР ($r = +0.802$, $p < 0.001$) у вибірці, а отже, інтервенція має бути націлена на подолання цього дезадаптивного механізму. На основі когнітивної моделі ПТСР Е. Елерс та Д. М. Кларка (2000) учасникам пояснюється, що стратегії уникнення перешкоджають «переварюванню» травми та підтримують відчуття поточної загрози. Відтак, програма має допомогти поступово зіткнутися зі спогадами та ситуаціями, яких людина уникає, у безпечних умовах терапевтичної групи. Через вправи поступової експозиції (наприклад, обговорення або написання травматичного досвіду) учасники навчаться толерувати дистрес і переконуються, що спогади про подію, не те саме, що сама подія. Це завдання є центральним для профілактики хронізації ПТСР, оскільки додання уникнення запускає процес когнітивної переробки травми та інтеграції спогадів [25];

4. забезпечення соціальної підтримки та нормалізація досвіду. Груповий формат програми дозволяє створити простір взаємопідтримки, де учасники можуть ділитися переживаннями та отримувати емоційну підтримку один від одного. Соціальна підтримка розглядається як потужний протективний фактор. За даними досліджень серед постраждалих від війни українців, низька

підтримка оточення підвищує ризик тяжких стресових розладів, тоді як наявність підтримки пом'якшує вплив життєвих труднощів на розвиток ПТСР. Тому завданням програми є згуртувати учасників, дати їм відчувати, що вони не самотні у своїх переживаннях (ефект «універсальності»), та мотивувати до активного пошуку допомоги в соціальному оточенні. Практично це реалізується через групові обговорення, вправи в парах, навички звернення по підтримку (наприклад, до рідних, друзів, колег). Формування мікроспільноти взаємодопомоги всередині групи слугує «терапевтичним фактором». Учасники отримують емоційну віддачу та натхнення одне від одного, що само по собі сприяє відновленню. Як показує систематичний огляд Д. Ріцці та співавт. (2023), соціальні зв'язки та включення громади відіграють критично важливу роль у покращенні психологічного благополуччя переміщених осіб. Тому програма робить акцент на груповій динаміці та розвитку навичок спілкування [45];

5. сприяння посттравматичному зростанню. Окрім зниження негативної симптоматики, програма орієнтована на те, щоб учасники змогли переосмислити травматичний досвід та побачити власну стійкість. Це відповідає концепції посттравматичного зростання (О. В. Климчук), згідно з якою подолання травми може привести до позитивних змін як глибшого усвідомлення цінностей, зміцнення духу, переоцінки життєвих пріоритетів [4]. В ході занять учасникам пропонується виконувати вправи на пошук смислу. Наприклад, обговорення того, що допомогло їм вижити; які нові якості або ресурси вони відкрили в собі через випробування; за що вони вдячні сьогодні. Звісно, мета не в тому, щоб романтизувати травму, а щоб підкреслити ресурсність особистості. Так, навіть у важких умовах людина може знаходити опору в собі, в інших, у вищих цінностях. Цей акцент на позитивних змінах доповнює роботу з травматичними спогадами і дає надію, що життя після травми може мати новий зміст. Це завдання особливо актуальне в контексті війни, коли важливо підтримати віру людей у власні сили та майбутнє (як

зазначає В.О. Климчук, переживання травми може стати ґрунтом для особистісного зростання за умови відповідної підтримки).

Психокорекційна програма розроблена з опорою на сучасні принципи доказової психотерапії та з урахуванням специфіки цільової групи (дорослі, що пережили травматичні події під час війни).

Програма є складовою комплексного підходу до подолання ПТСР, що поєднує різні методи впливу. Як підкреслюють дослідники, ефективне лікування ПТСР має бути комплексним та індивідуально орієнтованим, включати психотерапевтичні, медикаментозні та альтернативні методи, а також заходи соціальної реабілітації. Відповідно, хоча дана програма фокусується на психологічній допомозі (групова терапія), вона інтегрована із загальною системою допомоги. Так, передбачено співпрацю з лікарями (психіатрами) у разі потреби медикаментозної підтримки, а також з соціальними службами (для вирішення побутових та фінансових труднощів учасників). Наприклад, якщо під час відпрацювання проблемно-орієнтованих стратегій з'ясується, що учаснику бракує житла чи роботи, психолог скерує його до відповідних служб. Така мультидисциплінарність підвищує ефективність втручання, адже посттравматичні проблеми мають не лише психічний, але й соціальний вимір.

Побудова програми ґрунтується на засадах травма-інформованого підходу, що передбачає створення максимально безпечного, підтримуючого середовища для учасників. Всі заняття проводяться з урахуванням можливих тригерів. Так, терапевт пояснює учасникам їхнє право не розголошувати деталі травми, якщо вони не готові, або зробити паузу, коли емоції надмірні. Дотримується принцип «не нашкодь», тобто ніяких примусових «групових каяттів» чи надмірно інтенсивних втручань на кшталт психологічного дебрифінгу одразу після травми (сучасні настанови не рекомендують рутинне допитування про травму одразу після події). Замість цього впроваджується поетапна модель допомоги. Отже, спочатку стабілізація, налагодження почуття безпеки, і лише після цього, поступова робота з травматичними

спогадами. Принцип безпеки включає також конфіденційність (усі учасники підписують угоду про нерозголошення персональної інформації, обговореної в групі) та повагу до меж особистості. Фасилітатор уважно слідкує за емоційним станом членів групи, застосовує техніки заземлення та релаксації на випадок флешбеків чи панічних реакцій. Важливо, що травмоорієнтований підхід допомагає уникнути повторної травматизації учасників протягом терапії, забезпечуючи їм контроль над тим, як відбувається процес зцілення.

Програма спирається на методи, ефективність яких підтверджено дослідженнями та клінічними настановами. Зокрема, в її основу покладено принципи когнітивно-поведінкової терапії травми (TF-CBT) і її модифікацій, що рекомендовані в усьому світі як перша лінія психологічного лікування ПТСР. Під час розробки структури занять враховано протоколи таких підходів, як пролонгована експозиція, когнітивно-процесуальна терапія (CPT), травмофокусована когнітивна терапія та елементи EMDR (десенсибілізації та репроцесування рухами очей). Наприклад, принцип «протистояти пам'яті про травму, щоб примиритися з досвідом» реалізовано через вправи терапевтичної експозиції у безпечному форматі (написання «листа про подію», малювання або створення розповіді про пережите з подальшим обговоренням почуттів тощо). Програма також включає техніки когнітивної реструктуризації (виявлення і відпрацювання дезадаптивних переконань, як-от «я безпомічний», «світ повністю небезпечний») та навчання навичкам саморегуляції (дихальні вправи, м'язова релаксація), які є складовими КПТ і довели ефективність у зниженні симптомів тривоги й гіперарозації у травмованих осіб. Важливо підкреслити, що всі психоедукаційні матеріали, роздаткові матеріали та техніки, використані у програмі, мають наукове підґрунтя і відповідають найкращим практикам, адаптованим до українського контексту (використано рекомендації Клінічної настанови МОЗ України, 2024). Це гарантує, що учасники отримають саме ті знання і навички, які підтверджено працюють для подолання ПТСР, а не сумнівні або неперевірені підходи [7].

Програма побудована таким чином, щоб учасники були активними творцями власного оздоровлення, а не пасивними реципієнтами допомоги. Кожне заняття передбачає інтерактивні форми роботи. Це і мозкові штурми, дискусії, рольові ігри, творчі завдання. Учасники отримують домашні завдання для закріплення навичок у реальному житті, наприклад, вести щоденник думок і почуттів, практикувати нові копінг-стратегії між сесіями, поступово виконувати «домашні експозиції» (відвідати місце, що нагадує про травму, тощо) з наступним обговоренням успіхів та труднощів на групі. Такий активний підхід відповідає принципам когнітивно-поведінкової терапії, де клієнт виступає співтерапевтом, і сприяє більш глибоким змінам. Окрім того, акцент на самостійній роботі підвищує самоєфективність, людина бачить, що може власноруч впливати на свій стан, що її дії приносять результат. Це особливо важливо для травмованих осіб, у яких часто підривається віра у власний контроль. Активна участь також означає індивідуалізацію. Так, кожен учасник ставить собі персональні цілі (наприклад, хтось – перестати уникати поїздок в метро, хтось – навчитися справлятися з гнівом без алкоголю). Фасилітатор допомагає сформулювати ці цілі і відстежує прогрес, але темп і глибина опрацювання завжди узгоджуються з готовністю людини. Це створює атмосферу співпраці та відповідальності учасника за свої результати.

Розробляючи програму, ми врахували специфіку українського контексту, особливо ситуацію воєнного часу. По-перше, контент вправ і приклади адаптовано до воєнної тематики. Використовуються метафори, зрозумілі військовим і цивільним, які пережили війну; обговорюються реальні ситуації (тривога при звуках сирени, втрати близьких, вимушене переселення тощо). Це підвищує релевантність матеріалу для учасників. По-друге, береться до уваги культурний копінг-репертуар українців. Дослідження показують, що серед українців у кризових ситуаціях значну роль можуть відігравати духовні та патріотичні цінності, гумор, волонтерство та інші форми згуртування. Тому програма не нав'язує якийсь один «правильний» спосіб подолання, а дозволяє учасникам інтегрувати свої культурні та особистісні ресурси. Наприклад,

якщо хтось знаходить розраду в релігії, його підтримують у практикуванні віри (молитви, відвідування храму як частина плану відновлення). Якщо для когось цілющим є почуття братерства і взаємодопомоги, тож заохочується участь у волонтерських проєктах, спільнотах ветеранів тощо. Програма гнучка до таких адаптацій, аби посилити автентичні захисні фактори кожної особистості. Культурна чутливість також означає урахування мовних та етичних моментів. Отже, всі матеріали подано українською мовою, термінологія пояснюється доступно, а у групі шанується різноманіття досвіду (наприклад, і військових, і цивільних, і осіб різної статі). Це формує клімат толерантності та взаємоповаги.

Підсумовуючи, теоретичною основою програми є поєднання сучасних наукових підходів до подолання ПТСР (когнітивно-поведінкових, когнітивно-орієнтованих на травму, копінг-орієнтованих) із врахуванням психологічних закономірностей, виявлених у нашому емпіричному дослідженні. Встановлений зв'язок між уникненням і високим ПТСР, а також між активним копінгом і нижчим ПТСР, визначив акценти програми. Її мета, завдання і принципи підпорядковані головній ідеї. Треба навчити травмовану людину таких форм поведінки і саморегуляції, які замість підтримувати хворобу (як-от уникнення) сприятимуть зціленню та росту. Ця ідея відповідає як емпіричним даним, так і провідним теоріям (когнітивній моделі ПТСР, теорії стресу та копіngu та ін.), а відтак надає програмі міцного теоретичного підґрунтя.

1.2. Структура та зміст психокорекційних занять для осіб з ПТСР.

Психокорекційна програма планується у форматі групових онлайн-занять. Групова форма (6–8 осіб у групі) обрана з огляду на її терапевтичні переваги як можливість обміну досвідом, взаємної підтримки та моделювання соціальної взаємодії. Онлайн-формат (наприклад, платформа Zoom) дозволяє охопити учасників із різних регіонів, що особливо актуально в умовах внутрішнього переміщення населення та безпекових обмежень воєнного часу.

Тривалість програми 10 занять по 1,5–2 години, з частотою 1 раз на тиждень (або двічі на тиждень, залежно від можливостей групи). Така тривалість (приблизно 2 місяці) обґрунтована тим, що за цей період можна охопити всі ключові теми без надмірного перевантаження учасників інформацією. Крім того, дослідження показують, що значуще покращення психологічного стану в осіб з ПТСР часто потребує кількох місяців активної роботи, тому програма розрахована на середньострокову перспективу, з можливістю подальшого продовження підтримки (про це вказано у рекомендаціях). Структурно програма складається з трьох умовних етапів: стабілізація (1–3 заняття), опрацювання травми та тренування навичок (4–8 заняття), закріплення та завершення (9–10 заняття).

Зміст програми за сесіями. Нижче подано орієнтовну структуру занять (модулів) з описом їх змісту та методів роботи.

Вступне заняття це знайомство і безпечне середовище. Мета – сформувати довіру в групі, ознайомити учасників з цілями програми та правилами роботи. Фасилітатор представляється, учасники (за бажанням) розповідають коротко про себе. Встановлюються групові правила такі як конфіденційність, повага, добровільність участі в вправах, відсутність оцінювання. Проводиться вправа на знайомство (наприклад, «історія імені» або розповідь про свій внутрішній ресурс). Далі, психоедукація про ПТСР у доступній формі. Так, пояснюється, що таке ПТСР, чому виникають симптоми (на прикладі реакції організму на стрес, ролі адреналіну тощо). Фасилітатор підкреслює нормальність багатьох реакцій. Наприклад, що нічні кошмари чи тривога при гучних звуках, це поширена реакція на травму, а не «ознака божевілля». Це важливо для зниження стигми і напруги. Учасникам коротко розповідають про роль копінг-стратегій. Наприклад: «Дослідження в Україні показали, що люди, які уникають болючих спогадів, мають більше симптомів ПТСР, а ті, хто намагається вирішувати проблеми, менше. Тому ми будемо вчитися, як замінити неефективні стилі реагування на ефективні». Після теоретичної частини іде обговорення очікувань учасників, кожен (хто хоче)

ділиться, чого він хотів би досягти в групі. Фасилітатор допомагає сформулювати очікування як конкретні цілі. Домашнє завдання полягає в веденні простого щоденнику самоспостереження протягом тижня. Так, потрібно відзначати, які симптоми турбували і як учасник реагував (чи уникав, чи говорив з кимось, чи діяв тощо).

Психоедукація про копінг та самодіагностика стратегій. Мета – поглибити розуміння учасниками власних патернів поведінки під час стресу і почати відслідковувати неефективні реакції. На початку заняття обговорюються результати домашнього щоденника. Так, учасники (добровільно) діляться спостереженнями, фасилітатор допомагає побачити зв'язки між стресорами, емоціями та діями. Далі подається модель копінгу, роз'яснюються три основні стилі – проблемно-орієнтований, емоційно-орієнтований, уникання (з підвидами як відволікання і соціальна підтримка) [26]. Для наочності можна запропонувати короткий опитувальник або чек-лист, щоб учасники оцінили, які стратегії вони використовують найчастіше. Після заповнення, обговорення, що вийшло, чи здивовані результатами, які стратегії виявилися провідними. Фасилітатор акцентує на тому, чи всі стилі мають право на існування, уникнення не робить людину «поганою», це природна захисна реакція; але, на жаль, вона має побічні ефекти, не дає травмі «загоїтися» і тимчасово полегшуючи, підсилює симптоми згодом. Натомість, активне подолання може здаватися важчим спочатку, зате воно реально вирішує проблему або змінює ставлення до неї. У цій частині корисно навести метафору. Наприклад, порівняти уникнення з тимчасовим знеболювальним, яке не лікує рану, а лише маскує біль. Після обговорення теорії буде вправа «Моя скринька копінг-стратегій». Тобто, кожен учасник малює (або списком пише) свої звичні способи справлятися з труднощами, а потім позначає, які з них допомогли довгостроково, а які, лише відклали проблему. Групова дискусія, що можна віднести до ефективних/неефективних стратегій у їх досвіді. Домашнє завдання: впродовж наступного тижня спробувати помічати

момент, коли хочеться вдатися до уникнення, і зафіксувати це (що стало тригером, що саме людина уникає думки, дії, місця?).

Розвиток проблемно-орієнтованого копінгу. Мета – навчити учасників методам активного вирішення проблем і відновлення почуття контролю. Спершу обговорюються спостереження з домашнього завдання коли виявляється чи вдалося помітити уникаючу реакцію, як це було. Потім фасилітатор запитує: «Чи всі життєві труднощі, що виникають після травми, є нерозв'язними? Що можна контролювати, а що ні?». Разом складають дві колонки «мої проблеми, які я можу вирішити» та «те, на що я не маю впливу». Наприклад, не можна повернути загиблого друга (немає контролю), але можна вшанувати його пам'ять якимось чином (є контроль над своїми діями); не можна негайно завершити війну, але можна подбати про свою сім'ю тут і тепер тощо. Ця вправа допомагає виокремити сферу впливу людини. Далі вводиться техніка покрокового розв'язання проблем: 1) чітко сформулювати проблему; 2) згенерувати можливі рішення (мозковий штурм); 3) оцінити плюси і мінуси кожного; 4) обрати найкраще; 5) скласти конкретний план дій; 6) виконати й проаналізувати результат. Учасники застосовують цю схему до однієї з актуальних проблем (кожен обирає щось несильно травматичне, краще з повсякденного життя, наприклад, конфлікт на роботі, фінансове питання). В групах по двоє або троє вони проходять всі кроки, а потім діляться рішеннями в загальному колі. Фасилітатор підсвічує успішні приклади, звертає увагу на творчі знахідки. У результаті учасники бачать, що будь-яку велику проблему можна розбити на менші кроки і поступово з нею впоратися, що підсилює впевненість. На завершення вводиться поняття «план дій на випадок погіршення стану». Отже, група обговорює, що робити, якщо симптоми ПТСР посиляться (кого повідомити, куди звернутися як складання списку контактів психологів, гарячих ліній, побажань собі від теперішнього «стабільного» Я на майбутнє тощо). Домашнє завдання: застосувати метод вирішення проблем до якоїсь власної дрібної проблеми протягом тижня і принести результат.

Опрацювання травматичних спогадів (частина 1, наратив). Мета – розпочати безпечне опрацювання травматичного досвіду шляхом створення наративу і подолання надмірного уникання. Ця сесія – переломний момент програми, де група переходить від суто копінгових технік до травмофокусованої роботи. Починається з вправи на ресурс і безпеку. Наприклад, техніка «Безпечне місце» (візуалізація місця, де почуваєшся захищено) або дихальна релаксація, щоб учасники увійшли в спокійний стан. Фасилітатор нагадує правила, коли кожен ділиться тільки тим, чим готовий, і можна зупинитися будь-коли. Учасникам пропонується письмова вправа: «Моя історія подолання». Кожен приватно пише розповідь про свою травматичну подію або період (якщо не хоче писати про деталі, можна зосередитися на тому, як він пройшов через це випробування). Структура наративу підказується, а саме обставини до події, сама подія, що було найважчим, як вдалося вижити/справитися, що допомогло, що відчуває зараз, чого навчила ця ситуація. Письмо триває ~20 хвилин. Потім (за бажанням) декілька учасників читають або переказують свої історії вголос групі. Завдання фасилітатора, дуже уважно, емпатійно вислухати, валідизувати переживання («Те, що ви відчували жах і гнів, це зрозуміло, така реакція нормальна...»), і відзначити сили людини («Ви проявили велику мужність, раз змогли винести це і ще й підтримували інших»). Група також може відгукнутися теплими словами підтримки. Таким чином, травматичні спогади починають інтегруватися в автобіографічну пам'ять, через переклад у слова, визнання і прийняття групою без осуду. На цьому занятті часто виникають сильні емоції, тому наприкінці проводиться дебрифінг як обговорення самопочуттів. Домашнє завдання: продовжити або відредагувати свою історію у письмовій формі, додавши, якщо хочеться, нові думки чи деталі, які спали на думку після обговорення.

Опрацювання травматичних спогадів (частина 2, когнітивна реструктуризація). Мета – змінити дезадаптивні переконання, пов'язані з травмою, та зменшити почуття провини, сорому чи безнадії. На початку,

перевірка емоційного стану учасників після попередньої сесії (хто поділився – як почувався наступні дні, чи не було флешбеків; хто мовчав, як сприйняв історії інших). Робиться коротка психоедукація про когнітивні викривлення після травми. Наприклад, багато хто схильний звинувачувати себе («Я мав зробити більше...»), або узагальнювати («ніхто не заслуговує довіри тепер»), або бачити майбутнє у чорних тонах. Фасилітатор наводить типові негативні установки при ПТСР (згідно з А. Елерс і Д. Кларком) [25]. Учасникам роздається роздруківка з колонками як от негативна думка та альтернативна думка. Вправа, виявлення та кидання виклику переконанням. Отже, учасники беруть по одній важкій думці про свою травму (можна з власної історії, написаної раніше) і записують її, а в сусідній колонці, намагаються підібрати більш збалансоване або реалістичне твердження. Група допомагає одне одному в цьому, обговорюють по колу. Наприклад, людина каже: «Я відчуваю провину, що вижив, а мій товариш ні». Група і терапевт ставлять навідні запитання (чи міг він реально щось змінити? що б товариш сказав, якби був живий?), пропонують альтернативу. У спеціальній літературі така техніка відома як когнітивне переосмислення травми (детально описана, наприклад, у підході, де клієнт вчиться оскаржувати «стакати»). У нашій групі ця вправа проводиться делікатно, з емпатією, важливо не знецінити досвід учасника, а запропонувати новий погляд. Багато хто виписує для себе підтримуючі фрази, які можна повторювати як мантри («Я зробив, що міг», «Я маю право жити далі» тощо). Наприкінці заняття, вправа «лист співчуття собі»: кожен пише короткий лист від другої особи, звертаючись до себе співчутливо щодо травми (наприклад: «Дорогий Іване, я знаю, що тобі було дуже страшно тоді і ти відчуваєш сором, але ти не винен...»). Цей лист не обов'язково читати комусь, головне, процес написання, який сприяє самопрощенню і самопідтримці. Домашнє завдання: щодня читати свій лист співчуття або повторювати альтернативні установки, складені на занятті; помічати, як змінюється емоційна реакція.

Розвиток емоційно-орієнтованих стратегій та навичок саморегуляції. Мета – навчити учасників здорових способів регулювання сильних емоцій (тривоги, гніву, печалі) без уникання і без деструктивних дій. Починаємо зі вправи «емоційний барометр», учасники по черзі називають, яку емоцію найчастіше переживають останнім часом і наскільки інтенсивно (0–10). Це відкриває простір для обговорення, кому важко злість стримувати, в кого панічні атаки, у кого апатія. Фасилітатор пояснює, що після травми емоції можуть «гойдатися», то притуплення, то вибухи. Важливо навчитися їх визнавати і виражати без шкоди. Вводяться техніки: а) релаксаційні та тілесні (повторюємо глибоке дихання, додаємо прогресивну м'язову релаксацію за Джекобсоном, коротку розтяжку чи самомасаж, елементи mindfulness, фокус на тут-і-тепер, 5 речей побачити/почути/відчути); б) емоційної експресії (як безпечно «випустити пар» як биття подушки, спортивні вправи, малювання емоцій, ведення щоденника почуттів, звернення до творчості, музика, танець); в) техніки заземлення при флешбеках (рахувати предмети, описувати оточення в деталях, використовувати «ящик для спогадів», уявно закрити образ у коробку). Учасники практикують деякі з цих технік під керівництвом терапевта. Наприклад, проводиться сесія «дихання 4-7-8» (вдих – 4 сек, затримка – 7, видих – 8) для зниження тривоги, або гра «хто більше предметів червоного кольору побачить у кімнаті» – як спосіб швидко відволіктися від внутрішніх образів. Також група обговорює соціально прийнятні способи злитися (не бити стіни, а сказати про почуття, чи виконати фізичну роботу, чи виговоритися другу). Окремо торкаємося теми сліз та печалі, фасилітатор наголошує, що плакати, не соромно, і що пригнічення плачу може посилювати оніміння. За бажанням учасники діляться, коли вони дозволили собі виплакати і чи стало легше. Завдяки цій сесії учасники розширюють «емоційний словник» і репертуар реакцій, замість алкоголю чи агресії, спробувати пробіжку; замість уникати думок, виплеснути їх на папір тощо. Домашнє завдання: обрати 2 нові навички саморегуляції (одну тілесну, одну

емоційної експресії) і потренувати їх до наступної зустрічі; записати, як це вплинуло на самопочуття.

Відновлення соціальних зв'язків та підтримки. Мета – покращити навички спілкування, довіри та отримання підтримки від оточення. Це заняття може проводитися у форматі відкритої групи, куди учасники, за бажанням, запрошують когось із близьких (члена сім'ї або друга), як партнерів для вправ. Якщо такої можливості немає (онлайн-формат може ускладнити), тоді працюємо у малих підгрупах. Спочатку обговорюємо як травматичний досвід вплинув на стосунки? Часто люди з ПТСР ізолюються, уникають контактів або виникають конфлікти через роздратування. Фасилітатор підкреслює, що соціальна підтримка, один із найсильніших факторів одужання, тому варто повернути увагу на взаємини. Проводиться вправа «коло підтримки», учасники малюють себе в центрі кола, навколо – імена людей/спільнот, які є ресурсом (родина, друзі, побратими, церква, психолог тощо). Чим ближче до центру, тим більш довірливі стосунки. Потім аналізують хто в центрі, а хто «на периферії»; чи хотілося б зблизитися з кимось, але щось заважає (недовіра, сором); хто випав з кола після травми. Група ділиться своїми картами (по бажанню). Далі розглядаємо перепони у спілкуванні. Наприклад, люди часто не знають, як попросити про допомогу або бояться бути тягарем. Тут вводимо техніку «Невербальні сигнали та активне слухання» коли учасники у парах тренуються висловити якусь помірну проблему і попросити підтримки, а інший практикує слухання (киває, перефразує, питає, чим допомогти). Потім міняються. Обговорюємо, які слова підтримки хотілося почути, а які фрази навпаки дратують (наприклад, «тримаєшся?» та «я з тобою, розкажи»). Також даємо поради близьким (якщо вони присутні або в якості пам'ятки). Наприклад, чого не варто казати травмованій людині («візьми себе в руки», «інші страждали більше») і що варто робити (бути поруч, запитувати потреби, допомагати в побуті, запрошувати до активностей). Учасники обговорюють план як вони можуть покращити свій соціальний контакт, можливо, зателефонувати давньому другові, відвідати групу підтримки ветеранів,

відверто поговорити з родиною про свій стан. Домашнє завдання: зробити один крок для зміцнення соціального зв'язку (конкретна дія як от зустрітися, написати листа, приєднатися до волонтерської ініціативи, за вибором).

Розвиток відволікання та залученість у позитивну діяльність. Мета – навчити збалансовано використовувати стратегії відволікання та планувати життя, насичене оздоровчими активностями. Хоча у нашому дослідженні копінг «відволікання» не показав прямого зв'язку з рівнем ПТСР, він усе ж може бути корисним як тимчасова пауза для відпочинку від стресу. Важливо навчитися відволікатися конструктивно, а не шляхом шкідливих звичок. Тому на цьому занятті група складає «список приємних справ» коли кожен називає заняття, які колись приносили йому радість або релакс (наприклад, прогулянка, хобі, читання, слухання музики, ручна робота, догляд за тваринами тощо). Формується довгий загальний список ідей. Потім учасники вибирають 2–3 приємні діяльності, які вони хотіли б повернути у своє життя або спробувати нові. Обговорюємо, як вписати ці заняття в рутину. Так, часто люди з ПТСР втрачають інтерес (ангедонія), тому треба планувати і змушувати себе трохи. Фасилітатор пропонує техніку «поведеневої активації» коли потрібно скласти розклад на тиждень, куди обов'язково включити хоча б 30 хв на день для приємної чи корисної активності (спорт, хобі, навчання нового). Група ділиться, що вони планують робити. Також торкаємося теми майбутнього і цілей, а учасникам пропонується уявити, що через рік у них все добре, чим би вони хотіли займатися, які мрії здійснити? Це допомагає перенести фокус з минулого на майбутнє, побачити перспективи. Якщо дозволяє час, можна провести арт-терапевтичну вправу «Моє майбутнє після травми», намалювати або схематично зобразити, як учасник бачить себе через певний час, які зміни хоче. Потім коротко презентувати малюнки в групі, підкреслюючи позитивні зрушення (хтось хоче відкрити бізнес, хтось народити дитину, хтось жити в селі на природі – будь-які здорові прагнення вітаються). Таким чином, стратегія відволікання перестає бути просто уникненням, вона перетворюється на усвідомлений вибір займатися тим, що

приносить користь і задоволення, паралельно з вирішенням проблем. Домашнє завдання: протягом тижня реалізувати хоча б три пункти зі свого списку приємних справ і відзначити, як змінювався настрій.

Підсумки, профілактика рецидивів та план на майбутнє. Мета – закріпити досягнення, оцінити прогрес кожного учасника та підготуватися до завершення терапії. Заняття починається з рефлексії, учасникам пропонується згадати, з якими проблемами/очікуваннями вони прийшли, і чи відчують зміни тепер. Можна повторно пройти по шкалі симптомів ПТСР (наприклад, знову заповнити PCL-5 як самозвіт) та порівняти з початковими показниками, це дасть об'єктивний вимір прогресу. Більшість учасників зазвичай відзначають зниження інтенсивності симптомів, особливо зменшення уникання та покращення сну/настрою, що є підтвердженням ефективності втручання. Фасилітатор підкреслює заслугу самих учасників у цьому. Далі обговорюємо можливі труднощі після закінчення групи, рецидив симптомів, новий стресовий епізод. Виробляємо план дій на такі випадки, наприклад, якщо знову почнуться кошмари чи спалахи гніву, учасник перегляне матеріали програми, застосує вправи релаксації; якщо цього недостатньо, звернеться на консультацію до психолога (заздалегідь надається список контактів центрів психічного здоров'я, ветеранських просторів тощо). Група може домовитися про підтримання зв'язку поза програмою, створити спільний чат, час від часу зустрічатися онлайн як група підтримки (за бажанням учасників). Також фасилітатор заохочує продовжити практику ефективних копінгів у повсякденному житті й ділитися ними з близькими (так відбувається «мультиплікація» ефекту, учасники стають носіями знань для свого оточення). Кожен учасник отримує пам'ятку, коротко виписані основні інструменти, пройдені на програмі (алгоритм вирішення проблем, техніки заземлення, телефони для допомоги). В кінці, творча нотка, вправа «символічне прощання з групою». Наприклад, всі по черзі висловлюють одну позитивну якість або досягнення, яке вони побачили в іншого учасника за час групи. Це дуже підсилює впевненість і створює атмосферу вдячності. Або можна попросити

намалювати у спільному онлайн-документі «колаж» з побажань одне одному. Завершується сесія урочисто та відзначаємо шлях, який всі разом пройшли, і нагадуємо про ресурси для подальшого зростання.

Контрольне (факультативне) заняття через місяць. Мета – перевірити довготривалий ефект та підтримати при необхідності. Ця сесія планується як необов’язкова. Так, через 4–6 тижнів після завершення основних занять група збирається разом (онлайн) для обговорення, як їм вдалося застосувати знання «в реальному житті». Учасники діляться успіхами і труднощами, що працює добре, де знову виникли проблеми. Фасилітатор підкріплює успіхи («Ви вже два місяці не маєте нічних жахів, чудово!») і разом з групою аналізує випадки рецидиву чи складнощів, нагадуючи інструменти. Наприклад, якщо хтось каже: «Останніми днями щось знову уникаю розмов про війну», йому можуть порадишити повернутися до ведення щоденника або зустрітися з товаришем і поговорити. Ця сесія зміцнює отримані зміни і дає відчуття тривалішої підтримки. За даними досліджень, довготривале спостереження і супровід значно підвищують шанси на стійке відновлення, тому такий follow-up є цінним елементом програми. Після цього заняття група вже завершує роботу, проте учасники, за потреби, скеровуються до подальших ресурсів (індивідуальна терапія, групи взаємодопомоги тощо).

Отже, така представлена структура є гнучкою, а порядок тем може варіюватися залежно від динаміки групи, а кількість сесій може бути скоригована під конкретні потреби (наприклад, якщо група суто військових, більше уваги на когнітивній реструктуризації провини; якщо цивільні ВПО, більше на соціальній підтримці та проблемах адаптації). Проте в цілому програма охоплює всі ключові напрями роботи з ПТСР, травма (експозиція, когнітивне пропрацювання), симптоми (навички регуляції), особистісні ресурси (копінги, зростання), соціальний контекст (підтримка). Такий всебічний підхід узгоджується з клінічними рекомендаціями і адресує мультифакторну природу ПТСР, де для одужання потрібні і внутрішні зміни, і зовнішня підтримка.

В ході занять застосовано комбінацію методів когнітивно-поведінкової терапії, елементів експозиційної терапії, арт-терапії та підтримуючого консультування. Зокрема, обговорення та групова дискусія, для нормалізації досвіду і обміну копінг-стратегіями; письмові вправи та наративна експозиція для опрацювання спогадів (доведено, що письмові наративи знижують інтенсивність інтрузивних спогадів); рольове моделювання для відпрацювання соціальних навичок; психоосвіта з наочними матеріалами (презентації, роздаткові листки) для підвищення обізнаності; релаксаційні техніки (дихання, м'язова релаксація, майндфулнес), для зниження фізіологічного збудження; арт-терапевтичні елементи, для доступу до почуттів обхідними шляхами (малюнки майбутнього, символічні дії); домашні завдання для закріплення навичок на практиці; групова підтримка як терапевтичний фактор сама по собі, що зменшує ізоляцію. Усе це поєднується у кожній сесії в різних пропорціях, створюючи збалансовану активність (когнітивні вправи змінюються тілесними, емоційно напружені, розрядкою через гумор чи творчість, індивідуальна робота, обговоренням у групі). Таким чином, учасники залучені цілісно та інтелектуально, емоційно, фізично і соціально, що відповідає біопсихосоціальній природі ПТСР.

Важливо наголосити, що дана програма не є жорстким протоколом, вона радше структурований орієнтир для психолога, який працюватиме з групою травмованих осіб. Фахівець може адаптувати вправи залежно від стану учасників. Наприклад, якщо в групі вищий рівень симптомів, можна додати ще одну сесію на експозицію чи продовжити курс до 12 занять; або якщо група молодих людей, активно включити цифрові інструменти (відео, мобільні додатки для медитації). Гнучкість, одна з переваг програми, що дозволяє зробити допомогу клієнтоцентричною. Проте стрижень, корекція копінг-поведінки та поступова інтеграція травматичного досвіду, залишається незмінним, відповідно до цілей, сформованих на основі дослідження.

1.3. Очікувані результати та рекомендації щодо впровадження програми.

Впровадження описаної психокорекційної програми має призвести до низки позитивних змін у психологічному стані учасників, підтверджених як суб'єктивно (за їхніми відгуками), так і об'єктивно (за вимірюваннями до і після).

Так, очікується зменшення симптоматики ПТСР. Передусім прогнозується значуще зниження рівня посттравматичних симптомів, особливо симптомів відтворення і уникання. Учасники, що пройдуть програму, ймовірно, відмітять меншу частоту і інтенсивність нав'язливих спогадів, кошмарів, реакцій тривоги на тригери. Найбільш помітно має зменшитися уникаюча поведінка, люди почнуть рідше уникати розмов про травму, місць чи подій, пов'язаних з нею. Це впливає з того, що програма безпосередньо націлена на подолання уникання через техніки експозиції та когнітивного пропрацювання. Досвід інших досліджень підтверджує таку динаміку, при успішній терапії уникання як копінг-стратегія слабшає, а разом з цим і симптоми ПТСР. Також очікується покращення настрою, зниження рівня депресивності та тривожності, пов'язаних з травмою, оскільки учасники опрацюють частину болючих емоцій у безпечних умовах групи.

Також, після завершення програми учасники мають демонструвати зростання частоти використання конструктивних копінг-стратегій. Зокрема, за даними контрольного повторного тестування (наприклад, опитувальника CISS), очікується підвищення показників проблемно-орієнтованого копіngu та емоційно-орієнтованого копіngu, тоді як показники уникання будуть знижені у порівнянні з початковими. Практично це означатиме, що в житті люди частіше братимуться вирішувати проблеми, планувати справи, звертатися по допомогу, а не відкладати та ізолюватися. Наприклад, учасник, який раніше при найменшому стресі вдавався до алкоголю (уникнення), після програми може обрати поговорити з товаришем чи застосувати техніку релаксації (активний копінг). Такі зміни підтверджуються дослідженнями, навчання

навичкам подолання здатне модифікувати поведінкові патерни і слугує буфером проти майбутніх стресів. Крім того, учасники опанують конкретні навички саморегуляції (контроль дихання, техніки заземлення), що проявиться у кращій здатності самостійно заспокоїтися при фізіологічному збудженні, впоратися з панічною атакою чи спалахом гніву. Важливою зміною має стати покращення соціальної адаптації, людина буде більш відкрита до спілкування, впевненіша у контактах, менш дратівлива у стосунках. Це опосередковано призведе до відновлення чи налагодження соціальних ролей як сімейних чи професійних (покращатимуться стосунки в родині, підвищиться ефективність на роботі тощо). Таким чином, якість життя учасників повинна підвищитися, що підтверджують і сучасні українські дані, після курсу комплексного лікування ПТСР показники фізичного та психічного благополуччя значно зростають протягом 1–6 місяців.

Оскільки програма має також профілактичну мету, очікується, що її випускники знижують ризик розвитку тяжких форм ПТСР у майбутньому. Завдяки отриманим знанням і навичкам, учасники будуть більш підготовлені до можливих майбутніх травматичних подій чи стресорів. Наприклад, якщо раніше людина при повторній травмі могла б «замкнутися» і уникати, що привело б до наростання симптомів, то тепер вона скористається здоровішими способами (звернеться по допомогу, застосує методи самодопомоги). Таким чином, ймовірність затяжного або комплексного ПТСР (Complex PTSD) зменшується. Це особливо актуально для наших умов, коли триваюча війна створює постійну загрозу повторної травматизації. Досягнення програми в плані профілактики можуть відстежуватися через катамнестичне спостереження, сподіваємося, що через 6–12 місяців після участі в групі більшість випускників або матимуть стійку ремісію симптомів, або у разі їх повторної появи швидко звернуться за підтримкою і не допустять погіршення. Цей очікуваний результат узгоджується з інтегративною моделлю, яку ми запропонували раніше коли травматичні події впливають на психіку

опосередковано через копінги, тому змінивши копінги на адаптивні, ми фактично «перериваємо» шлях від травми до хронічного розладу.

Хоч головним вимірюваним показником є зменшення негативних симптомів, не менш важливим є поява позитивних змін у самосприйнятті учасників. Після програми люди часто відзначають, що стали краще розуміти себе, більше довіряти своїм здібностям, відчувати гордість за подоланий шлях. Це прояв посттравматичного зростання коли учасники можуть усвідомити, що стали сильнішими, ніж думали; що в них з'явилися нові цінності або поглибилися зв'язки з іншими. Наприклад, дехто відкриє для себе талант допомагати іншим (волонтерство), інший, зрозуміє, наскільки йому важлива родина і почне більше уваги приділяти близьким. Такі трансформації сприяють підвищенню самооцінки і оптимізму. У довгостроковій перспективі це може вилитися у важливі життєві кроки, повернення до навчання, зміна кар'єри на ту, що приносить більше сенсу, активна громадська позиція тощо. Подібні ефекти відзначалися в дослідженнях посттравматичного зростання, правильно структурована психологічна допомога не лише лікує рани, а й стимулює розвиток нових життєвих смислів. Тож ми очікуємо, що наша програма матиме для учасників не лише терапевтичне, а й загальнорозвивальне значення.

Рекомендації щодо впровадження. Для успішної реалізації програми профілактики та подолання ПТСР пропонуємо такі рекомендації.

По – перше, кадрове забезпечення і підготовка фасилітаторів. Програму мають проводити кваліфіковані практичні психологи або психотерапевти, що володіють навичками роботи з травмою. Бажано, щоб вони пройшли спеціалізоване навчання з травмофокусованих методик (наприклад, тренінги з КПТ для ПТСР, EMDR, кризового консультування) і мали досвід групової роботи. Фасилітатор повинен вміти створити емпатичну атмосферу, а також знати протокол дій у разі гострої стресової реакції в групі (паніка, дисоціація у учасника). Рекомендується перед стартом програми провести для всіх ведучих короткий воркшоп із принципів травма-

орієнтованої допомоги та огляд змісту сесій, щоб забезпечити єдність підходу. Також бажана супервізія, ведучі можуть консультуватися з клінічним психологом або психіатром щодо складних випадків, що виникають у групі, щоб коригувати втручання при необхідності.

По – друге, відбір учасників і критерії включення. Програма розрахована на осіб з субклінічним або помірним рівнем симптомів ПТСР (зона легких чи середніх проявів) та на тих, хто пережив травму і знаходиться в групі ризику розвитку розладу. Не рекомендується одразу включати осіб з гострим ПТСР у перші тижні після травми, коли спочатку їм більше підходить індивідуальна кризова допомога (психологічна перша допомога). Також з обережністю включати людей з тяжкими коморбідними станами, психотичними розладами, активною залежністю, суїцидальними намірами тобто їм необхідна індивідуальна робота або медикаментозна корекція перед групою. Оптимально проводити попереднє скринінгове інтерв'ю, психолог оцінює мотивацію, безпечність для людини бути в групі (щоб груповий формат не травмував більше). Важливо пояснити кандидатам умови роботи, щоб вони свідомо погодилися і розуміли, що доведеться обговорювати певні важкі теми. Однорідність групи теж варто врахувати, краще формувати окремі групи для військових і цивільних, або принаймні слідкувати, щоб не було різкого домінування однієї категорії (наприклад, один ветеран серед кількох цивільних може почуватися ізольовано чи навпаки). Вік учасників як дорослі від 18 і старші.

По – третє, організаційні умови. Для онлайн-групи потрібна стабільна платформа зв'язку і технічна грамотність учасників. Кожному слід забезпечити приватний простір під час сесій (щоб ніхто з сторонніх не чув розмову). Рекомендується перед початком провести інструктаж: як користуватися Zoom, як забезпечити конфіденційність (наприклад, вдіти навушники, якщо поруч сім'я). Тривалість сесії онлайн не повинна перевищувати 2 годин без перерви, інакше виникатиме втома від екрану. Бажано робити 5-хвилинні перерви щогодини. Матеріали (роздатки, пам'ятки)

надсилаються електронно, учасники можуть їх роздрукувати або тримати під рукою на комп'ютері. У випадку повітряної тривоги чи перебоїв зі зв'язком в учасників, мати альтернативний спосіб контакту (телефон, повідомлення) і гнучко переносити заняття при потребі. Ведучому варто завчасно продумати кризовий план, наприклад, що робити, якщо учасник відключився на середині експозиції (зв'язатися особисто, переконатися в його стані), або якщо в когось почалася панічна атака (є алгоритм дій – дихальні вправи, заспокійливі фрази, можливе залучення напарника). Тому іноді присутність двох ведучих на групі є виправданою, основний фасилітатор та ко-фасилітатор, який бере на себе технічні моменти і підтримку індивідуально, якщо треба.

По – четверте, етичні аспекти. Потрібно дотримуватися всіх етичних стандартів психологічної роботи як отримати інформовану згоду учасників (пояснивши ризики і переваги групи), забезпечити конфіденційність (усі мають зберігати у таємниці особисті історії, що почують у групі). Також важливо бути чутливим до гендерних та культурних особливостей, якщо, наприклад, група змішана, варто слідкувати, щоб жінки і чоловіки мали рівний голос, щоб не було сексистських висловлювань або стигматизації (особливо у військових темах). Фасилітатор має м'яко модерувати такі моменти. У разі виникнення конфлікту в групі, одразу пропрацьовувати його, щоб не залишалося напруги. Також важливо не виходити за межі своєї компетенції відповідно тому, що програма психологічна, і ведучі не виписують ліки і не діагностують медичних станів. Якщо є підозра, що учаснику потрібна психіатрична допомога (сильна депресія, ризик самогубства), рекомендувати відповідні кроки (консультація лікаря) ненав'язливо і підтримуюче.

По – п'яте, оцінка ефективності. Рекомендується закладати в програму елемент наукового чи практичного оцінювання, коли потрібно проводити вимірювання до і після (пре- і пост-тест). Це може бути опитувальник PCL-5 для рівня ПТСР, CISS для копінгів, шкала депресії/тривоги DASS-21 або інші. Статистичне порівняння результатів дасть змогу об'єктивно підтвердити успішність втручання (наприклад, очікуємо достовірне зниження середнього

балу PCL-5 у групі). Окрім кількісних даних, корисно зібрати якісний фідбек, анонімне анкетування учасників про те, що їм сподобалося, що можна покращити, які зміни вони помітили в собі. Це допоможе вдосконалювати програму надалі та демонструвати її цінність спонсорам чи керівництву (у разі впровадження в установі).

По – шосте, можливості масштабування та інтеграції. Програма може бути впроваджена на базі різних організацій, центрів психологічної реабілітації, лікарень (амбулаторно), громадських організацій, що опікуються ветеранами чи ВПО, навіть онлайн-платформ. Важливо інтегрувати її з існуючою системою, наприклад, після первинної консультації в центрі клієнту з легкими симптомами пропонують цю групу як перший крок допомоги (stepped care). Або навпаки, випускникам стаціонарного лікування ПТСР пропонують долучитися до групи підтримки за даною програмою, щоб підтримати результати. Тобто вона може бути як профілактичною (первинною), так і вторинною реабілітаційною ланкою. У контексті національної системи охорони здоров'я було б корисно підготувати методичні рекомендації для психологів з описом цієї програми (фактично текст роботи може слугувати основою), щоб забезпечити єдиний стандарт і можливість тиражування. З огляду на масштаби проблеми ПТСР серед населення (за оцінками ВООЗ, до 25% українців можуть мати ПТСР), масштабування групових програм є нагальною потребою, адже індивідуальні ресурси спеціалістів обмежені. Онлайн-формат особливо перспективний тим, що дозволяє залучити навіть тих, хто фізично не може відвідати кабінет (з віддалених районів, з інвалідністю, матерів маленьких дітей тощо).

По – сьоме, підтримка після програми. Рекомендується передбачити механізми довготривалого супроводу учасників. Це можуть бути згадані follow-up зустрічі (через 1–3 місяці), або створення постійної групи взаємопідтримки (без чіткого плану, просто регулярні зустрічі для спілкування), або приєднання випускників до ширшої спільноти (наприклад, онлайн-форум чи чат для людей, що пройшли такі програми). Досвід показує,

що психологічне відновлення, процес тривалий, і після завершення інтенсивної фази люди іноді потребують «точки опори». Якщо така опора є (друзі по групі, контакти фахівця, якому можна написати при кризі), то результати краще утримуються. Тому ми радимо організаціям, що впровадять програму, планувати ресурси не тільки на сам курс, а й на постпрограмну підтримку, навіть якщо це просто декілька консультацій за запитом або модерація групового чату.

На завершення варто наголосити, що успішність впровадження даної програми залежить і від суспільного інформування про проблему ПТСР. Рекомендовано проводити просвітницькі кампанії серед цільових спільнот (військові, переселенці, волонтери) про те, що шукати психологічної допомоги, це нормально і потрібно, що існують ефективні методи подолання травми. Коли потенційні учасники будуть мотивовані і не боятимуться стигми, програма зможе охопити більше людей і принести більший ефект. Таким чином, комплексне впровадження з залученням спільнот, спеціалістів та системної підтримки створить умови, за яких розроблена психокорекційна програма реально сприятиме зниженню тягаря посттравматичних розладів у нашому суспільстві.

Висновки до третього розділу.

У третьому розділі магістерської роботи:

- ***розроблено теоретично обґрунтовану програму*** психокорекції для профілактики та подолання ПТСР, що базується на результатах емпіричного дослідження психологічних чинників розладу. Метою програми визначено зниження рівня посттравматичних симптомів і запобігання їх хронізації шляхом корекції дезадаптивних копінг-стратегій (передусім уникнення) та розвитку адаптивних навичок подолання стресу. Обґрунтовано принципи побудови програми такі як комплексність, травмоорієнтованість, доказовість,

активна участь клієнта, культурна чутливість, які забезпечують ефективність і етичність втручання;

- **сформовано структуру та зміст** психокорекційних занять: програма охоплює 10 сесій групової роботи (онлайн), розподілених на етапи стабілізації, опрацювання травматичного досвіду та закріплення результатів. Детально описано тематичне наповнення кожного заняття, від вступної психоедукації про ПТСР та копінг-стратегії, через техніки когнітивно-поведінкової терапії (проблемно-орієнтоване вирішення проблем, поступова експозиція до спогадів, когнітивна реструктуризація негативних переконань) та тренінг навичок саморегуляції, до підсумкового планування майбутнього і профілактики рецидивів. Використано поєднання методів (групова дискусія, письмові вправи, рольові ігри, релаксація тощо), що дозволяє цілісно впливати на симптоми, поведінку та особистісні установки учасників;
- **визначено очікувані результати** впровадження програми, серед яких: статистично значуще зниження рівня симптомів ПТСР (особливо уникання і нав'язливих спогадів) у учасників; позитивні зміни в копінг-поведінці, підвищення частоти використання конструктивних стратегій (активне подолання, емоційна регуляція) та зменшення дезадаптивного копіngu; покращення загального психоемоційного стану і якості життя (зниження тривожності, депресивності, покращення сну, апетиту, стосунків тощо); зростання впевненості в собі та ознаки посттравматичного зростання (усвідомлення власної стійкості, формування нових життєвих смислів). Застосування програми, таким чином, має не тільки терапевтичний ефект, а й сприяє особистісному розвитку травмованих осіб;
- **розроблено практичні рекомендації** щодо впровадження програми в систему психологічної допомоги. Зокрема, наголошено на необхідності спеціальної підготовки ведучих (травмофокусованих психологів), проведення відбору учасників за критеріями безпеки (включення осіб із субклінічними/помірними симптомами, виключення гострих випадків без попереднього лікування), забезпечення належних технічних та етичних умов

онлайн-групи (конфіденційність, стабільний зв'язок, кризовий план). Рекомендовано інтегрувати програму у існуючі реабілітаційні сервіси як елемент ступеневої допомоги, проводити моніторинг ефективності (порівняння показників до і після, фідбек учасників), а також організувати постпрограмну підтримку (follow-up зустрічі, групи взаємодопомоги) для закріплення результатів. Зазначено важливість масштабування подібних групових інтервенцій у контексті масової травматизації населення, що переживає наслідки війни, з акцентом на просвітництві та мотивації людей звертатися по психологічну допомогу.

Таким чином, третій розділ представив практичне втілення здобутих наукових знань, створено цілісну психокорекційну програму, яка спирається на виявлені психологічні чинники ПТСР та сучасні методи терапії. Її реалізація може стати дієвим засобом покращення психічного здоров'я осіб, травмованих війною, і слугувати зменшенню довгострокових негативних наслідків посттравматичного стресового розладу для українського суспільства.

ВИСНОВКИ

Проаналізовано сучасні теоретичні підходи до розуміння посттравматичного стресового розладу. Узагальнено уявлення про ПТСР як наслідок травматичного досвіду, що підтримується когнітивними, емоційними та поведінковими механізмами.

Виділено психологічні чинники, які підсилюють або послаблюють прояви ПТСР. Особливу увагу приділено ролі копінг-стратегій, зокрема уникання, а також активного проблемно-орієнтованого подолання.

Побудовано теоретичну модель взаємозв'язків між травматичними подіями, копінг-поведінкою та симптомами ПТСР. Модель підкреслює, що вплив травм не завжди є прямим і може опосередковуватися вибором стратегій подолання.

Обґрунтовано та застосовано комплекс психодіагностичних методик для емпіричного дослідження. Використано шкалу PCL-5 для самооцінювання симптомів ПТСР, опитувальник травматичних подій LEC-5 для оцінки експозиції та методику копінг-поведінки Ендлера–Паркера (CISS) для аналізу стратегій подолання.

Здійснено емпіричне дослідження на вибірці з 52 осіб віком від 19 до 64 років, які пережили травматичні події. Встановлено, що у більшості респондентів переважає норма ПТСР, водночас виявлено групу ризику з легкими проявами симптоматики.

Визначено профіль копінг-стратегій досліджуваної вибірки. Домінуючими виявилися проблемно-орієнтований копінг та уникнення, тоді як емоційний копінг, відволікання і соціальна підтримка у більшості учасників мали помірні або низькі показники.

Проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона, який показав ключові закономірності. Виявлено сильний прямий зв'язок між рівнем ПТСР та стратегією уникнення ($r=0,802$), що підкреслює її роль як чинника підтримання симптомів. Також встановлено сильний обернений зв'язок між

ПТСР та проблемно-орієнтованим копінгом ($r=-0,713$), що вказує на його захисний потенціал. Емоційно-орієнтований копінг має слабший, але статистично значущий обернений зв'язок із ПТСР ($r=-0,292$).

Сформульовано узагальнення, що вирішальне значення для тяжкості ПТСР має не лише факт травматизації, а й те, як людина справляється з наслідками подій. Уникнення може виступати чинником ризику хронізації, тоді як активні стратегії подолання знижують симптоматику і підтримують адаптацію.

Розроблено комплексну психокорекційну програму профілактики та подолання ПТСР. Програма орієнтована на онлайн-груповий формат і включає до 10 занять. Сформульовано мету, завдання та принципи побудови програми. Основними пріоритетами визначено зменшення уникання, розвиток проблемно-орієнтованого копіngu, формування навичок емоційної саморегуляції та посилення соціальної підтримки. Створено структуру та зміст психокорекційних занять. Передбачено поетапність роботи, поєднання психоедукації, тренування навичок самодопомоги, когнітивно-поведінкових технік і групової підтримки.

Запропоновано критерії оцінки ефективності програми. До них належать зниження показників ПТСР за шкалою PCL-5, зменшення рівня уникнення та зростання показників адаптивних копінг-стратегій, а також суб'єктивні показники покращення самопочуття й відновлення повсякденного функціонування.

Аналіз загальних висновків магістерської роботи свідчить про те, що психологічні механізми підтримання ПТСР тісно пов'язані з копінг-поведінкою. Отримані результати підтверджують високу практичну значущість роботи з униканням та розвитком активних стратегій подолання як основи психологічної допомоги.

Практичний аспект дослідження логічно завершує роботу, оскільки емпірично виявлені зв'язки між ПТСР та копінг-стратегіями стали підґрунтям для побудови цільової психокорекційної програми.

Загалом, магістерська робота має науково-прикладне значення. Вона поєднує теоретичний аналіз, емпіричне підтвердження ключових чинників та практичну розробку програми психологічної допомоги, що може бути використана у роботі з особами, які пережили травматичні події в умовах тривалої соціальної напруги та війни..

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бочелюк В. Й., Панов М. С., Турбарова А. В. Посттравматичний стресовий розлад: теоретичні та прикладні проблеми. Херсон : Олді-плюс, 2020. 208 с.
2. Горват А. М. Війна та посттравматичний стресовий розлад: механізми виникнення та підходи до лікування. *Вісник гігієни та епідеміології*. 2025. Т. 29. № 1. С. 32–41.
3. Дем'яненко Б. Л., Дем'яненко В. М. Соціально-стресові розлади у контексті національної безпеки України. Київ : Домбровська Я. М. ; Бр. ДУ, 2020. 256 с.
4. Климчук В. О. Психологія посттравматичного зростання. Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2021. 212 с.
5. Костюк Ю. В. Теоретико-методологічні засади дослідження ПТСР у психологічній науці. *Наукові записки Національного університету «Острозька академія» : сер. «Психологія»*. 2023. Вип. 21. С. 45–52.
6. Курніцька А. О. Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців: особливості прояву та корекції. Львів : ЛДУВС, 2023. 45 с.
7. МОЗ України. *Клінічна настанова, заснована на доказах: Гостра реакція на стрес. Посттравматичний стресовий розлад. Порушення адаптації*. Київ, 2024. 120 с.
8. Новак О. О., Гуковський О. В. Адаптація опитувальника посттравматичного зростання (PTGI) в Україні. *Психологічні перспективи*. 2018. Вип. 32. С. 150–162.
9. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень в учасників бойових дій. *НейроNEWS: психоневрологія та нейропсихіатрія*. 2017. № 4 (88). С. 54–57.
10. Соченко Т. Ю., Моначин І. Л. ПТСР серед військовослужбовців та ветеранів війни в Україні. Матеріали VIII Міжнародної науково-технічної конференції молодих учених та студентів. Тернопіль, 2019. С. 112–118.
11. Титаренко Т. М. Психологічне здоров'я особистості: засоби самопомогі в умовах тривалої травматизації. Київ : Інститут соціальної та політичної психології НАПН України, 2018. 192 с.

12. Туриніна О. Л. Психологія травмуючих ситуацій. Київ : Персонал, 2017. 160 с.
13. Франкова І. О., Чабан О. С., Бурлака О. В. та ін. Гендерні особливості стрес-асоційованих розладів у військовослужбовців в умовах війни в Україні. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2019. Т. 4. № 3. С. e0403–e0421. DOI: <https://doi.org/10.26766/PMGP.2019.4.3.e04>
14. Чабан О. С., Хаустова О. О. Медико-психологічні наслідки дистресу війни в Україні: що ми очікуємо та що потрібно враховувати при наданні медичної допомоги? *Український медичний часопис*. 2022. № 4. С. 45–52.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR)*. 5th ed., text revision. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2022. 1120 p.
16. Andreasen N. C. Posttraumatic Stress Disorder: A History and a Critique. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2010. Vol. 1208. P. 67–71. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2010.05764.x>
17. Ben-Ezra M., Karatzias T., Hyland P., Cloitre M., Roberts N. B. Prevalence of ICD-11 complex PTSD among Ukrainians displaced by war. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2023. Vol. 15. No. 4. P. 112–120. DOI: <https://doi.org/10.1037/tra0001378>
18. Birmes P., Brunet A., Carreno D. F., Lebigot Y. The history of posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2003. Vol. 191. P. 569–575. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000071585.31545.1a>
19. Brewin C. R., Cloitre M., Hyland P. et al. Post-traumatic stress disorder: evolving conceptualization and evidence. *World Psychiatry*. 2025. Vol. 24. No. 1. P. 8–15. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.21130>
20. Brewin C. R., Holmes E. A. Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*. 2003. Vol. 23. No. 3. P. 339–376. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(03\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(03)00033-3)
21. Byrow Y., Lade S. J., McMahon T., Rao S., Schweitzer R. Associations of war exposures, post-migration living difficulties and social support with (complex) PTSD: a cohort study of Ukrainian refugees resettled in Denmark. *Social Science & Medicine*. 2025. Vol. 352. P. 116–124. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116999>

22. Carlson E. B., Dalenberg C. J. A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, Violence & Abuse*. 2000. Vol. 1. No. 1. P. 4–28. DOI: <https://doi.org/10.1177/1524838000001001002>
23. Chudzicka-Czupała A., Hadryś-Tomaszewska B., Gawęda Ł. et al. Depression, anxiety and post-traumatic stress during the 2022 Russo-Ukrainian war, a comparison between populations in Poland, Ukraine, and Taiwan. *Scientific Reports*. 2023. Vol. 13. P. 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-28456-9>
24. Desautels D. A. A Two-Hit Model of The Biological Origin of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Mental Health Journal*. 2020. Vol. 1. P. 1–13.
25. Ehlers A., Clark D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 2000. Vol. 38. No. 4. P. 319–345. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
26. Endler N. S., Parker J. D. A. *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS): Manual*. 2nd ed. Toronto : Multi-Health Systems, 2018. 45 p.
27. Foa E. B., Hembree E. A., Rothbaum B. O. *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences*. 2nd ed. New York : Oxford University Press, 2019. 376 p. DOI: <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780190926939>
28. Foa E. B., Rothbaum B. O. Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1991. Vol. 59. No. 5. P. 715–723. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.5.715>
29. Foa E. B., Rothbaum B. O. *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York : Guilford Press, 1998. 286 p.
30. Friedman M. J. History of PTSD in Veterans: Civil War to DSM-5. PTSD: National Center for PTSD, 2015.
31. Garry S., Checchi F. Armed conflict and public health: into the 21st century. *Journal of Public Health*. 2020. Vol. 42. No. 2. P. 287–298. DOI: <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdz151>
32. Herman J. L. *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence — from Domestic Abuse to Political Terror*. New York : Basic Books, 1992. 304 p. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.2490070321>

33. Institute of Medicine. *Treatment for Posttraumatic Stress Disorder in Military and Veteran Populations: Initial Assessment*. Washington, DC : The National Academies Press, 2012. 300 p.
34. Jones E., Wessely S. The impact of culture on PTSD. In: *PTSD: A Short History*. Oxford : Oxford University Press, 2017. P. 1–24.
35. Karatzias T., Larkin B., Cloitre M., Maercker A., Shevlin M. War exposure, posttraumatic stress disorder, and complex posttraumatic stress disorder among parents living in Ukraine during the Russian war. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2023. Vol. 147. No. 3. P. 276–285. DOI: <https://doi.org/10.1111/acps.13499>
36. Kiro L., Urbanovych A. Intervention impact on quality of life in Ukrainians with post-traumatic stress disorder. *BMC Psychology*. 2024. Vol. 12. P. 601. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40359-024-02095-7>
37. Kurapov A., Goncharenko S., Romaniuk L. et al. Psychological wellbeing of Ukrainian civilians: a data report on the impact of traumatic events on mental health. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 14. P. 1132694. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1132694>
38. Lissek S., van Meurs B. Learning models of PTSD: theoretical accounts and psychobiological evidence. *International Journal of Psychophysiology*. 2015. Vol. 98. No. 3. P. 594–605. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2015.02.006>
39. McElroy E., Armenakyan A., Mushkudiani M. et al. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: A cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Research*. 2024. Vol. 331. P. 115–123. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115665>
40. Mellor R., Cloitre M., Roberts N. B. et al. Complex PTSD among treatment-seeking veterans with PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021. Vol. 12. No. 1. P. 1943888. DOI: <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943888>
41. Osokina O., Cyhaniuk O., Kovalenko O. et al. Stress, anxiety and PTSD prevalence among Ukrainians grew dramatically during the first year of Russian invasion: results of nationwide survey. *MedRxiv*. 2023. P. 1–15. DOI: <https://doi.org/10.1101/2023.02.01.23284897>
42. Polyvianaia P., Shevlin M., McBride O. Complex Posttraumatic Stress Disorder and Prolonged Grief Disorder in Times of War: Diagnostic Symptoms and Impact on the Mental Health of Ukrainian Civilians During the Russia–Ukraine

- War. *Journal of Clinical Psychology*. 2025. Vol. 81. P. 45–56. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.23616>
43. Resick P. A., Schnicke M. K. *Cognitive Processing Therapy for Sexual Assault Victims: A Treatment Manual*. Newbury Park, CA : Sage Publications, 1992. 160 p. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>
44. Resick P. A., Schnicke M. K. Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1992. Vol. 60. No. 5. P. 748–756. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.5.748>
45. Rizzi D., Ciuffo G., Landoni M. et al. Psychological and environmental factors influencing resilience among Ukrainian refugees and internally displaced persons: a systematic review of coping strategies and risk and protective factors. *Frontiers in Psychology*. 2023. Vol. 14. Article 1266125. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1266125>
46. Serdiuk O., Sysoyev O., Shupta M., Landes S. D. Trauma exposure and risk of post-traumatic stress disorder among youth and young adults during the Russia–Ukraine war. *Journal of Affective Disorders*. 2025. Vol. 391. P. 119–127. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.048>
47. Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. 3rd ed. New York : Guilford Press, 2018. 528 p.
48. Shevlin M., Hyland P., Roberts N. B. et al. Post-traumatic stress disorder, complex post-traumatic stress disorder, and coping styles among internally displaced Ukrainians. *Journal of Loss and Trauma*. 2023. Vol. 28. No. 5. P. 571–587. DOI: <https://doi.org/10.1080/15325024.2023.2185872>
49. Tolkachov V., Efremov O. Mechanisms of the formation and involuntary repetition of trauma-related flashback: a review of major theories of PTSD. *Journal of Loss and Trauma*. 2023. Vol. 28. No. 5. P. 588–604. DOI: <https://doi.org/10.1080/15325024.2023.2189645>
50. Turnbull G. J. A review of post-traumatic stress disorder. Part I: Historical development and classification. *Injury*. 1998. Vol. 29. No. 2. P. 87–91. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0020-1383\(97\)00185-X](https://doi.org/10.1016/S0020-1383(97)00185-X)
51. van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York : Penguin Books, 2015. 464 p.

52. van der Kolk B. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York : Penguin Books, 2015. 464 p.
53. Weston C. S. E. Posttraumatic stress disorder: a theoretical model of the hyperarousal subtype. *Frontiers in Psychiatry*. 2014. Vol. 5. Article 37. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00037>
54. Wilson J. P. The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: From Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*. 1994. Vol. 7. No. 4. P. 681–698. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.2490070410>
55. World Health Organization. *International Classification of Diseases, 11th Revision (ICD-11)*. Geneva : WHO, 2019.
56. Zavagli V., Pappini M., Dallara S. et al. Exposure to war, war nightmares, insomnia, and war-related posttraumatic stress disorder: A network analysis among university students during the war in Ukraine. *Journal of Affective Disorders*. 2023. Vol. 341. P. 144–152. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.010>

