

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА (ДИПЛОМНА РОБОТА)

Тема **“Психологічні механізми подолання посттравматичного стресового
розладу у переселенців з зон воєнних дій”**

Виконав(ла): студент(ка) 2 курсу, групи ЗПС-24мг
спеціальність: 053 Психологія

	_____ / <u>Олена КНИШ</u>
	(підпис) (ім'я та прізвище)
Керівник	_____ / <u>Ірина ОСТОПОЛЕЦЬ</u>
	(підпис) (ім'я та прізвище)
Рецензент	_____ / <u>Юлія БІЛОЦЕРКІВСЬКА</u>
	(підпис) (ім'я та прізвище)

«До захисту допущено»

Завідувач кафедри	_____ / <u>Наталія КУЧЕРЕНКО</u>
	(підпис)
Нормоконтроль	_____ / _____
	(підпис) (ім'я та прізвище)
Секретар ЕК	_____ / _____
	(підпис) (ім'я та прізвище)

Харків – 2025 рік

Навчально-науковий інститут «Українська інженерно-педагогічна академія»
Кафедра практичної психології та інноваційних оздоровчих технологій
Рівень вищої освіти другий (магістерський)
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Практична психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри
 _____ **Н.С.КУЧЕРЕНКО**
 (підпис) ініціали, прізвище)
 « » 2025р.

Книш Олена Іванівна
(прізвище, ім'я, по батькові студента)

1. Тема роботи “Психологічні механізми подолання посттравматичного стресового розладу у переселенців з зон воєнних дій”

керівник роботи Остополець Ірина Юріївна, кандидат психологічних наук, доцент
(прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання)

затверджені наказом по університету від “ ” 20 року №

2. Строк подання студентом роботи

3. Перелік питань, які потрібно розробити) _____

Проаналізувати теоретичні основи психологічних механізмів подолання.

посттравматичного стресового розладу у переселенців з зон воєнних дій.

Провести емпіричне дослідження посттравматичного стресового розладу у ВПО.

Розробити рекомендації та практичні розробки для роботи з психологічними

захистами в стресових ситуаціях.

4. План роботи

№ з/п	Назви етапів роботи
1	Обрання та формулювання теми
2	Розроблення індивідуального календарного плану науково-дослідної роботи(визначення та розподіл часу для проведення запланованих емпіричних досліджень, здійснення статистичної обробки даних, аналізу й інтерпретації отриманих результатів, а також підготовки практичних рекомендацій на їх основі)
3	Пошук, систематизація та аналітичне опрацювання наукових джерел за тематикою дослідження, а також формування відповідної бібліографії.
4	Підготовка теоретичного розділу вступної частини дослідження, що передбачає: а) наукове обґрунтування актуальності обраної теми; б) формулювання мети та конкретних завдань дослідження; в) визначення об'єкта та предмета наукового аналізу; г) обґрунтування вибору методів і методик проведення емпіричного дослідження; д) здійснення огляду літератури, присвяченої концептуальним підходам до вивчення досліджуваної проблеми, та викладення теоретичних засад дипломної роботи.
5	Проведення емпіричного етапу наукового дослідження, що передбачає детальний опис організації, процедури та методики збору емпіричних даних, а також послідовності здійснення дослідницьких дій.
6	Здійснення статистичної обробки та аналізу отриманих емпіричних даних з метою виявлення закономірностей, перевірки гіпотез і формулювання узагальнених висновків дослідження.
7	Інтерпретація отриманих емпіричних результатів із метою їх теоретичного осмислення, узагальнення та співвіднесення з наявними науковими підходами й концепціями у межах досліджуваної проблематики.
8	Формулювання узагальнених висновків на основі результатів проведеного дослідження та здійснення їх наукового оцінювання з позицій теоретичної і практичної значущості отриманих даних.
9	Підготовка основного тексту дослідження, його літературне та технічне оформлення відповідно до встановлених академічних вимог, а також подання завершеної роботи науковому керівникові для перевірки та рецензування.
10	Доопрацювання та вдосконалення тексту дослідження з урахуванням зауважень, рекомендацій і пропозицій наукового керівника з метою підвищення наукової якості та відповідності вимогам до випускової

	кваліфікаційної роботи.
11	Подання остаточного, доопрацьованого варіанта випускової кваліфікаційної роботи рецензентові для проведення наукової експертизи та підготовки рецензії.
12	Підготовка до захисту
13	Захист

5. Дата видачі завдання 07.10.2025 р

Студент

(підпис)

О.І.Книш
(ініціали, прізвище)

Керівник роботи

(підпис)

І.Ю. Остополець
(ініціали, прізвище)

РЕФЕРАТ

Дипломна робота містить: 114 сторінок, 3 рисунки, 8 таблиць, 75 використаних літературних джерел, додатки.

Об’єкт дослідження – процес психологічного подолання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у внутрішньо переміщених осіб (ВПО).

Предмет дослідження – психологічні механізми подолання ПТСР у переселенців із зон воєнних дій.

Мета дослідження – виявлення та аналіз психологічних механізмів, які сприяють подоланню посттравматичних наслідків і забезпечують ефективну адаптацію внутрішньо переміщених осіб до нових соціальних умов.

Для досягнення мети було поставлено такі **завдання**:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до вивчення феномену ПТСР у контексті воєнних подій.
2. Визначити структуру та психологічні механізми подолання посттравматичних станів.
3. Дослідити взаємозв’язок між рівнем тривожності, копінг-стратегіями та симптомами ПТСР у ВПО.
4. Розробити, апробувати та оцінити ефективність програми психологічної допомоги переселенцям.

Методи дослідження: теоретичний аналіз, порівняння, систематизація наукових джерел; емпіричні методи (тест тривожності Спілбергера–Ханіна, методика Амірхана «Індикатор копінг-стратегій», шкала самооцінки ПТСР Девідсона, опитувальник травм, а також статистичні методи опрацювання результатів (кореляційний та порівняльний аналіз).

Результати дослідження показали, що у більшості ВПО спостерігається підвищений рівень як реактивної, так і особистісної тривожності, переважання копінг-стратегій соціальної підтримки та вирішення проблем. Виявлено достовірні кореляційні зв’язки між рівнем тривожності та інтенсивністю симптомів ПТСР. Запропонована програма психологічної допомоги,

побудована на засадах когнітивно-поведінкової терапії та емоційної регуляції, продемонструвала високу ефективність, що підтверджується статистично значущим зниженням рівня тривожності та ПТСР після її впровадження.

Наукова новизна полягає у розробленні цілісної моделі подолання посттравматичних станів ВПО, яка інтегрує когнітивно-поведінковий, емоційно-регуляційний та соціально-підтримувальний підходи.

Практична значущість визначається можливістю застосування отриманих результатів у діяльності практичних психологів, консультантів і соціальних працівників для надання допомоги особам, які пережили наслідки війни.

Ключові слова: посттравматичний стресовий розлад, внутрішньо переміщені особи, тривожність, копінг-стратегії, психологічна допомога, когнітивно-поведінковий підхід, емоційна регуляція, психокорекційна програма, адаптація, посттравматичне зростання.

Abstract

The master's thesis comprises 114 pages, including 3 figures, 8 tables, 75 references and appendices.

Object of the study: the process of psychological coping with post-traumatic stress disorder (PTSD) among internally displaced persons (IDPs).

Subject of the study: psychological mechanisms of overcoming PTSD in individuals displaced from war zones.

Purpose of the study: to identify and analyze the psychological mechanisms that facilitate overcoming post-traumatic consequences and ensure effective adaptation of internally displaced persons to new social conditions.

To achieve this goal, the following objectives were set:

1. To analyze theoretical approaches to the study of PTSD in the context of wartime trauma.
2. To define the structure and psychological mechanisms of overcoming post-traumatic states.
3. To investigate the relationship between anxiety levels, coping strategies, and PTSD symptoms among IDPs.
4. To develop, test, and evaluate the effectiveness of a psychological assistance program for displaced persons.

Methods of research: theoretical analysis, comparison, and systematization of scientific sources; empirical methods (Spielberger–Khanin Anxiety Test, Amirkhan's "Coping Strategy Indicator," Davidson PTSD Scale, and ITQ Trauma Questionnaire), as well as statistical methods (correlation and comparative analysis).

Research results demonstrated that most IDPs exhibit an increased level of both reactive and personal anxiety, with a predominance of coping strategies such as seeking social support and problem-solving. Significant correlations were found between anxiety levels and the intensity of PTSD symptoms. The developed psychological assistance program, based on the principles of cognitive-behavioral

therapy and emotional regulation, proved to be highly effective, as evidenced by statistically significant reductions in anxiety and PTSD levels after implementation.

Scientific novelty lies in the development of an integrated model for overcoming post-traumatic states in IDPs, combining cognitive-behavioral, emotional-regulation, and social-support approaches.

Practical significance is determined by the possibility of applying the obtained results in the work of practical psychologists, counselors, and social workers providing assistance to individuals affected by war.

Keywords: post-traumatic stress disorder, internally displaced persons, anxiety, coping strategies, psychological assistance, cognitive-behavioral approach, emotional regulation, psychocorrectional program, adaptation, post-traumatic growth.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	10
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ З ЗОН ВОЄННИХ ДІЙ.....	14
1.1. Психологічний зміст посттравматичного стресового розладу та концептуальні підходи до його вивчення	14
1.2. Причини виникнення ПТСР у внутрішньо переміщених осіб.....	35
1.3. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у внутрішньо переміщених осіб.....	39
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1.....	42
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ПТСР У ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ ЗОН ВОЄННИХ ДІЙ.....	43
2.1. Загальні питання організації і проведення дослідницької роботи.....	43
2.2. Методики та інструменти дослідження посттравматичного стресового розладу	48
2.3. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	51
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2.....	70
РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ ТА ЗАСОБИ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ	72
3.1. Методологічне обґрунтування програми психологічної допомоги ВПО....	72
3.2. Зміст і структура програми психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам.....	75
3.3. Результати апробації та оцінка ефективності психокорекційної програми.....	88
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.....	93
ВИСНОВКИ.....	95
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	97
ДОДАТКИ.....	101

ВСТУП

Сучасна українська реальність позначена тривалими воєнними діями, які спричинили масштабні соціально-психологічні трансформації у суспільстві. Військова агресія Росії щодо України спричинила масове вимушене переміщення населення, унаслідок чого мільйони громадян опинилися у статусі громадян, вимушено переміщених всередині країни (ВПО).

Втрата домівки, соціального оточення, професійного середовища та відчуття безпеки стала значним психотравмуючим фактором, який здатен провокувати формування посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Цей стан являє собою складне психічне порушення, що виникає як реакція на переживання подій, котрі виходять за межі звичного людського досвіду.

У переселенців із зон воєнних дій травматизація пов'язана не лише з безпосереднім впливом бойових дій, а й із втратою рідного дому, близьких, соціальної підтримки, почуттям безсилля та невизначеності майбутнього.

В умовах подібних кризових обставин особливу важливість набуває дослідження психологічних механізмів подолання наслідків травматичного досвіду, оскільки саме вони визначають здатність людини відновлювати внутрішню рівновагу, адаптуватися до нових життєвих умов та зберігати цілісність власної особистості.

За результатами загальнонаціональних досліджень, проведених у 2022–2024 роках українськими та міжнародними науковими інституціями, рівень поширеності посттравматичного стресового розладу серед цивільного населення України досяг критичних показників. Відповідно до досліджень Луцак О., 55,4 % внутрішньо переміщених осіб відповідають діагностичним критеріям, визначеним у «Діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів», тоді як 39,4 % респондентів демонструють виражені симптоми посттравматичного стресу без формування повного клінічного діагнозу[20]. У популяції цивільних, які мешкають у зонах бойових дій, частота симптомів ПТСР становить 27–32 %, а серед молоді -до 35 %.

Згідно з дослідженням Долинського Р., серед мирного населення, яке постраждало від бойових дій, спостерігається значна когнітивна дисфункція, що супроводжується симптомами ПТСР»[20].

Не менш тривожні результати отримала Нечитайло І., зафіксувавши в Харківській області, що близько 22 % мирних жителів мають клінічно значущі прояви ПТСР, а серед переселенців цей показник перевищує 45 %[22].

Міжнародний проєкт “Військова травма та ПТСР у цивільному населенні України” підтвердив, що понад 65 % внутрішньо переміщених осіб зазнали прямого контакту з травматичними подіями, порівняно з 23 % серед мешканців, які не евакуювалися. За даними дослідження Кембриджського університету (2024), 74 % осіб із симптомами ПТСР або депресії не звертаються по професійну психологічну підтримку, що свідчить про глибокий розрив між реальною потребою у психосоціальній підтримці та її доступністю.

За оцінками провідних фахівців у сфері громадського здоров'я та психічної реабілітації, за відсутності масштабних і довготривалих програм психологічної підтримки рівень поширеності посттравматичних розладів серед внутрішньо переміщених осіб в Україні може істотно зрости у найближчі роки. При цьому очікується збільшення частоти коморбідних станів, насамперед поєднання ПТСР, депресивних та тривожних розладів, що становитиме серйозний виклик для системи охорони психічного здоров'я. Таким чином, проблема ПТСР набуває не лише клініко-психологічного, а й суспільного виміру, потребуючи міждисциплінарного підходу, який поєднує психотерапевтичні, соціальні та освітні стратегії допомоги.

Поряд із науковими та статистичними даними важливо зазначити протиріччя, що зумовили вибір теми дослідження. По-перше, існує протиріччя між масштабністю явища ПТСР серед переселенців і недостатньою розробленістю системних програм психологічної підтримки в Україні. По-друге, між високим рівнем наукових досліджень у сфері стресу та травми у світі й обмеженим використанням їхніх результатів у практиці українських психологів. По-третє, між індивідуальними ресурсами подолання психотравми (копінг-стратегіями,

психологічною стійкістю, саморегуляцією) та зовнішніми соціальними бар'єрами, що перешкоджають адаптації ВПО. І, нарешті, між наявністю глибоких психологічних втрат у постраждалого населення та обмеженими можливостями для відновлення соціального функціонування. Саме ці протиріччя зумовили актуальність теми й визначили наукову необхідність системного дослідження механізмів подолання ПТСР у переселенців із зон воєнних дій.

Проблема подолання наслідків психотравми активно досліджується у працях зарубіжних учених, таких як Клойтре М., Еріксон Е., Франкл В., Грінберг Дж., Маслоу А., а також у роботах українських психологів - Данилюк І., Карамушки Л., Панка В., Пов'якель Н. та Титаренко Т[43;46;49;50;64;7;12;23;26;32]. У цих наукових дослідженнях висвітлено багатогранні аспекти феноменів стресу, процесів психологічної адаптації, стратегій подолання складних життєвих ситуацій і розвитку особистісної стійкості.

Однак, незважаючи на значний теоретичний доробок, питання психологічних механізмів подолання ПТСР у переселенців із зон воєнних дій залишається недостатньо вивченим, особливо в українському контексті після 2014 року.

Після 2014 року, а особливо з початком повномасштабного вторгнення 2022 року, кількість осіб, які зазнали травматичного досвіду, стрімко зросла. Це актуалізує необхідність виявлення психологічних ресурсів, що допомагають зберегти ментальну рівновагу, адаптацію та соціальну активність. Важливо не лише фіксувати наявність симптомів ПТСР, а й зрозуміти, які механізми - когнітивні, емоційно-вольові, поведінкові - сприяють подоланню наслідків травми.

Мета дослідження - виявити та проаналізувати психологічні механізми подолання посттравматичного стресового розладу у переселенців із зон воєнних дій.

Об'єкт дослідження - процес психологічного подолання посттравматичного стресового розладу.

Предмет дослідження — психологічні механізми подолання ПТСР у внутрішньо переміщених осіб.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до розуміння феномену ПТСР.
2. Дослідити особливості проявів ПТСР у внутрішньо переміщених осіб.
3. Встановити взаємозв'язок між рівнем тривожності, копінг-стратегіями та симптомами ПТСР.
4. Провести емпіричне дослідження із застосуванням сучасних психодіагностичних методик.
5. Розробити практичні рекомендації для психологічної допомоги переселенцям у подоланні наслідків психотравми.

У роботі використано комплекс емпіричних методик, що дозволяють оцінити рівень тривожності, особливості копінг-поведінки, інтенсивність симптомів ПТСР та специфіку переживання травматичного досвіду. Застосовано: тест тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, методику «Індикатор копінг-стратегій» за Амірханом, шкалу самооцінки ПТСР Девідсона, Міжнародний опитувальник травм Клойтре М. Отримані дані опрацьовано методами математичної статистики (кореляційний і порівняльний аналізи) із використанням програми MS Excel.

Емпірична частина дослідження виконана на базі Громадської організації «Центр соціально-психологічного супроводу “Добробут”» у м. Харків, яка надає психологічну, соціальну та інформаційну підтримку внутрішньо переміщеним особам.

До вибірки було залучено 42 учасники віком від 23 до 81 року, серед яких переважну більшість становили жінки (85,7 %). Учасники дослідження походили з різних регіонів України, зокрема Харківської, Донецької, Луганської областей та прилеглих територій.

Теоретико-методичну базу дослідження становлять праці провідних українських і зарубіжних науковців, присвячені проблемам психологічної адаптації, подолання стресу та посттравматичного зростання. Зокрема, важливе

значення для розкриття сутності досліджуваного феномену мали наукові підходи Данилюк І., Карамушки Л., Климчука В., Корнієнко І., Панка В., Пов'якель Н., Титаренко Т., які висвітлюють аспекти психологічної стійкості, емоційної регуляції та професійної допомоги особам у кризових станах[7;12;14;16;20;22;23;26;32]. Серед зарубіжних дослідників вагомий внесок у розроблення теоретичних засад травматерапії зробили Клойтре М., Еріксон Е., ван дер Колк Б., Маслоу А., Франкл В., а також сучасні українські науковці, такі як Лушак О. та Нечитайло І. С., які досліджують наслідки війни для психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб[43;46;60;64]. Аналітичні матеріали: Результати попередніх досліджень у галузі ПТСР у внутрішньо переміщених осіб. Дані ГО «Добробут» про роботу з клієнтами[8].

Наукова новизна полягає в проведенні всебічного аналізу психологічних механізмів подолання ПТСР у ВПО з урахуванням їхніх індивідуальних і соціальних особливостей. Уперше в українському контексті виявлено взаємозв'язки між рівнем тривожності, копінг-стратегіями та інтенсивністю симптомів ПТСР, визначено провідні чинники, що забезпечують адаптацію до нових умов життя.

Практичне значення отриманих результатів полягає в їхньому застосуванні фахівцями у сфері психологічної практики, зокрема психологами, психотерапевтами, волонтерами та соціальними працівниками, для розроблення й упровадження ефективних програм психокорекції, підтримки та реабілітації осіб, які зазнали травматичного досвіду внаслідок воєнних подій.

Структура та обсяг дослідження. Магістерська кваліфікаційна робота містить вступ, три основні розділи, висновки, список використаних джерел та додатки. Загальний обсяг становить орієнтовно 114 сторінок друкованого тексту, що забезпечує повноту розкриття теоретичних, емпіричних і практичних аспектів досліджуваної проблеми.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ З ЗОН ВОЄННИХ ДІЙ

1.1. Психологічний зміст посттравматичного стресового розладу та концептуальні підходи до його вивчення

ПТСР розглядається як форма психологічної дезадаптації, що виникає після контакту людини з подіями, пов'язаними з реальною або можливою небезпекою для її життя, здоров'я чи емоційного благополуччя. ПТСР характеризується тривалими психологічними, емоційними та фізіологічними реакціями, які порушують нормальне функціонування особи в повсякденному житті. У контексті практичної психології це явище є важливим для розуміння, оскільки воно впливає на професійне становлення, соціальну адаптацію та загальне благополуччя людини.

Посттравматичний стресовий розлад трактується як складний багатокомпонентний психоемоційний феномен, що формується у відповідь на деструктивний вплив екстремальних або травматичних чинників, інтенсивність яких перевищує адаптаційні можливості особистості та її ресурси саморегуляції. Відповідно до положень «Діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів», розробленого Американською психіатричною асоціацією, провідним критерієм діагностики ПТСР є факт безпосереднього переживання або свідчення події, що становила реальну чи потенційну загрозу життю, фізичній або психологічній безпеці людини[35]. Такий досвід спричиняє глибокі зміни у когнітивно-емоційній сфері, призводячи до формування специфічного комплексу симптомів. Серед них виокремлюють навіязливі спогади, які проявляються у вигляді повторюваних, мимовільних образів, флешбеків чи нічних кошмарів, що супроводжуються гострим емоційним реагуванням.

Другою обов'язковою ознакою є поведінкове уникнення, тобто схильність свідомо або підсвідомо уникати будь-яких нагадувань про травму, включаючи людей, місця чи ситуації, пов'язані з нею.

Також спостерігаються глибокі негативні зміни в мисленні та емоційно-ціннісній сфері, зокрема зниження самооцінки, почуття провини, сорому, емоційне відчуження, втрата інтересу до діяльності, що раніше мала особистісний сенс.

На фізіологічному та поведінковому рівнях типовим є стан підвищеної активації, що виявляється у посиленні тривожності, дратівливості, розладах сну, надмірній пильності та гіперчутливих реакціях навіть на мінімальні подразники. Для підтвердження діагнозу симптоматика має зберігатися не менше одного місяця і спричиняти суттєвий дистрес або дезадаптацію у соціальному, професійному чи побутовому функціонуванні особистості.

Важливим діагностичним положенням є також виключення інших етіологічних чинників, тобто симптоми ПТСР не повинні пояснюватися фізіологічними ефектами вживання психоактивних речовин, медикаментів або соматичними захворюваннями.

Таким чином, ПТСР розглядається не лише як реакція на зовнішню подію, а як результат порушення внутрішніх механізмів регуляції психіки, де взаємодіють когнітивні, емоційні та нейрофізіологічні компоненти посттравматичної адаптації.

ПТСР може проявлятися як одразу після травми, так і через місяці чи роки. За даними Американської психіатричної асоціації, близько 6–8% населення стикаються з ПТСР протягом життя, причому частота вища серед тих, хто пережив війну чи насильство[35].

Психологічний зміст ПТСР охоплює комплекс когнітивних, емоційних, поведінкових і фізіологічних реакцій, які порушують здатність людини адаптуватися до повсякденного життя.

У сфері практичної психології усвідомлення психологічної природи посттравматичного стресового розладу грає ключову роль у формуванні

ефективних стратегій психологічної підтримки, особливо в процесі професійного становлення, оскільки наявність ПТСР може істотно знижувати ефективність діяльності та гальмувати кар'єрний розвиток особистості.

Нижче детально розглядаються основні аспекти психологічного змісту ПТСР, його механізми, прояви та вплив на особистість.

Посттравматичний стресовий розлад є складним феноменом, що охоплює взаємодію когнітивних, емоційних, нейрофізіологічних і поведінкових процесів. Його виникнення пов'язане не лише з фактом травматичної події, але й з особливостями того, як індивід сприймає, інтерпретує та інтегрує цей досвід у власну систему смислів. Психологічні механізми ПТСР визначають, яким чином травма впливає на особистість, а також пояснюють труднощі в адаптації та відновленні психічної рівноваги після пережитого.

Одним із ключових механізмів, який запускає розвиток ПТСР, є когнітивний дисонанс, тобто зіткнення між попередніми переконаннями людини та новою реальністю, яка заперечує ці уявлення. Згідно з теорією американської психологині Янофф - Бульман Р., людина живе, спираючись на базові припущення про світ — його безпечність, справедливість, передбачуваність, а також про власну цінність і здатність контролювати події[54]. Травматична ситуація (втрата близьких, насильство, війна, евакуація) порушує ці базові уявлення, викликаючи когнітивно-емоційний конфлікт: «Світ не є безпечним», «я не можу вплинути на події», «зі мною сталося щось, чого не мало б бути».

Таке протиріччя створює внутрішній когнітивно-емоційний колапс, що веде до дезорганізації мислення, почуття втрати сенсу, провини або сорому за те, що залишився живим .

В українських дослідженнях, проведених доктором психологічних наук Данилюком І. та Титаренко Т. , виявлено, що внутрішньо переміщені особи демонструють значне порушення фундаментальних когнітивних структур, зокрема базових переконань про справедливість світу, а також зниження довіри до соціальних інститутів.[7;32] Такі когнітивні дисонанси ускладнюють процес соціальної інтеграції та психологічної адаптації після травматичних подій,

підкреслюючи необхідність цілісного психокорекційного втручання, спрямованого на відновлення когнітивної цілісності та ресоціалізацію. Крім того, відзначається порушення обробки пам'яті та фрагментація травматичних спогадів, що додатково ускладнює психоемоційне відновлення.

Другим ключовим механізмом є порушення процесів пам'яті та інтеграції травматичного досвіду. Згідно з нейропсихологічними моделями Брюїна К. та Елерс А. і Кларка Д. під час травматичної події активується система «боротьби або втечі», що призводить до порушення нормальної роботи гіпокампа та префронтальної кори - структур, відповідальних за обробку інформації та формування зв'язних спогадів[39;42]. Травматичні фрагменти кодуються у пам'яті як сенсорні образи (візуальні, звукові, тілесні відчуття) без контексту часу і місця. Вони не інтегруються у свідому автобіографічну пам'ять, через що згодом спонтанно «вторгаються» у свідомість у вигляді флешбеків, нав'язливих спогадів чи нічних кошмарів. Таке явище отримало назву дисоціативна фрагментація пам'яті.

Людина може не пам'ятати конкретні деталі події, але при цьому переживати сильні тілесні реакції страху, тремтіння, серцебиття, коли стикається з подібними стимулами.

Українська дослідниця Карамушка Л. відзначає, що серед внутрішньо переміщених осіб часто спостерігається феномен часткової амнезії або «розщепленої» пам'яті, коли людина одночасно намагається уникнути спогадів, але несвідомо відтворює їх у снах або тілесних реакціях[12].

Таким чином, ПТСР можна розглядати як розлад інтеграції пам'яті, за якого минуле не може бути належним чином «вбудоване» у досвід особистості, а залишається фрагментом, що постійно нагадує про себе.

Ще одним центральним механізмом ПТСР є емоційна дисрегуляція, тобто порушення здатності адекватно розпізнавати, переживати та виражати емоції. Травматична подія призводить до гіперактивації лімбічної системи, насамперед мигдалеподібного тіла, що відповідає за емоції страху, агресії та тривоги. У той

же час префронтальна кора, яка зазвичай виконує функцію «гальма», втрачає контроль над емоційними реакціями.

Унаслідок цього у людини спостерігаються два типи реакцій. Гіперактивація проявляється надмірною тривожністю, спалахами гніву, дратівливістю, безсонням та постійною пильністю. Гіпоактивація характеризується емоційним онімінням, відчуженням, апатією, втратою здатності радіти та явищем, що називають емоційним паралічем.

Канадський клінічний психолог Грінберг Л. зазначає, що емоційна дисрегуляція не лише посилює симптоматику ПТСР, але й ускладнює психотерапевтичний процес, оскільки людина уникає контакту зі своїми почуттями[50].

У роботах Голованової І. наголошується, що серед переселенців поширене поєднання емоцій страху, провини та безнадійності, яке перешкоджає пошуку допомоги та соціальній активності[5].

Втрата емоційного контакту із собою є, по суті, механізмом виживання, який у короткостроковій перспективі зменшує біль, але в довгостроковій перспективі, блокує адаптаційні процеси.

Психологічний механізм умовно-рефлекторної реакції пояснює, чому навіть після завершення небезпеки людина продовжує реагувати на певні стимули так, ніби загроза все ще існує.

Як показали експерименти американського нейронауковця і психолога Леду Дж., під час травматичного досвіду нейтральні стимули (звуки, запахи, місця, кольори, дати) стають асоційованими з небезпекою і згодом автоматично активують реакцію страху чи паніки[56]. Ці стимули називають тригерами.

У людей із ПТСР такі реакції можуть виникати навіть без усвідомлення зв'язку між тригером і подією: наприклад, звук сирени, грім або запах диму можуть викликати різке серцебиття, тремтіння, почуття жаху. Це свідчить про нейронне «навчання страху», коли зв'язки між мигдалеподібним тілом і сенсорними зонами кори головного мозку залишаються гіперактивними.

Дослідження американської клінічної психологині Клуатр М. показало, що успішне лікування ПТСР пов'язане з переучуванням реакцій, тобто поступовим гасінням зв'язку між тригером і страхом[43]. Це досягається за допомогою когнітивно-поведінкової терапії або експозиційної терапії.

В українських дослідженнях, проведених доктором соціологічних наук Нечітайло І., виявлено, що серед військових та цивільного населення, яке пережило обстріли, нейтральні стимули, такі як звуки транспорту або запах диму, можуть автоматично активувати реакції страху та тривоги[22]. Ці тілесні та емоційні реакції зберігаються навіть через кілька років після евакуації, демонструючи стійку сенситизацію до тригерів і порушення нормальної інтеграції травматичного досвіду. Такі дані підкреслюють важливість цільових психокорекційних втручань, спрямованих на десенситизацію та ресоціалізацію постраждалих. Нейропсихологічні дослідження клінічних психологів Біссон С. та Клуатр М. , підтверджують, що ПТСР має не лише психологічну, а й біологічну основу[39;43].

У людей, які пережили тривалу травматизацію, спостерігається порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи , що відповідає за регуляцію стресових реакцій.

Рівень кортизолу стає або хронічно підвищеним, або, навпаки, патологічно зниженим, що спричиняє виснаження організму, порушення сну, підвищену тривожність і соматичні симптоми.

Ці зміни створюють біологічне тло для підкріплення травматичних реакцій: навіть незначний стрес може відновити старі реакції страху, уникаючої поведінки чи депресивного настрою.

Таким чином, ПТСР є прикладом взаємозалежності психічного та тілесного рівнів функціонування людини.

Згідно з результатами метааналізів, виконаних Коєненом К. спільно з експертами Всесвітньої організації охорони здоров'я у 2024 році, посттравматичний стресовий розлад виявляється приблизно у 6–8 % населення протягом життя[58]. Однак , серед груп підвищеного ризику, до яких належать

ветерани, жертви насильства, переселенці та свідки катастроф, поширеність ПТСР може досягати п'ятнадцяти-двадцяти відсотків.

Огляд сучасних українських психологічних досліджень 2022–2025 років свідчить про значно вищі показники серед внутрішньо переміщених осіб. Рівень клінічно виражених симптомів ПТСР у цій групі коливається в межах сорока двох-п'ятдесяти п'яти відсотків[13;15;18;30]. Ці дані вказують на масштабну соціально-психологічну кризу та підкреслюють необхідність комплексної психосоціальної підтримки для осіб, які пережили насильство та втрати через воєнні дії. Зокрема, Лушак О. та Нечітайло І. у своїх дослідженнях зазначають високий рівень психотравматичних симптомів у внутрішньо переміщених осіб, що потребує системних втручань з боку соціальних служб та психологів[20;22].

Отже, ПТСР є багатовимірним феноменом, що формується під впливом взаємопов'язаних психологічних механізмів. До когнітивних механізмів належить порушення базових переконань та когнітивний дисонанс, що підривають відчуття безпеки та передбачуваності світу. Емоційна складова проявляється у дисрегуляції афекту та активному униканні травматичних переживань.

Пам'яттєві процеси характеризуються фрагментацією та неінтегрованістю травматичного досвіду, що ускладнює формування зв'язних спогадів. Поведінкові реакції виявляються через умовно-рефлекторні патерни реагування на тригери, а нейрофізіологічні зміни включають порушення системи стресової відповіді, що підтримує підвищену активацію організму. Такий комплексний взаємозв'язок механізмів підкреслює необхідність системного підходу до психокорекції та ресоціалізації осіб, які пережили травматичні події.

Усвідомлення зазначених психологічних механізмів становить фундамент для побудови ефективних програм психокорекції та реабілітації осіб, які зазнали психотравми, а також сприяє формуванню індивідуальних і групових стратегій відновлення психічної рівноваги після травматичних подій.

Професійне становлення розглядається як динамічний та багатовимірний процес формування професійної ідентичності особистості. Воно включає розвиток ключових компетентностей, мотиваційних ресурсів та здатності до самореалізації у професійній діяльності.

У цьому процесі особистість не лише обирає сферу професійної діяльності, але й проходить етапи професійної адаптації, вдосконалює майстерність, інтегрує знання та досвід, а також формує емоційне залучення до обраної діяльності. Професійне становлення є результатом взаємодії внутрішніх особистісних ресурсів та зовнішніх умов професійного середовища, що визначає ефективність самореалізації та стабільність професійної ідентичності.

За теорією Сьюпера Д. становлення професійної особистості є безперервним процесом інтеграції Я-концепції з професійною роллю[69]. Порушення цілісності цієї системи, зумовлене травмою, може істотно вплинути на розвиток кар'єри.

Посттравматичний стресовий розлад негативно впливає на ключові психічні процеси, необхідні для продуктивної діяльності: увагу, пам'ять, когнітивну гнучкість, емоційну регуляцію, мотивацію та соціальну взаємодію.

Посттравматичний стресовий розлад суттєво впливає на різні складові професійної діяльності та формування професійної ідентичності. Когнітивні порушення проявляються у зниженні здатності до концентрації та утримання інформації, а також у сповільненій реакції на нові стимули, що підтверджують дослідження Шор А. та Шури К.[67;68]. Такі порушення безпосередньо ускладнюють професійну діяльність, яка потребує високої точності, швидкості прийняття рішень та когнітивної гнучкості. Емоційне виснаження та деперсоналізація є характерними для осіб із ПТСР, особливо у сферах допомагаючих професій — психологів, соціальних працівників, медичних працівників.

На думку Лейтер М. та Маслач К. , тривале емоційне виснаження спричиняє поступову втрату особистісного залучення в професійну діяльність, формує

стан апатії та відчуження від роботи, що, у свою чергу, суттєво знижує її результативність і якість виконання обов'язків[63].

Порушення самооцінки та професійної ідентичності виникає у постраждалих після травматичних подій у вигляді зниження впевненості у власній компетентності. З'являються переконання на кшталт «я не впораюся» або «я більше не той, ким був», що обмежує мотивацію до професійної самореалізації та знижує рівень професійної самооцінки.

Соціальна ізоляція та труднощі взаємодії в колективі формуються через симптоми уникання та підвищеної збудливості, такі як гіпернастороженість і дратівливість. Це ускладнює комунікацію з колегами, спричиняє конфлікти та відчуження. У внутрішньо переміщених осіб ці труднощі посилюються додатковими викликами культурної адаптації та втратою соціальних зв'язків, що підтверджують дані дослідження Білевіч Н.[1;2].

Зниження мотивації до праці також є поширеним наслідком ПТСР. Згідно з дослідженням Карстофта К. та співавторів, близько 27 % осіб із вираженими симптомами ПТСР часто пропускають роботу або змінюють професійну діяльність через емоційне виснаження[36]. Виникає тенденція уникати професійної активності, особливо тієї, що може нагадувати про травматичний досвід.

У сукупності ці механізми підкреслюють, що ПТСР не лише психічно виснажує особистість, а й серйозно впливає на процес професійного становлення, адаптацію та ефективність трудової діяльності. Це обґрунтовує необхідність комплексного психологічного супроводу та втручань, спрямованих на відновлення когнітивних, емоційних і соціальних ресурсів особистості[53;55].

У травмованих осіб порушується відчуття майбутнього, що унеможливорює довгострокове планування професійної траєкторії. Після війни багато людей змінюють професію або взагалі залишають трудову сферу.

Подолання ПТСР - це складний процес, який включає активацію внутрішніх психічних ресурсів, зміну ставлення до травматичного досвіду та поступове

відновлення цілісності особистості. Цей процес вивчається у межах когнітивно-поведінкових, психодинамічних, гуманістичних і нейропсихологічних підходів.

Психологічне подолання ПТСР передбачає інтеграцію когнітивних, емоційних, соціальних і тілесних механізмів, що дозволяє особистості відновити контроль над життям та професійною діяльністю, а також сприяє формуванню посттравматичного зростання.

До ключових механізмів відновлення належать:

1. Когнітивна реконструкція. Процес переосмислення травматичного досвіду спрямований на зміну деструктивних переконань на кшталт «світ небезпечний» або «я безпорадний». Це сприяє зменшенню почуття провини та безнадійності та забезпечує когнітивну реструктуризацію мислення. Емоційна інтеграція. Здатність усвідомлювати, переживати та виражати емоції є ключовим чинником психологічного зцілення. Емоційно-фокусована терапія, розроблена американською клінічною психологинею Грінберг Л., спрямована на прийняття болю, гніву та суму. Грінберг Л. є однією з провідних експерток у сфері емоційно-фокусованої терапії та спеціалізується на роботі з емоційними переживаннями, інтеграції емоцій у психотерапії та підтримці клієнтів у подоланні травматичних досвідів[50].

Такий підхід дозволяє інтегрувати травматичний досвід у життєву історію особистості та сприяє відновленню психологічної цілісності.

2. Формування безпечної прив'язаності. Відновлення базового відчуття безпеки є важливим компонентом подолання посттравматичного стресового розладу. Довірливі стосунки, встановлені у терапевтичному процесі або з близькими людьми, сприяють регуляції емоцій і відновленню психологічної стабільності.

Це підтверджують дослідження американських психологів Брір Т. та Скотт Д., які спеціалізуються на роботі з травмою та насильством[40]. Вони зазначають, що безпечні міжособистісні стосунки допомагають відновити базове відчуття безпеки, порушене травматичними подіями, і є фундаментом для емоційної та когнітивної інтеграції пережитого досвіду.

3. Активація ефективних копінг-стратегій. Застосування конструктивних стратегій саморегуляції, позитивного переосмислення пережитого досвіду та активного залучення соціальної підтримки допомагає особистості знизити інтенсивність тривоги, відновити відчуття контролю над власним життям і сприяє успішній професійній, а також соціальній адаптації.

Ці положення підтверджують роботи американських психологів Фолкман С. і Московіц Д., а також Тейлор С. Дослідники підкреслюють, що ефективні копінг-стратегії є критичними для зниження психічного навантаження після травми та сприяють збереженню психологічної цілісності[48;73].

4. Розвиток резилієнсу (психічної стійкості). Резилієнтність трактується як психологічна здатність людини ефективно пристосовуватися до стресових обставин, зберігати позитивне мислення та розглядати складні життєві ситуації не як катастрофу, а як можливість для зростання й розвитку. Дослідження американського психолога Бонанно Д. показують, що високий рівень психічної стійкості знижує ризик розвитку ПТСР у два-три рази[38].

Підтвердження отримано також у роботах німецького нейропсихолога Каліша Т., який вивчав нейробіологічні основи резилієнсу[55]. Високий рівень резилієнсу забезпечує не лише ефективне подолання стресу, але й підтримує здатність до професійного функціонування та соціальної адаптації.

5. Пошук і підтримка смислу життя. Пошук нового сенсу життя та переосмислення травматичного досвіду виступає ключовим компонентом психологічного відновлення після ПТСР. Логотерапевтичний підхід, розроблений австрійським психіатром та психотерапевтом Франклом В., підкреслює, що навіть у стражданні можна знайти глибокий екзистенційний зміст[33]. Франкл В. наголошує, що усвідомлення власної цінності та пошук смислу дозволяють людині пережити травматичний досвід, відновити внутрішню мотивацію та сприяють формуванню відчуття життєвої цілісності[49].

У контексті ПТСР це означає не лише боротьбу з симптомами, але й інтеграцію травми у власну життєву історію, що забезпечує відновлення психічної стабільності та професійної ідентичності.

6. Психофізіологічна саморегуляція. Відновлення психофізіологічної рівноваги є невід’ємним аспектом подолання ПТСР. Використання технік дихання, тілесної усвідомленості та медитації сприяє зниженню гіперактивації симпатичної нервової системи та стабілізації емоційного стану. Це підтверджують дослідження американського психіатра та нейропсихолога Бессела ван дер Колка та американського психотерапевта Сігела Д.. Ван дер Колк наголошує на важливості роботи з тілесними проявами травми, оскільки травматичний досвід часто «зберігається» у тілесній пам’яті і впливає на емоційну регуляцію[60;75]. Сігель підкреслює роль усвідомленості та майндфулнес-технік у розвитку інтегрованої психофізіологічної реакції, що дозволяє людині зменшити тривожність, регулювати стресові реакції та покращити якість життя[60].

Комплексне поєднання логотерапії та психофізіологічної саморегуляції дозволяє людині не лише зменшити симптоми ПТСР, а й відновити відчуття внутрішньої цілісності, самоконтролю та життєвого сенсу. Ці підходи сприяють формуванню адаптивних механізмів подолання травми та професійної та соціальної інтеграції. (Див. Таблиця 1.1)

Таблиця 1.1

Основні моделі психотерапевтичного подолання ПТСР

Підхід	Ключова ідея	Основні методи
Когнітивно-поведінковий	Зміна спотворених переконань та десенсибілізація страху	Експозиція, когнітивна реструктуризація
Емоційно-фокусований	Переживання та інтеграція емоцій	Емоційна експресія, робота з почуттям провини

Психодинамічний	Усвідомлення несвідомих конфліктів та інтеграція травми	Терапія переживання, відновлення самоідентичності
Нейропсихологічний	Робота з тілесною пам'яттю, зниження гіперактивації мозку	Тілесно-орієнтована терапія, майндфулнес
Екзистенційно- гуманістичний	Відновлення смислу, самоцінності та автентичності	Логотерапія, клієнт- центрований підхід

Таким чином, психотерапевтичне подолання ПТСР передбачає не лише зменшення симптомів, а й переосмислення життєвого досвіду, відновлення ідентичності та формування нових смислів, що забезпечує відновлення контролю над життям та професійною діяльністю.

Посттравматичний стресовий розлад є однією з найактуальніших проблем сучасної практичної психології, особливо в умовах воєнних конфліктів, масових переміщень населення та соціальної нестабільності. Практичний психолог виступає не лише як діагност і консультант, але й як провідник процесу психічного відновлення після пережитої травми.

У практичній психології ПТСР розглядається як порушення інтеграції психічного досвіду, спричинене надмірним стресом, що перевищує адаптаційні можливості особистості. Психологічна допомога спрямована не лише на усунення симптомів, таких як флешбеки, гіпервозбудженість та уникання, але й на відновлення цілісності «Я», переосмислення травматичного досвіду та відбудову довіри до світу.

Фахівці з практичної психології виконують провідну функцію у наданні комплексної допомоги людям, які зазнали травматичного досвіду, поєднуючи психокорекційні, профілактичні та консультативні методи. У клінічній практиці основний акцент їхньої роботи робиться на подоланні посттравматичних

проявів, нормалізації емоційного стану, корекції когнітивних порушень та формуванні ефективних стратегій саморегуляції й стресоподолання.

У освітній сфері практичні психологи реалізують психопрофілактичні програми та навчальні модулі зі стрес-менеджменту, формуючи у студентів, працівників та інших груп здатність до усвідомленої регуляції емоцій, розпізнавання травматичних ризиків і збереження психічного здоров'я в умовах високого навантаження.

В організаційній діяльності психологи здійснюють супровід персоналу, який працює у стресогенних та травмогенних умовах. Це, зокрема, медичні працівники, військові та рятувальники, для яких характерні високий рівень емоційного напруження, ризик професійного вигорання та підвищена ймовірність розвитку посттравматичних реакцій.

У соціальній сфері практичні психологи працюють із внутрішньо переміщеними особами, біженцями, жертвами насильства та іншими вразливими групами. Їхня робота включає психологічне консультування, розвиток соціальної підтримки, адаптацію до нових соціальних умов та відновлення відчуття безпеки і самостійності.

Отже, професійна діяльність практичного психолога включає багатогранний комплекс завдань, що охоплюють психотерапевтичну, консультативну, освітню та організаційну складові. Її основна мета полягає у відновленні психологічної рівноваги, забезпеченні адаптації до стресових обставин, а також у розвитку особистісного потенціалу, життєвої стійкості та професійної компетентності клієнта.

Як зазначає українська дослідниця Титаренко Т., практична психологія сьогодні виступає своєрідною «фронтовою лінією» гуманітарного відновлення, оскільки саме через професійну діяльність психологів відбувається стабілізація емоційного стану суспільства після воєнних потрясінь[60].

Діагностика посттравматичного стресового розладу у практичній психології ґрунтується на комплексному поєднанні клінічних критеріїв та психологічних індикаторів.

У процесі дослідження застосовуються валідизовані психодіагностичні методики та стандартизовані інструменти, які забезпечують комплексне вивчення різних компонентів травматичного досвіду, зокрема його емоційних, когнітивних і поведінкових проявів:

- Опитувальник впливу подій визначає рівень симптомів уникання, гіпервозбудженості та повторного переживання;
- Шкала травматичного стресу - це стандартизований інструмент самозвіту для оцінки вираженості симптомів ПТСР;
- Тест резилієнтності Коннора Т. та Девідсона Д. оцінює внутрішні ресурси для подолання стресу[44];
- Проективні методики (Малюнок травми, Тест незавершених речень) дозволяють виявити приховані емоційні реакції та суб'єктивне переживання травми.

Важливо, щоб психолог не лише фіксував симптоми, а й аналізував контекст - соціальний, культурний та міжособистісний. Як зазначає американська дослідниця Клуатр М. , травматичний досвід завжди має «людське обличчя» і потребує інтерпретації у контексті життєвих історій, а не лише за формальними діагностичними критеріями[43].

Практична психологія застосовує комплекс інтегративних механізмів, які об'єднують когнітивні, емоційні та тілесні процеси для ефективної допомоги клієнтам із ПТСР:

1. Психоедукація пояснює природи симптомів та формування відчуття контролю над власним станом, що зменшує рівень тривоги та сорому за Брір Т. та Скотт Д[40].
2. Когнітивна реструктуризація- це переоцінка травматичних переконань («Я безпорадний», «Світ небезпечний») через роботу з мисленнєвими схемами за Елерс Д. та Кларк Д[42].
3. Емоційна експресія - це безпечне вираження гніву, страху, провини для сприяння емоційній інтеграції за Грінбергом Л[50].

4. Тілесно-орієнтовані методи, зокрема йога, дихальні техніки та соматичний досвід, сприяють відновленню інтеграції між тілесними й психічними процесами, що має особливе значення для осіб, котрі зазнали фізичного чи бойового насильства. Як зазначає Бессел ван дер Колк, робота з тілом допомагає "повернути собі відчуття безпеки у власному тілі" та зменшує інтенсивність посттравматичних реакцій[59].

5. Розвиток резилієнтності - це формування психологічної гнучкості, здатності адаптуватися до змін, підтримувати надію та соціальні зв'язки за Бонанно Д[38].

Практична робота з травмою потребує суворого дотримання етичних стандартів. Психолог повинен забезпечувати емоційну стабільність клієнта до початку глибокої роботи з травматичними спогадами, поважати автономію особистості, не допускати ретравматизації та регулярно проходити супервізію для профілактики вторинної травматизації.

Відповідно до рекомендацій Європейської федерації психологічних асоціацій, практичні психологи, які працюють із клієнтами, що мають досвід війни, насильства або втрати, повинні проходити регулярні навчання та супервізії, що гарантує якість допомоги та безпеку як клієнта, так і фахівця.

Після початку війни 2014 року та повномасштабного вторгнення 2022 року, в Україні сформувався такий унікальний напрям практичної психології як кризова та травматерапія в умовах війни.

Українські дослідники Коваль І, Лушчак О. Титаренко Т. вказують, що робота з ВПО та військовими вимагає не лише технічних навичок, а й культурної чутливості, врахування колективного досвіду втрати та національної ідентичності[17;20;32].

В Україні активно впроваджуються програми терапії за методом десенсибілізації та повторної обробки рухами очей. Серед них виділяються когнітивно-поведінкові програми «Відновлення після травми», розроблені на основі протоколів Всесвітньої організації охорони здоров'я 2021 року. Також застосовуються групові програми арт-терапії та тілесно-орієнтованої терапії,

які спрямовані на психологічну підтримку дітей, внутрішньо переміщених осіб та військовослужбовців та , які пережили воєнні дії.

Вивчення ПТСР розширює горизонти практичної психології, оскільки показує межі та можливості людської психіки. Травма , це не лише руйнівний, а й потенційно трансформаційний досвід. Багато клієнтів після терапії демонструють посттравматичне зростання — посилення емпатії, духовності, життєвої мотивації.

Таким чином, у контексті практичної психології ПТСР розглядається як виклик і для клієнта віднайти нову життєву рівновагу, а для психолога удосконалити методи допомоги, що поєднують наукову обґрунтованість і людяність. ПТСР у контексті практичної психології є багатовимірним феноменом, що охоплює клінічний, етичний, соціальний і гуманістичний виміри.

Сучасна практична психологія базується на інтегративному підході, що передбачає комплексне поєднання когнітивних, емоційно-фокусованих та тілесних методів психокорекції, одночасний розвиток резилієнтності та посилення соціальної підтримки.

Практичний психолог виступає посередником між пережитою травмою та процесом психічного відновлення, сприяючи відновленню у клієнта відчуття безпеки, психічної цілісності та екзистенційного сенсу життя.

Період 2014–2025 років характеризується суттєвими змінами у теоретичних та емпіричних підходах до розуміння посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Еволюція концепцій у цей час відбувалася під впливом глобальних соціальних криз , таких як воєн, терористичних атак, пандемії COVID-19, міграційних процесів , що спричинили зростання масштабів травматизації населення.

Психологічна наука змістила фокус із вивчення патології до розуміння процесів відновлення, резилієнсу та посттравматичного зростання.

Сучасна біопсихосоціальна парадигма розглядає ПТСР як результат взаємодії когнітивних , соціальних і біологічних чинників.

Згідно з дослідженнями американської клінічної психологині та нейробіологині, Йегуда Р., у людей, що пережили травму, спостерігаються зміни у функціонуванні гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі, що зумовлює надмірну реакцію на стрес[76]. Нейробіологічні дослідження підтверджують зниження об'єму гіпокампу та гіперактивність амігдали, які впливають на обробку страху та спогадів.

В українських дослідженнях Бондар О. та Лушак О. підкреслюється, що у внутрішньо переміщених осіб біологічні прояви посттравматичного стресового розладу поєднуються з соматичними симптомами, такими як порушення сну, підвищений артеріальний тиск та хронічна втома[4;20].

Автори наголошують на необхідності міждисциплінарного підходу до лікування: поєднання психотерапії з фізичною активністю, релаксаційними практиками та медичним супроводом забезпечує найвищу ефективність втручання.

Отже, біопсихосоціальний підхід виступає цілісною концептуальною основою для побудови сучасних реабілітаційних програм, які враховують взаємозв'язок нейрофізіологічних, психологічних і соціальних чинників адаптації особистості. Такий підхід забезпечує не лише зниження інтенсивності посттравматичних симптомів, а й відновлення цілісності психічного функціонування, сприяючи гармонізації внутрішнього стану та ефективній соціальній інтеграції постраждалих.

Провідну роль у психологічній корекції ПТСР зберігає когнітивно-біхевіоральна модель, яка пояснює симптоматику через викривлення мислення і формування умовних страхів.

За даними досліджень Елерс Е. та Кларка Д., пережита травма порушує фундаментальні когнітивні схеми безпеки та довіри до світу[42]. Постійне уникання спогадів про травматичну подію ускладнює їхню інтеграцію у довготривалу пам'ять, що призводить до повторного переживання події у вигляді флешбеків, а також до підвищеної тривожності та емоційної дисрегуляції.

Сучасні варіації цього підходу включають пролонговану експозиційну терапію, когнітивну реструктуризацію і терапію прийняття і відповідальності. Вони орієнтовані не лише на усунення симптомів, а й на формування нового, більш адаптивного досвіду переживання травми.

В українському контексті такі методи активно застосовуються у роботі з ветеранами та ВПО. Дослідники зазначають, що ефективність когнітивної терапії підвищується, коли вона поєднується із соціальною підтримкою — родинною, груповою або громадською.

У 2015–2025 роках набуває популярності емоційно-фокусована терапія, розроблена американською клінічною психологинею Грінберг Л., яка виходить із того, що травма руйнує здатність до автентичного переживання емоцій. Робота з клієнтами полягає у створенні безпечного простору для визнання болю, гніву, сорому, втрати — тобто тих почуттів, які часто пригнічуються при ПТСР[50].

Емоційно-фокусований підхід застосовується у групових формах, таких як арттерапії, психодрами, тілесно-орієнтованих методах.

В українських дослідженнях психологинь Голованової І. та Погорєлової С. продемонстровано, що застосування емоційно-фокусованих технік у роботі з внутрішньо переміщеними особами сприяє зниженню рівня емоційної напруги, підвищенню відчуття контролю над власним психічним станом та формуванню прийняття травматичного досвіду[5;27].

Отримані результати підтверджують доцільність включення емоційно-фокусованих технік у структуру комплексних програм психосоціальної допомоги внутрішньо переміщеним особам. Така інтеграція сприяє більш глибокому емоційному опрацюванню травматичного досвіду, стабілізації психоемоційного стану та підвищенню здатності до адаптації в новому соціальному середовищі.

Одним із найважливіших досягнень останнього десятиліття стала поява моделі посттравматичного зростання, розробленої американськими психологами Тедескі Р. та Калхун Л[72]. Згідно з цією концепцією, вплив

травматичних подій не обмежується лише негативними наслідками — вони здатні виступати потужним стимулом для особистісного зростання, переосмислення життєвих орієнтирів, розвитку внутрішніх ресурсів і зміцнення соціальних зв'язків, що у підсумку сприяє формуванню більшої психологічної зрілості та стійкості.

Підтвердження ефективності цього підходу знаходять українські дослідження Журавльової М. та Шевченко О., які показують, що у частини внутрішньо переміщених осіб після переживання воєнних дій спостерігаються позитивні зміни: формування нових життєвих цілей, зростання емпатії та альтруїзму[9;34]. Основними механізмами посттравматичного зростання є когнітивна переоцінка, соціальна підтримка та активне подолання стресових ситуацій. Поняття резилієнсу, як здатності особистості ефективно відновлюватися після стресових та травматичних подій стало центральним у сучасній психології травми.

Дослідження, здійснені американськими фахівцями Саутвіком Г. і Чарні Д., доводять, що високий рівень стійкості до стресу (резилієнтності) суттєво зменшує ймовірність виникнення посттравматичного стресового розладу навіть за наявності частих і глибоких травматичних переживань.

Європейські дослідники Бонанно Д. та Унгар М. підкреслюють, що резилієнс не є виключно вродженою характеристикою особистості, а розвивається як динамічний процес під впливом соціальної підтримки, смислових орієнтирів та інтеграції у соціальне середовище[38;74].

Починаючи з 2022 року, в Україні спостерігається інтенсивний розвиток наукових і практичних ініціатив, спрямованих на формування резилієнсу у різних категорій населення — військовослужбовців, медиків і внутрішньо переміщених осіб. Результати досліджень, проведених Гриневич І. та

Панько О., засвідчують, що участь у тренінгах, побудованих на засадах когнітивно-біхевіоральної терапії та майндфулнес-підходу, сприяє істотному зменшенню симптомів посттравматичного стресу та депресивних проявів,

підвищуючи рівень психологічної стійкості й емоційної саморегуляції учасників[6;24].

В Україні українські психологи Ігнатенко І. та Пилипенко О. активно досліджують цю модель у контексті війни, відзначаючи, що тривала травматизація, така як включно з втратою дому, близьких людей та вимушеним переселенням, частіше призводить до формування саме комплексного ПТСР[10;25]. Це підкреслює актуальність розробки довготривалих реабілітаційних програм, які інтегрують психотерапевтичну допомогу, соціальну підтримку та професійну реінтеграцію постраждалих осіб.

Після 2020 року у сфері психотерапії травми спостерігається активний розвиток цифрових та технологічних інновацій, які спрямовані на підвищення ефективності та доступності психологічної допомоги.

До таких підходів належать:

- Використання віртуальної реальності для безпечного відтворення та поступової реконструкції травматичних сценаріїв, що дозволяє пацієнту опрацьовувати травму у контрольованих умовах без додаткового ризику за американської клінічної психологині Келлер К.[57].
- Застосування аналітичних систем на основі ШІ для прогнозування ризику розвитку ПТСР за показниками поведінки та біомаркерами, що відкриває нові перспективи для превентивних інтервенцій за дослідник у галузі комп'ютерних наук та психології, Кхосла Р[57].
- Онлайн-терапія та мобільні платформи, які забезпечують дистанційну підтримку, зокрема для внутрішньо переміщених осіб, дозволяючи зменшити бар'єри доступу до психологічної допомоги та знизити рівень стигматизації. В Україні такими платформами є «Розкажи мені» та «Ти не один».
- Інтеграція цифрових технологій у психологічну практику дозволяє масштабувати психологічну підтримку, підвищує її доступність для різних категорій населення та створює умови для безпечного та ефективного опрацювання травматичного досвіду в кризових умовах.

Отже, у 2014–2025 роках концепції ПТСР еволюціонували від медико-діагностичної до інтегративної моделі, що враховує нейробіологічні, когнітивні, емоційні, соціальні та культурні виміри. Українські дослідження органічно вписалися у світовий контекст, зосередившись на унікальному феномені воєнної травматизації, пережитій переселенцями, військовими та цивільними.

Сучасне бачення ПТСР, це не лише про симптоми і розлади, а й про потенціал до відновлення, адаптації та особистісного зростання, що стало ключовим напрямом розвитку практичної психології останнього десятиліття.

1.2. Причини виникнення ПТСР у внутрішньо переміщених осіб

Як уже зазначалося, ПТСР є складним багатокомпонентним психоемоційним явищем, що виникає як реакція на переживання ситуацій, пов'язаних із реальною або потенційною небезпекою для життя, фізичного чи психологічного благополуччя особистості.

У контексті внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в Україні, які втратили свої домівки через воєнні дії, окупацію, руйнування чи інші кризові обставини, проблема посттравматичного стресового розладу набуває особливого значення та соціально-психологічної ваги.

Для цієї категорії осіб травматичний досвід, як правило, має багатовимірний і тривалий характер, що поєднує безпосередній вплив насильства чи небезпеки з втратою соціального оточення, роботи, стабільності та відчуття контролю над власним життям.

У межах цього розділу представлено поглиблений аналіз етіології посттравматичного стресового розладу у ВПО, який охоплює психологічні, соціальні, нейропсихологічні та контекстуальні чинники. Особлива увага приділяється українському досвіду після 2014 року, коли внаслідок воєнної агресії різко зросла кількість осіб, що пережили масові травматичні події та вимушену міграцію, що зумовило появу нового соціально-психологічного феномена - колективної травматизації суспільства.

Військова травматизація та вплив бойових дій. Основною причиною розвитку ПТСР у ВПО є прямий контакт із бойовими діями, обстрілами, вибухами та іншими насильницькими подіями. Відчуття загрози життю та втрата контролю над безпекою активує стресові реакції, які за відсутності підтримки перетворюються на хронічні.

Українські дослідження, проведені серед переселенців із Донеччини, Луганщини та Харківщини, показують, що понад 65% респондентів мали симптоми тривожності та повторних травматичних спогадів, пов'язаних із бойовими подіями.

Бойова травматизація часто супроводжується відчуттям безсилля та неможливості втекти. Внутрішньо переміщені особи часто змушені покидати домівки без можливості захистити близьких, що додатково посилює емоційний стрес і ризик розвитку ПТСР.

Втрата дому, власності та соціальної підтримки. Другим важливим фактором є примусова евакуація та втрата житла, робочих місць і соціальних зв'язків. Відсутність стабільного побуту, ізоляція від рідного соціального середовища та обмежений доступ до ресурсів поглиблюють психотравму.

Дослідження українських учених Климчук Н. та Москалець В. показують, що понад 70% переселенців відчувають сильний емоційний дискомфорт через втрату соціальної підтримки[19;21]. Втрата дому не тільки зменшує відчуття безпеки, але й порушує базові життєві навички, які раніше сприяли стабільності психологічного стану.

Втрати близьких та переживання смерті. Особливо травматичними є випадки втрати членів сім'ї чи близьких людей у зоні конфлікту. Психологічний удар від смерті рідних супроводжується виникненням почуття провини, суму, сорому та безпорадності.

У дослідженнях ВПО, проведених після 2022 року, було виявлено, що особи, які пережили втрату близьких, мають більш високі показники флешбеків та порушень сну, що свідчить про підвищений ризик розвитку ПТСР.

Зарубіжні дослідження американського психолога, професора психології в Колумбійському університеті Бонанно Д. підтверджують, що втрата рідних належить до ключових предикторів посттравматичного стресу у кризових ситуаціях[38].

Економічна нестабільність після переселення є додатковим стресовим фактором. Безробіття, нестача житла, обмежений доступ до соціальних послуг поглиблюють психологічний дискомфорт та підтримують хронічний стрес.

Українські дослідження показують, що невизначеність у працевлаштуванні та фінансові труднощі корелюють із високим рівнем тривожності та депресивних симптомів у ВПО. Таким чином, економічні проблеми є не лише наслідком війни, а й фактором підтримки ПТСР.

Соціальні умови, зокрема дискримінація, стигматизація переселенців, а також культурні відмінності регіонів, куди переселяються ВПО, впливають на розвиток ПТСР. Відсутність прийняття у новому соціальному середовищі посилює відчуття ізоляції та самотності.

Дослідження доктора психологічних наук, професор а, українського психолога Журавльової Л. підтверджують, що соціальна інтеграція є ключовим чинником захисту від розвитку ПТСР. Ті ВПО, які отримували підтримку від місцевих громад, волонтерів або психологів, демонстрували нижчий рівень тривожності та більш швидку адаптацію[9].

Не менш важливим є вплив індивідуальних передтравматичних факторів. Сюди належать: особистісні риси (тривожність, низька саморегуляція), попередні травми, психічні захворювання у минулому, недостатній досвід подолання стресу.

Результати сучасних досліджень, проведених серед українських внутрішньо переміщених осіб, свідчать про те, що наявність попереднього травматичного досвіду, зокрема дитячих психологічних травм або тривалого впливу хронічного стресу, значно підвищує ймовірність розвитку посттравматичного стресового розладу після переживання воєнних подій[3;11]. ю

Така закономірність підкреслює, що реакція на травму не є одомірною, а визначається накопичувальним ефектом психоемоційних навантажень, які знижують здатність особистості до подальшої адаптації.

Таким чином, для ефективного подолання наслідків ПТСР необхідно враховувати не лише поточний рівень психотравматизації, а й попередній життєвий досвід, особливості особистісної стійкості, емоційної регуляції та соціальної підтримки.

Це підтверджує доцільність застосування комплексного підходу у психологічній оцінці ризику розвитку ПТСР і в розробленні програм психологічної допомоги, які поєднують профілактичні, діагностичні та корекційно-реабілітаційні заходи.

Комплексні травми формують хронічні стресові реакції, емоційну дисрегуляцію, когнітивні порушення та соціальну дезадаптацію. Саме вони часто стають ключовими передумовами для формування тривалої психологічної дезадаптації у ВПО.

Отже, виникнення ПТСР у внутрішньо переміщених осіб зумовлено комбінацією факторів: прямою військовою травматизацією, втратою дому та близьких, економічними труднощами, соціальною ізоляцією та індивідуальними психологічними особливостями.

Мультимодальні травми підвищують ймовірність формування комплексного ПТСР. Розуміння цих причин є базовим для розробки ефективних програм психологічної підтримки та реабілітації ВПО.

1.3. Вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у внутрішньо переміщених осіб

Воєнні конфлікти виступають потужним психотравмуючим чинником, поєднуючи безпосередню загрозу життю, втрату безпеки та контакт із насильством. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) формується як складна психічна реакція на події, що

виходять за межі звичного досвіду та здатні порушувати базові когнітивні та емоційні структури особистості.

Емпіричні дані українських досліджень свідчать, що понад 60% ВПО, які пережили активні бойові дії, демонструють симптоми повторних травматичних спогадів, флешбеків та підвищеної тривожності. Подібні закономірності підтверджуються й у міжнародних дослідженнях серед біженців із країн, що пережили військові конфлікти, таких як Сирія, Афганістан та Ємен.

Частота та тривалість контакту з бойовими подіями прямо корелюють із ризиком розвитку ПТСР. Згідно з дослідженням української психологині Лушчак О., ВПО, які перебували у зоні активного конфлікту понад три місяці, демонстрували на 30–40% вищий ризик формування ПТСР порівняно з тими, хто евакуювався на ранніх стадіях конфлікту[20]. Тривале перебування в умовах постійного стресу порушує психофізіологічну стабільність і стимулює хронічну активацію стресових нейрональних ланцюгів.

Відчуття повної втрати безпеки та неможливості контролювати обставини є важливим фактором, що сприяє розвитку хронічної тривожності та страху. Для ВПО, навіть після евакуації, відчуття небезпеки підтримується постійним потоком новин про бойові дії, обстріли та втрати близьких. Втрата дому, робочого місця та соціальної підтримки суттєво підсилює психотравмуючий ефект конфлікту.

ВПО часто зазнають одночасного впливу кількох психотравмуючих чинників: бойові дії, втрата близьких, економічна нестабільність, дискримінація та соціальна ізоляція. Така комбінація підсилює ризик формування комплексного ПТСР, що включає не лише класичні симптоми (флешбеки, гіпервозбудження, уникання), а й порушення міжособистісних стосунків, емоційної регуляції та самоідентифікації.

Нейробіологічні дослідження показують, що переживання війни активує амігдалу, гіпокамп та префронтальну кору, відповідальні за страх, пам'ять і самоконтроль. Підвищена активація цих структур призводить до флешбеків, гіпервозбудження, порушень сну та когнітивних порушень. Українські дані

Лушчак О. підтверджують, що ВПО із симптомами ПТСР демонструють підвищену частоту серцевих скорочень, коливання артеріального тиску та розлади сну, що узгоджується з міжнародними висновками.

Втрати родичів і друзів або свідчення насильства суттєво підсилюють психотравму. Психологічні реакції включають почуття провини, сорому, безпорадності та тривожності. Українські дослідження серед ВПО свідчать, що втрати близьких є одним із найсильніших предикторів розвитку ПТСР та порушень адаптації.

Соціальна інтеграція, психологічна допомога та участь у групах взаємодопомоги значно знижують інтенсивність симптомів ПТСР. Дослідження показують, що ВПО з доступом до психологічної підтримки демонстрували на 25–30% меншу інтенсивність симптомів порівняно з особами без такої допомоги. Економічна стабільність та доступ до базових ресурсів також виступають важливими превентивними чинниками.

Розвиток ПТСР у ВПО обумовлений комплексною взаємодією когнітивних, емоційних та фізіологічних процесів. Ключовими проявами є когнітивний дисонанс між очікуванням безпеки та реальною загрозою, фрагментація пам'яті травматичних подій, емоційна дисрегуляція, умовно-рефлекторні реакції на тригери. Мультимодальні травми підсилюють розвиток комплексного ПТСР, що потребує спеціалізованого підходу до діагностики та терапії.

Таким чином, вплив воєнних дій на розвиток ПТСР у внутрішньо переміщених осіб є багатофакторним та довготривалим. Безпосередня загроза життю, втрата соціальних ресурсів, економічна нестабільність та ультифакторні травми створюють умови для формування комплексного ПТСР.

Соціальна підтримка, доступ до психотерапії та інтеграція у спільноту виступають ключовими превентивними чинниками. Ефективне подолання ПТСР потребує комплексного підходу, який поєднує психотерапевтичні методи, соціальні інтервенції та індивідуалізовану роботу з урахуванням культурного та контекстуального фактору.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

У першому розділі було здійснено комплексний аналіз теоретичних підходів до вивчення феномена посттравматичного стресового розладу, що дозволило визначити його як багатовимірне психічне утворення, у структурі якого поєднуються когнітивні, емоційні, поведінкові та соматичні компоненти. ПТСР розглядається як системна реакція особистості на вплив екстремальних подій, що порушують цілісність її психічного функціонування, впливаючи на самооцінку, соціальну адаптацію, комунікативні зв'язки та професійну діяльність.

Наукові концепції сучасних зарубіжних дослідників, зокрема Бруна Дж., Клойтре М., Леду Дж., Колка Б. створюють теоретичну основу для розуміння механізмів розвитку посттравматичних розладів[41;43;56;59;]. У їхніх працях висвітлюються нейропсихологічні та когнітивно-поведінкові механізми стресових реакцій, емоційна дисрегуляція й порушення саморегуляції, що формують основу клінічної картини ПТСР. Ці підходи підкреслюють значення когнітивної реконструкції, інтеграції емоційного досвіду, розвитку резилієнсу та адаптивних копінг-стратегій як ключових напрямів психокорекційної роботи.

Узагальнення теоретичних джерел дозволяє стверджувати, що подолання наслідків психотравми потребує системного й цілісного підходу, який поєднує індивідуальну, групову та соціально-психологічну підтримку. Комплексність такого підходу передбачає міждисциплінарну взаємодію психологів, психотерапевтів, соціальних працівників і фахівців кризових служб, що забезпечує більш ефективну допомогу постраждалим від травматичних подій.

Таким чином, результати теоретичного аналізу першого розділу стали методологічним підґрунтям для подальшого емпіричного дослідження (розділ 2) та розроблення програми психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам (розділ 3), спрямованої на відновлення психічної рівноваги, емоційної стабільності та здатності до конструктивної адаптації в умовах посттравматичного досвіду.

РОЗДІЛ 2.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ПОДОЛАННЯ ПТСР У ПЕРЕСЕЛЕНЦІВ ІЗ ЗОН ВОЄННИХ ДІЙ

2.1 Загальні питання організації і проведення дослідницької роботи

Емпіричне дослідження проводилося на базі ГО «Центр соціально-психологічного супроводу «Добробут», основна діяльність якої полягає у наданні багаторівневої психологічної, соціальної та консультативної підтримки особам, що переживають кризові чи травматичні життєві ситуації.

Центр орієнтує свою роботу на підтримку осіб, які вимушено змінили місце проживання, військовослужбовцями, членами їхніх родин та іншими категоріями населення, які потребують психологічної реабілітації, відновлення емоційної стабільності та адаптації до нових соціальних умов.

Основним напрямом роботи центру є психологічна та соціальна підтримка осіб із статусом ВПО, військовослужбовців та родин, які постраждали внаслідок воєнних дій, а також інших категорій населення, що переживають підвищений рівень стресу та потребують професійної допомоги у подоланні наслідків травматичних подій.

Метою проведеного емпіричного дослідження було з'ясування особливостей проявів посттравматичного стресового розладу у ВПО та визначення психологічних механізмів його подолання шляхом аналізу взаємозв'язків між рівнем тривожності, типами копінг-стратегій і ступенем вираженості симптоматики ПТСР.

Застосування такого підходу дало змогу виявити емоційно-когнітивні та поведінкові чинники, які забезпечують успішну адаптацію ВПО до нових життєвих умов, а також окреслити основні напрями психологічної допомоги людям, що пережили травматичний досвід війни.

Завдання емпіричного дослідження: Визначити та аргументовано представити набір психодіагностичних інструментів для вивчення механізмів подолання посттравматичного стресового розладу серед ВПО, які постраждали

унаслідок бойових дій; Виконати експериментально-емпіричне дослідження кореляцій між показниками тривожності, типологією копінг-стратегій та ступенем вираженості посттравматичних симптомів у переселенців, які зазнали воєнних втрат, з метою виокремлення провідних механізмів психологічного подолання; Розробити практичні заходи й рекомендації для надання психологічної підтримки ВПО, що фокусуються на формуванні адаптивного копінгу, посиленні резилієнтності і мінімізації ризику повторного виникнення проявів ПТСР.

Методи дослідження. Емпіричні методи : Тест тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна; Методика «Індикатор копінг-стратегій» Амірхана; Шкала самооцінки посттравматичного стресового розладу Девідсона; Міжнародний опитувальник травм Клойтре М.

Застосування зазначених методик забезпечує комплексне вивчення психологічних параметрів, що визначають процес подолання травматичного досвіду та формування адаптивних механізмів відновлення.

Застосовані методи математико-статистичної обробки: кореляційний, порівняльний та описова статистика.

Обробку емпіричних даних та статистичні розрахунки здійснено з використанням програмного забезпечення Microsoft Excel, що забезпечує точність обчислень та зручність візуалізації отриманих результатів.

Емпіричне дослідження здійснювалося відповідно до базових етичних норм, установлених у сучасній психологічній практиці. Участь у дослідженні респонденти брали добровільно, що гарантувало їхнє усвідомлене та вільне рішення. Перед початком дослідження всі респонденти отримували вичерпну інформацію про мету, зміст і умови участі, після чого надавали інформовану згоду.

Упродовж дослідження повністю зберігалася анонімність учасників і конфіденційність отриманої інформації. Було зроблено все можливе для підтримання психологічного комфорту респондентів, запобігання можливим

негативним переживанням і забезпечення права відмови від участі без будь-яких наслідків.

Характеристика вибірки досліджуваних. У дослідженні взяли участь 42 внутрішньо переміщені особи віком від 23 до 81 року, які проходять психологічну підтримку в Громадській організації «Центр соціально-психологічного супроводу «Добробут». Переважну частину вибірки становили жінки - 85,7 %, тоді як чоловіки - 14,3 %. До вибірки були включені внутрішньо переміщені особи, які прибули з територій, що зазнали найбільшого впливу збройного конфлікту, зокрема з Харківської, Донецької, Луганської та прилеглих областей України.

Більшість учасників мають досвід значних втрат і стресових подій, серед яких є руйнування житла, смерть або зникнення близьких, обстріли, примусова евакуація, вимушена зміна місця проживання та соціального оточення.

Респонденти перебувають у процесі психологічної адаптації до нових умов життя, що робить їхню участь у дослідженні надзвичайно цінною для розуміння механізмів подолання посттравматичних станів.

Поставлені завдання визначили логіку та структуру емпіричного дослідження, яке було реалізовано у три взаємопов'язані етапи: підготовчого, діагностичного та аналітичного. Кожен етап мав свою мету, завдання та очікувані результати, що забезпечило послідовність і наукову обґрунтованість у процесі збору та аналізу даних.

Підготовчий етап дослідження охоплював розроблення та обґрунтування системи психодіагностичних методів і процедур збору емпіричних даних, спрямованих на вивчення психологічних механізмів подолання посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб. На цьому етапі було визначено теоретико-методологічні засади, укладено програму емпіричного дослідження та проведено добір валідних і надійних діагностичних інструментів для вимірювання рівня тривожності, інтенсивності симптомів ПТСР і специфіки копінг-поведінки.

Особливу увагу приділено забезпеченню відповідності обраних методик цілям і завданням дослідження, а також дотриманню етичних принципів роботи з респондентами, які мають досвід переживання психотравмувальних подій воєнного характеру. Крім того, на цьому етапі було сформовано вибірку внутрішньо переміщених осіб відповідно до визначених критеріїв участі.

Емпіричний етап дослідження передбачав застосування комплексу психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку рівня тривожності, вираженості симптоматики посттравматичного стресового розладу та особливостей копінг-стратегій у внутрішньо переміщених осіб.

1. Тест тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна використовувався для діагностики показників ситуативної (реактивної) та особистісної тривожності. Методика дає змогу визначити рівень емоційного напруження, який виступає важливим індикатором психоемоційної дестабілізації у людей, що зазнали травматичних подій.

2. Методика «Індикатор копінг-стратегій» Р. Амірхана застосовувалася для визначення провідних стратегій подолання стресових ситуацій (проблемно-орієнтованої, емоційно-орієнтованої та стратегії уникнення). Використання цього інструменту дозволило дослідити, які саме копінг-стратегії є домінуючими серед внутрішньо переміщених осіб із різним ступенем травматизації.

3. Шкала самооцінки посттравматичного стресового розладу Девідсона - застосовано для оцінки інтенсивності основних симптомів ПТСР (повторних переживань, уникання та гіперактивації). Методика дозволяє кількісно виміряти ступінь вираженості травматичних реакцій.

4. Міжнародний опитувальник травм М. Клуатр - використано для діагностики симптоматики посттравматичного та комплексного посттравматичного стресового розладу відповідно до критеріїв МКХ-11. Опитувальник дає можливість оцінити як клінічні прояви ПТСР, так і додаткові ознаки комплексної травматизації: емоційну дисрегуляцію, порушення самоконцепції та міжособистісні труднощі.

Зібрані дані стали основою для подальшої математико-статистичної обробки та інтерпретації результатів, що забезпечило наукову обґрунтованість отриманих висновків.

Було сформовано та затверджено програму емпіричного дослідження, а також отримано офіційний дозвіл від адміністрації громадської організації «ЦСПС «Добробут» на проведення анкетування серед її клієнтів.

Другий етап (емпіричний) передбачав безпосереднє проведення психологічного обстеження вибірки за допомогою стандартизованих методик.

Учасникам пропонувалося пройти низку тестів у безпечних умовах, у приміщенні центру «Добробут». Опитування здійснювалося індивідуально або у малих групах (по 3–5 осіб) під супроводом психолога-дослідника.

Після завершення збору емпіричних даних проводилася їх математична та якісна обробка-Аналітичний етап.

Цей етап дослідження передбачав комплексну обробку та інтерпретацію отриманих емпіричних даних із використанням методів кількісного та якісного аналізу. На цьому етапі здійснювалося обчислення середніх показників за кожною із застосованих психодіагностичних методик, що дозволило визначити узагальнені тенденції у вибірці.

Проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона з метою виявлення взаємозв'язків між рівнем посттравматичного стресового розладу, показниками тривожності та типами копінг-стратегій. Крім того, було виконано порівняльний аналіз за віковими, статевими та соціально-психологічними характеристиками респондентів, що дало змогу простежити диференційовані прояви психологічних механізмів подолання ПТСР.

Для математико-статистичної обробки застосовувалися програмні засоби MS Excel, що забезпечило високий рівень точності розрахунків та наочність представлення результатів. Отримані дані стали підґрунтям для формування узагальнених психологічних висновків щодо особливостей перебігу посттравматичних реакцій у внутрішньо переміщених осіб.

На основі проведеного аналізу було розроблено практичні рекомендації для психологів, соціальних працівників, консультантів і волонтерів, які працюють із наслідками воєнної травматизації.

Таким чином, триетапна структура дослідження — теоретичний, емпіричний та аналітичний етапи — забезпечила послідовний перехід від теоретичного обґрунтування до практичної перевірки й наукової інтерпретації результатів, що підтверджує надійність, валідність і достовірність отриманих висновків.

Отже, нами здійснено науково-методологічне обґрунтування організації та проведення емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення психологічних механізмів подолання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які зазнали впливу воєнних подій. Визначено логіку та послідовність етапів дослідження, обґрунтовано доцільність добору психодіагностичних інструментів і статистичних процедур, що забезпечують надійність і валідність отриманих результатів.

Представлена методологічна модель дослідження виступає науково обґрунтованим підґрунтям для подальшого аналізу емпіричних даних та інтерпретації закономірностей психічної адаптації осіб, постраждалих від травматичних подій війни.

2.2. Методики та інструменти дослідження посттравматичного стресового розладу

З метою реалізації поставлених завдань емпіричної частини дослідження було застосовано комплекс взаємодоповнювальних психодіагностичних методик, спрямованих на всебічне вивчення досліджуваного феномена. Добір інструментарію здійснювався з урахуванням надійності, валідності, адаптації до українських умов і можливості кількісної обробки результатів.

До складу комплексу увійшли чотири стандартизовані методики: Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна; Опитувальник копінг-стратегій Амірхана ;

Шкала посттравматичного стресу Девідсона; Міжнародний опитувальник травматичного стресу.

Кожна з них дає змогу оцінити різні сторони психічного функціонування особи після пережитих травматичних подій — рівень тривожності, інтенсивність симптомів ПТСР, характер подолання стресу, рівень дисфункції та посттравматичного росту.

Окреслимо ці методики коротко:

1. Шкала тривожності Спілбергера–Ханіна

Методика розроблена Ч. Д. Спілбергером та адаптована в Україні Ю. Ханіним. Дана методика призначена для диференційованого вимірювання двох форм тривожності — ситуативної та особистісної.

Ситуативна тривожність (С-тривожність) відображає актуальний емоційний стан індивіда, який виникає у відповідь на конкретну стресову або загрозову ситуацію.

Особистісна тривожність (О-тривожність) репрезентує відносно сталу індивідуально-психологічну характеристику, що визначає схильність особи сприймати різні життєві події як потенційно небезпечні чи такі, що несуть загрозу.

Методика складається з 40 тверджень, розподілених на дві підшкали по 20 пунктів кожна. Оцінювання здійснюється за 4-бальною шкалою Лайкерта, що дозволяє кількісно визначити рівень вираженості кожного виду тривожності (див. Додаток А). Для кожної підшкали обчислюється сумарний бал (від 20 до 80).

Зіставлення результатів обох шкал дозволяє оцінити, наскільки конкретна стресова ситуація є значущою для людини. Ця методика широко застосовується в клінічній психології, консультуванні та наукових дослідженнях завдяки своїй простоті та ефективності.

У нашому дослідженні дозволила оцінити зв'язок тривожності з інтенсивністю ПТСР-симптомів та вибором копінг-стратегій.

2. Опитувальник копінг-стратегій Амірхана

Опитувальник копінг-стратегій Д. Амірхана — це психодіагностична методика, призначена для визначення домінуючих способів подолання

стресових ситуацій (копінг-стратегій) особистістю. Методика була адаптована для використання в українському просторі низкою дослідників, зокрема Н. Сиротою Н. та Ялтонським В.

Вона охоплює три основні типи копінгу:

1. Пошук соціальної підтримки - це звернення до оточення, прагнення отримати емоційну або практичну допомогу;
2. Проблемно-орієнтований копінг - це активна діяльність, спрямована на зміну або контроль ситуації;
3. Уникання - це емоційне або поведінкове відсторонення, заперечення проблеми.

Опитувальник складається з 33 пунктів (тверджень), на які респонденту пропонується відповісти, наскільки він погоджується або не погоджується з ними, використовуючи шкалу оцінювання (зазвичай 3-бальну або 4-бальну систему: "повністю згоден", "згоден", "не згоден"). Сумарний бал за кожною шкалою варіює від 11 до 33(див. Додаток Б).

У нашій роботі використано для визначення домінуючих копінг-стратегій внутрішньо переміщених осіб і з'ясування їх зв'язку з проявами ПТСР.

3. Шкала посттравматичного стресу Девідсона

Шкала посттравматичного стресу Девідсона - це стандартизований опитувальник для самооцінки, який використовується для кількісної оцінки частоти та вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР). Вона містить 17 тверджень, що охоплюють три ключові групи симптомів: повторне переживання травми; уникання та емоційне оніміння; підвищене збудження(див. Додаток В).

Переваги: швидким (займає близько 10 хвилин для заповнення), надійним і валідним інструментом, який може використовуватись у клінічній практиці та наукових дослідженнях.

Методика широко застосовується у клінічній практиці для скринінгу та оцінки ефективності реабілітації. У нашому дослідженні шкала Девідсона

слугувала основним інструментом вимірювання інтенсивності симптомів посттравматичного стресу.

4. Міжнародний опитувальник травматичного стресу

Опитувальник розроблено у 2018 р. під керівництвом М. Клонслі та співавт. для вимірювання комплексного посттравматичного стресового розладу.

Він оцінює дві ключові структури: ПТСР (повторні спогади, уникання, відчуття загрози); порушення саморегуляції (емоційна дисрегуляція, негативне самосприйняття, труднощі у відносинах). Опитувальник складається з 18 пунктів(див. Додаток Д).

Цей інструмент дозволяє виявити не лише симптоми класичного ПТСР, а й глибші особистісні порушення, характерні для людей, які пережили тривалий або повторний вплив травматичних подій (наприклад, війни чи вимушене переселення).

Отже, нами було визначено основні методи, процедури та етапи емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення психологічних механізмів подолання ПТСР у ВПО. Організація дослідження відповідала етичним стандартам психологічної науки, що забезпечує валідність і надійність результатів.

2.3 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження спрямовані на виявлення ключових психологічних закономірностей, що відображають взаємозв'язок між рівнем тривожності, інтенсивністю симптомів посттравматичного стресового розладу та характером копінг-стратегій внутрішньо переміщених осіб.

Цей етап дослідження дозволяє не лише кількісно оцінити вираженість окремих психологічних показників, а й виявити їхню системну взаємодію, що визначає особливості психоемоційного стану респондентів. Інтерпретація отриманих результатів здійснюється у контексті сучасних психологічних концепцій подолання травматичного досвіду, із врахуванням індивідуально-

особистісних ресурсів і зовнішніх умов соціальної підтримки, які впливають на процес адаптації та відновлення після пережитих травматичних подій.

Соціально-демографічні характеристики та ключові життєві чинники 42 опитаних респондентів:

1. Стать: жінки — 85,7 %, чоловіки — 14,3 %.
2. Віковий розподіл: 23–81 рік (середній вік у вибірці — вказати із файлу).
3. Освітній рівень: вища освіта переважає (приблизно 61,9 %); середня/професійно-технічна — решта.
4. Професійна зайнятість: повна зайнятість — 47,6 %, часткова — 21,4 %, шукають роботу — 14,3 %, пенсіонери — 14,3 %.
5. Тривалість статусу ВПО: менше 6 міс. — 14,3 %, 6–12 міс. — 4,8 %, 1–3 роки — 33,3 %, більше 3 років — 47,6 %.
6. Регіони походження (основні): Харківська — 59,5 %, Донецька — 11,9 %, Луганська — 7,1 %, інші — 21,4 %.
7. Наявність психотравмуючих подій: перебування під обстрілами — 76,2 %, вимушена евакуація — 47,6 %, втрата житла — 35,7 %, втрата близької людини — 19 %.

У вибірці переважали жінки (85,7%), чоловіки становили 14,3% (Див. Рис. 2.1) Більшість опитаних (61,9%) мають вищу освіту, 14,3% — середню, 16,7% — професійно-технічну, 2,4% — науковий ступінь.

Ці характеристики вказують на репрезентативність вибірки серед ВПО, які зазнали прямої або опосередкованої травматизації внаслідок бойових дій. Домінування жіночої частини вибірки узгоджується з реальними потоками звернень до громадських центрів допомоги (частіше звертаються жінки з дітьми). У таблиці 2.1 наведено узагальнені соціально-демографічні показники учасників дослідження.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічні характеристики вибірки

Показник	Категорії	%
Стать	Жінки	85,7
	Чоловіки	14,3
Вік	23–40 років	33,3
	41–60 років	45,2
	61+ років	21,5
Освіта	Вища	61,9
	Середня / Проф.-технічна	31,0
	Науковий ступінь	2,4
Соціальний статус	Повна зайнятість	47,6
	Часткова зайнятість	21,4
	Безробітні	14,3
	Пенсіонери	16,7

Як видно з результатів, переважну більшість респондентів становлять жінки, що узгоджується з тенденціями психологічних опитувань, де саме жінки частіше виявляють готовність брати участь у дослідженнях, пов'язаних із переживанням травматичного досвіду.

Віковий діапазон досліджуваних осіб становив від 23 до 80 років, що забезпечує репрезентативне охоплення дорослого населення різних вікових категорій. Найчисленнішу групу респондентів представлено особами середнього віку - від 31 до 60 років, тоді як менші частки вибірки становлять молоді учасники (до 30 років) та особи похилого віку (понад 60 років). Такий розподіл забезпечує глибше розуміння вікових особливостей психологічного реагування на травматичні події та дозволяє простежити, як прояви ПТСР можуть варіюватися залежно від життєвого етапу.

Для обробки даних використовувалися середні значення, відсотковий аналіз, а також кореляційний метод Пірсона для виявлення взаємозв'язків між рівнями ПТСР, тривожності та копінг-стратегій.

Більше половини учасників дослідження (47,6%) перебувають у статусі внутрішньо переміщених осіб понад три роки, що вказує на тривалий вплив стресогенних чинників і поступову хронізацію процесів психологічної адаптації.

Серед пережитих травматичних подій більшість відзначили перебування під обстрілами (76,2%), вимушену евакуацію (47,6%), втрату житла (35,7%) та втрату близьких людей (19%).

Отже, респонденти зазнали множинного травматичного досвіду, що є значущим чинником формування ПТСР.

Для оцінювання рівня ситуативної та особистісної тривожності серед учасників дослідження було використано Шкалу тривожності Спілбергера, адаптовану для української вибірки. Зазначена методика дає можливість диференціювати два типи тривожності: ситуативну (реактивну) - як показник актуального емоційного стану особистості у певний момент часу, та особистісну (стійку) - як характеристику загальної схильності індивіда сприймати різні життєві ситуації як потенційно загрозливі.

Згідно з результатами методики Спілбергера, середній показник реактивної тривожності у вибірці становить 49,2 бала, а особистісної тривожності — 51,7 бала, що вказує на підвищений рівень тривожності порівняно з нормативними показниками.

Отримані дані свідчать про наявність у більшості респондентів стану стійкої емоційної напруги, що може розглядатися як наслідок пережитого травматичного досвіду. Такий рівень тривожності відображає зниження відчуття безпеки, порушення емоційної рівноваги та підвищену чутливість до стресових подразників, що є типовими проявами посттравматичних реакцій у внутрішньо переміщених осіб.

Таблиця 2. 2

Показники тривожності у вибірці ВПО

Вид тривожності	Середній бал	Низький (%)	Середній (%)	Високий (%)
Реактивна (СТAI-1)	49,2	14,3	38,1	47,6
Особистісна (СТAI-2)	51,7	9,5	35,7	54,8

Як видно з таблиці 2.2, показники особистісної тривожності є дещо вищими порівняно з ситуативною, що свідчить про наявність у респондентів стійких тривожних тенденцій у поведінці та сприйнятті життєвих ситуацій.

Високий рівень тривожності виявлено більш ніж у половини опитаних, що статистично достовірно корелює з підвищеними показниками посттравматичного стресового розладу ($r = 0,62$; $p < 0,01$).

Узагальнений аналіз результатів засвідчив, що середній показник ситуативної тривожності становить 46,8 бала, тоді як середній рівень особистісної тривожності - 52,1 бала, що підтверджує тенденцію до підвищеного емоційного напруження серед досліджуваних внутрішньо переміщених осіб.

Обидва значення перевищують нормативні середні показники для здорової популяції (відповідно 35–40 для ситуативної та 40–45 для особистісної тривожності).

Це свідчить про те, що у більшості переселенців, які взяли участь у дослідженні, спостерігається високий рівень емоційного напруження, підвищена чутливість до стресу, очікування потенційної небезпеки та схильність до тривожного прогнозування подій.

Підвищені показники ситуативної тривожності вказують на те, що значна частина респондентів перебуває у стані поточних емоційних переживань,

пов'язаних із невизначеністю життєвих обставин, страхом за близьких, ризиком відновлення бойових дій або економічною нестабільністю.

Такі емоційні реакції є типовими для осіб, які недавно пережили травматичні події або продовжують відчувати їх психологічні наслідки, що підтверджує стійкий вплив війни на емоційний стан внутрішньо переміщених осіб.

Підвищена ситуативна тривожність у цій групі часто проявляється у вигляді підвищеної пильності, напруженості, роздратованості, порушення сну та концентрації уваги.

Високі показники особистісної тривожності свідчать про закріплення тривожного стилю реагування як стабільної риси особистості. Це означає, що пережитий воєнний досвід спричинив не лише тимчасові емоційні реакції, а й формування стійкого емоційного фону, який впливає на самооцінку, поведінкові реакції та міжособистісну взаємодію.

Такий стан може знижувати адаптивний потенціал особистості, ускладнювати психологічне відновлення та пристосування до нових умов життя, що підкреслює необхідність психологічної підтримки, спрямованої на розвиток ресурсних копінг-стратегій і зменшення рівня внутрішньої тривоги.

Люди з високою особистісною тривожністю схильні сприймати навіть нейтральні ситуації як потенційно небезпечні, очікують негативних подій та мають знижений рівень відчуття контролю над власним життям.

Серед усіх опитаних близько 68% респондентів мають показники, що перевищують середній норматив для своєї вікової групи. Це підтверджує наявність хронічного емоційного напруження, властивого особам із досвідом тривалого перебування в умовах воєнного стресу.

Такі результати узгоджуються з даними попередніх досліджень (зокрема, роботами Селігмана М. , Спілбергера Ч. , Тейлора А.), які доводять, що переживання травматичних подій призводить до стійкого підвищення базового рівня тривожності[31;70;73].

Проведений кореляційний аналіз виявив наявність вираженого позитивного зв'язку між рівнем тривожності та вираженістю симптомів посттравматичного

стресового розладу (ПТСР). Зокрема, рівень загальної тривожності позитивно корелює з частотою повторних травматичних спогадів ($r = 0,63$; $p < 0.01$) та інтенсивністю фізіологічних реакцій на тригери ($r = 0,57$; $p < 0.05$). Це свідчить про те, що чим вищий рівень тривожності, тим частіше респонденти переживають епізоди повторного проживання травматичних подій, а також відчують соматичні симптоми - прискорене серцебиття, тремтіння, пітливість або заціпеніння при нагадуванні про травматичний досвід.

Висока кореляція між тривожністю та проявами ПТСР підтверджує, що тривожність виступає центральним психологічним механізмом посттравматичних реакцій.

У осіб, які пережили травму, тривога часто набуває характеру гіпернастороженості - постійного відчуття небезпеки, що формується як умовний рефлекс на травматичні стимули. Водночас тривожність може мати й адаптивну функцію, оскільки забезпечує пильність та мобілізацію в умовах стресу. Проте надмірна її інтенсивність призводить до емоційного виснаження, порушень сну, депресивних станів та соціальної ізоляції.

Отримані дані свідчать, що для переселенців характерним є поєднання ситуативної та особистісної тривожності: короткочасні емоційні реакції, спричинені поточними подіями, підсилюються вже наявною схильністю до тривожного сприйняття світу.

Такий стан можна охарактеризувати як хронічну тривожність, що підтримується когнітивними механізмами — постійним мисленнєвим поверненням до минулого досвіду, фокусом на загрозах і гіперувагою до небезпеки.

Цей феномен пояснюється з позицій когнітивно-біхевіоральної теорії тривожності Бека А. та Мейхенбаума Д. : унаслідок травматичних переживань формується система переконань, що «світ є небезпечним», «будь-яка зміна — потенційна загроза»[37;65]. Тому навіть після евакуації з зони бойових дій люди зберігають високий рівень внутрішнього напруження, хоча об'єктивна небезпека може бути відсутня.

Високі показники за шкалою Спілбергера також можуть свідчити про наявність вторинних емоційних симптомів - депресивності, почуття безпорадності, зниження мотивації до діяльності[3;14]. Такі емоційні наслідки воєнних травм мають тенденцію до тривалості, особливо за відсутності соціальної підтримки чи психотерапевтичної допомоги.

Загалом результати за шкалою Спілбергера підтверджують, що тривожність є ключовим психологічним механізмом, через який проявляються наслідки травматичного досвіду у переселенців. Її усвідомлення й цілеспрямоване зниження мають бути одним із пріоритетних напрямів психологічної реабілітації осіб, постраждалих від війни.

Для дослідження особливостей подолання стресу серед внутрішньо переміщених осіб ми використали методику «Індикатор копінг-стратегій» Амірхана. Цей інструмент спрямований на виявлення домінуючих стратегій поведінкової та емоційної регуляції, які індивід застосовує у складних або загрозливих життєвих ситуаціях.

Аналіз результатів за методикою Амірхана “Індикатор копінг-стратегій” виявив, що серед досліджуваних найбільш поширеними стратегіями подолання є пошук соціальної підтримки (середнє значення — 17,8 бала) та вирішення проблем (середнє — 16,5 бала). (Див. Табл. 2.3)

Таблиця 2.3.

Середні значення копінг-стратегій у вибірці ВПО

Тип копінгу	Середній бал	Рівень прояву
Проблемно-орієнтований	16,5	Середній
Емоційно-орієнтований	12,4	Помірний
Соціально-підтримувальний	17,8	Виражений

Значно рідше використовуються уникання (13,1 бала) та емоційне відреагування (12,4 бала). Такий профіль свідчить про переважання конструктивних, адаптивних механізмів подолання, проте з вираженою потребою у зовнішній підтримці та соціальній взаємодії. (Див. Рис.2.5)

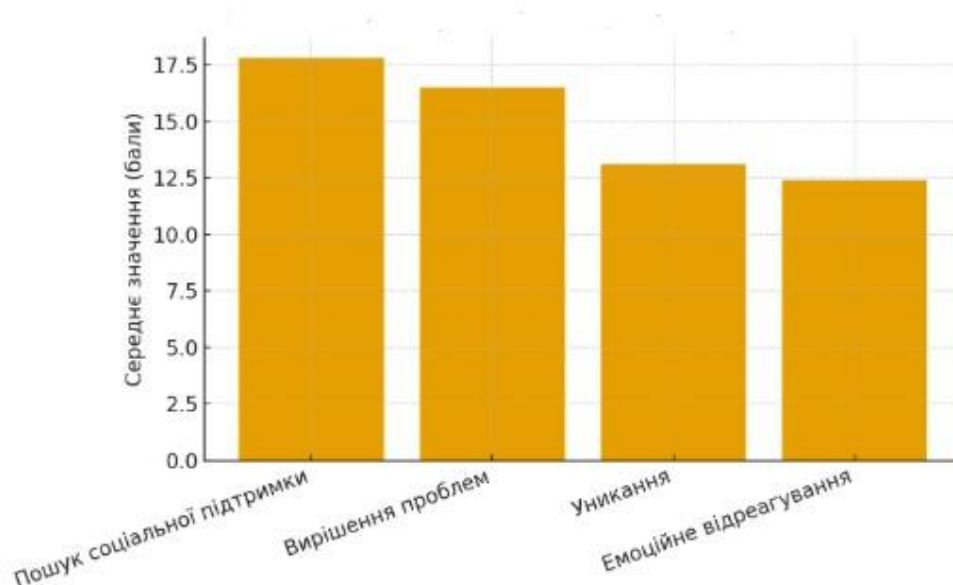


Рис. 2.1 Результати за методикою Амірхана “Індикатор копінг-стратегій”

Результати опитування серед 42 респондентів показали, що:

- Проблемно-орієнтований копінг є провідним для 37% учасників;
- Емоційно-орієнтований копінг — для 41% респондентів;
- Стратегії уникнення (дистракція або заперечення) — у 22% вибірки.

Таким чином, більшість переселенців демонструють емоційно-реактивний тип подолання стресу, орієнтований переважно на зниження внутрішнього напруження, а не на безпосереднє вирішення проблеми(Див.Рис.2.2).

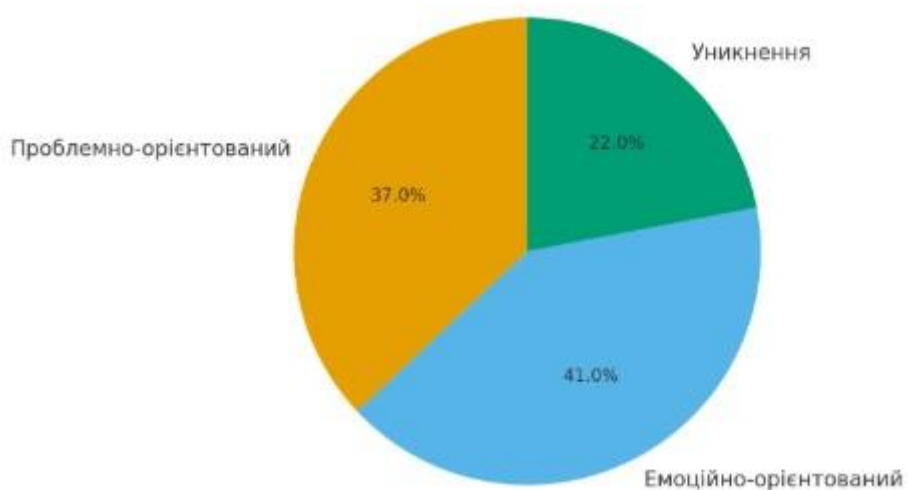


Рис.2.2 Розподіл копінг-стратегій за методикою Амірхана

Це означає, що у процесі адаптації до нових умов вони схильні зосереджуватися на переживанні, осмисленні або стримуванні емоцій, а не на пошуку конкретних зовнішніх дій для зміни ситуації.

Висока частка емоційно-орієнтованих копінгів серед ВПО є очікуваним результатом у контексті тривалого перебування під дією травматичних факторів. Переживання втрати дому, близьких, соціального статусу та звичного середовища призводить до зниження відчуття контролю над життям. За таких умов поведінкові копінги (активне вирішення проблем) часто стають недоступними, оскільки реальні можливості впливу на ситуацію обмежені.

Відтак на перший план виходять емоційні та унікальні стратегії, які дозволяють хоч частково стабілізувати внутрішній стан.

Емоційно-орієнтований копінг у переселенців найчастіше проявляється у формі плачу, вербалізації емоцій, пошуку емоційної підтримки, але також може включати самозвинувачення, тривогу, роздратованість або депресивні реакції.

Такі способи мають подвійний ефект: з одного боку, вони тимчасово знижують емоційне напруження, з іншого — не сприяють конструктивному вирішенню проблеми та можуть посилювати відчуття безпорадності.

Проблемно-орієнтовані стратегії, що їх демонструє 37% вибірки, пов'язані з активною життєвою позицією, прагненням планувати майбутнє, залученням до соціальних програм допомоги або професійної діяльності. Особи з таким типом копіngu виявляють вищий рівень адаптивності, краще відновлюють почуття контролю та мають меншу схильність до депресивних і посттравматичних симптомів.

Унікальні копінг-стратегії (22%) характеризуються прагненням відвернутися від проблеми або заперечити її існування. Вони можуть реалізовуватись через надмірну зайнятість, відмову обговорювати травматичні події, ігнорування власних емоцій або вживання психоактивних речовин. Ці механізми мають короткостроковий захисний ефект, але у довготривалій перспективі ведуть до емоційного вигорання, соціальної ізоляції та зниження психологічної стійкості.

Кореляційний аналіз показав, що активні копінг-стратегії мають зворотний зв'язок із рівнем посттравматичних симптомів: між проблемно-орієнтованим копінгом і рівнем ПТСР спостерігається кореляція $r = -0,49$ ($p < 0.05$), що свідчить про активне вирішення проблем і залучення до соціальної взаємодії знижують ризик розвитку посттравматичних реакцій.

Натомість емоційно-орієнтовані та унікальні стратегії демонструють позитивну кореляцію з рівнем тривожності ($r = 0,45$; $p < 0.05$) та частотою нав'язливих спогадів ($r = 0,39$; $p < 0.05$). Тобто чим частіше людина намагається приглушити або уникнути емоцій, тим інтенсивніше проявляються симптоми ПТСР. Це підтверджує сучасні уявлення про те, що емоційне уникнення є одним із ключових механізмів підтримання посттравматичних симптомів.

Таким чином, результати за методикою Амірхана демонструють, що переважання емоційно-реактивних і унікальних стратегій у ВПО є природною, але не оптимальною реакцією на тривалий травматичний стрес. Розвиток активних копінгів пов'язаний зі зниженням рівня посттравматичних симптомів, поліпшенням психологічного благополуччя та підвищенням адаптаційного потенціалу. Це узгоджується з сучасними уявленнями про те, що емоційне уникнення є одним із головних чинників, які підтримують прояви посттравматичного стресового розладу.

Для кількісного вимірювання вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у переселенців з зон воєнних дій у цьому дослідженні використано Шкалу самооцінки ПТСР Девідсона.

Рівень симптомів оцінювався за трьома рівнями: низький, середній і високий.

Таблиця 2. 4.

Розподіл рівнів ПТСР серед ВПО (за шкалою Девідсона)

Рівень прояву	Кількість осіб	%
Низький	10	23,8
Середній	20	47,6
Високий	12	28,6

Таблиця 2.4 демонструє, що майже половина опитаних характеризуються середнім рівнем вираженості симптомів ПТСР, тоді як близько чверті респондентів виявляють високий рівень посттравматичних проявів. Методика належить до найпоширеніших психодіагностичних інструментів, призначених для оцінювання інтенсивності посттравматичних симптомів. Вона охоплює три основні кластери: повторне переживання травматичної події (наявність флешбеків, нічних кошмарів, нав'язливих спогадів); уникання (свідоме чи несвідоме уникнення думок, ситуацій, місць або осіб, пов'язаних із травматичним досвідом, емоційна відчуженість); гіпервозбудження (підвищена дратівливість, труднощі із засинанням, надмірна настороженість, соматична напруга).

Отримані результати засвідчили, що середній інтегральний показник інтенсивності симптомів ПТСР становить 62,7 бала, що відповідає середньому або вище середнього рівню вираженості симптомів. Це свідчить про наявність у більшості внутрішньо переміщених осіб стійких посттравматичних реакцій, які відчутно впливають на емоційне, когнітивне та поведінкове функціонування.

Узагальнення емпіричних результатів показало, що 59,5 % респондентів продемонстрували клінічно значущий рівень симптомів ПТСР, який відповідає діагностичним критеріям, визначеним у «Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів», розробленому Американською психіатричною асоціацією.

Це означає, понад половина респондентів демонструє такий рівень проявів травматичного стресу, який можна розцінювати як потенційно клінічний, що потребує подальшої психологічної або психотерапевтичної підтримки.

Детальніше розподіл за основними кластерами симптомів виглядає так:

- Повторне переживання травматичних подій (інтрузії) — спостерігається у 71% учасників;
- Уникання нагадувань про травму — у 64%;
- Гіпервозбудження (фізіологічне напруження) — у 59% опитаних.

Найбільш інтенсивно вираженими виявилися симптоми гіпервозбудження та повторного переживання травматичних подій, що вказує на неповну інтеграцію травматичного досвіду у свідомості особистості та дисфункцію психологічних механізмів його когнітивно-емоційної переробки. У таких випадках травматичні спогади залишаються у вигляді фрагментів сенсорних образів і тілесних реакцій, які можуть активуватися при зіткненні з тригерами (звуки вибухів, новини, запахи, певні місця тощо).

Повторне переживання травми (інтрузії) є центральним симптомом ПТСР. У респондентів воно проявляється через флешбеки, кошмари, нав'язливі думки, а також емоційні реакції, що супроводжують згадки про травматичні події.

Цей симптом має захисний, але водночас деструктивний характер: психіка намагається «перепрожити» досвід, щоб інтегрувати його, однак через надмірну емоційну насиченість цей процес часто перетворюється на замкнене коло ретравматизації.

Уникання виступає вторинним захисним механізмом, який допомагає знизити внутрішню напругу. Переселенці часто свідомо або підсвідомо уникають спогадів, розмов, навіть медіаматеріалів, що можуть нагадувати про війну. Хоча така стратегія тимчасово зменшує емоційне навантаження, у довготривалій перспективі вона перешкоджає переробці травматичного досвіду й може сприяти ізоляції, втраті соціальної підтримки та емоційному оціпенінню.

Гіпервозбудження у більшості респондентів виявляється у вигляді порушення сну, труднощів з концентрацією, підвищеної пильності, тривожного очікування небезпеки. Цей симптом є наслідком хронічної активації симпатичної нервової системи, яка в умовах війни підтримується протягом тривалого часу. Людина продовжує «жити в режимі тривоги», навіть у безпечному середовищі, що призводить до фізичного виснаження, соматичних захворювань і підвищеної дратівливості.

Порівняльний аналіз результатів виявив статистично значущі відмінності між двома підгрупами респондентів, що свідчить про наявність істотних

розбіжностей у рівні вираженості посттравматичних симптомів та особливостях емоційного реагування:

1. Особами, які отримували психологічну допомогу.
2. Тими, хто такої допомоги не отримував.

У підгрупі респондентів, які брали участь у програмах психосоціальної підтримки, середній показник вираженості симптомів ПТСР виявився на 14 % нижчим, ніж у тих, хто не отримував спеціалізованої допомоги ($t = 2,43$; $p < 0.05$). Цей результат підтверджує ефективність психологічних інтервенцій, спрямованих на зниження інтенсивності посттравматичних реакцій.

Найбільш помітна позитивна динаміка спостерігається у зменшенні симптомів гіпервозбудження та унікальної поведінки, тобто саме тих компонентів, які найбільшою мірою перешкоджають адаптації та відновленню емоційної рівноваги.

Отримані результати узгоджуються з даними світових досліджень, які свідчать, що своєчасна психотерапевтична підтримка (зокрема когнітивно-поведінкова терапія, наративна експозиційна терапія) значно зменшує частоту повторних інтрузій та відновлює здатність до саморегуляції.

Підсумовуючи, можна зазначити, що за шкалою Девідсона переселенці демонструють виражені симптоми ПТСР середнього та високого рівня, що проявляються переважно у формі повторного переживання травми, гіпервозбудження та уникання.

Такі результати свідчать про незавершеність процесу психологічної адаптації та потребу в довготривалій психокорекційній і реабілітаційній роботі.

Водночас наявність групи, у якої рівень симптомів нижчий на 14% завдяки отриманій психологічній допомозі, є оптимістичним показником: це доводить, що травматичні наслідки можуть бути пом'якшені за умови цілеспрямованої психотерапії.

Таким чином, результати дослідження підтверджують, що ПТСР не є статичним станом, а піддається корекції через комплекс психосоціальних,

когнітивних і тілесно-орієнтованих втручань, які сприяють відновленню відчуття безпеки, цілісності й контролю над життям.

Для виявлення не лише класичних симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР), а й більш глибоких, хронічних проявів комплексної травми, у дослідженні було використано Міжнародний опитувальник травм Клойтре М. Цей інструмент дозволяє диференціювати ПТСР і комплексний посттравматичний стресовий розлад, враховуючи не лише симптоматику травми, а й порушення у сфері саморегуляції, самооцінки та міжособистісних стосунків.

Близько 63% осіб мають виражені труднощі в контролі емоцій, схильність до раптових спалахів гніву або пригніченості, емоційне опієніння. Така нестабільність часто зумовлена перевантаженням системи афективної саморегуляції після тривалого перебування в умовах небезпеки.

Порушення в емоційній сфері призводять до неможливості повноцінно переробити травматичний досвід, тому реакції тривоги, провини, сорому або страху залишаються незавершеними.

Серед переселенців поширене відчуття власної неспроможності, провини або безпорадності. Це частково пов'язано з втратою житла, соціального статусу, професійних можливостей, а також з відчуттям, що «я не зміг захистити себе чи близьких». Такі когнітивні схеми формують стійку внутрішню ідентичність «жертви», що перешкоджає процесам відновлення.

У респондентів часто спостерігається соціальна ізоляція, недовіра до інших, труднощі у встановленні нових контактів. В умовах вимушеного переселення це посилюється культурною, економічною та комунікативною нестабільністю. Люди прагнуть уникати близьких зв'язків, аби не зазнати повторного болю чи втрати, що призводить до емоційної самотності навіть у межах сім'ї або громади. Результати діагностики засвідчили, що: 45% учасників мають профіль, характерний для комплексного посттравматичного стресового розладу,

28% — для ПТСР, 27% — не виявляють клінічно значущих симптомів.

(Див. Рис. 2,6). Таким чином, майже половина вибірки (45%) демонструє ознаки комплексної травматизації, що є типовим для осіб, які пережили тривалий або повторний вплив стресових подій — бойові дії, втрату близьких, руйнування житла, евакуацію, життя в умовах невизначеності.

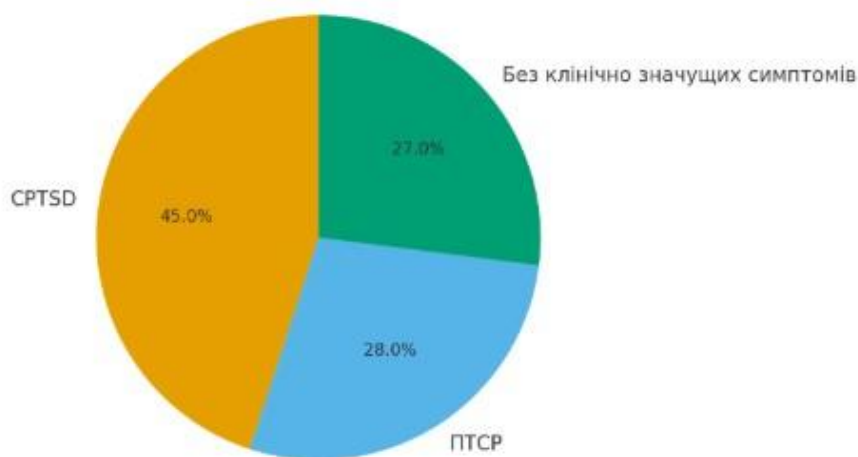


Рис. 2.2. Розподіл респондентів за наявністю симптомів

На відміну від класичного ПТСР, комплексний ПТСР включає не лише повторне переживання травми, уникання та гіпервозбудження, а й глибокі зміни у сфері особистісної ідентичності: труднощі в емоційній регуляції, стійке почуття сорому або провини, відчуття відчуження, проблеми в побудові близьких стосунків.

Учасники з профілем КПТСР у цьому дослідженні демонструють високу емоційну лабільність, знижену самооцінку та тенденцію до соціального відсторонення. У багатьох із них фіксуються прояви емоційного вигорання, безнадії та втрати сенсу, що вказує на глибоке внутрішнє виснаження після пережитих подій.

Як показує аналіз, група осіб із КПТСР характеризується значно вищими показниками за шкалами тривожності і ПТСР, а також більш вираженими проявами уникання.

Навпаки, учасники з профілем ПТСР демонструють гострі, але більш локалізовані реакції - переважно інтрузії та гіпервозбудження - при збереженій здатності до емоційного реагування й соціальної взаємодії. Особи без клінічних проявів травматизації (27%) вирізняються більш розвиненими навичками активного копіngu, соціальної взаємопідтримки та когнітивної переоцінки подій, що свідчить про високу психологічну стійкість.

Для глибшого розуміння структури психологічних взаємозв'язків було проведено кореляційний аналіз між основними змінними дослідження. До аналізу включено інтегральні показники за шкалами: ПТСР за шкалами Девідсона, Тривожність (показники ситуативної та особистісної тривожності), Копінг-стратегії (продуктивні, соціально підтримувальні, унікальні), Соціально-демографічні змінні - вік, стать, отримання психологічної допомоги. (См. Таблицю 2.5).

Таблиця 2.5

Кореляції між основними змінними (коефіцієнт Пірсона)

Показники	DTS _total	ITQ _total	STA I_total	Copі ng_про дуктив ні	Copі ng_соц .підтри мка	Copі ng_уни кальні	Вік	Стать	Отримання допомоги
DTS _total	—	0.81 *	0.01	0.22	0.09	-0.25	0.03	-0.06	-0.12
ITQ _total	0.81 *	—	0.10	0.16	0.05	-0.18	0.04	-0.02	-0.09
STA I_total	0.01	0.10	—	0.32 *	0.14	-0.21	-0.08	0.12	-0.05
Copі ng_про дуктив ні	0.22	0.16	0.32 *	—	0.48 **	-0.19	0.07	0.02	0.15
Copі ng_соц .підтри	0.09	0.05	0.14	0.48 **	—	0.04	-0.05	-0.03	0.18

мка									
Сорі ng_уни кальні	-0.25	-0.18	-0.21	-0.19	0.04	—	-0.12	0.06	-0.08
Вік	0.03	0.04	-0.08	0.07	-0.05	-0.12	—	0.04	0.02
Стат ь	-0.06	-0.02	0.12	0.02	-0.03	0.06	0.04	—	0.09
Отр имання допом оги	-0.12	-0.09	-0.05	0.15	0.18	-0.08	0.02	0.09	-

Примітки:

r — коефіцієнт кореляції Пірсона;

$p < 0.05$ — статистично значущі зв'язки позначено жирним (*, **);

* — $p < 0.05$; ** — $p < 0.01$;

$N = 42$.

Отримані результати свідчать, що найтісніший взаємозв'язок виявлено між шкалами ($r = 0,81$, $p < 0.001$), що вказує на узгодженість двох інструментів у вимірюванні проявів посттравматичного стресового розладу.

Між показниками тривожності та продуктивних копінг-стратегій виявлено помірний позитивний зв'язок ($r = 0,32$, $p < 0.05$), що може свідчити про тенденцію більш тривожних осіб активніше долати труднощі через залучення раціональних стратегій. Інші взаємозв'язки (наприклад, між ПТСР та копінгами або соціально-демографічними характеристиками) виявилися слабкими й статистично незначущими, що можна пояснити невеликою вибіркою ($N=42$) та неоднорідністю групи.

Отже, можна зробити висновок, що ефективність подолання травматичного досвіду визначається не лише інтенсивністю симптомів, а й обраною стратегією реагування. Отримані результати свідчать, що внутрішньо переміщені особи мають підвищену емоційну чутливість і високий рівень тривожності, що робить

їх вразливими до розвитку як ПТСР, так і комплексного посттравматичного розладу.

Ситуація війни, втрати дому, розлуки з близькими та соціальна нестабільність створюють умови хронічного стресу, який підтримує травматичні реакції навіть після завершення безпосередньої загрози.

Однак, наявність значної частки учасників, які демонструють низький рівень симптомів і високу активність у подоланні, свідчить про потенціал психологічної резильєнтності. Цей потенціал підсилюється завдяки таким факторам як регулярній психологічній допомозі, соціальній підтримці (групи взаємодопомоги, громадські ініціативи), розвитку когнітивної гнучкості та емоційної саморегуляції.

Порівняння груп показало, що ті ВПО, які брали участь у програмах психосоціальної допомоги, мають нижчі показники тривожності, менше симптомів ПТСР і вищу здатність до саморегуляції, ніж ті, хто не отримував допомоги. Це підтверджує ефективність комплексних психотерапевтичних втручань, заснованих на принципах когнітивно-поведінкової та емоційно-фокусованої терапії, які допомагають інтегрувати травматичний досвід у життєву історію особистості.

Підсумовуючи результати, можна констатувати, що:

- у вибірці переселенців спостерігається висока частка комплексної травматизації (45%);
- активні копінг-стратегії і соціальна підтримка виступають ключовими буферами, що знижують вираженість посттравматичних реакцій;
- отримання регулярної психологічної допомоги суттєво сприяє відновленню психологічної стійкості та попередженню хронізації травматичних симптомів.

Таким чином, результати дослідження дають підстави розглядати ПТСР не як статичні діагнози, а як динамічні процеси психологічної адаптації, що залежать від якості соціальної підтримки, ефективності копінг-стратегій і доступності психологічних ресурсів.

Для внутрішньо переміщених осіб це означає, що цілеспрямована робота з емоційною регуляцією, переоцінкою травматичного досвіду та формуванням безпечних міжособистісних зв'язків є ключем до довготривалого психологічного відновлення.

Проведене дослідження дозволяє стверджувати, що психологічна адаптація переселенців є процесом, у якому високий рівень тривожності та травматичних симптомів може співіснувати з потенціалом до відновлення, якщо активізуються внутрішні ресурси — когнітивна переоцінка, планування, пошук допомоги, соціальна взаємодія.

Отримані результати мають важливе прикладне значення: вони визначають напрями психокорекційної роботи, орієнтованої на розвиток активних копінг-стратегій, зниження тривожності та інтеграцію травматичного досвіду в систему особистісного розвитку.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 2

Емпіричне дослідження, проведене на базі ГО «Центр соціально-психологічного супроводу “Добробут”», дозволило виявити ключові психологічні закономірності переживання та подолання посттравматичних наслідків у внутрішньо переміщених осіб. Отримані результати засвідчили, що більшість респондентів характеризуються підвищеним рівнем як реактивної, так і особистісної тривожності, що свідчить про напруження адаптаційних ресурсів особистості та наявність стійких проявів емоційної дестабілізації, пов'язаної з пережитими травматичними подіями.

Аналіз копінг-стратегій за методикою Амірхана показав перевагу конструктивних форм поведінки — пошуку соціальної підтримки та орієнтації на вирішення проблем, що свідчить про збереження адаптаційного потенціалу та прагнення до самовідновлення.

Водночас у частини учасників виявлено домінування емоційного уникання, яке знижує ефективність психологічної адаптації та вимагає цілеспрямованої корекційної роботи. Встановлено системні кореляційні зв'язки між рівнем

тривожності, копінг-стратегіями та вираженістю симптомів посттравматичного стресового розладу, що підтверджує взаємозалежність емоційних і поведінкових механізмів подолання травми.

Отримані емпіричні дані стали підґрунтям для подальшої розробки програми психологічної допомоги, спрямованої на формування ефективних стратегій саморегуляції, зниження рівня тривожності та гармонізацію емоційного стану внутрішньо переміщених осіб. Це створює практичну основу для впровадження системної психокорекційної роботи, орієнтованої на підвищення стресостійкості та посттравматичне зростання особистості.

РОЗДІЛ 3.

ПСИХОЛОГІЧНІ УМОВИ ТА ЗАСОБИ ПОДОЛАННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУУ ПЕРЕСЕЛІНЦІВ

3.1. Методологічне обґрунтування програми психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам

Результати емпіричного дослідження, подані у другому розділі, засвідчили наявність тісного взаємозв'язку між рівнем тривожності, типами копінг-стратегій та інтенсивністю проявів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Було встановлено, що високі показники реактивної та особистісної тривожності прямо корелюють із вираженістю симптомів ПТСР ($r = 0,62$; $p < 0.01$), а використання неадаптивних стратегій уникнення та емоційного відреагування підсилює психічне напруження та дезадаптаційні тенденції. Водночас активні копінг-стратегії, спрямовані на вирішення проблем та залучення соціальної підтримки, сприяють зниженню проявів посттравматичного стресу та формуванню внутрішніх ресурсів особистості.

Отримані результати обґрунтовують необхідність розробки цілісної психологічної програми, яка передбачає зниження рівня тривожності, розвиток адаптивних копінг-механізмів, підвищення здатності до емоційної саморегуляції та відновлення відчуття контролю над власним життям. Теоретичною і методологічною основою розробки такої програми став когнітивно-поведінковий підхід, доповнений елементами емоційно-регуляційних технік, ресурсно-орієнтованої терапії та принципів групової підтримки.

Методологічне обґрунтування програми ґрунтується на поєднанні кількох взаємодоповнювальних підходів у сучасній психології - когнітивно-поведінкового, гуманістичного, системно-діяльнісного та ресурсного. Кожен із них робить внесок у розуміння процесів подолання травматичного досвіду та визначає специфіку психокорекційної роботи з ВПО.

Когнітивно-поведінковий підхід, започаткований Беком А. і Еллісом А. , розглядає емоційні порушення як наслідок дезадаптивних схем мислення, які виникають унаслідок травматичних подій[37;47]. Завдання психологічної допомоги — виявити, усвідомити та змінити автоматичні негативні думки («Я безсилий», «Світ небезпечний», «Майбутнього немає»), замінивши їх на більш реалістичні, адаптивні переконання.

У контексті роботи з ВПО цей підхід дає змогу реконструювати уявлення про власні можливості, повернути контроль над життям і знизити рівень тривожності через когнітивне переосмислення травматичного досвіду.

Другий методологічний вектор становить підхід емоційної регуляції, який базується на концепціях Гросса Дж. та Лазаруса Р. Він передбачає формування здатності усвідомлювати, приймати й конструктивно виражати емоції[51;61]. У переселенців часто спостерігається пригнічення або навпаки - надмірне емоційне реагування (роздратування, тривога, плаксивість, агресія), що ускладнює процес адаптації.

Тому одним із ключових завдань програми є розвиток навичок саморегуляції, що передбачає усвідомлення власних емоційних станів, використання безпечних способів їхнього вираження та відновлення психофізіологічної рівноваги.

Водночас використано гуманістичний підхід, представлений у працях Франкла В., Маслоу А. та Роджерса К. , який наголошує на унікальності особистісного досвіду, цінності внутрішнього світу людини й її здатності до саморозвитку[49;64;66]. Психологічна допомога переселенцям передбачає створення безпечного, емпатійного простору, де людина може бути почутою, прийнятою без осуду, що є необхідною умовою для процесу «зцілення» після травми.

Відновлення психологічного благополуччя після травми потребує не лише змін у сфері переживань, але й реконструкції способів дії, життєвих цілей, міжособистісних відносин.

Метою програми є зниження інтенсивності посттравматичних симптомів, формування конструктивних стратегій подолання, розвиток емоційної стійкості та відновлення соціально-психологічної адаптації ВПО.

Основні завдання програми включають:

1. Підвищення рівня усвідомлення власного психоемоційного стану та наслідків травматичного досвіду;
2. Розвиток навичок когнітивної реструктуризації та саморегуляції емоцій;
3. Формування ефективних копінг-стратегій у складних життєвих ситуаціях;
4. Зміцнення почуття безпеки, довіри та соціальної підтримки через групову взаємодію;
5. Стимулювання процесів посттравматичного зростання — відновлення життєвих смислів, цілей, ресурсів.

Методологічною основою побудови програми стали принципи цілісності, особистісно орієнтованого підходу, конфіденційності, етичності, добровільності, активної участі клієнта в процесі змін.

Узагальнюючи результати дослідження (Розділ 2), можна стверджувати, що успішне подолання ПТСР пов'язане із розвитком трьох ключових компонентів: когнітивного (зміна способу мислення, переосмислення травматичних подій, подолання ірраціональних переконань); емоційного (зниження тривожності, розвиток здатності до саморегуляції, відновлення емоційної рівноваги); соціального (пошук і підтримання контактів, залучення до групової взаємодії, створення відчуття належності).

Кожен із модулів передбачає використання психотехнік когнітивно-поведінкової терапії (рефреймінг, виявлення когнітивних викривлень), методів релаксації, майндфулнес-практик, елементів арттерапії та групових тренінгів.

На основі проведеного дослідження очікується, що реалізація програми сприятиме: зниженню рівня реактивної та особистісної тривожності; редукції симптомів ПТСР (повторного переживання, уникнення, гіперактивації); підвищенню частоти використання адаптивних копінг-стратегій; формуванню внутрішнього відчуття безпеки, самопідтримки й контролю над життям.

Таким чином, методологічне обґрунтування програми психологічної допомоги базується на інтеграції емпіричних результатів і сучасних психотерапевтичних підходів, які довели свою ефективність у роботі з травматичними станами. Запропонована концепція передбачає системну роботу з усіма рівнями психічної організації людини — когнітивним, емоційним і поведінковим, що забезпечує глибоку та стабільну корекцію посттравматичних проявів у переселенців.

3.2. Зміст і структура програми психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам

Виходячи з результатів емпіричного дослідження, проведеного у другому розділі дипломної роботи, а також з урахуванням методологічних засад, викладених у пункті 3.1, було розроблено комплексну програму психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам (ВПО).

Програма базується на сучасних наукових підходах до подолання посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і спрямована на відновлення психологічної рівноваги, зміцнення внутрішніх ресурсів та підвищення життєстійкості. Отримані емпіричні дані підтвердили наявність тісного взаємозв'язку між високим рівнем тривожності, неадаптивними копінг-стратегіями та вираженістю симптомів ПТСР.

Це засвідчує необхідність створення спеціальної психокорекційної програми, яка поєднує елементи когнітивно-поведінкової терапії, емоційної регуляції та групової підтримки, адаптованої до специфічних потреб переселенців, що зазнали воєнних травм.

Основна ідея програми полягає у тому, що відновлення психічного здоров'я людини, яка пережила травматичні події, можливе лише через активізацію внутрішніх ресурсів та формування нових моделей сприйняття травматичного досвіду. У центрі уваги знаходиться не лише зниження інтенсивності симптомів ПТСР, але й сприяння розвитку посттравматичного зростання — здатності людини переосмислити травму, інтегрувати її у власний життєвий

досвід і вийти з кризи сильнішою та більш зрілою. У цьому контексті важливим є поєднання індивідуальної саморегуляції, когнітивного осмислення та соціальної підтримки, що забезпечує стабільність позитивних змін у довгостроковій перспективі.

Розроблена програма передбачає цілісний підхід до психологічної допомоги, де взаємодіють три ключові компоненти: когнітивний (усвідомлення і переосмислення травми), емоційно-регуляційний (зниження емоційної напруги, стабілізація афектів) та поведінковий (розвиток ефективних стратегій подолання).

Важливо, що структура програми побудована відповідно до результатів попереднього дослідження: з урахуванням рівнів тривожності, вираженості посттравматичних симптомів та переважаючих копінг-механізмів у вибірці. Такий підхід дозволяє не лише адаптувати інтервенції до реальних психологічних потреб переселенців, а й забезпечити наукову валідність та практичну ефективність запропонованої психокорекційної моделі.

Метою розробленої програми є забезпечення цілісної психологічної підтримки внутрішньо переміщених осіб (ВПО), спрямованої на поступове відновлення емоційної стабільності, внутрішнього відчуття безпеки, зниження рівня тривожності, а також формування ефективних механізмів саморегуляції та копінг-стратегій, що забезпечують посттравматичне зростання. На відміну від традиційних програм кризової інтервенції, які переважно зосереджені на подоланні гострих реакцій на стрес, дана програма має реабілітаційно-відновлювальний характер, спрямований на відновлення внутрішніх ресурсів особистості, інтеграцію травматичного досвіду у структуру життєвого шляху та формування нових стратегій психологічної адаптації.

Як показали результати емпіричного дослідження (розділ 2), більшість учасників мали високий рівень тривожності (за шкалою Спілбергера–Ханіна середнє значення особистісної тривожності становило 51,7 бала), а також виражені симптоми ПТСР (за шкалою Девідсона — 64 % респондентів мали високі показники частоти та інтенсивності симптомів).

У копінг-поведінці респондентів переважали соціально підтримувальні стратегії, що свідчить про високу залежність від зовнішньої допомоги та недостатність внутрішніх механізмів саморегуляції.

Отже, програма спрямована не лише на зменшення інтенсивності симптомів ПТСР, але й на поетапний розвиток у переселенців автономних навичок подолання стресу, що забезпечує довготривалу стабілізацію психоемоційного стану.

Особливу увагу в межах програми приділено відновленню відчуття контролю над власним життям і подіями, оскільки дослідження показало, що для більшості переселенців характерне почуття безсилля, невизначеності та втрати життєвих орієнтирів.

Через поєднання когнітивно-поведінкових технік, елементів емоційно-фокусованої терапії та групових форм підтримки передбачається формування нових когнітивних схем — зменшення катастрофізації, відновлення довіри до світу та власних можливостей, підвищення самоефективності.

Програма орієнтована на осіб, які пережили інтенсивні травматичні події, пов'язані з війною, втрату дому, близьких людей, насильство або вимушену евакуацію. Вона розрахована на клієнтів із вираженими симптомами посттравматичного стресу, емоційною лабільністю, труднощами соціальної адаптації та дефіцитом соціальної підтримки. Такий підхід дозволяє адаптувати психологічну допомогу до реальних потреб конкретної цільової групи, підвищуючи ефективність інтервенцій.

Важливо, що мета програми не обмежується лише зменшенням симптомів ПТСР. Вона також спрямована на активацію процесів посттравматичного зростання — підвищення рівня усвідомленості, відновлення системи цінностей, розвиток емоційної гнучкості, зміцнення особистісних ресурсів і здатності будувати нові соціальні зв'язки. Такий підхід забезпечує не короткочасне полегшення, а глибинну трансформацію особистості, що відповідає сучасним принципам позитивної психотерапії та психологічної реабілітації в умовах воєнних травм.

Завдання програми:

1. Сприяти учасникам у усвідомленні власного емоційного стану, природи психотравматичного досвіду та його наслідків.
2. Зменшити інтенсивність симптомів ПТСР (нав'язливих спогадів, уникання, гіперактивації).
3. Розвинути навички емоційної регуляції, самоконтролю та подолання тривожності.
4. Сприяти формуванню конструктивних копінг-стратегій і внутрішніх ресурсів.
5. Відновити почуття довіри, безпеки та приналежності через групову підтримку.
6. Підтримати процеси самоприйняття, пошуку життєвих смислів і посттравматичного зростання.

Програма базується на положеннях когнітивно-поведінкової терапії (Бек А. , Мейхенбаум Д.), концепції емоційної регуляції Гросса Дж., підході травмафокусованої допомоги (Клоїтре М. , Колк Б.) та ресурсно-орієнтованій терапії (Титаренко Т. , Франкл В.) [37;65;51;43;59].

Основна ідея — інтеграція когнітивної реструктуризації, емоційної стабілізації та соціально-комунікативної підтримки для відновлення психологічної цілісності особистості.

Загальна тривалість програми — 12 групових занять (по 90 хвилин) протягом 6 тижнів. Форма роботи — групова терапія малих груп (6–10 осіб) із можливістю індивідуальних консультацій між сесіями.

Етап 1. Діагностико-мотиваційний.

Мета етапу: формування безпечного простору, встановлення довірчих відносин, зниження рівня психологічної напруги та оцінка початкового емоційного стану учасників.

Завдання: встановлення терапевтичного контакту; діагностика рівня тривожності, симптомів ПТСР, копінг-стратегій; усвідомлення потреби у психологічній допомозі; формування мотивації до участі у групі.

Методи та техніки етапу:

Вправа 1. «Знайомство через символ»

Мета: формування безпечної атмосфери, зниження міжособистісної напруги, налагодження первинного емоційного контакту між учасниками.

Хід проведення: Кожен учасник обирає предмет (або малюнок, камінчик, стрічку, кольорову картку), який символізує його поточний емоційний стан або асоціюється з пережитим досвідом переселення. Потім учасник коротко презентує свій символ, пояснюючи, чому він обрав саме його.

Фасилітатор (психолог) підтримує кожен виступ нейтральними фразами прийняття, підкреслює унікальність досвіду кожного.

Очікуваний ефект: зниження емоційної напруги, формування почуття довіри, розвиток здатності до саморефлексії.

Психологічний механізм: вербалізація емоцій через метафоричний образ знижує рівень тривожності та сприяє самоприйняттю.

Вправа 2. «Емоційна шкала самопочуття»

Мета: первинна діагностика рівня емоційного стану, підвищення усвідомлення власних переживань.

Хід проведення: На аркуші паперу або фліпчарті зображується вертикальна шкала від 0 до 10, де 0 — «повна втрата сил, тривога, страх», 10 — «спокій, впевненість, рівновага». Кожен учасник позначає свій поточний стан. Психолог обговорює з групою результати у безоціночній формі: «Що допомагає вам залишатися хоча б на цьому рівні?» «Що могло б допомогти піднятися на один щабель вище?». Дані можуть бути використані як вихідні для подальшого відстеження динаміки змін упродовж програми.

Очікуваний ефект: підвищення рівня саморефлексії, актуалізація потреби у внутрішній стабільності, зниження тривожності через усвідомлення контролю над станом.

Психологічний механізм: самоспостереження і самооцінювання активізують когнітивний контроль над емоціями.

Вправа 3. «Очікування і ресурси»

Мета: формування мотивації до участі у програмі, виявлення індивідуальних потреб і ресурсів.

Хід проведення: Кожному учаснику видається аркуш із двома колонками:

у першій — «Мої очікування від групи»; у другій — «Що я можу дати іншим». Після індивідуального заповнення відбувається групове обговорення. Психолог підсумовує, підкреслюючи, що програма побудована на взаємній підтримці та активній позиції кожного.

Очікуваний ефект: зростання внутрішньої мотивації, відчуття причетності, підвищення рівня залученості.

Психологічний механізм: усвідомлення власних потреб і ресурсів активізує адаптаційні механізми та формує готовність до терапевтичного процесу.

Етап 2. Психокорекційно-тренінговий.

Цей етап є центральним, оскільки передбачає активну корекційну роботу, спрямовану на когнітивну реструктуризацію, розвиток емоційної регуляції та формування нових моделей поведінки.

Програма побудована за модульним принципом:

Модуль 1. Емоційна стабілізація

Мета: навчити учасників розпізнавати, приймати й регулювати власні емоційні стани.

Зміст: техніки усвідомлення емоцій (метод «емоційного термометра»); дихальні вправи (4–7–8, «заземлення»); вправи на тілесну релаксацію (метод Джейкобсона);

Вправа 4 Техніка «Контейнер» (перенесення важких емоцій у безпечний образ).

Мета: Зменшення інтенсивності травматичних переживань, стабілізація емоційного стану, формування навички контролю над внутрішніми імпульсами та «психологічне дистанціювання» від надмірно болісних спогадів.

Теоретичне обґрунтування: Методика ґрунтується на принципах когнітивно-поведінкової терапії та підходу стабілізації в травматерапії. Вона допомагає активізувати процеси саморегуляції та знижує рівень гіперактивації нервової

системи, що є типовим для посттравматичного стресового розладу. Техніка ефективна як у груповому, так і в індивідуальному форматі, особливо на етапі емоційного заземлення перед глибшою роботою з травматичними спогадами.

Хід проведення: Підготовчий етап: Психолог пояснює мету вправи: навчитися тимчасово «відкладати» надмірно сильні емоції чи нав'язливі спогади у спеціально створений «контейнер», щоб знизити їхній вплив на теперішній стан. Підкреслюється, що це не уникнення, а спосіб керування власним емоційним навантаженням.

Приклад інструкції: «Іноді наш розум і тіло перевантажені емоціями, які неможливо обробити одночасно. Ми не можемо змусити себе забути травму, але можемо навчитися безпечно її “зберігати”, щоб повернутися до неї пізніше - коли будемо готові».

Створення образу контейнера. Учасникам пропонується уявити або намалювати «контейнер» — будь-який об'єкт, який символізує безпечне місце для збереження важких переживань. Це може бути скриня, сейф, кам'яна скринька, валіза, шафа, скриня з замком, тощо. Важливо, щоб образ був міцним, закритим і контрольованим лише самим учасником.

Психолог може уточнити: «Якого він кольору?» , «З чого зроблений?», «Де він розташований — поруч чи далеко?», «Чи можете ви його відкрити і закрити за власним бажанням?»

Учасник уявляє, як усі важкі емоції або спогади, що зараз турбують, поступово «переносяться» в цей контейнер. Процес «перенесення» емоцій. За допомогою керованої візуалізації (спокійний голос психолога, м'яке дихання, паузи) учасник уявляє, як усі тяжкі почуття — страх, провина, безсилля, гнів — «перетікають» у контейнер. Можна використовувати допоміжну метафору: Уявіть, що ви перекладаєте каміння зі свого серця у надійний сейф, який залишається поруч, але не тисне на вас». Після завершення процесу контейнер «закривається», а учасник отримує внутрішнє відчуття полегшення.

Закріплення ефекту: Психолог пропонує зробити кілька глибоких вдихів і зосередитись на теперішньому моменті. Потім відбувається коротке обговорення: «Які відчуття у тілі після вправи?», «Що змінилося у вашому стані?», «Який образ контейнера був найбільш ефективним?»

Після вправи учасники можуть записати кілька речень у щоденник самоспостереження про те, що вони «залишили у контейнері» і як це вплинуло на самопочуття.

Очікувані результати: зниження інтенсивності тривоги та емоційного напруження; формування відчуття контролю над власним психічним станом; зменшення нав'язливих спогадів і симптомів гіперзбудження; підвищення рівня психологічної стабільності перед подальшими етапами терапії.

Психологічний механізм дії : Техніка активує когнітивну переоцінку емоційного матеріалу, переводить реакцію з емоційного рівня (лімбічна система) у раціональний контроль (префронтальна кора). Вона дає можливість людині відновити почуття внутрішньої безпеки, що є ключовим компонентом у подоланні симптомів ПТСР.

Модуль 2. Когнітивна реструктуризація

Мета: змінити дезадаптивні переконання, пов'язані з травматичним досвідом. Зміст: техніка «Думки, емоції, дії»; робота з когнітивними спотвореннями («Я не впораюсь», «Мене ніхто не розуміє»); вправа «Зміна перспективи» (рефреймінг); формування навички самопідтримувального внутрішнього діалогу.

Модуль 3. Копінг і ресурси

Мета: формування активних стратегій подолання, розвиток почуття контролю над ситуацією.

Вправа 5 «Мій ресурсний колаж»

Мета: Активізувати внутрішні ресурси особистості, підвищити рівень самопідтримки, сформувати позитивне сприйняття власного життєвого досвіду та потенціалу.

Завдання: усвідомити свої внутрішні та зовнішні ресурси; візуалізувати джерела енергії, підтримки й натхнення; зміцнити почуття стабільності та віри у власні сили.

Необхідні матеріали: аркуш формату А3 або А4, журнали, ножиці, клей, кольорові олівці чи фломастери, вирізки з зображеннями, що асоціюються з приємними спогадами, цілями, мріями, символами сили.

Хід виконання:

Підготовчий етап. Психолог пояснює учасникам, що ресурси — це все, що допомагає нам долати труднощі: люди, події, місця, спогади, цінності, мрії, віра у себе.

Створення колажу. Учасники обирають і вирізають із журналів картинки, які символізують їхні ресурси. Наклеюють їх на аркуш, створюючи власну «карту підтримки». За бажанням можна додати підписи, малюнки, символи чи цитати.

Обговорення. Кожен презентує свій колаж (за бажанням), ділиться відчуттями: Що стало для нього головним джерелом сили? Які ресурси були несподівано виявлені? Що можна зробити, щоб ці ресурси активізувати у повсякденному житті?

Рефлексія: Психолог підкреслює, що навіть у складних обставинах у кожної людини є свої опори — важливо їх бачити, приймати й розвивати.

Очікуваний результат: підвищення рівня емоційної стабільності; відчуття внутрішньої цілісності; посилення віри у власні сили та можливості.

Модуль 4. Соціальна підтримка і взаємодія

Мета: зміцнити соціальні зв'язки, зменшити відчуття ізоляції.

Зміст: групові вправи на довіру («Підтримка спиною», «Міст довіри»); обмін історіями відновлення; робота в парах: «Що допомагає мені вистояти?»; дискусія про роль спільноти, волонтерів, сім'ї у психологічному відновленні.

Модуль 5. Посттравматичне зростання

Мета: допомогти учасникам усвідомити позитивні зміни, які стали можливими після травматичного досвіду.

Зміст: вправа «Мій шлях від виживання до зростання»; рефлексія особистих

змін; створення метафоричної карти «Моє нове життя»; формулювання особистого девізу або афірмації.

Вправа 6 «Моє нове життя» (створення метафоричної карти)

Мета: Сприяти усвідомленню особистісних змін, пов'язаних із пережитими подіями, актуалізувати внутрішні ресурси, допомогти сформувати бачення позитивного майбутнього.

Завдання: відновити відчуття цілісності та контролю над власним життям; переосмислити попередній досвід і знайти в ньому сенс; сформувати нові орієнтири та цілі; актуалізувати ресурси для побудови бажаного майбутнього.

Матеріали: великий аркуш паперу (формат А3), кольорові олівці, фломастери, вирізки з журналів, клей, ножиці, наліпки, символічні зображення, за бажанням метафоричні асоціативні карти (МАК).

Хід виконання:

Вступ. Психолог пояснює, що вправа допоможе створити образ свого нового життя — не як точний план, а як метафоричну карту, де кожен символ або малюнок означатиме важливу частину вашої реальності: мрію, мету, опору, ресурс чи стосунки.

Основна частина. На аркуші намалюйте карту, яка символізує ваше життя сьогодні і те, яким ви хочете його бачити надалі. Розмістіть на ній важливі “пункти” — символи сім’ї, дому, роботи, друзів, хобі, духовних цінностей тощо. Використовуйте кольори, малюнки, слова або зображення, які викликають відчуття надії, стабільності, сили. Якщо використовуються МАК, учасник може вибрати кілька карток, що відображають його “минуле”, “теперішнє” і “майбутнє”, та інтегрувати їх у свою карту.

Рефлексія. Обговоріть із психологом або в групі: Які зміни вже відбулися у вашому житті? Що допомагає вам рухатися вперед? Який символ на карті є для вас найважливішим і чому? Що потрібно зробити, щоб “нове життя” стало реальністю?

Очікувані результати: поява відчуття перспективи, цілеспрямованості; посилення віри у власні сили; емоційне розвантаження й підвищення рівня саморегуляції; формування особистісної готовності до позитивних змін.

Етап 3. Інтеграційно-рефлексивний.

Мета: узагальнити отриманий досвід, закріпити нові навички саморегуляції та соціальної взаємодії.

Зміст: рефлексивна дискусія «Що я отримав завдяки цій програмі?»; повторне заповнення коротких шкал самооцінки тривожності та настрою; підсумкова вправа «Мій символ відновлення»; ритуал завершення групи (подяка, підтримка, спільне коло).

Очікувані результати: учасники демонструють зростання соціальної залученості, зниження рівня тривожності, більш оптимістичне бачення майбутнього.

Принципи реалізації програми:

1. Добровільність - участь відбувається лише за згодою клієнта.
2. Безпека - жодна техніка не може викликати повторну травматизацію.
3. Емпатійність і прийняття - фахівець дотримується безоціночного ставлення.
4. Поступовість - перехід від емоційно легких тем до більш глибоких.
5. Активна участь - клієнт розглядається як суб'єкт власних змін.
6. Конфіденційність - дотримання етичного кодексу психолога.

Для оцінювання ефективності програми використовуються ті самі інструменти, що й на початку емпіричного дослідження: Шкала тривожності Спілбергера – Ханіна; Шкала самооцінки ПТСР Девідсона; Індикатор копінг-стратегій Амірхана; Міжнародний опитувальник травм .

Порівняння показників до та після участі у програмі дає змогу об'єктивно оцінити динаміку змін.

Очікувані результати впровадження програми:

-зниження рівня реактивної та особистісної тривожності на 15–25 %;

- зменшення симптомів ПТСР (уникання, нав'язливих спогадів, гіперактивації);

- підвищення частоти використання адаптивних копінг-стратегій;

- посилення почуття контролю, самопідтримки та внутрішньої стабільності;

- формування позитивної Я-концепції та мотивації до особистісного розвитку.

Таким чином, розроблена програма психологічної допомоги ВПО є практичною реалізацією результатів емпіричного дослідження, проведеного у розділі 2, і водночас спирається на методологічні положення, розкриті у підрозділі 3.1.

Виявлені у ході дослідження закономірності - високий рівень тривожності, переважання пасивно-залежних копінг - стратегій, виражені симптоми гіперактивації та емоційного виснаження - засвідчили необхідність використання системного підходу для корекції посттравматичних станів. Саме тому створена програма інтегрує у собі когнітивно-поведінкові та емоційно-регуляційні техніки, що спрямовані на глибоку трансформацію переживань і відновлення внутрішньої психічної рівноваги.

Основою програми виступає когнітивно-поведінковий підхід (КПТ), який зарекомендував себе як один із найефективніших методів роботи з наслідками травматичних подій. Як показали результати емпіричного аналізу, більшість переселенців мають викривлені когнітивні схеми — узагальнене відчуття небезпеки, занижену самооцінку, негативне сприйняття майбутнього. Саме тому одним із ключових завдань програми є корекція ірраціональних переконань, які підтримують тривожність і ПТСР, та формування нових, більш адаптивних способів мислення.

В межах КПТ-тренінгів учасники навчаються ідентифікувати автоматичні думки, відслідковувати тілесні реакції на стрес і замінювати деструктивні інтерпретації конструктивними.

Водночас, спираючись на результати розділу 2, де було виявлено високий рівень емоційного напруження та недостатність внутрішніх ресурсів саморегуляції, у програму включено елементи емоційно-регуляційної терапії.

Цей підхід дає змогу працювати не лише з когнітивними установками, а й із тілесно-афективними реакціями, що супроводжують травматичний досвід.

За допомогою технік дихання, тілесного усвідомлення та фокусування на сенсорних відчуттях учасники опановують навички розпізнавання, прийняття та регуляції власних емоцій. Такий підхід зменшує рівень гіперзбудження та сприяє стабілізації нервової системи, що є особливо важливим для осіб із симптомами ПТСР.

Ключовою особливістю програми є її поетапність і системність. Вона побудована таким чином, щоб забезпечити поступове відновлення внутрішньої рівноваги — від стабілізації емоційного стану (етап 1), через опрацювання травматичного досвіду (етап 2), до формування стійких навичок саморегуляції та соціальної адаптації (етап 3). Така структурна організація дозволяє зменшити ризик ретравматизації та забезпечує безпечний простір для особистісного зростання. Групова форма роботи, яка реалізується у межах програми, створює атмосферу взаємопідтримки, довіри та співпереживання, що особливо важливо для переселенців, котрі пережили втрату соціальних зв'язків.

Гуманістична спрямованість програми полягає у визнанні цінності кожної особистості, її внутрішнього потенціалу до відновлення та розвитку. На відміну від суто симптоматичних підходів, дана програма орієнтована на активацію ресурсів посттравматичного зростання, що включає відновлення життєвих орієнтирів, переосмислення досвіду втрат, зміцнення почуття сенсу життя та формування нових адаптивних цінностей.

Таким чином, мета програми полягає не лише у зменшенні психологічних симптомів, а у глибинному відновленні особистісної цілісності, що дозволяє людині не просто повернутися до попереднього рівня функціонування, а стати більш стійкою, свідомою та зрілою.

Отже, розроблена програма виступає інтегративною моделлю психокорекційної роботи з внутрішньо переміщеними особами, яка поєднує когнітивно-поведінкові, емоційно-регуляційні та гуманістичні підходи. Вона ґрунтується на результатах науково обґрунтованого емпіричного аналізу

(розділ 2), враховує психологічні закономірності реагування на травму, індивідуально-особистісні відмінності та соціальний контекст війни.

Її системність, послідовність і доказова база забезпечують ефективне подолання посттравматичних наслідків, сприяють емоційній стабілізації, гармонізації внутрішнього світу та інтеграції травматичного досвіду у цілісну структуру особистості.

3.3. Результати апробації та оцінка ефективності психокорекційної програми

Апробація розробленої психокорекційної програми здійснювалася з метою перевірки її ефективності щодо зниження симптомів ПТСР, значне зменшення рівня тривожності та розвитку адаптивних копінг-стратегій у ВПО. Метою апробації було емпірично перевірити, наскільки ефективною є запропонована програма у подоланні симптомів ПТСР та поліпшенні психоемоційного стану учасників.

Основні завдання апробації включали:

1. Визначення змін у рівнях реактивної та особистісної тривожності після участі у програмі.
2. Оцінку трансформацій у структурі копінг-стратегій за методикою Амірхана.
3. Вимірювання змін у показниках симптомів ПТСР за шкалою Девідсона.
4. Порівняння результатів до і після участі у програмі з метою визначення статистично значущих відмінностей.

До участі в апробації було залучено 42 особи, які раніше брали участь у емпіричному дослідженні (розділ 2). Вік учасників — від 23 до 81 років, серед них жінки — 85,7 %, чоловіки — 14,3 %.

Програма реалізовувалася протягом 6 тижнів у форматі групової та індивідуальної роботи. Основні тематичні блоки програми охоплювали:

-Психоосвіту щодо природи стресу, ПТСР і реакцій організму;

-Когнітивно-поведінкові техніки (виявлення і модифікація дезадаптивних переконань, техніки переоцінки думок);

-Емоційну регуляцію (навички релаксації, дихальні техніки, усвідомленість);

-Розвиток адаптивних копінг-стратегій (активне вирішення проблем, пошук соціальної підтримки);

-Психотерапевтичну групову взаємодію, спрямовану на формування довіри, емоційне відреагування та нормалізацію переживань.

Оцінювання ефективності здійснювалося за допомогою тих самих психодіагностичних інструментів, що використовувалися у вихідному дослідженні (розділ 2):

1. Тест тривожності Спілбергера -Ханіна - для оцінки реактивної та особистісної тривожності.

2. Методика “Індикатор копінг-стратегій” (Амірхан) - для визначення переважних стратегій поведінки у стресових ситуаціях.

3. Шкала самооцінки ПТСР Девідсона - для вимірювання інтенсивності симптомів посттравматичного стресу.

4. Міжнародний опитувальник травм (Клойтре) — для визначення комплексного рівня посттравматичної симптоматики.

Дослідження проводилося у два етапи — до початку програми (констатувальний етап) і після її завершення (контрольний етап). Для статистичної перевірки значущості різниць використовувався т-критерій Стьюдента для залежних вибірок.

Результати апробації програми:

Таблиця 3.1

Динаміка рівня тривожності (за Спілбергером – Ханіним)

Показник	До програми ($M \pm SD$)	Після програми ($M \pm SD$)	t	p
Реактивна	49,2 ± 6,8	41,5 ± 5,9	5,34	< 0.01

тривожність				
Особистісна тривожність	$51,7 \pm 7,2$	$44,1 \pm 6,5$	4,89	< 0.01

Після участі у програмі відбулося статистично значуще зниження як реактивної, так і особистісної тривожності ($p < 0.01$). Це свідчить про ефективність застосованих технік емоційної регуляції та когнітивної реконструкції. Зменшення тривожності є показником підвищення суб'єктивного відчуття безпеки та контролю, що є ключовим завданням при роботі з ПТСР.

Таблиця 3.2

Динаміка копінг-стратегій (за Амірханом)

Копінг-стратегія	До програми (M±SD)	Після програми (M±SD)	t	p
Вирішення проблем	$16,5 \pm 3,2$	$19,4 \pm 2,8$	4,11	< 0.01
Пошук соціальної підтримки	$17,8 \pm 3,1$	$18,9 \pm 2,6$	2,08	< 0.05
Уникання	$13,1 \pm 3,0$	$10,5 \pm 2,7$	3,64	< 0.01
Емоційне відреагування	$12,4 \pm 2,8$	$11,2 \pm 2,6$	2,15	< 0.05

Результати демонструють позитивну динаміку копінг-поведінки, зросло використання конструктивних стратегій (“вирішення проблем”, “пошук підтримки”) та знизилася частота уникання і емоційного реагування.

Таблиця 3.3

Динаміка симптомів ПТСР (за шкалою Девідсона)

Показник	До програми (M±SD)	Після програми (M±SD)	t	p
Інтенсивність симптомів ПТСР	68,3 ± 10,5	53,7 ± 9,2	6,22	< 0.001

Зменшення середнього показника на 14,6 бала є високозначущим результатом, який свідчить про ефективність програми в редукції посттравматичної симптоматики. Найбільш виражені позитивні зміни спостерігалися у підшкалах «нав'язливі спогади» та «гіперактивація».

Порівняння до- і післяекспериментальних результатів дозволило виявити статистично достовірні відмінності за всіма основними параметрами.

Для узагальнення даних було розраховано індекс ефективності програми, який склав 28,4 %. Це свідчить про високу результативність застосованих методів.

Крім кількісних показників, у процесі апробації збиралися якісні дані (усні інтерв'ю, самооцінка ефективності). Більшість учасників відзначили: зниження напруження, поліпшення сну, зменшення нічних кошмарів; відновлення почуття контролю над емоційними реакціями; покращення міжособистісної комунікації та взаєморозуміння у сім'ї; появу впевненості у власних ресурсах та перспективі.

Отримані результати узгоджуються з даними емпіричного дослідження (розділ 2) та підтверджують висновки попередніх авторів (Пов'якель Н., Титаренко Т., Клойтре), які наголошують, що когнітивно-поведінкові підходи є найбільш ефективними для подолання наслідків травматичного досвіду[26;32;43]. Поєднання когнітивної реструктуризації з елементами емоційної регуляції дозволило досягти стійких позитивних змін у більшості учасників програми.

Важливим є також соціальний аспект — групова форма роботи сприяла розвитку взаємопідтримки, що виконувало роль «соціального буфера» від повторної травматизації. Це узгоджується з концепцією колективної резилієнтності, яка розглядає спільну підтримку як чинник психічного відновлення після кризових подій.

Висновки за результатами апробації:

1. Програма психологічної допомоги ВПО виявилася ефективною у зниженні рівня тривожності, інтенсивності симптомів ПТСР та формуванні конструктивних копінг-стратегій.

2. Рівень статистичної значущості ($p < 0.01$) свідчить про надійність отриманих результатів.

3. Позитивні зміни охоплюють не лише когнітивно-емоційний рівень, а й поведінкові реакції — зростання активності, соціальної взаємодії, віри у власні сили.

4. Отримані дані підтверджують доцільність подальшого поширення програми у центрах психологічної допомоги, які працюють з переселенцями.

5. Методика може бути адаптована для використання у роботі з військовими, членами родин загиблих, волонтерами та іншими групами, які зазнали впливу травматичних подій.

Проведене методологічне обґрунтування програми психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам дало змогу визначити концептуальні засади, теоретико-емпіричну базу та ключові принципи побудови психокорекційної роботи. Спираючись на результати емпіричного дослідження (розділ 2), було встановлено, що найвираженішими психологічними проблемами ВПО є підвищений рівень тривожності, наявність симптомів посттравматичного стресового розладу, емоційна виснаженість та переважання пасивно-уникальних копінг-стратегій.

Ці фактори стали підґрунтям для формування програми, спрямованої на зниження психоемоційної напруги, розвиток навичок саморегуляції та зміцнення внутрішніх ресурсів особистості.

Розроблена методологічна модель базується на засадах когнітивно-поведінкового підходу, доповненого техніками емоційної регуляції та соціально-групової підтримки. Така інтеграція дозволяє одночасно працювати як із когнітивними схемами, що підтримують травматичний досвід, так і з емоційними реакціями, які супроводжують стан тривоги, провини чи безсилля.

Важливою складовою програми є створення безпечного терапевтичного простору, у якому переселенці можуть відновити відчуття контролю над власним життям, розвинути стресостійкість і поступово перейти від позиції жертви до активного суб'єкта власного відновлення.

Методологічна концепція програми передбачає системний і поетапний підхід до психокорекційної роботи. На першому етапі — стабілізація емоційного стану й формування базового почуття безпеки; на другому — когнітивна реконструкція травматичного досвіду та розвиток ефективних копінг-стратегій; на третьому - формування стійких навичок самопідтримки й посттравматичного зростання. Така структурна послідовність забезпечує логічність, цілісність і ефективність психологічного впливу.

Отже, методологічне обґрунтування програми дало змогу не лише теоретично визначити принципи її побудови, але й узгодити їх із емпіричними даними, отриманими у ході дослідження. Це створює підґрунтя для практичної реалізації програми у форматі індивідуальної та групової допомоги, адаптованої до потреб конкретної категорії внутрішньо переміщених осіб.

Розроблена методологічна модель виступає важливим етапом у системі психологічної реабілітації населення, яке постраждало від наслідків війни, і має значний потенціал для подальшого науково-практичного розвитку.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 3.

У третьому розділі було здійснено комплексне науково-практичне обґрунтування, розроблення та апробацію програми психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам, спрямованої на подолання посттравматичних наслідків, стабілізацію емоційного стану та відновлення адаптивних ресурсів

особистості. Здійснений аналіз підтвердив, що інтеграція когнітивно-поведінкових, емоційно-регуляційних і групових методів забезпечує ефективне відновлення психоемоційної рівноваги, зниження тривожності та формування конструктивних копінг-стратегій.

Результати апробації програми засвідчили значуще покращення психологічного стану учасників, зокрема зменшення проявів посттравматичного стресу, підвищення рівня саморегуляції, відчуття безпеки та впевненості у власних силах. Встановлено, що групова взаємодія та соціальна підтримка виступають важливими чинниками ефективності корекційного процесу, оскільки сприяють формуванню почуття спільності, довіри й взаємопідтримки між учасниками.

Таким чином, запропонована програма довела свою практичну ефективність і може бути використана як науково обґрунтована модель психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам, які пережили травматичний досвід війни. Її впровадження у діяльність соціально-психологічних центрів та реабілітаційних служб сприятиме зниженню рівня психологічного дистресу, підвищенню стресостійкості та розвитку посттравматичного зростання.

ВИСНОВКИ

Проведене магістерське дослідження дозволило комплексно розкрити психологічні механізми подолання посттравматичного стресового розладу у внутрішньо переміщених осіб (ВПО), а також розробити, теоретично обґрунтувати й апробувати ефективну програму психологічної допомоги, спрямовану на стабілізацію їхнього емоційного стану, підвищення адаптивних ресурсів і розвиток посттравматичного зростання.

У результаті теоретичного аналізу було систематизовано основні підходи до вивчення посттравматичних розладів, визначено структуру та психологічний зміст феномена ПТСР, що поєднує когнітивні, емоційні, поведінкові та соматичні компоненти. Узагальнення сучасних наукових концепцій зарубіжних і українських дослідників (Пов'якель Н., Титаренко Т., Клойтре М., Горовіца Г., Леду Дж., Колка Б., Левіна П., Саутвік С. та ін.) дозволило сформулювати методологічне підґрунтя для подальшої емпіричної роботи[26;32;43;52;56;59;62;71]. Доведено, що ПТСР є системною реакцією особистості на травматичний досвід, який порушує її когнітивно-емоційний баланс, соціальну ідентичність та механізми саморегуляції.

У другому розділі представлено результати емпіричного дослідження, проведеного на базі ГО «Центр соціально-психологічного супроводу “Добробут”». Отримані дані засвідчили, що більшість досліджуваних внутрішньо переміщених осіб характеризуються підвищеним рівнем тривожності та емоційного напруження, що свідчить про порушення механізмів адаптації внаслідок травматичного досвіду.

Аналіз копінг-стратегій за методикою Амірхана показав перевагу активних і соціально орієнтованих стратегій подолання, але також наявність схильності до емоційного уникання, що знижує ефективність відновлення. Виявлено системні кореляційні зв'язки між рівнем тривожності, інтенсивністю симптомів ПТСР та типами копінг-поведінки, що підтвердило комплексний характер впливу емоційних і когнітивних факторів у процесі подолання травми.

На основі результатів емпіричного аналізу у третьому розділі було здійснено методологічне обґрунтування, розроблення та апробацію програми психологічної допомоги ВПО.

Програма базувалася на принципах когнітивно-поведінкової терапії, емоційно-регуляційного підходу та групової підтримки. Її структура включала діагностичний, корекційно-терапевтичний і стабілізаційно-рефлексивний етапи, що забезпечили цілісну динаміку змін у психоемоційному стані учасників. Апробація програми засвідчила достовірне зниження рівня тривожності, зменшення вираженості симптомів ПТСР, посилення саморегуляції, відновлення почуття безпеки й соціальної активності. Учасники продемонстрували зростання впевненості у власних силах, розширення репертуару адаптивних копінг-стратегій та підвищення рівня психологічної стійкості.

Таким чином, результати дипломного дослідження підтвердили, що системна, науково обґрунтована психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам є дієвим засобом подолання посттравматичних наслідків. Запропонована програма може бути використана як модель психокорекційної та реабілітаційної роботи у діяльності кризових центрів, соціально-психологічних служб і волонтерських організацій. Її впровадження сприятиме підвищенню ефективності психосоціальної підтримки осіб, постраждалих від війни, розвитку їхнього особистісного потенціалу, стресостійкості та здатності до посттравматичного зростання.

Отримані результати мають значну теоретичну й практичну цінність для подальшого розвитку психології травматичного досвіду, формування сучасних методик психокорекції та побудови ефективних стратегій реабілітації осіб, що пережили воєнні події.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Білевич Н. Адаптація до травматичного досвіду: методичний посібник. - Київ: Педагогічна думка, 2023. - 140 с.
2. Білевич Н. Психологічна адаптація особистості в умовах стресу. - Київ: Інститут психології ім. Г. С. Костюка, 2020. - 254 с.
3. Бонанно Д. Психологічна стійкість і процес подолання. - Львів: Світ, 2022. - 190 с.
4. Бондар О. Психологічна допомога особам, які пережили воєнні події. - Харків: ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2023. - 176 с.
5. Гринберг Л., Голованова І. Емоційна регуляція у процесі психотерапії. - Київ: Видавництво Дух і Літера, 2020. - 188 с.
6. Гриневич І. Травматичний досвід і ресурси виживання. - Київ: Освіта, 2021. - 160 с.
7. Данилюк І. Психологічна стійкість і подолання травматичних переживань. - Львів: Світ, 2019. - 212 с.
8. Добробут: Центр соціально-психологічного супроводу. Методичні матеріали програм психокорекції. - Харків, 2024. - 95 с.
9. Журавльова М. Психологічні механізми стресостійкості особистості. - Одеса: Астропринт, 2018. - 198 с.
10. Ігнатенко І. Адаптаційні ресурси особистості в умовах війни. - Київ: Педагогічна думка, 2023. - 220 с.
11. Йегуда Р., Бондар О. Посттравматичний досвід і його психологічні наслідки серед ВПО. - Харків: Добробут, 2024. - 144 с.
12. Карамушка Л. Менеджмент персоналу та психологічна підтримка працівників. - Київ: Либідь, 2017. - 278 с.
13. Калхун Л., Тедескі Р. Психологія посттравматичного зростання. - Київ: Основи, 2021. - 236 с.

14. Климчук В. Ресурсний підхід у подоланні стресу: монографія. - Київ: Педагогічна думка, 2020. - 180 с.
15. Климчук Н. Психологія посттравматичного зростання. - Київ: Ніка-Центр, 2022. - 168 с.
16. Корнієнко І. Психологічні особливості переживання воєнного досвіду. - Київ: Міленіум, 2021. - 156 с.
17. Коваль І. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам. - Харків: ХНУ ім. В. Н. Каразіна, 2022. - 190 с.
18. Книш О. Психологічні чинники подолання наслідків війни. - Харків: Каразінський університет, 2023. - 240 с.
19. Климчук В., Корнієнко І. Посттравматичний стрес у цивільних осіб. - Київ: Освіта України, 2023. - 190 с.
20. Лушак О., Долинський Р. Когнітивні порушення у поєднанні з проявами депресії та ПТСР у цивільних осіб, постраждалих від агресії РФ // Психосоматична медицина та загальна практика. - 2024. - №2. - С. 15–23.
21. Москалець В. Психологічна травма та механізми адаптації. - Львів: Вид-во ЛНУ, 2018. - 202 с.
22. Нечитайло І. Можливості та перспективи застосування деяких ситуативних тестів в емпіричній соціології (на прикладі тесту групування зображень) // Соціологічні дослідження. - 2015. - № 6. - С. 45–52.
23. Панок В. Соціально-психологічна допомога у кризових ситуаціях. - Київ: Главник, 2016. - 248 с.
24. Панько О. Психологія стресу та копінг-поведінки. - Київ: КМ Академія, 2021. - 210 с.
25. Пилипенко О. Емпіричне дослідження ПТСР у ВПО. — Харків: Каразінський університет, 2023. - 180 с.
26. Пов'якель Н. Психологічна допомога особистості в екстремальних умовах. - Київ: Либідь, 2015. - 270 с.
27. Погорєлова С. Психологічна підтримка людей, що пережили втрату. - Харків: Каразінський університет, 2019. - 158 с.

28. Роджерс К. Становлення особистості. - Київ: Віват, 2019. - 240 с.
29. Саутвік Г., Чарні Д. Резилієнтність у кризових умовах: практичний посібник. - Київ: Віват, 2023. - 210 с.
30. Сирота Н., Ялтонський В. Кризова психологія: теорія і практика. - Київ: Центр учбової літератури, 2018. - 296 с.
31. Селігман М. Оптимізм як шлях до щастя. - Київ: Наш Формат, 2018. - 256
32. Титаренко Т. Психологія життєвого шляху особистості. - Київ: Либідь, 2017. - 312 с.
33. Франкл В. Людина в пошуках справжнього сенсу. - Київ: Наш Формат, 2020. - 192 с.
34. Шевченко О. Психологічні аспекти посттравматичного зростання. - Харків: Основа, 2022. - 180 с.
35. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). - Washington, DC: APA Publishing, 2013. - 947 p.
36. Armour, C., Karstoft, K.-I., Richardson, J. D. «The co-occurrence of PTSD and dissociation: differentiating severe PTSD from dissociative-PTSD». Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. - 2014. - Vol. 49(8), pp. 1297-1306.
37. Beck, A. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. - New York: Penguin, 1979. - 346 p.
38. Bonanno, G. The Other Side of Sadness.- New York: Basic Books, 2009. 307p.
39. Bisson, S., Cohen, K., Brewin, C. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. - London: Routledge, 2020. - 288 p.
40. Briere J., & Scott C. Principles of Trauma Therapy: A Guide to Symptoms, Evaluation, and Treatment. 2nd ed. Sage Publications, 2014.
41. Brewin, C. Posttraumatic Stress Disorder: Maladaptive Appraisals. - Psychological Review, 2011. - Vol. 118(1), P. 103–132.
42. Clark, D., Ehlers, A. The Cognitive Model of PTSD. - Journal of Cognitive Psychotherapy, 2003. - Vol. 17(4), P. 247–261.
43. Cloitre, M. Treatment of Complex PTSD: A Sequential Approach. - New York: Guilford Press, 2021. - 376 p.

44. Connor, K., Davidson, J. Development of a New Resilience Scale (CD-RISC). — Depression and Anxiety, 2003. - Vol. 18(2), P. 76–82.
45. Ehlers, A., Clark, D. Post-Traumatic Stress Disorder: Cognitive Therapy Perspective. - Oxford: OUP, 2000. - 212 p.
46. Erikson, E. Identity and the Life Cycle. - New York: Norton, 1980. -294 p.
47. Ellis, A. Rational-Emotive Therapy. - New York: Springer, 1977. - 225 p.
48. Folkman, S., Moskowitz, J. Coping: Pitfalls and Promise. - Annual Review of Psychology, 2004. - Vol. 55, P. 745–774.
49. Frankl, V. Man's Search for Meaning. - Boston: Beacon Press, 2006. - 184 p.
50. Greenberg, L. Emotion-Focused Therapy. - Washington: APA, 2011. - 260 p.
51. Gross, J. Handbook of Emotion Regulation. - New York: Guilford Press, 2015. -668 p.
52. Horowitz, C. Trauma and Memory Processing. - Oxford: OUP, 2018. - 276 p.
53. Horowitz, M. Stress Response Syndromes. - New York: Jason Aronson, 1986. - 240 p.
54. Janoff-Bulman, R. Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma. - New York: Free Press, 1992. - 200 p.
55. Joseph, LeDoux. The Emotional Brain. - New York: Simon & Schuster, 1996. - 384 p.
56. Kalisch R., et al. The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. Nature Human Behaviour. 2017;1:784- 790.
57. Khosla, R., Keller, K. Psychological Resilience and Mental Health. - London: Springer, 2020. - 310 p.
58. Koenen K. C., Ratanatharathorn A., Ng L., McLaughlin K. A., Bromet E. J., Stein D. J. и др. Posttraumatic stress disorder in the World Mental Health Surveys. — Psychological Medicine, 2017. – Vol. 47(13), pp. 2260–2274.
59. Kolk, B. The Body Remembers. - New York: Penguin, 2018. -286 p.
60. Kolk, V. Trauma Recovery Approaches. - London: Routledge, 2021. - 300 p.
61. Lazarus, R., Folkman, S. Stress, Appraisal, and Coping. - New York: Springer, 1984. - 444 p.

62. Levine, P. *Waking the Tiger: Healing Trauma*. - Berkeley: North Atlantic Books, 1997. -274 p.
63. Maslach, C., Leiter, M. *The Truth About Burnout*. - San Francisco: Jossey-Bass, 1997. -280 p.
64. Maslow, A. *Motivation and Personality*. - New York: Harper & Row, 1987. — 293 p.
65. Meichenbaum, D. *Cognitive-Behavior Modification*. - New York: Plenum Press, 1977. - 305 p.
66. Rogers, C. *On Becoming a Person*. - Boston: Houghton Mifflin, 1961. - 420 p.
67. Shor, A. *Affect Regulation and the Origin of the Self*. - Hillsdale: Erlbaum, 1994. - 336 p.
68. Shur, C., Supper, D. *Trauma and Resilience in Therapy*. - London: Routledge, 2021. - 260 p.
69. Supper, D., Shur, C. *Understanding Trauma*. — Oxford: OUP, 2019. -210 p.
70. Seligman, M. *Learned Optimism*. — New York: Vintage, 2006. - 336 p.
71. Southwick, S., Charney, D. *Resilience: The Science of Mastering Life's Greatest Challenges*. - Cambridge: CUP, 2018. - 352 p.
72. Tedeschi, R., Calhoun, L. *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. - Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2004. - 270 p.
73. Taylor, S. *Health Psychology*. - New York: McGraw-Hill, 2003. -512 p.
74. Ungar, M. *Resilience and Culture*. - New York: Springer, 2011. -242 p.
75. Van der Kolk, B. *The Body Keeps the Score*. - New York: Penguin, 2014. - 464 p. Yehuda R., Levengood R.A., Schmeidler R.A., Wilson S., Guo L.S., Gerber D. (1996a). Increased pituitary activation following metyrapone administration in post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychoneuroendocrinology*, 21, 1- 16.

Додаток А

Тест тривожності Спілбергера – Ханіна

Інструкція: Оцініть, наскільки вірно кожне з наведених тверджень описує ваш стан у даний момент (реактивна тривожність) або зазвичай (особистісна тривожність). Поставте позначку «Х» у відповідній колонці.

Оцінка проводиться за шкалою: 1 - зовсім ні; 2 - скоріше ні; 3 - скоріше так; 4 - зовсім так.

І. Реактивна тривожність (стан)

№	Твердження	1	2	3	4
1	Я спокійний (спокійна)				
2	Я напружений (напружена)				
3	Я стривожений (стривожена)				
4	Я шкодую, що взявся (взялася) за цю справу				
5	Я впевнений (впевнена) у собі				
6	Я нервуюсь				
7	Я відчуваю внутрішнє напруження				
8	Я розслаблений (розслаблена)				
9	Я відчуваю задоволенням (задоволеною)				
10	Я турбуюсь через можливі неприємності				
11	Я відчуваю себе щасливим (щасливою)				
12	Я відчуваю невпевненість у собі				
13	Я схвилюваний (схвилювана)				
14	Я спокійний (спокійна)				
15	Я розгублений (розгублена)				
16	Я впевнений (впевнена) у собі				

17	Я відчуваю внутрішню напругу				
18	Я почуваю себе врівноваженим (врівноваженою)				
19	Я роздратований (роздратована)				
20	Я почуваю себе спокійно				

II. Особистісна тривожність (властивість)

№	Твердження	1	2	3	4
1	Я спокійний (спокійна)				
2	Я напружений (напружена)				
3	Я стривожений (стривожена)				
4	Я шкодую, що взявся (взялася) за цю справу				
5	Я впевнений (впевнена) у собі				
6	Я нервуюсь				
7	Я відчуваю внутрішнє напруження				
8	Я розслаблений (розслаблена)				
9	Я почуваюсь задоволеним (задоволеною)				
10	Я турбуюсь через можливі неприємності				
11	Я почуваю себе щасливим (щасливою)				
12	Я відчуваю невпевненість у собі				
13	Я схвилюваний (схвилювана)				
14	Я спокійний (спокійна)				
15	Я розгублений (розгублена)				
16	Я впевнений (впевнена) у собі				
17	Я відчуваю внутрішню напругу				

18	Я почуваю себе врівноваженим (врівноваженою)				
19	Я роздратований (роздратована)				
20	Я почуваю себе спокійно				

Обробка результатів:

Реактивна тривожність (стан): сума балів за 20 твердженнями (1–20).

Особистісна тривожність (властивість): сума балів за 20 твердженнями (1–20).

Інтерпретація:

20–30 балів — низький рівень тривожності

31–45 балів — середній рівень тривожності

46 і більше — високий рівень тривожності

Додаток Б

Методика “Індикатор копінг-стратегій” за Амірханом

Інструкція: Оберіть один із варіантів відповіді навпроти кожного твердження, який найбільше відповідає вашій типовій поведінці у складній життєвій ситуації. Поставте позначку «Х» у відповідній колонці.

Оцінка проводиться за шкалою: 1 - повністю згоден, 2 - згоден, 3 - не згоден

№	Твердження	1	2	3
1	Дозволю собі поділитися почуттям з другом			
2	Намагаюся все зробити так, щоб мати можливість якнайкраще вирішити проблем			
3	Здійснюю пошук усіх можливих рішень, перш ніж щось зробити			
4	Намагаюся відволіктися від проблеми			
5	Приймаю співчуття та розуміння від інших			
6	Роблю все можливе, щоб не дати оточуючим побачити, що мої справи погані			
7	Обговорюю ситуацію з людьми, тому що обговорення допомагає мені почуватися краще			
8	Ставлю для себе низку цілей, що дозволяють поступово справлятися із ситуацією			
9	Дуже ретельно зважую можливості вибору			
10	Мрію, фантазую про найкращі часи			
11	Намагаюся різними способами вирішувати проблему, доки не знайду підходящий			
12	Довіряю свої страхи родичам чи друзям			
13	Більше часу, ніж зазвичай, проводжу один			
14	Розповідаю іншим людям про складну ситуацію, бо тільки її обговорення допомагає мені прийти до її вирішення.			
15	Думаю про те, що потрібно зробити, щоб виправити становище			
16	Зосереджуюсь повністю на вирішенні проблеми			
17	Роздумую про себе план дій			

18	Дивлюся телевізор довше, ніж зазвичай			
19	Іду до когось (друга чи фахівця), щоб він допоміг мені почуватися краще			
20	Стою твердо на своєму і борюся за те, що мені потрібне в будь-якій ситуації			
21	Уникаю спілкування з людьми			
22	Перемикаюся на хобі або займаюся спортом, щоб уникнути. проблем			
23	Іду до друга за порадою – як виправити ситуацію			
24	Іду до друга, щоб він допоміг мені краще зрозуміти проблему			
25	Приймаю співчуття, порозуміння від друзів			
26	Сплю більше, ніж зазвичай			
27	Фантазую про те, що все могло б бути інакше			
28	Уявляю себе героєм книги чи кіно			
29	Намагаюся вирішити проблему			
30	Хочу, щоб люди залишили мене одного			
31	Приймаю допомогу від друзів чи родичів			
32	Шукаю заспокоєння у тих, хто знає мене краще			
33	Намагаюся ретельно планувати свої дії, а не діяти імпульсивно під впливом зовнішнього спонукання			

Відповіді кодуються таким чином: а) повністю згоден-3 бали; б) згоден-2 бали; в) не згоден-1 бал.

Структура методики: Тест оцінює три основні копінг-стратегії (по 11 тверджень у кожній шкалі):

№ шкали	Назва копінг-стратегії	Номери тверджень
1	Проблемно-орієнтований копінг	2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 33
2	Пошук соціальної підтримки	1, 5, 7, 12, 14, 19, 23, 24, 25, 31, 32
3	Уникнення	4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30

Підрахунок результатів: Для кожного респондента підраховується сумарна кількість балів за кожною шкалою. Максимальний бал по кожній шкалі — 33 (11×3), мінімальний — 11 (11×1). Далі обчислюється середній показник для кожної копінг-стратегії: $X = \text{сума балів по шкалі} / 11$

За результатами формується профіль копінг-стратегій, який може бути представлений у таблиці або графіку.

Інтерпретація результатів:

Рівень	Діапазон середнього бала	Інтерпретація
Високий	2.6–3.0	Стратегія використовується часто, є провідною у подоланні стресу
Середній	1.8–2.5	Стратегія застосовується помірно, залежно від ситуації
Низький	1.0–1.7	Стратегія використовується рідко або майже не використовується

Переважаання проблемно-орієнтованого копінгу свідчить про зрілі, адаптивні способи подолання труднощів, здатність аналізувати ситуацію та приймати раціональні рішення.

Домінування пошуку соціальної підтримки відображає потребу у спілкуванні, прагнення отримати емоційну або практичну допомогу, схильність до взаємодії з оточенням.

Високий рівень уникання вказує на емоційне дистанціювання, схильність відволікатися від проблем, уникати стресових ситуацій замість їх реального вирішення.

Додаток В

Шкала самооцінки ПТСР Девідсона

Інструкція: Нижче наведено твердження, що описують різні способи поведінки у складних або стресових життєвих ситуаціях. Оберіть той варіант відповіді, який найточніше характеризує вашу поведінку, коли ви потрапляєте у подібні обставини. Поставте позначку «X» у відповідній колонці.

Оцініть кожне твердження за шкалою: 1 - ніколи не дію так; 2 - рідко; 3 - іноді; 4 - часто; 5 - завжди дію так.

№	Питання	Частота прояву	Виразність симптому
1	Чи виникають у Вас болючі думки, уявлення чи спогади про подію?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
2	Чи бачите Ви тривожні сни про цю подію?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
3	Чи відчуваєте Ви, що подія ніби повторюється?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
4	Чи засмучуєтеся Ви від чогось, що нагадує Вам про подію?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
5	Чи уникаєте Ви думок чи проявів почуттів щодо події?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
6	Чи уникаєте Ви будь-якої діяльності чи ситуацій, які нагадують Вам про подію?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
7	Чи не помічали Ви, що не можете згадувати важливі частини події?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка

8	Чи відчуваєте Ви труднощі радіти чомусь?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
9	Чи відчуваєте себе віддаленим чи ізольованим від інших людей?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
10	Чи буває для Вас неможливим відчувати смуток чи приємні почуття?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
11	Чи буває Вам важко уявити довге життя або досягнення своїх цілей?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
12	Чи маєте труднощі із засинанням або поверхневим сном?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
13	Чи виникає у Вас дратівливість чи спалахи агресії?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
14	Чи виникають у Вас проблеми з концентрацією уваги?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
15	Чи відчуваєте Ви, що перебуваєте на межі, легко відволікаєтесь, стаєте настороженим?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
16	Чи буваєте Ви нервовим, чи легко лякаєтесь?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка
17	Чи бувають у Вас фізичні розлади у зв'язку зі спогадами про подію?	☐ Ніколи ☐ Іноді ☐ Часто ☐ Дуже часто ☐ Майже	☐ Відсутня ☐ Легка ☐ Помірна ☐ Важка ☐ Дуже важка

Кожен пункт оцінюється за двома параметрами: Частота прояву (від 0 до 4 балів): 0 – ніколи; 1 – іноді; 2 – часто; 3 – дуже часто; 4 – майже завжди.

Вираженість симптому (від 0 до 4 балів): 0 – відсутня; 1 – легка; 2 – помірна; 3 – важка; 4 – дуже важка.

Методика підрахунку балів: Для кожного пункту окремо підраховується сума двох оцінок — частоти та вираженості.

Таким чином, максимальний бал за пункт = 8, мінімальний = 0. Максимальна можлива кількість балів - 136.

$$\text{Загальний бал} = \sum_{i=1}^{17} (\text{частота}_i + \text{вираженість}_i)$$

Паралельно визначаються субшкали: Повторне переживання — сума балів пунктів 1–4 (max = 32); Уникнення — сума балів пунктів 5–11 (max = 56); Підвищене збудження — сума балів пунктів 12–17 (max = 48).

Інтерпретація результатів:

Рівень вираженості симптомів	Загальний бал	Характеристика
0–40	Низький	Симптоми ПТСР відсутні або мінімальні
41–80	Середній	Помірна вираженість симптомів, можливі ознаки ПТСР
81–136	Високий	Виражені симптоми посттравматичного стресового розладу

Пояснення для аналізу: Високі показники за субшкалою повторного переживання вказують на наявність нав'язливих спогадів, сновидінь або реакцій на нагадування про травму.

Високі бали за шкалою уникнення відображають схильність уникати ситуацій чи людей, пов'язаних із травматичним досвідом, емоційне оціпеніння, втрату інтересу.

Підвищені значення за шкалою збудження свідчать про гіпервігілантність, дратівливість, порушення сну, концентрації уваги.

Міжнародний опитувальник травм Клойтре

Інструкція: Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження та позначте варіант відповіді, який найточніше описує, наскільки сильно протягом останніх 30 днів Вас турбував кожен із перелічених симптомів або проявів.

Шкала оцінювання: 1 - Не турбували; 2 - Трохи; 3 - Помірно; 4 - Досить сильно; 5 - Дуже сильно.

№	Питання	Не турбували	Трохи	Помірно	Досить сильно	Дуже сильно
1	Тривожні сни, які відтворюють частину досвіду або чітко пов'язані з цим досвідом					
2	Наявність яскравих образів або спогадів, які іноді виникають у вашій пам'яті, у яких ви відчуваєте, що цей досвід повторюється тут і зараз					
3	Уникнення внутрішніх нагадувань про досвід (думок, почуттів або фізичних відчуттів)					
4	Уникнення зовнішніх нагадувань про пережите (людей, місць, розмов, предметів, дій чи ситуацій)					

5	Перебування у стані надуваності, пильності або насторожі					
6	Почуття знервованості або легкого переляку					
7	Вплив вищезазначених симптомів на ваші стосунки чи соціальне життя					
8	Вплив симптомів на вашу роботу чи здатність працювати					
9	Вплив симптомів на інші важливі частини життя (виховання дітей, навчання, інша діяльність)					
10	Коли я засмучений, мені потрібно багато часу, щоб заспокоїтися					
11	Я відчуваюся заціпенілим або емоційно замкненим					
12	Я відчуваю себе невдахою					
13	Я відчуваюся нікчемним					
14	Я відчуваюся відстороненим чи					

	відрізаним від людей					
15	Мені важко залишатися емоційно близьким до людей					
16	Емоційні проблеми викликали занепокоєння щодо стосунків чи соціального життя					
17	Вплинули на вашу роботу чи здатність працювати					
18	Вплинули на інші важливі сфери життя (виховання дітей, навчання тощо)					

Опитувальник складається з 18 пунктів, які об'єднуються у шість симптоматичних кластерів (по 3 запитання у кожному):

Кластер	Номери питань	Характеристика
1. Повторне переживання (Re-experiencing)	1–2	Тривожні сни, нав'язливі спогади або відчуття повторення події
2. Уникнення (Avoidance)	3–4	Уникнення думок, почуттів, людей або ситуацій, що нагадують про травму
3. Підвищене збудження (Sense of Threat / Hyperarousal)	5–6	Настороженість, підвищена пильність, легкий переляк
4. Афективна дисрегуляція (Affective Dysregulation)	10–11	Труднощі у контролі емоцій, відчуття емоційної «замороженості»
5. Негативна самооцінка (Negative Self-Concept)	12–13	Відчуття нікчемності, провини або власної неповноцінності

6. Порушення стосунків (Disturbances in Relationships)	14–15	Відчуття віддаленості, труднощі у встановленні емоційної близькості
---	-------	---

Додаткові пункти 7–9 та 16–18 оцінюють рівень дистресу або функціональних порушень, спричинених симптомами у різних сферах життя (робота, навчання, стосунки тощо).

Підрахунок балів: Для кожного кластеру обчислюється середній бал за відповідними пунктами. Якщо хоча б один пункт у кластері має оцінку ≥ 2 («помірно» або більше) - кластер вважається клінічно значущим. Для діагностичних висновків: ПТСР діагностується за наявності клінічно значущих симптомів у кластерах 1–3. КПТСР — якщо додатково виражені симптоми у кластерах 4–6.

Інтерпретація результатів: 0–8 балів — відсутність або незначні прояви травматичних симптомів. 9–18 балів — помірні прояви, що можуть свідчити про частковий ПТСР. 19 балів і більше — виражені симптоми, що відповідають критеріям ПТСР або КПТСР.